

DAMPAK RESESI EKONOMI PADA PENURUNAN KEMATIAN DAN PENINGKATAN ANGKA HARAPAN HIDUP DI INDONESIA*

Siswanto Agus Wilopo**

Abstrak

Since July 1997, Indonesia has suffered a monetary crisis that has led to a high rate of inflation and economic recession. This situation has inflicted an impact on the individual at two levels that is through the family and then the government role. Economic recession can also have a direct and indirect influence on the degree of public health.

There is a phenomenon of epidemiological polarization, which has a bigger impact on handling public health issues during recession. Without a program and more effective and efficient activities compared with the previous years, the current economic crisis will endanger the pattern of the declining death rate and increasing life expectancy at birth. Although various studies indicate that recession and economic fluctuation does not always lead to a stagnation and decline in public health, the economic conditions in Indonesia are fundamentally different from those in other countries going through a similar experience. Efforts to maintain a momentum in reducing death rate and increasing life expectancy require reinventing public health policy.

Pendahuluan

Selama era Pembangunan Jangka Panjang Pertama (PJP I) sampai dengan tahun keempat Repelita VI, Indonesia mengalami penurunan angka kematian dan peningkatan angka harapan hidup yang sangat progresif. Jikalau pada awal tahun tujuh puluhan angka kematian bayi diperkirakan masih sekitar 145 per 1000 kelahiran hidup,

dalam waktu kurang dari seperempat abad angka tersebut telah menurun menjadi hampir sepertiganya (51 per 1000 kelahiran hidup). Dalam periode yang sama, angka harapan hidup meningkat 18,7 tahun (BPS, 1998). Penurunan angka kematian dan peningkatan angka harapan hidup ini

* Tulisan ini merupakan perluasan kertas kerja yang disampaikan pada acara Seminar Sehari Ikatan Peminat dan Ahli Demografi Indonesia di Jakarta: 15 April 1998.

** Siswanto Agus Wilopo, adalah Anggota Pengurus Pusat IPADI dan pengajar Fakultas Kedokteran dan Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.

lebih baik daripada angka rata-rata secara global.

Sejak Juli tahun 1997, Indonesia dilanda badai krisis moneter atau "El Nino Ekonomi", yang mengakibatkan tingginya angka inflasi, dan bahkan diramalkan akan terjadi resesi ekonomi mulai tahun 1998 ini. Berbagai bukti secara demografis dan epidemiologis memberikan dukungan bahwa terdapat keterkaitan antara derajat perkembangan ekonomi suatu negara dengan tingkat kematian dan tingginya angka harapan hidup dari penduduknya (Anand, et al., 1996; Backlund, et al., 1996; Coussy, et al., 1996; Jolly, 1988; Preston, 1980; Preston, 1985). Penurunan pertumbuhan ekonomi suatu negara akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakatnya, yang ditandai dengan perlambatan penurunan atau bahkan meningkatnya angka kematian, sedangkan angka harapan hidup akan menetap atau mengalami penurunan (Coussy, et al., 1996; Jolly, 1988, Preston, 1980; Preston, 1985).

Meskipun pola penurunan mortalitas dan peningkatan angka harapan hidup saat ini belum menunjukkan adanya perubahan, ancaman akan terjadinya resesi ekonomi mengundang permasalahan, tantangan, dan peluang baru di bidang pembangunan sektor kesehatan. Permasalahannya ialah bagaimana dapat memelihara momentum penurunan kematian dan peningkatan angka harapan hidup di Indonesia sehingga tidak terjadi *stalling*, atau bahkan terjadi kenaikan angka kematian dan penurunan angka harapan hidup karena terjadinya resesi ekonomi. Apakah *reinventing* kebijakan kesehatan masyarakat perlu dilakukan

dengan adanya ancaman resesi ekonomi? Program dan strategi apakah yang perlu ditempuh untuk menjamin tetap berlangsungnya penurunan mortalitas dan peningkatan harapan hidup di Indonesia?

Tulisan ini berisi uraian mengenai pola penurunan kematian dan peningkatan harapan hidup di Indonesia dengan membandingkan pola tersebut pada tingkat global. Sebagai kerangka konseptual hubungan antara perkembangan ekonomi dan pembangunan serta derajat kesehatan digambarkan dari angka mortalitas dan harapan hidup untuk memahami relevansi antara ancaman resesi ekonomi dan derajat kesehatan. Dengan mengidentifikasi kemungkinan munculnya berbagai permasalahan dalam pelayanan kesehatan, maka tantangan dan peluang untuk memelihara momentum peningkatan derajat kesehatan dibahas secara mendasar. Dari tantangan dan peluang tersebut disampaikan beberapa kesimpulan dan saran untuk *reinventing* kebijakan kesehatan masyarakat dalam menghadapi datangnya krisis ekonomi yang masih menghadang.

Masalah Pola Penurunan Tingkat Kematian

Sejak berakhirnya Perang Dunia Kedua, tingkat kematian secara global menurun dengan pesat. Dari periode 1950-1955 sampai dengan periode 1990-1995, angka harapan hidup meningkat 17,1 tahun untuk laki-laki dan 18,6 tahun untuk perempuan (Tabel 1). Karena peningkatan angka harapan hidup waktu lahir bagi wanita

relatif lebih cepat dibandingkan dengan laki-laki, perbedaan angka tersebut dari tahun ke tahun semakin melebar (UN, 1998a; UN, 1998b; UN, 1998c). Misalnya, perbedaan angka harapan hidup waktu lahir untuk wanita dan laki-laki periode 1950-1955 adalah 2,7 tahun, sedangkan pada periode 1990-1995 meningkat menjadi 4,3 tahun. Angka kematian kasar dalam kurun waktu 1950-1995 menurun menjadi sekitar separonya, tetapi jumlah kematian setiap tahunnya pada periode 1990-1995 kembali meningkat menjadi sekitar 51,1 juta per tahun. Jumlah kematian terendah terjadi pada periode tahun 1970-1975, yaitu sekitar 45,4 juta per tahun (UN, 1998a; UN, 1998b; UN, 1998c).

Pada periode 1990-1995, sekitar 11 juta anak yang lahir di dunia tidak dapat mencapai usia lima tahun, sedangkan 8,2 juta anak tidak dapat merayakan hari ulang tahunnya yang pertama. Kematian tersebut sebagian

besar terjadi di negara yang sedang berkembang (98 persen). Hal ini terjadi karena di negara yang sudah berkembang, hanya 11 bayi per 1000 kelahiran yang tidak dapat merayakan hari ulang tahunnya yang pertama, sedangkan di negara sedang berkembang adalah 68 bayi per 1000 kelahiran (UN, 1998a; UN, 1998b; UN, 1998c). Demikian juga risiko kematian anak-anak di bawah usia 5 tahun di negara yang sedang berkembang adalah 7 kali lebih besar dibandingkan dengan negara sudah berkembang, dan untuk negara yang sangat belum berkembang atau less developed countries (LDC) risikonya 12 kali lipat.

Seperti halnya dengan pola penurunan global, angka kematian bayi di Indonesia mengalami penurunan yang cukup drastis (BPS, 1998; UN, 1998a; UN, 1998b; UN, 1998c). Dari hasil Sensus Penduduk tahun 1971, angka kematian bayi yang diperkirakan dengan cara tidak

Tabel 1.
Beberapa Indikator Tingkat Kematian Secara Global

Periode	Angka Rata-Rata Harapan Hidup Waktu Lahir			Angka Kematian Kasar (per 1000 Penduduk)	Rata-Rata Jumlah Kematian per Tahun (Juta)
	Laki-laki	Perempuan	Total		
1950-1955	45,1	47,8	46,5	19,8	52,2
1955-1966	48,1	51,0	49,6	17,3	50,2
1960-1965	51,0	63,7	52,3	15,6	49,6
1985-1970	54,5	57,4	56,0	13,4	47,2
1970-1975	56,4	59,4	57,9	11,7	45,4
1975-1980	58,0	61,5	59,7	11,0	48,6
1980-1985	59,4	63,3	61,3	10,3	47,9
1985-1990	61,1	65,1	63,1	9,6	48,5
1990-1995	62,2	66,5	64,3	9,3	51,1

Sumber: World Population Prospect: The 1996 Revision (United Nations publication, *forthcoming*)

langsung (menggambarkan periode sekitar tahun 1967) masih sekitar 145 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan dari Survei Penduduk Antar Sensus (Supas), 1995 (mengacu pada angka kematian sekitar tahun 1991) telah menurun menjadi hampir sepertiganya (51 per 1000 kelahiran hidup) (Tabel 2). Terdapat variasi angka kematian bayi dan angka harapan hidup waktu lahir yang sangat mencolok antarpropinsi di Indonesia. Secara nasional selama kurang dari 25 tahun angka kematian bayi menurun secara relatif sekitar 65 persen.

Meskipun demikian, di samping tingginya angka kematian bayi yang bervariasi antarnegara, kecepatan menurunnya juga bervariasi antarnegara (UN, 1998a; UN, 1998b; UN, 1998c). Secara global, ada indikasi bahwa angka kematian bayi menurun secara cepat pada dasawarsa tujuh puluhan, tetapi sesudah tahun 1980-an, penurunan angka kematian bayi di beberapa negara mulai melambat, terutama pada negara yang sangat belum berkembang (LDC). Perlambatan penurunan angka kematian bayi tersebut terjadi karena adanya peningkatan kematian bayi yang berkaitan dengan epidemi HIV/AIDS. Namun, perlu dicatat bahwa beberapa negara sedang berkembang yang berpenduduk banyak seperti China, India, Indonesia, dan Meksiko penurunan angka kematian bayi masih sangat signifikan (UN, 1998c; World Bank, 1993; Halstead, et al., 1985; UN, 1991). Ada beberapa negara sedang berkembang justru memiliki angka kematian bayi mendekati angka-angka untuk negara maju misalnya Sri Lanka, Costa Rica, Kerala, dan India (Halstead, 1985; UN,

Tabel 2.
Trend Estimasi Angka Kematian Bayi (IMR)
dengan Cara Tidak Langsung (Indirect Method)
menurut Propinsi

Propinsi	IMR			
	SP 71 (1967)	SP 30 (1976)	SP 90 (1986)	SUPAS 95 (1991)
DI Aceh	143	93	58	37
Sumatra Utara	121	89	61	45
Sumatra Barat	152	121	74	50
Riau	146	110	65	39
Jambi	155	121	74	45
Sumatra Selatan	155	102	71	54
Bengkulu	167	111	89	60
Lampung	145	90	69	43
DKI Jakarta	123	82	43	22
Jawa Barat	167	134	90	56
Jawa Tengah	144	99	65	39
DI Yogyakarta	102	62	42	23
Jawa Timur	123	97	54	58
Bali	135	93	51	34
Nusa Tenggara Barat	221	189	145	101
Nusa Tenggara Timur	154	128	77	59
Timor-Timor	-	-	85	73
Kalimantan Barat	144	123	81	57
Kalimantan Tengah	130	109	58	04
Kalimantan Selatan	165	323	91	78
Kalimantan Timur	104	109	58	46
Sulawesi Utara	114	93	63	41
Sulawesi Tengah	150	130	92	72
Sulawesi Selatan	161	111	70	56
Sulawesi Tenggara	167	116	77	55
Maluku	143	123	78	58
Irian Jaya	88	105	80	58
INDONESIA	145	109	71	51

Sumber: BPS, 1998

1991). Perlu dicatat bahwa angka kematian bayi untuk negara-negara bekas persatuan Uni Soviet, atau negara-negara dengan transisi ekonomi (*The Countries with Economic in Transition*), mengalami fluktuasi, meskipun sampai saat ini kecenderungan penurunan di beberapa negara tersebut tetap berlangsung (World Bank, 1996; David, 1997; Mesle,

1997). Angka kematian bayi tahun 1996 yang tercatat paling rendah adalah untuk Swedia, yaitu hanya 3 per 1000 kelahiran hidup (UN, 1998c).

Dari tahun 1967 sampai dengan tahun 1992 angka harapan hidup waktu lahir meningkat 18,7 tahun (BPS, 1998). Dari hasil Sensus Penduduk tahun 1971, rata-rata angka harapan hidup yang diperkirakan dengan cara tidak langsung (menggambarkan periode sekitar tahun 1967) masih sekitar 45,7 tahun, sedangkan dari Survai Penduduk Antar Sensus (Supas), 1995 yang mengacu pada angka rata-rata harapan hidup waktu lahir sekitar tahun 1991 telah meningkat menjadi 64,4 tahun (Tabel 3). Dengan demikian, selama kurang dari 25 tahun angka tersebut meningkat sekitar 40,8 persen (BPS, 1998; UN, 1998c). Meskipun demikian, di samping tingginya angka harapan hidup bervariasi antarpropinsi, kecepatan meningkatnya juga bervariasi antarpropinsi. Dalam hal ini peningkatan angka tersebut sejalan dengan penurunan angka kematian bayi dan anak karena perhitungan angka harapan hidup didasarkan pada model dengan menggunakan angka kematian bayi. Penurunan angka kematian dan peningkatan angka harapan hidup ini lebih baik daripada angka rata-rata secara global (BPS, 1998, UN, 1998c).

Menarik untuk dicatat bahwa angka harapan hidup penduduk negara-negara bekas persatuan Uni Soviet, terutama Republik Federasi Rusia, mengalami penurunan. Oleh Mesle dan Hertrich (1997) dilaporkan bahwa angka harapan hidup bagi laki-laki selama periode 1990-1994 menurun 6

Tabel 3.
Trend Estimasi Angka Harapan Hidup (e₀)
dengan Cara Tidak Langsung (Indirect Method)
menurut Propinsi

Propinsi	e ₀			
	SP 71 (1967)	SP 90 (1976)	SP 90 (1986)	SUPAS 35 (1991)
DI Aceh	45,2	55,2	62,7	67,6
Sumatra Utara	49,9	56,1	62,1	65,6
Sumatra Barat	44,6	49,9	59,2	60,2
Riau	45,6	52,0	61,2	67,2
Jambi	44,3	50,0	59,3	65,9
Sumatra Selatan	44,1	53,6	59,6	53,7
Bengkulu	42,3	51,6	50,2	62,3
Lampung	45,6	54,0	60,2	65,1
DKI Jakarta	49,6	67,6	66,3	71,9
Jawa Barat	42,3	47,7	35,6	53,2
Jawa Tengah	45,9	54,1	61,2	67,3
DI Yogyakarta	53,5	61,6	65,6	71,9
Jawa Timur	50,1	54,4	61,5	53,2
Bali	49,3	35,4	64,3	68,5
Nusa Tenggara Barat	35,0	39,1	45,9	53,7
Nusa Tenggara Timur	44,4	49,7	56,6	62,6
Timor-Timur	-	-	57,0	50,4
Kalimantan Barat	45,9	50,4	57,7	62,9
Kalimantan Tengah	49,4	53,9	62,6	68,5
Kalimantan Selatan	42,6	49,6	55,7	56,4
Kalimantan Timur	53,2	53,6	62,4	65,7
Sulawesi Utara	51,3	55,2	61,6	66,6
Sulawesi Tengah	45,0	45,3	56,4	59,6
Sulawesi Selatan	43,2	51,9	50,0	53,2
Sulawesi Tenggara	42,3	50,6	56,5	53,4
Maluku	45,0	49,6	56,7	62,9
Irian Jaya	56,7	53,0	57,9	62,7
INDONESIA	45,7	52,2	59,9	64,4

Sumber: BPS, 1998

tahun, sedangkan bagi perempuan menurun 3 tahun (World Bank, 1996; Mesle, 1997). Perubahan pola kematian yang berkaitan dengan alkohol, kriminalitas, kecelakaan, penyakit parasit, pembuluh darah, dan saluran pernafasan mulai tahun 1994 mengalami peningkatan. Penurunan angka harapan hidup diduga berkaitan dengan runtuhnya sistem pemerintah-

an komunisme yang mengakibatkan tidak tersedianya dana untuk pembangunan kesehatan dari pemerintah (World Bank, 1996; Mesle, et al., 1997).

Pelayanan kesehatan primer (*primary health care* atau PHC) memberikan kontribusi peningkatan derajat kesehatan secara global. Sesudah diterimanya Deklarasi Alma-Ata tahun 1978, reorientasi pelayanan kesehatan untuk memfokuskan aspek kesehatan primer dilaksanakan hampir diseluruh negara, terutama bagi negara-negara yang sedang berkembang (UN, 1998a; UN 1998b; World Bank, 1993). Pengambilan keputusan untuk memprioritaskan sumber dana dan sumber daya pada pelayanan kesehatan primer dari pelayanan yang semula hanya berorientasi klinik menjadi langkah penting dalam melaksanakan PHC. Pengambilan keputusan tersebut diikuti dengan upaya-upaya untuk meningkatkan atau mempermudah jangkauan pelayanan kesehatan primer (UN, 1998a; UN, 1998b; World Bank, 1993).

Di samping upaya pembangunan dan pemerataan tempat pelayanan, peningkatan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan primer dan keluarga berencana atau KB (melalui pembentukan kader dsb.) semakin memperluas utilisasi pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk. Dalam hal kemampuan tenaga kesehatan juga dilakukan reorientasi, tidak hanya keterampilan klinis dasar yang baku, tetapi termasuk segala pelatihan untuk upaya-upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Secara bersamaan pula, Indonesia dan beberapa negara sedang berkembang lainnya telah mulai

melakukan produksi obat-obat esensial (World Bank, 1993). Demikian juga, upaya-upaya untuk memperbaiki sanitasi lingkungan dan ketersediaan air bersih memberikan andil nyata dalam menurunkan angka kematian di Indonesia dan negara sedang berkembang lainnya (UN, 1998a; UN, 1998c; World Bank, 1993).

Reformasi sektor kesehatan secara global telah berhasil mempercepat penurunan angka kematian dan peningkatan angka harapan hidup waktu lahir (UN, 1998a; UN, 1998b). Pada umumnya, dilakukannya reformasi kesehatan bertujuan untuk: 1) meningkatkan status kesehatan masyarakat, yang antara lain ditempuh dengan meningkatkan efektivitas dan kualitas pelayanan, serta pelayanan yang memuaskan pengguna jasa; 2) meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan dengan jalan meningkatkan jangkauan dan kualitas terhadap pelayanan kesehatan dan KB; dan 3) meningkatkan efisiensi pendanaan pelayanan kesehatan, baik melalui alokasi sumber dana dan daya maupun manajemen yang lebih rasional. Dalam kaitan ini, upaya memperluas penggunaan obat generik dan esensial yang lebih rasional menjadi salah satu upaya untuk meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan masyarakat.

Komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran menjadi penyebab kematian yang penting untuk wanita-wanita di negara yang sedang berkembang, termasuk Indonesia. Angka perkiraan kematian ibu yang diterbitkan oleh WHO tahun 1996 menyebutkan bahwa sekitar 585.000 wanita meninggal setiap tahunnya karena proses kehamilan dan

melahirkan (UN, 1998c; WHO, 1996). Dari jumlah tersebut, 99 persennya berasal dari negara-negara yang sedang berkembang. Jadi, perbedaan angka kematian maternal antarnegara berkembang dan sedang berkembang sangat mencolok. Misalnya, pada tahun 1990 angka kematian maternal di negara sedang berkembang adalah sekitar 480 per 100.000 kelahiran, sedangkan di negara yang sudah berkembang adalah 27 per 100.000 kelahiran. Di Indonesia, dari Survei Demografi Indonesia (SDKI), 1994 dihasilkan angka kematian ibu 390 per 100.000 kelahiran sehingga dibandingkan dengan negara-negara tetangga di ASEAN angka tersebut adalah tertinggi (CBS, 1995).

Penyebab kematian maternal hampir sama di seluruh dunia (World Bank, 1993; WHO, 1997). Sekitar 80 persen kematian maternal berhubungan dengan penyebab langsung, yaitu komplikasi obstetri selama kehamilan dan melahirkan. Komplikasi tersebut tidak memperoleh penanganan yang memadai, termasuk "tidak ada" tenaga medis yang terlatih untuk menangani komplikasi kehamilan. Penyebab kematian maternal terutama karena terjadinya perdarahan pascapersalinan. Sekitar 20 persen lainnya, kematian maternal adalah karena sebab-sebab tidak langsung, yaitu kematian yang disebabkan oleh penyakit yang diderita sebelum hamil menjadi semakin berat sebagai akibat pengaruh fisiologis dari proses kehamilan itu sendiri. Salah satu penyebab tidak langsung yang paling banyak dijumpai ialah terjadinya anemia yang diperberat dengan timbulnya kehamilan.

Determinan kematian maternal yang paling penting ialah sejauh mana wanita hamil dapat menjangkau dan memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas atau memadai (World Bank, 1993; WHO, 1997). Perkiraan pada tingkat global untuk negara-negara yang sedang berkembang adalah 65 persen wanita hamil paling sedikit memperoleh perawatan kesehatan selama kehamilan; 40 persen kelahiran terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan; dan sekitar separo lebih kelahiran dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih. Secara kontras hampir setiap wanita di negara yang sudah berkembang memperoleh pelayanan secara reguler selama kehamilan, melahirkan, dan pascapersalinan. Untuk Indonesia, wanita hamil lebih buruk dibandingkan dengan keadaan rata-rata secara global (CBS, 1995).

Sampai dengan akhir tahun 1997, WHO memperkirakan bahwa lebih dari 30 juta penduduk dunia mengidap HIV/AIDS, dan sekitar 1,1 juta adalah wanita dan anak-anak (WHO, 1997; UNAIDS, 1996; UN, 1997). Lebih dari 90 persen kasus pengidap HIV/AIDS tinggal di negara sedang berkembang, termasuk kurang dari 1000 kasus yang dilaporkan berasal dari Indonesia (CBS, 1995). Selama tahun 1997, diperkirakan ada peningkatan 5,8 juta pengidap HIV/AIDS baru sehingga secara rata-rata ada pertambahan 16.000 kasus baru per harinya. Dari kasus infeksi yang baru tersebut, 40 persen adalah wanita, dan 10 persennya adalah anak-anak. Penderita HIV/AIDS lebih didominasi oleh usia muda karena lebih dari separo penderita berusia kurang dari 25 tahun. Selama tahun

1997, diperkirakan 2,3 juta kematian di dunia berkaitan dengan HIV/AIDS, dan kira-kira seperlima pengidap HIV/AIDS telah meninggal dunia sejak mulai terjadinya pandemis. Dari jumlah yang meninggal, 460.000 di antaranya adalah anak-anak. Di Indonesia, penderita juga lebih didominasi oleh penduduk usia di bawah 30 tahun dan kontribusinya terhadap angka kematian secara keseluruhan masih relatif sangat kecil (WHO, 1997; UNAIDS, 1996; UN, 1997).

Sampai saat ini penderita HIV/AIDS belum dapat diobati, meskipun dapat diperlambat proses kematiannya dengan memberikan obat-obat antivirus yang relatif sangat mahal harganya (Panos Institute, 1992). Di samping itu, ada beberapa obat yang bermanfaat untuk mengurangi beratnya komplikasi. Saat ini sedang dikembangkan vaksin anti-HIV/AIDS, yang dalam beberapa tahun lagi mungkin sudah dapat diberikan sebagai upaya pencegahan. Oleh sebab itu, pencegahan untuk tidak tertular penyakit adalah satu-satunya tindakan yang efektif sampai saat ini. Melalui upaya-upaya promosi dan tindakan pencegahan yang dilakukan sampai saat ini, angka kematian karena HIV/AIDS tahun 1997 di Amerika Serikat sudah mengalami penurunan yang cukup berarti.

Salah satu masalah penting yang sangat relevan untuk menurunkan kematian adalah terjadinya transisi epidemiologi. Kondisi kesehatan penduduk semula diancam oleh penularan penyakit infeksi dan parasit, tetapi kemudian akan menurun akibat membaiknya kondisi lingkungan, teknologi kedokteran, dan gaya hidup

(*life style*). Dengan berkurangnya risiko kematian akibat penyakit infeksi dan parasit yang umumnya terjadi pada usia bayi dan anak-anak, ancaman terhadap kelangsungan hidup diganti oleh penyakit-penyakit *degeneratif* atau akibat ulah manusia (*degenerative* atau *man-made disease*). Karena penyakit akibat ulah manusia cenderung terjadi pada usia dewasa, transisi penyebab penyakit ini menggeser distribusi umur kematian penduduk dari usia muda ke usia lanjut.

Menurut Omran (1971) transisi epidemiologi semula dibagi menjadi tiga tahap, yaitu: 1) *the age of pestilence and famine*, 2) *the age of receding pandemics*", dan 3) *the age of man-made disease* (Omran, 1971). Kemudian, ada tahap keempat sebagai tahap baru yang diusulkan oleh Olhansky dan Ault (1986) dari konsep asli transisi epidemiologi, yang semula diajukan oleh Omran (1971) tersebut (Omran, 1971). Tahap keempat tersebut ialah *the age of delayed degenerative disease*. Beberapa dukungan adanya tahap tersebut dibicarakan oleh Vaupel dan Owen (1986), Vaupel, *et al* (1986), dan Manton (1990), meskipun saat ini belum banyak pengalaman empirik sebagai data pendukungnya (Olhansky, 1986; Vaupel, *et. al*, 1986; Vaupel, 1986; Manton, 1990). Berikut diuraikan ciri-ciri setiap tahap tersebut, termasuk tahap terakhir yang diajukan oleh Olhansky dan Ault (1986).

Tahap pertama ditandai dengan tingginya angka mortalitas untuk jangka waktu yang cukup lama. Angka harapan hidup waktu lahir pada tahap ini hanya berkisar antara 20-49 tahun. Tingkat mortalitas pada periode ini berfluktuasi (naik turun) sesuai dengan

serangan epidemik penyakit infeksi dan parasit pada penduduk. Sebagai penyebab kematian utama ialah penyakit influenza, pneumonia, diare, cacar, tuberkulosa, morbili, dan penyakit lainnya. Bayi dan anak-anak menjadi korban utama dari penyakit-penyakit ini, walaupun kematian ibu sebagai komplikasi kehamilan dan kematian juga masih cukup tinggi. Akibat kematian terjadi pada usia muda, terlihat median umur meninggal *skewed* ke arah usia muda.

Tahap kedua ditandai dengan perubahan mencolok dari ketiga komponen transisi epidemiologi. Pada tahap ini, harapan hidup saat lahir meningkat menjadi sekitar 50-60 tahun. Perbaikan sarana sanitasi dan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup penduduk mempercepat laju penurunan tingkat mortalitas. Penyakit infeksi yang semula mendominasi usia muda menjadi berkurang sehingga mereka yang dapat mencapai usia dewasa terancam penyakit lain yang bersifat degeneratif, misalnya penyakit jantung koroner, hipertensi, kencing manis, dan sebagainya. Karena penyakit degeneratif menyerang usia dewasa dan usia lanjut, kelompok yang memperoleh keuntungan terbanyak akibat pergeseran penyebab penyakit tersebut ialah kelompok umur bayi, usia anak-anak, dan wanita dalam usia subur.

Tahap ketiga ditandai mendatarnya pola mortalitas *plateau* pada tingkat yang sangat rendah. Angka harapan hidup waktu lahir sudah mencapai di atas 60 tahun. Penyebab kematian utama ialah penyakit-penyakit degeneratif, misalnya penyakit jantung, kanker, stroke, dan penyakit

kronis lainnya. Penyakit ini menyerang kelompok usia lanjut, yakni usia yang semula diduga menjadi batas kemampuan hidup (*longevity*). Kelompok laki-laki mempunyai risiko kematian dari penyakit degeneratif dan pembuluh darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita.

Tahap keempat merupakan periode ketika umur terjadinya penyakit degeneratif menggeser ke usia sangat tua. Tahap ini ditandai dengan angka harapan hidup di atas 75 tahun. *Longevity* diduga bertambah panjang karena penyakit-penyakit degeneratif yang mematikan terjadi pada usia yang sangat tua. Misalnya, Vaupel, *et al* (1986) memperkirakan bahwa pada tahun 2080 manusia dapat bertahan hidup selama 117 tahun karena terjadinya fenomena epidemiologis. Kemungkinan tersebut sangat beralasan sesuai dengan apa yang diajukan oleh Manton (1990). Tampaknya telah ada beberapa negara maju, misalnya Jepang, Amerika, dan Swiss, yang sudah menuju tahap transisi keempat ini.

Frenk *et al.* (1991) mengajukan suatu bukti-bukti baru bahwa beberapa negara yang sedang berkembang tidak mengikuti secara persis keempat tahapan transisi epidemiologi tersebut. Dari penelitian di Meksiko diperoleh bukti bahwa penyakit-penyakit infeksi, terutama penyakit infeksi kronis, tidak menghilang begitu saja dan digantikan oleh penyakit-penyakit degeneratif yang kronis (misal penyakit kencing manis, jantung, dan hipertensi). Akan tetapi, sementara penyakit degeneratif untuk usia lanjut mulai meningkat secara bermakna, penyakit-penyakit infeksi secara kronis masih akan

menetap dan bahkan jumlah kasusnya akan meningkat. Fenomena ini kemudian diuraikan sebagai salah satu bentuk polarisasi epidemiologi, yaitu timbulnya dua arah pola penyakit yang terjadi secara bersamaan.

Adanya fenomena polarisasi epidemiologi tersebut memberikan dampak yang lebih berat pada penanganan kesehatan penduduk, terutama dengan timbulnya resesi ekonomi di Indonesia. Jikalau melihat struktur pola penyebab kematian, Indonesia sebenarnya mengalami polarisasi epidemiologi (Wilopo, 1995). Penyakit-penyakit degeneratif mulai bermunculan, sebagai salah satu dari 10 penyebab kematian utama, sementara penyakit-penyakit kronis, terutama tuberkulosis dan malaria tidak menghilang. Jikalau pada tahun 1980 diperkirakan hanya 5 persen dari seluruh penyebab kematian karena penyakit jantung dan pembuluh darah, pada tahun 1986 menjadi 6,2 persen dan tahun 1992 menjadi 17,8 persen. Demikian juga tuberkulosis, yang pada tahun 1980 mencapai 5 persen dari seluruh penyebab kematian, tahun 1986 tetap 5 persen, dan tahun 1992 meningkat menjadi 10,8 persen.

Keterkaitan Timbal Balik Pembangunan Ekonomi dan Kesehatan

Untuk menelaah ancaman resesi ekonomi pada penurunan kematian, perlu adanya kerangka pemikiran bahwa penurunan kematian terkait dengan fluktuasi ekonomi suatu negara. Fluktuasi ekonomi yang sedang terjadi di Indonesia adalah bagian dari proses pembangunan yang

luas dan saling mengait antara pembangunan ekonomi dengan pembangunan sektor sosial dan aspek pembangunan berkelanjutan lainnya. Pada masa lalu, banyak negara dalam melaksanakan pembangunan hanya dikonsentrasikan pada aspek pertumbuhan ekonomi belaka (Birdsall, 1992; Rodriquez-García, et al., 1994; WHO, 1997). Beberapa negara tidak mengaitkan secara erat antara pembangunan sektor kesehatan dengan pembangunan umum lainnya.

World Bank (1993) melalui kajiannya yang mendalam memberikan kerangka berpikir bahwa investasi dalam bidang kesehatan menguntungkan negara (World Bank, 1993). Hal ini terjadi karena keberhasilan pembangunan tergantung dari sumber daya manusianya yang sehat dan tumbuh serta berkembang karena kecukupan sandang pangan dan papan. Oleh sebab itu, ada keterkaitan antara dampak kesehatan pada pembangunan ekonomi, dan sebaliknya, dampak pembangunan ekonomi pada kesehatan (Birdsall, 1992; Rodriquez-García, et al., 1994; WHO, 1997). Atas dasar pemikiran ini maka diperlukan suatu konsep pembangunan yang mengintegrasikan faktor ekonomi dan sosial ke dalam proses pembangunan secara umum sehingga tidak hanya memperhatikan pertumbuhan ekonomi, tetapi perlu peningkatan pembangunan sektor kesehatan, KB, gizi dan pangan, pendidikan, air bersih, sanitasi, tempat tinggal, dan penghapusan kemiskinan serta lingkungan untuk menciptakan pertumbuhan ekonomi yang berlanjut. Hampir semua negara yang telah mengikuti pola *structural adjustment*

menerapkan konsep pembangunan ini sehingga goncangan dalam aspek ekonomi akan mempengaruhi secara langsung dan tidak langsung pembangunan sektor kesehatan (Genburg, 1992).

Pendekatan umum untuk mengkaji adanya keterkaitan antara pembangunan sosial-ekonomi dengan penurunan mortalitas, atau peningkatan harapan hidup, umumnya dilakukan dengan analisis secara *cross-sectional* secara statistik antara indikator tingkat pembangunan ekonomi dengan kesehatan. Misalnya, Preston (1975, 1980) menemukan bahwa hanya sekitar 30 persen faktor sosial ekonomi, seperti penghasilan, tingkat pendidikan, dan nutrisi dapat menerangkan atau ikut andil terhadap peningkatan kelangsungan hidup penduduk (Preston, 1980). Sisanya, 70 persen, adalah diterangkan oleh faktor eksogen lainnya, seperti program pemberantasan malaria, kampanye immunisasi, dan promosi perilaku sehat bagi individu. Pada tahun 1985, Preston kembali melakukan analisis serupa, tetapi dengan hasil yang sebaliknya (Preston, 1985). Analisis terakhir justru faktor sosial-ekonomi yang lebih dominan

untuk menerangkan penurunan kematian pada periode 1965-1969 sampai 1975-1979. Jadi, keterkaitan antara angka harapan hidup dan derajat perkembangan ekonomi suatu negara semakin menguat. Keterangan lain mengapa terjadi perubahan hubungan dalam periode tersebut ialah karena penurunan alokasi dana pembangunan bantuan luar negeri untuk negara-negara sedang berkembang di sektor kesehatan mengalami penurunan yang cukup drastis

Penghasilan (*income*) merupakan faktor determinan yang penting pada kesehatan karena bagi penduduk miskin kecukupan penghasilan akan meningkatkan akses, terutama akses terhadap pelayanan kesehatan, sandang, pangan, dan papan (UN, 1998a; UN, 1998b; UN, 1998c; World Bank, 1993). Data terakhir dari United Nations dan World Bank diolah untuk menunjukkan adanya diferensial angka harapan hidup waktu lahir antarnegara menurut indikator tingkat ekonominya. Tabel 4 menunjukkan hubungan dari angka harapan hidup dengan GNP, yang diukur dari PPP (*purchasing power parity*). Ternyata

Tabel 4.
Hubungan Antara Angka Harapan Hidup dengan *Per Capita Gross National Product*

GNP Per Capita (1994 International Dolar)	Angka Harapan Hidup Waktu Lahir, 1990-1995 (Dalam Tahun)					Jumlah Negara
	<50 Tahun	50-59 Tahun	60-69 Tahun	70+ Tahun	Mean	
< 2.000	15	12	5	1	51,9	33
2.000 - 3.999	0	4	14	4	66,3	22
4.000 - 9.99	90	2	10	17	68,9	29
10.000 +	0	0	0	26	76,2	26

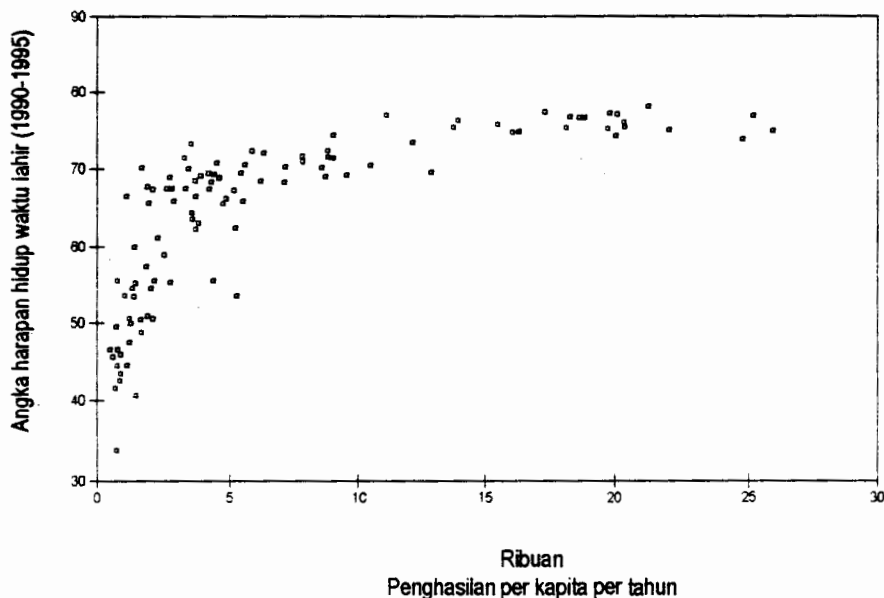
Sumber: World Population Prospect: The 1996 Revision and The World Bank Development Report, 1996.

angka harapan hidup suatu negara meningkat lebih cepat pada mereka dengan PPP relatif rendah, misalnya angka harapan hidup dari negara dengan level \$2.000-3.999 bertambah sekitar 14 tahun (peningkatan *mean*) dari level PPP di bawahnya (PPP kurang dari \$2.000). Semakin tinggi tingkat penghasilan per kapita, peningkatannya tidak terlalu mencolok. Pada tingkat penghasilan per kapita \$4.000-\$9.999 hanya meningkat sekitar 3,5 tahun sehingga

dapat diartikan bahwa pengaruh penghasilan per kapita pada angka harapan hidup akan semakin nyata pada penduduk yang berpenghasilan rendah (miskin).

Gambar 1 menunjukkan hubungan antara penghasilan per kapita dengan angka harapan hidup untuk mengukuhkan adanya hubungan tersebut. Perlu dicatat bahwa pada tahun 1900 angka harapan hidup di Amerika adalah 49 tahun dan penghasilan per kapita pada waktu itu

Gambar 1.
Hubungan antara Angka Harapan Hidup Waktu Lahir dengan Rata-Rata Penghasilan per Kapita per Tahun



Sumber: World Population 1996 (United Nation Publication, Series no. 96.XIII.14); World Development Report 1996
Based on purchasing power parity (PPP), which is the number of units of a country's current required to buy the amounts of goods and services in the domestic market as one dollar would buy in the United States. The PPP is then applied to local currency GNP and then divided by mid-year population

ialah \$4,800. Dari gambar di atas, suatu negara yang pada akhir-akhir ini mempunyai penghasilan per kapita \$4,800 diharapkan angka harapan hidupnya sekitar 71 tahun, padahal seabad yang lalu angka harapan hidupnya 49 tahun. Jadi, terdapat faktor-faktor lain yang ikut andil meningkatkan angka harapan hidup, selain penghasilan rata-rata per kapita. Analisis yang serupa, mengaitkan angka kematian anak di bawah 5 tahun dengan penghasilan per kapita mendukung penemuan ini. Angka kematian anak menurun dengan cepat untuk negara-negara dengan penghasilan per kapita cukup dibandingkan dengan yang berpenghasilan tinggi (UN, 1998a; World Bank, 1993). Dengan demikian, adanya resesi ekonomi secara teoretis dapat mempengaruhi tingkat rata-rata penghasilan per kapita penduduk di suatu negara dengan penghasilan yang belum tinggi atau cukup, yang akhirnya ada kaitannya dengan derajat kesehatannya atau angka harapan hidup penduduk.

Kemiskinan ditandai dengan kekurangan memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup, termasuk pangan, sandang, papan, pelayanan kesehatan, fasilitas sanitasi, pendidikan, dan informasi. Kemiskinan mempengaruhi derajat kesehatan. Oleh sebab itu, selain penghasilan rata-rata per kapita, jumlah penduduk miskin dan pemerataan kekayaan di suatu negara (kemiskinan relatif) adalah faktor penting yang perlu dikaji lebih jauh. Dengan demikian, perlu dicermati seberapa jauh dampak resesi ekonomi akan mengubah distribusi kemiskinan absolut dan relatif tersebut sehingga

akhirnya menurunkan status kesehatan penduduk.

World Bank (1993) mengkaji peranan faktor kemiskinan dan pengeluaran kesehatan dari 22 negara sedang berkembang untuk menerangkan variasi angka harapan hidup. Analisis memperhitungkan pula faktor penghasilan rata-rata per kapita (World Bank, 1993). Dalam suatu negara, kemiskinan berkaitan dengan derajat kesehatan penduduknya. Misalnya di Indonesia, India, dan Kenya, kematian anak lebih tinggi pada daerah dengan jumlah penduduk miskin yang lebih banyak dibandingkan dengan yang lain (UN, 1998a; UN, 1998b; World Bank, 1993). Meskipun demikian, pengaruh penghasilan rata-rata per kapita tidak menjadi penting lagi setelah kemiskinan dan pengeluaran kesehatan diperhitungkan di dalam model analisis. Dengan demikian, pengaruh resesi ekonomi yang akan menurunkan penghasilan rata-rata per kapita tidak akan terjadi, apabila pengeluaran untuk kesehatan tidak berkurang tingkatnya serta faktor kemiskinan dapat dikendalikan. Penemuan ini memberikan dorongan pentingnya untuk mencegah pengurangan pendanaan kesehatan serta upaya-upaya untuk mengentaskan kemiskinan (UN, 1998a; UN, 1998b, World Bank, 1993).

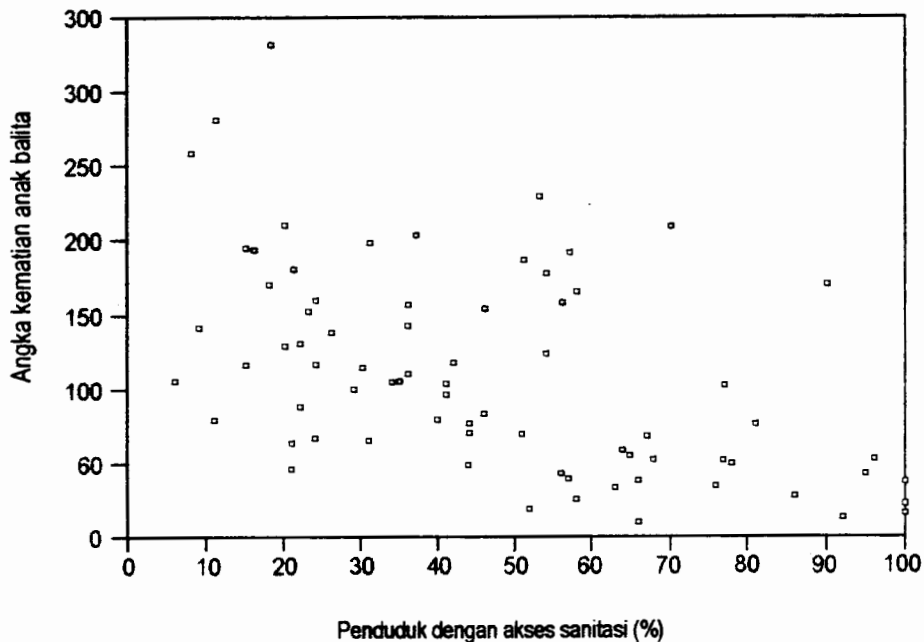
Meski penghasilan rata-rata per kapita suatu negara mempengaruhi derajat kesehatan penduduknya, ada beberapa pengecualian bagi negara miskin yang berhasil menurunkan angka kematian bayinya dan meningkatkan angka harapan hidupnya (World Bank, 1993; Halstead, et al., 1985). Misalnya China, Cuba, Costa

Rica, Kerala (negara bagian di India), Sri Lanka, dan Jamaica yang memiliki angka kematian bayi dan harapan hidup mendekati tingkat yang dicapai oleh negara-negara yang telah maju, meskipun mereka tergolong negara miskin. Hasil pengkajian mendalam dari negara-negara ini dapat disimpulkan bahwa kesehatan yang bagus dapat tercipta apabila disertai komitmen politik yang tinggi untuk menerjemahkan kebijakan pemerataan pembangunan sehingga terjamin ke-

butuhan dasar kesehatan, pendidikan, gizi, dan pangan untuk semua penduduk. Kebutuhan dasar pelayanan kesehatan masyarakat meliputi perbaikan sanitasi lingkungan, immunisasi, dan kesehatan ibu dan anak serta KB, termasuk akses terhadap air bersih dan penyediaan fasilitas latrin.

Gambar 2 menunjukkan hubungan antara angka kematian anak di suatu negara dengan persentase penduduk yang mampu mengakses fasilitas

Gambar 2.
Hubungan antara Persentase Penduduk yang Memiliki Akses Sanitasi dengan Kematian Anak Balita



Sumber: Basic Social Services for all 1997 (United Nations publication, ST/ESA/SER/A/160), based on World Population Prospects 1996 (United Nations publication, forth coming); Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996 (WHO/UNICEF).

sanitasi lingkungan, air bersih, dan latrin (World Bank, 1993). Meskipun gambar tersebut menunjukkan adanya variasi yang cukup besar, tampak ada pola yang konsisten terhadap penemuan di beberapa negara yang miskin seperti di Kerala. Semakin besar persentase penduduk yang dapat memanfaatkan fasilitas sanitasi lingkungan yang bersih, maka semakin rendah angka kematian anaknya. Jadi, ketersediaan infrastruktur seperti tersedianya fasilitas sanitasi lingkungan untuk umum akan berpengaruh terhadap tingkat kematian. Oleh sebab itu, apabila terjadi resesi ekonomi selama ketersediaan fasilitas sanitasi tidak terganggu, atau diperhatikan secara khusus, dampaknya pada mortalitas akan dapat dikurangi.

Dari uraian di atas dapat dilihat keterkaitan yang positif antara pembangunan ekonomi dan kesehatan. Jikalau resesi ekonomi mengganggu jalannya roda pembangunan dan terkait langsung dengan berbagai aspek pembangunan kesehatan, akan mengganggu proses penurunan mortalitas dan peningkatan angka harapan hidup waktu lahir. Meskipun ada keterkaitan, mekanisme proses saling pengaruh dan mempengaruhi antara kesehatan dan pembangunan sangat sulit untuk dijabarkan alur mekanismenya.

Resesi Ekonomi dan Derajat Kesehatan

Dengan timbulnya berbagai fluktuasi ekonomi yang sifatnya perubahan sementara dan mendadak, berbagai penelitian dapat dijadikan

bahan kajian untuk mempertimbangkan lebih lanjut keterkaitan resesi ekonomi dengan derajat kesehatan (Coussy, et al., 1996). Ada tiga hal yang dapat dijadikan pertimbangan, pertama adalah pengaruh kebijakan *structural adjustment* di negara sedang berkembang; kedua, pengaruh fluktuasi ekonomi di negara-negara bekas Uni Soviet (*countries in economies in transition*); dan ketiga adanya stagnasi pertumbuhan ekonomi di negara-negara yang sudah maju.

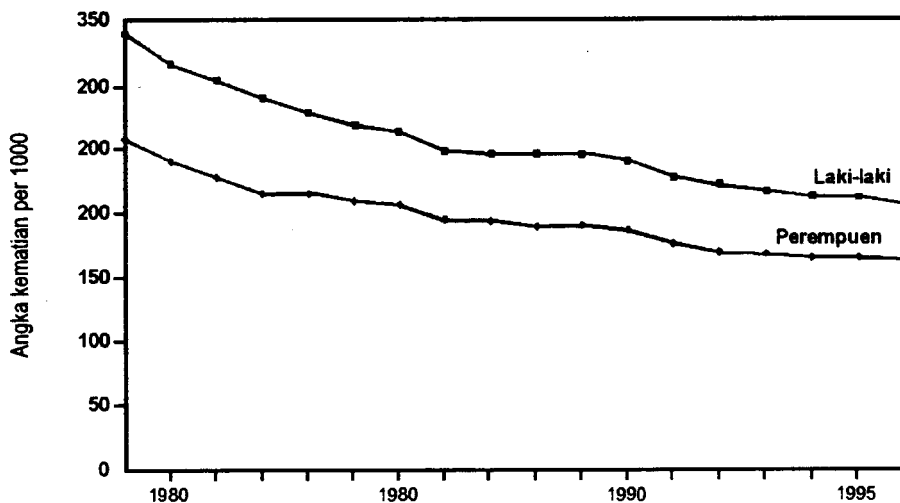
Pada awal-awal periode tahun delapan puluhan, banyak negara sedang berkembang mulai menerapkan kebijakan *structural adjustment* yang terpengaruh oleh kondisi ekonomi global pada saat itu (Lundberg, et al., 1994; Martikainen, et al., 1995). Pengaruh tersebut meliputi rendahnya minat investasi negara maju di negara sedang berkembang, ekspor impor yang melemah, fluktuasi bunga pinjaman sehingga menimbulkan penurunan pertumbuhan ekonomi dan resesi bagi beberapa negara yang melakukan kebijakan *structural adjustment*. Akibat kebijakan tersebut, banyak di antara mereka mengalami penurunan pengeluaran pembiayaan sektor kesehatan dan produksi serta penyediaan pangan dan obat-obatan. Meskipun demikian, hubungan dari berbagai fluktuasi pertumbuhan ekonomi dengan tingkat kematian atau harapan hidup tidak konklusif (UN, 1998a; UN, 1998b). Misalnya, di Meksiko dan negara-negara Amerika Latin lainnya tidak tampak terjadinya kenaikan angka kematian, meskipun pada saat itu terjadi resesi ekonomi mirip dengan apa yang kemudian dialami oleh Indonesia (Musgrove,

1990). Gambar 3 adalah pola penurunan kematian di Meksiko pada saat-saat negara tersebut juga mengalami kondisi resesi ekonomi yang berat. Tampak bahwa periode 1980-1990 tidak terjadi peningkatan angka kematian yang mencolok, ineskipun sedikit ada fluktuasi angka kematian (*stalling*).

Studi di Cote d'Ivoire, Afrika memberikan bukti keterkaitan kebijakan *structural adjustment* dengan memburuknya derajat kesehatan, terutama karena terjadinya penurunan pembiayaan kesehatan (Strauss, 1990; Thomas, et al., 1996). Di samping itu,

kantong-kantong penduduk miskin bertambah; dan karena kekurangan pangan, anak-anak rentan terhadap penyakit infeksi dan parasit. Meningkatnya harga bahan makanan juga menurunkan status gizi anak, yang terlihat dari penurunan berat badan menurut umur dan jenis kelamin (Thomas, et al., 1996). Penelitian Anand dan Chen (1996) memberikan dukungan penemuan tersebut, yaitu terjadi peningkatan angka kematian bayi di Sao Paulo, Brazil, dan Zambia, stagnasi penurunan angka kematian bayi di Chile dan meningkatnya malnutrisi di Ghana dan Sri Lanka

Gambar 3.
Standardized Mortality Rates
menurut Jenis Kelamin di Meksiko, 1979-1980



Estimasi sendiri berdasarkan statistik vital

Sumber: United Nations, 1998

(Anand, et al., 1996; Thomas, et al., 1997). Meskipun demikian, dari kajian mereka tidak dapat ditunjukkan hubungan atau mekanisme langsung keterkaitan kebijakan tersebut dengan angka kematian. Oleh sebab itu, pengaruh kebijakan *structural adjustment* tidak tentu berpengaruh langsung kepada tingkat kematian bayi dan anak. Akan tetapi, menurunnya penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan akan mempengaruhi penurunan kematian atau peningkatan angka harapan hidup.

Negara-negara bekas Uni Soviet yang mengalami goncangan politik, sosial, dan ekonomi akhirnya mengalami penurunan derajat kesehatannya (Coussey, et al., 1996; David, et al., 1997; Lundberg, et al., 1994; Martikainen, et al., 1995). Beberapa bekas negara Uni Soviet tersebut mengalami perubahan kondisi demografinya, misalnya terjadinya penurunan fertilitas, peningkatan mortalitas, dan penurunan angka harapan hidup (David, et al., 1997). Penurunan derajat kesehatan yang sangat mencolok terjadi di Republik Federasi Rusia, yaitu terjadinya penurunan angka harapan hidup waktu lahir untuk laki-laki dari periode 1985-1990 sampai dengan 1990-1995 sebesar 3,9 tahun. Hal yang di luar dugaan adalah bahwa terjadinya peningkatan penghasilan sesudah keluar dari sistem komunisme justru terjadi kenaikan angka kematian laki-laki. Salah satu penyebabnya adalah semakin meningkatnya penghasilan diikuti dengan perilaku yang tidak sehat atau perilaku yang mengundang risiko. Data menunjukkan bahwa komposisi diet

penduduk laki-laki di Rusia semakin buruk, konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok semakin meningkat, kondisi lingkungan kerja yang penuh risiko (polusi), dan meningkatnya stres serta kurang waktu berolah raga. Semua ini terjadi dalam kondisi semakin berkurangnya subsidi terhadap pelayanan kesehatan oleh pemerintah, yang semula bertanggung jawab sepenuhnya terhadap seluruh kebutuhan kesehatan rakyatnya. Di sisi lain, kesadaran dan kemampuan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai masih jauh dari yang mereka butuhkan.

Kajian pengaruh krisis ekonomi yang terjadi di negara yang sudah maju dapat dipakai sebagai pertimbangan lebih lanjut (Lundberg, et al., 1994; Martikainen, et al., 1995). Stagnasi pertumbuhan ekonomi yang diikuti dengan meningkatnya pengangguran di Eropa (sekitar 9-11 persen) selama periode 1992-1996 sangat menarik untuk dikaji. Meskipun demikian, tidak didapatkan hasil yang konklusif bahwa pengangguran akan meningkatkan angka kematian. Pengkajian yang melihat pengaruh jangka panjang akibat pengangguran di Eropa pada abad ke-18 menyimpulkan bahwa kematian prematur karena penyakit pembuluh darah dan bunuh diri mengalami peningkatan (UN, 1998a; Martikainen, et al., 1996) namun penelitian Martikainen dan Valkonen (1996) di Finlandia justru memperoleh hasil yang sebaliknya (Martikainen, et al., 1995). Meskipun demikian, bukti bahwa pengangguran meningkatkan angka morbiditas dapat didukung oleh data empirik. Penderita penyakit mental meningkat dengan meningkat-

nya jumlah penganggur di Eropa. Hal ini sesuai dengan data pada tingkat makro sebelumnya, bahwa negara-negara dengan PPP yang tinggi tidak menunjukkan keterkaitan antara penghasilan dengan angka kematian dan harapan hidup. Studi Lundberg dan Fritzel (1994) menunjukkan bahwa perbaikan aspek pemerataan kekayaan (*narrowing income gap*) akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan di negara yang sudah maju (Lundberg, et al., 1994). Jadi untuk negara maju, bukanlah penurunan absolut yang penting, melainkan aspek pemerataan yang berpengaruh lebih signifikan.

Tantangan dan Peluang untuk Mempertahankan Pola Penurunan

Kematian anak dan ibu di Indonesia harus tetap memperoleh prioritas kebijakan yang tinggi, khususnya dalam menghadapi gejolak resesi yang akan datang. Meskipun demikian, tantangan yang dihadapi dalam sektor kesehatan di Indonesia tidak hanya berkaitan dengan kematian ibu dan anak (Wilopo, 1995). Timbulnya polarisasi epidemiologi akan membebani pelayanan kesehatan pada masa yang akan datang. Oleh karenanya, kematian dewasa perlu segera memperoleh perhatian yang semestinya. Demikian juga dengan munculnya ancaman baru penyakit HIV/AIDS di Indonesia serta munculnya kembali penyakit-penyakit infeksi (*reemerging of infectious diseases*) mengundang berbagai permasalahan baru pada masa yang akan datang sehingga tidak hanya resesi ekonomi yang dihadapi, tetapi resesi ekonomi dan polarisasi epidemiologi.

Atas dasar pertimbangan tersebut, maka penanganan pelayanan kesehatan tidak dapat dilaksanakan seperti biasanya karena pengaruh resesi ekonomi dan semakin kompleksnya masalah kesehatan (adanya polarisasi epidemiologi) akan memperberat proses pelayanan kesehatan pada masa yang akan datang (World Bank, 1993; Wilopo, 1995). Perlu secara cermat mengamati kompetisi alokasi sumber dana dan sumber daya untuk pelayanan kesehatan sehingga semua dana dan daya yang ada tidak hanya dipakai untuk memacu proses pertumbuhan ekonomi bangsa (World Bank, 1993).

Dengan komitmen politik yang tinggi, sasaran penurunan angka kematian dan peningkatan harapan hidup selama jangka panjang tidak perlu diragukan lagi. Meskipun resesi ekonomi tidak dapat lagi dihindari, sasaran penurunan angka kematian bayi pada akhir PJP II tetap saja dapat diturunkan sampai dengan 20 per 1000 kelahiran hidup, asalkan segala kebijakan yang termaktub dalam GBHN 1998 dapat dijalankan seefektif dan seefisien mungkin (Republik Indonesia, 1998). Hal ini sehubungan dengan perkiraan bahwa resesi tidak akan terjadi lebih dari 3 tahun lamanya, sementara bukti-bukti empirik mendukung bahwa pengaruh jangka pendek fluktuasi ekonomi tidaklah sebesar yang diduga semula. Namun, perlu diingat bahwa resesi ekonomi yang terjadi di beberapa negara lain tingkat perkembangannya ekonominya jauh di atas Indonesia. Oleh sebab itu, tanpa didorong rasa kekhawatiran yang berlebihan, kebijakan penurunan mortalitas tidak mungkin dapat dilaksanakan seperti halnya tahun-

tahun sebelumnya. Segala upaya untuk meningkatkan aspek pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan primer harus lebih ditingkatkan dengan komitmen pendanaan yang lebih tinggi (Wilopo, 1995). Pelayanan kesehatan primer harus benar-benar merupakan *public good*, dan bukan harus dijadikan *market good* yang memberikan keuntungan finansial yang berlebihan (Nathanson, 1996). Dalam kondisi resesi ekonomi, sangatlah berlebihan apabila pemerintah mengharapkan peningkatan kontribusi pendanaan dari masyarakat di bidang kesehatan.

Dalam GBHN 1998 ada beberapa kebijakan pokok yang perlu dijabarkan lebih rinci dalam program-program dan kegiatan selama Repelita VII agar penurunan kematian tetap berlangsung seperti yang diharapkan (Republik Indonesia, 1998). Selain beberapa kebijakan merupakan kelanjutan dari Repelita sebelumnya, ada beberapa kebijakan baru yang perlu memperoleh perhatian lebih khusus. Misalnya, masuknya kebijakan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan masyarakat melalui pengembangan "jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat" dan "asuransi kesehatan nasional" dapat dijadikan sebagai kegiatan untuk mengurangi dampak fluktuasi ekonomi yang masih akan berlangsung. Di samping itu, kebijakan yang telah lama diterima, yaitu untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi kelompok penduduk yang miskin harus dijabarkan lebih lanjut sehingga dapat dilaksanakan dengan lebih efektif dan efisien. Demikian pula, peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan hendaknya tetap diper-

tahankan karena hampir dua pertiga pendanaan kesehatan selama ini berasal dari peran serta masyarakat sendiri (Wilopo, 1995). Oleh karena itu, selama peran serta tersebut tidak terganggu dengan adanya krisis ekonomi dan resesi, maka pemerintah masih mempunyai peluang untuk memanfaatkan dana mereka, sambil tetap harus dapat melindungi mereka yang benar-benar miskin.

Dalam rangka mengantisipasi timbulnya transisi epidemiologi dan polarisasi epidemiologi, maka pencegahan penyakit-penyakit degeneratif dan HIV/AIDS telah dicakup dalam GBHN 1998 (Republik Indonesia, 1998). Demikian juga masalah ketergantungan obat bius dan obat-obat terlarang lainnya karena pencegahan yang diini akan memberikan hasil yang cukup efektif dan efisien untuk meningkatkan angka harapan hidup penduduk. Masalah kualitas pangan dan gizi serta ketersediaan obat-obat generik dan obat-obat esensial merupakan sarana pendukung lain, di luar masalah tenaga, sistem pelayanan, perencanaan dan evaluasi program untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (UN, 1998a, World Bank, 1993).

Kesimpulan dan Saran Kebijakan

Terjadinya resesi ekonomi akan membahayakan keberlangsungan pola penurunan angka kematian dan peningkatan harapan hidup waktu lahir di Indonesia. Dampak resesi ekonomi tersebut dapat dikurangi dengan menyusun program kesehatan dan pembangunan yang lebih efektif dan efisien. Berbagai studi me-

nunjukkan bahwa resesi dan fluktuasi ekonomi tidak selalu memberikan dampak stagnasi atau bahkan kemunduran derajat kesehatan penduduk. Akan tetapi, perlu diingat bahwa kondisi ekonomi penduduk Indonesia berbeda dengan kondisi negara-negara lain yang tidak tergoyahkan dengan adanya resesi dan fluktuasi ekonomi. Pada saat sebelum resesi, penghasilan per kapita penduduk adalah jauh di bawah negara-negara yang pernah mengalami guncangan ekonomi, misalnya, Meksiko yang mempunyai penghasilan rata-rata per kapita (GNP) jauh di atas Indonesia.

Ancaman resesi ekonomi dapat berdampak kepada individu pada dua tingkatan yang berbeda, yaitu melalui keluarga dan peran pemerintah. Di samping itu, resesi ekonomi dapat mempengaruhi secara langsung dan secara tidak langsung kepada derajat kesehatan penduduk. Pengaruh langsung ialah menimbulkan pengangguran yang meningkat, upah buruh yang meningkat, naiknya harga barang kebutuhan secara umum (inflasi), serta berkurangnya subsidi dan pendanaan pemerintah untuk program kesehatan primer.

Secara tidak langsung, resesi akan memperburuk status gizi karena mahalnya harga pangan dan obat-obatan sehingga penduduk kelaparan dan lebih rentan terhadap kesakitan dan kematian. Memburuknya kondisi ekonomi dapat disertai dengan memburuknya kualitas lingkungan fisik dan nonfisik. Memburuknya sanitasi lingkungan karena terganggunya fasilitas infrastruktur akan meningkatkan penyakit-

penyakit infeksi dan menular lainnya. Lingkungan nonfisik dapat terganggu karena tumbuhnya resesi ekonomi, misalnya terjadinya perubahan-perubahan perilaku individu dan kelompok individu yang cenderung "brutal", meningkatnya pencurian dan gejolak sosial yang pada gilirannya dapat saja menimbulkan pembunuhan. Dengan demikian, perubahan lingkungan sosial dapat meningkatkan kondisi stres, bunuh diri, merokok, konsumsi obat-obat terlarang, dan sebagainya. Meningkatnya kekacauan lingkungan sosial dapat disertai juga meningkatnya pelacuran sehingga HIV/AIDS dapat meningkat dibandingkan dengan apabila tidak terjadi resesi ekonomi.

Untuk memelihara berbagai momentum penurunan angka kematian dan peningkatan harapan hidup penduduk yang telah berlangsung selama ini, maka perlu *reinventing* kebijakan kesehatan masyarakat kembali dengan mempertimbangan beberapa hal berikut.

- 1) Kebijakan kesehatan masyarakat harus dilihat dalam konteks perubahan sosial, ekonomi, politik, ilmu pengetahuan, dan teknologi secara global dan bukan hanya sebagai kebijakan yang terisolasi pada tingkat nasional, lokal, atau bahkan sektoral;
- 2) Pengaruh globalisasi juga menyangkut kebijakan pangan, obat-obatan, dan terkait dengan penyebaran penyakit sehingga perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran harus ditapis atas dasar kemampuan ekonomi negara yang sedang dalam resesi. Dipilih cara yang lebih efektif

- dan efisien serta aksesnya dapat dijamin merata untuk semua orang yang membutuhkan.
- 3) Indonesia adalah penduduk berstruktur peralihan dari muda yang mulai memikul beban masalah penduduk usia lanjut. Oleh karenanya, meskipun dalam kondisi resesi ekonomi, kebijakan kesehatan harus dapat mencakup semua kepentingan segmen umur secara proporsional sehingga sudah saatnya untuk memperhatikan kematian dewasa di samping prioritas pada kematian bayi, anak, dan ibu.
 - 4) Kebijakan penurunan kematian hendaknya tidak hanya melihat aspek sosial budaya yang berbeda antardaerah, tetapi juga memikirkan dampak resesi ekonomi yang tidak sama, apalagi adanya kecenderungan bahwa daerah yang miskin justru memikul beban permasalahan kesehatan yang lebih berat.
 - 5) Secara politis Indonesia harus mempunyai kebijakan kesehatan masyarakat secara nasional, tetapi perlu digariskan beberapa kebijakan yang dapat mencakup variasi masalah kesehatan antardaerah. Karena sejarah perkembangan politik, ekonomi, sosial, dan budaya yang berbeda, kebijakan desentralisasi di bidang kesehatan adalah mutlak perlu segera dilakukan dengan memberikan perlindungan khusus untuk daerah-daerah Tingkat II yang miskin dan akan terkena dampak resesi lebih berat.
 - 6) Belum adanya sistem *social safety-net* yang mantap di bidang kesehatan dan diamanatkannya kebijakan untuk melindungi derajat kesehatan dengan "jaminan pelayanan kesehatan masyarakat" dan asuransi nasional dalam GBHN 1998, maka sudah saatnya diterapkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui sistem asuransi yang andal.
- Beberapa saran kebijakan tersebut kiranya akan melengkapi kebijakan yang telah dilaksanakan selama Repelita VI.

Referensi

- Anand, S. dan Lincoln C. 1996. *Health implications of economics policies: a framework of analysis*. New York: Office of Development Studies, United Nations Development Programme. (UNDP. Discussion Paper Series No. 3).
- Backlund, E., Paul S. dan Norman J. 1996. "The shape of the relationship between income and mortality in the United States: evidence from the national longitudinal mortality study". *Annals of Epidemiology*, 6(1): 12-20.
- Birdsall, N. 1992. "Health and development: what can research contribute?", dalam Lincoln Chen, Arthur Kleinman dan Norma Ware, eds. *Advancing health in developing countries: the role of social research*. New York: Auburn House.

- Coussy, J. dan Vallin J. 1996. "Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques", dalam Jean Coussy dan Vallin J. eds. *Crise et population en Afrique*. Paris: Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED).
- David, L., Chenet L. dan Shkolnikov V. 1997. "High variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what?", *The Lancet*, (9075): 383-388.
- Frenk, J., et al. 1991. "Elements for a theory of the health transition". *Health Transition Review*, (1): 21-38.
- Genburg, H. 1992. *Macroeconomic adjustment and health: a survey*. Geneva: World Health Organization.
- HIV/AIDS: the global epidemic. 1996. Geneva: United Nations Joint Programme on HIV/AIDS.
- Halstead, S. B., Walsh J.A. dan Warren K.S. 1985. *Good health at low cost*. New York: Rockefeller Foundation.
- Indonesia. Biro Pusat Statistik. 1998. *Proyeksi penduduk Indonesia tahun 1995-2005*. Jakarta.
- Indonesia. Central Bureau of Statistic. 1995. *Demographic and Health Survey 1994*. Calverton, Maryland: CBS and State Ministry of Population/National Planning Coordinating Board (NFPCB) and Ministry of Health (MOH) and Macro International Inc (MI).
- Indonesia. Majelis Permusyawaratan Rakyat. Sekretariat Jendral. 1998. *Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1998*. Jakarta.
- Jolly, R. 1988. "A UNICEF perspective on the affects of economic crises and what can be done", dalam D. Bell dan M. Reich, eds. *Health, nutrition and economic crises: an approach to policy in the third world*. Dover, New York: Auburn House.
- Lundberg, Olle dan Johan Fritzell. 1994. "Income distribution, income change and health: on the importance of absolute and relative income for health status in Sweden", dalam *Economic change, social welfare and health in Europe*. Copenhagen: Regional Office for World Health Organization. (WHO. European Series no. 54).
- Manton, KG. 1990. "Mortality and morbidity", dalam R.H. Binstock, et al. *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Academic Press.
- Martikainen, Pekka dan Tapani Valkonen. 1995. "Economic depression and premature mortality". *Vaesto*, (11).
- . 1996. "Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment". *The Lancet*, (348): 909-12.
- Mesle, F. dan Hentrich V. 1997. "Evolution de la mortalité en Europe: La divergence s'accroît entre l'est et l'Ouest". *International Population Conference*, Beijing. Liege: International Union for the Scientific Study on Population.
- Musgrove, P. 1990. *Crisis económica y salud: La experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. (Mimeograph).
- Nathanson, C. 1996. "Disease prevention as social change". *Population and Development Review*, 22(4): 609-637.
- Olhansky, S. Jay dan A. Brian Ault. 1986. "The Fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64(3): 355-91.
- Omran, AR. 1971. "The epidemiological transition a theory of the

- epidemiologic of population change". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, (49): 509-538.
- Panos Institute. 1992. *The hidden cost of AIDS: the challenge of HIV to development*. London.
- Preston S. 1980. "Causes and consequences of mortality in less developed countries during the twentieth century", dalam Richard Easterlin, ed. *Population and economic change in developing countries*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Preston S. 1985. "Mortality and development revisited". *Population Bulletin of the United Nations*, 13(18): 34-40.
- Rodriguez-García, Rosaliá dan Goldan A. 1994. *The health-development link*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Strauss, J. 1990. "Households, communities and preschool children's nutrition outcomes: evidence from Rural Cote d' Ivoire". *Economic Development and Cultural Change*, 38(2): 231-261.
- Thomas, D., Lavy, V dan Strauss, J. 1996. "Public policy and anthropometric outcomes in the Cote d' Ivoire". *Journal of Public Economics*, (61): 155-192.
- Thomas, D. dan Strauss, J. 1997. "Health and wages: evidence on men and women in urban Brazil". *Journal of Econometrics*, (77): 159-185.
- United Nations. Department of International Economic and Social Affairs. 1991. *Child mortality in developing countries: socio-economic differentials, trends and implications*. New York.
- . 1997. *The progress of nations*. New York.
- . 1998a. *Symposium on health mortality*. New York. (In Draft).
- . 1998b. *World population monitoring 1998: health and mortality: selected aspects*. New York. (In Draft).
- . 1998c. *World population prospects: the 1996 revision*. New York. (In draft).
- Vaupel, J.W. 1986. *Redistributing work: a long-term demographic perspective on the allocation of the lengthening time our lives*. Minneapolis: Humphrey Institute of Public Affairs, Center for Population Analysis and Policy, University of Minnesota.
- Vaupel, JW., Owen J.M. dan AE. Gowen. 1986. "Anna's life expectancy". *Journal of Policy Analysis and Management*; (2): 383-389.
- Wilopo, Siswanto Agus. 1995. "Transisi kesehatan di Indonesia", dalam Aris Ananta, eds. *Transisi demografi, transisi pendidikan, transisi kesehatan*. Jakarta: Kantor Menteri Negara Kependudukan/ BKKBN.
- World Bank. 1993. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press.
- . 1996. *Trends in health status, services and finance: the transition in Central and Eastern Europe*. Washington, D.C.: World Bank. (WB. Technical Paper No. 341).
- World Health Organization. 1996. *World health report 1996: fighting disease, fostering development*. Geneva.
- . 1997a. *Health and environment in sustainable development: five years after the earth summit*. Geneva.
- . 1997b. *World health report 1997: conquering suffering, enriching humanity*. Geneva.