

PENYAKIT MATA DI INDONESIA TAHUN 1967-1980

Santi Lestari¹⁾
Moordiati²⁾

Abstrak

Penyakit mata berkorelasi dengan kebutaan, dimana kebutaan merupakan suatu kondisi terburuk yang dapat diakibatkan oleh penyakit mata. Kebutaan walaupun tidak secara langsung menyebabkan kematian, namun berdampak pada menurunnya produktivitas. Persoalan dimulai dengan tingginya jumlah penderita penyakit mata sehingga pada tahun 1967 Kementrian Kesehatan yang menyatakan bahwa kebutaan sebagai bencana nasional. Di Indonesia, terdapat empat penyakit mata yang paling berpotensi berakibat pada kebutaan yaitu trachoma, glaucoma, xerophthalmia, dan katarak. Pokok permasalahan dalam penulisan ini adalah mengapa penyakit mata menjadi penyakit yang serius dan dampaknya di Indonesia serta bagaimana bentuk penanganan dan penanggulangan penyakit mata pada tahun 1967 sampai dengan tahun 1980. Penulisan ini tergolong pada sejarah kesehatan dengan menggunakan metode penelitian sejarah yang meliputi heuristik, verifikasi, interpretasi dan historografi. Upaya kesehatan mata dan pencegahan kebutaan di Indonesia pada tahun 1967 sampai dengan 1980 dilakukan melalui upaya preventif, promotif dan kuratif dan mengalami berbagai hambatan baik teknis maupun kurangnya respon masyarakat hingga adanya pergeseran pelayanan kesehatan mata melalui Puskesmas.

Kata kunci: kebutaan, penyakit mata, Indonesia

Abstract

Eye disease correlates with blindness. blindness is the worst condition that can be caused by eye diseases. Although Blindness can not directly cause death, it decrease productivity. The problem starts with the high number of patients with eye diseases so that in 1967, the Ministry of Health declared blindness as a national disaster. In Indonesia, there are four most potential eye diseases resulting blindness. There are trachoma, glaucoma, xerophthalmia, and cataracts. The issues in this paper are why eye disease becomes a serious disease, what eye disease impacts most in Indonesia, and what form of treatment and prevention provided for eye diseases in 1967 until 1980. This writing focuses on the health history by using historical research methods that include heuristic, verification, interpretation and historografi. In Indonesia, the health program for eye health and blindness prevention was held in 1967 until 1980. It was done through the efforts of preventive, promotive and curative by experiencing barriers from technical to lack of public response so that goverment shifted these eye health services through health centers.

Keywords: blindness, eye diseases, Indonesia

1) Mahasiswa Departemen Ilmu Sejarah Fakultas Ilmu Budaya Universitas Airlangga Surabaya, email santee_aries@yahoo.co.id

2) Dosen Departemen Ilmu Sejarah Fakultas Ilmu Budaya Universitas Airlangga Surabaya

Pendahuluan

Masalah kesehatan mata merupakan masalah yang menarik untuk dikaji karena sangat berkaitan dengan produktivitas manusia. Mata memegang peranan penting dalam hidup manusia, karena sebesar 83 persen informasi yang didapatkan seseorang setiap harinya berasal dari mata. Jadi jika seseorang mengalami masalah pada penglihatannya, maka secara otomatis hal tersebut bisa membuat kualitas hidupnya menurun. Di Indonesia sendiri, dalam Sistem Kesehatan Nasional disebutkan dari tujuh masalah yang perlu diprioritaskan, diantaranya adalah hal-hal yang dapat menyebabkan cacat fisik dan gangguan mental.(GB Hamurwono, dkk : 1984, hal 12-13) Dalam hal ini penyakit mata merupakan salah satu penyebab cacat fisik, yakni kebutaan.

Radang mata merupakan salah satu dari sembilan penyakit utama yang diderita penduduk di daerah perkotaan di Indonesia dan menempati posisi ke 8 dengan prosentase 3,2% dan menempati posisi ke 9 dari sembilan penyakit utama yang diderita penduduk di daerah pedesaan dengan prosentase sebesar 3,0%. Dari situ dapat diambil kesimpulan bahwa jumlah penderita radang mata di daerah perkotaan dengan di daerah pedesaan tidak jauh perbedaannya dalam segi jumlah, angka dan prosentase yang cukup tinggi mengingat penyakit mata bukan seperti penyakit demam berdarah dan bukan termasuk penyakit yang menular namun menjadi penyakit yang cukup penting dan utama.(Charles Surjadi : 1987, hal.9)

Dari data yang didapatkan, tidak ada penjelasan yang pasti tentang kapan sebenarnya penyakit mata mulai berkembang di Indonesia. Persoalan inilah yang kemudian melatarbelakangi penelitian ini dengan asumsi bahwa sebelum ditetapkan sebagai bencana nasional, tentu penyakit mata telah menjadi sebuah persoalan yang terjadi di masyarakat. Oleh karena itulah, penelitian ini akan melihat beberapa periode

kebelakang untuk melihat riwayat penyakit mata yang ada di Indonesia dan berbagai upaya penanggulangan yang dilakukan. Kebutuhan dan penyakit mata lainnya cukup menjadi momok yang menakutkan bagi masyarakat disamping penyakit-penyakit lainnya yang saat itu juga banyak diderita oleh masyarakat, seperti penyakit cacar. (Majalah Kesehatan : 1970, hlm 32)

Kualitas Kesehatan Masyarakat Indonesia 1967-1980

Tahun 1960an dapat dikatakan merupakan tahun yang cukup berat dalam hal kesehatan masyarakat Indonesia karena selain kemunduran ekonomi, juga banyak terjadi wabah penyakit menular. Banyak faktor yang membuat penyakit menular ini menghinggapi masyarakat, seperti kurang gizi serta masalah obat-obatan yang tidak memenuhi syarat menjadi salah satu gangguan kesehatan masyarakat yang merupakan permasalahan besar yang membutuhkan penanganan serius pada saat itu.(Departemen Kesehatan Republik Indonesia:1975, hlm.3)

Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia pada tahun 1967 dapat dikatakan belum memuaskan yang terlihat dari belum meratanya kesadaran untuk hidup sehat yang tidak hanya terlihat di pedesaan saja tetapi juga di kota-kota besar. Masalah kesehatan yang banyak terjadi pada tahun 1967 adalah penyakit menular seperti malaria, cacar, *tuberculosis*, cholera, frambusia dan penyakit degeneratif.

Penyakit malaria merupakan salah satu penyakit menular yang pernah mewabah di Indonesia dan mereda setelah dilakukan sistem pembasmian malaria dengan cara penyemprotan rumah-rumah penduduk dengan DDT di seluruh Jawa, Bali dan Lampung. Namun karena kurangnya biaya penghentian bantuan dari luar negeri keadaan kembali merosot. Daerah-daerah yang sebelumnya bebas malaria, kemudian terjangkit kembali.(Lampiran Keputusan Presiden RI No 319 tahun

1968, hlm. 41-42)

Malaria adalah musuh terbesar rakyat Indonesia karena sangat berpengaruh terhadap kesehatan dan produktivitas kerja seseorang dan menimbulkan kesengsaraan dan kemiskinan. Malaria di Indonesia menempati peringkat kedua di dunia setelah India. Pada tahun 1972, malaria menjadi penyakit yang paling banyak diderita di beberapa daerah di Indonesia, seperti di Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Irian Barat, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, DI Aceh, Sumatera Barat, Kalimantan Barat dan Kalimantan Tengah. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia: 1974, hlm. 120-125).

Selain malaria, penyakit cacar juga merupakan masalah yang mendesak karena macetnya pencacaran rutin yang mengakibatkan rendahnya imunitas masyarakat, khususnya pada bayi dan anak-anak. Pada tahun 1967, kasus yang dilaporkan adalah sebanyak 12.700 orang penderita cacar, bahkan fakta di lapangan jumlahnya jauh lebih besar. (Lampiran Keputusan Presiden RI No 319 tahun 1968, hlm. 41-42) Penyakit cholera dan disentri juga merupakan penyakit menular dan banyak terjadi di kota-kota yang padat penduduknya. Dimana pada saat itu sekitar 75 persen penduduk belum mengerti mengenai manfaat vaksin dan justru takut jika mengikuti vaksinasi justru akan sakit sungguhan bahkan mati. Sedangkan penyakit menular lainnya adalah TBC dan penyakit degeneratif.

Dalam Repelita I dibuktikan bahwa dari 1.000 orang penduduk, rata-rata 45 orang di antaranya menderita sakit. Anak-anak berumur di bawah 1 bulan merupakan kelompok umur yang paling banyak menderita sakit, kemudian disusul oleh kelompok umur 1 bulan hingga 4 tahun. Penyebab utama nya adalah infeksi saluran pernapasan, termasuk TBC, infeksi kulit, diare, malaria, dan penyakit mata. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia: 1975, hlm. 238)

Penyakit yang banyak diderita

oleh masyarakat tidak hanya *endemic disease*, tetapi juga *social disease* yang dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomis dan berkaitan dengan taraf hidup dimana penyakit-penyakit tersebut lebih banyak diderita oleh masyarakat miskin.

Secara umum, faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit ada beberapa dan kesemuanya saling berkaitan, yang pertama adalah faktor lingkungan dan ekonomi dimana hubungan antara keadaan manusia dengan faktor lingkungan membentuk keseimbangan yang dapat berubah dari yang paling maksimum, yakni sehat sampai dengan yang paling minimum, yaitu mati. Rendahnya penghasilan membuat mereka kurang memperhatikan kondisi tempat tinggal dan lingkungannya, jangankan tempat tinggal yang nyaman, beberapa diantaranya bahkan tinggal di lingkungan yang tidak selayaknya dijadikan tempat tinggal seperti bantaran sungai. Faktor lingkungan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap derajat kesehatan. Penyediaan air bersih masih menjadi masalah utama, karena air akan menjadi vektor bagi penyakit. (Majalah Prisma, No 6 : 1990, Hlm. 41) Sampai dengan akhir Pelita II, keadaan kesehatan lingkungan fisik dan biologis belum memadai, karena baru 18% penduduk di daerah pedesaan yang mendapat air bersih dan hanya 20% penduduk yang memiliki jamban keluarga. Di daerah perkotaan sekitar 35% penduduk mendapatkan pelayanan air minum dari Perusahaan Air Minum. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia : 1984, hlm.19) Melihat kondisi umum lingkungan saat itu yang fasilitasnya masih sangat minim, tidak heran jika akhirnya banyak penyakit yang merebak di Indonesia.

Kedua, faktor sosial dan perilaku masyarakat dimana semakin meningkatnya arus urbanisasi, adanya perkembangan dalam bidang komunikasi baik darat, laut maupun udara juga dapat memperluas penyebaran penyakit menular. Urbanisasi menyebabkan ketidakseimbangan pertumbuhan dan

perkembangan kota, terutama karena keterbatasan sumber daya dan masalah lingkungan. Munculnya urbanisasi di kota besar membawa dampak tersendiri, baik itu positif maupun negatif. Berpengaruh positif ketika melihat kota sebagai pusat modal, keahlian, dan segala fasilitas yang penting untuk menunjang pembangunan. Dan dapat dikatakan negatif karena memunculkan unsur-unsur marginal (gelandangan, gubuk liar, pedagang kaki lima), kemacetan lalu lintas, kejahatan atau pelanggaran hukum.(N. Daldjoeni : 1980, Hlm. 131) Permasalahan yang kemudian mengikuti sebagai akibat dari proses urbanisasi yang cukup besar ini diantaranya adalah terjadinya kepadatan di kota karena jumlah penduduk yang makin bertambah dan meningkat di kota-kota yang kemudian berdampak pada lingkungan fisik kota itu sendiri. Kondisi sosial masyarakat turut berperan dalam penyebaran penyakit, dimana salah satunya adalah menyangkut pada perilaku penduduk terhadap kesehatan. Faktor ini sangat dipengaruhi oleh keadaan sosial budaya masyarakat, berkaitan dengan tingkat pendidikan yang meliputi pola pikir serta pengertian tentang sehat, sakit, pengobatan sendiri, penggunaan sumber daya kesehatan serta adat istiadat.(Departemen Kesehatan Republik Indonesia : 1975, Hlm. 7)

Ketiga, sarana dan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab utama sektor kesehatan, sedangkan faktor lainnya diluar sektor kesehatan mempunyai peranan yang besar peranan yang besar dalam menciptakan lingkungan dan perilaku masyarakat yang lebih peduli akan kesehatan. Tenaga dokter dan paramedik juga menjadi sebuah masalah kesehatan di Indonesia. Seperti kurangnya tenaga pelatih dan pengajar serta fasilitas terutama diluar Pulau Jawa. Penyebaran tenaga kesehatan yang tidak merata, menyebabkan juga kurang meratanya pelayanan kesehatan. Pada akhir pelita I, terdapat sebanyak 6.221 dokter, 8.323 bidan dan 7.736 orang perawat. Tahun

1969, terdapat BKIA sebanyak 5.300 buah dan tahun 1973 terdapat 6.801 buah.(Departemen Kesehatan Republik Indonesia : 1975, hlm.13) Untuk perkembangan jumlah sarana kesehatan yang berupa Puskesmas, Balai Pengobatan dan BKIA, dapat dilihat dari tabel berikut.

Tabel 1
Perkembangan Puskesmas,
Balai Pengobatan, dan BKIA
Di Indonesia, 1973 - 1976

No. Fasilitas Kesehatan	1973	1974	1975	1976
1. PUSKESMAS	2.345	2.843	3.431	3.893
2. Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA)	6.801	6.909	2.744	2.412 *)
3. Balai Pengobatan	7.124	6.975	4.602	4.180 *)

Sumber: www.bappenas.go.id/get-file-server/node/7081/ yang diakses pada 15 Maret 2011 pukul 22.23

Tabel diatas memperlihatkan mengenai perkembangan pelayanan kesehatan yang meliputi Puskesmas, Balai Pengobatan dan BKIA di Indonesia pada tahun 1973-1976 dimana setiap tahunnya mengalami peningkatan. Kecuali pada Balai Pengobatan dan BKIA yang tahun 1976 justru mengalami penyusutan dalam segi jumlah karena diintegrasikan menjadi Puskesmas.

Penyakit Mata dan Dampaknya Di Indonesia 1967-1980

Tanda-tanda mata sehat diantaranya adalah mata bersih, tidak mengkilat, tidak juling, kero atau jereng yakni suatu keadaan dimana kedua mata bergerak bebas, secara bersamaan dan teratur. Ketajaman penglihatan normal, dan tidak ada tanda-tanda kelainan mata. (Sub direktorat Bina Kesehatan Mata Direktorat Bina Upaya Kesehatan Puskesmas direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia :1985, hlm. 3) Penyakit mata dapat dibedakan antara penyakit mata yang sifatnya ringan yang mudah disembuhkan dan penyakit mata

yang sifatnya berat dan ganas yang dapat dengan cepat mengakibatkan kebutaan.(Elfrida dalam Majalah Mawas Diri: 1984, hlm 36) Selain itu, penyakit mata juga termasuk dalam pola penyakit yang banyak diderita oleh bayi yang usianya kurang dari satu tahun juga banyak menyerang pada anak usia pra sekolah (dalam hal ini usia 1-4 tahun).(Slamet Ryadi : 1982, hlm.131 dan 132)

Banyaknya anak yang menderita tunanetra di Jawa Timur pada tahun 1980 adalah sebanyak 8.673 orang yang mana angka tersebut merupakan angka tertinggi jika dibandingkan dengan wilayah Jawa Barat sebanyak 8.312 orang, Jawa Tengah sebanyak 7.493 orang, Jakarta sebanyak 499 orang, Yogyakarta sebanyak 851 orang. Dengan total keseluruhan sebanyak 25.828 orang tunanetra di wilayah Jawa dan di Indonesia sebanyak 41.057 orang tunanetra.(BPS : 1982, hlm. 133)

Xerophthalmia, *trachoma*, katarak dan *glaucoma* merupakan empat penyakit mata penyebab kebutaan di Indonesia dimana keempat penyakit mata tersebut memiliki penyebab yang berbeda satu sama lain, namun dapat berakhir pada satu kondisi yakni kebutaan jika tidak ditangani dengan benar. Pertama, Xeroftalmi merupakan penyebab kebutaan terbanyak pada anak-anak, dimana penyakit mata ini disebabkan karena malnutrisi terutama defisiensi vitamin A. Di Indonesia, Penyebab defisiensi vitamin A adalah kemiskinan, ketidaktahuan, kurangnya pendidikan kesehatan, masih dipercayainya bermacam-macam tahayul seperti pemberian ikan atau daging pada anak-anak dapat menyebabkan cacingan.

Xeroftalmia merupakan salah satu penyebab kebutaan, terutama pada anak balita. Berdasarkan survei xeroftalmia 1976-1979 yang diselenggarakan oleh Direktorat Gizi Departemen Kesehatan dengan bantuan Hellen Keller International, dinyatakan bahwa setiap tahun 60.000 anak menderita xeroftalmia dengan kelainan kornea berat dimana

sekitar sepertiga dari jumlah tersebut pada akhirnya mengalami kebutaan atau gangguan mata berat pada matanya.(R.K Tamin Radjadin, dkk : 1984, hlm. 197)

Kedua, *Trachoma* merupakan penyakit mata menular dan mudah menyebar, terutama di daerah miskin yang padat penduduknya dan airnya tidak bersih. Di Indonesia, *trachoma* merupakan salah satu penyakit menular yang mencolok selain malaria, cacar, *tuberculosis*, kusta, patek (di luar Pulau Jawa) dan *gastro intestinal infections*. Selain di Indonesia, penyakit *trachoma* juga merupakan masalah kesehatan yang cukup menonjol di India.(Burhanuddin Mubarad, hlm.38-39) *Trachoma* dikelompokkan sebagai penyakit yang disebabkan oleh virus. *Trachoma* merupakan salah satu penyebab kebutaan yang terjadi di Indonesia, terutama di Pulau Jawa, Madura, Sumatera Selatan sebelum perang dunia kedua. *Trachoma* disebabkan oleh virus dan merupakan penyakit mata yang sudah lama dikenal di dunia yang mana penyakit ini bukan hanya masalah medis saja, tetapi juga suatu masalah yang berlandaskan pada seluruh kondisi masyarakat atau struktur sosial masyarakat. Maksudnya adalah bahwa dengan semakin berkembangnya masyarakat di bidang kultur, ekonomi, politik, ilmu pengetahuan, maka dengan sendirinya akan berkurang pula jumlah penderitanya.

Oleh karena itulah, *trachoma* ini sama dengan penyakit seperti xeroftalmia ataupun tuberkulosis paru – paru dapat dikatakan sebagai *social diseases* (atau penyakit masyarakat) dan tidak saja *endemic diseases*.(G. B. Hamurwono, dkk : 1987 hlm. 78) Tanda *trachoma* sering diabaikan karena dinilai hanya penyakit mata ringan, karena gejalanya hampir sama seperti radang mata biasa yakni mata merah, agak gatal dan sedikit berair. Dengan cepatnya pertambahan penduduk, frekuensi penyakit inipun bertambah cepat pula. 90 persen orang yang terkena infeksi ini, kebutaan justru terjadi setelah 10-20 tahun

kemudian. (Nana Wijaya, 1993 : Hlm. 345)

Ketiga, penyakit mata katarak yang merupakan kekeruhan lensa mata yang seharusnya jernih, sehingga mengganggu ketajaman penglihatan. Berbeda dengan penyebab kebutaan lainnya, katarak tidak hanya terbatas pada negara sedang berkembang saja. Secara umum, katarak disebabkan oleh ketuaan yang mungkin disebabkan karena menggumpalnya protein dalam lensa, tapi selain itu infeksi, trauma, kelainan metabolisme seperti *diabetes mellitus* ternyata juga dapat menyebabkan terjadinya katarak. Faktor-faktor ekonomi keluarga yang masih rendah, jarak pelayanan yang jauh dan transportasi yang sulit bersama faktor-faktor lain diatas akan menghambat dan membatasi kemampuan individu, keluarga maupun masyarakat juga berkontribusi terhadap penanggulangan kebutaan katarak. Kebutuhan yang diakibatkan oleh katarak walaupun tidak dapat dicegah namun dapat diperpanjang waktunya untuk menjadi buta. Pembentukan katarak primer tidak dapat dicegah namun dapat disembuhkan dengan operasi. Meskipun demikian, hanya sekitar 10-20 persen saja yang melakukan operasi katarak ini, dengan alasan psikologis, sosial maupun ekonomis. (Nana Wijaya, 1993 : hlm. 347)

Penyakit mata yang keempat adalah *glaucoma*, yang dapat dikatakan sebagai 'si pencuri penglihatan' karena terjadinya secara perlahan tanpa menimbulkan rasa sakit. Selain itu karena tanda-tandanya menyerupai konjungtivitis, sehingga orang baru sadar jika dia terkena *glaucoma* setelah penyakit tersebut sudah pada tahap lanjut dimana baru dirasakan oleh penderitanya setelah menimbulkan kelainan-kelainan yang hebat berupa penyempitan lapang penglihatan dan berakhir pada kebutaan. (Nana Wijaya, 1993 : hlm. 347).

Di Indonesia glaukoma telah menjadi penyebab kebutaan nomor dua setelah katarak. Berbeda dengan katarak

yang masih bisa dioperasi, glaukoma adalah "si pencuri penglihatan" yang tidak bisa disembuhkan karena kerusakan yang terjadi pada saraf matanya. Glaukoma menyebabkan kebutaan permanen dan hanya bisa dicegah dengan cara deteksi dini. Kebanyakan pasien tidak menyadari bahwa dirinya menderita glaukoma, sehingga rata-rata baru ke rumah sakit setelah mengalami kebutaan di salah satu mata atau kedua matanya. Karena itu glaukoma disebut juga sebagai 'si pencuri penglihatan'.

Penanggulangan Penyakit Mata di Indonesia 1967-1980

Banyaknya anak yang menderita tunanetra di Jawa Timur pada tahun 1980 adalah sebanyak 8.673 orang yang mana angka tersebut merupakan angka tertinggi jika dibandingkan dengan wilayah Jawa Barat sebanyak 8.312 orang, Jawa Tengah sebanyak 7.493 orang, Jakarta sebanyak 499 orang, Yogyakarta sebanyak 851 orang. Dengan total keseluruhan sebanyak 25.828 orang tunanetra di wilayah Jawa dan di Indonesia sebanyak 41.057 orang tunanetra. (BPS : 1982, hlm. 133)

Dilihat dari aspek teknologi upaya kesehatan, masalah kesehatan mata perlu diprioritaskan mengingat masalah kesehatan mata, pengelolaan dan penanggulangannya mudah diselenggarakan dan biaya penanggulangannya lebih murah dibanding biaya yang dikeluarkan untuk memenuhi kebutuhan akibat kebutaan dan kemunduran fungsi penglihatan. Sedangkan jika dilihat dari aspek lingkungan, masalah kesehatan mata perlu diprioritaskan mengingat masalah kesehatan mata menimbulkan kegelisahan masyarakat luas (penyebaran *conjunctivitis accuta haemorrhica* bahkan pernah menyebar di sebagian penduduk dunia pada tahun 1960-1970). Selain itu, masalah kesehatan mata dapat menurunkan produktifitas tenaga kerja, masalah kesehatan mata dapat timbul dimana saja, baik di daerah pedesaan,

maupun perkotaan yang dapat timbul karena perubahan lingkungan dan penanggulangannya dapat menunjang sektor diluar kesehatan. (GB Hamurwono : 1984, hlm.21)

Beberapa aspek tersebut semakin menyebabkan perlunya penanganan yang tepat guna demi mencegah semakin banyaknya dampak yang bisa diakibatkan. Usaha pemeliharaan kesehatan mata adalah program pelayanan kesehatan mata yang dilakukan secara konsisten dan berkesinambungan dengan tujuan agar gangguan penglihatan dan penyebab kebutaan yang masih dapat dicegah tidak semakin memburuk.

Kebijakan Pemerintah dalam Upaya Kesehatan Mata dan Pencegahan Kebutuhan di Indonesia 1967-1980

Upaya penanggulangan penyakit mata dan pencegahan kebutaan diprioritaskan sejak Kementrian Kesehatan menyatakan bahwa kebutaan sebagai bencana nasional pada 24 Juli 1967. Pembukaan Kongres Nasional Persatuan Dokter ahli Mata Indonesia pertama diresmikan oleh Menteri Kesehatan Prof. G.A. Siwabessy pada hari selasa tanggal 30 juli 1968. Pada pembukaan kongres tersebut, pada sambutannya beliau menyatakan bahwa permasalahan kesehatan mata harus segera dihadapi, terutama pada hal pencegahan kebutaan. Hal tersebut seakan semakin menegaskan pada pernyataan bahwa kebutaan merupakan bencana nasional yang harus segera diatasi. Masalah kebutaan yang melanda sebagian masyarakat ini harus segera dilakukan. (Majalah Kesehatan : Agustus 1968, hlm. 16 dan 40)

Upaya tersebut dilakukan dengan beberapa cara yakni yang pertama adalah upaya preventif yang bertujuan untuk menekan tingkat kebutaan dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya adalah dengan diadakannya proyek pencegahan xerophthalmia, diantaranya dengan pemberian suntikan vitamin A 100.000 IU di tiap-tiap Balai Pengobatan dan rumah

sakit-rumah sakit. Setelah keluar surat keputusan Menteri Kesehatan RI No.19/Birhup/1967 pada tanggal 24 Juli 1967 yang menyatakan kebutaan sebagai bencana nasional, dimulailah *RPO Project* dimana RPO dibagikan kepada anak-anak pra sekolah dan anak-anak sekolah kelas rendah.(GB Hamurwono, 1987, hlm. 19) Penanggulangan penyakit mata yang disebabkan oleh kekurangan vitamin A dengan memberikan minyak kelapa sawit (Red Palm Oil/RPO) kepada 19.850 anak-anak pra-sekolah di 5 Propinsi sebanyak 29.750kg.(Departemen Kesehatan Republik Indonesia :1980, Hlm.52-53) Pembagian obat-obatan untuk penanggulangan penyakit mata yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dengan menyediakan obat-obatan guna keperluan penanggulangan penyakit mata di daerah-daerah mulai tanggal 25 Maret 1972. Pemberian suntikan vitamin A dalam dosis tinggi (100.000 IU) kepada 83.618 anak-anak sebanyak 166.339 ampul dan pengobatan dengan salep mata antibiotika.(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Hlm. 52-53)

Kedua, promotif, dengan membuat brosur-brosur penggunaan RPO (*red palm oil*) serta poster-poster kebutuhan dan petunjuk bagi ibu.(GB Hamurwono, dkk : 1984, hlm.18-19) Kegiatan ini ditujukan untuk tingkat yang paling kecil yakni keluarga. Ketiga, kuratif yang dilakukan dengan mendirikan rumah sakit mata khusus, yakni RS Mata Cicendo yang berlokasi di Bandung, RS Mata Palembang di Palembang, RS Mata Medan di Medan, dan RS Mata Bendungan di Semarang. (GB Hamurwono, dkk : 1984, hlm.18-19) Selain itu, juga didirikan Bank Mata pada tahun 1968 di Jakarta, khusus untuk kebutaan yang disebabkan karena kerusakan kornea mata. Upaya ini juga pernah dilakukan pada saat revolusi fisik, dimana saat itu mudah untuk mendapatkan selaput bening atau cornea, karena pada saat itu banyak orang yang meninggal dalam pertempuran untuk kemudian diambil cornea matanya dan diberikan

kepada orang yang memerlukan. Setelah revolusi fisik, keadaan sudah berbeda. Tidak lagi mudah untuk mendapatkan cornea mata. Usaha-usahanya baru dimulai kembali pada tahun 1967. (Soerabaja Post, 27 Februari 1968, lihat juga GB Hamurwono, dkk : 1984, hlm. 19)

Keempat, rehabilitatif dimana kebutaan banyak dipandang negatif oleh masyarakat. Upaya rehabilitatif dilakukan tergantung usia dengan tujuan agar penderita tunanetra tidak menjadi beban masyarakat, dan mengembalikan kepercayaan diri penderita untuk kemudian kembali bersosialisasi dengan masyarakat. Pada tahun 1967 usaha pemeliharaan kesehatan mata meliputi usaha pencegahan kebutaan dan pencegahan penyakit mata menular.

Pera Puskesmas dalam Upaya Kesehatan Mata

Sejak 1979/1980 dimulai pelayanan kesehatan mata melalui Puskesmas yang merupakan gerbang utama dalam pelayanan kesehatan dan berhubungan langsung dengan masyarakat. Menurut terminologi WHO Puskesmas disebut sebagai *primary eye care* yang merupakan unit terdepan yang meliputi usaha-usaha pencegahan dan pengobatan terhadap masyarakat. (Nana Wijaya, 1993 : halaman 354) Keberadaan Pusat Kesehatan Masyarakat, telah banyak dibangun dan cukup memberikan kontribusi dalam peningkatan pelayanan kesehatan yang semakin dapat menjangkau masyarakat. Namun sayangnya, di Puskesmas tidak cukup tersedia macam obat-obatan untuk penyakit berat, karena sesuai dengan fungsi Puskesmas itu sendiri yang umumnya hanya untuk menampung pasien berpenyakit sederhana. Pada tahun 1980, terdapat 16 buah Puskesmas yang ada di wilayah Kotamadya Surabaya yang mana rata-rata pasiennya menderita penyakit batuk pilek influenza, kulit, diare. (Surabaya Post, 18 Januari 1980)

Sayangnya, di Puskesmas tidak cukup tersedia macam obat-obatan untuk

penyakit berat karena sesuai dengan fungsi Puskesmas itu sendiri yang umumnya hanya untuk menampung pasien berpenyakit sederhana yakni orang-orang sakit dengan keluhan paling banyak yakni batuk, pilek, influenza, kulit, diare, dan penyakit ringan lainnya.

Beberapa hambatan dalam upaya penanggulangan penyakit mata dan pencegahan kebutaan selain dikarenakan masalah teknis seperti kurangnya tenaga ahli mata, sarana kesehatan mata baik sarana medik maupun sarana fisik, biaya, kurang luasnya pelayanan kesehatan mata, juga kurangnya kesadaran masyarakat dalam memelihara kesehatan mata serta kurangnya respon masyarakat terhadap upaya penanggulangan penyakit mata dalam rangka pencegahan kebutaan yang dilakukan oleh pemerintah. Perilaku masyarakat juga seringkali menjadi hambatan dan tantangan tersendiri bagi program pemerintah tersebut. Tidak hanya di pedesaan saja tapi di kota-kota besar, sebagian masyarakatnya masih ada yang menggunakan obat atau kepercayaan yang sudah diwariskan dari orang tuanya, seperti pemberian obat-obatan tradisional bagi penderita sakit mata. Ada pula kepercayaan, jika mata seseorang bengkak, orang tersebut diyakini telah melakukan hal yang tidak baik, misalnya mengintip. Salah satu cara mengatasinya adalah dioles atau direndam dengan air sirih. (Badrijah, Prasetijo, Haryadi Soeparto, dkk : 1988, hlm. 82) Selain itu ada pula yang memberikan tetesan air kencing, pemberian lendir bekicot dan menggunakan *celak* juga dipercaya dapat menjadi obat bagi penderita sakit mata.

Tradisi masyarakat yang masih sangat bersandar pada tradisi tersebut terkadang justru berakibat pada hal yang tak terduga. Tingkat keberhasilan dengan menggunakan obat tradisional untuk mengobati penyakit mata ini, tidak sama hasilnya pada tiap orang karena tidak semua penyakit mata dapat diobati dengan cara tradisional semacam itu, hanya sebatas mata merah atau radang mata saja dan tidak bisa untuk mengatasi penyakit mata serius seperti glaukoma. Tidak saja

karena faktor pendidikannya yang rendah, tetapi juga jenis pekerjaan dan status ekonominya yang masih rendah, disamping norma masyarakat dalam mencari pertolongan perawatan kesehatan masih sangat kuat. Dalam hal ini masyarakat mau menerima anjuran tentang kesehatan mata, namun masih kurang diimbangi dengan praktek dan perilakunya karena kemampuan mereka yang masih kurang. Akhirnya mereka kembali pada konsepsi norma yang ada, bila sakit ringan diobati sendiri bila sakit parah baru dicarikan perawatan yang lebih intensif melalui perawatan rumah tangga atau dukun atau diusahakan ke tenaga kesehatan. (Badrijah, Prasetijo, Haryadi Soeparto, dkk : 1988, hlm.83)

Angka kebutaan di Indonesia masih tetap tinggi walaupun sudah banyak dilakukan berbagai upaya baik oleh pemerintah maupun swasta. Sehingga dapat dikatakan upaya yang dilakukan tersebut masih kurang berhasil. Walaupun hingga kini tingkat kebutaan di Indonesia masih cukup tinggi, namun dengan semakin mudahnya akses kesehatan juga fasilitas kesehatan yang ada diharapkan dapat meminimalisir tingkat kebutaan masyarakat.

Kesimpulan

Penyakit mata, gangguan penglihatan dan kebutaan dapat membuat kualitas hidupnya menurun. Banyaknya penduduk yang mengalami kebutaan dan dampak dari kebutaan itu sendiri menjadi alasan pemerintah mengeluarkan keputusan yang menyatakan bahwa kebutaan sebagai bencana nasional dan kemudian mengambil kebijakan yang berupa langkah-langkah penanggulangannya. Dikatakan bencana nasional karena dampak yang mengikuti kebutaan ini dinilai cukup merugikan bagi diri sendiri, orang lain maupun negara.

Tujuan utama adanya upaya kesehatan mata dan pencegahan kebutaan adalah mencegah terjadinya penyakit, mengobati, dan menyembuhkan

penderita, serta mencegah timbulnya cacat mata. Beberapa metode penanggulangannya, yakni dengan upaya preventif dengan pemberian *red palm oil*, promotif dengan diadakannya penyuluhan tentang pentingnya menjaga kesehatan mata, kuratif dengan dibangunnya beberapa rumah sakit khusus mata dan peningkatan fasilitas dan sarana kesehatan khususnya kesehatan mata, serta upaya rehabilitatif yang bertujuan agar penderita dapat mandiri dan tidak terlalu bergantung pada orang lain. Upaya tersebut merupakan suatu sistem yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan.

Selama tujuh belas tahun semenjak ditetapkannya sebagai bencana nasional juga upaya penanggulangannya pada tahun 1967, didapati kenyataan bahwa upaya tersebut kurang berhasil dan hasil yang diperoleh tidak seperti yang diharapkan. Sampai dengan tahun 1980, yang merupakan batas akhir dalam penulisan ini, orang yang sakit mata dan pada akhirnya mengalami kebutaan masih saja ada, bahkan tetap tinggi jumlahnya. Ini terlihat dari prevalensi kebutaan di Indonesia yang berkisar 1,2 persen dari jumlah penduduk Indonesia.

Daftar Pustaka

Arsip

Arsip Kota Surabaya No. 66.403 Box: 2.253 tentang *Pendjagaan Kesehatan di Kota Besar Surabaya tahun 1955*.

Lampiran Ketetapan MPRS No. II/MPRS/1960. *Garis-Garis Besar Pola Pembangunan Nasional-Semesta-Berentjana tahapan Pertama 1961-1969 Buku keempat bidang Kesejahteraan Pemerintahan dan Keamanan/Pertahanan Djilid XI Pola Penjelasan Bidang Kesejahteraan Rakyat*.

Majalah dan Surat Kabar

Majalah Kesehatan, No.21 th 1970.

Majalah Mawas Diri, Edisi Agustus 1984

Soerabaja Post, 27 Februari 1968, 18 Februari 1980

Buku

Charles Surjadi. 1983. *Kesehatan Masyarakat Kota di Indonesia: Analisis Situasi Jilid 1*, Jakarta: kelompok Studi Masalah kesehatan Masyarakat Kota pusat Penelitian UNIKA ATMA JAYA. 1987.

Fatwa MPKS 1976. *Transplantasi Cornea*, Fatwa MPKS 19/1973, Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara' Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Hamurwono, G.B. dkk. 1984. *Buku Pedoman Kesehatan Mata dan Pencegahan Kebutaan Untuk Puskesmas*, Jakarta: Direktorat Bina Upaya Kesehatan Puskesmas Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Panitia HUT Ke-50 RS Mata Undaan. 1983. *50 Tahun Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya 1933-1983*, Surabaya.

Prasetijo, Badrijah,dkk. 1988. *Laporan Monitoring Evaluasi Proyek Upaya Pencegahan Kebutaan Jawa Timur Tahap I*, Jakarta: Proyek Upaya Pencegahan Kebutaan Jawa Timur- Helen Keller International Inc.

Soemartono,dkk. 1986. *Studi Kelayakan untuk Didirikannya Suatu "Pusat R e h a b i l i t a s i " (R.C.=Rehabilitation Centre) di Jawa Timu* , Surabaya : Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Sub direktorat Bina Kesehatan Mata Direktorat Bina Upaya Kesehatan Puskesmas direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1985. *Buku Pedoman Kesehatan Mata untuk Kader*, Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Sumodinoto, Sukanto. 1985. *Potret Pemukiman di jawa Timur*, Dipresentasikan sebagai makalah daerah pada Musyawarah Kerja nasional Ikatan ahli Kesehatan masyarakat Indonesia, Padang 7-10 Oktober 1985.