

Majalah PANGGIAN

Media Komunikasi & Informasi

Nomor : 45/XIV/Julii 2005

ISSN : 0852-0607

ARTIKEL

Peningkatan Ketahanan Pangan Masyarakat
Kamari Nunggalin

Pangan dan Kesehatan
Fahmi Idris

Revitalisasi Posyandu dalam Meningkatkan Status Gizi dan Kesehatan
Sri Astuti S. Soeparmanto

Kesetiakawanan Sosial untuk Mengatasi Rawan Pangan
P. Suharno

Ekonomi Politik Pangan
Muh. Ilyas

Model Agroindustri Beras Berbasis Kemitraan
Suismono dkk

AKTUALITA

Kakao Indonesia: Tantangan dan Prospeknya di Pasar Dunia
H. Halim Abdul Razak

BRIEF TEKNOLOGI

Diversifikasi Pangan Sebagai Upaya Mengatasi Kerawanan Pangan
S. Widowan

**SUSUNAN PEMBENTUKAN
PENGURUS MAJALAH PANGAN
PERUSAHAAN UMUM BULOG**

Pengarah :

Direktur Utama Perum Bulog

Penasehat Redaksi:

1. Direktur Keuangan;
2. Direktur Operasi;
3. Direktur Pengembangan & IT;
4. Direktur SDM & Umum;
5. Sekretaris Perusahaan.

Dewan Penyunting:

1. DR. Ir. P. Suharno, MSc.
2. DR. M. Husein Sawit
3. Prof. DR. Ir. Tumari Djatileksono
4. Prof. Dr. Ir. Ali Khomsan
5. Ir. Bambang Djanuardi, MSc

Dewan Redaksi:

Ketua:

DR. Hariyadi Halid

Sekretaris:

Ir. Bubun Subroto, MSc

Anggota:

1. Drs. Maskur Sulaiman, MSc
2. Ir. Kiki Partini, MSc.
3. Drs. Achmad Soepanto, MSc
4. Sabaruddin Amrullah, SE, MSI
5. Ir. Maqdisa

Sekretariat:

Dewi Lesmanawati
Yetrin Lagandesa

Alamat Redaksi:

Puslitbang Bulog
Gd. Bulog I Lt. XI, Jl. Gatot Subroto
Kav 49 Jakarta Selatan 12950
Telp. 021-5252209
Pes. 2123, 2105, 2102 2605
Fax. 021-5255047
E-mail Address : Puslitbang @ bulog. go. id

PENGANTAR REDAKSI

Pangan merupakan salah satu komoditas strategi, tidak hanya dilihat dari segi sosial dan ekonomi namun juga memberikan dampak pada politik dan keamanan. Sebagian besar pangan diproduksi secara musiman tetapi konsumsi dan kebutuhan pangan tidak mengenal musim. Oleh karena itu untuk memperkuat ketahanan pangan baik ragam, jumlah, ketersediaan, mutu dan akses yang mudah di peroleh menjadi sangat penting dalam kebijakan pangan nasional.

Kekurangan pangan yang mengakibatkan kerawanan pangan memberikan dampak yang luas, tidak hanya menyangsakan masyarakat tetapi juga menimbulkan penurunan mutu kesehatan masyarakat. Pangan dan kesehatan menjadi elemen penting dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia suatu bangsa. Penurunan jumlah dan kualitas pangan yang dikonsumsi masyarakat perlu menjadi perhatian oleh pengambil kebijakan dan pelayanan publik. Pemerintah, Pemantauan dan sosialisasi kesehatan melalui posyandu perlu dikembangkan kembali dalam rangka memperkuat ketahanan pangan nasional. Banyak cara yang dapat ditempuh dan diupayakan untuk mengatasi kerawanan pangan dan peningkatan ketahanan pangan masyarakat.

Untuk mendukung situasi dan kondisi tersebut di atas, Edisi Majalah Pangan kali ini No. 45/XIV/ Juli 2005 mengangkat beberapa artikel yang terkait dengan pangan, kesehatan, dan kerawanan pangan, antara lain: Peningkatan Ketahanan Pangan Masyarakat" oleh Kaman Nainggolan, "Pangan dan Kesehatan" oleh Fahmi Idris, kemudian "Revitalisasi Posyandu dalam Peningkatan Status Gizi dan Kesehatan Masyarakat" oleh Sri Astuti S. Soeparmanto. Selanjutnya artikel "Kesetiakawanan Sosial untuk Mengatasi Rawan Pangan" oleh P. Suharno, dan "Ekonomi Politik Pangan" oleh Muh. Ilyas. Artikel selanjutnya "Model Agroindustri Beras Berbasis Kemitraan" oleh Suismono dkk.,"

Rubrik Aktualita diisi dengan wawancara tentang "Kakao Indonesia: Tantangan dan Prospeknya di Pasar Dunia" oleh Halim Razak. Dalam Rubrik Teknologi menyajikan artikel tentang "Diversifikasi Pangan sebagai Upaya Mengatasi Kerawanan Pangan" oleh S. Widowati.

Redaksi mengharapkan kiranya Artikel, Aktualita dan Rubrik Teknologi yang ditampilkan dalam edisi ini dapat menambah informasi dan memberikan wawasan baru bagi para pembaca. Terima kasih.

Redaksi

Majalah Pangan adalah media semi ilmiah untuk pendidikan, penyebaran informasi masalah masalah pangan secara luas baik dari aspek produksi, distribusi, konsumsi, gizi dan teknologi pangan dalam rangka memperkuat ketahanan pangan (*food security*). Tulisan relevan yang dikirim ke redaksi akan dipertimbangkan untuk dimuat. Tulisan yang dimuat akan diberikan imbalan yang menarik.

Majalah ini terbit 2 kali setahun Januari dan Juli

PANGAN DAN KESEHATAN

Fahmi Idris

RINGKASAN

Hidup sehat merupakan bagian dari hak masyarakat untuk hidup pantas, dan merupakan salah satu komponen dari hak asasi manusia (yang dideklarasikan oleh PBB pada tahun 1945). Apabila ditelusuri lebih mendalam, salah satu hak untuk hidup pantas adalah hak mendapatkan makanan (pangan atau gizi), yang merupakan unsur penting dalam menunjang kesehatan. Di Indonesia, pemenuhan atas hak asasi sudah termuat dalam pasal 28 I ayat (4) UUD 1945. Pemenuhan atas hak tersebut, akan menghasilkan manusia (SDM) Indonesia yang tidak hanya kuat ototnya namun kuat pula otaknya. Dengan demikian, pemenuhan hak atas kesehatan merupakan investasi SDM masa depan bangsa Indonesia.

Dengan demikian, pembangunan/keuangan negara harus diprioritas pada investasi SDM yang berkualitas. Melalui sehat-berkualitas (pengertian sehat, tidak hanya sakit-sakitan), manusia Indonesia dapat sekolah dengan baik, menjadi cerdas dan kreatif, dapat bekerja dengan giat sehingga produktivitasnya meningkat. Kalaupun keuangan negara sedang memprihatinkan, pembangunan kesehatan jangan di-nomor-dua-kan. Apabila pembangunan kesehatan tidak diprioritaskan maka dalam kurun waktu 10-20 tahun mendatang, negara pada hakekatnya sedang menciptakan generasi yang volume otaknya kecil, yang nantinya susah menangkap pelajaran, bekerja tidak kompetitif dan tidak produktif.

Adalah kesalahan fatal apabila pembangunan kesehatan dengan pembiayaan yang sangat terbatas lebih diarahkan pada pembangunan fisik, pembelian peralatan rumah-rumah sakit yang canggih dan mahal (terkadang tidak terlalu perlu, tentu saja dengan harapan dapat di"mark-up"). Mestinya pembangunan kesehatan diprioritaskan pada sektor hulu yaitu menjaga agar masyarakat yang sehat tetap sehat, yaitu dengan prioritas pada pembangunan lingkungan dan perilaku sehat. Khusus untuk perilaku sehat yang berhubungan dengan program pangan nasional maka pemenuhan program untuk memperbaiki perilaku agar masyarakat mengkonsumsi pangan yang bergizi harus lebih diprioritaskan.

PENDAHULUAN

Tahun 1945, Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) menyatakan bahwa setiap orang dilahirkan dalam keadaan bebas dan mempunyai hak dan kewajiban yang sama "born free and equal in dignity and rights". Tiga tahun kemudian, dalam sidang umum PBB untuk pertama kalinya dideklarasikan secara universal tentang hak asasi manusia (yang juga telah ditanda-tangani oleh Indonesia). Deklarasi hak asasi tersebut secara garis besar terdiri atas 2 macam, yaitu¹:

1. Hak-hak yang berhubungan dengan hak sipil dan politik (antara lain: hak untuk hidup, kebebasan, hak keamanan pribadi; hak tentang kebebasan dari penganiayaan dan perbudakan; hak tentang partisipasi politik; hak atas harta benda, perkawinan; hak tentang kebebasan dasar untuk menyatakan pendapat, ungkapan, pikiran, suara hati, agama; dan hak tentang kebebasan untuk berkumpul dan bersidang);
2. Hak-hak yang berhubungan dengan hak ekonomi, sosial dan budaya (antara lain: hak tentang pekerjaan; hak tentang tingkat kehidupan yang pantas; hak tentang pendidikan; dan hak tentang kebebasan hidup berbudaya).

Lalu dimanakah posisi hak akan kesehatan dalam pengelompokan hak asasi manusia di atas? Ternyata hak akan kesehatan merupakan bagian dari hak ekonomi, sosial dan budaya, yaitu hak tentang kehidupan yang pantas. Namun demikian, secara khusus kaitan antara kesehatan dan hak asasi manusia merupakan fenomena yang baru muncul belakangan ini.

KESEHATAN, PANGAN DAN HAK ASASI MANUSIA

Interseksi antara hak asasi manusia yang berimplikasi pada kesehatan cukup kompleks namun terbukti dengan adanya hubungan, yaitu: 1) kekerasan atau kurangnya perhatian

¹Lihat: Hak untuk Hidup Sehat (Paradigma Sehat). Fand Antasa Moeloe. International Seminar and Workshop Health and Human Rights. Jakarta 19-20 Maret 2003.

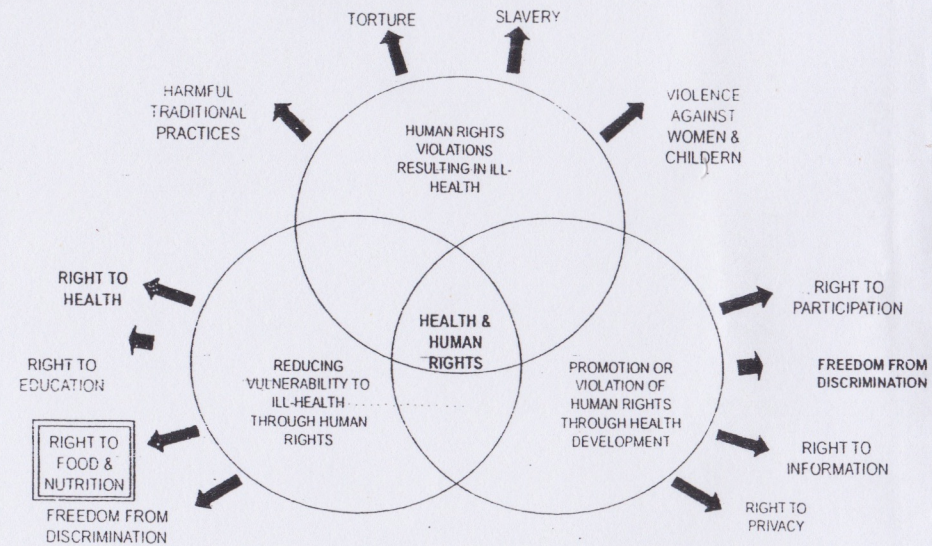
kepada hak asasi manusia akan memberikan konsekuensi serius terhadap kesehatan; 2) kebijakan kesehatan atau program kesehatan dapat berdampak pada hak asasi manusia; 3) pemenuhan akan hak asasi manusia dapat memperkecil kemungkinan kecacatan atau kesakitan.

Khusus untuk pemenuhan akan hak asasi point 3 (tiga) di atas, untuk memperkecil kemungkinan kecacatan atau kesakitan, rupanya dirinci lebih lanjut dalam 4 (empat) kategori, yaitu: hak untuk sehat itu sendiri, hak untuk mendapat pendidikan, hak mendapatkan makanan (pangan atau gizi), dan hak untuk bebas dari diskriminasi. Lihat Gambar 1 (beberapa contoh keterkaitan kesehatan dan hak asasi manusia)². Suatu hal yang menarik sekali adalah bahwa, rupanya hak untuk mendapatkan pangan dengan gizi baik, merupakan kebutuhan asasi yang terkait dengan hak untuk hidup sehat. Betul juga logikanya. Bagaimana mau sehat kalau makanan tidak tersedia? Apabila makanan cukup tersedia (dalam arti kuantitas), belum tentu dapat menjamin bahwa seseorang menjadi sehat kalau kualitasnya tidak terjamin. Jaminan kualitas tersebut bukan hanya mengandung gizi makro dan mikro yang diperlukan tubuh, juga harus terhindar dari kontaminasi zat-zat tertentu (misalnya pengawet makanan) tetapi yang dapat menyebabkan efek samping yang membahayakan kesehatan.

Di negeri kita yang subur makmur (dan gemah rimpah loh jinawi, katanya), sebenarnya hak untuk sehat dan bebas dari diskriminasi khususnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (termasuk pelayanan/program kesehatan pemberian makanan bergizi) sebenarnya sudah mendapat landasan hukum yang pasti setelah Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945) diamandemen. Hasil amandemen, pada Pasal 28 H ayat (1) menyebutkan: "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan".

²Lihat: Health and Human Rights Publication Series Issue No. 1, July 2002.

Gambar 1:
Beberapa Contoh Keterkaitan Kesehatan dan Hak Asasi Manusia



Sumber: Health and Human Right Publication Series Issue No. 1, July 2002

Kembali ke deklarasi PBB di atas, kewajiban setiap pemerintah untuk memenuhi hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia juga tertuang di dalam Pasal 2 ayat (1) Konvensi Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya. Lagi-lagi, pemerintah kita-pun sudah sejalan dengan hal tersebut, karena pemerintah Indonesia diwajibkan pula menjalankan amanat Pasal 28 I ayat (4) UUD 1945, yang menyatakan: "perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah". Lalu, bagaimana faktanya di lapangan, khususnya pemenuhan pangan yang bergizi tersebut untuk menghindari efeknya terhadap kesehatan?

Program pangan yang berkualitas seharusnya di tempatkan di hulu dan menjadi prioritas manakala di tempatkan pada konteks pembangunan sumber daya manusia (SDM). Kesehatan adalah investasi untuk menghasilkan manusia Indonesia yang tidak hanya kuat otaknya namun harus kuat pula otaknya.

Contoh kasus busung lapar yang baru-baru ini terekspos luas lebih merupakan persoalan di hilir. Sejatinnya, kasus tersebut merupakan kegagalan program pembangunan untuk pemenuhan pangan di hulu (walau kita selalu menyalahkannya sebagai akibat dari kemiskinan).

PUTUSNYA RANTAI KEMISKINAN: KESEHATAN, STATUS GIZI DAN INVESTASI SDM

Memang tidak enak menjadi orang miskin. Sama persis "nggak" enaknya menjadi negara miskin, yang punya anggaran tapi hanya sedikit, sehingga bingung mau diprioritaskan ke sektor mana. Pada saat yang sama, semua sektor merasa paling penting. Misal, sektor infra struktur menganggap dirinya paling penting. Alasannya cukup "scientifically sound". Kalau infra struktur baik, misal jalan menjadi mulus, akses terbuka lebar, hasil-hasil bumi dan lain-lain mudah dibawa, perdagangan menjadi lancar, ekonomi menjadi hidup, pendapatan negara bertambah, maka

ada tambahan uang untuk pembangunan sektor lain. Demikian juga dengan sektor lain, berupaya meyakinkan bahwa sektornya yang paling penting. Lalu, bagaimana pandangan sektor kesehatan tentang prioritas pembangunan.

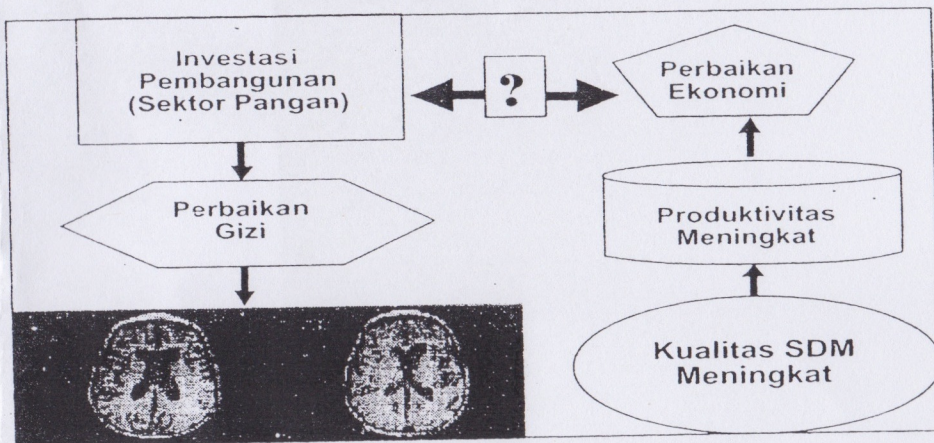
Menurut kalangan yang berkompeten di bidang kesehatan, pembangunan/ keuangan negara harus diprioritas pada investasi pada manusia agar hidup sehat yang berkualitas. Dengan manusia yang sehat berkualitas (pengertian sehat, tidak hanya sakit-sakitan), manusia Indonesia dapat sekolah dengan baik, menjadi cerdas dan kreatif, dapat bekerja dengan giat sehingga produktivitasnya meningkat. Akibatnya ekonomi masyarakat membaik, lalu berpengaruh pada perekonomian negara, keuangan negara meningkat. Pembangunan sektor lain akan turut terangkat.

Kerangka pikir kalangan kesehatan tersebut ternyata ada bukti ilmiahnya, tidak hanya "scientifically sound". Kalau negara

sedang susah, dan pada saat yang bersamaan melupakan intervensi untuk membangun manusia sehat, maka negara sedang menciptakan generasi-generasi yang volume otaknya kecil (lihat gambar kerangka pikir, pada Gambar 2. terlihat gambaran volume otak bayi tumbuh normal dan bayi dengan gangguan gizi serta sakit-sakitan). Dengan kata lain, kalau negara melupakan pembangunan kesehatan, apalagi pada saat krisis ekonomi, maka negara menciptakan generasi (10-20 tahun lagi), yang akan susah menangkap pelajaran (karena volume otaknya kecil), mungkin *drop out*, lebih mengedepankan kekuatan otot dari pada kemampuan otak (karena memang kemampuan pikir di bawah rata-rata), bekerja tidak kompetitif, dan tidak produktif. Oleh karena tidak produktif, maka penghasilannya akan pas-pasan, dan akhirnya menciptakan kemiskinan baru, dan seterusnya.

Gambar 2:

Kerangka Pikir: Investasi Kesehatan, Status Gizi ("Otak Normal") dan Perbaikan Ekonomi



Keterangan : Gambar (warna hitam) : Potongan melintang kepala dilihat dari atas, volume otak (warna putih) pada anak dengan gangguan gizi dan sakit-sakitan (gambar kiri), jauh lebih sedikit, apabila dibandingkan dengan volume otak (warna putih) pada anak dengan status gizi baik (gambar kanan).

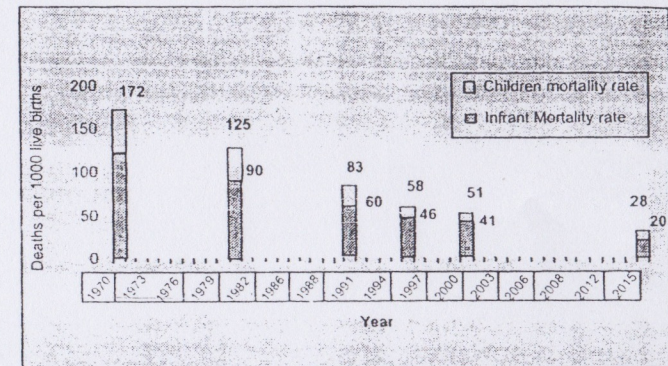
Sumber : Gambar UNICEF

PRIORITAS PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN PROGRAM PANGAN

Tingginya angka kematian balita (*Child Mortality Rate*, CMR) di Indonesia merupakan issue penting yang harus diatasi. CMR yang merupakan indikator sensitif dalam penilaian keberhasilan pembangunan kesehatan. CMR adalah salah satu indikator dari tujuan pembangunan global (*Millenium Development Goals*, MDG), walaupun perkembangan terakhir MDG tersebut masih dikaji ulang oleh USA.

Apabila dirinci lebih lanjut, CMR yang masih sangat tinggi di Indonesia, ternyata terdistribusi pada penduduk yang berpendidikan rendah dan indeks kekayaannya terendah (Gambar 4 dan 5).⁴ Hal tersebut dapat dimengerti karena pada umumnya anak-anak pada kelompok tersebut memiliki status gizi yang rendah, sehingga gampang sakit-sakitan. Dengan demikian untuk memperbaiki angka CMR, maka harus dilakukan intervensi yang sangat optimal pada kelompok masyarakat miskin dan berpendidikan

Gambar 3:
Infant and Child Mortality Rates, 1970 – 2000 and international targets for 2/3 reduction by 2015



Sumber : Laporan World Bank & Millenium Development Goals, UNDP (2001)

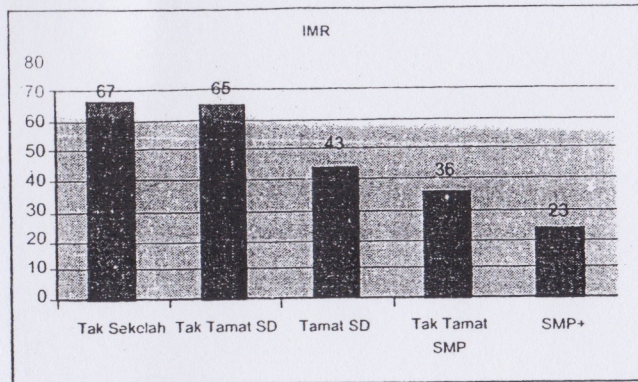
Gambaran dari CMR di Indonesia dan kaitannya dengan target MDG dapat dilihat pada Gambar 3.³ Tahun 1990-an Infant Mortality Rate (IMR) Indonesia adalah 125 kematian per 1000 kelahiran hidup. Tahun 1997 ditargetkan terjadi penurunan IMR menjadi sebanyak 58 kematian per 1000 kelahiran hidup. Tahun 2015, sesuai dengan target MDG diharapkan tercapai penurunan IMR sebesar 28 kematian per 1000 kelahiran hidup.

rendah. Artinya program pembangunan kesehatan (dan alokasi pembiayaan kesehatan) diarahkan pada kelompok masyarakat tersebut.

³Lihat sumber gambar: Laporan World Bank & Millenium Developmet Goals, UNDP (ANNUAL DPI-NGO CONFERENCE TO FOCUS ON MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS: 8-10 SEPTEMBER_files)

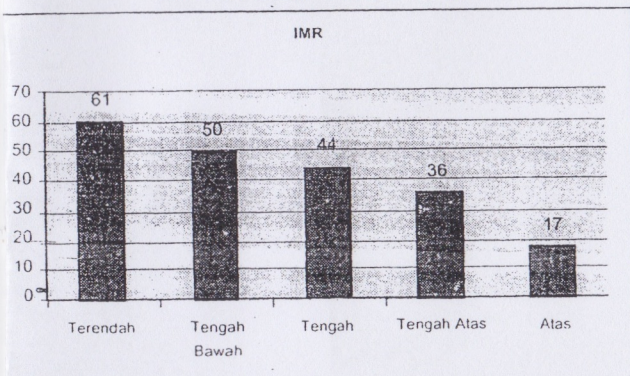
⁴Lihat sumber gambar: Laporan SDKI (2003)

Gambar 4:
IMR Berdasar Tingkat Pendidikan



Sumber: Laporan SDKI (2003)

Gambar 5:
IMR Berdasar Indeks Kekayaan



Sumber: Laporan SDKI (2003)

Apabila pembangunan kesehatan, yang saat ini pembiayaannya sangat terbatas, terus berlanjut dan tidak tepat sasaran maka masalahnya sungguh sangat serius. Belanja kesehatan di Indonesia jauh dari persentase minimal, yang direkomendasikan *World Health Organization (WHO)* yaitu 5 persen dari Gross Domestic Product (GDP) (lihat Tabel 1).⁵ Belanja kesehatan bangsa Indonesia hanyalah sebesar 1,6 persen dari GDP

⁵ Lihat: World Development Indicators, World Bank, 2001

Tabel 1:
Health Expenditure (total public-private)
(% GDP)

Indonesia	1,6 %
Vietnam	4,8%
Sri Lanka	3,1 %
Filipina	3,7 %
Malaysia	2,5 %
Thailand	6,0
Singapura	3,2 %
Negara miskin (rata-rata)	4,5 %
Middle Income	5,0 %
High Income	9,7 %

Sumber : World Bank (2001)

Jauh di bawah rata-rata belanja kesehatan negara miskin, yaitu 4,5 persen.

Apabila dikaitkan dengan penjelasan di atas, maka akibatnya akan sangat sulit bagi kita untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal karena nilai minimal biaya untuk menciptakan proses (program) pembangunan kesehatan yang baik tidak mencukupi. Upaya untuk memutus rantai kemiskinan dengan menciptakan generasi yang berkualitas makin menjauh dari harapan. Belum lagi fenomena yang sebelum ini selalu terjadi. Prioritas pembangunan (program) atas anggaran (yang terbatas tersebut) masih saja tidak tepat sasaran. Pembangunan kesehatan masih sibuk membangun fisik, membeli peralatan rumah-rumah sakit yang canggih dan mahal (terkadang tidak terlalu perlu), tentu saja dengan harapan dapat di"mark-up".

Intervensi pembangunan kesehatan mestinya diprioritaskan pada sektor hulu (Gambar 6).⁶ Dengan memprioritaskan sektor hulu pembangunan kesehatan maka kita dapat menjaga agar masyarakat yang sehat tetap sehat. Tentu saja tanpa melupakan sektor hilir, yaitu mengobati masyarakat yang sakit. Mengapa harus ke hulu? Dari Gambar 3

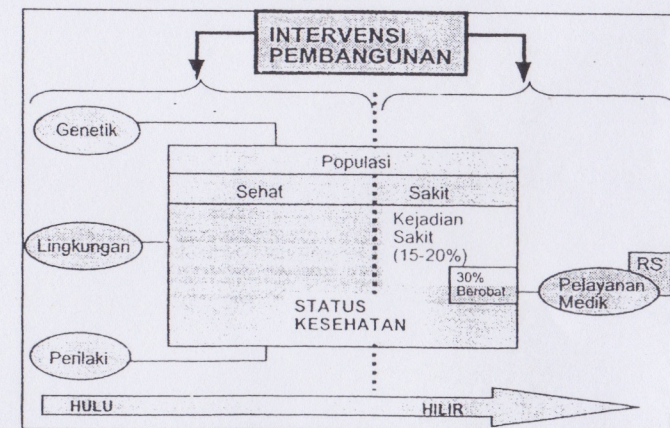
terlihat bahwa dalam suatu populasi, kejadian sakit (*endemic diseases*) hanyalah sebesar 15-20 persen saja. Di beberapa negara maju hanya 5 persen saja (tergantung dari variabel yang ada di hulu: perilaku, lingkungan dan genetik/biologik).

Dari penduduk prosentase yang sakit tersebut, yaitu 15-20 persen, hanya 30 persen saja yang memerlukan bantuan sarana pelayanan kesehatan. Sisanya 70 persen, penyakit tersebut sembuh sendiri (*self limiting diseases*) dan atau dapat diobati sendiri/tidak memerlukan sarana pengobatan modern. Dengan demikian, pelayanan medis sesungguhnya hanya memberikan kontribusi rata-rata sekitar 5-10 persen terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

PENUTUP

Terdapat sekitar 90 persen penduduk yang seharusnya diintervensi pada sektor hulu, yaitu membuat program lingkungan sehat, perilaku sehat dan intervensi genetik/biologik. Terbukti bahwa persentase kontribusi peran perilaku sebesar 50 persen, peran lingkungan sebesar 20 persen, dan peran faktor biologi/genetik sebesar 20 persen.

Gambar 6:
Kontribusi Berbagai Variabel dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat



Sumber : Idris (2004)

⁶ Lihat sumber gambar: Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan (Idris, 2004) dalam Semiloka REFORMASI PEMBANGUNAN KESEHATAN MENUJU SUMATERA SELATAN SEHAT 2008, Hotel Bidakara, Jakarta, Juli 2004. Lihat juga: *Planning for health. Genetics for the Eighties* (Blumr, 1981)

Apabila kajian terhadap variabel yang harus diintervensi dihubungkan dengan program pangan nasional (untuk kesehatan, seringkali diistilahkan dalam bentuk program gizi masyarakat), maka memenuhkan program untuk memperbaiki perilaku agar masyarakat mengkonsumsi pangan yang bergizi harusnya lebih diprioritaskan dibandingkan dengan mengalokasikan anggaran pada bidang "pengadaan" peralatan kesehatan dan sarana-sarana pelayanan medis. Paralel dengan hal tersebut, sektor pangan harus mempersiapkan dan mengawasi tersedianya pangan dengan kuantitas dan kualitas yang cukup.

Mengingat bahwa terjadinya kesakitan yang mengakibatkan kematian balita sangat berhubungan dengan daya tahan tubuh (dan tentu saja status gizinya) maka sudah seharusnya kerjasama lintas sektoral yang baik antar sektor kesehatan dan sektor pangan lebih dioptimalkan lagi. Apabila kerjasama lintas sektoral ini berjalan dengan sangat baik, pemerintah sebenarnya secara bersamaan dapat menarik empat keuntungan yaitu: 1) memenuhi kewajibannya atas hak asasi manusia (hak pangan); 2) secara konsekuwen menjalankan amanat UUD 1945; 3), memperbaiki *performance* negara di dunia internasional (memperbaiki indikator pada MDG); dan 4) mulai memutus rantai kemiskinan (dalam perspektif jangka panjang). □

- Anonim (2001). "World Development Indicators" World Bank
- (2002). "Health and Human Right". Publications Series Issue No. 1, July.
- (2003). "Laporan SDKI".
- (2001). "Laporan World Bank & Millenium Development Goals, UNDP (Annual DPI-NGO) Conference to Focus Millenium Development Goals," 8-10 September).
- Blumn (1981), "Planning for Health, Generics for the Eighties".
- Idris Fahmi (2004). "Pembangunan nasional Berwawasan Kesehatan", dalam semiloka Reformasi Pembangunan Kesehatan Menuju Sumatera Selatan Sehat 2008. Hotel Bidakara, Jakarta Juli.
- Moeloeok Farid Anfasa (2003), Hak Untuk Hidup Sehat (Paradigma Sehat, Internasional and Workshop Health and Human Right, Jakarta 19-20 Maret

DR. Dr. Fachmi Idris, M.Kes. Menyelesaikan S1 Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya tahun 1994. S2, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat PPS Universitas Indonesia tahun 1998, dan S3 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat PPS Universitas Indonesia tahun 2003. Ketua Terpilih Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia dan Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Masyarakat FK. UNSRI.