

Strategi dalam Menghadapi Tantangan Sistem Kesehatan Pasca Pandemi Covid - 19



Rachmawaty M. Noer | Musdalifah Syamsul | Prehatin Trirahayu Ningrum |
Syarifah | Yermi | Dhyani Ayu Perwiraningrum | Irwan Hadi | Yuhanah |
Abdul Rahim | Adrianto Sugiarto Wiyono | Misroh Mulianingsih |

Strategi dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Pasca Pandemi Covid-19

Penulis

Rachmawaty M. Noer | Musdalifah Syamsul | Prehatin Trirahayu
Ningrum | Syarifah | Yermi | Dhyani Ayu Perwiraningrum | Irwan
Hadi | Yuhanah | Abdul Rahim | Adrianto Sugiarto Wiyono | Misroh
Mulianingsih |



Hak Cipta pada penulis
Hak Penerbitan pada penerbit
dilarang memperbanyak/memproduksi sebagian
atau seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis
dari pengarang dan/atau penerbit.

Kutipan pasal 72:

Sanksi pelanggaran Undang-undang Hak Cipta
(UU No. 10 Tahun 2012)

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal (49) ayat (1) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/(atau) denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).

Strategi dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Pasca Pandemi Covid-19

Penulis

Rachmawaty M. Noer | Musdalifah Syamsul | Prehatin Trirahayu
Ningrum | Syarifah | Yermi | Dhyani Ayu Perwiraningrum | Irwan
Hadi | Yuhanah | Abdul Rahim | Adrianto Sugiarto Wiyono | Misroh
Mulianingsih |

Desain Cover

Muhammad Iqbal Al-Ghozali

Lay Out

Team Penerbit Insania

ISBN

978-623-96449-7-0
17,6 x 25 cm; v + 185 hal

Cetakan Kedua, November 2022

Diterbitkan oleh:

PENERBIT INSANIA

GrupPublikasi Yayasan Insan Shoqidin Gunung Jati
Anggota IKAPI

Jl. Evakuasi, Gg. Langgar, No. 11, Kalikebat Karyamulya,
Kesambi, Cirebon Telp. 085724676697

Email: penerbit.insania@gmail.com. Web : <http://insaniapublishing.com>

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ata skehairat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya berupa ilmu pengetahuan, kesehatan dan petunjuk, sehingga penyusunan buku Strategi dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Pasca Pandemi Covid-19 dapat terselesaikan dengan baik.

Buku ini merupakan hasil kolaborasi dari para penulis yang berasal dari kalangan akademisi, praktisi, maupun professional dalam rumpun ilmu kesehatan. Dalam buku ini mengangkat isu strategis berkaitan dengan Strategi dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Pasca Pandemi Covid-19 yang terdiri dari 11 bab yang berisi tentang Bab 1 Gender dan Kesehatan; Bab 2 Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular; Bab 3 K3 dan Kesehatan Lingkungan; Bab 4 Promosi dan Pendidikan Kesehatan; Bab 5 Surveilans Kesehatan dan Demografi; Bab Gizi dan Ketahanan Pangan; Bab 7 Kebijakan dan Sistem Pelayanan Kesehatan; Bab 8 Kesehatan Ibu dan Anak; Bab 9 Imunitas Tubuh; Bab 10 Penerapan PSBB dan Keselamatan Pengguna Jalan; Bab 11 Ketahanan Keluarga.

Tim Penulis menyadari dalam penyusunan buku ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terkait dalam penyusunan pembuatan buku Strategi dalam Menghadapi Tantangan Kesehatan Pasca Pandemi Covid-19 ini. Selain itu Tim Penulis menghargakan saran dan kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga akhirnya buku ini dapat memberikan manfaat bagi pembelajaran dan penerapannya di kalangan masyarakat, dunia kesehatan, maupun tantangan kesehatan pasca menghadapi pandemic di masa yang akan datang.

Indonesia, 29 Maret 2021

Tim Penulis,

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI... ..	vii
BAB 1 GENDER DAN KESEHATAN.....	1
BAB 2 EPIDEMIOLOGI PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR	14
BAB 3 K3 DAN KESEHATAN LINGKUNGAN.....	28
BAB 4 PROMOSI DAN PENDIDIKAN KESEHATAN	43
BAB 5 SURVEILANS KESEHATAN DAN DEMOGRAFI	64
BAB 6 GIZI DAN KETAHANAN PANGAN.....	85
BAB 7 KEBIJAKAN DAN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN	107
BAB 8 KESEHATAN IBU DAN ANAK	122
BAB 9 IMUNITAS TUBUH	138
BAB 10 PENERAPAN PSBB DAN KESELAMATAN PENGGUNA JALAN	150
BAB 11 KETAHANAN KELUARGA.....	167

BAB 1

Gender dan Kesehatan



Rachmawaty M. Noer

BAB 1

GENDER DAN KESEHATAN

A. Konsep Gender

Gender berasal dari bahasa latin "genus" yang artinya jenis atau jenis. Gender merupakan ciri dari peran dan tanggung jawab yang diberikan kepada laki-laki dan perempuan, hal ini ditentukan oleh masyarakat, bukan dari anugerah atau kodrat Tuhan. Konsep gender merupakan hasil dari struktur sosial yang diciptakan oleh manusia, struktur sosial tersebut tidak tetap dan dapat diubah, dan dapat diubah dari satu gender ke gender lainnya sesuai dengan waktu, tempat dan budaya setempat. Konsep gender juga mencakup ciri atau ciri laki-laki dan perempuan yang diciptakan oleh keluarga dan/ atau masyarakat, yang dipengaruhi oleh tafsir budaya dan agama. Misalnya, pada umumnya memasak, mengasuh anak, dan mencuci pakaian selalu diperlakukan sebagai pekerjaan perempuan. (Purba, 2010)

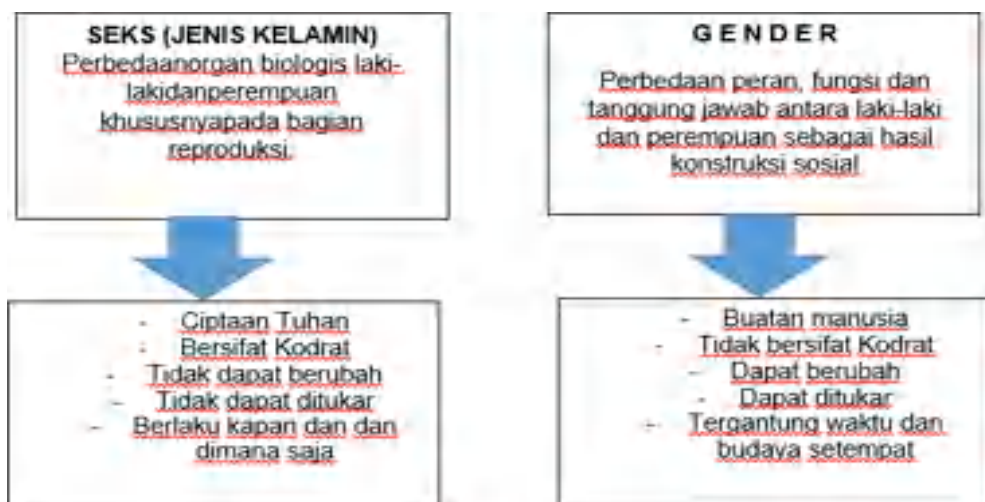
Istilah gender sudah digunakan secara luas masyarakat di berbagai forum, baik yang bersifat akademis maupun non-akademis ataupun dalam diskursus pembuatan kebijakan (law making process). Meskipun demikian, tidak selamanya istilah tersebut dipergunakan dengan tepat, bahkan terkadang mencerminkan ketidakjelasan pengertian konsep gender itu sendiri. Kekeliruan ini memiliki implikasi yang tidak kecil, khususnya apabila terjadi dalam proses pembuatan kebijakan. Kekeliruan ini bukan tidak mungkin menyebabkan kebijakan yang dihasilkan tidak tepat sasaran dan tidak mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu kejelasan konsep gender penting sebagai langkah awal memahami pengarusutamaan gender. (Satoto, 2017)

Konsep gender tidak merujuk kepada jenis kelamin tertentu (laki-laki atau perempuan). Berbeda dengan jenis kelamin, gender merupakan konsep yang dipergunakan untuk menggambarkan peran dan relasi sosial laki-laki dan perempuan. Gender merumuskan peran apa yang seharusnya melekat pada laki-laki dan perempuan

dalam masyarakat. Konsep inilah yang kemudian membentuk identitas gender atas laki-laki dan perempuan yang diperkenalkan, dipertahankan, dan disosialisasikan melalui perangkat-perangkat sosial dan norma hukum yang tertulis maupun tidak tertulis dalam masyarakat.

Berbeda dengan jenis kelamin (seks) yang ditentukan oleh aspek-aspek fisiologis, gender merupakan pengertian yang dibentuk dan dipengaruhi oleh kebudayaan, adat istiadat, dan perilaku sosial masyarakat. Dengan kata lain konsep gender mengacu pada peran dan tanggung jawab sebagai perempuan dan sebagai laki-laki yang diciptakan dan diinternalisasi dalam keluarga, dalam masyarakat, dalam budaya masyarakat, dimana kita hidup termasuk harapan-harapan, sikap, sifat, perilaku bagaimana menjadi seorang laki-laki dan bagaimana menjadi seorang perempuan (culturally learned and assigned behaviour)

Sedangkan pengertian jenis kelamin (seks) adalah mengacu kepada ciri-ciri biologis, misalnya ciri-ciri yang berkaitan dengan fungsi reproduksi; tidak bisa dipertukarkan, karena sifatnya yang kodrati didapat bersamaan dengan kelahiran. (Satoto, 2017)



Gambar 1. Perbedaan antara jenis kelamin (seks) dengan gender

1. Teori Gender

a. Teori Nurture

Munculnya perbedaan perempuan dan laki-laki pada hakekatnya adalah bentukan masyarakat melalui konstruksi sosialbudaya, sehingga menghasilkan peran dan tugas yang berbeda. Perbedaan itu menyebabkan perempuan selalu tertinggal dan terabaikan peran dan kontribusinya dalam hidup berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Konstruksi sosial menempatkan perempuan dan laki-laki dalam perbedaan kelas. Laki-laki diidentikkan dengan kelas borjuis, dan perempuan sebagai proletar.

Karena itu aliran nurture melahirkan paham sosial konflik yang banyak dianut masyarakat sosialis komunis yang menghilangkan strata penduduk (egalitarian). Paham sosial konflik memperjuangkan kesamaan proporsional (perfect equality) dalam segala aktivitas masyarakat seperti di DPR, Militer, Manajer, Menteri, Gubernur, Pilot, dan pimpinan partai politik.

Menurut teori nature, adanya perbedaan perempuan dan laki-laki adalah kodrati, sehingga harus diterima apa adanya. Perbedaan biologis itu memberikan indikasi dan implikasi bahwa diantara kedua jenis tersebut memiliki peran dan tugas yang berbeda. Ada peran dan tugas yang dapat dipertukarkan, tetapi ada tugas yang memang berbeda dan tidak dapat dipertukarkan secara kodrat alamiahnya. Dalam proses pengembangannya banyak kaum perempuan sadar terhadap beberapa kelemahan teori nurture di atas. Lalu beralih ke teori natura. Perbedaan biologis diyakini memiliki pengaruh pada peran yang bersifat naluri (instinct). Perjuangan kelas tidak pernah mencapai hasil yang memuaskan karena manusia memerlukan kemitraan dan kerjasama secara struktural dan fungsional. Manusia baik perempuan maupun laki-laki memiliki perbedaan kodrat sesuai dengan fungsinya masing-masing. Dalam kehidupan sosial ada pembagian tugas (division labor) begitupula dalam kehidupan keluarga.

b. Teori Equilibrium

Teori Equilibrium menekankan pada konsep kemitraan dan keharmonisan dalam hubungan antara perempuan dan laki-laki. Pandangan ini tidak mempertentangkan antara kaum perempuan dan laki-laki, karena keduanya harus bekerjasama dalam kemitraan dan keharmonisan dalam kehidupan keluarga, masyarakat, bangsa dan negara. Untuk mewujudkan gagasan tersebut, maka dalam setiap kebijakan dan strategi pembangunan agar diperhitungkan kepentingan dan peran perempuan dan laki-laki secara seimbang. Hubungan diantara kedua elemen tersebut bukan saling bertentangan tetapi hubungan komplementer guna saling melengkapi satu sama lain.

R.H. Tawney menyebutkan bahwa keragaman peran apakah karena faktor biologis, etnis, aspirasi, minat, pilihan, atau budaya pada hakekatnya adalah realita kehidupan manusia. Hubungan laki-laki dan perempuan bukan dilandasi dikotomis, bukan pula struktural fungsional, tetapi lebih dilandasi kebutuhan kebersamaan guna membangun kemitraan yang harmonis, karena setiap pihak punya kelebihan sekaligus kekurangan, kekuatan sekaligus kelemahan yang perlu diisi dan dilengkapi pihak lain dalam kerjasama yang setara.

c. Teori Struktural-Fungsional

Teori ini mengemukakan tentang bagaimana memandang masyarakat sebagai sebuah sistem yang saling berkaitan. Teori ini mengkui adanya keanekaragaman dalam kehidupan sosial. Dalam kondisi seperti itu, dibuatlah suatu sistem yang dilandaskan pada konsensus nilai-nilai agar terjasi adanya interrelasi yang demi sesuatu yang dinamakan harmoni, stabilitas dan keseimbangan (equilibrium). Sistem ini mensyaratkan aktor dalam jumlah memadai, sehingga fungsi dan struktur seseorang dalam sistem menentukan tercapainya stabilitas atau harmoni tersebut. Ini berlaku untuk sistem sosial: agama, pendidikan, struktur politik, sampai rumah tangga, dalam hal ini termasuk mengenai gender. Sosialisasi fungsi struktur tersebut

dilakukan dengan institusionalisasi, melalui norma-norma yang disosialisasikan.

2. Konsep Dasar Kesehatan

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan social yang memungkinkan setiap orang hidup secara produktif secara social dan ekonomi. (UUD RI, 1945). Menurut WHO, kesehatan adalah kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, social, dan tidak hanya terbebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan. Dikatakan sehat secara fisik adalah orang tersebut tidak memiliki gangguan apapun secara klinis. Fungsi organ tubuhnya berfungsi secara baik, dan dia memang tidak sakit. Sehat secara mental/psikis adalah sehatnya pikiran, emosional, maupun spiritual dari seseorang. Ada suatu kasus seseorang yang memeriksakan kondisi badannya serba tidak enak, akan tetapi secara klinis/hasil pemeriksaan dokter menunjukkan bahwa orang tersebut tidak sakit, hal ini bisa disebabkan karena orang tersebut mengalami gangguan secara mental/psikis yang mempengaruhi keadaan fisiknya. Contoh orang yang sehat secara mental adalah tidak autis, tidak stress, tidak mengalami gangguan jiwa akut, tidak mempunyai masalah yang berhubungan dengan kejiwaan, misalnya kleptomania, psikopat, dan lain-lain. Penderita penyakit hati juga merupakan contoh dari orang yang tidak sehat mentalnya, karena tidak ada seorang dokter bedah jantung sekalipun yang bisa menghilangkan poenyakkit ini dengan peralatan bedahnya. Sedangkan dikatakan sehat secara social adalah kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan lingkungan di mana ia tinggal. Contoh orang yang tidak sehat social diantaranya adalah seorang Wanita Tuna Susila (WTS). Kemudian orang dengan katagori sehat secara ekonomi adalah orang yang produktif, produktifitasnya mengantarkan ia untuk bekerja dan dengan bekerja ia akan dapat menunjang kehidupan keluarganya

3. Hasil analisis gender program pembangunan kesehatan (BAPPENAS, 2002)

i. Program Lingkungan Sehat, Penyehatan Air dan Sanitasi

- a. Stereotip. Urusan air, sanitasi dan kebersihan rumah di rumah tangga adalah pekerjaan domestik identik pekerjaan perempuan. Perempuan lebih lama berada/berperan di rumah, sehingga lebih mudah mendapatkan resiko oleh dampak lingkungan rumah yang kurang sehat.
- b. Subordinasi. Perempuan kurang diikutsertakan dalam musyawarah desa untuk merencanakan pembangunan lingkungan sehat termasuk air bersih dan sanitasi.
- c. Marjinalisasi. Rendahnya pendidikan perempuan di desa dan kurangnya akses terhadap penyuluhan lingkungan sehat termasuk air bersih serta sanitasi
- d. Pembebanan meliputi :
 1. Beban kerja perempuan dalam menengangkut air dari sumbernya ke rumah di daerah sulit air sangat berat maupun pemeliharaan rumah dan lingkungannya, akibatnya akan mengganggu kesehatan, gizi, istirahat serta reproduksi perempuan.
 2. Peran perempuan dalam meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat sangat besar di keluarga serta masyarakat, namun tidak diimbangi dengan tingkat pendidikan yang memadai dan akses pada penyuluhan kesehatan lingkungan yang cukup.
 3. Peran perempuan di sektor produksi pertanian, industri dan perdagangan cenderung meningkat, namun belum ada perlindungan dan hak cuti yang memadai untuk kesehatan serta kesehatan reproduksi.
 4. Peran perempuan di sektor informal lebih besar daripada laki-laki, namun tidak mendapat kemudahan untuk mendapatkan fasilitas perlindungan, keamanan, keselamatan dan kesehatan (K3) sehingga berakibat menjadi kelompok resiko tinggi.

5. Pandangan stereotip di kalangan tenaga kesehatan laki-laki pada umumnya kurang menyadari kemampuan perempuan atau kegiatan perempuan dalam peran domestik dan peran produksi

ii. **Program Penurunan Angka Kematian Ibu melalui *Making Pregnancy Safer (MPS)***

- a) Para penanggungjawab program di lapangan belum terpaparencana strategis MPS Yang sensitif gender.
- b) Masih terdapat ketidaksetaraan gender di tingkat individu dan keluarga:
 - i. Kehamilan merupakan urusan perempuan
 - ii. Rendahnya peran suami dalam mendukung isteri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu.
 - iii. Rendahnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya saat kehamilan, persalinan dan nifas.
 - iv. Rendahnya peran ibu dalam mengambil keputusan bagi kesehatan dan keselamatan dirinya (pemilihan metode kontrasepsi, jumlah persalinan oleh dukun masih tinggi).
 - v. Masalah kesehatan perempuan masih dianggap kurang penting
- c) Pesefta KB sebagian besar adalah perempuan
- d) Laki-laki menganggap KB urusan perempuan

iii. **Program Pemberantasan Tuberkulosis Paru**

- a) Penderita TB biasanya dikucilkan dalam masyarakat.
- b) Di beberapa daerah penderita laki-laki biasanya akan dirawat oleh keluarga atau sanak saudara, tetapi penderita perempuan dikucilkan oleh keluarga.
- c) Rendahnya kedudukan perempuan dalam keluarga mengakibatkan kurangnya gizi, beban yang lebih berat dalam mengurus rumah tangga dan istirahat yang kurang menyebabkan lemahnya kondisi tubuh serta bertambah

beratnya penyakit TB yang diderita. Ibu yang menderita TB akan meningkatkan resiko penularan yang lebih besar bagi anggota keluarga yang lain.

iv. Program Pemberantasan Malaria

- a) Kesadaran tentang peran/dampak penyakit malaria antara perempuan dan laki-laki masih rendah.
- b) Daerah endemis malaria pada umumnya berada di daerah terpencil dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan sangat sulit, terutama untuk perempuan.
- c) Pembakuan peran laki-laki di luar rumah dan pendidikan laki-laki yang lebih tinggi daripada perempuan membuat perempuan tidak mempunyai kesempatan untuk mendapatkan informasi tentang malaria dalam kaitannya dengan lingkungan di luar rumah; peran perempuan adalah mengurus rumah tangga (gizi, kesehatan, kebersihan, dan lain-lain).
- d) Akibat masalah ekonomi kesehatan perempuan dikesampingkan.
- e) Hak dalam keputusan penggunaan uang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ada di tangan laki-laki sehingga perempuan sukar/tidak mendapatkan pelayanan kesehatan
- f) Pembakuan peran perempuan di rumah dan laki-laki sebagai pencari nafkah menempatkan laki-laki lebih diutamakan dalam pelayanan kesehatan

v. Program Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PMS)

- a) Laki-laki tidak dianggap dapat menularkan IMS - HIV.
- b) Perempuan baik-baik sering dianggap tidak akan tertular IMS - HIV (diskriminasi).
- c) Ibu rumah tangga belum terdeteksi HIV.

- d) Laki-laki dan perempuan yang berperilaku resiko tinggi sangat rendah kemauan dan tanggung jawabnya untuk mencegah penyebaran IMS-HIV.

vi. Program Perbaikan Gizi Masyarakat

- a) Peran laki-laki dalam kemandirian perbaikan gizi keluarga lebih dibanding perempuan.
- b) Rendahnya tingkat pendidikan perempuan.
- c) Kurangnya kesempatan perempuan dalam mendapatkan penghasilan
- d) Laki-laki belum secara serius menjadi target intervensi gizi.
- e) Akses pelayanan gizi selalu lebih memprioritaskan perempuan daripada laki-laki.
- f) Laki-laki tidak/kurang berkontribusi dalam perencanaan dan penyediaan makanan dalam keluarga.

4. (BKKBN, 2017) Isu gender dalam pelaksanaan Program Keluarga Berencana (KKBPK) adalah sebagai berikut :

- a) Akses laki-laki terhadap informasi dan pelayanan KB masih sangat terbatas dimana pengetahuan metode KB bagi perempuan lebih besar dibanding KB Pria khususnya vasektomi;
- b) Kesertaan KB pria vasektomi hanya 0,2% (SDKI 2012), terbatasnya jenis kontrasepsi pria (hanya kondom dan vasektomi) menjadikan laki-laki enggan untuk menjadi peserta KB;
- c) Masih sangat sedikit laki-laki yang mengetahui manfaat KB bagi diri dan keluarganya;
- d) Masih dominannya suami dalam pengambilan keputusan KB dan kesehatan reproduksi serta perencanaan jumlah dan jarak kelahiran anak;
- e) Anggapan masyarakat bahwa KB adalah urusan perempuan, karena kodrat perempuan untuk hamil dan

- melahirkan, perempuan tidak memiliki kekuatan untuk memutuskan ikut ber-KB;
- f) Masih terbatasnya pengetahuan laki-laki dan perempuan mengenai kesetaraan dan keadilan gender dalam KB dan kesehatan reproduksi;
 - g) Masih tingginya ASFR yang menunjukkan wanita usia remaja yang telah hamil dan melahirkan dan;
 - h) Norma dalam masyarakat bahwa ketidaksuburan disebabkan oleh pihak istri.

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender stereotip masing-masing. Misalnya saja sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan-kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda-nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi social ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban.

Masalah gender, keterpurukan kesehatan dan kerusakan lingkungan saling mempengaruhi, tetapi penanganan terhadap masalah-masalah ini sering masih berjalan sendirisendiri. Penanganan masalah kesehatan sering kurang memperhatikan faktor lingkungan dan penanganan masalah lingkungan sering mengabaikan aspek kesehatan. Demikian pula masalah gender baik sebagai penyebab maupun sebagai konsekuensi masalah kesehatan dan masalah lingkungan belum terakomodasi optimal dalam program pembangunan kesehatan dan lingkungan. Sehingga untuk penanganannya perlu perhatian dan kerjasama dari berbagai pihak.

Daftar Pustaka

- BAPPENAS. (2002). Analisis Gender dalam Pembangunan Kesehatan
- BKKBN. (2017). Dunia Terbelah: Kesehatan Dan Hak Reproduksi Di Era Ketidaksetaraan. <https://www.bkkbn.go.id/>
- Purba, O. (2010). Konsep Dan Teori Gender. <https://gendernews88.wordpress.com/>
- Satoto, S. (2017). Konsep Gender. <https://bppk.kemenkeu.go.id/>
- Canadian International Development Agency (CIDA), 1997. "Guideto Gender-sensitive Indicators .
- Debbie Budlender, Diane Elson, Guy Hewitt and Tanni Mukhopadhyay,2002. Understanding Gender Responsive Budgets.
- "Gender, Law, and Policy in ADB Operations: A Tool Kit(2006). Asian Development Bank.
- _____"Kesetaraan dan keadilan Gender dalam Pembangunan Nasional dan Daerah". Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia, 2008.
- _____"Harmonisasi Konsep dan Definisi Gender untuk Aplikasi Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan" Kementerian Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia, Jakarta 2008.
- Pusat Kajian Gender Wanita dan Gender Universitas Indonesia, Hak Asasi Perempuan, Yayasan Obor, Jakarta, 2007.
- UUD RI. (1945).
- Rinusu (Ed). Pengarusutamaan Gender Dalam Pembangunan di Indonesia: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Kerjasama antara Kementerian Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia dan United National Development Program (UNDP), 2007.

Profil Penulis



Rachmawaty M. Noer, Ners, M. Kes., lahir pada tanggal 12 Desember 1977 di Kota Dumai. Menyelesaikan studi S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Andalas Padang dan Pendidikan Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Penulis adalah dosen yang memulai karir nya sejak tahun 2013 di Akademi Keperawatan Sri Bunga Tanjung Dumai dan saat ini bekerja

sebagai dosen di STIKes Awal Bros Batam mulai tahun 2015 sampai sekarang. Domisili saat ini di Perum Mutiara View Blok B2 no. 18 Tiban Sekupang Batam

BAB 2

Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular



Musdalifah Syamsul

BAB 2 EPIDEMIOLOGI PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

A. Epidemiologi Penyakit Menular

1. Pendahuluan

Emerging infectious disease timbul sejak beberapa tahun terakhir ini ditambah lagi dengan adanya ketakutan masyarakat Indonesia terhadap pandemic Covid-19. Terjadinya Covid-19 ini dimulai dari Wuhan, China yang merambah sampai ke Indonesia Maret 2020 yang membuat sibuk para ahli virology, epidemiologi, pembuat kebijakan, pihak pers dan masyarakat. Di kalangan masyarakat maupun komunitas dapat menimbulkan “hysteria” akibat Covid-19 yang tingkat penularannya sangat cepat bahkan dapat menimbulkan kematian yang cepat. Oleh karena itu bila tidak dilakukan persiapan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular seperti Covid-19 dapat menyumbang angka kejadian kasus yang sangat tinggi. Tiga kelompok utama penyakit menular yaitu penyakit yang sangat berbahaya karena angka kematian sangat tinggi, penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan kematian dan cacat, walaupun akibatnya lebih ringan dari yang pertama, penyakit menular yang jarang menimbulkan kematian dan cacat tetapi dapat mewabah yang menimbulkan kerugian materi.

2. Tinjauan Epidemiologi

Indonesia sebagai Negara tropis yang merupakan kawasan endemic beberapa penyakit menular, dan sebagai kawasan yang berkembang secara dinamis tidak dapat menghindari masuknya berbagai penyakit menular seperti Covid-19 ini.

Epidemiologi penyakit menular memiliki peran yang sangat penting, serta dinamika penularan dan transisi epidemiologi harus diketahui. Manajemen pencegahan dan

pengendalian penyakit menular memiliki dua perspektif (Amiruddin R, 2019) yaitu

a. Epidemiologi Global

Epidemiologi global mempelajari tentang kejadian dan persebaran penyakit dalam perspektif benua. Penyakit menular yang bersifat global memiliki potensi terjadinya pandemic, yakni perjalanan penyakit antar benua. Seperti asal datangnya penyakit, dan melalui apa penyakit tersebut datang. Migrasi berbagai binatang seperti migrasi burung antar benua yang bias merupakan sumber pembawa penyakit. Oleh karena itu wilayah yang merupakan jalur transmisi sebaiknya memiliki kapasitas dan aktif dalam mengakses informasi terkait penularan penyakit, seperti Dinas Kesehatan, LSM, maupun masyarakat. Termasuk petugas yang mengawasi jalur-jalur penerbangan International, hendaknya meningkatkan pengawasannya dalam menghadapi globalisasi penyakit menular.

b. Epidemiologi Lokal

Epidemiologi local berkaitan dengan dinamika transmisi local, seperti malaria, filariasis, dan schistosomiasis. Oleh karena itu harus dipelajari terkait pemutusan rantai penularan penyakit.

3. Siklus Penularan Penyakit Menular

Penularan penyakit dapat terjadi dimana saja. Mikroorganisme dapat masuk melalui saluran pernapasan bagian atas, melalui kulit, usus, dan organ genital. Dan mikroorganisme juga dapat hidup pada hewan, tumbuhan, tanah, air, dan udara. Beberapa sifat dari mikroorganisme lebih pathogen dari yang lain sehingga mampu menyebabkan penyakit. Ketika imun manusia menurun, semua mikroorganisme mampu menyebabkan penyakit dalam tubuh seperti Covid-19 ini.

Ketika manusia rentan terhadap penyakit maka dengan mudah virus masuk ke dalam tubuh dan menimbulkan kesakitan. Banyaknya dosis mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh manusia (host) sangat bervariasi tergantung dari jalan masuknya. Seperti resiko infeksi yang rendah ketika mikroorganisme kontak dengan kulit yang utuh dan resiko infeksi meningkat ketika area kontak membran mukosa atau kulit yang tidak utuh sehingga masuknya sejumlah kecil mikroorganisme saja dapat mengakibatkan penyakit.

Sejumlah penyakit memerlukan kondisi-kondisi tertentu untuk dapat menyebar (ditularkan) pada pihak lain (Amiruddin R, 2019), yaitu

- a. Harus ada agen, sesuatu yang dapat menyebabkan penyakit seperti virus, bakteri, jamur, parasite, riketsia.
- b. Agen tersebut harus memiliki tempat hidup (pejamu atau reservoir), sehingga mikroorganisme dapat berkembang biak di dalam tubuh manusia, tanpa gejala serta dapat menularkan ke orang lain. Penularannya dapat melalui makanan atau air yang terkontaminasi, dari gigitan hewan yang terinfeksi serta serangga seperti malaria dan demam berdarah melalui nyamuk.
- c. Agen memiliki lingkungan yang tepat di luar pejamu agar dapat bertahan hidup, setelah meninggalkan pejamunya, mikroorganisme tersebut harus memiliki lingkungan yang cocok agar dapat bertahan hidup lebih lama sampai dapat menginfeksi ke orang lain.
- d. Harus ada orang yang dapat terkena penyakit (pejamu yang rentan). Orang yang selalu terpapar oleh agen penyebab penyakit setiap hari tetapi tidak selalu menjadi sakit. Orang yang rentan dapat terkena penyakit. Sebagian besar orang tidak terkena penyakit karena mereka sudah pernah terpapar oleh penyakit sehingga di dalam tubuhnya terbentuk antibodi spesifik.

- e. Agen (penyebab penyakit) memiliki cara berpindah (transmisi) dari pejamu untuk menginfeksi pejamu lain yang rentan.

4. Tiga Sifat Utama Aspek Penularan Penyakit Dari Orang Ke Orang

a. Waktu Generasi (Generation Time)

Masa antara masuknya penyakit pada pejamu tertentu sampai masa kemampuan maksimal pejamu tersebut untuk dapat menularkan penyakit. Hal ini sangat penting dalam mempelajari proses penularan. Perbedaan masa tunas ditentukan oleh masuknya unsur penyebab sampai timbulnya gejala penyakit sehingga tidak dapat ditentukan pada penyakit dengan gejala yang terselubung, sedangkan waktu generasi untuk waktu masuknya unsur penyebab penyakit hingga timbulnya kemampuan penyakit tersebut untuk menularkan kepada pejamu lain walau tanpa gejala klinik / terselubung.

b. Kekebalan Kelompok (Herd Immunity)

Kekebalan kelompok adalah kemampuan atau daya tahan suatu kelompok penduduk tertentu terhadap serangan/penyebaran unsur penyebab penyakit menular tertentu didasarkan tingkat kekebalan sejumlah tertentu anggota kelompok tersebut. Herd immunity merupakan factor utama dalam poses kejadian wabah di masyarakat serta kelangsungan penyakit pada suatu kelompok penyakit tertentu.

c. Angka Serangan (Attack Rate)

Adalah sejumlah kasus yang berkembang atau muncul dalam satu satuan waktu tertentu dikalangan anggota kelompok yang mengalami kontak serta memiliki resiko / kerentanan terhadap penyakit tersebut. Angka serangan ini bertujuan untuk menganalisis tingkat penularan dan tingkat keterancaman dalam keluarga, dimana tata cara dan konsep keluarga, system hubungan

keluarga dengan masyarakat serta hubungan individu dalam kehidupan sehari-hari pada kelompok populasi tertentu merupakan unit Epidemiologi tempat penularan penyakit berlangsung (Darmawan, A., & Epid, M, 2016).

5. Manifestasi Klinik Secara Umum

a. Spektrum penyakit menular

Pada proses penyakit menular secara umum dijumpai berbagai manifestasi klinik, mulai dari gejala klinik yang tidak tampak sampai keadaan yang berat disertai komplikasi dan berakhir cacat / meninggal dunia. Akhir dari proses penyakit adalah sembuh, cacat atau meninggal.

b. Infeksi terselubung (tanpa gejala klinis)

Adalah keadaan suatu penyakit yang tidak menampilkan secara jelas dan nyata dalam bentuk gejala klinis yang jelas sehingga tidak dapat di diagnosa tanpa cara tertentu seperti tes tuberkolin, kultur tenggorokan, pemeriksaan antibody dalam tubuh dan lain-lain.

Adapun gambaran penyebaran manifestasi klinik dari tiga jenis penyakit menular yaitu

1) Lebih banyak dengan tanpa gejala klinik (terselubung)

Kelompok penyakit dengan keadaan lebih banyak penderita tanpa gejala atau hanya gejala ringan saja, tidak tampak pada berbagai tingkatan, patogenisitas rendah, contoh, Tuberkulosis, Poliomyelitis, Hepatitis A

2) Lebih banyak dengan gejala klinik jelas

Kelompok dengan bagian terselubung kecil, sebagian besar penderita tampak secara klinis dan dapat dengan mudah didiagnosa, karena umumnya penderita muncul dengan gejala klasik, contoh :Measles, chickenpox

3) Penyakit yang umumnya berakhir dengan kematian

Kelompok penyakit yang menunjukkan proses kejadian yang umumnya berakhir dengan kelainan atau berakhirnya dengan kematian, contoh: Rabies

6. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Tindakan pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi menular dirancang untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan melindungi pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat meliputi hal-hal (Amiruddin R, 2019) sebagai berikut:

- a. Kewaspadaan standar diterapkan pada semua klien dan pasien/orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Kewaspadaan berdasarkan penularan/transmisi hanya diterapkan pada pasien rawat inap di rumah sakit sampai diagnosis tersebut dapat dikesampingkan.

Strategi yang dilakukan dalam pencegahan dan pengendalian penyakit menular bagi setiap orang yang terinfeksi virus seperti virus corona dan tidak menunjukkan gejala maka pengendalian dirancang sedemikian rupa untuk mengurangi resiko penularan atau penyebaran virus atau mikroorganisme yaitu

- a. Mencuci tangan, sebelum dan setelah menyentuh barang-barang yang tercemar atau permukaan benda dimana virus dapat bertahan hidup
- b. Menggunakan masker, untuk melindungi jalan masuknya virus masuk kedalam tubuh terhadap kemungkinan percikan (droplet) dari orang lain
- c. Menjaga jarak aman, dengan menjaga jarak sekitar 1,5 – 2 meter agar terhindar dari kontak orang yang terinfeksi virus tanpa gejala
- d. Menjaga Imun, dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi dan banyak mengandung vitamin C dan berolahraga
- e. Menjaga lingkungan tetap sehat, menjaga kebersihan lingkungan setiap hari.

B. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular

1. Pendahuluan

Pada era sekarang ini telah terjadi pergeseran epidemiologi dimana dulunya menekankan ke arah penyakit menular sekarang mengarah ke penyakit tidak menular. Epidemiologi hanya mempelajari penyakit yang dapat menimbulkan wabah, cara penularan dan penyebab serta cara penanggulangan wabah tersebut berkembang menjadi penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular disingkat PTM juga dikenal sebagai penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang. Penyakit tidak menular pada manusia mempunyai durasi panjang dan perkembangan umumnya lambat. Empat jenis penyakit tidak menular menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (seperti serangan jantung dan stroke), kanker, penyakit pernapasan kronis (seperti penyakit obstruksi paru kronis dan asma) dan diabetes mellitus.

Terjadinya pergeseran pola penyakit yang dulunya penyakit menular merupakan penyakit terbanyak dalam pelayanan kesehatan, saat ini bergeser. Penyakit tidak menular yang memiliki proporsi utama, yang terjadi pada negara berkembang seperti Indonesia. Hal ini terjadi akibat perubahan pola hidup masyarakat, pola hidup yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik dan kebiasaan makan yang tidak baik merupakan penyebab penyakit tidak menular semakin meningkat. Meningkatnya PTM dapat menurunkan produktivitas sumber daya manusia, bahkan kualitas generasi bangsa sehingga berdampak pada besarnya beban pemerintah karena penanganan PTM membutuhkan biaya yang besar.

Tingkat kesehatan akan sangat mempengaruhi pembangunan sosial dan ekonomi. Penduduk usia produktif dengan jumlah besar yang seharusnya memberikan kontribusi pada pembangunan, justru akan terancam apabila kesehatannya terganggu oleh PTM dan perilaku yang tidak

sehat. Berubahnya gaya hidup manusia karena adanya urbanisasi, modernisasi, dan globalisasi telah menyebabkan terjadinya peningkatan Penyakit Tidak Menular (PTM).

Berdasarkan data yang di peroleh dari organisasi kesehatan dunia (WHO) 2012 menunjukkan bahwa angka penyakit tidak menular mencapai 68 persen penyebab kematian secara global. PTM merupakan penyebab utama kematian di semua daerah kecuali Afrika, tapi proyeksi saat ini menunjukkan bahwa pada tahun 2020 peningkatan terbesar dalam kematian PTM akan terjadi di Afrika. Di negara Afrika kematian karena PTM diproyeksikan melebihi kematian dari penyakit menular, gizi dan kematian ibu dan perinatal sebagai penyebab paling umum kematian pada tahun 2030 (WHO, 2013).

Penyakit tidak menular telah menjadi penyebab utama kematian secara global pada saat ini (Shilton, 2013). Data WHO menunjukkan bahwa sebanyak 57 juta (63%) angka kematian yang terjadi di dunia dan 36 juta (43%) angka kesakitan disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular. Global status report on NCD World Health Organization (WHO) tahun 2010 melaporkan bahwa 60% penyebab kematian semua umur di dunia adalah karena PTM dan 4% meninggal sebelum usia 70 tahun. Seluruh kematian akibat PTM terjadi pada orang-orang berusia kurang dari 60 tahun, 29% di negaranegara berkembang, sedangkan di negara maju sebesar 13%.

2. **Epidemi dan Prevalensi PTM**

Epidemiologi PTM sudah mempengaruhi negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah di mana hampir 80% dari kematian PTM atau sekitar 29 juta kematian telah terjadi. PTM adalah penyebab utama kematian di semua wilayah kecuali Afrika, namun proyeksi saat ini menunjukkan bahwa pada tahun 2020 peningkatan terbesar dalam kematian PTM

akan terjadi di Afrika. Kematian yang terjadi di negara-negara Afrika, PTM diproyeksikan melebihi kematian gabungan dari penyakit menular dan gizi, kematian maternal dan perinatal, sebagai penyebab paling umum kematian pada tahun 2030 (Darmawan, A., & Epid, M, 2016).

3. Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular

- a. Faktor resiko untuk timbulnya penyakit tidak menular yang bersifat kronis belum ditemukan secara keseluruhan, untuk setiap penyakit, faktor resiko dapat berbeda-beda (merokok, hipertensi, hiperkolesterolemia). Satu faktor resiko dapat menyebabkan penyakit yang berbeda-beda, misalnya merokok, dapat menimbulkan kanker paru, penyakit jantung koroner, kanker larynx. Untuk kebanyakan penyakit, faktor-faktor resiko yang telah diketahui hanya dapat menerangkan sebagian kecil kejadian penyakit, tetapi etiologinya secara pasti belum diketahui
- b. Faktor-faktor resiko yang telah diketahui ada kaitannya dengan penyakit tidak menular yang bersifat kronis antara lain : tembakau, alcohol, kolesterol, hipertensi, diet, obesitas, aktivitas, stress, pekerjaan, lingkungan masyarakat sekitar, dan life style.

4. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

- a. Mempertinggi nilai kesehatan

Cara meningkatkan nilai kesehatan dapat ditempuh dua cara yaitu melalui usaha kesehatan (hygiene) perorangan dan usaha kesehatan lingkungan (sanitasi). Hygiene perseorangan yaitu lebih menitikberatkan kepada usaha peningkatan nilai kesehatan perorangan. Contoh dari kesehatan perorangan adalah: Dengan makan makanan yang memenuhi gizi, Merebus air hingga matang, Menggosok gigi secara teratur, Memasak makanan dengan

memperhatikan gizinya, Mencuci tangan sebelum memegang makanan, Menutup tempat air yang ada di rumah, Tidak makan sembarangan, istirahat yang cukup, Pemeriksaan kesehatan tubuh kita secara berkala.

Usaha Kesehatan Lingkungan (sanitasi) usaha yang lebih menitikberatkan kepada kepribadian lingkungan hidup secara fisik atau kepada faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan perorangan atau masyarakat. Contoh usaha kesehatan lingkungan dengan cara sanitasi adalah : a) Membuat jamban keluarga (MCK) b) Penyediaan sumber air minum yang bersih c) Pembuatan tempat pembuangan sampah d) Pengendalian pencemaran tanah, udara dan air e) Serta pengawasan terhadap sector penyebar

b. Pemeriksaan Kesehatan Berkala

Pemeriksaan kesehatan secara berkala merupakan suatu upaya untuk mencegah munculnya atau menyebarnya suatu penyakit. Melalui upaya ini, kemungkinan munculnya wabah dapat dideteksi sedini mungkin. Di samping itu, melalui upaya ini masyarakat akan mendapatkan pengarahan rutin yang berkaitan dengan perawatan kesehatan, penanganan suatu penyakit, usaha mempertinggi nilai kesehatan, dan mendapatkan vaksinasi.

c. Pola Hidup Sehat

Dengan gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) merupakan salah satu upaya untuk memperkecil terjadinya PTM, pola makan sehat, hindari makanan yang banyak mengandung lemak atau yang mengandung kolesterol tinggi. Seafood memiliki kandungan kolesterol tinggi yang dapat membahayakan jantung. Hindari perilaku merokok untuk kesehatan jantung, maka segera hentikan kebiasaan ini agar jantung tetap sehat. Stres juga harus dihindari, karena di saat seseorang mengalami stres

tubuhnya akan mengeluarkan hormon cortisol yang menyebabkan pembuluh darah menjadi kaku. Hormon norepinephrine akan diproduksi tubuh saat menderita stres, yang akan mengakibatkan naiknya tekanan darah. Maka, sangat baik bila Anda menghindari stres baik di kantor atau di rumah. Pola hidup sehat juga dapat dilakukan seperti kegiatan olahraga (berjalan kaki, jalan cepat, atau jogging).

GERMAS mengajak masyarakat untuk membudayakan hidup sehat, agar mampu mengubah kebiasaan-kebiasaan atau perilaku tidak sehat. Indonesia sedang mengalami perubahan pola penyakit atau yang sering disebut transisi epidemiologi, ditandai dengan meningkatnya kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) seperti stroke, jantung, kanker dan lain-lain. Sementara itu, kesakitan dan kematian akibat penyakit menular semakin menurun, walaupun prevalensi penyakit masih cukup tinggi. Kecenderungan kesakitan dan kematian akibat PTM ini menyebabkan tingginya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan rujukan di rumah sakit (Yarmaliza, Y., & Zakiyuddin, Z. (2019).

Daftar Pustaka

- Amiruddin, R. (2019). *Kebijakan dan Respons Epidemik Penyakit Menular*. PT Penerbit IPB Press.
- Darmawan, A., & Epid, M. (2016). Epidemiologi penyakit menular dan penyakit tidak menular. *JAMBI MEDICAL JOURNAL" Jurnal Kedokteran dan Kesehatan"*, 4(2).
- Irwan, D. (2017). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta: Deepublish.
- Koes, I. (2014). *Epidemiologi penyakit menular dan tidak menular panduan klinis*. Penerbit Buku Alfabeta, Bandung.
- Yarmaliza, Y., & Zakiyuddin, Z. (2019). Pencegahan Dini terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM) melalui GERMAS. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Multidisiplin*, 2(3), 93-100.

PROFIL PENULIS



Dr. Musdalifah Syamsul, S.KM., M.Kes, Lahir di Ujung Pandang tanggal 14 Januari 1981. Lulus S1 di Jurusan Epidemiologi dan Biostatistik, Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea tahun 2003, lulus S2 di Jurusan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (UNHAS) tahun 2011. Saat ini bekerja sebagai dosen pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Salewangang Maros. Pernah mengikuti Peningkatan Kualitas Publikasi International (Sandwich-Like) di University of Queensland tahun 2016. Pernah sebagai presenter pada International Conference di UNM. Berbagai tulisannya sudah termuat di berbagai jurnal baik nasional maupun international. Salah satu tulisannya tentang The Roles of family in Preventing Dengue Fever in Regency of Maros, South Sulawesi, Indonesia telah dimuat pada IOP Conference Series, edisi Juni 2018.

BAB 3

Kesehatan Lingkungan & K3



Prehatin Trirahayu Ningrum

BAB 3 KESEHATAN LINGKUNGAN & K3

Permasalahan lingkungan hidup di Indonesia telah diatur dalam Undang-undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah menyatakan bahwa lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan hak asasi dan hak konstitusional bagi setiap warga negara Indonesia. Sehingga negara, pemerintah, dan seluruh pemangku kepentingan berkewajiban untuk melakukan perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup dalam pelaksanaan pembangunan berkelanjutan agar lingkungan hidup Indonesia dapat tetap menjadi sumber dan penunjang hidup bagi rakyat Indonesia serta makhluk hidup lain.

Pemanfaatan sumber daya alam oleh manusia haruslah diperhatikan soal tujuan dan dampak yang dapat ditimbulkan akibat pemakaian oleh manusia. Masyarakat dan pemerintah harus saling menjaga dan mendukung dalam menjaga lingkungan hidup, dikarenakan bila terjadinya masalah dalam lingkungan hidup, hal tersebut dapat menentukan keberlangsungan hidup dari manusia dan makhluk hidup lainnya yang juga dapat berpengaruh terhadap sebuah negara. Namun keadaan tersebut sebaliknya, manusia dan makhluk hidup lainnya dapat menjaga keberlangsungan lingkungan hidup dengan cara menjaganya dan melakukan pemanfaatan secara berkala dan teratur serta melakukan perbaikan ulang terhadap lingkungan agar tidak terjadi kerusakan akibat dari pemakaian manusia (Suprijandi, 2019).

Banyaknya kejadian alam yang terjadi belakangan ini, harusnya menjadi acuan bagi pemerintah untuk lebih memperhatikan permasalahannya. Efek sosialnya yang lebih dahsyat dari kerusakan lingkungan hidup adalah munculnya konflik-konflik horisontal, pengungsi pembangunan, epidemi sosial, gejala ecocide, konflik sosial, hancurnya sistem lokal, perubahan biologis, penurunan kualitas hidup, munculnya penyakit-penyakit

sosial, seperti prostitusi dan kriminalitas, kekerasan dalam rumah tangga, kemiskinan struktural serta pelanggaran hak asasi manusia (Soemarwoto, 2001).

A. Pengaruh Pandemi Covid-19 Terhadap Lingkungan

Krisis Kesehatan Global saat ini telah di hadapi oleh semua Negara di Dunia menurut UN Secretary General (Sekjen PBB) hal ini tidak pernah terjadi dalam kurun waktu 75 tahun terakhir dan kasus covid-19 ini penyebaran nya terjadi pada manusia. Nilai penyebaran covid-19 sangat tinggi sampai berdampak pada ekonomi global. Dampak Covid-19 bagi lingkungan di dunia yaitu:

1. Menurunkan emisi gas yang disebabkan efek rumah kaca. Terjadi penurunan emisi gas carbon di Amerika Serikat sekitar 40-50%, gas NO₂ di Spanyol turun sampai 75% dan 25% gas CO turun di China. Di karenakan penerbangan penerbangan dunia turun 100%. Di kota terbesar kedua di Italia, Milan tingkat oksidanitrat yang merupakan polusi berbahaya disebabkan oleh lalu lintas dibandingkan dengan tahun lalu angkanya turun hingga 40%. Tingkat karbondioksida yang diketahui sebagai penyebab utama terjadinya pemanasan global juga turun karena negara- negara memproduksi lebih sedikit barang dan dengan penggunaan energi yang lebih sedikit. Negara china sebagai Negara penghasil emisi terbesar di dunia. Di Bulan february saat puncak virus corona di china, emisi carbon turun 25% dibandingkan tahun sebelumnya. Dan di Beijing yang biasanya di penuh dengan kabut asab saat ini berwarna biru dan cerah (Reza, 2020). Tetapi penurunan gas gas berbanding terbalik dengan indicator sampah.
2. Jumlah sampah mengalami peningkatan tajam terutama sampah medis, dimana setiap manusia yang saat ini setiap beraktivitas terutama diluar diwajibkan dalam penggunaan masker, belum agi setiap petugas kesehatan yang harus menggunakan APD lengkap. Macam APD yang digunakan diantaranya masker, pelindung mata, pelindung wajah, Gaun

medis, sarung tangan medis, penutup kepala, dan sepatu pelindung. Hal ini menjadikan semua APD setelah selesai digunakan maka akan menjadi sampah.

3. Pada energi listrik terjadi penurunan karena banyak kantor ataupun perusahaan yang tutup sehingga tidak ada pemakaian listrik tetapi tidak diikuti penurunan konsumsi internet.

Perubahan yang terjadi pada lingkungan kita karena pandemi virus corona ini kemungkinan besar hanya sementara saja dan dalam waktu yang singkat karena apabila pandemi ini usai, kehidupan berjalan normal lagi dan semua yang menurun atau meningkat akan kembali seperti biasanya.

B. Pengelolaan Sampah saat Pandemi COvid-19

Menurut Hermanto (2020), dalam kajian International Solid Waste Assotiation (ISWA) hal-hal yang menjadi prioritas pertimbangan dalam penanganan sampah saat pandemic Covid-19 adalah:

1. Prioritas pertama adalah Memperhatikan keberlanjutan
 - i. Kenali peran enting pekerja dan layanan sampah
 - ii. Memastikan Kesehatan dan Keselamatan Pekerja
 - iii. Mempersiapkan rencana darurat
2. Prioritas kedua adalah Menyesuaikan layanan daur ulang
 - i. Identifikasi dan perubahan prosedur untuk melindungi profesionalisme jelas
 - ii. Memberikan panduan perubahan yang diperlukan, dan disarankan untuk melindungi profesionalis
 - iii. Memberikan panduan cara mempertahankan komitmen jangka panjang dan hukum untuk pencegahan , daur ulang, dan *cycle economy*
3. Prioritas ketiga Memastikan keamanan pengelolaan limbah layanan kesehatan

- i. Semua limbah di layanan kesehatan yang dihasilkan selama pandemic Covid-19 harus diperlakukan sebagai limbah infeksius

Prosedur Penanganan APD Bekas Pakai. Setelah selesai digunakan, APD sekali pakai maupun yang bisa dipakai ulang harus dimasukkan ke dalam kantong plastik khusus dan dikemas secara terpisah. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penanganan APD bekas pakai:

- a) Tidak meletakkan APD bekas pakai secara sembarangan, baik di lantai atau permukaan benda lain, seperti meja, kursi, atau loker.
- b) Tidak membongkar kembali APD bekas pakai yang telah dikemas dalam plastik khusus.
- c) Tidak mengisi kantong plastik khusus APD bekas pakai terlalu penuh.
- d) Bersihkan diri atau mandi setelah menggunakan APD.

Penetapan Pola Kerja Pengelolaan Sampah yang Terkait Dengan Tingkat Risiko Paparan

Lower (caution)	Medium	High	Very high
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handling municipal waste. ▪ Handling recyclable materials. ▪ Managing wastewater treatment systems. ▪ Performing maintenance tasks on 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handling waste from healthcare facilities generated in the care of suspected or confirmed COVID-19 patients. <p><i>Note: The designation of medium risk for</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ category not applicable for most anticipated work tasks. <p>Note: Most solid waste and wastewater management work tasks are associated</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ category not applicable for most anticipated work tasks. <p>Note: Most solid waste and wastewater management work tasks are associated</p>

Lower (caution)	Medium	High	Very high
<p>equipment used to process municipal waste, recyclable materials, or wastewater.</p> <p>Note: For activities in the lower (caution) risk category, OSHA's <u>Interim Guidance for Workers and Employers of Workers at Lower Risk of Exposure</u> may be most appropriate.</p>	<p><i>this task is consistent with occupational exposure risks for handling any routine medical waste—not just that of COVID-19 patients. Employers and workers should continue to use routine controls for this type of work task.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Performing maintenance tasks on equipment used to process medical waste. <p><i>Note: Again, employers and workers should continue to use routine controls for this type of work task.</i></p>	<p>with no more than medium exposure risk; see the other columns of this chart.</p>	<p>with no more than medium exposure risk; see the other columns of this chart.</p> <p>Avoid tasks that would place workers in this risk category, such as shredding waste, that could re-aerosolize potentially infectious SARS-CoV-2 from environmental surfaces.</p>

<https://www.osha.gov/coronavirus/control-prevention/solid-waste-wastewater-mgmt>

C. Pengelolaan Sistem Drainase Kota

Air hujan yang turun dan ikut bercampur dengan air di saluran pembuangan akan menyebabkan virus menyebar ke lingkungan. Yang harus dilakukan adalah pemberitahuan kepada masyarakat dan akses terbatas di lokasi banjir selama dan setelah banjir. Hasil penelitian Casanova, L., Rutala, W.A., Weber, D.J., Sobsey, M.D., 2009. Munculnya infeksi virus korona yang sebelumnya tidak diketahui, dari Studi yang mengevaluasi kelangsungan hidup dua virus corona pengganti, gastroenteritis menular (TGEV) dan hepatitis virus (MHV). Virus ini tetap menular di air dan limbah selama berhari-hari hingga berminggu-minggu. Pada 25 ° C, waktu yang dibutuhkan untuk 99% pengurangan dalam air kelas reagen adalah 22 hari untuk TGEV dan 17 hari untuk MHV. Pada limbah cair yang dipasteurisasi, waktu pengurangan 99% adalah 9 hari untuk TGEV dan 7 hari untuk MHV. Pada suhu 4 ° C, terjadi penurunan infektivitas <math><1 \log_{10}</math> untuk kedua virus setelah empat minggu. Coronavirus dapat tetap menular untuk waktu yang lama di dalam air dan limbah cair yang dipasteurisasi, menunjukkan air yang terkontaminasi adalah kendaraan potensial untuk paparan manusia jika aerosol dihasilkan.



(Hermana, 2020).

Gambar 3.1
Pengelolaan Sistem Drainase Kota

D. Persiapan New Normal dengan Ramah Lingkungan

Lingkungan hidup telah berubah menjadi baik selama beberapa bulan ini akan membuat masyarakat dunia terlena, sehingga meluoakan bahwa kondisi seperti ini hanya bersifat sementara. Kebijakan *lockdown* maupun *social distancing* tidak dapat dijadikan sebagai solusi jangka panjang untuk menjaga lingkungan hidup.

Negara Indonesia saat ini telah melakukan *new normal* yang menurut beberapa pengamat lingkungan keputusan ini dirasa terlalu cepat untuk digunakan. contohnya saja jika pada sekolah tingkat SD, anak-anak akan masuk sekolah, apabila anak-anak tersebut terkena virus maka hal ini tentu saja akan menularkan kepada keluarganya yang berada di rumah dan orang-orang di sekitarnya. Tetapi apabila hal ini dilakukan, hal yang paling penting saat diberlakukannya *new normal* dari kesehatan lingkungan adalah “*HYGIENE*” dengan melakukan beberapa tindakan seperti:

1. Mencuci tangan sesering mungkin. Menghindari penggunaan hand sanitizer beralkohol dibawah 60% karena hal ini dapat menyebabkan replikasi bakteri dan virus. Sabun yang paling baik untuk mencuci tangan adalah sabun cair tetapi masih diperbolehkan menggunakan sabun batangan asalkan di beri air terlebih dahulu sehingga tidak ada virus/ bakteri yang hinggap. Cuci tangan yang baik dilakukan yaitu saat sebelum dan sesudah mempersiapkan makanan, sebelum makan, sebelum dan sesudah kontak langsung dengan orang yang sakit, setelah dari toilet, setelah batuk, bersin, menggosok hidung, dan lain-lain yang kontak langsung dengan badan terutama tangan dan wajah.
2. Memperhatikan etika batuk dan bersin. Menurut CNN Indonesia etika batuk dan bersin yang sebaiknya dilakukan adalah :
 - a. Tutup hidung dan mulut. Tutup hidung dan mulut Anda menggunakan tisu atau sapu tangan saat batuk atau bersin. Droplet atau cairan dari batuk dan bersin tidak akan menyebar ke udara bebas atau ke orang di dekat Anda. Jika tak ada tisu atau sapu tangan maka tutup batuk dan bersin dengan lengan dalam baju (dekat ketiak). Jangan menutup

- dengan jari-jari tangan, apalagi jika tak segera cuci tangan dengan sabun
- b. Buang tisu. Tisu yang sudah terpakai untuk batuk atau bersin sebaiknya segera dibuang ke tempat sampah. Sedangkan sapu tangan sebaiknya dicuci bersih.
 - c. Cuci tangan. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Jika tidak memungkinkan, Anda bisa menggunakan hand sanitizer yang mengandung alkohol paling tidak 70 persen.
 - d. Masker kain. penggunaan masker jadi opsi pertama saat Anda mengalami batuk dan bersin. Saat masker langka, masker kain atau masker reusable dengan filter udara bisa jadi pilihan.
3. Hindarilah memegang area mata, hidung dan mulut. Tangan merupakan salah satu anggota tubuh kita yang sering memegang apapun. Tidak bisa di pungkiri tangan kita akhirnya terkontaminasi bakteri atau virus entah berasal dari benda yang kita pegang, atau karena perilaku salaman dengan orang lain/penderita. Aera tubuh kita yang sering tersentuh oleh tangan adalah wajah yang kemudian dapat menimbulkan infeksi lain. Misalnya dari droplet yang ada yang ditangan kita kemdian terhirup oleh hidung kita yang kemudian akan masuk pada saluran pernafasan. Virus atau bakteri merkipun bisa baruk ke dalam pori-pori wajah kita tetapi kemungkinannya sangat kecil sehingga area yang banyak tertular adalah melalui hidung dan mulut.
4. Membersihkan perabotan dan peralatan di rumah yang sering terpegang sesering mungkin
 5. Menghindari perjalanan yang tidak terlalu di butuhkan
 6. mengurangi kontak dengan orang lain terutama saat berada di keramaian diusahakan untuk menjaga jarak satu sama lain dan mengikuti protocol kesehatan yang telah tersedia, menggunakan masker dan diupayakan membawa masker lebih dari satu di luar rumah,

7. *self isolation* selama 14 hari jika kita sudah curiga bahwa kita tertular, ada sebuah kasus dimana suatu perusahaan diruangan tertutup yang menggunakan ac menyebabkan penularan virus lebih cepat karena virus ini menular melalui udara, jadi lebih baik menggunakan udara bebas atau kipas angin.

Kementerian Kesehatan RI telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/328/2020 tentang Panduan Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 di Tempat Kerja Perkantoran dan Industri dalam Mendukung Keberlangsungan Usaha pada Situasi Pandemi. Menteri Kesehatan RI dr. Terawan Agus Putranto mengatakan dunia usaha dan masyarakat pekerja memiliki kontribusi besar dalam memutus mata rantai penularan karena besarnya jumlah populasi pekerja dan besarnya mobilitas, serta interaksi penduduk umumnya disebabkan aktifitas bekerja. Peraturan Pemerintah nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam rangka percepatan penanganan Covid-19 telah menyatakan bahwa PSBB dilakukan salah satunya dengan meliburkan tempat kerja. Namun dunia kerja tidak mungkin selamanya dilakukan pembatasan, roda perekonomian harus tetap berjalan.

E. Panduan pencegahan penularan Covid-19 secara rinci antaralain :

Selama PSBB bagi Tempat Kerja

- a) Kebijakan Manajemen dalam Pencegahan Penularan Covid-19
 1. Pihak manajemen agar senantiasa memantau dan memperbaharui perkembangan informasi tentang COVID19 di wilayahnya. (Secara berkala dapat diakses di <http://infeksiemerging.kemkes.go.id>. dan kebijakan Pemerintah Daerah setempat).
 2. Pembentukan Tim Penanganan Covid-19 di tempat kerja yang terdiri dari Pimpinan, bagian kepegawaian, bagian K3 dan petugas Kesehatan yang diperkuat dengan Surat Keputusan dari Pimpinan Tempat Kerja.

3. Pimpinan atau pemberi kerja memberikan kebijakan dan prosedur untuk pekerja melaporkan setiap ada kasus dicurigai Covid-19 (gejala demam atau batuk/pilek/nyeri tenggorokan/sesak nafas) untuk dilakukan pemantauan oleh petugas kesehatan.
 4. Tidak memperlakukan kasus positif sebagai suatu stigma.
 5. Pengaturan bekerja dari rumah (work from home). Menentukan pekerja esensial yang perlu tetap bekerja/datang ke tempat kerja dan pekerja yang dapat melakukan pekerjaan dari rumah.
- b) Jika ada pekerja esensial yang harus tetap bekerja selama PSBB berlangsung :
1. Di pintu masuk tempat kerja lakukan pengukuran suhu dengan menggunakan thermogun, dan sebelum masuk kerja terapkan Self Assessment Risiko Covid-19 untuk memastikan pekerja yang akan masuk kerja dalam kondisi tidak terjangkit Covid-19.
 2. Pengaturan waktu kerja tidak terlalu panjang (lembur) yang akan mengakibatkan pekerja kekurangan waktu untuk beristirahat yang dapat menyebabkan penurunan sistem kekebalan/imunitas tubuh.
 3. Untuk pekerja shift :
 - i. Jika memungkinkan tiadakan shift 3 (waktu kerja yang dimulai pada malam hingga pagi hari).
 - ii. Bagi pekerja shift 3 atur agar yang bekerja terutama pekerja berusia kurang dari 50 tahun.
 4. Mewajibkan pekerja menggunakan masker sejak perjalanan dari/ke rumah, dan selama di tempat kerja.
 5. Mengatur asupan nutrisi makanan yang diberikan oleh tempat kerja, pilih buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C seperti jeruk, jambu, dan sebagainya untuk membantu mempertahankan daya

tahan tubuh. Jika memungkinkan pekerja dapat diberikan suplemen vitamin C.

6. Memfasilitasi tempat kerja yang aman dan sehat,
 - a) Higiene dan sanitasi lingkungan kerja
 - i. Memastikan seluruh area kerja bersih dan higienis dengan melakukan pembersihan secara berkala menggunakan pembersih dan desinfektan yang sesuai (setiap 4 jam sekali). Terutama pegangan pintu dan tangga, tombol lift, peralatan kantor yang digunakan bersama, area dan fasilitas umum lainnya.
 - ii. Menjaga kualitas udara tempat kerja dengan mengoptimalkan sirkulasi udara dan sinar matahari masuk ruangan kerja, pembersihan filter AC.
 - b) Sarana cuci tangan
 - i. Menyediakan lebih banyak sarana cuci tangan (sabun dan air mengalir).
 - ii. Memberikan petunjuk lokasi sarana cuci tangan
 - iii. Memasang poster edukasi cara mencuci tangan yang benar.
 - iv. Menyediakan handsanitizer dengan konsentrasi alkohol minimal 70% di tempat-tempat yang diperlukan (seperti pintu masuk, ruang meeting, pintu lift, dll)
 - c) Physical Distancing dalam semua aktifitas kerja. Pengaturan jarak antar pekerja minimal 1 meter pada setiap aktifitas kerja (pengaturan meja kerja/workstation, pengaturan kursi saat di kantin, dll).
 - d) Mengkampanyekan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) melalui Pola Hidup Sehat dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di tempat kerja

- c) Sosialisasi dan Edukasi pekerja mengenai Covid-19
1. Edukasi dilakukan secara intensif kepada seluruh pekerja dan keluarga agar memberikan pemahaman yang benar terkait masalah pandemi Covid-19, sehingga pekerja mendapatkan pengetahuan untuk secara mandiri melakukan tindakan preventif dan promotif guna mencegah penularan penyakit, serta mengurangi kecemasan berlebihan akibat informasi tidak benar.
 2. Materi edukasi yang dapat diberikan:
 - a. Penyebab COVID-19 dan cara pencegahannya
 - b. Mengenali gejala awal penyakit dan tindakan yang harus dilakukan saat gejala timbul.
 - c. Praktek PHBS seperti praktek mencuci tangan yang benar, etika batuk
 - d. Alur pelaporan dan pemeriksaan bila didapatkan kecurigaan
 - e. Metode edukasi yang dapat dilakukan: pemasangan banner, pamphlet, majalah dinding, dll di area strategis yang mudah dilihat setiap pekerja seperti di pintu masuk, area makan/kantin, area istirahat, tangga serta media audio & video yang disiarkan secara berulang. SMS/whats up blast ke semua pekerja secara berkala untuk mengingatkan.
 - f. Materi edukasi dapat diakses pada www.covid19.go.id.

Daftar Pustaka

- Casanova, L., Rutala, W.A., Weber, D.J., Sobsey, M.D., 2009. Survival of surrogate coronaviruses in water. *Water Research* 43, 1893–1898. <https://doi.org/10.1016/j.watres.2009.02.002>
- CNN, 2020. Etika batuk dan Bersin yang benar. <https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20200401105854-255-489014/etika-batuk-dan-bersin-yang-benar>
- Hermana, Joli. 2020. Aspek Pengelolaan Infrastruktur Sanitasi Pasca Covid-19. <https://kkp.go.id/an-component/media/upload-gambar-pendukung/Ditjaskel/publikasi-materi-2/penataan-wilayah/Materi%20%20-%20Presentasi%20JH%20Webinar%2018%20Juni.pdf>
- Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/328/2020 tentang Panduan Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 di Tempat Kerja Perkantoran dan Industri dalam Mendukung Keberlangsungan Usaha pada Situasi Pandemi.
- OSHA. 2020. Solid Waste and Wastewater Management Workers and Employers. <https://www.osha.gov/coronavirus/control-prevention/solid-waste-wastewater-mgmt>
- Reza, Theo. 2020. Seberapa Dampak Pandemi Covid-19 terhadap Lingkungan??. <https://www.kompas.tv/article/124895/seberapa-besar-dampak-pandemi-covid-19-terhadap-lingkungan>
- Suprijadi, D. A. P. (2019). Kajian Hukum Pemulihan Pencemaran Lingkungan Daerah Bekas Pertambangan Menurut Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan lingkungan hidup. *Lex et societatis*, 7(3).
- Soemarwoto, O. (2001). *Atur-diri-sendiri: paradigma baru pengelolaan lingkungan hidup:pembangunan ramah lingkungan: berpihak pada rakyat, ekonomis, berkelanjutan*.Gadjah Mada University Press.

Profil Penulis



Prehatin Trirahayu Ningrum, S.KM. M.Kes dilahirkan di Lamongan, 15 Mei 1985 sebagai Putri bungsu dari Alm. Supardi, S.Pd dan Alm. Mardhijah, A.Md. Penulis menikah pada tahun 2009 dengan Muhammad Zuhdi, S.Ag dan dikaruniai 2 orang putra yaitu Muhammad Zidan Aula Lakeisha dan Muhammad Zeeshan Tahamada dan seorang Putri yaitu Zahrani Almahira Prameswari.

Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di SDN Tambak Menjangan I pada tahun 1997, Pendidikan Menengah Pertama di MTsN I Gresik tahun 2000, dan pendidikan menengah atas di MAN 2 Lamongan tahun 2003. Selepas SMA penulis melanjutkan pendidikan tinggi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember (UNEJ) dan selesai pada tahun 2007 dengan judul skripsi “Faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan berobat dan pemeriksaan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus di rsud dr. Soebandi jember tahun 2006”. Pada tahun 2008 penulis mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister di Pascasarjana Magister Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro (UNDIP). Setelah menyelesaikan S2 pada tahun 2010 dengan tesis “Faktor Lingkungan dan Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Fungsi Paru pada Pekerja Unit II Pengolahan NPK di Industri PT.Petrokimia Gresik”. Riwayat kerja penulis pada tahun 2007 penulis bekerja sebagai staf di Dinas Kesehatan Jember. Kemudian pada tahun tahun 2010 - sekarang penulis sebagai Dosen di perguruan Tinggi Negeri Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Bidang keahlian penulis adalah Kesehatan Lingkungan.

BAB 4

Promosi Dan Pendidikan Kesehatan



Syarifah

BAB 4

PROMOSI DAN PENDIDIKAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan di Indonesia sedang dihadapkan pada beban berat akibat transisi epidemiologi yang dapat dilihat dari gambaran masalah kesehatan di Indonesia. Pertama dari kejadian penyakit menular maupun penyakit infeksi dan kedua dilihat dari banyaknya penyakit tidak menular yang menjadi puncak pembunuh nomor 1 saat ini. (Trisnowati, 2018)

Pada penyakit tidak menular terjadi dikarenakan adanya perubahan gaya hidup masyarakat serta dampak dari globalisasi serta modernisasi. Ditambah dengan adanya transisi demografi akibat meningkatnya angka harapan hidup serta menurunnya angka kematian ibu dan bayi sehingga pola dan proporsi pelayanan kesehatan pun harus bisa memfasilitasi semua kelompok umur.

Bila dilihat dari sisi penyakit menular maka akan kita pahami bahwa sejak maret 2020 terjadinya pandemi Covid-19 yang sampai tahun 2021 belum membaik. Belum termasuk beberapa penyakit menular yang sudah ada di Indonesia sejak dulu misalnya demam berdarah dengue, malaria dan rabies.

Coronavirus 2019 (Covid-19) karena virus SARS-CoV-2 merupakan penyakit menular yang mengalihkan seluruh pandangan dunia. Pada juni tahun 2020 kasus telah menyebar lebih dari 200 negara dan teritori. Amerika menduduki tingkat tertinggi kasus terkonfirmasi berjumlah 4.437.946 dan kasus kematian berjumlah 119.761. Sampai bulan desember 2020 tidak terdapat obat spesifik ataupun vaksin teruji klinis yang tersedia untuk menangani Covid-19. (Zetira, 2020)

Pandemi Covid-19 menggambarkan dari data laporan di seluruh dunia dalam 1 tahun terakhir bahkan kebijakan-kebijakan banyak merubah pola kehidupan masyarakat yang menyebabkan

banyaknya dampak bagi sektor kesehatan, sektor ekonomi bahkan sektor sosial.

Pandemi Covid-19 merupakan masalah yang menjadi problematika di seluruh dunia dikarenakan angka penularan yang sangat tinggi dan angka kematian yang sangat signifikan. Untuk mengatasi masalah kesehatan ini kita harus mengidentifikasi faktor determinan penyakit sehingga mengetahui penyebab sehingga kita dapat memperbaikinya. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi status kesehatan yaitu lingkungan dan perilaku.

Perilaku adalah faktor yang berhubungan langsung dengan kesehatan yang juga dapat mempengaruhi secara tidak langsung melalui lingkungan. Perilaku dapat berupa perilaku sehat, perilaku sakit, perilaku berisiko, perilaku pencegahan kesehatan dan lain sebagainya. Sementara itu untuk lingkungan sendiri bisa diartikan sebagai pelayanan kesehatan, ekonomi, social, budaya fisik dan lain sebagainya.

Untuk dapat melakukan pendidikan dan promosi kesehatan, kita harus mengetahui determinan kesehatan terlebih dahulu. Determinan kesehatan merupakan faktor risiko ataupun faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat atau individu. Faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu genetik, lingkungan fisik (kondisi rumah, sumber air minum, transportasi, kebisingan, polusi), lingkungan sosial (kelompok sebaya, budaya, pendidikan kesehatan, ketersediaan fasilitas olahraga dan tempat makan) serta gaya hidup (merokok, makan kurang serat, kurang olahraga kemudian PHBS serta seks bebas).

Masalah kesehatan dipengaruhi oleh gaya hidup individu, keadaan sosial dan masyarakat, ekonomi, budaya dan lingkungan. Selanjutnya faktor yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat sendiri, dapat kita jabarkan yang akan mempengaruhi dari bagaimana pola kita menyampaikan pendidikan dan promosi kesehatan dalam rangka pencegahan

penyebaran penularan Covid-19 serta langkah strategis untuk menghadapi pasca pandemic Covid-19.

Untuk chapter ini akan lebih banyak dibahas bagaimana strategi untuk melaksanakan pendidikan dan promosi kesehatan pasca pandemi Covid-19 dilihat dari kacamata yang lebih komprehensif.

B. Pengertian Promosi Dan Pendidikan Kesehatan

Menurut Green and Kreuter (1991), promosi kesehatan merupakan kombinasi dari upaya pendidikan dan lingkungan agar tercipta tindakan dan suasana untuk hidup sehat. Berbeda dengan penjelasan diatas dikemukakan oleh Keleher (2007) bahwa, promosi kesehatan lebih mewakili dalam proses politik dan sosial yang luas jadi tidak hanya mencakup untuk peningkatan keterampilan namun juga meningkatkan kemampuan individu dan harus secara langsung mengubah kondisi lingkungan sosial dan ekonomi serta dapat menurunkan dampak pada kesehatan masyarakat maupun perorang atau individu.

Promosi kesehatan merupakan proses memungkinkan masyarakat untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatannya (WHO, 2009). Promosi kesehatan di sini lebih kepada proses sosial dan politik yang komprehensif tidak hanya upaya langsung untuk meningkatkan kemampuan individu namun juga dapat memperbaiki kondisi lingkungan fisik, sosial, ekonomi serta menurunkan dampak buruk dari lingkungan tersebut. Sedangkan menurut UU Kesehatan No.23 Tahun 1992, mendefinisikan promosi kesehatan sendiri sebagai upaya kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan masyarakat dan individu untuk hidup sehat dalam masyarakat sehat.

Misi promosi kesehatan sendiri dikenal sebagai strategi dasar yang terdiri advokasi (*advocacy*), mediasi (*mediating*), dan memungkinkan (*enabling*). Agar dapat mendukung terwujudnya

kesehatan masyarakat dan kualitas hidup yang prima, promosi kesehatan harus mampu mengkoneksikan kondisi politik, ekonomi, sosial, kultural dan lingkungan.

Tujuan dasar promosi kesehatan yakni setiap individu diharapkan mampu mengontrol faktor yang menyebabkan penyakit atau yang sering disebut penyebab determinan kesehatan. Untuk mencapai potensi tersebut maka perlu ada pemerataan di lingkungan yang kondusif, akses informasi, skill hidup serta kesempatan. Upaya tersebut merupakan upaya untuk memampukan atau *enabling* kepada masyarakat.

Sasaran promosi kesehatan itu ada 3, yaitu :

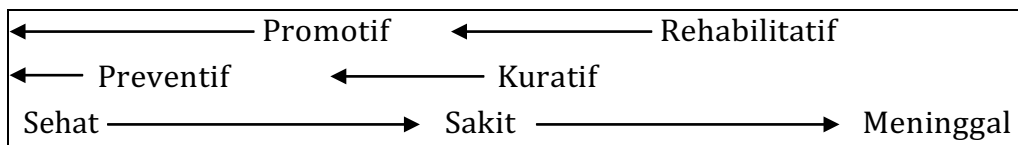
1. Sasaran primer yaitu kelompok masyarakat yang memiliki masalah kesehatan .
2. Sasaran sekunder yaitu orang atau kelompok yang mampu mempengaruhi keputusan perilaku sasaran primer contohnya atau sektor swasta misalkan PMI.
3. Sasaran tersier mereka adalah kelompok orang yang mampu mengubah faktor determinan kesehatan dari sasaran primer secara luas yakni pengambil kebijakan atau pemerintah.

Inilah yang menjadi sasaran promosi kesehatan di mana harus dilakukan kerjasama antara satu dengan yang lainnya agar dapat mewujudkan apa yang ditetapkan oleh target promosi kesehatan.

Objek dari promosi kesehatan terdiri dari individu, organisasi, masyarakat dan pemerintah namun apa yang akan dikejar dari promosi kesehatan yaitu perubahan perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan psikologis. Sehingga terdapat perbedaan untuk kebutuhannya, yaitu :

1. Objek sasaran organisasi dan masyarakat berupa kebijakan, praktek, program, fasilitas dan sumberdaya.
2. Objek dari sasaran pemerintah yaitu kebijakan praktik, program, fasilitas, sumber daya, legislasi, regulasi serta dukungan.

Setelah kita mengetahui aspek pelayanan serta sasaran promosi kesehatan maka kita dapat menentukan bagaimana cara yang tepat untuk melaksanakan tindakan penanganan yang tepat.



Gambar 4.1
Tingkatan Aspek Pelayanan Sasaran Promosi Kesehatan
(Sumber : Notoatmodjo, 2012)

Ada 4 tingkatan aspek pelayanan sasaran promosikesehatan yaitu :

1. Tingkat promotif yaitu adalah promosi kesehatan pada kelompok orang yang sehat untuk meningkatkan kesehatannya dan meningkatkan pengetahuan dari kelompok tersebut
2. Tingkat preventif sasaran kelompok ini adalah kepada kelompok resiko tinggi sehingga dapat memberikan tindakan pencegahan sebelum terkena penyakit tersebut .
3. Tingkat kuratif yaitu disasarkan kepada kelompok penderita atau orang yang telah mengalami penyakit atau sakit sehingga dapat dilakukan pengobatan yang tepat agar sembuh.
4. Tingkat rehabilitatif yaitu untuk kelompok penderita yang baru sembuh dari penyakitnya dimana memiliki tujuan pemulihan dan mencegah dari kecacatan akibat penyakit.

DariOttawa Charter di tahun 1986*cit.* WHO (2009) menyatakan dengan 5 strategi prioritas dalam mewujudkan pendidikan dan promosi kesehatan yaitu :

1. Membangun kebijakan publik yang sehat misalnya dengan kebijakan promosi kesehatan menggabungkan berbagai pendekatan tetapi saling melengkapi termasuk undang-undang kebijakan fiskal serta perubahan organisasi.

2. Mewujudkan dukungan lingkungan sehat yang menghasilkan hidup dan kondisi kerja yang aman merangsang penilaian memuaskan serta memperkuat perilaku kesehatan masyarakat yang sehat atau gerakan masyarakat yang berprinsip pada pemberdayaan komunitas.
3. Memperkuat perilaku masyarakat yang sehat atau gerakan masyarakat yang berprinsip pada pemberdayaan komunitas.
4. Mengembangkan skill individu dengan mengaktifkan individu maupun petugas kesehatan yang belajar sepanjang hidup.
5. Memperbaiki orientasi pelayanan kesehatan

Menurut Green (dalam Simon et.al, 1995) menjabarkan tahapan dari promosi kesehatan, yaitu :

1. **Diagnosis sosial dan epidemiologi.**
Melakukan evaluasi dari masyarakat dengan caramenyebarkan angket, melakukan wawancara, menelusuri masalah kesehatan.
2. **Diagnosis perilaku dan lingkungan**
Melakukan penelusuran masalah yang berhubungan dengan perilaku dilihat dari pola perilaku masyarakat.
3. **Diagnosis pendidikan dan organisasi**
Melakukan penelusuran masalah yang merupakan sebab masalah perilaku.
4. **Diagnosis administrasi kebijakan**
Tidak hanya pada kebijakan yang telah diterapkan, namun juga sumber daya, peraturan yang memperkuat atau menghambat program promosi kesehatan.
5. **Implementasi**
6. **Evaluasi**

Seperti tersebut di atas maka kita akan menjabarkan aplikasi langsung strategi dalam promosi dan pendidikan kesehatan untuk pencegahan atau perbaikan kesehatan pasca pandemi Covid-19.

C. Strategi Promosi dan Pendidikan Kesehatan Menghadapi Sistem Kesehatan Pasca Pandemi Covid-19

Strategi promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan untuk menghadapi sistem kesehatan pasca pandemi Covid-19 dapat dilakukan dengan penguatan beberapa hal yakni Strategi komunikasi yang efektif dan strategi perubahan perilaku.

1. Strategi komunikasi yang efektif

Komunikasi menjadi titik utama dalam melakukan promosi kesehatan, karena tanpa adanya pemahaman dari masyarakat secara luas maka segala program kesehatan yang telah dirancang tidak akan ada gunanya. Dalam berkomunikasi diharapkan kita harus mengingat dalam menyampaikan materi, harus :

- a. Dapat diakses (*accessible*)
- b. Dapat dikerjakan (*actionable*)
- c. Dapat dipercaya (*credible*)
- d. Relevan (*relevant*)
- e. Pada waktu yang tepat (*timely*)
- f. Dapat di mengerti (*understandable*)



Gambar 4.2

**Edukasi kepada masyarakat dengan komunikasi yang efektif
(Sumber : PPD RSUD Provinsi NTB)**

Selain komunikasi aktif mengenai bagaimana cara menghindarkan diri dari Covid-19, kita membuat langkah bahwa untuk penanganan Covid-19 saat ini kita,

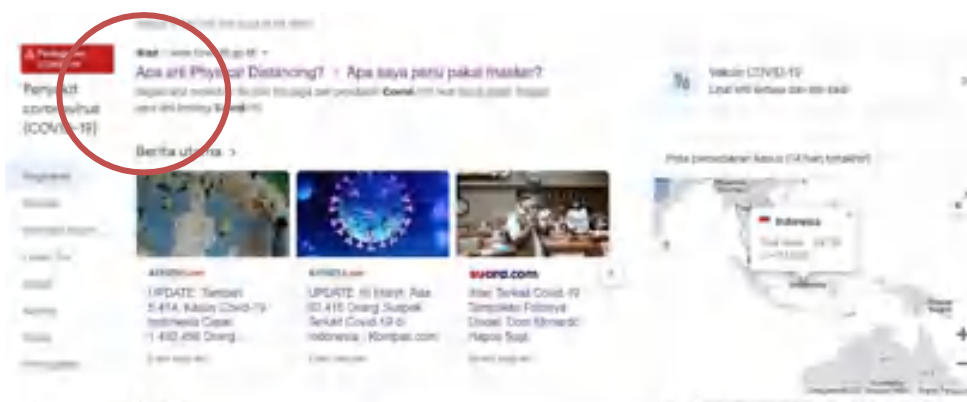
- Tidak perlu lagi mencari pesan yang efektif
- Pesan harus sama untuk semua
- Yang harus dicari bagaimana strategi menyampaikan pesan itu agar masyarakat mau mematuhi.

Penerapan hal ini dapat kita lihat dari Program Pemerintah yang telah membuat website yang menjadi sumber acuan utama di Indonesia.



Gambar 4.3
Informasi dari satu sumber resmi pemerintah
tampilan website www.covid19.go.id

Bahkan WHO telah membuat beberapa kebijakan dimana ketika kita membagikan info tentang Covid-19 akan terdeteksi dan diberi tanda bahwa bila membutuhkan info mengenai Covid-19 dapat merujuk pada WHO.



Gambar 4.4
Strategi Komunikasi oleh WHO yang mengatur tampilan
Google dengan tanda peringatan
(www.google.com, 2021)

2. Strategi Perubahan Perilaku

- a. *Education*(KIE)
- b. *Engineering* (Kemitraan)
- c. *Enforcement* (Advokasi)
- d. *Empowerment* (Pemberdayaan)

a. *Education*(KIE)

Melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi dapat diterapkan dalam melakukan promosi kesehatan.



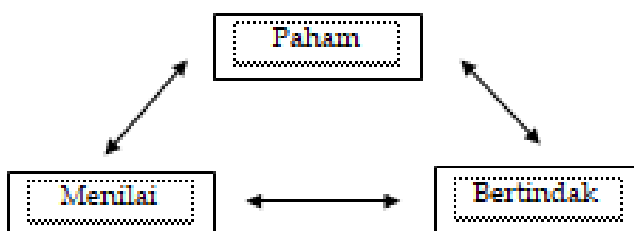
Gambar4.5

(Sumber : <https://tips.uark.edu/using-blooms-taxonomy/>)

Taksonomi Bloom adalah klasifikasi dari berbagai tujuan dan keterampilan yang dengan tujuan tertentu. Taksonomi diusulkan tahun 1956 oleh Benjamin Bloom, seorang psikolog pendidikan di University of Chicago. Terminologi baru-baru ini diperbarui untuk mencakup enam tingkat pembelajaran berikut. 6 level ini dapat digunakan untuk menyusun tujuan pembelajaran, pelajaran, dan penilaian, yaitu :

- 1) *Remember*/Mengingat : Mengambil, mengenali, dan mengingat pengetahuan yang relevan dari memori jangka panjang.
- 2) *Understand*/Pemahaman : Membangun makna dari pesan lisan, tulisan, dan grafik melalui menafsirkan, mencontohkan, mengklasifikasikan, meringkas, menyimpulkan, membandingkan, dan menjelaskan.
- 3) *Apply*/Menerapkan :Melaksanakan atau menggunakan prosedur untuk mengeksekusi, atau implementasi.
- 4) *Analyze*/Menganalisis:Memecah materi menjadi bagian konstituen, menentukan bagaimana bagian berhubungan satu sama lain dan dengan struktur atau tujuan tertentu melalui perbedaan, pengorganisasian, dan atribusi.
- 5) *Evaluate*/Mengevaluasi: Membuat penilaianberdasar kriteria dan standar melalui pengecekan dan critiquing.
- 6) *Create*/Membuat: Menyatukan elemen untuk membentuk keseluruhan yang koheren atau fungsional; mengatur ulang elemen menjadi pola atau struktur baru melalui menghasilkan, merencanakan, atau memproduksi.

Sesuai dengan taksonomi bloom bahwa dalam memberikan pendidikan bahwa dengan memberikan pengetahuan. Terdapat segitiga pemahaman yang harus kita ketahui yakni bila seseorang sudah memahami maka seseorang dapat menilai serta akan lebih berhati-hati dalam bertindak.



Melakukan rekayasa perilaku/intervensi dengan beberapa poin :

- 1) Yang mungkin dengan penguatan mana yang lebih Murah dan Mudah
- 2) Yang menarik dengan mencari tokoh idola atau sesuatu yang bergengsi
- 3) Yang bermanfaat dengan mempertimbangan untung rugi serta melihat fungsi menurut waktu bisa Jangka panjang atau jangka pendek.

b. *Engineering* (Kemitraan)

Menurut Kemenkes (2019) menyatakan bahwa untuk melakukan kemitraan dalam program promosi kesehatan. Keberhasilan pencapaian pembangunan kesehatan bukan hanya ditentukan oleh upaya sektor kesehatan, namun juga dipengaruhi oleh upaya dan kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya, termasuk sektor swasta dan masyarakat.

Kemitraan memiliki tujuan :

- 1) Membangun solidaritas, kekompakan, keselarasan kerjasama serta berbagi peran dan tanggung jawab dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- 2) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemanfaatan sumberdaya yang ada dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- 3) Meningkatkan tanggung jawab sektor terkait dalam pembangunan kesehatan, khususnya yang bersifat promotif dan preventif.
- 4) Penyelenggaraan pembangunan kesehatan dapat dilaksanakan secara optimal.



Gambar 4.6
Sasaran Kemitraan dalam Pembangunan Kesehatan
(Sumber : Kemenkes, 2019)

Kerjasama kemitraan antara instansi pemerintah, organisasi dan intitusi pendidikan dapat diterapkan secara langsung dalam promosi kesehatan pasca pandemic Covid-19.



Gambar 4.7
Kerjasama kemitraan antara instansi pemerintah, organisasi dan intitusi pendidikan
(Sumber : <https://www.akbara.ac.id/bagi-sembako-untuk-pengayuh-becak-di-tengah-pandemi-virus-corona/>)

Seperti yang dilakukan oleh masyarakat umum menggandeng Palang Merah Indonesia (PMI) Kota Surakarta beserta Intitusi Pendidikan Politenik AKBARA Surakarta. Membagikan 100 paket sembako tiap paket 10kg beras dan 1

dus mie instan, di bagikan kepada masyarakat yang berprofesi sebagai pengayuh becak.

Bekerjasama dengan PMI dan instansi pendidikan untuk mengajarkan bagaimana cara cuci tangan yang benar kepada masyarakat.



Gambar 4.8
Mengajarkan cara cuci tangan yang benar kepada
pengunjung car free day Kota Surakarta
(Sumber : <https://www.akbara.ac.id/kampanye-cuci-tangan-dan-sosialisasi-virus-corona-di-cfd-kota-surakarta-upaya-preventif-terhadap-kasus-corona-di-indonesia/>)

c. *Enforcement* (Advokasi)

Pendekatan Sanksi

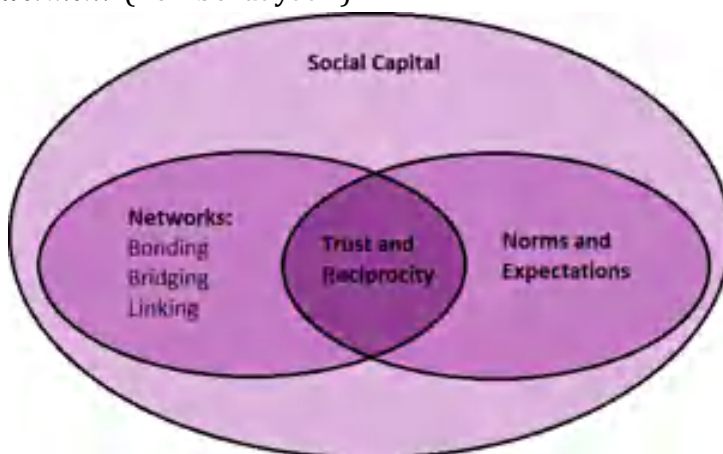
Sanksi Administratif :

- 1) Perpres Nomor 14 tahun 2021 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi
- 2) "Setiap orang yang telah ditetapkan sebagai sasaran penerima Vaksin Covid-19 yang tidak mengikuti

Vaksinasi Covid-19 dapat dikenakan sanksi administratif," bunyi Pasal 13A ayat (4)

- 3) berupa penundaan penghentian pemberian jaminan sosial atau bantuan sosial; Selain itu penundaan atau penghentian layanan administrasi pemerintahan; dan/atau denda.
- 4) "Setiap orang yang telah ditetapkan sebagai sasaran penerima Vaksin Covid- 19, yang **tidak mengikuti Vaksinasi** Covid-19 sebagaimana dimaksud dalam pasal 13A ayat (2) dan **menyebabkan terhalangnya** pelaksanaan penanggulangan penyebaran Covid-19, selain dikenakan sanksi sebagaimana dimaksud dalam pasal 13A ayat (a) dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan undang-undang tentang wabah penyakit menular," bunyi pasal 13B.

d. *Empowerment* (Pemberdayaan)



Gambar 4.9 Social Capital

Robert D. Putnam (1993) social capital dapat memfasilitasi kerjasama yang saling mendukung di masyarakat sehingga dapat mengatasi masalah sosial yang terjadi.

Di Indonesia dapat diterapkan dengan pendekatan gotong royong, yang artinya bahwa untuk masyarakat ikut

serta secara aktif dalam membantu melakukan promosi kesehatan kepada lingkungan sekitar.

Sebagai contoh *herd Immunity* atau kekebalan kelompok, akan terjadi jika 80% masyarakat telah menjadi kebal karena di vaksinasi . Sehingga sebagian kecil (20%) yang tidak dapat di vaksin karena sakit dapat juga terlindungi. Untuk mencapai strategi tersebut maka perlu dilakukan promosi kesehatan karena tingkat kepercayaan penduduk Indonesia mengenai vaksin yang masih rendah.

Untuk pelaksanaan pendekatan gotong royong telah banyak dilakukan salah satunya dengan program “Jogo Tonggo” dimana masyarakat diharapkan dapat saling menjaga tetangga sekitarnya untuk member info terkiri dan terakurat, saling mengawasi dan menjaga karena diharapkan ini dapat lebih meningkatkan rasa kepercayaan masyarakat.

Dalam penelitian Syarifah (2020) menyatakan bahwa untuk pendekatan gotong royong sendiri banyak mengalami masalah dikarenakan individu yang belum menyadari bagaimana hal yang harus dilakukan selama pandemic Covid-19 terjadi.

D. Strategi PPPKMI Membantu Mencegah Penularan COVID-19

1. Memperbanyak Edukasi

- a. Edukasi Melalui Zoom
- b. Edukasi Tatap Muka Dengan Protokol Covid-19

2. Meluruskan Yang Keliru (Menepis Hoaks /Melawan HOAX di Sosial Media)

Tingginya angka HOAX yang beredar selama Pandemi Covid-19 membuat rendahnya pemahaman masyarakat mengenai pentingnya vaksinasi Covid-19. Banyak diinformasi beredar baik di masyarakat maupun secara online di Indonesia sehingga ketrampilan dalam berkomunikasi maupun bagaimana cara melakukan promosi dan pendidikan

kesehatan kepada tenaga kesehatan dan ditujukan kepada masyarakat.

Jenis Mis dan Disinformasi :

- a. Satire atau Parodi : tidak ada niat untuk merugikan namun berpotensi untuk mengelabui
- b. Konten yang menyesatkan : Penggunaan informasi yang sesat untuk membingkai sebuah isu atau individu.
- c. Konten tiruan : ketika sebuah sumber asli ditiru.
- d. Konten Palsu : Konten baru yang 100% salah dan didesain untuk menipu serta merugikan.
- e. Koneksi yang salah : ketika judul, gambar atau keterangan tidak mendukung konten.
- f. Konten yang salah : ketika konten yang asli dipadankan dengan konteks informasi yang salah.
- g. Konten yang di manipulasi : ketika informasi atau gambar yang asli di manipulasi untuk menipu.

E. Kesimpulan

Dalam melaksanakan pendidikan dan promosi kesehatan memang tidak dapat dilakukan sendiri, terutama dengan permasalahan pandemi Covid-19. Hal ini memerlukan strategi yang tepat baik dari pemerintah, kemitraan, dan masyarakat secara luas.

Daftar Pustaka

- Glanz, et.al. 2008. *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. United States of America : John Wiley & Sons.
- Green, Lawrence W. & Kreuter, Marshall W. 1991. *Health Promotion Planning : An Education and Environmental Approach, 2nd Ed.* USA: Mayfield Publishing Company
- Keleher, Helen; Murphy, Berni; & MacDougall, Collin. *Understanding Health Promotion*. Great Britain :Oxford University Press
- Kemenkes. 2019. *Panduan menggalang kemitraan di bidang kesehatan*. Kemenkes RI : Jakarta
- Machfoedz & Suryani. 2013. Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan. *Fitramaya*.
- Notoatmodjo, S. 2012. Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. In *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Syarifah. 2020. Descriptive Study : Overview of Clean and Healthy Living Behavior (PHBS) at COVID-19 Survivors in X Sub-district, Surakarta City, Indonesia. *International Journal of Seocology*. <https://doi.org/10.29040/seocology.v2i1.15>
- Trisnowati, Heni. 2018. *Perencanaan Program Promosi Kesehatan*. Penerbit ANDI : Yogyakarta
- USAID. 2020. *Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) dalam Pencegahan*.
- WHO. 2009. *Milestone in Health Promotion*. Statements from Global Conferences. Geneva.
- WHO. 2020. *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Yunus, N. R., & Rezki, A. 2020. Kebijakan Pemberlakuan Lock Down Sebagai Antisipasi Penyebaran Corona Virus Covid-19. *SALAM: Jurnal*

Sosial Dan Budaya Syar-I, 7(3).
<https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i3.15083>

Zetira, Z. 2020. Manfaat Terapi Plasma Konvalesen pada Infeksi Covid-19. *Medula*, 10(2), 333–340.

PROFIL PENULIS



Syarifah, S.S.T., M.K.M Merupakan anak kedua dari pasangan Bapak H. Joko Suranto, S.H. dan Ibu Hj. Endah SriHayati yang lahir pada tahun 1990. Sejak kecil berdomisili di Kota Surakarta serta menempuh pendidikan pada tahun 2008 di DIII Kebidanan FK UNS, D-IV Bidan Pendidik FK UNS serta telah melanjutkan pendidikannya ke jenjang Pascasarjana di Universitas Sebelas Maret Surakarta untuk program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Saat ini penulis aktif dalam kegiatan penulisan buku, pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta aktif dalam Organisasi Profesi maupun Organisasi Sosial Palang Merah Indonesia (PMI) Kota Surakarta. Saat ini, penulis merupakan dosen di Politeknik AKBARA Surakarta yang menjabat sebagai Ketua Program Studi Diploma Tiga Teknologi Bank Darah. Penulis fokus dalam keilmuan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), Promosi Kesehatan, Epidemiologi serta Biostatistika. Penulis dapat dihubungi melalui email syarifahsst@gmail.com

BAB 5

Surveilans Kesehatan Masyarakat



Yermi

BAB 5

SURVEILANS KESEHATAN MASYARAKAT

A. Pendahuluan

Surveilans kesehatan masyarakat atau surveilans epidemiologi merupakan terjemahan dari “*epidemiologi surveilans*” yaitu pekerjaan praktis dari ahli epidemiologi. Metode epidemiologi awalnya digunakan untuk mempelajari epidemik, lalu meluas mempelajari penyakit infeksi atau penyakit menular dan kemudian meluas lagi mempelajari penyakit kronis termasuk penyakit kekurangan gizi, kanker, kardiovaskuler, kecelakaan dan lain-lain.

Surveilans epidemiologi atau surveilans kesehatan sama halnya dengan metode epidemiologi yang mengalami perkembangan, dimulai dengan surveilans penyakit menular, lalu meluas ke penyakit tidak menular, misalnya cacat bawaan, kekurangan gizi dan lain-lain. Surveilans kesehatan kemudian digunakan untuk menilai, monitoring, mengawasi, dan merencanakan program-program kesehatan pada umumnya.

Melihat konteks kapasitas keilmuannya, maka tenaga epidemiologi dapat ditempatkan sebagai garda terdepan untuk mengumpulkan data atau informasi terkait masalah kesehatan termasuk pandemi Covid-19 yang dinyatakan *outbreak* global oleh WHO sejak 11 Maret 2020 sehingga diperoleh *evidence based* yang akurat dalam pengambilan keputusan dalam melakukan tindakan selanjutnya seperti memperkirakan jumlah fasilitas dan sarana perawatan dan rujukan penderita, kebutuhan logistik dan memberlakukan perlindungan sosial, perlindungan administrasi dan perlindungan lingkungan.

B. Definisi Surveilans Kesehatan

Definisi Surveilans menurut WHO (*World Health Organization*) Surveilans adalah suatu proses pengumpulan,

pengolahan, analisis, dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. Sedangkan menurut CDC (*Center of Disease Control*), definisi surveilans kesehatan adalah pengumpulan, analisis dan interpretasi data kesehatan secara sistematis dan terus menerus, yang diperlukan untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat, dipadukan dengan diseminasi data secara tepat waktu kepada pihak-pihak yang perlu mengetahuinya.

Menurut (Kementerian Kesehatan, 2014), surveilans kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.

Surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, pengolahan dan analisis data secara terus menerus dan sistematis yang kemudian didesiminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Surveilans memantau secara terus menerus kejadian dan kecenderungan penyakit, mendeteksi dan memprediksi *outbreak* pada populasi, mengamati faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit, seperti perubahan-perubahan biologis pada agen, vektor, dan reservoir. Jadi surveilans di bidang epidemiologi adalah menyangkut pengamatan penyakit pada populasi, sedangkan surveilans yang ditujukan untuk mengamati individu (*personal surveilans*) adalah digunakan untuk memonitoring timbulnya gejala awal dari suatu penyakit pada individu yang terkena faktor penyebab sakit. Selanjutnya surveilans menghubungkan informasi tersebut kepada pembuat keputusan agar dapat dilakukan langkah-

langkah pencegahan dan pengendalian penyakit (Amiruddin, 2017).

C. Tujuan Surveilans Kesehatan

Secara umum surveilans kesehatan bertujuan untuk memberikan informasi tepat waktu tentang masalah kesehatan masyarakat, sehingga dapat dilakukan respon pelayanan kesehatan dengan lebih efektif (Amiruddin, 2017). Agar tujuan tersebut tercapai dibutuhkan data dan informasi epidemiologi yang akan digunakan sebagai dasar manajemen kesehatan untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan, dan peningkatan kewaspadaan serta respon kejadian luar biasa yang cepat dan tepat. Dapat dikatakan tujuan surveilans adalah untuk mendapatkan informasi epidemiologi tentang masalah kesehatan yang meliputi gambaran masalah kesehatan menurut waktu, tempat dan orang, diketahuinya determinan, faktor risiko dan penyebab langsung terjadinya masalah kesehatan serta peristiwa vital secara teratur sehingga dapat digunakan dalam berbagai kepentingan perencanaan dan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat (Masriadi, 2012; Wibowo, 2014).

Secara rinci tujuan tersebut meliputi hal berikut:

1. Memprediksi dan mendeteksi dini epidemik (*outbreak*)
2. Identifikasi, investigasi dan penanggulangan kejadian luar biasa.
3. Identifikasi kelompok penduduk tertentu dengan risiko tinggi.
4. Penentuan penyakit dan prioritas penanggulangannya.
5. Memonitor, mengevaluasi, dan memperbaiki program pencegahan dan pengendalian penyakit.
6. Sumber informasi untuk penentuan prioritas, pengambilan kebijakan, perencanaan, implementasi, dan alokasi sumber daya kesehatan.

7. Monitoring kecenderungan penyakit endemis dan mengestimasi dampak penyakit di masa mendatang.
8. Mengidentifikasi kebutuhan riset dan investigasi lebih lanjut.

D. Kegunaan Surveilans Kesehatan

Kegunaan surveilans kesehatan adalah:

1. Mengamati kecenderungan (tren) dan memperkirakan besar masalah kesehatan.
2. Mendeteksi serta memprediksi adanya kejadian luar biasa (*ourbreak*).
3. Mengamati kemajuan suatu program pencegahan dan pemberantasan penyakit yang dilakukan.
4. Memperkirakan dampak program intervensi yang ada.
5. Mengevaluasi program intervensi.
6. Mempermudah perencanaan program pemberantasan.

E. Ruang Lingkup Surveilans Kesehatan

Dalam menyelesaikan permasalahan tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri, diperlukan tata laksana terintegrasi dan komprehensif dengan kerja sama yang harmonis antar sektor dan antar program, sehingga perlu dikembangkan subsistem surveilans kesehatan dengan ruang lingkup permasalahan meliputi: Surveilans penyakit menular, surveilans penyakit tidak menular, surveilans kesehatan lingkungan, surveilans kesehatan matra, dan surveilans masalah kesehatan lainnya. Selain itu menteri kesehatan RI dapat menetapkan jenis surveilans kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2014).

1. Surveilans penyakit menular merupakan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap penyakit menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit menular, antara lain: penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, penyakit potensial wabah/KLB penyakit menular, demam berdarah, malaria, penyakit zoonosis, penyakit filariasis, penyakit tuberkulosis, penyakit diare,

penyakit tifoid, penyakit kecacangan dan penyakit perut lainnya, kusta, frambusia,, HIV/AIDS, hepatitis, penyakit menular seksual, pneumonia termasuk penyakit infeksi saluran pernafasan akut berat (*Severe Acute Respiratoy Syndrome*), dan Covid-19.

2. Surveilans penyakit tidak menular merupakan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap penyakit tidak menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit tidak menular, meliputi: Penyakit jantubg dan pembuluh darah, diabetes melitus dan penyakit metabolik, kanker, penyakit kronis dan degeneratif, gangguan mental, dan gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan
3. Surveilans kesehatan lingkungan merupakan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap penyakit dan faktor risiko untuk mendukung program penyehatan lingkungan, meliputi: sarana air bersih, tempat-tempat umum, pemukiman dan lingkungan perumahan, limbah industri, limbah rumah sakit dan kegiatan lainnya, vektor dan binatang pembawa penyakit, kesehatan dan keselamatan kerja, infeksi yang berhubungan dengan fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Surveilans kesehatan matra merupakan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap masalah kesehatan dan faktor risiko untuk upaya mendukung program kesehatan matra, meliputi: surveilans kesehatan haji, bencana dan masalah sosial, kesehatan matra laut dan udara.
5. Surveilans masalah kesehatan lainnya merupakan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap masalah kesehatan lainnya dan faktor risiko untuk mendukung program kesehatan tertentu, antara lain program: surveilans kesehatan dalam rangka kekarantinaaan, gizi dan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), gizi mikro kurang yosium, anemia gizi besi, kekurangan vitamin A, gizi lebih, kesehatan ibu dan anak termasuk reproduksi, lanjut usia, penyalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan

bahan berbahaya, dan surveilans penggunaan obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, serta perbekalan kesehatan rumah tangga, kualitas makanan dan bahan tambahan makanan.

F. Pendekatan Surveilans Kesehatan

Pendekatan surveilans kesehatan secara garis besar dapat dibedakan menjadi (2) macam, pasif dan aktif (Masriadi, 2012; Irianto, 2014):

1. Surveilans Pasif

Surveilans pasif adalah pengumpulan data yang diperoleh dari laporan bulanan sarana layanan kesehatan di daerah. Data yang diperoleh dapat memberikan gambaran distribusi geografis tentang berbagai penyakit menular dan berbagai perubahan yang terjadi serta kebutuhan tentang penelitian sebagai tindak lanjut.

Surveilans pasif disebut juga pengumpulan keterangan tentang kejadian penyakit dalam masyarakat yang dilakukan oleh unit surveilans mulai dari tingkat Puskesmas sampai ke tingkat nasional. Data yang terkumpul dari program ini dianalisis dan disebarluaskan serta dilakukan pengamatan khusus bila ada kejadian yang bersifat luar biasa.

2. Surveilans Aktif

Surveilans aktif adalah pengumpulan data yang dilakukan secara langsung untuk mempelajari penyakit tertentu dalam waktu yang relatif singkat (seminggu sekali atau 2 minggu sekali) yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk mencatat ada atau tidaknya kasus baru penyakit tertentu.

Surveilans aktif merupakan pengumpulan data terhadap satu atau lebih penyakit tertentu pada suatu masa waktu tertentu yang dilakukan secara teratur oleh petugas kesehatan yang telah ditugaskan untuk hal tersebut. Petugas kesehatan yang telah ditunjuk dalam masa interval tertentu, secara teratur

(biasanya mingguan) mengumpulkan keterangan tentang ada atau tidak adanya kasus baru penyakit tersebut (yang berada di bawah surveilans) serta mencatat data yang telah ditentukan (biasanya dengan menggunakan formulir khusus yang telah tersedia) serta data tambahan lainnya yang dianggap perlu.

Pencatatan meliputi variabel demografis seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, sosial ekonomi, saat timbulnya gejala, pola makan, tempat kejadian yang berkaitan dengan penyakit tertentu dan pencatatan ini tetap dilakukan walaupun tidak ditemukan kasus baru.

Surveilans aktif dilakukan apabila

- a. Ditemukan kasus baru,
- b. Penelitian tentang cara penyebaran yang baru suatu penyakit tertentu,
- c. Resiko tinggi terjadinya penyakit musiman,
- d. Penyakit tertentu yang timbul di daerah baru atau akan menimbulkan pengaruh pada kelompok penduduk tertentu atau penyakit dengan insidensi yang rendah mendadak terjadi peningkatan.

G. Komponen Surveilans Kesehatan

Menurut (Kementerian Kesehatan, 2014; Heryana, 2015) komponen surveilans kesehatan meliputi proses kegiatan surveilans yang terdiri dari: Pengumpulan data, Pengolahan Data, Analisis Data, dan Diseminasi atau Penyebarluasan informasi.

1. Pengumpulan Data

Tahap ini merupakan permulaan kegiatan surveilans yang sangat penting untuk menghasilkan data kejadian penyakit yang baik. Kegiatan pengumpulan data dapat dilakukan secara aktif dan pasif

Sumber data yang bisa digunakan dalam surveilans antara lain: Laporan Penyakit, Pencatatan kematian, Laporan wabah, Pemeriksaan laboratorium, Penyelidikan peristiwa penyakit,

Penyelidikan wabah termasuk Covid-19, Survey/Studi Epidemiologi. Penyelidikan distribusi vektor dan resevoir, Penggunaan obat-serum-vaksin, Laporan demografi dan lingkungan, Laporan status gizi dan kondisi pangan, dan sebagainya.

Sedangkan jenis data surveilans meliputi: Data kesakitan, Data kematian, Data demografi, Data geografi, Data laboratorium, Data kondisi lingkungan, Data status gizi, Data kondisi pangan, Data vektor dan reservoir, Data dan informasi pentinglainnya. Dilihat dari frekuensi pengumpulannya, data surveilans dibedakan dalam empat kategori:

- a. Data rutin bulanan, yang digunakan untuk perencanaan dan evaluasi. Misalnya: data yang besumber dari SP2TP, SPRS;
- b. Data rutin harian dan mingguan, yang digunakan dalam Sistem Deteksi Dini pada Kejadian Luar Biasa (SKD KLB). Misalnya: data yang bersumber dari Laporan Penyakit Potensial Wabah (W2);
- c. Data insidensil. Misalnya: Laporan KLB (W1); dan
- d. Data survey.

Adapun syarat yang dibutuhkan agar data surveilans yang dikumpulkan berkualitas adalah sebagai berikut:

- a. Memuat informasi epidemiologi yang lengkap. Misalnya: Angka kesakitan dan angka kecacatan menurut umur, jenis kelamin dan tempat tinggal, angka cakupan program, laporan faktor risiko penyakit dan sebagainya.
- b. Pengumpulan data dilakukan secara terus menerus dan sistematis.
- c. Data kejadian penyakit yang dikumpulkan selalu tepat waktu, lengkap dan benar.
- d. Mengetahui dengan baik sumber data yang dibutuhkan, misalnya dari Puskesmas, pelayanan kesehatan swasta, laporan kegiatan lapangan Puskesmas, dan sebagainya.

- e. Menerapkan, prioritas dalam pengumpulan data yang diutamakan pada masalah yang signifikan.

2. Pengolahan data

Pengolahan data merupakan kegiatan penyusunan data yang sudah dikumpulkan ke dalam format-format tertentu, menggunakan teknik-teknik pengolahan data yang sesuai.

Dalam pengolahan data, terdapat langkah yang penting yaitu Kompilasi Data, yang bertujuan untuk menghindari duplikasi (*double*) data dan untuk menilai kelengkapan data. Proses kompilasi data dapat dilakukan secara manual (dengan kartu pengolah data atau master table), atau komputerisasi (dengan aplikasi pengolah data, misalnya: Epiinfo, SPSS), Variabel yang dikompilasi meliputi orang, tempat, dan waktu.

Pengolahan data yang baik memenuhi kriteria antara lain:

- a. Selama proses pengolahan data tidak terjadi kesalahan sistemik,
- b. Kecenderungan perbedaan antara distribusi frekuensi dengan distribusi kasus dapat diidentifikasi dengan baik.
- c. Tidak ada perbedaan atau tidak ada kesalahan dalam menyajikan pengertian/definisi.
- d. Menerapkan metode pembuatan tabel, grafik, peta yang benar.

3. Analisis Data

Data yang telah diolah kemudian dilakukan analisis untuk membantu dalam penyusunan perencanaan program, monitoring, evaluasi, dan dalam upaya pencegahan serta penanggulangan penyakit. Penganalisis data harus memahami dengan baik data yang akan dianalisa. Data yang telah diolah dan disusun dalam format tertentu umumnya lebih mudah dipahami. Beberapa cara yang biasa dilakukan untuk memahami data dengan baik, antara lain:

- a. Pada data sederhana dan jumlah variabel tidak terlalu banyak, cukup dengan mempelajari tabel saja; dan
- b. Pada data yang kompleks, selain mempelajari tabel juga dilengkapi dengan peta dan gambar. Peta dan gambar berfungsi untuk mempermudah pemahaman akan trend, variasi, dan perbandingan.

Beberapa teknik yang umumnya dipakai dalam analisa data surveilans, seperti:

- a. Analisis univariat, yaitu teknik analisis terhadap satu variable saja dengan menghitung proorsi kejadian penyakit dan menggambarkan deskripsi penyakit secara statistik (mean, modus, standar deviasi).
- b. Analisis Bivariat, yaitu teknik analisis data secara statistik yang melibatkan dua variabel. Untuk menggambarkan analisis ini bisa digunakan tools seperti Tabel (menghitung proporsi dan distribusi frekuensi), Grafik (menganalisis kecenderungan), dan Peta (menganalisis kejadian berdasarkan tempat dan waktu).
- c. Analisis lebih lanjut dengan Multivariat, yaitu teknik analisis statistik lanjutan terhadap lebih dari dua variabel, untuk mengetahui determinan suatu kejadian penyakit.

4. Diseminasi atau Penyebarluasan Informasi

Tahap selanjutnya adalah menyebarluaskan informasi berdasarkan kesimpulan yang didapat dari analisis data. Penyebaran informasi disampaikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan dengan program kesehatan, seperti Pimpinan program, Pengelola program, atau Unit-unit kerja yang kompeten di lintas program atau sektoral. Menurut Noor (2008) informasi surveilans sebaiknya disebarkan kepada tiga arah yaitu:

- a. Kepada tingkat administrasi yang lebih tinggi, sebagai tindak lanjut dalam menentukan kebijakan.

- b. Kepada tingkat administrasi yang lebih rendah atau instansi pelapor, dalam bentuk data umpan balik.
- c. Kepada instansi terkait dan masyarakat luas.

Penyebarluasan informasi dapat disampaikan dalam bentuk buletin, surat edaran, laporan berkala, forum pertemuan termasuk publikasi ilmiah. Media untuk penyebaran informasi dapat berupa bulletin, news letter, jurnal akademis, website, dan media sosial.

H. Indikator Sistem Surveilans

Berikut ini beberapa indikator sistem surveilans yang digunakan sebagai parameter keberhasilan suatu surveilans. Menurut (Masriadi, 2012; Rosmaniar dkk, 2020) indikator tersebut adalah sebagai berikut::

1. *Simplicity* (Kesederhanaan)

Surveilans yang sederhana adalah kegiatan surveilans yang memiliki struktur, alur pelaporan dan sistem pengoperasian yang sederhana tanpa mengurangi tujuan yang ditetapkan. Hal ini berkaitan dengan ketepatan waktu dan dapat mempengaruhi besarnya biaya operasional yang dibutuhkan untuk melaksanakan sistem tersebut.

2. *Flexibility* (Fleksibel atau tidak kaku)

Kegiatan surveilans yang dapat menyesuaikan dengan perubahan informasi dan atau situasi tanpa menyebabkan penambahan yang berarti pada sumberdaya antara lain biaya, tenaga, dan waktu. Perubahan tersebut misalnya perubahan definisi kasus, variasi sumber laporan, dan sebagainya.

3. *Acceptability* (Akseptabilitas)

Kegiatan surveilans yang para pelaksana atau organisasinya mau secara aktif berpartisipasi untuk mencapai tujuan surveilans yaitu menghasilkan data atau informasi yang akurat, konsisten, lengkap, dan tepat waktu. Beberapa indikator dapat termasuk jumlah pihak yang berpartisipasi dalam sistem surveilans, kelengkapan wawancara atau angka

penolakan jawaban, kelengkapan laporan, angka pelaporan dari dokter/laboratorium/rumah sakit/fasilitas kesehatan, dan ketepatan waktu pelaporan.

4. *Sensitivity* (Sensivitas)

Sensivitas suatu surveilans dapat dinilai pada dua tingkatan, yaitu pada tingkat pengumpulan data, dan pada tingkat pendeteksian proporsi suatu kasus penyakit. Sebuah sistem surveilans yang memiliki sensivitas baik sangat penting untuk mengontrol terjadinya KLB atau untuk mengevaluasi sebuah intervensi tidak hanya untuk memonitor tren penyakit.

5. *Predictive value positif* (Memiliki nilai prediksi positif)

Surveilans yang memiliki nilai prediksi yang positif adalah kegiatan surveilans yang mampu mengidentifikasi suatu populasi (sebagai kasus) yang kenyataannya memang kasus. Kesalahan dalam mengidentifikasi KLB disebabkan oleh kegiatan surveilans yang memiliki *predictive value positif* (PVP) rendah.

6. *Representativeness* (Keterwakilan)

Surveilans yang representatif adalah kegiatan surveilans yang mampu menggambarkan secara akurat kejadian kesehatan dalam waktu tertentu dan distribusinya menurut tempat dan orang.

7. *Timeliness* (Ketepatan waktu)

Ketepatan waktu berarti tingkat kecepatan dan keterlambatan diantara langkah-langkah yang harus ditempuh dalam suatu sistem surveilans. Selain itu waktu yang dibutuhkan untuk mengetahui kecenderungan (*trend*), *outbreak*, atau menilai pengaruh dari upaya penanggulangan. Surveilans yang tepat waktu adalah kegiatan surveilans yang mampu menghasilkan informasi yang sesuai dengan waktu yang tepat sehingga dapat digunakan untuk mengontrol sebuah KLB dari penyakit yang akut.

8. *Data Quality* (Kualitas data)

Kualitas data menggambarkan kelengkapan dan validitas data yang terekam pada sistem surveilans yang dapat diukur dengan mengetahui data yang *unknown* (tidak jelas) dan data yang *blank* (tidak lengkap) yang ada pada form surveilans. Sebuah sistem surveilans yang memiliki data dengan kualitas tinggi, maka sistem tersebut dapat diterima oleh pihak yang berpartisipasi di dalamnya. Sistem juga dapat dengan akurat mewakili kejadian-kejadian kesehatan dibawah surveilans.

9. *Stability* (Stabilitas)

Stabilitas berkenaan dengan reliabilitas dan ketersediaan sistem surveilans. Reliabilitas yaitu kemampuan untuk mengumpulkan, mengatur, dan menyediakan data secara tepat tanpa kesalahan. Sedangkan ketersediaan yakni kemampuan untuk dioperasikan ketika dibutuhkan.

I. Sasaran Surveilans Kesehatan

Sasaran Surveilans Kesehatan meliputi:

1. Individu

Pengamatan dilakukan terhadap individu yang terinfeksi dan mempunyai potensi untuk menularkan penyakit. Pengamatan tersebut dilakukan sampai individu tersebut tidak membahayakan dirinya maupun lingkungannya. Pengamatan individu ini dalam pelaksanaan dilakukan pengelompokan/identifikasi mana yang merupakan penderita, karier, dan orang dengan risiko tinggi. Surveilans epidemiologi pada individu dimaksudkan untuk mengetahui:

- a. *Contact person*;
- b. Terjadinya infeksi lebih lanjut;
- c. Pengobatan/keteraturan pengobatan yang dilakukan;
- d. Pengamatan lanjutan.

2. Populasi Lokal

Populasi lokal adalah kelompok penduduk yang terbatas pada masyarakat dengan risiko terkena penyakit (*population at risk*). Sasaran pengamatan populasi lokal dilakukan pada

a. Individu yang kontak dengan penderita atau carrier

Misalnya:

- 1) Epidemik morbilli: pengamatan dilakukan terhadap anak-anak yang rentan dan kontak dengan penderita atau carrier.
- 2) Parotitis: pengamatan dilakukan terhadap anak-anak yang rentan dengan penderita 2 hari sebelum timbul pembengkakan kelenjar liur.

b. Penjamu yang rentan

Misalnya:

- 1) Bayi
- 2) Anak yang belum dapat imunisasi atau belum pernah menderita penyakit yang dapat menimbulkan kekebalan seperti morbili, tetanus, pertusis dan varisela.
- 3) Orang yang menderita penyakit menular.
- 4) Kelompok individu yang mempunyai peluang untuk kontak dengan penderita, misalnya: dokter, perawat dan petugas laboratorium.

10. Populasi Nasional

Pengamatan populasi nasional adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua penduduk secara nasional. Hal tersebut dilakukan setelah program pemberantasan dilaksanakan, misalnya pengamatan penyakit malaria setelah dilakukan pemberantasan penyakit secara nasional.

11. Populasi Internasional

Kegiatan ini berupa pengamatan terhadap penyakit yang dilakukan oleh berbagai negara secara bersama-sama, yang ditujukan pada penyakit yang mudah menimbulkan

epidemik atau pandemik seperti pes, cacar, kolera, Covid-19. Tujuan kegiatan tersebut adalah untuk saling memberikan informasi tentang epidemik yang timbul di suatu negara agar negara lain yang tidak terkena dapat melakukan upaya pencegahan. Undang-undang karantina yang merupakan undang-undang yang belaku secara internasional dibuat untuk menjamin kelancaran upaya tersebut.

Tujuan Undang-undang karantina adalah untuk mengadakan pengawasan terhadap segala sesuatu yang datang dari negara yang terkena wabah agar tidak menular ke negara lain.

J. Bentuk Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan

Bentuk penyelenggaraan surveilans kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2014), meliputi:

1. Surveilans Berbasis Indikator

Surveilans berbasis indikator dilakukan untuk memperoleh gambaran penyakit, faktor risiko, dan masalah kesehatan dan atau masalah yang berdampak terhadap kesehatan yang menjadi indikator program dengan menggunakan sumber data yang terstruktur.

Contoh data terstruktur antara lain:

- a. Kunjungan ibu hamil
- b. Kunjungan neonatus
- c. Cakupan imunisasi
- d. Laporan bulanan data kesakitan Puskesmas
- e. Laporan bulanan kasus TB
- f. Laporan mingguan kasus AFP
- g. Laporan bulanan kasus campak
- h. Laporan bulanan kematian rumah sakit
- i. Laporan berkala STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)
- j. Registrasi penyakit tidak menular

Data tersebut dimanfaatkan dalam rangka kewaspadaan dini penyakit atau masalah kesehatan. Hasil analisis

dimaksudkan untuk memperoleh gambaran penyakit atau masalah kesehatan dan atau masalah yang berdampak terhadap kesehatan seperti situasi dan kecenderungan, perbandingan dengan periode sebelumnya, dan perbandingan antar wilayah/daerah/kawasan. Kegiatan surveilans ini biasanya digunakan untuk menentukan arah program/intervensi, serta pemantauan dan evaluasi terhadap program/intervensi.

Pelaksanaan surveilans berbasis indikator dilakukan mulai dari Puskesmas sampai pusat, sesuai dengan periode waktu tertentu (harian, mingguan, bulanan, dan tahunan). Pelaksanaan surveilans berbasis indikator di Puskesmas, dilakukan untuk menganalisis pola penyakit, faktor risiko, pengelolaan sarana pendukung seperti kebutuhan vaksin, obat, bahan dan alat kesehatan, persiapan dan kesiapan menghadapi kejadian luar biasa beserta penanggulangannya.

Pelaksanaan surveilans berbasis indikator di kabupaten/kota, provinsi, dan pusat dilakukan berdasarkan hasil analisis dari kegiatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, kawasan tertentu, berbagai data dan informasi yang bersumber dari lintas sektor, hasil kajian, untuk menganalisis pola penyakit, faktor risiko, masalah kesehatan, maupun masalah lain yang berdampak terhadap kesehatan dalam rangka pengelolaan program skala kabupaten/kota, provinsi dan pusat maupun kebijakan teknis operasional yang dibutuhkan.

2. Surveilans Berbasis Kejadian

Surveilans berbasis kejadian dilakukan untuk menangkap dan memberikan informasi secara cepat tentang suatu penyakit, faktor risiko, dan masalah kesehatan, dengan menggunakan sumber data selain data yang terstruktur. Surveilans berbasis kejadian dilakukan untuk menangkap masalah kesehatan yang tidak tertangkap melalui surveilans

berbasis indikator. Sebagai contoh, beberapa KLB campak diketahui dari media massa tidak tertangkap melalui surveilans PD3I terintegrasi (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi).

Pelaksanaan surveilans berbasis kejadian dilakukan secara terus menerus (rutin) seperti halnya surveilans berbasis indikator, dimulai dari Puskesmas sampai Pusat. Sumber laporan didapat dari sektor kesehatan (instansi/sarana kesehatan, organisasi profesi kesehatan, asosiasi kesehatan dan lain-lain, dan diluar sektor kesehatan (instansi pemerintah non kesehatan, kelompok masyarakat, media, jejaring sosial, dan lain-lain).

Kegiatan surveilans berbasis kejadian di Puskesmas, kabupaten/kota dan provinsi dilakukan melalui kegiatan verifikasi terhadap rumor terkait kesehatan atau berdampak terhadap kesehatan di wilayah kerjanya guna melakukan langkah intervensi bila diperlukan.

Penyelenggaraan surveilans berbasis indikator dan berbasis kejadian diaplikasikan antara lain dalam bentuk PWS (Pemantauan Wilayah Setempat) yang didukung dengan pencarian rumor masalah kesehatan. Setiap unit penyelenggaraan surveilans kesehatan melakukan PWS dengan merekam data, menganalisa perubahan kejadian penyakit dan atau masalah kesehatan menurut variabel waktu, tempat, dan orang (surveilans berbasis indikator).

Selanjutnya disusun dalam bentuk tabel dan grafik PWS untuk menentukan kondisi wilayah setempat yang rentan KLB. Bila dalam pengamatan ditemukan indikasi mengarah KLB, maka dilakukan respon yang sesuai termasuk penyelidikan epidemiologi. Selai itu dilakukan juga pencarian rumor masalah kesehatan secara aktif dan pasif (surveilans berbasis kejadian) untuk meningkatkan ketajaman hasil PWS. Contoh aplikasi lain adalah operasionalisasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon

(SKDR). Dalam SKDR dilakukan pengamatan gejala penyakit yang mengarah ke suatu penyakit potensial KLB secara mingguan dengan format tertentu (surveilans berbasis indikator). Bila dalam pengamatan ditemukan sinyal peningkatan jumlah gejala penyakit yang mengarah ke suatu penyakit potensial KLB, dilakukan respon untuk memverifikasi kebenaran kejadian peningkatan dan respon lain diperlukan termasuk penyelidikan epidemiologi (surveilans berbasis kejadian).

K. Monitoring dan Evaluasi Surveilans Kesehatan

Monitoring surveilans kesehatan dilaksanakan secara berkala untuk mendapatkan informasi atau mengukur indikator kinerja kegiatan. Monitoring dilaksanakan sebagai bagian dalam pelaksanaan surveilans yang sedang berjalan. Disamping itu monitoring akan mengawal agar tahapan pencapaian tujuan kegiatan sesuai target yang telah ditetapkan. Bila dalam pelaksanaan monitoring ditemukan hal yang tidak sesuai rencana, maka dapat dilakukan koreksi dan perbaikan pada waktu yang tepat.

Evaluasi dilaksanakan untuk mengukur hasil dari surveilans kesehatan yang telah dilaksanakan dalam periode waktu tertentu. Disebabkan banyaknya aspek yang berpengaruh dalam pencapaian suatu hasil, maka evaluasi objektif harus dapat digambarkan dalam menilai suatu pencapaian program. Peran dan kontribusi surveilans kesehatan terhadap suatu perubahan dan hasil program kesehatan harus dapat dinilai dan digambarkan dalam proses evaluasi.

Daftar Pustaka

- Amiruddin, R. (2017) *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Pertama. Edited by A. Maftuhin. Jakarta: Trans Info Media.
- Heryana, A. (2015) *Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Universitas Esa Unggul. doi: 10.13140/RG.2.2.11534.38722.
- Irianto, K. (2014) *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular Panduan Klinis*. Pertama. Bandung: Alfabeta.
- Kementerian Kesehatan (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan*.
- Masriadi (2012) *Epidemiologi*. Yogyakarta: Penerbit Ombak.
- Rosmaniar dkk (2020) *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Pertama. Edited by A. Karim. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Wibowo, A. (2014) *Kesehatan Masyarakat di Indonesia: Konsep, Aplikasi dan Tantangan*. Pertama. Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Profil Penulis



Yermi, S.KM., S.Kep., M.Kes, lahir di Sero Kabupaten Soppeng Sulawesi Selatan pada tanggal 4 Februari 1979. Lulus S1 di Jurusan Epidemiologi dan Biostatistik, Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar tahun 2006, Lulus S2 Jurusan Epidemiologi dan Biostatistik Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK)

Tamalatea Makassar tahun 2013. Pada tahun 2017 menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Amanah Makassar, dan saat ini tercatat sebagai Mahasiswa pada Program Doktor di Universitas Negeri Makassar (UNM) Program Studi Pendidikan Kependudukan dan Lingkungan Hidup. Bekerja sebagai dosen pada Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar. Selain bekerja sebagai dosen tetap, juga sebagai dosen tidak tetap di Akademi Keperawatan Reformasi Makassar dan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Amanah Makassar. Pernah sebagai presenter pada International Conference di UNM dan UIN Kendari. Berbagai tulisan sudah termuat di berbagai jurnal baik jurnal nasional maupun jurnal internasional. Salah satu tulisannya tentang Knowledge and Attitudes with Family Role in Prevention of Pulmonary Tuberculosis in Maros, Indonesia telah dimuat pada IOP Conference Series, edisi Juni 2018.

BAB 6

Gizi dan Ketahanan Pangan



Dhyani Ayu Perwiraningrum

BAB 6 GIZI DAN KETAHANAN PANGAN

A. Permasalahan Gizi Utama

Indonesia merupakan negara besar yang memiliki kemampuan untuk mandiri dalam segala aspek baik ekonomi, politik, sosial, budaya serta kesejahteraan masyarakatnya. Saat ini Indonesia ada pada level percepatan pembangunan, dimana sektor sumberdaya manusia menjadi nilai utama investasi ke depan. Namun, Indonesia masih memiliki ketertinggalan, salah satunya pada bidang kesehatan yaitu gizi. Berkaitan dengan gizi, Indonesia adalah negara yang mengalami dua masalah gizi sekaligus yaitu kekurangan gizi dan kelebihan gizi.

Dari masalah gizi ganda tersebut, dengan kata lain Indonesia masih harus berjuang memerangi berbagai macam penyakit infeksi dan kurang gizi yang saling berinteraksi satu sama lain menjadikan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia tidak kunjung meningkat secara signifikan. Sedangkan di beberapa daerah lain atau pada sekelompok masyarakat Indonesia yang lain terutama di kota-kota besar, masalah kesehatan masyarakat utama justru dipicu dengan adanya kelebihan gizi.

1. Kekurangan Gizi

Kekurangan gizi yang biasa disebut malnutrisi merupakan gangguan kesehatan yang terjadi saat tubuh tidak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup. Kondisi ini bisa terjadi karena tubuh kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama. Apabila seseorang mengalami kekurangan gizi, maka dapat menimbulkan berbagai macam penyakit.

Salah satu contoh kejadian kekurangan gizi di Indonesia adalah balita pendek atau biasa disebut dengan *stunting*. Data Prevalensi balita *stunting* yang dikumpulkan World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa Indonesia termasuk ke dalam negara

ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara dengan prevalensi balita *stunting* di Indonesia selama 12 tahun (2005-2017) sebesar 36,4% (Pusdatin Kemenkes, 2018).

Stunting merupakan masalah serius dan utama di Indonesia. Stunting mempengaruhi fungsi kognitif berupa tingkat kecerdasan yang rendah dan berdampak pada kualitas sumber daya manusia. Masalah *stunting* memiliki dampak yang cukup serius; antara lain, jangka pendek terkait dengan morbiditas dan mortalitas pada bayi/balita, jangka menengah terkait dengan intelektualitas dan kemampuan kognitif yang rendah, dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumberdaya manusia dan masalah penyakit degeneratif di usia dewasa. Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa dari 34 provinsi yang ada di Indonesia, lebih dari separuhnya memiliki angka prevalensi diatas rata-rata nasional. Perbedaan prevalensi stunting menimbulkan kesenjangan antar daerah, yang menunjukkan adanya ketimpangan dan pembangunan yang tidak merata. Menurut TNP2K dalam 100 kabupaten/kota prioritas untuk intervensi anak kerdil (*stunting*) di Indonesia pada tahun 2017, *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan menurunkan produktivitas pasar kerja, sehingga mengakibatkan hilangnya 11% *Gross Domestic Products* serta mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20%. Selain itu, *stunting* juga dapat berkontribusi pada melebarnya kesenjangan, sehingga mengurangi 10% dari total pendapatan seumur hidup dan juga menyebabkan kemiskinan antar-generasi (TNP2K,2017)

Pemerintah telah berupaya untuk menurunkan angka stunting di Indonesia. Dalam rentang waktu 2013-2018 stunting telah mengalami penurunan signifikan sejumlah 7,6%. Meski demikian penurunan tersebut masih jauh dari target sebenarnya. Bagi pengembangan program dan masyarakat, pemahaman terkait stunting masih sangat

minim bahkan banyak yang tidak mengetahui samasekali, baik definisi, penyebab dan dampaknya, sehingga menghambat penanggulangan yang dapat dilakukan. Sangat berbeda dengan pusat dimana pemerintah telah banyak menggelontorkan dana untuk penanggulangan stunting yang mestinya dapat dirasakan oleh masyarakat.

2. Kelebihan Gizi

Beban gizi yang bertolak belakang dari kekuranggizi adalah kelebihan gizi, salah satunya adalah kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas. Modernisasi dan kecenderungan pasar global yang telah dirasakan di sebagian besar negara-negara berkembang telah memberikan kepada masyarakat beberapa kemajuan dalam standar kehidupan dan pelayanan yang tersedia. Akan tetapi, modernisasi juga telah membawa beberapa konsekuensi negatif yang secara langsung dan tidak langsung telah mengarahkan terjadinya penyimpangan-penyimpangan pola makan dan aktivitas fisik yang berperan penting terhadap munculnya kelebihan gizi. *Overweight* dan obesitas menjadi ancaman penyakit gizi masa kini.

Saat ini di seluruh dunia, terdapat bukti bahwa prevalensi kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas meningkat sangat tajam yang mencapai tingkatan yang membahayakan. Kejadian obesitas di negara-negara maju telah mencapai tingkat yang mengkhawatirkan. Akan tetapi selain negara maju, ternyata di beberapa negara berkembang seperti Indonesia *overweight* dan obesitas juga telah menjadi masalah kesehatan yang serius.

Beberapa survei yang dilakukan secara terpisah di beberapa kota besar di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada anak sekolah dan remaja cukup tinggi. Angka prevalensi obesitas merupakan *warning* bagi pemerintah dan masyarakat luas bahwa obesitas dan segala

implikasinya sudah merupakan ancaman yang serius bagi masyarakat Indonesia khususnya di kota-kota besar.

B. Analisis Kondisi Ketahanan Pangan dan Gizi di Indonesia

Indonesia berhasil mencatat beberapa kemajuan dalam ketahanan pangan dan gizi. Namun meski demikian terdapat beberapa tantangan yang dihadapi seperti; a) Peningkatan produksi komoditas pangan, terutama beras, dimana sebetulnya tingkat kebutuhan dan konsumsi masih jauh lebih besar. Tingginya kebutuhan pangan memicu meningkatnya impor produk pangan yang menyebabkan ketergantungan dan dapat mengancam ketahanan pangan selama pandemi Covid 19. Selanjutnya adalah b) tantangan kemiskinan dan tingginya harga pangan yang tidak diimbangi pendapatan sehingga daya beli masyarakat akan produk pangan belum baik, hal tersebut berimplikasi pada gizi masyarakat. c) Kurang idealnya pola konsumsi masyarakat dimana karbohidrat masih mendominasi asupan sehari-hari dibandingkan zat gizi lainnya. Selain itu juga meningkatnya produk pangan olahan berpengawet dan belum terstandarisasi yang siap saji sehingga dapat memicu timbulnya berbagai penyakit seperti penyakit degeneratif. d) Adanya beban ganda masalah gizi yaitu stunting, wasting dan underweight yang bebarengan dengan prevalensi overweight dan obesitas baik dikalangan anak-anak, remaja maupun dewasa. Ditambah lagi defisiensi mikronutrien yang memicu penyakit-penyakit seperti defisiensi besi, vitamin dan lain sebagainya.

Krisis yang disebabkan oleh pandemi Covid 19 dan kebijakan pembatasan sosial dapat mengikis kemajuan yang telah dicapai selama ini. Analisis kebijakan menyoroti beberapa perkembangan baru yang penting dan kesenjangan kebijakan yang ada di bidang ketahanan pangan dan gizi. Indonesia masih harus berjuang mengatasi tantangan besar dalam meningkatkan keragaman produksi pangan yang dapat mendukung perbaikan gizi menuju gizi yang lebih seimbang. Fokus pemerintah pada

peningkatan produksi beras selama ini belum mampu memenuhi pengurangan ketergantungan pada impor produk pangan. Hal ini berkontribusi pula pada kurangnya upaya untuk meningkatkan produksi buah-buahan dan sayuran, serta sumber protein nabati dan hewani. Oleh karena itu, pemerintah tidak saja perlu meningkatkan produktivitas tanaman pangan, tetapi juga memberikan dukungan yang lebih besar pada produksi komoditas keanekaragaman pangan. Selain itu, pengakuan dan dukungan terhadap peran perempuan dalam pertanian, serta ketahanan pangan dan gizi perlu ditingkatkan. Pemerintah juga perlu meningkatkan dukungan terhadap perempuan agar memiliki akses yang lebih baik terhadap peluang usaha di sektor pertanian sehingga dapat mengurangi kesenjangan gender yang masih ada.

1. Akses Pangan

Akses pangan di Indonesia telah mengalami kemajuan signifikan dalam perlindungan sosial, dimana perlindungan sosial dijadikan sarana untuk memastikan bahwa akses pangan bagi masyarakat miskin dan rentan sudah memadai. Hal ini penting karena harga komoditas pangan pokok di Indonesia ternyata masih lebih tinggi dibandingkan pasar luar negeri. Pemerintah telah berupaya memperbaiki skema perlindungan sosial seperti Bantuan Sembako dan Keluarga Harapan dimana menyalurkan bantuan kepada masyarakat rentan sebagai penerima bantuan. Akan tetapi yang perlu diperbaiki adalah basis data yang digunakan agar tepat sasaran.

Indonesia masih menghadapi banyak tantangan dalam meningkatkan pemanfaatan pangan. Terkait keamanan pangan, peraturan yang ada terkait keamanan pangan perlu diperbarui. Kapasitas organisasi pemantau dan pendidikan keamanan pangan untuk masyarakat juga perlu ditingkatkan. Untuk meningkatkan keanekaragaman pangan, perumusan skor Pola Pangan Harapan (PPH) perlu diperbaiki agar dapat menyalurkan proporsi asupan karbohidrat yang lebih rendah dan

proporsi asupan buah-buahan dan sayuran yang lebih tinggi sesuai dengan panduan gizi seimbang yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan.

2. Ketersediaan Pangan

Pandemi Covid 19 yang melanda Indonesia mengganggu banyak sekali sektor-sektor yang menyokong kehidupan masyarakat, termasuk diantaranya sektor pertanian. Sektor pertanian menjadi sorotan karena memiliki kaitan erat dengan ketahanan pangan nasional. Selama pandemi, ketahanan pangan perlu diupayakan agar Indonesia tidak terjebak pada krisis pangan yang mengancam keberlangsungan kehidupan masyarakat. Ketahanan pangan sendiri memiliki dua kata kunci penting yaitu ketersediaan pangan yang cukup dan merata serta akses penduduk terhadap pangan, baik secara fisik maupun ekonomi. Dalam masa pandemi ini pemerintah telah memberlakukan kebijakan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar) di beberapa daerah, masyarakat juga diminta untuk mengurangi kontak fisik dan melakukan pekerjaan dari rumah. Hal ini dapat berpengaruh pada produksi, distribusi, dan juga konsumsi pangan. Sarana untuk melakukan distribusi pangan menjadi terbatas sehingga terjadi kurangnya produktivitas pangan. Selain itu, dengan pola hidup masyarakat yang berubah, otomatis permintaan masyarakat sebagai konsumen pangan juga berubah. Hal ini dapat mengakibatkan perubahan harga-harga pada produk pangan. Salah satu contoh nyata yang dapat dilihat adalah ketika kebanyakan restoran dan kafe ditutup, maka permintaan bahan pangan pun menurun. Jumlah produksi pangan saat ini tidak mengalami banyak perubahan dan masih dapat dikatakan aman, permasalahan krisis pangan tetap dapat terjadi kedepannya. Permasalahan yang paling besar terjadi pada distribusi pangan. Dengan adanya pembatasan-pembatasan, distribusi pangan menjadi lemah. Akibatnya, stok

pangan tidak merata di semua daerah. Ada daerah yang mengalami defisit dan ada pula yang mengalami produksi berlebih.

Petani selaku kunci dari pangan Indonesia selama masa pandemi ini diharapkan dapat tetap sehat dan bekerja dengan maksimal. Permasalahannya adalah sekarang ini jumlah petani di Indonesia banyak yang tergolong masuk ke usia tua, minim sekali jumlah petani yang berasal dari kalangan milenial. Hal ini dapat berpengaruh pada produktivitas pangan. Mirisnya, pengusuran dan kriminalisasi terhadap petani juga kerap terjadi, bahkan pada masa-masa pandemi seperti ini yang diharapkan masyarakat dapat saling berempati satu sama lain. Permasalahan lain yang berkaitan dengan pangan adalah ketersediaan lahan. Lahan pertanian kerap kalidialihfungsikan untuk keperluan tambang dan yang lainnya. Akibatnya, lahan untuk bertani menjadi semakin sempit bahkan lahan pertanian menjadi rusak tercemar oleh limbah- limbah dari tambang maupun pabrik. Pemerintah harus mengambil langkah dalam mencegah terjadinya krisis pangan. Dimulai dari menyejahterakan petani melalui bantuan dan fasilitas seperti misalnya bantuan relaksasi kredit kepada parapetani miskin. Para petani juga sebaiknya dikenalkan dengan teknologi untuk membantu mereka dalam mendistribusikan serta menjaga kestabilan harga produk pangan dimasa pandemi seperti ini. Selain itu, pemerintah juga dianggap perlu untuk memetakan potensi-potensi pertanian yang ada, melakukan stabilisasi harga pangan, melakukan konsolidasiterkait lahan pertanian, dan juga membuat regulasi-regulasi yang berkaitan dengan permasalahan pangan yang ada(Susanti dkk, 2016).

Selain peran pemerintah, masyarakat juga dapat ikut andil dalam menjaga ketahanan pangan untuk menghindari adanya krisis pangan. Masyarakat memiliki peluang untuk membangun kedaulatan dan kemandirian pangan. Dalam

masa pandemi seperti ini, masyarakat cenderung menjadi lebih kreatif dan bisa berkreasi untuk mengakali situasi yang ada. Termasuk halnya dalam menjaga akses terhadap pangan. Masyarakat diharapkan memiliki kesadaran untuk melakukan penanaman mandiri minimal untuk memenuhi kebutuhan pangannya sendiri. Ada banyak sekali cara untuk melakukan penanaman mandiri seperti misalnya urban farming dan juga melakukan penanaman dengan metode hidroponik dengan memanfaatkan lahan-lahan yang ada di rumah.

3. Pemanfaatan Pangan

Pemanfaatan pangan yang baik juga memerlukan komponen nonpangan. Agar dapat sebaik mungkin memanfaatkan asupan gizi, seseorang harus memiliki akses air bersih dan sanitasi, serta layanan kesehatan sehingga dapat mencapai kecukupan gizi yang didefinisikan sebagai kondisi ketika semua kebutuhan energi dan gizi terpenuhi. Selain akses air bersih dan sanitasi yang dibutuhkan untuk memastikan keamanan makanan yang dikonsumsi, aksesterhadap layanan kesehatan juga diperlukan guna mencegah atau mengatasi berbagai penyakit yang mungkin menurunkan nilai gizi dari makanan yang dikonsumsi atau memengaruhi proses pencernaan dan penyerapan (metabolisme) makanan tersebut oleh tubuh. Pencapaian Indonesia dalam ranah kebijakan ini masih belum konsisten. banyak perkembangan yang telah diraih Indonesia dalam meningkatkan layanan kesehatan untuk perempuan usia subur, ibu hamil dan ibumenyusui, serta anak-anak. Namun, peningkatan distribusi suplemen makanan, seperti tablet zat besi, tidak selalu menunjukkan peningkatan kesehatan penduduk secara nyata. Diperlukan data yang lebih rinci tentang konsumsi suplemen makanan atau bahkan defisiensi mikronutrien agar dapat menilai dengan lebih baik cukup tidaknya konsumsi mikronutrien di antara perempuan hamil.

C. Kualitas Gizi saat Pandemi Covid 19

Makanan sehat dengan sumber gizi yang lengkap merupakan satu kesatuan yang tak terpisahkan untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak merupakan investasi sumber daya manusia di masa depan. Karena itu kecukupan status gizinya sejak lahir, bahkan sejak dalam kandungan, perlu mendapat perhatian khusus. Asupan nutrisi yang tepat tidak hanya dapat membantu menjaga kesehatan fisik tapi juga dapat mendukung kemampuan belajar dan aktivitas anak sehari-harinya. Status gizi yang baik dapat dicapai apabila anak mengonsumsi makanan dengan kandungan energi dan zat gizi sesuai kebutuhannya.

Berdasarkan data, anak-anak memang memiliki prevalensi minim untuk terinfeksi Covid-19. Kemenkes menyebutkan pemenuhan gizi bagi anak harus tetap diperhatikan. Hal tersebut dilakukan untuk menjaga imunitas agar terhindar dari infeksi penyakit termasuk Covid-19. Imunitas tubuh erat kaitannya dengan cukup atau tidaknya asupan makan anak, yang akan berpengaruh langsung terhadap status gizi dan imunitasnya. Dengan asupan makan yang cukup baik dari segi jumlah, jenis, dan frekuensinya, maka imunitas akan terjaga sehingga anak mampu menangkal penyakit infeksi. Jika terlanjur terinfeksi, penyembuhannya akan lebih cepat. Penyakit Covid-19 akan menjadi lebih berisiko ketika anak memiliki penyakit penyerta, seperti pneumonia. Oleh karena itu, penting untuk mempertahankan dan memperbaiki status gizi anak. Kirana mengingatkan keterbatasan penghasilan orang tua dapat memberikan efek domino yang menyebabkan penurunan daya beli. Bila tidak diimbangi dengan kemampuan ibu memilah makanan bergizi sesuai kemampuan, dapat berdampak terhadap asupan makan anak yang mempengaruhi status gizinya..

Pemenuhan gizi yang seimbang berarti mengonsumsi makanan yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh. Kuantitas dan kualitas makanan

yang dikonsumsi akan mempengaruhi tingkat kesehatan individu, khususnya anak-anak. Gizi yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan normal serta perkembangan fisik dan kecerdasan anak. Dengan gizi yang seimbang maka diharapkan anak memiliki tubuh sehat, tidak mudah terserang penyakit infeksi dan lain sebagainya. Untuk memenuhi asupan gizi seimbang bagi anak maka diperlukan peran aktif orang tua khususnya ibu. Seperti dengan memberikan anak makanan yang beragam, yang memiliki protein yang tinggi, serta sayur mayur. Makanan dengan kandungan protein yang baik, kata dia, bisa didapat dari ikan, daging, telur, tempe, tahu, dan lain sebagainya. Selain itu, orang tua juga perlu memperhatikan konsumsi gula harian pada anak-anak mereka (BPMRPK Kemdikbud, 2020).

D. Transisi Gizi

Pertumbuhan jumlah restoran dan warung makanan serta perkembangan teknologi informasi mendukung adanya transisi gizi. Saat ini warung makanan siap saji dan warung kaki lima di jalanan secara signifikan terus tumbuh di berbagai wilayah baik perkotaan maupun pinggiran. Selain itu industri makanan dan minuman terus tumbuh di Indonesia pada waktu yang sama. Perkembangan dalam sistem dan teknologi informasi juga turut berkontribusi terhadap perubahan pola makan penduduk. Tinjauan sistematis terhadap penelitian-penelitian sebelumnya tentang dampak iklan televisi terhadap perilaku makan anak-anak menunjukkan bahwa paparan terhadap iklan televisi meningkatkan konsumsi kalori pada anak-anak. Semakin tingginya penggunaan telepon pintar dan layanan pengiriman makanan juga berkontribusi terhadap peningkatan preferensi makanan siap makan atau siap saji.

Permasalahan besar terkait transisi gizi terletak bukan pada perubahan pola makan atau peralihan ke pola makan nontradisional. Akan tetapi, permasalahannya terletak pada konsekuensi jangka panjang yang ditimbulkan oleh perubahan-

perubahan tersebut. Menurut Colozza dkk,(2019). dalam penelitian Arief dkk.(2020), di negara-negara kaya, penelitian menemukan bahwa peralihan ke makanan kaya karbohidrat, lemak, gula, dan garam berhubungan tidak hanya dengan kelebihan berat badan melainkan juga dengan peningkatan penyakit tidak menular. Berbagai bukti menunjukkan bahwa transisi gizi berpotensi memengaruhi status gizi dan kesehatan di Indonesia. Sebagaimana telah disebutkan, kelebihan berat badan dan obesitas meningkat cukup signifikan sejak awal 2000-an, khususnya di wilayah perkotaan. Dibandingkan dengan perdesaan, wilayah perkotaan mengalami tidak hanya merebaknya gaya hidup kurang gerak tetapi juga minimnya ruang bagi penduduk kota untuk melakukan olahraga. Akibatnya, penduduk kota memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kelebihan berat badan atau obesitas daripada penduduk di wilayah perdesaan.

Adanya krisis akibat pandemi Covid 19 saat ini menunjukkan bahwa overweight dan obesitas tidak hanya memiliki kemungkinan lebih besar untuk terkena penyakit tidak menular tetapi juga, beresiko menjadi pihak yang terkena covid 19 lebih rentan dan memiliki risiko kematian lebih tinggi. Asupan makanan tidak sehat berkontribusi terhadap terciptanya kondisi awal yang membuat orang lebih rentan terhadap Covid 19 (Arief dkk, 2020).

E. Strategi penanggulangan defisiensi Gizi saat Covid 19

Penanggulanga defisiensi gizi sangat berkaitan erat dengan kualitas program pangan yang ada di masyarakat. beberapa hal berkaitan kebijakan pangan sebagai strategi pencegahan masalah gizi selama pandemi covid 19 adalah sebagai berikut:

1. Kebijakan Program Pangan dan Gizi

Kebijakan ketahanan pangan merupakan point penting dalam menghadapi pandemi Covid 19. Ketika pemerintah

terlambat merespon situasi darurat, maka rakyat dapat menjadi korban. Seperti beberapa negara lain, Indonesia juga masih dihantui dengan semakin cepat dan luasnya penyebaran, serta semakin meningkatnya jumlah pasien positif Covid 19. Indonesia tercatat pernah menjadi negara ASEAN yang memiliki grafik tertinggi kasus Covid 19. Kondisi ini membuat kepanikan di masyarakat dimana terdapat pemahaman akan krisis dan kekurangan pangan. Masyarakat banyak menyerbu pusat perbelanjaan dan memborong berbagai produk kebutuhan rumah tangga karena mengkhawatirkan stok bahan makanan dan kebutuhan rumah tangga yang semakin menipis. Kelangkaan tersebut berimbas pada kenaikan harga bahan makanan pokok, sehingga melemahkan daya beli masyarakat. Banyak perusahaan gulung tikar akibat ketidakmampuan menghadapi hantaman badai Covid19, yang menyebabkan meningkatnya jumlah pengangguran dan karyawan yang ter PHK (pemutusan hubungan kerja) (CNBC,2020).

Ketahanan pangan terjadi ketika semua orang memiliki akses fisik, sosial dan ekonomi terhadap pangan yang cukup aman dan bergizi yang memenuhi kebutuhan sehari-hari dan sebagai preferensi makanan untuk kehidupan yang aktif dan sehat. Terdapat empat rumusan dimensi yang harus diperhatikan dalam mencapai ketahanan pangan yaitu ketersediaan makanan (*availability*), akses yang terjangkau (*access*), penggunaan dan pemanfaatan makanan (*utilization*), dan stabilitas pasokan dan akses (*stability*) (FAO, 2015).

Pandemi covid19 dapat menjadi masalah bagi pemenuhan keempat dimensi keberlangsungan pangan tersebut. Kegagalan dalam mewujudkan ketahanan pangan dapat berimplikasi pada kondisi kerawanan pangan yang kronis, yaitu kondisi dimana masyarakat tidak mampu memenuhi kebutuhan pangan minimal dalam periode waktu yang lama (FAO, 2017). Oleh karena itu, intervensi pemerintah

melalui kebijakan berkelanjutan terkait ketahanan pangan sangat dibutuhkan

Kebijakan terkait adanya imbal balik memang sangat membantu masyarakat akan tetapi tidak dapat efektif dalam jangka waktu yang lama, sedangkan masih ada ketidakpastian kapan pandemi akan berakhir. Harga kebutuhan pokok merupakan sinyal kunci atas kondisi ketahanan pangan. Harga pangan yang tidak stabil membawa konsekuensi negatif di level rumah tangga maupun negara. Dalam kondisi krisis pangan, rumah tangga rentan seringkali menguras modal keuangandan tenaganya untuk memenuhi kebutuhan pokok. Pada level yang lebih tinggi, instabilitas harga pangan menimbulkan dampak yang lebih dalam dan berbahaya, yaitu perlambatan pertumbuhan ekonomi Untuk itu, pemerintah berkewajiban menjaga persediaan makanan pokok yang mudah diakses dengan harga stabil.

Untuk mencapai ketahanan pangan jangka panjang, pemerintah perlu melibatkan pemangku kepentingan. Kerja sama antar-pemangku kepentingan dibutuhkan untuk mencapai kesamaan pemahaman sekaligus mengidentifikasi determinan potensial menuju perubahan kebijakan. Dari sini pemerintah dapat memutuskan apakah kebijakan membuka lahan baru merupakan kebijakan yang tepat di tengah semakin kompetitifnya lahan dan ancaman terhadap keanekaragaman hayati dan ekosistem alami. Selain kebijakan, konsistensi implementasi yang berkelanjutan juga penting. Tata kelola lahan yang tidak dapat menurunkan produktivitas lahan di samping semakin minimnya lahan produktif akibat pemukiman dan industrialisasi. Serta, monitoring dan evaluasi yang tepat dibutuhkan untuk mengawal implementasi kebijakan. Meskipun dalam masa pandemi seperti saat ini, monitoring dan evaluasi perlu dilakukan untuk menjaga agar kebijakan tetap akuntabel, konsisten di jalurnya, dan tepat sasaran. Terkait pola konsumsi pangan, setidaknya terdapat

dua kebijakan yang sudah dilaksanakan. Kebijakan pertama adalah skor PPH yang memberikan gambaran umum keterkaitan antara produksi dan pola konsumsi. Hal ini terutama dilaksanakan dan dipantau oleh BKP dari Kementan. Kebijakan kedua adalah panduan gizi seimbang dari Kemenkes (Maulidina, 2020).

Indonesia pernah bergabung dengan gerakan ScalingUp Nutrition (SUN) global, yang mendorong pemerintah untuk mengembangkan Gerakan Nasional Percepatan Peningkatan Gizi. Gerakan ini dilembagakan melalui Peraturan Presiden No. 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Peningkatan Gizi. Peraturan ini menyatakan bahwa semua pemangku kepentingan dari Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah, serta sektor nonpemerintah dan swasta perlu dilibatkan dalam gerakan ini. Peraturan tersebut juga menyatakan bahwa pemerintah akan mengupayakan dua jenis kebijakan yang dimaksudkan untuk mempercepat peningkatan nilai gizi masyarakat—intervensi khusus gizi dan pendidikan gizi. Program pendidikan gizi mencakup kampanye nasional dan daerah untuk peningkatan gizi; advokasi antarsektor dan antarkementerian serta diseminasi/sosialisasi publik; dialog dengan berbagai aktor berbeda untuk menggalakkan kolaborasi; pelatihan; diskusi; dan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif.

Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah berkaitan dengan program pangan dan gizi telah dituangkan dalam Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi (Perpres no 17 tahun 2017) yang menyoroti perlunya penguatan lembaga *stakeholder* pangan dan gizi. Pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan tentang ketahanan pangan dan gizi, seperti pembentukan lembaga dan penetapan peraturan yang mengurus ketahanan pangan. Hal ini dapat dilakukan melalui harmonisasi perencanaan kebijakan dan program antarlembaga ketahanan pangan dan gizi. Dan melalui

penguatan pelaksanaan program. Selain itu, pemerintah dapat mengembangkan sistem pemantauan dan evaluasi yang terpadu yang melibatkan berbagai kementerian dan lembaga yang menangani ketahanan pangan dan gizi.

2. Tindakan Menjamin Ketersediaan Pangan

Terjadinya pandemi Covid 19 menimbulkan kekhawatiran akan ketersediaan komoditas pangan tertentu di Indonesia. Pertama, muncul kekhawatiran bahwa dampak negatif Covid 19 terhadap perdagangan internasional dapat membahayakan negara-negara seperti Indonesia yang bergantung pada impor untuk memenuhi permintaan pangan dalam negeri. Pasokan kedelai, gula, dan daging sapi Indonesia sangat bergantung pada impor. Selain itu, sampai taraf tertentu, negara ini juga masih mengandalkan impor untuk memenuhi kebutuhan beras. Mengantisipasi dampak Covid 19, Surat Edaran Sekretaris Jenderal Kementan No. 1056/SE/RC.10/03/2020 tentang Strategi Pemerintah untuk Mengatasi Dampak COVID-19 terhadap Sektor Pertanian menyatakan bahwa pemerintah akan berkonsentrasi pada lima prioritas: (a) menjamin ketersediaan bahan pangan pokok, khususnya beras dan jagung; (b) mempercepat ekspor komoditas strategis untuk menjaga pertumbuhan ekonomi negara; (c) memberitahukan kepada petani dan penyuluh protokol kesehatan dari Kemenkes untuk membatasi penyebaran virus; (d) mengembangkan pasar pertanian di masing-masing provinsi, meningkatkan konsumsi pangan lokal, dan membangun infrastruktur logistik serta sistem pemasaran elektronik untuk komoditas pertanian; dan (e) menerapkan proyek padat karya di daerah perdesaan untuk membantu sektor pertanian dan menyediakan dana bagi masyarakat perdesaan untuk meringankan dampak negatif Covid 19 (Suryahadi dkk, 2020).

Sebagai bagian dari upayanya untuk menstabilkan harga pangan, pemerintah melonggarkan pembatasan impor beberapa komoditas. Kementerian Perdagangan juga melonggarkan pembatasan impor gula dan membolehkan bukan hanya importir swasta melainkan juga badan usaha milik negara untuk mengimpor produk tersebut. Satu permasalahan penting terkait ketersediaan pangan adalah apakah dan pada saat apa pemerintah harus mengambil kebijakan untuk mengimpor beras.

Sejak awal pandemi Covid 19, beberapa pengamat menyarankan pemerintah untuk mengimpor beras sesegera mungkin guna mengantisipasi potensi dampak negatif COVID-19 terhadap pasokan pangan dalam negeri. Produksi beras dalam negeri diprediksi akan turun tahun ini karena adanya prediksi musim kemarau yang lebih panas dari biasanya di beberapa wilayah di negeri ini.

3. Kebijakan terkait akses pangan masyarakat rentan

Terbatasnya paket stimulus Covid 19 Indonesia dapat dilihat pada alokasi anggaran untuk program perlindungan sosial. Telaah yang lebih mendalam terhadap bantuan tersebut menunjukkan bahwa keterbatasan anggaran membatasi kapasitas pemerintah untuk memberikan bantuan ekonomi kepada kelompok miskin dan rentan untuk meringankan dampak ekonomi Covid 19. Hal ini dapat dilihat pada program-program baru yang dikenalkan untuk menghadapi pandemi, seperti program bantuan sosial. Efektivitas program-program perlindungan sosial dalam membantu rumah tangga mengatasi dampak Covid 19 juga terganggu oleh beragam permasalahan dalam pelaksanaan program mulai dari keterlambatan dalam penyaluran program bantuan hingga salah sasaran. Tidak adanya infrastruktur kelembagaan yang baik yang memungkinkan pemerintah di tingkat pusat maupun daerah untuk secara efektif mengatasi bencana

berskala besar, seperti Covid 19 dapat menjadi akar permasalahan. Meski menjadi pihak yang paling mengerti tentang kekurangan sistem yang ada saat ini dalam mengidentifikasi dan memperbarui daftar calon penerima program perlindungan sosial.

F. Rekomendasi Penanggulangan dampak Covid 19 pada pangan dan gizi

Covid 19 masih menjadi ancaman mengkhawatirkan selama beberapa waktu kedepan. Hal ini tentunya sangat berpengaruh terhadap stabilitas ketahanan pangan nasional hingga berimplikasi pada kualitas gizi masyarakat Indonesia. Dalam penanggulangan ancaman Covid 19 terhadap pangan dan gizi terdapat beberapa point penting yang perlu mendapatkan perhatian, meliputi:

1. Ketersediaan Pangan

- a. Akibat adanya Covid 19, diprediksi produksi komoditas pangan, utamanya pangan pokok dapat menurun. Karenanya, pemerintah perlu memantau secara ketat stok bahan pangan nasional dengan menerapkan konsep perdagangan yang *up to date* sesuai dengan konteks terkini masyarakat sehingga kebijakan ekspor dan import utamanya komoditas bahan pokok dapat disesuaikan dengan kebutuhan. Kernanya, diperlukan pula kemampuan bergerak secara taktis dan cepat dalam penanganan permasalahan pangan dan gizi.
- b. Revitalisasi pertanian dengan meningkatkan kualitas petani dan produk pertanian sehingga dapat menerobos ancaman Covid 19 terhadap ketahanan pangan.
- c. Dalam pendistribusian pangan, perlu ada kerjasama yang baik dari hulu dan hilir sehingga rantai pasokan bahan pangan tidak terhambat sampai ke masyarakat.

2. Akses Pangan

- a. Akses pangan yang paling penting adalah jaminan terhadap masyarakat rentan dan miskin sehingga dapat memenuhi kebutuhan pangan yang layak dan bergizi setiap harinya. Dampak krisis covid 19 ini sangat mempengaruhi keadaan sosial ekonomi masyarakat, sehingga pemerintah perlu jeli dalam menentukan langkah atau tindakan strategis baik berupa program pemberdayaan maupun bantuan sosial lainnya.
- b. Basis data kependudukan yang biasa digunakan pemerintah sangat perlu diperbaharui agar setiap program dan kebijakan yang ditujukan untuk masyarakat terdampak Covid 19 dapat tepat sasaran.
- c. Perlunya pertimbangan dalam pelaksanaan program bantuan sosial kepada masyarakat renta dan miskin, agar kelompok yang tidak tercakup oleh program-program lain juga dapat bantuan selama pandemi. Pemerintah juga perlu memikirkan kemungkinan memperpanjang penggunaan sebagian Dana Desa untuk bantuan sosial selama pandemi. Hal ini akan membantu memperbesar cakupan program perlindungan sosial selama pandemi Covid 19. Selain memperkuat program-program perlindungan sosial yang sudah ada, pemerintah juga perlu mendukung berbagai inisiatif yang dilakukan organisasi nirlaba atau organisasi masyarakat untuk membantu kelompok miskin dan rentan agar dapat mengakses pangan yang cukup.

3. Pemanfaatan Pangan

- a. Pemanfaatan pangan dapat dipastikan dengan meningkatkan kualitas gizi kelompok rentan seperti anak-anak, perempuan, ibu hamil, lansia. Salah satunya adalah dengan meningkatkan akses layanan kesehatan dasar sebagai bentuk penanggulangan masalah gizi. Posyandu

dan puskesmas wajib beroperasi dengan mengikuti aturan protokol kesehatan terhadap Covid 19.

- b. Perlu ada upaya perubahan perilaku melalui komitmen kesadaran pada upaya higiene sanitasi yang baik agar masyarakat rentan terutama anak-anak bebas dari penyakit infeksi~sebagai pemicu masalah gizi, disaat pandemi Covid 19 terjadi.
- c. Akses sanitasi dan air bersih perlu diperluas, diiringi dengan peningkatan pengetahuan dan kesadaran kesehatan sebagai upaya mendukung pemanfaatan pangan dan mencegah timbulnya masalah gizi dikemudian hari.

4. Gizi

Masalah beban ganda gizi yaitu kekurangan gizi dankelebihan gizi yang masih menjadi momok bagi indonesia perlu dicegah dengan perubahan perilaku bik dari stakeholder maupun masyarakat itu sendiri. Salah satu contoh adalah gerakan kejar tumbuh dengan pemberian pangan sehat bergizi tinggi pada anak-anak yang mengalami stunting. Program seperti ini dapat diinisiasi oleh pemerintah selaku penanggung jawab berbagai kebijakan yang menyangkut kualitas hidup masyarakat, tanpa ataupun dengan pandemi covid 19.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, S. dkk, 2020. Tinjauan Strategis Ketahanan Pangan dan Gizi di Indonesia Informasi Terkini 2019-2020. Laporan Penelitian SMERU.
- Wijasena, Y. 2020. Pentingnya Asupan Gizi Seimbang Di Masa Pandemi Corona. <https://radioedukasi.kemdikbud.go.id> [akses 25 Februari 2021]
- Maulidani, D. dkk., 2020. Perilaku Penerapan Gizi Seimbang Masyarakat Kota Binjai Pada Masa Pandemi Covid 19 Tahun 2020. Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Medan.
- UMY, Mei 2020. Ketahanan Pangan Indonesia di Masa Pandemi. <https://www.umi.ac.id>. [akses 25 Februari 2021]
- Pusdatin Kemenkes, 2018. Situasi Balita Pendek di Indonesia. Buletin Stunting. <https://pusdatin.kemkes.go.id/article>. (akses 26 Februari 2021)
- TNP2K, 2017. 100 kabupaten/Kota Prioritas Penanggulangan Anak Kerdil (Stunting). Volume 1. www.tnp2k.go.id
- CNBC Indonesia. 2020. "BLT Jadi Amunisi RI Untuk Perang Lawan Corona, Apakah Cukup?". <https://www.cnbcindonesia.com/net>. [26 Februari 2021]
- FAO. 2015. *The State of Food Insecurity in the World Report*.
- FAO. 2017. "Strengthening Sector Policies for Better Food Security and Nutrition Result", *Policy Guidance Series*.
- Suryahadi, dkk. 2020. Estimating the Impact of COVID-19 on Poverty in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies* 56.
- Susanti, dkk..2016. 'Pengaruh Umur Petani, Tingkat Pendidikan, dan Luas Lahan terhadap Hasil Produksi Tanaman Sembung.' *Jurnal Tumbuhan Obat Indonesia*.

PROFIL PENULIS



Dhyani Ayu Perwiraningrum, lahir di Muntilan, sebuah daerah perbatasan Yogyakarta-Magelang, 9 Nopember 1985. Memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, Peminatan Ilmu Perilaku dan Pendidikan Kesehatan (2008) dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Antara tahun 2009-2011 sebelum melanjutkan pascasarjana, pernah bekerja sebagai staf anggota DPR RI Komisi IX

Senayan Jakarta. Pada tahun 2011 melanjutkan studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran (Sekarang FKKMK) Universitas Gadjah Mada dengan Minat Utama Perilaku dan Promosi Kesehatan (PPK) hingga lulus memperoleh gelar MPH (*Master of Public Health*). Pernah bekerja sebagai editor buku, lalu pada tahun 2015 melanjutkan bekerja sebagai dosen di salah satu poltekkes di Yogyakarta. Sejak 2018 hingga saat ini bekerja sebagai dosen PNS di Program Studi Gizi Klinik, Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Jember. Beberapa *project* yang pernah dilakukan salah satunya adalah riset Kebijakan Stunting skala Nasional dan Kabupaten Jember kerjasama dengan *Yappika Action Aid* Jakarta, serta dengan Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa (DPMD) yaitu sebagai fasilitator dan narasumber kegiatan pencegahan Stunting di Jember. Email dhyani@polije.ac.id atau wa. 085739967272.

BAB 7

Kebijakan dan Sistem Pelayanan Kesehatan



Irwan Hadi

BAB 7

ANALISIS DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Dalam suatu organisasi kebijakan merupakan suatu hal yang penting, hal ini karena kebijakan dapat memberikan dampak yang baik bagi kehidupan anggota organisasi. Kebijakan juga diperlukan guna melaksanakan suatu pekerjaan, kepemimpinan ataupun cara bertindak. Demikian juga dalam kehidupan bernegara kebijakan harus selalu ada, karena kebijakan akan sangat berpengaruh terhadap kehidupan warga negara. Apabila suatu negara tidak memiliki kebijakan, maka peraturan yang ada dalam negara pun tentu tidak dapat berjalan secara teratur. Suatu kebijakan akan merujuk pada proses pembuatan keputusan-keputusan yang penting pada suatu organisasi. (KMPK IKM UGM, 2015)

Sesuai dengan undang-undang nomor 17 tahun 2007 tentang rencana jangka panjang pembangunan tahun 2005-2025 bahwa Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan, kemauan dan kesadaran hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Akan tetapi, Pembangunan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai permasalahan yang belum sepenuhnya dapat diatasi sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai pengelola kesehatan meliputi jaminan kesehatan masyarakat. Pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung.

Kebijakan kesehatan diartikan sebagai kemampuan menganalisis dalam pengambilan keputusan. Kebijakan

Kesehatan termasuk didalam kategori kebijakan publik. Kebijakan diartikan sebagai suatu kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana visi, misi sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang mempunyai satu tujuan, dan memiliki arah untuk mencapainya (Evans G, 2003)

Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan merupakan suatu kebutuhan dalam penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan suatu rangkaian konsep, asas, ketentuan pokok dan keputusan yang diambil oleh seseorang atau se-kelompok Aktor yang menjadi asas dan dasar untuk melaksanakan kegiatan untuk mencapai suatu tujuan sehingga keadaan yang seimbang dan dinamis antara fisik, mental sosial maupun spiritual tidak mengalami gangguan atau penyakit sehingga masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi, sebagai indikator derajat kesehatan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor. (Trisnantoro, 2011)

Pelaksanaan kebijakan layanan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Proses tersebut dilakukan secara berjenjang dipusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Di Indonesia konteks pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap individu yang perlu mendapatkan perhatian dengan baik. Untuk itu, pemerintah telah berkomitmen untuk meningkatkan layanan kesehatan secara baik dan nyata diantaranya dalam sistem Kesehatan nasional, sistem jaminan Kesehatan nasional dan kartu indoneisa sehat. (Massie, 2012)

B. Pengertian Analisis dan Kebijakan Kesehatan

Definisi Kebijakan dapat diartikan dari beberapa referensi yang menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara, sikap atau tindakan yang mempengaruhi seseorang baik sebagai perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan

Kebijakan sering pula diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu. Kebijakan dapat disusun dalam semua level pemerintahan dan tingkatan dari pusat sampai ke daerah. Orang yang dikatakan membuat kebijakan atau pembuat kebijakan merupakan suatu kelompok khusus yang mempunyai kedudukan dan tanggung jawab yang tinggi dalam suatu organisasi atau jabatan dalam pemerintahan. (Ervianingsih et al.,2020)

Kebijakan Kesehatan dapat diartikan sebagai suatu rangkaian konsep, nilai, asas dan ketentuan pokok dalam pengambilan keputusan yang diambil oleh seseorang atau pelaku kepentingan yang menjadi pedoman dalam pemikiran dan dasar pelaksanaan kegiatan untuk mencapai tujuan atau keadaan seimbang. Kebijakan kesehatan termasuk didalamnya sebagai suatu bagian dari sistem kesehatan (dimana terdapat suatu komponen-komponen yang meliputi sumber daya manusia, struktur organisasi/Job description, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan

Kebijakan Kesehatan yang telah menjadi suatu program dan desain program baik tingkat pusat maupun daerah telah menjadi *policy maker* dalam pengambilan suatu keputusan yang termasuk didalamnya juga kebijakan Kesehatan internasional ((Hunter 2005; Labonte, 1998; Mohindra 2007).

Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada

prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat. Kebijakan-kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta.

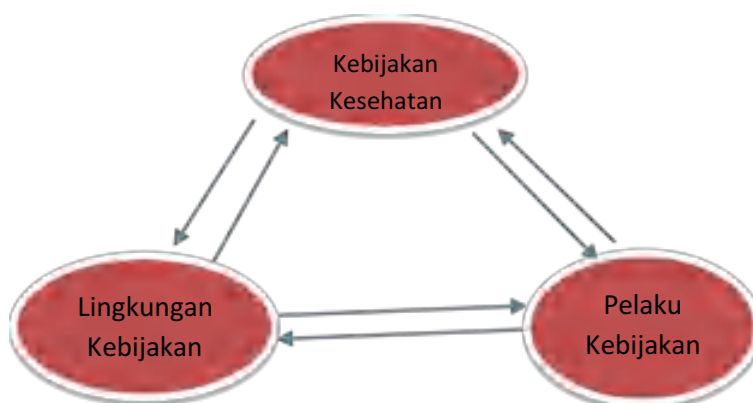
Kebijakan merupakan produk pemerintah, walaupun pelayanan kesehatan cenderung dilakukan secara swasta, dikontrakkan atau melalui suatu kemitraan, kebijakannya disiapkan oleh pemerintah di mana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik (Buse, May & Walt, 2005). Kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk menformulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan (WHO, 2000).

Kebijakan Kesehatan mempunyai Tujuan yaitu untuk menyiapkan dan menyediakan sistem perencanaan, pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999). Kebijakan kesehatan tidak saja terdiri dari dokumen-dokumen strategi dalam suatu negara, tetapi juga bagaimana kebijakan itu diimplementasi oleh pengambil keputusan dan pemegang program kesehatan, dan bagaimana melakukannya secara praktis pada masing-masing tingkatan pemerintahan.

Kebijakan yang akan ditetapkan membutuhkan perencanaan dan simulasi yang baik, benar serta harus sesuai dengan kebutuhan kelompok organisasi atau masyarakat yang membutuhkan. Suatu kebijakan mengandung beberapa ciri penting yang bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan masyarakat sehingga sangatlah wajar dalam penetapan suatu kebijakan membutuhkan tinjauan, pertimbangan dan masukan dari masyarakat. Penetapan kebijakan melewati beberapa tahapan sistematis sehingga dapat mencakup semua variable pokok yang akan dipecahkan. Kesemuanya itu dilakukan agar tidak menimbulkan kegagalan dalam pelaksanaannya.

C. Segitiga kebijakan Kesehatan

Pada prinsipnya ada tiga komponen dalam system Kesehatan yang semuanya saling berhubungan satu sama lain dan terikat serta saling mendukung yaitu kebijakan Kesehatan itu sendiri, para pelaku kebijakan dan lingkungan kebijakan dan hal tersebut sering kita kenal dengan istilah segitiga keijakan yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 7.1 Segitiga Keijakan

Kebijakan Kesehatan (*Health Policy*) diartikan sebagai pernyataan Atau Tindakan yang mengarahkan pada upaya peningkatan derajat Kesehatan dalam mengambil keputusan atau penetapan pemerintah yang bersifat mengikat dimana haikat dalam kebijakan Kesehatan terdiri atas keputusan-keputusan atau Tindakan yang diambil oleh pemerintah dalam bidang Kesehatan.

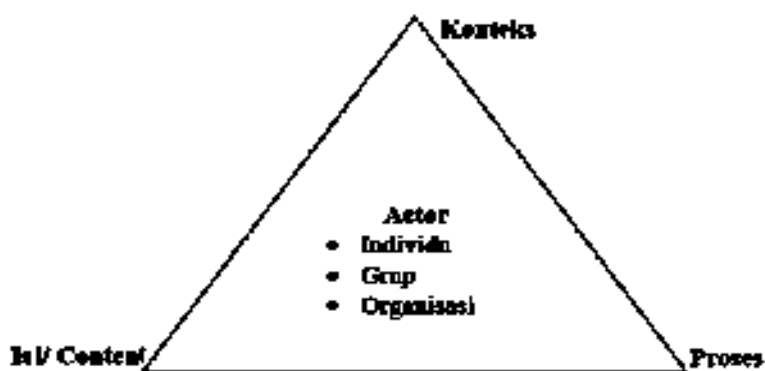
Kebijakan Kesehatan tersebut ditujukan untuk kepentingan seluruh masyarakat dengan membuat prioritas Kesehatan atau kelompok rentan terhadap terjadinya suatu penyakit. Kelompk rentan yang dimaksud mempunyai suatu kondisi dan gangguan dalam kondisin tubuhnya seperti lansia ibu hamil dan menyusui dan bayi/ balita, ditambah lagi tidak mempunyai akses terhadap pelayanan Kesehatan terutama pada daerah terisolir, tertinggal dan terluar sehingga perlu dikelompokkan dalam upaya

peningkatan derajat Kesehatan pada kelompok masyarakat tertentu.

Perilaku Kebijakan diartikan sebagai seluruh unsur yang terkait dalam bidang Kesehatan terutama pengambil keputusan. Sedangkan lingkungan kebijakan merupakan keadaan atau kondisi yang dapat mempengaruhi atau melandasi pengambilan suatu kebijakan. Pada hakekatnya, terdapat tiga komponen dalam sistem kesehatan yang saling berhubungan, yaitu: kebijakan kesehatan (*healthpolicy*), para pelaku kebijakan (*actors of policy*), dan lingkungan kebijakan (*environment of policy*). Akan tetapi didalam perjalanannya, konsep “segitiga kebijakan” tersebut terdapat penambahan variable lain sebagai salah satu komponen penting, yaitu variable masyarakat sebagai salah satu komponen penting lainnya yang menjadi salah satu unsur dalam proses penetapan kebijakan bidang pelayanan kesehatan. (islami, 2009)

Selain dari itu perlu dipahami juga beberapa hal dalam pengambilan kebijakan yaitu isi, proses dan kekuatan kebijakan. Ketiga hal tersebut dibuat dalam Kerangka yang dapat digunakan untuk memahami pentingnya mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan. memahami bagaimana mereka berinteraksi dan mempengaruhi kebijakan kesehatan. Juga berarti pemahaman terhadap proses dimana pengaruh-pengaruh tersebut diolah (contoh: dalam penyusunan kebijakan) dan konteks dimana para pelaku dan proses yang berbeda saling berinteraksi. Kerangka ini pada isi, konteks, proses dan pelaku. Kerangka tersebut digunakan dalam buku karena membantu dalam mengeksplorasi secara sistematis bidang politik yang terabaikan dalam kebijakan kesehatan dan kerangka tersebut dapat diterapkan dinegara dengan penghasilan rendah, menengah dan tinggi. Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini

menunjukkan kesan bahwa ke-empat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Tidak demikian seharusnya! Pada kenyataannya, para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota suatu kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: ketidak-stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan – bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga – dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Dan isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini. Jadi, segitiga tersebut tidak hanya membantu dalam berpikirsistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan, tetapi juga berfungsi seperti peta yang menunjukkan jalan-jalan utama sekaligus bukit, sungai, hutan, jalan setapak dan pemukiman



Gambar 7.2 Segitiga Analisis Kebijakan

D. Proses Penetapan Kebijakan Kesehatan

Proses penetapan suatu kebijakan merupakan proses yang melibatkan banyak proses maupun variable yang harus dikaji dan dicermati oleh karena itu beberapa ahli mengkaji dan membagi

proses penetapan kebijakan kedalam beberapa tahapan. Tujuan dari pembagain tersebut adalah untuk memudahkan dalam menjadi suatu kebijakan meskipun beberapa membagi tahapannya dengan menggunakan tahapan yang berbeda-beda. Said Zinal Abidini menyatakan ada beberapa tahapan sebagai prinsip dasar dari sebuah proses Analisa yang harus dipoerhatikan pada saat dibuat dan penerapan suatu kebijakan yaitu : (said zainal abidin, 2004)

1. Terdapat tujuan yang ingin dicapai yang dilakukan melalui usaha-usaha yang telah disepakati dengan bantuan Faktor pendukung yang diperlukan .
2. Tersapat rencana yang merupakan alat arau cara tertentu untuk mencappaimya.
3. Terdapat program yang telah disepakati dan mendapat persetujuan serta pengesahan untuk mencapai tujuan, membuat dan menyelesaikan rencana serta melakukan evaluasi pelaksanaan oprogram yhang sudah ada.
4. Terdapat keputusan yaitu Tindakan yang telah disepakat dan disetujui untuk diambil Tindakan dengan menentukan tujuan. Membuat dan menyelesaikan rencana yang sudah ada.
5. Dampak merupakan pengaruh yang terjadi atrau timbul dari suatu organisasidalam masyarakat.

Wilian Dun (2007) menyatakan bahwa proses penetapan suatu kebijakan melewati beberapa tahapan yaitu :

1. Tahap Penyusunan Agenda

Pada tahap ini para perumus kebijakan memilih dan menempatkan masalah dalam agenda kebijakan. Masalah tersebut kemudian akan berkompetisi terlebih dahulu dan pada akhirnya dalam masuk ke dalam agenda kebijakan, pada tahap ini suatu masalah dapat menjadi agenda kebijakan dan ditetapkan menjadi fokus pembahasan atau dapat pula ditunda pembahasannya dalam waktu yang lama.

2. Tahap formulasi kebijakan

Pada tahap ini agenda kebijakan yang telah masuk kemudian dilakukan pembahasan oleh perumus kebijakan. Masalah tersebut akan didefinisikan kemudian akan dilakukan pemecahan masalah. Dalam perumusan masalah kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah tersebut.

3. Tahap adaptasi kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan maka akan muncul alternatif kebijakan yang dapat diadopsi dengan dukungan mayoritas suatu legislatif.

4. Tahap implementasi kebijakan

Pada tahap ini suatu program kebijakan akan dilaksanakan oleh unit-unit administrasi. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan bersaing dan mendapat dukungan dari para pelaksana tetapi ada beberapa yang mungkin akan mendapatkan penolakan dari pelaksana kebijakan tersebut.

5. Tahap evaluasi kebijakan

Dalam tahap kebijakan dijalankan akan dinilai sejauh mana kebijakan tersebut membuat atau mempunyai dampak yang diinginkan sehingga dalam tahap ini dibutuhkan indikator ketercapaian kebijakan yang telah diimplementasikan.

Selanjutnya William Dun juga menjelaskan ada lima tahap dalam proses terjadinya kebijakan yaitu : (William N Dunn, 1999)

1. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah adalah mencari masalah yang dihadapi kemudian digolongkan menurut jenisnya. Proses pengidentifikasi masalah ini merupakan Langkah awal yang sangat penting yang menentukan Langkah berikutnya kemudian masalah tersebut akan diklasifikasikan menurut

sebab, sumber, jenis dan bidang. Dalam identifikasi masalah harus dilengkapi dengan sumber yang jelas dan data yang akurat disertai fakta dilapangan.

2. Penentuan Alternatif

Penentuan alternatif merupakan Menyusun dan membuat beberapa pilihan penyelesaian masalah yang dihadapi. Penentuan alternatif merupakan kelanjutan dari idnetifikasi maslaah dimana beberapa pilihan alternatif penyelesaian masalah disesuaikan dengan jenis, sumber dan bidnagnya sehingga penyelesaian masalah yang dihasilkan valid dan dapat dipertanggung jawabkan.

3. Pemilihan Alternatif

Pemilihan alternatif merupakan penetapan pilihan yang terbaik dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Dari berbagai alternatif yang ditawarkan akan dilakukan analisis berdasarkan fakta dan data yang telah disampaikan kemudian akan ditetapkan penyelesaian masalah yang kemudian akan dilaksanakan menjadi pedoman dalam melakukan tindakan kebijakan.

4. Penerapan alternatif

Pada tahap ini pengambilan keputusan atau pelaksanaan alternatif terbaik yang telah ditetapkan untuk menyelesaikan permasalahan yang bersifat efektif dan efisien.

5. Evaluasi kebijakan

Evaluasi kebijakan merupakan Langkah ahir yang ditempuh dalam membuat kebijakan dimana pada tahap ini dilakukan penilaian hasil dari implementasi kebijakan yang telah dilakukan dan menyelesaikan masalah serta akibat yang ditimbulkan dari pengambilan keputusan tersebut.

Evaluasi kebijakan dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil sesuai dengan yang diharapkan.

Kebijakan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah harus dinilai apakah kebijakan tersebut sudah sesuai dengan tujuan dan harapannya atau tidak sesuai dengan tujuannya. Evaluasi kebijakan juga dapat melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan yang telah dijalankan yang kemudian dapat dilakukan perbaikan sehingga kebijakan yang telah diambil sesuai dengan tujuan dan harapannya.

Pendapat Wayne person (2005) Menjelaskan bahwa terdapat dua aspek dalam evaluasi yakni :

1. Evaluasi kebijakan dan bentuk programnya yang artinya aspek evaluasi terletak pada keterkaitan dengan kinerja atau performance kebijakan
2. Evaluasi orang/actor/implementor atau evaluasi terhadap orang yang bekerja atau bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kebijakan tersebut. (wayne person, 2005)

E. Desentralisasi Kebijakan Kesehatan

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit untuk dijelaskan definisinya karena bersifat kontekstual karena akan tergantung pada konteks histori, insittusi dan politis di masing-masing wilayah. Namun secara umum desentralisasi diartikan sebagai pemindahan tanggung jawab dalam perencanaan, pengambilan keputusan pembangkit serta pemanfaatan sumber daya serta kewenangan adminstratif dari pemerintah pusat ke unit teritorial,tingkat pemerintah yang lebih rendah, badan otoritas atau organisasi non pemerintah. Desantrilisasi dimaksudkan dapat meningkatkan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan sehingga dapat menyediakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasinya serta meningkatkan pemerataan dalam penggunaan sumber daya publik .(Trisnantoro, 2011)

Faktor – Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program desentralisasi dinegar berkembang antara lain :

1. Faktor politik

Keberhasilan pelaksanaan desentralisasi kebijakan sangat tergantung Faktor politik. Politik yang kuat dan mempunyai komitmen dan dukungan. Para pemimpin harus dapat mengikuti proses perencanaan, pemindahan, pengambilan keputusan dan kewenangan manajerial dari pusat ke daerah. Para pemimpin politik harus bersedia ikut dan menerima partisipasi dalam perencanaan dan pengelolaan organisasi yang berada diluar control pemerintah.

2. Faktor organisasi

Organisasi yang kondusif untuk desentralisasi meliputi alokasi sesuai dengan perencanaan dan fungsi administrasi antara tingkatan pemerintah dan daerah dengan setiap fungsi sesuai dengan kemampuan pengambilan keputusan dari masing-masing tingkat organisasi.

3. Faktor perilaku *stakeholder*

Kondisi perilaku dan psikologis dalam mendukung desentralisasi termasuk sikap yang tepat dan perilaku pejabat pemerintahan pusat dan daerah menjadi salah satu Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan desentralisasi terlebih lagi dukungan dan komitmen stakeholder dalam mendukung penerapan desentralisasi.

4. Faktor sumber daya alam dan financial

Faktor sumber daya dan keuangan yang dibutuhkan untuk desentralisasi termasuk pemberian kewenangan yang cukup untuk unit organisasi administratif merupakan faktor yang paling besar terhadap percepatan dan tujuan pelaksanaan desentralisasi.

Daftar Pustaka

- Ervianingsih, E., dkk . (2020). Kebijakan & Manajemen Pelayanan Kesehatan. In *Widina Bhakti Persada Bandung*. Widina Bhakti Persada Bandung.
- Evans G, M. N. (2003). Helping Governments Keep Their Promises Making Ministers and Governments More Reliable Through Improved Policy Management Repor. *South Asia Region- Internal Discussion Paper*, 187.
- islami, irfan. (2009). *Prinsip-prinsip perumusan kebijaksanaan negara*. Bumi Aksara.
- KMPK IKM UGM. (2015). Kerangka Kebijakan Kesehatan Konteks, Proses dan Pelaku. *Policy*, 5–18.
- Massie, R. (2012). Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis Dan Penelitian. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4), 409–417. <https://doi.org/10.22435/bpsk.v12i4.2747>
- Said zainal abidin. (2004). *kebijakan publik*. Yayasan pancur siwa.
- Trisnantoro. (2011). *Tantangan Pelaksanaan Kebijakan Pemerintah*. Gajahmada Univeristy.
- wayne person. (2005). *public policy*. prenatal media.
- William N Dunn. (1999). *Analisis Kebijakan Publik*. Hanindita Graha Widya.

Biodata Penulis



Ns. Irwan Hadi, M.Kep Lahir di Lendang Kekah, 23 Juli 1988 merupakan Dosen Tetap di STIKES YARSI Mataram. Riwayat Pendidikan ditempuh pada Program Profesi Ners STIKES YARSI Mataram lulus tahun 2011 dan Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang dengan bantuan Beasiswa Pendidikan Dalam Negeri (BPP DN) Lulus tahun 2015 dengan hasil

karya Budaya, Kerjasama Tim dan Komunikasi dalam Keselamatan Pasien. Riwayat Pekerjaan Penulis sebagai Koordinator Marketing di Klinik Kamboja Mataram, Manajer SDM di RSI Siti Hajar Mataram, Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKES YARSI Mataram dan saat ini menjadi Wakil Ketua Bidang Akademik STIKES YARSI Mataram sedangkan dalam Organisasi saat ini ditunjuk sebagai Wakil Ketua bidang Penelitian dan Informasi Komunikasi DPW PPNI NTB, Wakil Ketua Bidang Organisasi DPD PPNI Kota Mataram, Sekretaris Himpunan Perawat Manajer Indonesia Provinsi NTB, Pengurus Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta (APTISI) Wil NTB dan Pengurus Asosiasi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) Wil Bali Nusa Tenggara. Penulis aktif dalam Publikasi dan penerbitan buku diantaranya Manajemen Keselamatan Pasien Teori dan Aplikasi, Buku Sukses Uji Kompetensi melalui Peer Teaching, Etika dan Hukum Kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Inovasi dan Kreatif dalam Pandemic Covid 19 dan beberapa buku praktik dan modul diantaranya Praktik Manajemen Keperawatan, Modul Oksigenasi dan Modul Aplikasi Pencegahan Resiko Insiden (APRI). Pengalaman sebagai akademisi dan praktisi dalam keperawatan dan Kesehatan kemudian di tuangkan dalam hasil karya ilmiah dan publikasi baik berupa artikel maupun buku sesuai dengan bidang keilmuwan.

BAB 8

Kesehatan Ibu dan Anak



Yuhanah

BAB 8

KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Pengertian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif baik secara sosial dan ekonomis. Kesehatan juga dapat diartikan suatu kondisi fisik, mental dan sosial yang utuh serta terbebas dari penyakit atau kelemahan. Sedangkan pengertian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah merupakan suatu upaya di bidang kesehatan menyangkut pelayanan dan pemeliharaan pada setiap Ibu hamil, ibu saat bersalin, ibu yang menyusui, bayi dan anak balita serta anak diusia prasekolah. Pemahaman tentang KIA telah mengalami bergeser seiring dengan bertambahnya wawasan pengetahuan dan kondisi. Membahas terkait Kesehatan Ibu dan Anak yang di singkat dengan KIA memiliki makna yang sangat spesifik dan tidak asing lagi bagi tenaga profesi kesehatan karena sering menjadi bahan pembincangan di berbagai media masa khususnya dalam program kesehatan. KIA merupakan salah satu program primadona dari beberapa bidang kesehatan sejak jaman dahulu hingga sampai saat sekarang ini dan program KIA selalu menjadi agenda dalam kebijakan pemerintah yang dilaksanakan secara berjenjang dan berkesinambungan dari hulu sampai ke hilir yaitu sampai pada tingkat pelayanan primer seperti Puskesmas bahkan sampai pada level pelayanan desa yang dikenal dengan istilah Pos Kesehatan Desa (POSKESDES). Berbicara tentang Kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu program dan ujung tombak keberhasilan dan kualitas kesehatan suatu bangsa tentunya akan terbersit dalam benak dan terpikir untuk lebih memahami konsep tentang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Uraian kalimat diatas dapat dipahami bahwasannya

ruang lingkup KIA terfokus hal-hal berkaitan pada ranah kesehatan ibu dan kesehatan anak.

B. Sejarah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Perkembangan zaman semakin pesat berdampak teradap berbagai tatanan kehidupan yang mengalami perubahan secara signifikan, seiring dengan bertambahnya kesadaran masyarakat akan tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas termasuk semakin meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak. Dampak dari sejarah asal muasal pertolongan persalinan dan perawatan anak masa lalu yang sebagian besar penatalaksanaanya dilakukan oleh tenaga dukun beranak atau paraji dan selanjutnya pertumbuhan pelayanan kesehatan masa lampau lebih dominan dipelopori oleh lembaga-lembaga kesehatan lain seperti karya kesehatan berupa klinik bersalin, Rumah sakit dan sekolah bidan. Napak tilas awal sejarah program kesehatan ibu dan anak tersebut masih terintegrasi dengan bidang kesehatan masyarakat yang umum, sehingga belum menjadi program unggulan dan bukan merupakan salah satu unsur kewajiban dalam menata dan mengelola kegiatan program tersebut. Seiring berjalanya waktu dengan melihat berbagai fenomena yang ada di masyarakat baik yang dirasakan dampaknya secara individu oleh keluarga, di lingkungan komunitas maupun tatanan masyarakat dalam suatu bangsa.

Tahun 1940-1950 Indonesia mengalami masa krisis dimana laju pertumbuhan penduduk yang lambat sebagai akibattingginya angka kematian (*mortalitas*) penduduk Indonesia, masalah ini disebabkan oleh berbagai faktor yang ada diantaranya adalah pelayanan kesehatan ibu, bayi dan pelayanan kesehatan pada anak. Tahun 1946 seorang Dr yang diberi amanah tanggung-jawab sebagai menteri kesehatan muda yaitu Dr. Johannes Leimena mengawali gagasan dan perhatian sangat berharga, dimana beliau memberikan kontribusi terhadap kesehatan ibu dan anak di Indonesia saat itu. Alasan yang mendasari menteri

kesehatan muda tersebut adanya berbagai persoalan kesehatan menjadi pemicu dan salah satunya adalah permasalahan angka kematian ibu dan anak yang cukup tinggi di Indonesia, sebagai contoh pada tahun 1951 angka kematian ibu hamil (*maternity death rate*) sebanyak 12-16% yang berarti dari jumlah 12-16 kematian Ibu per 1000 Ibu yang melahirkan, dan jumlah angka kematian bayi (*infant mortality rate*) mencapai 115-300% yang berarti terdapat 115-300 kematian bayi per 1000 kelahiran bayi. Suatu persoalan bangsa yang tidak bisa dipungkiri dan diabaikan mengenai tingginya angka mortalitas pada ibu dan anak sangat membutuhkan penanganan secara serius, sebab hal tersebut dapat berdampak kepada tatanan dan ketahanan di suatu negara.

Tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di Indonesia tahun 1951 disebabkan beberapa faktor yaitu:

1. Akses ke tempat pelayanan kesehatan khusus untuk mendapat pelayanan KIA sulit terjangkau, karena letak geografis yang kurang mendukung dan sebagian besar masyarakat Indonesia tinggal di daerah pedesaan, sehingga sarana transportasi menjadi permasalahan dan sebagai alternatif solusi ke tempat pelayanan kesehatan dengan transportasi seadanya bahkan berjalan kaki.
2. Terbatasnya tenaga kesehatan terlatih yang tersebar tidak merata di daerah terpencil berdampak terhadap penanganan kelahiran bayi mendominasi jasa dukun atau paraji dengan cara persalinan tradisional yang sudah turun temurun, tentunya tindakan ini sangat merugikan kesehatan terutama bagi keberlangsungan hidup ibu dan bayi.
3. Tinjauan Keanekaragaman budaya di Indonesia yang masih dijunjung tinggi dengan alasan klasik sebagai warisan leluhur yang harus dipegang teguh bagi penerusnya, seperti tradisi makanan pantang bagi ibu hamil (larangan konsumsi berbagai jenis ikan air tawar dengan alasan bayinya nanti bau amis) selain itu penolong persalinan harus dukun yang

memiliki tangan dingin atau sakti, sehingga setiap persalihan yang di tolongnya mendapat keselamatan, juga tradisi yang dianut pada setiap bayi lahir langsung dimandikan dan diurut dimana sebagian besar masyarakat percaya bayi akan kuat dan terindar dari berbagai penyakit. Selain itu asupan cairan pada enam jam pertama diawal kehidupan bayi diberi minuman (air tajin, larutan asam jawa dan air madu), tradisi ini jelas bertentangan dengan aturan kesehatan.

C. Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia saat ini

Kesehatan merupakan sebuah infestasi yang dapat dinilai dari kesejatraan fisik, jiwa dan sosial, hal ini tentunya menjadi sebuah dambaan bagi setiap orang. Berbagai upaya dilakukan agar setiap individu bisa hidup produktif melalui pemeliharaan kesehatan dan memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan berbasis standar.

Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak di Indonesia tidak terlepas dari sejarah kehidupan bangsa, dimana pelayanan bidang kesehatan kesehatan ibu dan anak saat ini telah sejalan berdasarkan tujuan yang telah di tetapkan dan merupakan tanggung jawab pemerintah dalam melindungi masyarakat Indonesia dari berbagai gangguan kesehatan karena kesehatan adalah sebagai hak asasi manusia yang telah tercantum dalam UUD 1945. Pemerintah juga memiliki suatu kewajiban untuk mengembangkan infrastruktur di berbagai wilayah tanah air secara adil dan merata, tentu disadari sepenuhnya bahwa kesehatan secara utuh sangat dibutuhkan oleh masyarakat sebagai (*public health essential*) terutama oleh penduduk masyarakat yang memiliki keterbatasan ekonomi di bawah rata-rata. Beberapa agenda sebagai dukumen penting, baik sebelum maupun sesudah indonesia merdeka yang bisa dijadikan sebagai tonggak sejarah perkembangan program kesehatan ibu dan anak Indonesia.namuan disisi lain pada kenyataanya permasalahan

kesehatan ibu dan anak (KIA) masih menjadi tantangan bagi sistem kesehatan baik di tingkat nasional maupun di tingkat kabupaten dimana perpanjangan system pelayanan kesehatan di tindaklanjuti sampai ke sarana pelayanan puskesmas sebagai pintu gerbang dan ujung tombak pelayanan pertama di tingkat primer, permasalahan pokok yang mendasar dalam pembahasan terkait kesehatan ibu dan anak yaitu :

1. Permasalahan kesehatan ibu.

Salah satu indikator yang dijadikan tolak ukur sebagai gambaran kesejahteraan masyarakat di suatu Negara, diantara penilaiannya adalah seberapa banyak Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu menurut definisi WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan. Saat ini akses untuk mendapat pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas sudah cukup baik, akan tetapi Angka Kematian Ibu masih cukup tinggi. Tahun 2018/2019 AKI di Indonesia berjumlah 305 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab utama AKI adalah 26% hipertensi dalam kehamilan yang berdampak terhadap komplikasi persalitanan dan 32% perdarahan post partum sebagian besar akibat retensi dari plasenta, serta 14 % infeksi akibat aborsi yang tidak aman. Hal ini sangat ironis, mengingat berbagai penyebab kematian ibu sebenarnya dapat dicegah sedini mungkin, jika setiap ibu selama kehamilannya mendapat perawatan medis yang tepat. Adapun faktor determinan lain karena adanya kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan ibu bersalin yang belum memadai juga kondisi ibu hamil yang tidak sehat sehubungan dengan perencanaan kehamilan yang kurang matang, sehingga perempuan melahirkan terlalu banyak, terlalu dekat, terlalu muda dikenal dengan istilah 3 Terlalu, dan kurang akan pengetahuan tentang pentingnya menjaga kesehatan kehamilan; disamping itu kematian ibu dapat disebabkan 3 faktor terlambat seperti :

- a. Terlambat mengambil keputusan untuk merujuk ke sarana kesehatan yang lebih memadai. Situasi seperti ini kadang sangat menyulitkan dan membingungkan bagi ibu dan mubasirnya rentan waktu yang tersita akibat keputusan yang diambil, terjadi tarik ulur dan pada akhirnya pengambilan keputusan berdasarkan kesepakatan pihak keluarga. Biasanya di beberapa daerah dengan tradisi tertentu saat mengambil keputusan tertinggi adalah pada suami atau orang tua. Hal ini sering menimbulkan ibu hamil mengalami keterlambatan dalam merujuk dengan waktu yang tepat.
- b. Terlambat mengenali ciri-ciri bahaya pada kehamilan. Rendahnya pendidikan ibu dan kurangnya pengetahuan keluarga serta minimnya informasi yang diterima oleh masyarakat, disisi lain kemampuan petugas yang masih kurang dalam mendeteksi secara dini tanda dan gejala resiko pada kehamilan, saat melahirkan dan bahaya masa nifas berdampak terhadap terlambatnya penanganan kasus komplikasi dan penatalaksanaan kedaruratan pada ibu.
- c. Terlambat mendapat tindakan yang tepat disarana kesehatan rujukan, kondisi ini disebabkan faktor terlambat mengurus administrasi, terbatasnya sumber daya manusia yang kompeten di tempat rujukan, sarana pra sarana tidak memadai dan kurangnya ketersediaan darah yang dibutuhkan, sehingga system ini menjadi pemicu bertambahnya angka kematian ibu.

Permasalahan morbiditas pada ibu. Status kesehatan ibu hamil merupakan gambaran dan salah satu indikator kesehatan nasional. Malnutrisi saat kehamilan berpengaruh terhadap kesejahteraan dan perkembangan janin dalam kandungan dan secara langsung berpengaruh juga terhadap kesehatan ibu, seperti kasus defisiensi kalsium dapat mengakibatkan hipertensi dalam kehamilan yang dapat memicu preeklampsia dan

eklampsia, serta kejadian anemia berkontribusi sebanyak 20% dari kematian ibu.

Menurut WHO, dalam skala global, 10% ibu hamil dan 13% wanita melahirkan mengalami penyakit mental, terutama depresi. Khususnya negara-negara berkembang seperti Indonesia, angka kejadian penyakit mental pada ibu hamil lebih tinggi dari negara maju. Akan tetapi, kesadaran masyarakat terhadap isu ini masih sangat rendah.

2. Permasalahan kesehatan anak.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang, salah satu indikatornya adalah angka kematian bayi sebagai cerminan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi baru lahir sangat rentan terhadap kondisi lingkungan tempat orang tua berada. Angka Kematian Bayi merupakan salah satu indikator derajat kesehatan dalam *Sustainable Development Goal* (SDGs) dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dengan harapan dituntaskannya kasus kematian bayi ditargetkan pada tahun 2030.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kematian bayi pada tahun 2017 adalah sebesar 24/1.000 KH. Telah terjadi penurunan angka kematian bayi, tetapi belum memenuhi standar angka kematian bayi yang ditentukan. Faktor penyebab AKB diantaranya adalah berat badan lahir rendah (BBLR) dan usia bayi dimana anak memiliki risiko paling tinggi terjadi gangguan kesehatan yang bisa berakibat fatal, di samping itu pemeriksaan antenatal care (ANC) yang dilakukan ibu selama kehamilan sebagai bentuk pengawasan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim, juga umur, pendidikan, pekerjaan dan status tempat tinggal ibu memberikan kontribusi terhadap faktor kasus kesakitan dan kematian pada bayi di Indonesia saat ini. eklampsia, serta kejadian anemia berkontribusi sebanyak 20% dari kematian ibu.

Kasus angka kematian bayi belum sepenuhnya teratasi karena berbagai kendala ditambah permasalahan baru yang semakin kompleks terkait stunting yang dialami anak Indonesia dan sedang hangat diperbincangkan diberbagai kalangan termasuk media masa. Berdasarkan WHO, stunting adalah gangguan tumbuh kembang anak yang disebabkan kekurangan asupan gizi, terserang infeksi dan stimulasi yang tak memadai. Penderita stunting di Indonesia menurut hasil Riskesdas 2018 berjumlah 30,8% dan kasus gizi buruk berjumlah 17,7% sedangkan kasus obesitas hasil riskesdas 2018 berjumlah 21,8%

Persolan demi persoalan yang dihadapi masyarakat indonesia terkait masalah kesehatan tentunya diharapkan partisipasi dari semua komponen pemangku kebijakan dan secara teknis pelaksana lintas program di lapangan untuk bersatu padu dalam menuntaskan permasalahan kesehatan demi terwujudnya kualitas derajat bangsa. Partisipasi masyarakat dan berbagai langkah sebagai terobosan yang dilakukan pemerintah selama ini masih perlu di evaluasi dan perlu dukungan sungguh-sungguh dari seluruh komponen masyarakat yang melatarbelakangi berbagai masalah dihadapi seakan tak kunjung habis bahkan selalu muncul secara tiba-tiba dengan persoalan baru. Fitrah dan patut kita yakini bahwa ada hikmah dibalik penomena alam yang selama ini terjadi. Sehebat apapun yang kita miliki tak perna sempurna hanya sebatas hitungan jari. Kesabaran dan jati diri saat ini sedang teruji. Do'a dan munajat pada sang Maha Pemberi yaitu Aloh SWT semoga bisa memberikan jalan terbaik demi kemaslahatan bangsa ini.

D. Solusi dan Strategi Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Mortalitas dan morbiditas pada ibu dan anak saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat krusial. Tingginya angka kematian maternal dan neonatal serta anak mempunyai dampak yang besar terhadap keluarga dan masyarakat. Kematian seorang wanita saat melahirkan sangat

mempengaruhi kelangsungan hidup bayi dan keluarganya. Pernyataan bijak pemerintah yang telah mendukung dan membantu upaya peningkatan taraf kesehatan ibu hamil dalam rangka penurunan angka kematian ibu di Indonesia. Oleh karena itu mitra kolaborasi private sectors dan semangat pemberdayaan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam mempromosikan kesehatan ibu hamil untuk mengurangi kasus kematian ibu dan bayi dan meningkatkan taraf kesehatan di Indonesia.

Derajat kesehatan yang optimal merupakan cita-cita masyarakat dan harapan Bangsa. Langkah strategi yang dapat dilaksanakan dan dikembangkan melalui beberapa tahapan diantaranya:

1. Tahapan pertama, ketersediaan sarana dan prasarana

Ketersediaan sarana dan prasarana yang lengkap sesuai kebutuhan merupakan salah satu penunjang keberhasilan dalam pelaksanaan berbagai program khususnya di bidang kesehatan terutama dalam penanganan kasus yang ada dimasyarakat, seperti penanganan permasalahan kesehatan ibu dan anak yang memiliki keterkaitan dengan angka kematian ibu dan angka kemataian bayi melalui :

- a. Pengembangan sarana gedung dan jumlah ruangan untuk semua kegiatan terutama ruang observasi dan ruang penatalaksanaan kegawatdaruratan atau pelayanan emergensi termasuk tercukupinya ruang untuk perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan daya tampung dan jenis tipe pelayanan.
- b. Penambahan sarana atau rehabilitasi Pos Pelayanan di Desa (POSKESDES) atau pondok Bersalin Desa (POLINDES) untuk pendekatkan pelayanan dan memudahkan keterjangkauan masyarakat terutama bagi masyarakat di daerah terpencil yang sulit dan terkendala dengan sarana transportasi.
- c. Melengkapi kebutuhan instrument dan bahan lainnya yang di kondisikan dengan pertimbangan seberapa banyak

jumlah kasus secara rutin yang di tangani dengan tidak mengabaikan kebutuhan perlengkapan lainnya termasuk ketersediaan obat-obatan.

- d. Memanfaatkan wadah kesehatan yang ada melalui pemberdayaan yang dikelola oleh masyarakat seperti Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU), gedung Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) atau sarana lainnya yang dapat di fungsikan dalam menunjang kepentingan masyarakat di daerah pedesaan terutama berkaitan dengankesehatan.
- e. Melengkapi ketersediaan penunjang untuk administrasi, dokumentasi dan kelancaran komunikasi berupa internet, wifi dan sarana komunikasi lain yang sangat dibutuhkan.

2. Tahap kedua, kesiapan sumber daya manusia

Sumberdaya manusia yang memiliki pengetahuan, memiliki keterampilan dan sikap etitit yang baik merupakan modal utama dan pertama dari seorang profesi kesehatan dan mutlak dikatagorikan sebagai tenaga profesional yang handal dan berkualitas serta keberadaannya sangat dinanti disemua kalangan masyarakat terutama di pedesaan yang masih syarat dan mempertahankan budaya atau tradisi, beretika dan bertatakrama yang dianut secara turun-temurun

Langkah yang diambil untuk memenuhi ketersediaan SDM dan menggerakkan SDM yang sudah ada disarana pelayanan adalah :

- a. Meningkatkan kompetensi SDM yang ada di semua bidang keahlian melalui pendidikan yang berjenjang, pelatihan atau workhsop dan seminar-seminar agar ilmu yang dimiliki tetap terufdate, sehingga tidak ketinggalan dengan perkembangan zaman.
- b. Merekrut tenaga yang memiliki kualifikasi bisa dipertanggung jawabkan dari berbagai segi terutama memiliki kesiapan setiap saat bila dibutuhkan yangdisesuaikan dengan reward dan jumlah beban kerja.

- c. Memperbaiki sistem manajerial yang ada agar dapat bekerja secara efektif dan efisien berdasarkan mekanisme yang telah di disepakati bersama.
3. Tahap ke Tiga, Kemampuan advokasi dalam bermitra dan kolaborasi melalui:
 - a. Advokasi kepada pemerintah selaku pemegang keputusan dan kebijakan termasuk dalam bermitra dengan berbagai potensi yang ada termasuk pihak swasta dengan sistem asas manfaat dan saling menguntungkan kedua belah pihak untuk kepentingan masyarakat secara luas merupakan suatu gerakan yang harus dilaksanakan secara berkelanjutan dengan ciri utamanya Holistik dan Terintegratif. Kebersamaan dalam suatu gerakan masyarakat bersifat gotong-royong selama ini hampir sirnah di munculkan kembali dan akan memicu respon keterpaduan semua pihak yang bermitra.
 - b. Meningkatkan mitra baik sesama lintas program maupun lintas sektoral lainnya yang memiliki visi, misi dan tujuan sama untuk kepentingan masyarakat, sehingga daya unguhnya nampak dan nyata memiliki nilai lebih positif.
 - c. Kolaborasi dan saling menghormati dalam setiap pekerjaan menjadi suatu good practice antar sesama profesi, kemitraan dengan dukun beranak saat kolaborasi pertolongan persalinan dan penatalaksanaan bayi baru lahir dan kader di posyandu ketika mendeteksi tumbuh kembang anak.
 - d. Meningkatkan kolaborasi dengan pihak Kepala Urusan Agama (KUA) dalam sosialisasi edukasi pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bagi Calon Pengantin (catin) termasuk Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dampak pernikahan dini dan kiat agar setiap wanita bisa menjalani kehidupannya secara sehat, produktif dan dapat melaksanakan hak-hak reproduksi.

4. Tahap keempat, Peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga serta meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dengan cara:
 - a. Membuat rencana kerja untuk menstransper ilmu dalam bentuk KIE sesuai jadwal dan topik yang dibutuhkan serta mengemasnya menjadi suatu kegiatan menarik, tidak membosankan dan tepat sasaran, sehingga materi yang dibawakan mampu diterima; utamanya masyarakat secara sadar mau melakukan perubahan kearah yang lebih baik
 - b. Secara berjenjang dan berkesinambungan senantiasa memikirkan dan mencari cara membuat kelompok dengan memanfaatkan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita atau pertemuan kader dan penyegaran dukun bayi termasuk kelompok arisan dasawisma dengan menggunakan buku KIA sebagai sumber informasi lengkap dan akurat.
 - c. Memanfaatkan organisasi kemasyarakatan yang ada seperti PKK, Darmawanita, Majelis ta'lim dan kelompok remaja mesjid atau kelompok karang taruna, agar kegiatan bersinergi dengan arapan tujuan dapat tercapai.

Memberdayakan semua anggota dalam satu keluarga agar tahu, mau dan mampu menjalankan perilaku kehidupan secara sehat tentunya bisa jadi figure yang bermanfaat bagi sekitarnya.

Tujuan secara umum program kesehatan ibu dan anak adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya untuk atau mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan indonesia serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang yang lebih optimal merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya, sedangkan tujuan kususny adalah :

1. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna sebagai upaya

pembinaan kesehatan keluarga, dasa wisma dan penyelenggaraan posyandu.

2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, kelas ibu hamil dan kelas ibu balita serta di sekolah pendidikan usia dini (PAUD).
3. Meningkatnya jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan ibu menyusui.
4. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dalam keluarganya.

Upaya-upaya lainnya dalam strategi meningkatkan kesehatan ibu dan kesehatan anak cukup banyak terutama proses pengembangan program menjadi skala prioritas dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB di Indonesia. Kita sadari bersama bahwa dari berbagai jejaring seperti usaha kesehatan pada akhirnya menyangkut persoalan kesehatan ibu dan kesehatan anak penuh tantangan dan membutuhkan perjuangan yang ekstra serta sungguh-sungguh dan pantang menyerah kata pepatah harus tetap sabar dan tetap istiqomah yakin usaha tidak akan sia-sia.

Daftar Pustaka

- Tantri Swastika, dkk. (2014) *Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Yogyakarta tahun 1910an sampai 1953* Yogyakarta: Pustaka Universitas Gaja Mada. [Skripsi Ilmu Sejarah].
- Dinkes Lamongan. (2015) *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jawa Timur: Berita Kesehatan
- DaSK. (2021) *Analisis Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak berbasis Data*. Yogyakarta. KKMK UGM
- Gledys Tirsa L, J. (2020) Faktor-aktor Yang Berhubungan Dengan Kematian Bayi di Indonesia. *Jurnal KESMAS*, Vol. 9(4).
- Kemenkes RI. (2009) *Peraturan Perundang-undangan Kesehatan*. Jakarta. Badan PPSDM.
- Kemenkes RI. (2015) *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi dan KIA.
- Rella Astiannis. (2018) *Johannes Leimena dalam Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia (1946-1956)*. FACTUM Volume 7(2). [Skripsi].
- Priyadi, S. (2012) *Metode Penelitian Pendidikan Sejarah*. Yogyakarta: Ombak.
- Nadia Juliati. (2020) *Perkembangan Kesehatan Ibu dan Anak(KIA) dan AKI di Indonesia Saat ini*. Riau. Kopasina.
- Nurur Gina P. (2019) *Pernyataan Kebijakan Maternal Health*. Pekanbaru. Center for Indonesian Medical Students' Activities (CIMSAs)
- Neelakantan, V. (2014) *Health and Medicine in Soekarno Era Indonesia*. Sydney. Social Medicine, Public Health and Medical Education 1949 to 1967. [Tesis]
- Kemenkes RI. (2018) *Menjaga Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. Warta KESMAS

PROFIL PENULIS



Hj. Yuhannah. S.ST., M.Kes., Lahir di Limbangan, 12 Juli 1964. Alamat penulis berada di Kolaka, Sulawesi Tenggara. Pendidikan terakhir penulis yaitu Magister Kes. Reproduksi. Penulis saat ini aktif sebagai Dosen USN Kolaka, Sultra. Sebelumnya juga pernah aktif menjadi tenaga profesi Bidan Ahli madya di puskesmas Tosiba, Kec. Samaturu Kolaka pada Tahun 1984 s/d 2017.

Riwayat Tridarma di Perguruan Tinggi yakni pernah mengajar Mata Kuliah Etika, Psikologi dan Maternitas. Adapun untuk publikasi telah menerbitkan 6 publikasi bersinta dan 1 scopus dan tercatat telah 15 kali melakukan pengabdian. Untuk pengalaman organisasi penulis aktif di organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia, Keagamaan dan Organisasi masyarakat serta pemateri. Penulis juga pernah 3 kali sebagai presenter nasional, 1 kali presenter Internasional, 5 kali pelatihan dan 60 kali seminar. Penulis juga pernah menulis buku ber ISBN dan HAKI.

Adapun penghargaan yang pernah beliau peroleh yakni Piagam Penghargaan Satyalancana Karya Satya XX tahun 2013 Presiden RI, Penghargaan Anugrah Kehormatan PNS Teladan tahun 2015 Bupati Kolaka, Piagam Penghargaan Satyalancana Karya Satya XX tahun 2016 Presiden RI dan Piagam Penghargaan Bidan Teladan tahun 2017 Bupati Kolaka.

BAB 9

Imunitas Tubuh



Abdul Rahim

BAB 9 IMUNITAS TUBUH

A. Sistem Kerja Imun Tubuh

Kerja sistem imun tubuh terbagi dalam 3 kelompok :

1. Sistem pertahanan tubuh awal, Contoh : kulit, rambut di kulit, air mata
2. Sistem pertahanan tubuh non spesifik (alamiah), sistem yang paling cepat bereaksi ketika ada serangan virus, bakteri / mikroba dari luar.
3. Sistem pertahanan spesifik (dapatan), sistem ini baru bekerja jika perlawanan sistem imun alami tidak cukup; bekerja menurut jenis serangan virus / bakteri yang terjadi yang bekerja : Limfosit T & B

Hasil kerjanya adalah terbentuk antibodi (IgG & IgM). Orang dengan kondisi sistem imun yang prima, tidak akan mudah terinfeksi. Sedangkan, Sistem imun terganggu akan mudah terinfeksi. Faktor yang mengganggu sistem imun : stress, kurang gizi, terlalu lelah, dsb. Untuk memelihara sistem imun maka dapat dilakukan dengan pola hidup sehat : cukup istirahat, makan bergizi seimbang, tidak stress, menghindari lingkungan yang dapat mengakibatkan sakit dan bila perlu mengkonsusmsi obat / suplementasi yang dapat menguatkan sistem imun (daya tahan) tubuh.

Terapi imunopotensiasi atau Imunomodulator merupakan upaya pengobatan untuk memperbaiki fungsi sistem imun dengan menggunakan bahan yang merangsang sistem imun. Imunomodulator adalah senyawa yang dapat meningkatkan mekanisme pertahanan tubuh baik secara spesifik maupun non spesifik, dan terjadi induksi non spesifik baik mekanisme pertahanan seluler maupun humoral. Adapun pertahanan non spesifik terhadap antigen : paramunitas dan Zat inductor imunitas : paraimunitas.

Inductor imunitas biasanya tidak ada/ sedikit sekali kerja antigennya. Sebagian besar bekerja sebagai mitogen yang digunakan

untuk meningkatkan proliferasi sel yang berperan pada imunitas. Immunostimulan ditujukan untuk perbaikan fungsi imun pada kondisi-kondisi immunosupresi. Immunostimulan dapat mempengaruhi respon imun seluler maupun humoral. Kelemahan : efek menyeluruh dan tidak bersifat spesifik untuk jenis sel / antibodi tertentu, Efek umumnya lemah. Indikasi immunostimulan al.: AIDS, infeksi kronik, dan keganasan terutama yang melibatkan sistem limfatik

B. Immunomodulator & Immunostimulan

1. Pengertian Immunomodulator

Obat yang terbukti mampu memodifikasi respon sistem imun dengan memodulasi dan/atau memberi efek potensiasi pada sistem imun tubuh. Definisi dan cakupan immunomodulator yaitu suatu senyawa baik biologik maupun sintetik yang dapat menstimulasi, mensupresi, atau memodulasi salah satu komponen sistem imun.

Pada Immunomodulasi berarti cara untuk memperbaiki dan mengembalikan fungsi & aktivitas sistem imun yang terganggu/ untuk menekan yang fungsinya berlebihan. Dengan kata lain, mengembalikan ketidakseimbangan sistem imun. Suatu immunomodulator, bukan merupakan immunogen/ antigen, tetapi suatu bahan obat yang mampu memodulasi komponen sistem imun (menekan/ meningkatkan aktivitas sistem imun) tanpa bereaksi/ berikatan secara immunologis. Bekerja melalui reseptor karbohidrat yang ada di permukaan masing-masing sel immunokompeten, melalui TLR (*toll-like receptor*)/ melalui cara lain yang belum diketahui.

Salah satu immunostimulan yang telah disetujui oleh US-FDA yaitu isoprinosin, direkomendasikan untuk mengendalikan keparahan & lama infeksi virus. Penggunaan immunostimulan, khususnya sebagai terapi adjuvan pada pasien yang mendapat kemoterapi akan memberi harapan baru bagi penatalaksanaan kanker di masa depan.

Klasifikasi immunomodulator Dalam perspektif klinik immunomodulator dapat diklasifikasikan dalam 3 kategori :

1. Imunoajuvan
2. Imunosupresan

3. Immunostimulan

Ada yang mengklasifikasikan sebagai :

1. imunorestorator
2. immunosupresor
3. immunostimulator

Kita akan bahas masing-masing sebagai berikut:

1. Imunoajuvan. Obat/senyawa yang digunakan untuk meningkatkan efikasi vaksin. Obat ini dipertimbangkan sebagai immunostimulan spesifik. Harapan untuk modulator respons imun yg sesungguhnya tetapi pengembangannya lambat. Contoh yang paling dikenal : Freund's adjuvant, mengandung *Bacillus Calmette Guiren* (BCG), dianggap tidak tepat digunakan pada manusia (Claassen *et al*, 1992). Contoh lain, Muramyl dipeptide (MDP) : merupakan kandungan aktif dari dinding sel BCG tapi tidak mampu menggantikan BCG dari Freund's adjuvant.*Terdapat istilah Imunorestorasi : suatucara untuk mengembalikan fungsi sistem imun yang terganggu dengan cara memberikan berbagai komponen sistem imun, seperti plasma, timus, plasmaferesis, cangkok sumsum tulang, immunoglobulin dalam bentuk immune serum globulin atau hyperimmune serum globulin.
2. Immunosupresan. Senyawa/ obat yang digunakan untuk mengendalikan respons imun patologis pada pasien dengan penyakit autoimun, reaksi penolakan pada transplantasi (graft rejection), graft vs host disease, reaksi imun hipersensitivitas (tipe immediate/ delayed) & patologi kekebalan tubuh yang terjadi akibat infeksi. Contoh : azathioprine, siklofosamid, metotreksat, sirolimus, dan mycophenolate mofetil.
3. Immunostimulan. Senyawa yang mampu meningkatkan ketahanan tubuh terhadap infeksi (mungkin juga terhadap alergi, autoimunitas & penyakit keganasan). Dengan definisi ini immunostimulan di alam bersifat non spesifik, tetapi berefek

baik pada sisi innate maupun sisi adaptif dari respons imun. Pada individu sehat berfungsi sebagai profilaksi / senyawa promotif / immune potentiators (meningkatkan respons imun) Pada individu dengan gangguan respons imun disebut sebagai senyawa imunoterapeutik.

Kondisi-kondisi immunocompromised, termasuk pasien dengan defisiensi imun primer (humoral, seluler, atau kombinasi sindrome defisiensi imun) maupun defisiensi imun sekunder (antara lain : AIDS, keganasan, kemoterapi kanker, atau pasien mendapat steroid).

Obat pada kondisi immunocompromised tidak efektif sebagai senyawa tunggal, umumnya diberikan bersama kemoterapi standar untuk menghilangkan sel kanker yang residual maupun untuk terapi infeksi kronik/persisten/laten (karena virus, parasit, dsb), baik disertai/ tanpa disertai obat kemoterapeutik.

2. Pengertian Imunostimulan

Induktor imunitas biasanya tidak ada/ sedikit sekali kerja antigennya, tapi lebih besar sebagai mitogen (meningkatkan proliferasi sel yang berperan pada imunitas). Sel tujuannya antara lain makrofag, granulosit, limfosit T & B. karena induktorparamunitas ini bekerja menstimulasi mekanisme pertahanan seluler. Mitogen bekerja langsung/ tak langsung misalnya melalui sistem komplemen atau limfosit, melalui produksi interferon/enzim lisosomal untuk meningkatkan fagositosis mikro dan makro Terdapat imunomodulator alami & sintetik

- i. Isoprinosin, meningkatkan penggandaan sel T, meningkatkan toksitas sel T, membantu produksi IL-2 yang berperan dalam diferensiasi limfosit dan makrofag, serta meningkatkan fungsi sel NK. Perhatian pada obat ini dimana diberikan dengan dosis 50 mg/kgBB dan perlu pemantauan kadar asam urat

- darah karena pemberian isoprinosin dapat meningkatkan kadar asam urat.
- ii. Levamisol. Dalam klinik lazim dipakai sebagai obat cacing, sebagai imunostimulan berkhasiat untuk meningkatkan penggandaan sel T, menghambat sitotoksitas sel T, mengembalikan anergi pada beberapa kanker (bersifat stimulasi nonspesifik), meningkatkan efek antigen, mitogen, limfokin & faktor kemotaktik terhadap limfosit, granulosit & makrofag. Penggunaan klinis untuk mengobati artritis reumatoid, penyakit virus, lupus eritematosus sistemik, sindrom nefrotik. Diberikan dengan dosis 2,5 mg/kgBB po. selama 2 minggu, kemudian diikuti dosis pemeliharaan. Efek samping : mual, muntah, urtikaria & agranulositosis.
 - iii. Muramil dipeptida (MDP). komponen aktif terkecil dari dinding sel mikobakterium. Bahan tersebut kini dapat dibuat secara sintetik. Berkhasiat meningkatkan sekresi enzim & monokin, serta bersama minyak & antigen dapat meningkatkan respons selular maupun humoral. Dalam klinik telah banyak digunakan untuk pencegahan tumor & infeksi sebagai ajuvan vaksin.
 - iv. Vaksin BCG (*Mycobacterium bovis* yang dilemahkan). Setelah hasil uji pada tikus, disimpulkan bahwa obat jenis ini mengurangi sensitisasi & mengurangi pembentukan IgE spesifik & respons eosinofil terhadap rangsangan alergen & menginduksi produksi IFN- γ , dimana penggunaan dalam imunopotensiasi bermula dari pengamatan bahwa penderita tuberkulosis kelihatan lebih kebal terhadap infeksi oleh jasad renik lain. Dalam imunomodulasi digunakan untuk mengaktifkan sel T, memperbaiki produksi limfokin & mengaktifkan sel NK.
 - v. Toksin kolera, Toksin kolera subunit B yang berikatan dengan antigen presenting cell mengaktifasi produksi sitokin oleh sel T.

- vi. LW50020, suatu imunomodulator bakteri yang sedang diteliti pada mencit BALB/c yang merupakan preparat beberapa bakteri yang biasanya menyebabkan infeksi saluran nafas, bila diberikan per oral dapat meningkatkan mekanisme pertahanan paru dengan meningkatkan migrasi limfosit lamina propria & limfosit Peyer's patch.
- vii. N,N'-Diacetyl-1 Cystein N,N'-Diacetyl-1. Cystein adalah suatu dimmer disulfid dari N-acetylcystein. Hasil penelitian dengan mencit BALB/c menunjukkan bahwa Cystein meningkatkan sel CD8⁺ & sensitifitas kontak.
- viii. Echinacea, peningkatan fagositosis sel granulosit manusia in vitro
- ix. Polifenol, zat aktif teh hitam Cammelia sinensis, mempunyai khasiat imunopotensiator : menaikkan aktifitas makrofag, sel blast & limfosit T sitotoksitas.
- x. Vitamin A, Pada percobaan binatang vitamin A meningkatkan aktifitas sel neutrofil CD116, T CD8⁺, meningkatkan sekresi IL-2, IL-4, IL-10, IFN- γ .
- xi. Acemannan. suatu b(1,4)-linked acetylated mannan, mempunyai khasiat antivirus yang menyebabkan aktivasi makrofag & dengan IFN- γ menyebabkan apoptosis sel RAW264.7 melalui mekanisme inhibisi ekspresi bcl-2. Pada penelitian lain acemannan meningkatkan sintesis NO. Kenaikan ini didahului dengan peningkatan ekspresi mRNA NO synthase. Diduga prosesnya melalui peningkatan NOsynthase pada tingkat transkripsi.

Imunoterapi spesifik merupakan pemberian alergen dalam dosis rendah, meningkat berjenjang dengan ekstrak alergen yang sensitif terhadap penderita. Saat ini yang diberikan : ekstrak alergen hirupan & bisa / sangat. Modulasi imun yang ditimbulkan : merubah keseimbangan Th-1/Th-2 kearah Th-1.

Imunomodulator sebaiknya digunakan apabila seseorang, baik anak-anak atau dewasa mengalami gangguan kekebalan tubuh. Ciri :

biasanya anak yang mudah sakit, batuk berkepanjangan hilang timbul terus, mudah demam, dan mudah terkena infeksi lainnya. Sebaiknya tidak diberikan bila anak sedang dalam keadaan sehat dalam waktu berkepanjangan karena pemberian imunomodulator yang berlebihan akan merangsang respon imun justru akan memberikan reaksi berlebihan pada tubuh anak sehingga mengakibatkan peningkatan reaksi alergi & hipersensitifitas.

Pemakaian yang tidak tepat dapat merugikan tubuh : merangsang timbulnya alergi (belum ada penelitiannya). Dalam tubuh itu ada keseimbangan sel-sel limfosit dimana sel limfosit T-helper1 (berperan kepada kekebalan tubuh terhadap infeksi) & limfosit T-helper 2 (berperan pada antibodi). Pada orang yang reaksi kekebalan tubuhnya berlebihan akan mudah alergi karena sel limfosit T-helper 2 menjadi terlalu dominan.

C. Terapi Immunoglobulin

Immunoglobulin adalah protein yang dibentuk oleh tubuh, bagian dari sistem imun untuk memproduksi antibodi & berbagai faktor yang digunakan, untuk berhubungan dengan sel-sel kekebalan tubuh & memodifikasi reaksi imun. Terdapat 4 subtipe immunoglobulin : IgM, IgA, IgG (gamma globulin) dan IgE.

Ig pertama kali dihasilkan dari turunan plasma manusia (tahun 1952) untuk mengobati pasien dengan immunodefisiensi dan leukemia limfositik kronik. Transfusi immunoglobulin pertama kali diberikan secara intramuskular (im). Pada awal 1980-an sediaan Ig intravena (IVIG) digunakan pertama kali untuk mengobati pasien dengan purpura trombositopenia idiopatik (ITP), suatu penyakit defisiensi trombosit akibat kondisi autoimun.

IVIG digunakan untuk berbagai kelainan autoimmune. Kebanyakan IVIG dihasilkan dari kumpulan plasma yang diturunkan dari berbagai donor darah manusia. IVIG berisi lebih dari 95 % IgG yang tidak termodifikasi dengan fungsi sinyal imun utuh, bersama dengan IgA dan IgM, sitokin, komplemen & sedikit molekul HLA

IVIG merupakan immunomodulator yang berfungsi menyeimbangkan sistem imun, memperkuat sistem imun yang mungkin terlalu lemah dan mengurangi aktivitas sistem imun yang berlebihan. Immunoglobulin sebagai alternatif terapi pada : agamaglobulinemia, Guillen Barre Syndrome (GBS), Idiopathic Trombositopenia Purpura (ITP), flu burung, hepatitis A dan sebagainya. Teknik : terapi immunoglobulin dosis tinggi iv. Dalam jumlah sedikit, sistem kekebalan tubuh secara alamiah akan menggunakannya untuk menyerang organisme yang masuk ke tubuh. Pada penyakit GBS, terapi Ig dosis tinggi dari pendonor bisa menurunkan serangan imun pada sistem syaraf. Efektivitasnya seperti plasmaferesis, tapi terapi Ig lebih mudah dilakukan., IVIG juga memiliki anti-idiotypes yang menetralkan berbagai aktivitas autoantibodi.

Keuntungan terapi IVIG antara lain memodulasi kimia imun seperti komplemen; supresi produksi autoantibodi; menghalangi sinyal reseptor Fc pada sel makrofag dan limfosit B; dan menekan zat-zat inflamasi, seperti sitokin, kemokin, dan metalloproteinase. Blok sinyal reseptor Fc merupakan keuntungan utama terapi IVIG dan mengganggu proses imunitas normal yang mendestruksi sel jaringan pada kelainan autoimun. Autoantibodi dan toksin juga mungkin dapat dinetralkan oleh IVIG. Kompleks imun yang terdiri dari antigen dan antibodi juga berkurang. Pada pasien dengan sindrom defisiensi imunitas, IVIG menaikkan fungsi imun dan memberikan resistensi terhadap infeksi.

Indikasi Terapi IVIG (menurut FDA) yaitu sebagai immunodefisiensi primer; trombositopenia autoimun; penyakit vaskular Kawaskai disease; transplantasi stem cell atau sumsum tulang pada pasien berusia > 20 tahun; leukemia limfositik sel B kronis, pencegahan terhadap graft vs host disease pada pasien transplantasi, dan infeksi HIV pada anak-anak.. Selain itu, pengobatan anemia aplastik, aplasia sel darah merah, anemia hemolitik autoimun, penyakit hemolitik pada bayi baru lahir, pasien dengan inhibitor faktor pembekuan darah yang didapat, penyakit

von Willebrand yang didapat, neutropenia yang dimediasi imunitas (defisiensi sel darah putih polisegmen), penyakit pemfigoid, penolakan terhadap transfusi platelet, reaksi transfusi darah, Graves' ophthalmopathy, miksedema pretibial, multipel sklerosis, CIDP, Untuk kondisi reumatologi autoimun sistemik seperti rheumatoid arthritis, dermatomiositis dan sistemik lupus eritematosus (SLE), Untuk pasien yang berisiko infeksi pada pasien imunokompromais ☐ pasien luka bakar, trauma, BBLR atau infeksi HIVserta untuk berbagai penyakit autoimun yang berat.

Sediaan Human immunoglobulin G berupa kemasan vial 5%x50ml Untuk : mengobati sindroma defisiensi primer seperti kongenital agamaglobulinemia, defisiensi imun, gamaglobulinemia yang berhubungan dengan gen X dan Idiopatik Trombositopenia Purpura (ITP) akut dan kronik.

Kontraindikasi: riwayat anafilaksis / respon sistemik berat terhadap Ig, Pasien dengan defisiensi immunoglobulin A selektif yang memiliki antibodi melawan immunoglobulin A.. Jangan bersamaan dengan vaksinasi virus hidup seperti campak, mumps dan rubella. Hati-hati pada wanita hamil karena menimbulkan teratognik. Dosis: 1 kali perbulan 200 mg / kg berat badan. Dosis untuk Idiopatik Trombositopenia Purpura maksimal 2,000 mg /kg berat badan selama 5 hari, untuk terapi induksi 1,000 mg /kg berat badan per infus (20 mL/kg berat badan/infus).

Efek Samping: Menyebabkan sejumlah efek samping sementara biaya sangat mahal dan harus dipertimbangkan dengan tepat guna. Biaya terapi IVIG biasanya lebih dari \$50,000 dan pada berbagai kelainan, tidak didapatkan studi kontrol mengenai berbagai pertimbangan tentang efektifitas terapi ini. Efek samping yang dilaporkan terjadi pada sekitar 15% pada pasien penerima IVIG. Efek samping tersebut antara lain: demam, rasa terbakar, nyeri dada, sakit otot, pusing, dan nafas pendek. Efek-efek tersebut berkaitan dengan aktivasi kaskade komplemen, dimana mekanisme imunitas yang normal terlibat dalam proses penyembuhan. Beberapa sediaan IVIG

terdiri dari sukrosa dapat menyebabkan efek samping berupa gagal ginjal

Daftar Pustaka

- Abbas, A.K., Lichtman, A.H., Pillai, S., 2016, *Imunologi Dasar Abbas: Fungsi dan Kelainan Sistem Imun*, Edisi Kelima, ELSEVIER, Halaman 15-18.
- Baratawidjaja, K.G., Rengganis, I., 2013, *Imunologi Dasar*, Edisi ke-10, FKUI, Jakarta, Halaman 222-233.
- Chiappin, S., Antonelli, G., Gatti, R., Palo, E.F.D., 2017, *Saliva specimen: A new laboratory tool for diagnostic and basic investigation*, *Clinica Chimica Acta* 383 (2007) 30–40.
- Das, A., Sinha, M., Datta, S., Abas, M., Chaffee, S., Sen, C.K., Roy, S., 2015, *Monocyte and Macrophage Plasticity in Tissue Repair and Regeneration*, Published by Elsevier Inc. on behalf of the American Society for Investigative Pathology. *The American Journal of Pathology*, Vol. 185, No. 10, October 2015.
- Fabian, T.K., Fejerdy, P., Nguyen, M.T., Soti, C., Csermely, P., 2007, *Potential Immunological Functions of Salivary Hsp70 in Mucosal and Periodontal Defense Mechanisms*, *Arch. Immunol. Ther. Exp.*, 2007, 55, 1–8.
- Fabian, T.K., Hermann, P., Beck, A., Fejerdy, P., Fabian, G., 2012, *Salivary Defense Proteins: Their Network and Role in Innate and Acquired Oral Immunity*, *Int. J. Mol. Sci.* 2012, 13, 4295- 4320; doi:10.3390/ijms13044295.
- Guirado, E., Schlesinger, L.S., Kaplan, G., 2013, *Macrophages in Tuberculosis: Friend or Foe*, *Semin Immunopathol.* 2013 September; 35(5): 563–583. doi:10.1007/s00281-013-0388-2.

Profil Penulis



Rahim yang nama lengkapnya adalah Abdul Rahim berasal dari Pulau Buton, Kota Baubau, Sulawesi Tenggara. April 2017 merupakan tonggak sejarah kehidupan yang sesungguhnya karena ia berhasil menyelesaikan studinya di Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta. Pada Tahun, 2017 ia mulai berkelana menyebarkan ilmunya ke LOMBOK, NTB dengan mengajar Farmasi bidang herbal dan berkecimpung dalam kegiatan kewirausahaan herbal. Selain

aktif mengajar, ia juga aktif melakukan penelitian yang juga berkaitan dengan keilmuannya. Beberapa buku k telah dihasilkan Modul Farmasi Fisik, Fitoterapi Herbal Terapan, Farmasi Fisik Terapan, Modul Fitoterapi, Merdeka Belajar Di era Society 5.0., Seribu Pena Di Masa Pandemic, dll. Beberapa artikel yang ditulis telah dimuat diberbagai jurnal nasional terakreditasi dan sekarang ia menjabat sebagai Kepala Laboratorium Univeristas Hamzanwadi yang terkenal dengan motto nya Budaya santri & Bersaing

BAB 10

Penerapan PSBB dan Keselamatan Pengguna Jalan



Adrianto Sugiarto Wiyono

BAB 10

PENERAPAN

PEMBATASAN SOSIAL BERSKALA BESAR DAN KESELAMATAN PENGGUNA JALAN

A. Pengantar

Tidak ada yang menyangka bahwa di awal tahun 2020 akan terjadi sesuatu yang akan mengubah orang dalam berperilaku di dunia. Perubahan ini didorong oleh munculnya makhluk hidup mikro yang oleh para ahli diberi nama *Corona Virus ID 19* (COVID-19). Dengan munculnya virus ini, masyarakat dipaksa untuk melakukan pola hidup sehat untuk meminimalisasi penularan COVID-19. Salah satu perubahan perilaku dapat dilihat pada saat awal diumumkannya bahwa sudah adanya orang pertama yang terinfeksi virus ini di Indonesia. Perilaku yang seketika adalah memborong masker, penyanitasi tangan, dsb. Kepanikan melanda, terjadi aksi borong, barang menjadi langka sehingga harga menjadi sangat mahal. Itu adalah masalah makro yang terlihat, dalam konteks lebih mikro dapat terjadi ketika seseorang tidak mendapatkan produk yang dicarinya seperti masker di salah satu toko, kemudian dicarinya ke toko berikutnya. Ketika muncul ketakutan bahwa kemungkinan kehabisan di toko berikutnya maka yang sangat mungkin yang terjadi adalah seseorang akan memacu kendaraannya lebih cepat dibandingkan sebelumnya, kondisi tersebut dapat diperburuk dengan jika karena niat awalnya adalah membeli di toko yang dekat dengan rumah kemudian tidak menggunakan helm dan karena kehabisan dan bersegera menuju toko berikutnya yang mungkin harus melalui jalan raya yang berisiko lebih besar. Dapat dilihat bahwa ada dua perilaku yang mengarah kepada peningkatan risiko di jalan raya di awal kasus COVID-19 di Indonesia. Bagaimana dengan saat ini?

Berbagai langkah ditempuh oleh pemerintah untuk menekan penyebaran COVID-19 ini, antara lain dengan menerbitkan Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) memaksa orang untuk mengurangi aktivitasnya di luar rumah sehingga diharapkan dapat menurunkan risiko penularan COVID-19. Dengan berkurangnya aktivitas di luar rumah dan memperbanyak aktivitas daring yang menjadikan seseorang lebih banyak duduk di depan komputer dibandingkan biasanya maka akan memunculkan risiko baru selain dengan kesehatan juga yang terkait dengan keselamatan jalan, seperti menurunnya kemampuan mengendalikankendaraan karena otot tubuh yang sudah lama tidak terlatih dalam mengendarai kendaraan. Hal menarik lainnya adalah dengan diberlakukannya PSBB maka kondisi jalanan akan lebih lengang dibandingkan sebelumnya yang juga dapat mengarah kepada pengemudi yang merasa lebih tertantang untuk memacu kendaraan lebih cepat dibandingkan biasanya.

B. Pembatasan Sosial Berskala Besar

Mengacu kepada Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 9 tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) disebutkan bahwa yang dimaksud dengan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) adalah pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah yang diduga terinfeksi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan penyebaran *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). PSBB akan diterapkan jika jumlah kasus dan/atau jumlah kematian akibat penyakit meningkat dan

menyebarkan secara signifikan dan cepat ke beberapa wilayah; dan terdapat kaitan epidemiologis dengan kejadian serupa di wilayah atau negara lain.

Dalam skala mikro, PSBB ini selanjutnya disebut dengan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) berbasis mikro yang diatur dalam Instruksi Menteri Dalam Negeri nomor 03 tahun 2021 yang kemudian diperpanjang PPKM diatur kembali pada Instruksi Menteri Dalam Negeri nomor 04 tahun 2021 serta diperpanjang berikutnya diatur pada Instruksi Menteri Dalam Negeri nomor 05 tahun 2021. Pada aturan tersebut Pelaksanaan PSBB maupun PPKM antara lain meliputi peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, dan/atau pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Perpanjangan ini difokuskan kepada pengawasan sampai pada tingkat rukun tetangga (RT) dan meningkatkan langkah-langkah yang dikenal dengan 5M dan 3T.

Yang dimaksud dengan 5M adalah:

1. Memakai masker;
2. Mencuci tangan menggunakan sabun atau penyanitasi tangan;
3. Menjaga jarak;
4. Menjauhi kerumunan;
5. Membatasi mobilisasi dan interaksi.

Yang dimaksud dengan 3T adalah:

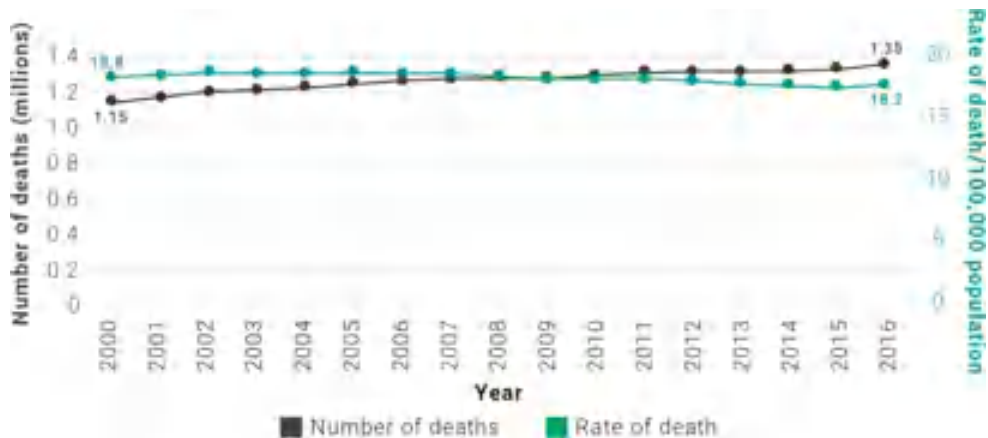
1. *Testing*;
2. *Tracing*;
3. *Treatment*.

Dengan kata lain bahwa kebijakan apa pun yang diambil oleh pemerintah baik daerah maupun pusat adalah dengan mengurangi banyaknya kumpulan massa sehingga risiko paparan virus dapat ditekan. Masyarakat sangat diharapkan mengurangi kegiatan luar rumah kecuali kondisi-kondisi tertentu yang terpaksa.

C. Fakta Keselamatan Jalan

Kementerian Kesehatan dan World Health Organization (WHO) mencatat beberapa fakta menarik terkait dengan kecelakaan lalu lintas sebagai berikut [6–13].

1. Kecelakaan transportasi tercatat sebagai penyebab kematian terbesar di luar bencana alam di Indonesia;
2. Sekitar 1,35 juta orang meninggal setiap tahun disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas;
3. Target dari *Sustainable Development Goal* (SDG's) pada tahun 2030 adalah menurunkan korban kecelakaan lalu lintas menjadi setengah dari tahun 2020;
4. Kecelakaan lalu lintas membebani banyak negara sebesar 3% dari Produk Domestik Brutonya;
5. Lebih dari setengah dari seluruh kematian dari kecelakaan lalu lintas melibatkan pejalan kaki, pesepeda, dan pengendara motor;
6. Kematian yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas sebesar 93% terjadi pada negara berpenghasilan rendah-menengah meskipun demikian negara-negara ini memiliki sekitar 60% kendaraan di dunia;
7. Cedera yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas adalah penyebab utama kematian anak-anak dan remaja usia 5-29 tahun.



(sumber: World Health Organization)

Gambar 10.1 Jumlah dan Angka Kematian dari Kecelakaan Lalu Lintas di Dunia

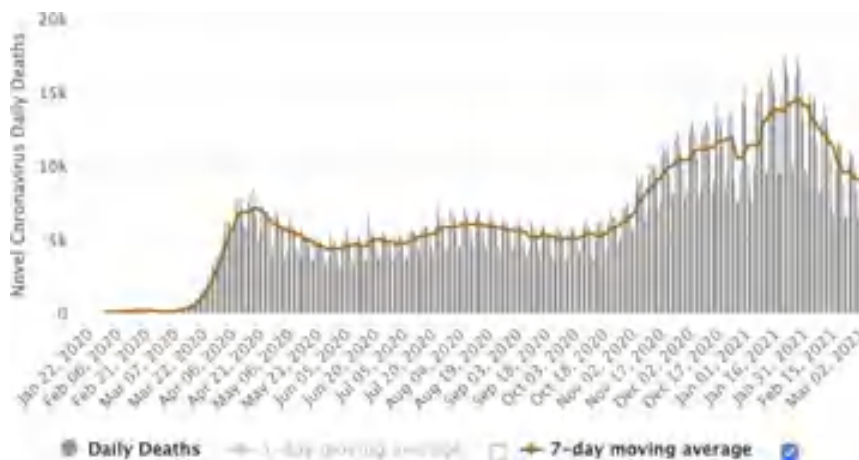
Jika dilihat angka kematian per 100.000 populasi di tahun 2000 adalah sebesar 18,8 jiwa menjadi 18,2 jiwa di tahun 2016, meskipun terlihat menurun, namun jika dilihat pada gambar 1, terlihat bahwa ada tanda-tanda kenaikan. Selain itu adalah jumlah kematian yang diakibatkan oleh kecelakaan lalu lintas ada kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Di tahun 2000 tercatat kematian akibat kecelakaan lalu lintas adalah sebanyak 1,15 juta jiwa dan di tahun 2016 meningkat menjadi 1,35 juta jiwa.

Di Indonesia sendiri, kecelakaan lalu lintas menurut Korps Lalu Lintas Kepolisian Republik Indonesia dalam Statistik Transportasi Indonesia 2019 mencatat bahwa jumlah kasus meningkat rata-rata sebesar 4,87% sejak tahun 2015 sampai dengan 2019. Korban meninggal dunia pun meningkat rata-rata sebesar 1,41% per tahunnya. Untuk korban luka ringan pun meningkat rata-rata 6,26% per tahun. Hanya korban luka berat yang menurun cukup signifikan setiap tahunnya yaitu rata-rata sebesar -13,67% per tahun. Kerugian materi pun naik sebesar rata-rata sebesar 4,23% per tahun.

WHO mengidentifikasi ada lima faktor utama penyebab kecelakaan yang harus mendapatkan perhatian, terutama oleh negara dalam bentuk peraturan, yaitu mengemudi, mabuk, sabuk keselamatan, helm, dan penahan anak[15,16]. Berikut beberapa kondisi terkait kelima faktor tersebut di Indonesia.

1. *Mengemudi*, ini tidak hanya dimaksudkan kepada balapan liar, namun juga mengendarai kendaraan dengan kecepatan tinggi tidak dalam bentuk kegiatan perlombaan. Indonesia memiliki aturan yang jelas terkait dengan kecepatan sebagai contoh aturan tentang kecepatan minimum di jalan tol adalah 60 km/jam dan maksimum adalah 80 km/jam atau 100 km/jam tergantung kondisi jalan tol tersebut.
2. *Mabuk*, Indonesia melarang seseorang mengemudikan kendaraan dengan kondisi yang tidak dalam konsentrasi penuh di antaranya adalah dalam pengaruh alkohol, obat-obatan, telepon, menonton televisi, dan sebagainya, namun khusus untuk pengaruh alkohol tidak ada disebutkan dengan jelas batas maksimum alkohol yang boleh dikonsumsi yang biasanya diukur dengan satuan BAC (*Blood Alcohol Concentration/Content*).
3. *Sabuk keselamatan*, diatur pada peraturan di Indonesia dengan mewajibkan pengemudi mobil dan penumpang depan menggunakan sabuk keselamatan, namun tidak diwajibkan terhadap penumpang belakang.
4. *Helm*, cukup tegas diatur tentang penggunaannya dan kualitas helm yang harus digunakan ketika berkendara menggunakan sepeda motor di jalan raya yaitu minimum harus memenuhi persyaratan yang sesuai dengan Standar Nasional Indonesia (SNI) nomor 1811-2007.
5. *Child restraint* (penahan anak), Indonesia belum memiliki aturan sama sekali. Penahan anak yang dimaksud seperti kewajiban menyediakan sabuk keselamatan atau kursi khusus anak-anak.

Menariknya bahwa jumlah kematian akibat kecelakaan lalu lintas di dunia justru semakin meningkat, meskipun hal tersebut merupakan masalah bertahun-tahun (Gambar 1). Jika dibandingkan dengan kematian yang diakibatkan COVID-19 (Gambar 2), dalam satu tahun korban meninggal akibat COVID-19 secara rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan kecelakaan lalu lintas, namun demikian kecenderungan korban meninggal karena COVID-19 dalam kurun satu tahun ini adalah semakin menurun yang sangat mungkin terjadi karena didukung dengan perilaku hidup sehat yang semakin baik dilakukan oleh masyarakat. Di masa mendatang dapat dipastikan akan semakin menurun lagi dengan semakin berkembangnya teknologi seperti pengembangan vaksin dsb. Berbeda dengan kecelakaan lalu lintas memiliki kecenderungan di setiap tahunnya meningkat. Hal ini menarik karena teknologi keselamatan pada kendaraan pun tentunya juga berkembang, namun kecelakaan lalu lintas tetap meningkat. National Geographic pernah menyampaikan bahwa semakin tinggi teknologi keselamatan suatu kendaraan, semakin tidak aman perilaku pengemudinya.



(sumber: *worldometer.info*)

Gambar 10.2 Jumlah Kematian Harian dari COVID-19

D. PSBB dan Keselamatan Jalan

Melihat beberapa kasus kecelakaan lalu lintas selama pandemi seperti di Amerika sebagaimana dikutip dari tempo.co, selama periode Januari hingga September 2020, kematian yang diakibatkan kecelakaan lalu lintas meningkat sebesar 4,6% dibandingkan tahun sebelumnya (Sugiharto, 2021). Hal tersebut diakibatkan karena terjadi kebiasaan mengemudi oleh para pengguna jalan. Keinginan untuk memacu kendaraan dengan kecepatan lebih tinggi terjadi karena jalanan menjadi lebih lengang dibandingkan biasanya. Kebiasaan ini tetap dilakukan di saat lalu lintas di Amerika kembali normal. Tercatat bahwa selama masa pandemi, kecepatan kendaraan di jalan meningkat rata-rata sebesar 22%. Dari para korban kecelakaan didapati yang dalam pengaruh alkohol dan obat-obatan sebanyak 65% dibandingkan tahun sebelumnya yang hanya mencapai 50%. Hal tersebut diduga banyak korban adalah dalam kondisi stres atau frustrasi yang diakibatkan karena pandemi, seperti kehilangan pekerjaan, dsb. Fakta lain yang didapati dari para korban kecelakaan lalu lintas di Amerika selama masa pandemi, adalah berkurangnya penggunaan sabuk keselamatan.

Lain halnya di Tokyo, ibukota negara Jepang, seperti yang dikutip pada tribunnews.com, tercatat pada Januari 2021, kematian yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas meningkat sebanyak 22 orang (Susilo, 2021). Hal tersebut disebabkan karena banyak pengendara adalah orang-orang yang selama ini memanfaatkan kendaraan umum seperti kereta api untuk aktivitasnya sehari-hari. Mereka terpaksa menggunakan kembali kendaraannya adalah demi mengurangi interaksi dengan publik yang berisiko membuat mereka terpapar virus. Kemampuan berkendara yang menurun karena selama ini menggunakan kendaraan umum serta lengangnya jalanan dianggap sebagai salah satu penyebabnya.

Di Indonesia menurut Kementerian Perhubungan, kendati kepadatan kendaraan berkurang, namun angka kecelakaan masih

cukup tinggi di tahun 2020, sedangkan menurut Kepolisian Daerah Metro Jaya tercatat bahwa ada penurunan kejadian kecelakaan maupun jumlah kematian akibat kecelakaan lalu lintas dalam wilayah Polda Metro Jaya [19–21]. Penurunan kecelakaan adalah sebesar 15% dan penurunan kematian akibat kecelakaan lalu lintas adalah sebesar 13%. Sementara itu Satuan Lalu Lintas Kepolisian Resor Kota Tulungagung, Jawa Timur, mencatat fakta menarik, yaitu terjadi penurunan kasus kecelakaan di awal pandemi pada bulan April sebesar 38 turun sebesar 59 kasus dibandingkan bulan sebelumnya, namun pada bulan Mei kasus kembali naik menjadi 53 kasus, Juni 73 kasus, Juli turun menjadi 63 kasus, dan Agustus meningkat tajam menjadi 93 kasus kecelakaan (Tribun News, 2020). Banyaknya kasus kecelakaan lalu lintas di wilayah Polres Tulungagung adalah disebabkan karena masyarakat banyak yang berpikir bahwa masih dalam masa pandemi maka pelanggaran lalu lintas tidak akan dikenai penindakan. Di Klaten, Jawa Tengah, tercatat kecelakaan sepanjang 2020 menurun menjadi 1.003 kasus dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 1.408 kasus (Suseno, 2020). Tercatat di Aceh terjadi penurunan kasus kecelakaan lalu lintas selama pandemi sebesar 26% (Zulkarnaini, 2020). Daerah istimewa Yogyakarta mencatat bahwa terjadi penurunan kasus kecelakaan disebabkan menurunnya pula kunjungan wisatawan di kota Yogyakarta dan aktivitas masyarakat Yogyakarta sendiri pun tidak banyak (Suprobo, 2020). Kota Parepare, Sulawesi Selatan mencatat penurunan kasus kecelakaan lalu lintas dari 167 kasus pada tahun 2019 menjadi 144 kasus pada tahun 2020 (Dalle, 2021).

Menurut William Haddon, bahwa kecelakaan lalu lintas dipengaruhi oleh tiga hal, yaitu faktor manusia, faktor kendaraan, dan faktor lingkungan (Matrix, n.d). Faktor manusia meliputi antara lain adalah kesalahan pengemudi kendaraan dalam menerima dan mengartikan suatu informasi, pengemudi kendaraan dalam pengaruh alkohol atau obat-obatan, penindakan atas pelanggaran yang dilakukan oleh pengemudi kendaraan,

perilaku pengemudi kendaraan, dsb. Faktor Kendaraan adalah hal-hal yang meliputi kondisi kendaraan seperti kelayakan jalan suatu kendaraan, sistem pengereman yang berfungsi dengan baik, fitur keselamatan yang tersedia pada kendaraan misalnya seperti *anti-lock braking system (ABS)*, *electronic braking distribution (EBD)*, *electronic stability control/program (ESC/P)* sabuk keselamatan, kantung udara (*airbag*), sasis kendaraan, lampu utama, *daytime running light (DRL)*, dsb. Faktor lingkungan antara lain adalah kondisi jalan, kontur jalan, cuaca, fasilitas pengguna jalan lain, marka, penerangan jalan, dsb.

Jika melihat berbagai kasus kecelakaan lalu lintas selama pandemi dan pemberlakuan PSBB di atas dan dilakukan analisis menggunakan Haddon Matrix dengan mengambil fase *pre-crash* saja maka akan terlihat sebagai berikut.

Tabel 10.3 Pemetaan Kecelakaan Lalu Lintas di masa Pandemi COVID-19 menggunakan Matriks Haddon

Fase	Faktor Manusia	Faktor Kendaraan	Faktor Lingkungan
Pre-crash	<p>Informasi: Mendapatkan informasi yang disalahartikan bahwa dalam masa pandemi adalah masa melakukan pelanggaran peraturan lalu lintas tanpa mendapatkan tindakan tegas</p>	<p>Tidak cukup informasi tentang kondisi kendaraan yang terlibat kecelakaan lalu lintas.</p>	<p>Faktor lingkungan yang didapatkan informasinya adalah kondisi lengangnya jalanan di masa pandemi/PSBB, yang kemudian mengarah kepada perilaku pengguna kendaraan untuk memacu kendaraannya dengan kecepatan yang lebih tinggi dibandingkan biasanya.</p>
	<p>Perilaku: Perilaku masyarakat yang memanfaatkan pelanggaran tindakan pelanggaran aturan lalu lintas, sehingga melakukan tindakan seperti tidak menggunakan helm pada saat mengendarai sepeda motor, memacu kendaraan melebihi batas kecepatan, menggunakan kendaraan tanpa memiliki Surat Izin Mengemudi (SIM), dsb.</p>		
	<p>Dalam Pengaruh: Pengaruh obat-obatan dan alkohol kasusnya tidak mencolok di Indonesia, namun tentunya bukan berarti tidak ada. Penggunaan obat-</p>		

Fase	Faktor Manusia	Faktor Kendaraan	Faktor Lingkungan
	<p>obatan terlarang dan alkohol sebagai pelampiasan tekanan kondisi pada masa pandemi juga merupakan salah satu faktor penyebab kecelakaan lalu lintas.</p>		
	<p>Penindakan: Penindakan atas pelanggaran lalu lintas dilonggarkan kemungkinan karena sumber daya dari pihak kepolisian difokuskan untuk penanganan pelanggar PSBB.</p>		
	<p>Keterampilan: Dalam hal keterampilan berkendara, juga tidak diperoleh cukup informasi dari para korban yang mungkin mengalami penurunan refleks dan kemampuan otot dalam mengemudikan kendaraan secara baik.</p>		

Dari pemetaan menggunakan Haddon Matrix di atas dapat terlihat bahwa faktor manusia sangat dominan dibandingkan kedua faktor lainnya dan pelanggaran yang terjadi mayoritas merupakan hal yang digarisbawahi oleh WHO sebagai penyebab utama kecelakaan lalu lintas seperti pelanggaran batas kecepatan, penggunaan helm, dan pengaruh obat-obatan/alkohol. Diberlakukannya PSBB/PKPM di masa pandemi COVID-19 ini memang memberikan dampak yang cukup besar terhadap menurunnya kecelakaan lalu lintas di berbagai daerah, namun demikian yang perlu menjadi catatan adalah penurunan tersebut bukan merupakan suatu prestasi dalam hal keselamatan berkendara. Penurunan ini tidak menunjukkan bahwa masyarakat menjadi lebih sadar tentang pentingnya berkendara yang lebih selamat, namun lebih karena menurunnya aktivitas di jalan. Dengan demikian, maka masih perlu dilakukan edukasi dan penegakan peraturan serta tindakan-tindakan yang dianggap perlu meskipun nanti pandemi dinyatakan telah berakhir.

Daftar Pustaka

- Budijanto D, Yudianto, Hardhana B, Soenardi TA, editors. Profil Kesehatan Indonesia 2015. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
- Dalle D. Covid-19 Pengaruhi Jumlah Kasus Kecelakaan Lalu Lintas di Parepare. SindonewsCom 2021. <https://makassar.sindonews.com/read/287204/713/covid-19-pengaruhi-jumlah-kasus-kecelakaan-lalu-lintas-di-parepare-1609488107>.
- Di Masa Pandemi Kecelakaan Lalu Lintas di Tulungagung Meningkat, Satlantas Galakkan Razia Kendaraan. TribunnewsCom 2020. <https://surabaya.tribunnews.com/2020/10/13/di-masa-pandemi-kecelakaan-lalu-lintas-di-tulungagung-meningkat-satlantas-galakkan-razia-kendaraan?page=all>.
- Di Tengah Pandemi, Kemenhub Terus Tingkatkan Kesadaran Keselamatan Jalan. Menteri Perhub Republik Indonesia 2020.
- Global Status Report on Road Safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Global Status Report on Road Safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Haddon Matrix. Wikipedia n.d.
- Hardhana B, Budijanto D, Sitohang V, Soenardi TA, editors. Profil Kesehatan Indonesia 2012. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
- Hardhana B, Sibuea F, Widiyanti W, editors. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020.
- Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 3 tahun 2021 tentang Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat Berbasis Mikro dan Pembentukan Posko Penanganan Corona Virus Disease 2019 di Tingkat Desa dan Kelurahan untuk

Pengendalian Penyebaran Corona Virus Disease. Indonesia: 2021.

Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 4 tahun 2021 tentang Perpanjangan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat Berbasis Mikro dan Mengoptimalkan Posko Penanganan Corona Virus Disease 2019 di Tingkat Desa dan Kelurahan untuk Pengendalian Penyebaran Cor. 2021.

Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 5 tahun 2021 tentang Perpanjangan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat Berbasis Mikro dan Mengoptimalkan Posko Penanganan Corona Virus Disease 2019 di Tingkat Desa dan Kelurahan untuk Pengendalian Penyebaran Cor. 2021.

Kurniawan R, Yudianto, Hardhana B, Siswanti T, editors. Profil Kesehatan Indonesia 2017. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018.

Kurniawan R, Yudianto, Hardhana B, Siswanti T, editors. Profil Kesehatan Indonesia 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.

Marhaenjati B. Kecelakaan Lalu Lintas Turun di Masa Pandemi. Ber Satu 2021.
<https://www.beritasatu.com/megapolitan/717037/kecelakaan-lalu-lintas-turun-di-masa-pandemi>.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Indonesia: 2020.

Peraturan Pemerintah Nomor 21 tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Indonesia: 2020.

Priyo BS. Masa Pandemi, Jumlah Kasus Kecelakaan Turun, Ditlantas Utamakan Operasi Kemanusiaan. SuarakaryaId 2020.
<https://www.suarakarya.id/detail/125076/Masa-Pandemi-Jumlah-Kasus-Kecelakaan-Turun-Ditlantas-Utamakan-Operasi-Kemanusiaan>.

- Road traffic injuries. World Heal Organ 2020.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
- Soenardi TA, Zulkarnain I, Sitohang V, Hardana B, editors. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
- Statistik Transportasi Darat 2019. 2020.
- Sugiharto J. Temuan Menarik Penyebab Kecelakaan di AS Selama Pandemi Covid-19. Tempo 2021. Temuan Menarik Penyebab Kecelakaan di AS Selama Pandemi Covid-19.
- Suprobo HH. Pandemi Ikut Pengaruhi Kecelakaan Lalu Lintas di DIY. *HarianjogjaCom* 2020.
<https://jogjapolitan.harianjogja.com/read/2020/10/02/512/1051418/pandemi-ikut-pengaruhi-kecelakaan-lalu-lintas-di-diy>.
- Suseno P. Ada Pandemi, Angka Kecelakaan Lalu Lintas Di Klaten Turun Drastis. *SoloposCom* 2020.
<https://www.solopos.com/ada-pandemi-angka-kecelakaan-lalu-lintas-di-klaten-turun-drastis-1100021>.
- Susilo R. Jumlah Kecelakaan Lalu Lintas di Metropolitan Tokyo Jepang Meningkat di Masa Pandemi Covid-19. *Tribunnews* 2021.
<https://www.tribunnews.com/internasional/2021/01/01/jumlah-kecelakaan-lalu-lintas-di-metropolitan-tokyo-jepang-meningkat-di-masa-pandemi-covid-19>.
- Yudianto, Budijanto D, Hardhana B, Soenardi TA, editors. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
- Zulkarnaini. Selama Pandemi, Angka Kecelakaan Lalu Lintas di Aceh Turun 26 Persen. *KompasId* 2020.
<https://www.kompas.id/baca/nusantara/2020/12/30/selama-pandemi-lakalantas-di-aceh-turun-26-persen/>

BAB 11

Ketahanan Keluarga



Misroh Mulianingsih

BAB 11

KETAHANAN KELUARGA

A. PENDAHULUAN

Sejak pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan protokol kesehatan guna pencegahan penularan corona virus (COVID-19) dengan cara isolasi mandiri, kegiatan masyarakat Indonesia mulai berubah, semua kegiatan masyarakat disarankan dilakukan dari rumah, termasuk aktivitas kerja dan belajar semuanya dilakukan dari rumah (Yunus & Rezki, 2020). Isolasi mandiri ini bertujuan untuk membatasi semua pergerakan dari orang yang terinfeksi virus agar dapat meminimal risiko penularan kepada kepada orang lain (CDC, 2020); Manuell & Cukor, 2011 dalam Ramadhana, 2020)).

Namun kenyataannya pelaksanaannya di lapangan masih menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah, karena kebijakan ini merupakan sesuatu hal yang dianggap baru dan masih dianggap jauh dari cerminan budaya di masyarakat Indonesia (Djalante et al., 2020). Kebijakan protokol kesehatan selama pandemic Covid 19 (isolasi mandiri) ini telah banyak dilakukan kajian dari berbagai macam perspektif, mulai dari kesehatan fisik dan mental, kesehatan masyarakat serta kesehatan lingkungan (Ho et al., 2020; Liu et al., 2020; Setiati & Azwar, 2020; Wang et al., 2020; Yang et al., 2020, Dong & Bouey, 2020; Tsai & Wilson, 2020), gaya hidup dan komunikasi (Dani & Mediantara, 2020), sampai dengan masalah relasi social (Tanoue et al., 2020).

Kebijakan dari isolasi mandiri memunculkan berbagai dampak tersendiri, diantaranya pada level individu, menyebabkan beberapan resiko diantaranya seperti keluhan depresi, stress, kemarahan, kebingungan, ketakutan, kesedihan dan gangguan-gangguan lainnya. (Hawryluck et al., 2004, (DiGiovanni et al., 2004), Marjanovic et al., 2007, Pan dkk.,

2005. Wang, et al 2011 dalam Ramadhan, 2020, Caleo et al., 2018) dan gangguan lainnya (Yoon et al., 2016), dan juga sangat berdampak pada kehidupan keluarga.

1. Keluarga

a. Pengertian

Definisi keluarga berbeda menurut organisasi dan disiplin ilmu. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan keluarga agen sosial utama dalam promosi kesehatan dan kesehatan (Allender et al., 2010). Menurut Kemenkes RI (2016) keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan (unit) terkecil dari masyarakat, terdiri atas ayah, ibu dan anak yang disebut keluarga inti atau rumah tangga (keluarga batih). Hal ini sejalan dengan pendapat ahli ilmu sosial dan ahli teori keluarga yang menjabarkan definisi keluarga adalah sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah atau adopsi, yang merupakan satu rumah tangga; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosialnya masing-masing sebagai suami dan istri, ibu dan ayah, putra dan putri, kakak dan adik; untuk menciptakan dan memelihara budaya bersama (Allender et al., 2010; Kaakinen et al., 2010)

Dalam kehidupan masyarakat keluarga adalah kesatuan sosial terkecil, yang memiliki peranan sangat penting, karena di dalamnya berlangsung proses sosialisasi yang nantinya mempengaruhi besar proses pertumbuhan dan perkembangan setiap individu, baik secara fisik, mental, maupun social (Arifin et al., 2019). Oleh karena itu, keluarga memiliki tugas pokok dalam memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga (kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial) termasuk dalam kegiatan dalam pemeliharaan dan perawatan anak-anak, membimbing perkembangan pribadi, serta mendidik

agar mereka bisa hidup sejahtera (Sariyati et al., 2016; Satya Yoga et al., 2015; Soeradi, 2013).

b. Struktur Keluarga

Struktur keluarga adalah rangkaian hubungan yang teratur di dalam keluarga, antara keluarga dan system sosial lainnya. Memahami struktur keluarga dimungkinkan dalam membantu keluarga dalam mengidentifikasi strategi koping yang efektif untuk gangguan kehidupan sehari-hari, krisis perawatan kesehatan, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Keluarga terdapat dalam berbagai bentuk dan ukuran. Struktur atau komposisi keluarga yang bervariasi tersebut membentuk karakteristik kolektif individu yang membentuk satu kesatuan keluarga (usia, jenis kelamin dan jumlah). Penelitian yang berkembang tentang struktur dan fungsi keluarga menemukan bahwa keluarga telah berubah karena penurunan jumlah perkawinan, peningkatan pasangan belum menikah yang tinggal bersama, tingkat perceraian dan peningkatan kelahiran di luar nikah. Struktur keluarga terbagi dalam dua kategori umum; tradisional, dan non tradisional atau kontemporer (Allender et al., 2010).

1) Keluarga Tradisional

Struktur keluarga tradisional adalah struktur keluarga yang paling kita kenal, termasuk :

a) Keluarga Inti

Suami, istri dan anak-anak yang tinggal bersama dalam satu rumah tangga. Dalam keluarga inti, distribusi beban kerja antara dua orang dewasa bisa berbeda-beda. Kedua orang dewasa dapat bekerja diluar rumah; satu orang dewasa dapat bekerja diluar rumah sementara yang lain tinggal dirumah dan mengemban tanggung jawab utama untuk rumah tangga; atau

mitra dapat bergantian, terus-menerus menegosiasikan ulang pekerjaan dan tanggung jawab rumah tangga.

b) Keluarga dyad (*nuclear-dyad family*)

Terdiri dari suami dan istri yang tinggal bersama tanpa anak atau memiliki anak yang sudah dewasa yang tinggal di luar rumah.

c) Keluarga Dewasa tunggal (*single-adult family*)

Di mana satu orang dewasa tinggal sendiri karena pilihan atau karena berpisah dari pasangan atau anak-anak atau keduanya. Perpisahan, mungkin akibat perceraian, kematian, atau jarak dari anak-anak.

d) Keluarga multigenerasi

Di mana beberapa generasi atau kelompok umur tinggal bersama dalam rumah tangga yang sama

e) Keluarga campuran (*blended family*)

Dalam struktur ini, orang tua tunggal menikah dan membesarkan anak-anak dari hubungan mereka sebelumnya bersama. Orang tua mungkin berbagi hak asuh dan anak tinggal dengan orang tua yang mempunyai hak asuh tersebut atau anak dengan orang tua dengan pengaturan waktu atau hanya pada waktu tertentu. Keluarga ini termasuk anak-anak dari perkawinan pasangan sebelumnya dan anak-anak dari hasil hubungan ini.

f) Keluarga dengan orang tua tunggal (*single-parent family*)

Termasuk satu orang dewasa (baik ayah atau ibu) yang merawat seorang anak atau anak-anak sebagai akibat dari hubungan sementara, perpisahan atau perceraian yang sah, atau

kematian pasangan. Dalam keluarga dengan orang tua tunggal, orang tua mungkin bekerja atau tidak bekerja (Allender et al., 2010)

- g) Keluarga yang terbentuk dari kekerabatan (*kin-network family*)

Dimana beberapa keluarga inti tinggal dalam rumah yang sama atau berdekatan satu sama lain dan berbagi barang dan jasa. Mereka dapat memiliki dan menjalankan bisnis keluarga, berbagi tanggung jawab pekerjaan dan perawatan anak, pendapatan dan pengeluaran, dan bahkan makanan. Bentuk lain dari keluarga kekerabatan adalah anggota keluarga yang diperluas (*augmented family*) di mana anggota keluarga besar atau non-kerabat atau keduanya tinggal bersama dan memberikan perawatan yang signifikan kepada anak-anak (Allender et al., 2010)

- h) Keluarga Komuter (*commuter family*)

Kedua pasangan dalam keluarga ini bekerja, namun pekerjaan mereka berada di kota yang berbeda. Polanya biasanya satu pasangan tinggal, bekerja, dan mungkin membesarkan anak di kota "asal" sedangkan pasangan kedua tinggal di kota lain dan pergi pulang. Terkadang pengaturan ini bersifat jangka pendek; misalnya, satu pasangan dipindahkan karena pekerjaan, dan pasangan memilih untuk tidak memindahkan anggota keluarga lainnya karena satu atau beberapa alasan. Pengaturan ini mempengaruhi peran dan fungsi keluarga, menantang kemampuan keluarga untuk memelihara hubungan yang sehat (Allender et al., 2010).

2) Keluarga Non Tradisional atau Kontemporer

Allender et al., (2010) menyatakan keluarga inti atau keluarga tradisional telah menjadi bagian fundamental dari warisan budaya dan diperkuat oleh agama, pendidikan dan institusi sosial berpengaruh lainnya. Variasi dari pola ini sering dianggap menyimpang dan tidak normal. Namun masyarakat mulai menerima definisi non tradisional tentang keluarga. Konsep keluarga yang luar (*wider family*) didefinisikan sebagai sebuah keluarga yang muncul dari gaya hidup, sukarela, dan tidak tergantung pada hubungan biologis atau kerabat yang diperlukan. Beberapa struktur keluarga kontemporer menjadi umum dan diterima secara luas oleh masyarakat.

2. Ketahanan Keluarga

Ketahanan adalah kemampuan seseorang atau kelompok untuk melewati dan pulih dengan baik dari kesulitan yang berkepanjangan, kemunduran, atau krisis. Ketahanan keluarga merupakan alat untuk mengukur territorial keluarga dalam melaksanakan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam mewujudkan kesejahteraan anggota (Shalfiah, 2013). Sukses melalui sebuah krisis membutuhkan kerjasama antara seluruh anggota keluarga agar bisa bertahan untuk mengatasi kesulitan dan mencapai pemulihan. Idealnya, keluarga harus bertindak sebaik mungkin agar faktor-faktor yang mempengaruhi sebelum dan sesudah krisis bisa memberi energi kembali.

Tingkat ketahanan keluarga ditentukan oleh perilaku individu dan masyarakat. Individu dan keluarga yang memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang ketahanan keluarga yang baik, akan mampu bertahan dengan perubahan struktur, fungsi dan peran keluarga yang berubah sesuai perkembangan teknologi informasi dan komunikasi (Thariq,

2017).Ketahanan keluarga bisa menunjukkan kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhanserta mengandung kemampuan fisik materi untuk mencapai kehidupanyang mandiri dan mampu mengembangkan diri dan keluarga untuk hidupharmonis dalam meningkatkan kesejahteraan, kebahagiaan lahir danbatin(Hoesni & Firmansyah, 2020; Rosidin et al., 2019).

Keluarga dianggap memiliki Ketahanan Keluarga yang kuat diantaranya; memiliki kemandirian yang tinggi,mampu berperan secara optimal dalam mengeksplorasi seluruh potensi anggota keluarganya(Kertapati, 2019)dan (Puspitawati, 2015), serta mampu menjalankan secara optimal melaksanakan sejumlah fungsinya. Fungsi keluarga tersebut meliputi: cinta kasih, perlindungan atau proteksi, reproduksi, sosialisasi dan pendidikan, ekonomi dan pengembangan lingkungan (Musfiroh et al., 2019)

Sebaliknya, apabila sebuah keluarga tidak mampu melaksanakan fungsi secara optimal, maka sebuah keluarga tersebut memiliki kerapuhan dan kegoyahan.

Peningkatan ketahanan keluarga dilakukan agar terjadi keserasian dalam berbagai hal, (Karwati, 2019 dalam Witono, 2020)

- a. Hubungan antara keluarga dengan unit-unit sosial yang lebih luas, maksudnya sistem ketetangaan, istitusi ekonomi, politik/ pemerintahan, institusi hukum, agama dan lain-lain dapat diperkuat dengan mengikuti kegiatan bina keluarga tesebut. Bila tercipta keharmonisan, maka dihasilkan kondisi ketahanan keluarga yang tinggi, artinya keberadaan institusi tersebut akan mendukung terciptanya ketahanan keluarga.
- b. Hubungan antara keluarga dengan subsistemnya bisa berarti hubungan antara anggota keluarga, atau antara keluarga dengan sistem nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga tersebut yang pada gilirannya

menghasilkan keluarga yang tangguh dalam menghadapi goncangan. Dalam kaitan menciptakan ketahanan keluarga yang sejalan dengan pembangunan sosial, maka internalisasi nilai tentang kejujuran, kerukunan, keuletan dan lain-lain merupakan hal yang dianjurkan untuk dimiliki setiap keluarga dan ditransfer dengan baik dalam kegiatan BKB, BKR, dan BKL.

- c. Hubungan antara keluarga dengan kepribadian anggotanya berkaitan dengan bagaimana peran orangtua dalam menjalankan fungsinya sebagai pendidik utama individu dalam kelompok primernya, sehingga menghasilkan individu-individu dengan pribadi yang tangguh, ulet, tahan goncangan yang pada akhirnya menghasilkan keluargayang berketahanan tinggi.

3. Ketahanan Keluarga Di Masa Pandemi Covid-19

Setelah sekian lama menunggu, dan sekian banyak usaha, titik terang kapan pandemi covid-19 berlalu belum ada kepastian. Walaupun beberapa daerah telah melakukan berbagai usaha diantaranya secara ketat menerapkan protocol kesehatan dan melaksanakan kebijakan pembatasan sosial berskala besar (PSBB), namun pasien terkonfirmasi positif covid-19 tiap harinya masih dilaporkan belum stabil dan mencapai rekor tertinggi. Terkait dengan penerapan kebijakan PSBB juga sangat berimbas pada keluarga, karena hal ini merupakan kegiatan yang baru dan secara tiba-tiba. Keluarga seakan memasuki era disrupsi, dimana sebuah keadaan dengan berbagai kebijakannya telah mengubah semua gaya hidup dan perilaku kehidupannya. Kebijakan tersebut dapat menimbulkan berbagai dampak seperti konflik keluarga, tindak kekerasan dalam keluarga, konflik sosial, persoalan dalam pola pengasuhan di keluarga, sampai kasus perilaku kesehatan reproduksi yang negatif. Dampak tersebut terjadi berbeda pada setiap individu, keluarga, dan masyarakat,

karena sangat tergantung kepada kemampuan, dan ketahanan dari keluarga. Ketahanan keluarga lemah bisa berimbas pada lemahnya ketahanan masyarakat, demikian sebaliknya, khususnya yang tidak siap menerima keadaan.

Pandemi Covid 19 ini jelas berdampak terhadap ketahanan keluarga Indonesia. Semakin baik ketahanan keluarga, semakin baik pula kemampuan keluarga menghadapi perubahan akibat pandemi dan pascapandemi. Kebijakan yang tepat dapat mencegah keluarga Indonesia berada dalam situasi krisis sekaligus memastikan ketahanan keluarga tetap tangguh. Ketahanan keluarga mencerminkan kecukupan dan kesinambungan akses suatu keluarga terhadap pendapatan dan sumber daya agar mampu memenuhi kebutuhan dasarnya ditengah pandemic/krisis, seperti pangan, air bersih, pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan, partisipasi di dalam masyarakat, dan integrasi sosial.

Fungsi keluarga di masa isolasi COVID-19 sangat penting dalam perlindungan anggota keluarga, selain mendorong pada suatu kebiasaan baru, mencapai identitas baru, dan membangun koneksi baru (Buzzanell, 2018 dalam Ramadhana, 2020; Haine-Schlagel & Walsh, 2016. Emosi Yang muncul pada suatu keluarga dapat memengaruhi tekanan yang muncul pada keluarga tersebut (Folkman & Moskowitz, 2000), dan terkait dengan ketahanan keluarga dalam kesehatan psikologis. Ketahanan keluarga adalah hal yang penting selama masa isolasi COVID-19 dalam kebiasaan baru, karena ketahanan keluarga mempengaruhi kehidupan anggota keluarga (Carr, 2015, dalam Prime et al., 2020) serta berkontribusi pada aspek ekonomi, pengasuhan, pendidikan, dan sosialisasi.

Setiap keluarga harus bisa meningkatkan komunikasi dan interaksi dalam keluarga, mendorong ekspresi saling peduli, menjaga, dan melindungi keluarga agar tidak terpapar

COVID-19. Meningkatkan keterampilan hidup dalam sistem keluarga, khususnya kepada anak dan generasi muda dengan meningkatkan kesehatan dan kebugaran tubuh, dan tetap produktif di masa Work From Home (WFH) dan isolasi mandiri.

Sebuah studi yang dimuat jurnal *Family Relations* menyebutkan membangun ketahanan keluarga di masa pandemi Covid-19 ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan sebaik mungkin momen berkumpul bersama keluarga. Kegiatan yang sering dilakukan bersama seluruh anggota keluarga akan memunculkan ikatan emosional yang kuat diantara anggota keluarga, dapat membuat seluruh anggota keluarga merasa dekat, semakin mengenal satu dengan yang lainnya, dengan sering melakukan kegiatan bersama, komunikasi yang terjalin akan lebih baik, serta anggota keluarga dapat beradaptasi dengan baik. Kebersamaan dengan keluarga ini juga diantaranya antara anak dan remaja yang pada akhirnya tidak merasa canggung dengan orang tua mereka sendiri. Kegiatan tersebut seperti melakukan hobi bersama, berolahraga, menonton film, dan membaca buku merupakan contoh kegiatan yang mampu menciptakan keluarga harmonis, yang akhirnya akan membangun ketahanan keluarga

Untuk mengembangkan ketahanan keluarga ditengah pandemic ada beberapa hal yang menjadi bahan pertimbangan; diantaranya; seberapa tangguh keluarga kita menghadapi krisis dimasa pandemi? Bagaimana strategi keluarga kita menghadapi kesulitan yang berkepanjangan? Apa saja yang perlu dilakukan untuk membantu keluarga bangkit, belajar dan tumbuh kemampuan baru dalam menghadapi krisis selama pandemi. Tujuannya adalah agar keluarga bukan hanya mampu mengatasi kesulitan yang dihadapinya tetapi mampu bangkit dan tumbuh lebih kuat. Ada beberapa hal yang bisa dilakukan sebuah keluarga dapat

membangun dan mempertahankan Ketahanan Keluarga di saat / ditengah pandemic, diantaranya;

- a. Keluarga tumbuh lebih kuat sebagai satu kesatuan jika selalu bekerja sama mencapai tujuan bersama yang telah ditetapkan, saling mendukung satu sama lain, selalu berkolaborasi dalam memecahkan masalah di saat melalui masa-masa sulit. Singkirkan perselisihan dan perbedaan, yang akan memecah belah kesatuan keluarga.
- b. Pemimpin keluarga yang perlu secara aktif membimbing dan memberikan semangat pada keluarga agar mampu melalui krisis ini: selalu terbuka dengan keluarga tentang tantangan yang berhubungan dengan keluarga dan pekerjaan.
- c. Keluarga akan berhasil melewati pandemic ini jika keluarga fokus kepada tujuan dan tindakan yang kongkret, dan menekankan perlunya kepercayaan dan kolaborasi dengan tetap mempertahankan nilai-nilai keluarga . Sebuah keluarga akan bangga bukan hanya karena itu selamat dan mampu melewati pandemi, tetapi karena selamat dari pandemic dengan tetap mempertahankan nilai-nilai keluarga.
- d. Keluarga harus mengetahui tujuannya dan apa yang menjadi prioritas ditengah pandemic, selain untuk menyelamatkan kekayaan keluarga, keluarga harus mampu berusaha untuk membangun dalam krisis ini. Tentukan apa yang ingin dilindungi keluarga, dan apa yang menjadi tujuan utama. Berusaha bersikaplah terbuka untuk mendefinisikan kembali bagaimana keluarga mampu mencapai kesuksesan sebagai sebuah keluarga.
- e. Berikan pujian atas kerja tim dalam kolaborasi di antara anggota keluarga, atas pencapaian dalam menghadapi krisis dimasa pandemic.
- f. Menjadi panutan bagi generasi mendatang. Seorang individu, atau seluruh keluarga dapat menjadi panutan

yang baik bagi generasi mendatang dalam mengatasi masalah dimasa pandemi. Ketahanan keluarga ditularkan dari kemampuan menciptakan generasi yang tidak hanya mampu pulih dari kesulitan tetapi juga melalui model peran. Belajar dari panutan yang berani dan mampu bangkit dan bertahan dalam periode krisis; semuanya akan menjadi kenangan. Mengatasi situasi sulit bersama sebagai sebuah keluarga yang membantu membangun kepercayaan diri, kebanggaan, hubungan, persatuan, dan keterampilan untuk menghadapi tantangan baru dan bangkit di masa pandemi.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing Promoting & Protecting the Public's Health 7th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arifin, S., Anitasari, rahayu fery, Sugiarto, L., & Alkandri, R. (2019). Penguatan Kapasitas Ekonomi dan Sosial Kelompok Masyarakat sebagai Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga dan Ketahanan Sosial. *Indonesian Journal Of Legal Community Engagement*, 01(2), 134-151.
- Caleo, G., Duncombe, J., Jephcott, F., Lokuge, K., Mills, C., Looijen, E., Theoharaki, F., Kremer, R., Kleijer, K., Squire, J., Lamin, M., Stringer, B., Weiss, H. A., Culli, D., Di Tanna, G. L., & Greig, J. (2018). The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: A mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC Public Health*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5158-6>
- CDC. (2020). *COVID-19: Quarantine vs. Isolation*. 317422.
- Dani, J. A., & Mediantara, Y. (2020). Covid-19 dan Perubahan Komunikasi Sosial. *Persepsi: Communication Journal*, 3(1), 94-102. <https://doi.org/10.30596/persepsi.v3i1.4510>
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 2(4), 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- Djalante, R., Lassa, J., Setiamarga, D., Sudjatma, A., & Indrawan, M. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel*

coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information . January.

Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1616–1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.202407>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the otherside of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>

Haine-Schlagel, rachel P. D., & Walsh, N. E. M. S. (2016). A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment. In *Physiology & behavior* (Vol. 176, Issue 1). <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x.A>

Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7),1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>

Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49(1), 1–3.

Hoesni, F., & Firmansyah, F. (2020). Analisis Ketahanan dan 8 Fungsi Keluarga di Provinsi Jambi Serta Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*,20(1), 309. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i1.888>

Kaakinen, joanna rowe, Gedaly-duff, V., Coehlo, deborah padgett, & Hanson, shirley M. H. (2010). Family health Care Nursing “Theory, Practice and Research” 4th Edition. In *Public Health* (Vol. 74, Issue 2). [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(59\)80093-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(59)80093-7)

- Kertapati, Y. (2019). Tugas Kesehatan Keluarga dan Tingkat Kemandirian Keluarga di Wilayah Pesisir Kota Surabaya. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*, 14(1). <https://doi.org/10.30643/jiksht.v14i1.47>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. S., & Lu, L. (2020). Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 159–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.244>
- Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>
- Musfiroh, M., Mulyani, S., Cahyanto, E. B., Nugraheni, A., & Sumiyarsi, I. (2019). Analisis Faktor-Faktor Ketahanan Keluarga Di Kampung Kb Rw 18 Kelurahan Kadipiro Kota Surakarta. *PLACENTUM: Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Aplikasinya*, 7(2), 61. <https://doi.org/10.20961/placentum.v7i2.32224>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Puspitawati, H. (2015). Pengertian Kesejahteraan dan Ketahanan Keluarga. *Gender Dan Keluarga : Konsep Dan Realitas Di Indonesia, Pasal* 6, 18. <https://herienpuspitawati.files.wordpress.com/2015/05/3a-2015-kesejahteraan-dan-ketahanan-keluarga-rev.pdf>
- Ramadhana, M. R. (2020). Mempersiapkan Ketahanan Keluarga Selama Adaptasi Kebiasaan Baru Di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 2902, 61.

<https://doi.org/10.14203/jki.v0i0.572>

Rosidin, U., Eriyani, T., & Shalahuddin, I. (2019). Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Hipertensi Pada Keluarga Binaan Puskesmas Sukaresmi Kabupaten Garut. *Jurnal Kesehatan*, 5(3), 166–171. <https://doi.org/10.25047/j-kes.v5i3.24>

Sariyati, S., Mulyaningsih, S., & Hadi, H. (2016). Kemandirian Keluarga Berencana (KB) pada Pasangan Usia Subur di Kota Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 2(2), 62. [https://doi.org/10.21927/jnki.2014.2\(2\).62-66](https://doi.org/10.21927/jnki.2014.2(2).62-66)

Satya Yoga, D., Suarmini, N. W., & Prabowo, S. (2015). Peran Keluarga Sangat Penting dalam Pendidikan Mental, Karakter Anak serta Budi Pekerti Anak. *Jurnal Sosial Humaniora*, 8(1), 46. <https://doi.org/10.12962/j24433527.v8i1.1241>

Setiati, S., & Azwar, M. K. (2020). *COVID-19 and Indonesia*. 52(1), 84–89.

Shalfiah, R. (2013). Peran Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dalam Mendukung program-program Pemerintah Kota Bontang. *EJournal Ilmu Pemerintahan*, 1(3), 975–984. <http://perpustakaan.unmul.ac.id/ejournal/index.php/um/article/view/92>

Soeradi. (2013). Perubahan Sosial Dan Ketahanan Keluarga. *Informasi*, 18(2), 83–94.

Tanoue, Y., Nomura, S., Yoneoka, D., Kawashima, T., Eguchi, A., Shi, S., Harada, N., & Miyata, H. (2020). Mental health of family, friends, and co-workers of COVID-19 patients in Japan. *Psychiatry Research*, 291(May), 113067. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113067>

- Thariq, M. (2017). Building Family Security With Interpersonal Communications. *Jurnal Simbolika*, 3(1), 34–44.
- Tsai, J., & Wilson, M. (2020). COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet Public Health*, 5(4), e186–e187. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30053-0)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China Cuiyan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 113(5), 311–312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- Witono. (2020). COVID-Partisipasi masyarakat dalam ketahanan keluarga. *Jurnal Masyarakat Mandiri*, 4(3), 396–406.
- Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1)
- Yoon, M. K., Kim, S. Y., Ko, H. S., & Lee, M. S. (2016). System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: A case report of community-based proactive intervention in South Korea. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0083-5>
- Yunus, nur rohim, & Rezki, A. (2020). Konsep Tafakkur Dalam Alquran Dalam Menyikapi Coronavirus Covid-19. *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-I*, 7(3). <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i3.15048>

Profil Penulis



Misroh Mulianingsih, S.Kep, Ners, MPH. Lahir di Narmada tanggal 18 Agustus 1976. Pendidikan diawali dari D3.Keperawatan di Akademi Keperawatan Yarsi Mataram, kemudian melanjutkan ke Jenjang S1 di Universitas Airlangga Surabaya dan Pendidikan Magister Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Penulis memulai karir sebagai Dosen di Akademi

Keperawatan pada tahun 1998. Sejak tahun 2013 hingga saat ini menjadi dosen tetap di STIKES YARSI MATARAM.

Strategi dalam Menghadapi Tantangan Sistem Kesehatan Pasca Pandemi Covid - 19



ISBN 978-623-96449-7-0



Jl. Evakuasi, Gg. Langgar, No. 11,
Kalikebat Karyamulya, Kesambi, Cirebon
e-mail : penerbit.insania@gmail.com
web : <http://insaniapublishing.com>

