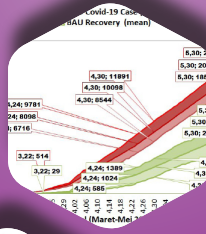


Editor  
 Baequni Boerman, SKM, MKes, Ph.D



Edisi 1  
**PARC-19**

*Bunga Rampai Konsep dan Aplikasi  
 Pelibatan Akar Rumput Lawan Covid-19*

# *Bunga Rampai Konsep dan Aplikasi Pelibatan Akar Rumput Lawan Covid-19*

## **PENULIS**

Ratri Ciptyaningtyas

Emma Rachmawati

M. Agus Syamsudin

Selamat Riyadi

DR. P. A. Kodrat Pramudho

Vinsensius Belawa Lemaking SKM.,M.Kes.

M. Farid

Muhamad Taufik Sasmita. S.K.M.

**PENERBIT IKATAN AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

## **Bunga Rampai Konsep dan Aplikasi Pelibatan Akar Rumput Lawan Covid-19**

### **Penulis:**

1. Ratri Ciptyaningtyas
2. Emma Rachmawati
3. M. Agus Syamsudin
4. Selamat Riyadi
5. DR. P. A. Kodrat Pramudho
6. Vinsensius Belawa Lemaking SKM.,M.Kes.
7. M. Farid
8. Muhamad Taufik Sasmita. S.K.M.

### **Editor:**

Baequni Boerman, SKM., M. Kes., Ph. D.

### **ISBN:**

978-602-50922-9-9

### **Ukuran Buku:**

17,6 cm x 25 cm x 1 cm

### **Jumlah Halaman:**

vii + 135 halaman

### **Penerbit:**

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia

### **Cetakan Pertama**

Juni, Jakarta, 2021

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang menyebarkan dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis

**BUKU UNTUK NEGERI**



**INDONESIA  
MAJU**

## DAFTAR ISI

1. Pangan yang Aman, Bergizi dan Berkelanjutan Sesuai Kebutuhan Anda Selama Pandemi COVID-19 .....	1
2. Potensi Muhammadiyah dalam PARC-19: Beri Solusi untuk Negeri .....	26
3. Program K3 Penanganan Covid-19 di Tatanan Tempat Kerja Perkantoran dan Komunitas Perspektif Strategi PARC-19 .....	43
4. Partisipasi Pramuka dalam Kegiatan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Jabodetabek tahun 2020.....	70
5. Pendekatan PARC-19 dalam kolaborasi Interprofesi (Organisasi Profesi) OP di Provinsi NTT.....	79
6. PENTAHHELIX; Pendekatan Implementasi PARC-19.....	95
7. Peran Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanggulangan COVID-19 .....	111

# KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum ur wb*

*Salam sejahtera untuk semua.*

Alhamdulillah, Pada 17 Agustus 2020, IAKMI Jakarta dapat mengggagas ide program “Buku Untuk Negeri” yang berupa Seri “Bunga Rampai Konsep dan Aplikasi Pelibatan Akar Rumput Lawan Covid-19” Buku ini berisi ide, intervensi maupun konsep-konsep Pelibatan akar Rumput (Masyarakat), PARC-19, dalam program kesehatan masyarakat.

PARC-19 adalah suatu pendekatan yang digagas oleh IAKMI Jakarta dalam menghadapi pandemi Covid 19 yang sudah memakan korban jiwa yang begitu besar dan efeknya bahkan terasa kepada kerusakan ekonomi masyarakat luas. Pendekatan PARC-19 ini merupakan pendekatan “Hulu” yang sangat sesuai dengan perjuangan “Kesehatan Masyarakat” dengan mendahulukan pendekatan “Pencegahan” dalam program Kesehatan.

Meskipun pendekatan PARC-19 yang merupakan pendekatan Promotif dan Preventif yang tidak begitu populer dan kurang diperhatikan bahkan hanya menjadi “Jargon” bagi program kesehatan negeri saat ini, IAKMI Jakarta terus mendorong program ini untuk terus bisa menjadi program Utama bagi pendekatan kesehatan di Indonesia.

Kekuatan PARC-19 selain merupakan pendekatan Akar Rumput, konsep ini juga melibatkan kerjasama antara Pemerintah, Kalangan Bisnis, Kampus, Masyarakat serta kelompok-kelompok lain yang memiliki tujuan dalam pemberantasan Covid-19 serta penyakit-penyakit yang diderita oleh masyarakat luas.

Pada akhirnya semua harapan dan cita-cita mulia ini kita pulangkan kepada Allah, Tuhan YME yang memiliki semua kekuasaan dan kekuatan.

*Walaikumsalam ur wb*



Baequni Boerman, SKM, MKes, Ph.D  
KETUA IAKMI PENGDA DKI JAKARTA-  
PERIODE 2019-2022

**BUKU UNTUK NEGERI**



## BAGIAN 1

# Pangan yang Aman, Bergizi dan Berkelanjutan Sesuai Kebutuhan Anda Selama Pandemi COVID-19

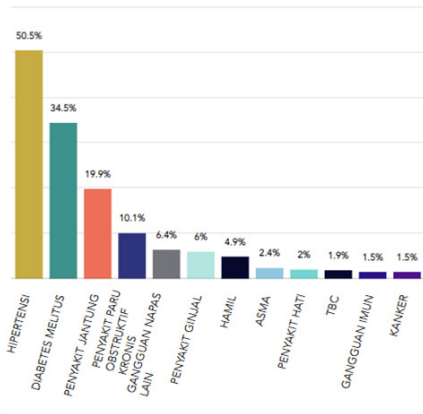
*Ratri Ciptaningtyas*

Dosen Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat UIN Syarif Hidayatullah

### 1.1 Latar Belakang

COVID 19 merupakan penyakit respiratori akut yang disebabkan virus SARS-CoV-2 kini mencapai status pandemik yaitu penyebaran penyakit terdistribusi di berbagai negara-termasuk di Indonesia. Hingga tanggal 31 Agustus 2020, penyakit ini telah merenggut 7.417 jiwa dari berbagai kelompok umur mulai balita hingga lansia (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2020). Dari 174.796 kasus terkonfirmasi, tiga penyakit penyerta terbanyak merupakan penyakit tidak menular, yaitu 50,5% mengidap hipertensi, 34,5% diabetes melitus dan 19,9% penyakit jantung sedangkan penyakit penyerta lain dapat dilihat secara rinci pada Gambar.1. Kondisi Penyerta Penyakit COVID-19 Nasional.

Tiga penyerta penyakit COVID-19 juga merupakan penyakit tidak menular yang prevalensinya meningkat secara nasional dari hasil survey kesehatan nasional Riskesdas 2018. Penyebab tiga penyakit tidak menular selain ada faktor keturunan namun terutama faktor perilaku seperti kurang konsumsi sumber serat (sayur dan buah) dan kurang aktivitas fisik. Hasil penelitian di negara yang terdampak COVID-



Gambar.1: Kondisi Penyerta Penyakit COVID-19 Nasional (sumber: Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2020)



19, obesitas juga merupakan salah satu faktor rentan positif COVID-19.

Pada sub-bab ini penulis berusaha mengajak pembaca untuk semakin sadar pentingnya pola konsumsi sehat dan aktivitas fisik untuk mencegah penyakit tidak menular serta obesitas sehingga bisa mengurangi risiko terdampak COVID-19. Sebagai tambahan, penulis mencoba membahas pangan yang aman dan berkelanjutan supaya pembaca memahami konteks konsumsi sehat bukan pada jenis pangan saja tetapi juga secara utuh mulai dari memperoleh pangan hingga pangan terhidang di atas meja dan pangan yang terjangkau (harga dan kemudahan akses) bagi masyarakat. Kebutuhan gizi setiap kelompok umur dan kebutuhan khusus kelompok orang berisiko juga menjadi bahasan yang tidak luput dalam sub-bab ini karena tiap kelompok umur dan orang yang memiliki kebutuhan khusus memiliki kebutuhan gizi dan aktivitas yang berbeda.

Rujukan yang digunakan dalam sub-bab ini sebagian besar disadur dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia karena konten promosi kesehatannya menjadi acuan nasional yang sudah disusun oleh tim pakar. Beberapa rujukan ilmiah juga digunakan sebagai pondasi untuk mengupas perspektif gizi dan COVID-19 yang perubahan evolusinya masih perlu dipelajari.

## 1.2 Pengenalan Istilah

Penulis merangkai beberapa istilah yang didefinisikan secara operasional dalam sub-bab ini agar pembaca dapat mengenal istilah secara kontekstual.

### 1. Orang berisiko

Risiko yang dimaksud adalah kelompok orang yang memiliki kondisi khusus sehingga rentan positif COVID-19 dibandingkan kelompok orang lainnya. Kondisi khusus yang tercatat rentan seperti lanjut usia, memiliki penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus, kardiovaskular, kanker, penyakit yang berhubungan dengan respiratori dan imunitas.

### 2. Pencegahan

Tindakan untuk membatasi individu atau kelompok masyarakat terhadap paparan SARS-CoV-2 sehingga tidak berkembang menjadi penyakit COVID-19.

3. Penanggulangan

Tindakan untuk mengelola kondisi khusus individu atau kelompok masyarakat yang memiliki kondisi khusus rentan COVID-19.

4. Pangan

Segala jenis makanan dan minuman termasuk Bahan Tambahan Pangan (BTP)

5. Makanan

Bentuk bahan makanan yang telah melalui proses pengolahan dan siap dikonsumsi

Buku ini disusun berdasarkan kajian ilmiah terkini yang mendokumentasikan manfaat pangan untuk menjaga kesehatan selama Pandemi COVID-19. Makna dari manfaat pangan untuk menjaga kesehatan adalah tidak ada pangan spesifik yang dapat mencegah penularan COVID-19 namun pangan yang direkomendasikan menurut literatur dapat menjaga imunitas (Muscogiuri, 2020 & Calder, 2020) dan mencegah obesitas serta penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes melitus, kardiovaskular- yang menjadi kondisi rentan penularan COVID-19 (Belanger, 2020).

### **1.3 Pangan yang Aman**

Hingga sub bab ini ditulis belum ada bukti penularan COVID-19 melalui makanan namun pangan yang aman menjadikan konsumen terhindar dari penyakit bawaan makanan (foodborne disease) seperti diare, hepatitis A dan tifus. Oleh karena itu kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah makanan dari kemungkinan cemaran biologis, kimiawi dan benda lain yang ditulis dalam sub bab ini mencakup pedoman yang diatur pemerintah dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu dan Gizi Makanan yaitu dengan menerapkan jaminan mutu yang berdasarkan keamanan makanan. Prinsip Keamanan makanan meliputi; 1). Good Manufacturing Practices (GMP); 2). Hygiene dan sanitasi makanan (Penyehatan Makanan); dan 3). Penggunaan bahan tambahan makanan. Penulis juga mencantumkan pedoman produksi dan distribusi pangan olahan pada masa status darurat kesehatan Coronavirus disease 2019 (COVID-19) di Indonesia yang dikeluarkan oleh BPOM 2020 untuk kaidah hygiene dan sanitasi makanan

yang disesuaikan untuk kondisi pencegahan COVID-19.

1. Good Manufacturing Practices (GMP) atau Cara Pengolahan Makanan yang baik dan benar GMP merupakan kaidah cara pengolahan makanan yang baik dan benar untuk menghasilkan makanan/produk akhir yang aman, bermutu dan sesuai selera konsumen. Contoh indikator pangan yang tidak aman bisa konsumen ketahui dengan:
  - i. Adanya bau busuk karena gas amonia, sulfida atau senyawa busuk lainnya,
  - ii. Terbentuknya lendir pada permukaan ikan,
  - iii. Adanya perubahan warna yaitu kulit dan daging ikan menjadi kusam atau pucat, Adanya perubahan daging ikan yang tidak kenyal lagi serta tumbuhnya kapang pada ikan kering.
2. Susu dan produk olahannya; Susu juga termasuk bahan makanan yang mudah rusak oleh mikroba. Tanda-tanda kerusakan susu adalah: Adanya perubahan rasa susu menjadi asam, Susu menggumpal, Terbentuknya lender, Adanya perubahan bau menjadi tengik, Tumbuhnya kapang pada produk olahan susu.
3. Telur dan produk olahannya; Telur utuh yang masih terbungkus kulitnya dapat rusak baik secara fisik maupun karena pertumbuhan mikroba. Tanda-tanda kerusakan telur utuh adalah: Adanya perubahan fisik seperti penurunan berat karena airnya menguap, pembesaran kantung telur karena sebagian isi telur berkurang, timbulnya bintik-bintik berwarna hijau, hitam atau merah karena tumbuhnya bakteri, tumbuhnya kapang merusak telur, timbulnya bau busuk.
4. Sayuran dan buah-buahan serta produk olahannya; Sayuran atau

buah-buahan dapat menjadi rusak baik secara fisik maupun oleh serangga atau karena pertumbuhan mikroba. Tanda-tanda kerusakan sayuran dan buah-buahan serta produk olahannya adalah: menjadi memar karena benturan fisik, menjadi layu karena penguapan air, timbulnya noda-noda warna karena SOPra kapang yang tumbuh pada permukaannya, timbulnya bau alkohol atau rasa asam, menjadi lunak karena sayuran dan buah-buahan menjadi berair.

5. Biji-bijian, kacang-kacangan dan umbi-umbian; Meskipun sudah dikeringkan, biji-bijian, kacang-kacangan dan umbi-umbian dapat menjadi rusak jika pengeringannya tidak cukup atau kondisi penyimpanannya salah, misalnya suhu tinggi atau terlalu lembab. Tanda kerusakan pada biji-bijian, kacang kacang dan umbi-umbian adalah adanya perubahan warna dan timbulnya bintik-bintik berwarna karena pertumbuhan kapang pada permukaannya.

#### 8. Minyak goreng

Tidak menggunakan minyak goreng daur ulang atau minyak yang telah digunakan lebih dari dua kali proses penggorengan. Tanda minyak daur ulang komersial adalah harganya murah, ada kemungkinan sudah diputihkan, dan makanan hasil penggorengannya akan menyebabkan tenggorokan gatal jika dikonsumsi. Minyak goreng yang lebih dari dua kali penggorengan biasanya warnanya sudah hitam kecoklatan.

Tahapan GMP bermula dari bahan makanan dibeli lalu disimpan, diolah, kemudian disajikan. Cara penyimpanan bahan makanan adalah suatu tata cara menata, menyimpan, memelihara keamanan makanan (kering atau basah), baik kualitas maupun kuantitas (termasuk standar mutu gizi) pada tempat yang sesuai dengan karakteristik bahan makanannya. Bahan makanan harus segera disimpan di ruang penyimpanan atau ruang pendingin setelah bahan makanan yang memenuhi

syarat diterima.

Secara umum tempat penyimpanan harus memenuhi persyaratan-persyaratan sebagai berikut:

1. Tempat penyimpanan bahan makanan harus terhindar dari kemungkinan kontaminasi baik oleh bakteri, serangga, tikus dan hewan lainnya maupun bahan berbahaya.
2. Penyimpanan harus memperhatikan prinsip first in first out (FIFO) dan first expired first out (FEFO) yaitu bahan makanan yang disimpan terlebih dahulu dan yang mendekati masa kadaluarsa dimanfaatkan/digunakan lebih dahulu.
3. Tempat atau wadah penyimpanan harus sesuai dengan jenis bahan makanan contohnya bahan makanan yang cepat rusak disimpan dalam lemari pendingin dan bahan makanan kering disimpan ditempat yang kering dan tidak lembab.
4. Ketebalan dan bahan padat tidak lebih dari 10 cm
5. Kelembaban penyimpanan dalam ruangan : 80% – 90%
6. Penyimpanan bahan makanan olahan pabrik
7. Makanan dalam kemasan tertutup disimpan pada suhu +10°C.
8. Penyimpanan bahan makanan harus memperhatikan suhu sebagai berikut:

Tahap Pengolahan Makanan dapat dilakukan setelah bahan makanan dibeli atau dari bahan makanan yang telah disimpan. Cara pengolahan makanan yang baik dan benar dapat menjaga mutu dan keamanan hasil olahan makanan. Sedangkan cara pengolahan yang salah dapat menyebabkan kandungan gizi dalam makanan hilang secara berlebihan. Secara alamiah beberapa jenis vitamin (B dan C) rentan rusak akibat pemanasan. Bahan makanan yang langsung terkena air rebusan akan menurun nilai gizinya terutama vitamin larut air (B kompleks dan C), sedangkan vitamin larut lemak (ADEK) kurang terpengaruh. Makanan menjadi tidak aman dikonsumsi jika dalam pengolahannya ditambahkan BTP yang melampaui batas yang diperbolehkan sehingga berbahaya bagi kesehatan.

Kaidah prinsip-prinsip higiene dan sanitasi harus senantiasa dipraktekkan

mulai sebelum pengolahan bahan makanan hingga selesai. Berikut ini merupakan prinsip hygiene dan sanitasi yang dirujuk dari BPOM untuk pencegahan penularan COVID-19 dengan modifikasi subyek menjadi individu yang langsung bersentuhan dengan aktivitas pengolahan makanan:

1. Menjaga kebersihan tangan dengan: sering cuci tangan menggunakan sabun selama paling sedikit 20 detik, terutama setelah berada di tempat umum, kamar kecil, membuang ingus (nose-blowing), batuk, atau bersin.
2. Menggunakan hand sanitizer setelah berada di tempat umum dan menyentuh benda atau permukaan yang sering disentuh orang lain.
3. Menggunakan desinfektan pada permukaan kerja dan titik-titik peralatan yang sering digunakan bersama, misalnya gagang pintu, meja.
4. Menggunakan masker untuk menutupi mulut dan hidung guna mencegah percikan droplet saat bicara, batuk atau bersin.
5. Menjaga kebersihan pakaian. Virus COVID-19 dikenal dapat bertahan dalam hitungan hari pada benda termasuk pakaian. Oleh karena itu apabila individu membeli bahan makanan dari luar dan bersiap mengolah makanan maka sebaiknya mengganti pakaian terlebih dahulu.

#### **1.4 Penggunaan Bahan Tambahan Pangan**

Bahan Tambahan Pangan (BTP) merupakan bagian dari bahan baku pangan, yang ditambahkan ke dalam makanan untuk mempengaruhi sifat atau bentuk pangan. BTP yang biasa digunakan untuk makanan antara lain bahan pengawet, pemanis, pewarna, penyedap rasa dan aroma, bahan anti gumpal, bahan pemucat, anti oksidan dan pengental.

Pemakaian BTP dapat dibenarkan apabila memenuhi persyaratan :

1. Dapat mempertahankan kualitas gizi bahan makanan
2. Peningkatan kualitas atau stabilitas simpan sehingga mengurangi kehilangan bahan pangan

3. Membuat bahan pangan lebih menarik bagi konsumen
4. Bagi konsumen yang memerlukan diet khusus mendapatkan bahan makanan yang dikehendaki
5. Tidak bereaksi dengan bahan

Bahan-bahan kimia yang tidak merupakan komponen alamiah dari makanan

**Tabel.1 : Suhu dan Lama Penyimpanan Bahan Makanan Mentah dan Segar**

No	Jenis Bahan Makanan	Lama Waktu Penyimpanan		
		< 3 hari	=< 1 minggu	> minggu
1	Daging, Ikan, Udang dan hasil olahannya	-5 s/d 0 °C	-10 s/d -50 °C	< -10 °C
2	Telur, Buah dan hasil olahannya	5 s/d 7 °C	-5 s/d 0 °C	<-5 s/d 0 °C
3	Sayur, Buah dan Minuman	10 °C	10 °C	10 °C
4	Tepung dan Biji-bijian	25 °C	25 °C	25 °C

dapat diklasifikasikan sebagai : Adiktif, Adulterans, Preservatif atau Bahan kontaminans.

Yang dikelompokkan sebagai adiktif antara lain vitamin, mineral, asam amino atau bahan faktor pelengkap organik pertumbuhan untuk meningkatkan nilai makanan produk dasar atau produk yang sudah diproses. Bahan kimia preservative ditambahkan ke berbagai produk makanan yang sudah diproses. Bahan kimia ini membantu mengurangi pertumbuhan mikroorganisme yang menyebabkan kerusakan makanan dan dapat membantu mempertahankan aroma dan kesegaran makanan. Diantara preservative yang paling umum digunakan adalah gula dan garam. Preservative kimia lainnya yang mungkin dapat digunakan untuk menghalangi perkembangan mikroorganisme perusak makanan tertentu adalah asam asetat, asam propionat, asam benzoate, asam sorbet dan asam askorbat.

### 1.5 Pangan yang bergizi sesuai Kebutuhan Biologis

Manusia mempunyai siklus daur hidup sejak dilahirkan hingga lanjut usia. Seiring dengan kebutuhan biologis yang ditandai dengan penambahan umur, aktivitas fisik, berat badan tinggi badan maka kebutuhan gizinya juga berbeda. Penulis

mencantumkan karakteristik khas tiap kelompok umur serta prinsip pangan bergizi sesuai kebutuhan kelompok umur tersebut yang disarikan dari Pritasari dkk (2017). Namun untuk kebutuhan gizi lanjut usia, penulis mensarikan dari Buku Kesehatan Lanjut Usia, Kementerian Kesehatan RI (2016).

1. Bayi umur 0 hingga 12 bulan

Masa bayi dimulai dari 0 hari atau hari setelah lahir sampai usia 12 bulan. Masa ini merupakan periode kritis pada masa pertumbuhan dan perkembangan, pada masa ini juga terjadi beberapa perubahan fisiologis, demikian juga dengan organ dan sistem organ termasuk sistem pencernaan dan sistem sarafnya. Masa bayi mempunyai ciri-ciri perkembangan fisik, kecerdasan, emosi, bahasa, bermain, pengertian dan juga moral. Kebutuhan gizi makro dan mikronutrien untuk bayi per kilogram berat badan bayi per hari lebih besar dibanding usia yang lain. Hal tersebut dibutuhkan untuk mempercepat pembelahan sel dan sintesa Deoxyribonukleat Acid (DNA) selama masa pertumbuhan terutama energi dan protein. Bayi usia 0 – 6 bulan dapat mencukupi kebutuhan gizinya hanya dengan ASI saja (kecuali untuk ibu yang tidak dapat memberikan ASI karena kondisi khusus maka bayi 0-6 bulan diberikan Pengganti Air Susu Ibu (PASI)), yaitu dengan mengkonsumsi 6 – 8 kali sehari atau lebih pada masa awal dan 6 bulan selanjutnya dapat mulai dikenalkan dengan makanan tambahan berupa Makanan Pendamping ASI (MPASI) untuk mencukupi kebutuhan gizinya.

2. Anak umur 12 bulan hingga 24 bulan

Anak kelompok umur ini sudah lebih berkembang kemampuan motorik dan kognitifnya dibandingkan kelompok umur bayi. Oleh karena itu pemberian makanan disesuaikan untuk menstimulasi perkembangan motoriknya seperti memberikan makanan yang mudah dipegang anak (finger food) contohnya biskuit, sayuran seperti wortel atau buah yang dipotong kecil-kecil dan membantu anak untuk makan sendiri (tidak disuapi). Selain itu anjuran pemberian makan lainnya seperti berikut:



- a). Teruskan pemberian ASI sampai umur 2 tahun.
  - b). Beri nasi lunak 3 kali sehari.
  - c). Tambahkan: telur/ayam/ikan/tempe/tahu/daging sapi/wortel/bayam/kacang hijau/santan/minyak pada nasi lunak. Beri telur dalam jumlah sedikit untuk mengetahui reaksi alergi anak. Jika tidak alergi, pemberian telur bisa diteruskan.
  - d). Beri makanan selingan 2 kali sehari di antara waktu makan, seperti: bubur kacang hijau, pisang, biskuit, kue basah tradisional yang lembik (mudah dikunyah dan ditelan) seperti nagasari, dsb.
  - e). Beri buah-buahan atau sari buah.
3. Anak umur 24 bulan hingga 59 bulan

Asupan makanan yang bergizi amat penting untuk anak balita agar bisa tumbuh dan berkembang dengan optimal. Oleh karena itu menu yang disajikan bagi anak harus dapat memenuhi kebutuhan nutrisi hariannya. Di usia ini anak memasuki usia pra sekolah dan mempunyai resiko besar terkena gizi kurang. Pada usia ini anak tumbuh dan berkembang dengan cepat sehingga membutuhkan zat gizi yang lebih banyak, sementara tidak jarang mereka mengalami penurunan nafsu makan dan daya tahan tubuhnya masih rentan sehingga lebih mudah terkena infeksi dibandingkan anak dengan usia lebih tua. Sementara pertumbuhan fisik tubuh sedikit melambat, karenanya anak perlu makan makanan yang memberikan asupan gizi yang mendukung pertumbuhan otaknya. Anjuran pemberian makan:

- a). Beri makanan yang biasa dimakan oleh keluarga 3 kali sehari yang terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur dan buah.
  - b). Beri makanan selingan 2 kali sehari diantara waktu makan seperti bubur kacang hijau, biskuit, kue lumpur dsb
  - c). Jangan berikan makanan yang manis dan padat kalori diantara waktu makan
4. Usia Anak Sekolah

Nutrisi yang tepat dan cukup akan sangat menunjang untuk mendukung perkembangan dan kecerdasan bagi anak usia sekolah. Asupan nutrisi

yang cukup juga akan membantu proses pertumbuhan dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Perolehan asupan gizi yang seimbang sangat diperlukan dalam proses tumbuh kembang anak oleh karena itu pemberian makan pada anak harus dapat memperhatikan hal-hal berikut:

- a). Makanan mudah dicerna dan teksturnya tidak terlalu keras agar tidak merusak gigi geligi yang masih gigi susu
  - b). Suhu makanan tidak terlalu panas dan dingin, agar tidak merusak gigi geligi dan menghindari terkena pilek
  - c). Memberikan daging dan sayur yang tidak liat(susah dikunyah) agar makanan yang disajikan terkonsumsi habis
  - d). Mengurangi makanan yang manis-manis karena dapat menekan nafsu makan
  - e). Tidak memberikan makanan yang terlalu asam dan pedas karena dapat mengganggu saluran pencernaannya
  - f). Menu jangan dominan dalam bentuk gorengan karena dapat merangsang batuk
  - g). Menu dipilih yang disukai oleh anak
  - h). Disajikan dengan potongan, penampilan dan penyajian yang menarik
  - i). Penyajian porsi kecil tapi sering mengingat volume lambung anak yang masih kecil
  - j). Menghindari pemberian makanan selingan/cemilan terlalu banyak diantara waktu makan.
5. Remaja umur 10 hingga 19 tahun

Masa remaja merupakan masa transisi/peralihan dari anak-anak ke masa dewasa. Masa remaja adalah masa yang sangat khusus dalam kehidupan manusia, karena pada masa ini terjadi proses kematangan organ reproduksi/pubertas. Adapun penggolongan remaja adalah:

- a). Masa remaja awal : 10-13 tahun.
- b). Masa remaja tengah : 14-16 tahun.

c). Masa remaja akhir : 17-19 tahun.

Karakteristik remaja yang dapat diamati yaitu : perubahan fisik antara laki-laki dan perempuan berbeda. Perubahan fisik laki-laki antara lain berfungsi kelenjar kelamin, kulit menjadi kasar, tumbuh rambut di bagian tertentu, tumbuh jakun, dll sedangkan perubahan fisik perempuan antara lain postur tubuh berubah, pinggul melebar, kulit menjadi halus, dll. Masalah umum yang sering dialami remaja adalah komposisi tubuh berubah, perempuan lebih banyak lemak sedangkan laki laki lebih banyak otot. Oleh karena itu ada beberapa prinsip pemberian makanan yang harus dipenuhi untuk kebutuhan gizi remaja:

- a). Kalori tinggi, baik untuk menunjang pertumbuhan dan aktivitas yang tinggi.
- b). Protein tinggi untuk pertumbuhan dan mengganti sel-sel yang rusak.
- c). Vitamin dan mineral cukup.
- d). Cairan dan serat cukup.

Prinsip pemenuhan kebutuhan gizi remaja tersebut dapat terpenuhi apabila:

- a). Menu dibuat bervariasi.
- b). Menu disajikan menarik, praktik, dengan pengolahan cepat dan kombinasi menarik disukai remaja.
- c). Menu yang disajikan adalah menu seimbang.

6. Dewasa

Karakteristik dewasa di Indonesia didefinisikan dalam UU no. 30/2004 tentang Jabatan Notaris setiap orang yang sudah berusia 18 tahun atau sudah menikah dianggap sudah dewasa. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan gizi dewasa adalah Kondisi fisiologis (hamil atau menyusui), lingkungan, jenis kegiatan fisik untuk memperoleh kebugaran, stress, mutu gizi pangan yang dikonsumsi. Peran gizi di usia dewasa adalah untuk ketahanan fisik dan produktivitas kerja, derajat kesehatan, menen-

tukan kualitas daya pikir atau kecerdasan intelektual yang sangat esensial bagi kehidupan manusia.

7. Lanjut usia (lansia)

Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan klasifikasi usia lanjut adalah individu yang berusia di atas 60 tahun dalam Permenkes no. 67 tahun

**Tabel.2 :Rekomendasi Bentuk dan Frekuensi Pemberian Makanan untuk usia 6 bulan hingga 24 bulan**

Usia	Bentuk Makanan	Frekuensi Pemberian Makan dalam Sehari	Jumlah sekali makan
Sejak 6 bulan	Makanan di lumatkan : serealialia atau umbi-umbian, lauk, sayur, buah	2x sehari ditambah ASI sesering mungkin	2-3 sendok makan
7-8 bulan	Makanan di lumatkan : serealialia atau umbi-umbian, lauk, sayur, buah	3x sehari ditambah ASI sesering mungkin	Secara bertahap bertambah hingga mencapai 2/3 gelas ukuran 250 cc
9-11 bulan	Makanan lembik atau dicincang yang mudah ditelan anak	3x sehari ditambah 1x makan dan ASI	¾ gelas ukuran 250 cc
12-24 bulan	Variasi makanan sama dengan makanan keluarga dengan tekstur yang mudah ditelan anak	3x sehari ditambah 2x makan dan ASI	1 piring/mangkuk penuh ukuran 250 cc

Sumber: Pritasari dkk (2017)

2015. Secara umum masalah kesehatan yang terjadi pada kelompok usia lanjut ini meningkat dengan bertambahnya usia. Tubuh akan mengalami berbagai penurunan akibat proses penuaan, hampir semua fungsi organ dan gerak menurun, diikuti dengan menurunnya imunitas sebagai pelindung tubuh pun tidak bekerja sekuat ketika masih muda. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian makanan lansia:

- d). Konsumsi makanan yang beraneka ragam dan bergizi
- e). Hindari makanan yang mengandung lemak berlebihan, gula, garam, dan makanan yang diawetkan.

- f). Banyak konsumsi makanan yang mengandung serat (sayur-sayuran dan buah-buahan).
- g). Sayuran dipotong lebih kecil, bila perlu dimasak sampai empuk, daging dicincang, buah dihaluskan (blender atau parut)
- h). Porsi makan kecil dan sering, dianjurkan makanan utama 3 kali dan selingan 3 kali
- i). Minum air putih minimal 8 gelas untuk memenuhi kebutuhan air
- j). Makan bersama dapat meningkatkan nafsu makan
- k). Tingkatkan cita rasa makanan dengan menggunakan berbagai bumbu untuk mengurangi penggunaan garam, misalnya bawang merah, bawang putih, jahe, kunyit, lada, gula, jeruk nipis, dll

## 1.6 Pedoman Gizi Seimbang

Secara umum, menu seimbang yang dimaksud dalam pemberian makanan diatur dalam Permenkes no. 41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang yaitu memenuhi keanekaragaman sumber pangan dari kelompok makanan pokok, sayur, buah, lauk-pauk batasi gula, garam dan minyak serta minum air putih 8 gelas. Konsumsi Gula, Garam dan Lemak (GGL) dalam pengolahan makanan sehari adalah sesuai dengan anjuran (G4G1L5), yang artinya: a. Konsumsi Gula maksimum 4 sendok makan (50 gram/hari) b. Konsumsi Garam maksimum 1 sendok teh (2 gram/hari) c. Konsumsi Lemak maksimum 5 sendok makan minyak sayur (67 gram/hari). Rekomendasi menu seimbang juga dibarengi dengan perilaku hidup bersih sehat lainnya seperti mencuci tangan, aktivitas fisik dan memantau berat badan. Visualisasi pedoman gizi seimbang ini digambarkan dalam tumpeng gizi seimbang seperti dalam Gambar.2

Kementerian Kesehatan juga memberikan visualisasi yang memudahkan masyarakat mengkonsumsi makanan seimbang dalam sekali makan dalam pedoman Isi Piringku yang digambarkan dalam gambar. Pembagian yang mudah adalah dengan meletakkan makanan pokok dan sayur pada bagian besar dari setengah piring (masing-masing 2/3 bagian) dan sisanya untuk lauk-pauk serta buah (masing-masing 1/3 bagian).

Beberapa contoh dalam gambar berikut merupakan praktek makan yang memenuhi kaedah isi piringku. Masyarakat Indonesia memiliki kekayaan kuliner yang sangat beragam dari Sabang hingga Merauke. Kaedah isi piringku ini dapat dikreasikan sesuai dengan kemudahan akses pangan yang tersedia di masing-masing wilayah dimanapun masyarakat berada.

## 1.7 Aktivitas Fisik

Aktivitas Fisik merupakan setiap gerakan tubuh yang diakibatkan kerja otot rangka dan meningkatkan pengeluaran tenaga serta energi (P2PTM Kemenkes RI, 2018). Aktivitas fisik mencakup kegiatan di dalam ruangan seperti rumah, kantor, sekolah, kendaraan, tempat beribadah dan pasar swalayan dan di luar ruangan seperti halaman rumah, lapangan olahraga, kebun, dan taman.

Ada tiga kategori aktivitas fisik, ringan, sedang dan berat. Aktivitas fisik ringan hanya memerlukan sedikit tenaga dan biasanya tidak menyebabkan perubahan dalam pernapasan, saat melakukan aktivitas masih dapat berbicara dan bernyanyi. Energi yang dikeluarkan selama melakukan aktivitas ini (<3,5 Kcal/menit).

Contoh aktivitas fisik ringan:

1. Berjalan santai di rumah, kantor, atau pusat perbelanjaan
2. Duduk bekerja di depan komputer, membaca, menulis, menyetir, mengoperasikan mesin dengan posisi duduk atau berdiri
3. Berdiri melakukan pekerjaan rumah tangga ringan seperti mencuci piring, setrika, memasak, menyapu, mengepel lantai, menjahit
4. Latihan peregangan dan pemanasan dengan lambat
5. Membuat prakarya, bermain kartu, bermain video game, menggambar, melukis, bermain musik, bermain billiard, memancing, memanah, menembak, golf, naik kuda
6. Aktivitas sedang ditandai dengan tubuh sedikit berkeringat, denyut jantung dan frekuensi nafas menjadi lebih cepat, tetap dapat berbicara, tetapi tidak bernyanyi. Energi yang dikeluarkan saat melakukan aktivitas ini antara 3,5 - 7 Kcal/menit.
7. Contoh aktivitas fisik sedang:
8. Berjalan cepat (kecepatan 5 km/jam) pada permukaan rata di dalam atau di

luar rumah, di kelas, ke tempat kerja atau ke toko; dan jalan santai, jalan sewaktu istirahat kerja

9. Pekerjaan tukang kayu, membawa dan menyusun balok kayu, membersihkan rumput dengan mesin pemotong rumput
10. Memindahkan perabot ringan, berkebun, menanam pohon, mencuci mobil
11. Bulu tangkis rekreasional, bermain rangkap bola, dansa, tenis meja, bowling, bersepeda pada lintasan datar, volly non kompetitif, bermain skateboard, ski air, berlayar.

Aktivitas fisik dikategorikan berat apabila selama beraktivitas tubuh mengeluarkan banyak berkeringat, denyut jantung dan frekuensi nafas sangat meningkat sampai dengan kehabisan napas. Energi yang dikeluarkan saat melakukan aktivitas pada kategori ini  $> 7$  Kcal/menit.

Contoh aktivitas fisik berat :

1. Berjalan dengan sangat cepat (kecepatan lebih dari 5 km/jam), berjalan mendaki bukit, berjalan dengan membawa beban di punggung, naik gunung, jogging (kecepatan 8 km/jam) dan berlari
2. Pekerjaan seperti mengangkut beban berat, menyekop pasir, memindahkan batu bata, menggali selokan, mencangkul
3. Pekerjaan rumah seperti memindahkan perabot yang berat, menggendong anak, bermain aktif dengan anak
4. Bersepeda lebih dari 15 Km per jam dengan lintasan mendaki, bermain basket, cross country, badminton kompetitif, volley kompetitif, sepak bola, tenis single, tinju.

Latihan fisik merupakan rangkaian aktivitas fisik yang dilakukan dengan memenuhi kaidah baik, benar, terukur dan teratur (BBTT). Latihan fisik yang baik dan benar artinya tipe latihan fisik mencakup salah satu atau ketiga tipe latihan fisik tanpa ada dampak negatif ke otot, sendi atau indikator metabolisme tubuh (misalnya tekanan darah). Sedangkan latihan fisik yang terukur artinya latihan fisik harus dilakukan sesuai dosis frekuensi, intensitas dan durasi supaya dapat memberikan

manfaat kesehatan tubuh. Latihan fisik teratur artinya setiap melakukan latihan fisik harus dilakukan dengan urutan pemanasan, inti dan pendinginan. Pemanasan agar tubuh siap melakukan latihan inti dan mencegah cedera selama latihan yang diawali gerakan ringan dan peregangan selama 10-15 menit. Latihan inti adalah latihan yang bersifat aerobik, latihan kekuatan otot dan latihan keseimbangan. Setelah latihan inti ukur denyut nadi, denyut nadi yang normal terjadi peningkatan setelah latihan inti. Pendinginan gerakan seperti pemanasan dengan intensitas tidak terlalu berat. Rincian tipe latihan fisik, frekuensi, intensitas dan durasi dapat dilihat pada Gambar.5.

Manfaat kesehatan dan kebugaran dari latihan fisik dengan BBT:

1. Memperlancar aliran darah
2. Memperkuat otot jantung dan meningkatkan kapasitas jantung
3. Memperbaiki kelenturan sendi dan kekuatan otot
4. Memperbaiki postur tubuh
5. Mengendalikan berat badan
6. Menurunkan risiko osteoporosis
7. Meningkatkan ketahanan tubuh

Selain manfaat kesehatan dan kebugaran secara fisik, latihan fisik dengan BBT juga bermanfaat secara psikologis dan sosio-ekonomi.

Manfaat bagi Psikologis

1. Meningkatkan rasa percaya diri
2. Membangun rasa SOPrtifitas
3. Memupuk tanggung jawab
4. Membantu mengendalikan stres
5. Meningkatkan kemampuan untuk beradaptasi
6. Mengendalikan kecemasan dan depresi

Manfaat bagi sosio ekonomi

1. Meningkatkan produktivitas
2. Menurunkan biaya pengobatan



### 3. Menurunkan angka absensi kerja

Hasil survei Kesehatan nasional, Riskesdas 2018 menunjukkan masyarakat Indonesia 33.5% kurang aktivitas fisik (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, 2018). Selama pandemik COVID-19 masyarakat dalam Kawasan zona merah lebih banyak melakukan kegiatan dari rumah dengan adanya pembatasan tatap muka di tingkat sekolah maupun kantor. Kondisi bekerja dari rumah membuat setiap individu harus meningkatkan mawas diri akan manfaat aktivitas fisik dan latihan fisik untuk investasi kesehatan jangka panjang yang semestinya direncanakan. Rencanakan aktivitas fisik seperti membersihkan rumah, bermain dengan keluarga dan mengurangi penggunaan remote control dan latihan fisik dengan memenuhi kaidah BBTT yang dapat dilakukan di dalam ruangan baik aerobik, kekuatan atau peregangan seperti senam, jogging atau di luar ruangan seperti jalan kaki, lari dan bersepeda. Namun jika melakukan kegiatan di luar ruangan, protokol kesehatan pencegahan COVID-19 (menggunakan masker, menjaga jarak dan menggunakan hand sanitizer/mencuci tangan dengan sabun) harus senantiasa ditaati.

## 1.8 Kelompok Orang Berisiko

### 1. Hipertensi

Hipertensi, merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :

- a). Hipertensi Esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya (90%)
- b). Hipertensi Sekunder Penyebabnya dapat ditentukan (10%), antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dll.

Untuk menegakkan diagnosis hipertensi dilakukan pengukuran darah minimal 2 kali dengan jarak 1 minggu.

Kendalikan Hipertensi dengan PATUH P : Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter A : Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur T : Tetap diet dengan gizi seimbang U : Upayakan akti-

vitas fisik dengan aman H : Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik

## 2. Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin.

Program penanggulangan Diabetes bisa dilakukan dengan berbagai macam cara diantaranya:

### a). Pemeriksaan Kesehatan Secara Teratur

Pedulilah akan kesehatan Anda. Banyak orang mengabaikan gejala tipe 2 karena merasa badan sehat-sehat saja. Diabetes yang tidak dideteksi secara dini dapat menyebar ke organ lain dan menimbulkan penyakit komplikasi. Kalau anda ingin yakin terbebas, maka jalan satu-sa-



Gambar.2:Tumpeng Gizi Seimbang

tunya yang paling efektif yaitu melakukan pemeriksaan kesehatan. Tes atau screening bisa dilayani di setiap fasilitas penyedia kesehatan, seperti fasilitas kesehatan, tempat praktek dokter, klinik atau laboratorium.

### b). Menjalani Pengobatan Secara Intensif

Tujuan pengobatan jelas untuk membuat gula darah mendekati normal ataupun menjadi normal. Walaupun pengobatan dijalani secara intensif, pemilihan makanan dan aktivitas sangatlah menentukan akan normalnya gula darah. Jangan membeli obat bebas, karena obat diabetes hanya boleh



Gambar.3:Isi Piringku

ditebus dengan resep dokter. Obat anti diabetes ada yang dimasukkan secara oral berupa tablet ataupun obat dalam bentuk injeksi. Insulin yang diinjeksikan wajib untuk penderita Diabetes tipe 1 sedangkan untuk tipe 2 digunakan obat oral.

c). Aktif Secara Fisik

Setelah obat, maka penderita Diabetes haruslah aktif secara fisik, artinya segala kegiatan fisik haruslah dilakukan agar membantu kadar gula dalam darah keluar dan darah kembali memproduksi insulin. Penelitian



Gambar.4: Contoh Makanan sesuai Isi Piringku ;Sumber sumber:<https://sains.kompas.com/mage/2019/08/>

menunjukkan bahwa orang yang punya aktivitas fisik punya resiko lebih kecil sebanyak 30-50% dibandingkan dengan individu pasif.

d). Memperbaiki Kualitas Makanan

Penderita Diabetes ataupun Anda yang ingin bebas haruslah mempunyai diet seiring dengan itu, kualitas makanan sangat mendapatkan per-

anan penting bagi penderita Diabetes. Perbanyak makanan sehat yang dianjurkan oleh para penderita Diabetes. Kurangi gula, minyak, dan semua makanan berlemak lainnya. Ingatlah untuk selalu mengikutkan buah ke dalam menu Anda. Gangguan kulit serta infeksiya mengharuskan penderita Diabetes untuk wajib perhatikan.

Senam kaki dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil kaki dan mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki (deformitas).

- i. Latihan senam kaki dapat dilakukan dengan posisi berdiri, duduk, dan tidur
- ii. Senam kaki dapat dilakukan dengan cara menggerakkan kaki dan sen di-sendi kaki misalnya berdiri dengan kedua tumit diangkat, mengangkat kaki dan menurunkan kaki.
- iii. Gerakan dapat berupa gerakan menekuk, meluruskan, mengangkat memutar keluar atau kedalam. Selain itu gerakan men-cengkram dan meluruskan jari-jari kaki juga menjadi bagian dari senam kaki Diabetes.
- iv. Latihan senam kaki Diabetes dapat dilakukan setiap hari secara teratur, dimana saja. Bisa sambil bersantai bersama keluarga maupun menonton televisi. Ketika kaki terasa dingin, lakukan senam kaki Diabetes.

**Latihan Fisik BBT**  
(Baik, Benar, Terukur, Teratur)

Latihan fisik dilakukan dengan frekuensi tertentu secara teratur dan berkesinambungan sejak usia dini hingga usia lanjut. Untuk mencapai hasil yang optimal, latihan fisik perlu dilakukan minimal 3-5 kali seminggu dengan intensitas sedang selama 20-60 menit.

**Teratur**

**Tipe Latihan Fisik**

Tipe	Frekuensi	Intensitas	Durasi
Latihan Aerobik	3 - 5x / minggu	Sedang (64 - 76% DMN) Berat ( > 76 DMN )	150 menit/ minggu 75 menit/ minggu
Latihan Kekuatan	> 2x / minggu	2-4 set 8 - 10 repetisi 60-80% 1RM pengulangan maksimal	Interval Istirahat: 2 - 3 menit
Latihan Kelenturan	Minimal 2 - 3x / minggu	> 4 repetisi / pengulangan Pergerakan statis	10 menit 20 - 30 detik

RM = DMN Dengan Nilai Maksimal DM = Repetisi/Pengulangan Maksimal

www.p2tm.kemkes.go.id @p2tmkemenkes RI @p2tmkemenkes RI @p2tmkemenkes RI

Gambar.5:Tipe Latihan Fisik BBT (sumber: P2TM Kemenkes RI, 2018)

Latihan senam kaki Diabetes dapat dilakukan setiap hari secara teratur, dimana saja. Bisa sambil bersantai bersama keluarga maupun menonton televisi. Ketika kaki terasa dingin, lakukan senam kaki Diabetes.



Gambar.6:. Latihan Fisik dan Kondisi Khusus untuk Penyakit Tidak Menular (P2TM Kemenkes RI, 2018)

Saya mengalami kondisi khusus, apakah saya tetap melakukan latihan fisik?

P2TM Kemenkes RI (2018) menyarankan jenis latihan fisik yang diperbolehkan pada kondisi khusus. Perlu diperhatikan latihan fisik yang kurang direkomendasikan seperti kekuatan dan kelenturan pada individu obesitas karena latihan fisik tersebut akan menambah beban pada sendi dan mengakibatkan nyeri. Rincian lengkapnya dapat diamati pada Gambar.5 dan 6

Saya positif COVID-19 dan isolasi mandiri di rumah. Apa yang harus saya lakukan?

- Konsumsi gizi seimbang sesuai umur dan jika ada resiko lain lakukan penanganan sesuai anjuran medis
- Tetap beraktivitas fisik baik di dalam ruangan maupun di luar ruangan. Kemenkes RI (2020) dalam Panduan Gizi Seimbang pada Masa Pandemi Covid-19 menyarankan berjemur dibawah sinar matahari selama 15 menit setiap pagi (tangan dan kaki terkena sinar matahari). Sinar UV dari matahari dapat mengaktifkan pro-vitamin D yang didapat dari makanan yang dikonsumsi menjadi vitamin D. Vitamin D berfungsi membentuk imunitas tubuh.
- Meminimalisasi kontak fisik dengan anggota keluarga atau

orang lain

- iv. Melakukan protokol Kesehatan pencegahan penularan COVID-19 seperti mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan serta setiap akan menyentuh bagian wajah, menutup bersin dengan sikut belakang
- v. Menggunakan alat makan dan alat kebersihan pribadi yang terpisah
- vi. Menggunakan masker dengan benar jika harus kontak dengan orang lain

## **1.9 Pangan yang berkelanjutan**

Tidak dapat dipungkiri status ekonomi makro negara Indonesia kuartal II tahun 2020 dimana pandemi COVID-19 mulai terjadi mengalami penurunan sebanyak 5.32%. Artinya masyarakat juga mengalami penurunan pendapatan yang dapat mempengaruhi akses dan ketahanan pangan (BPS, 2020). Terdapat beberapa argumen mengenai biaya makan yang juga mempengaruhi kualitas konsumsi dan juga berkontribusi terhadap kesenjangan sosial di bidang kesehatan (Drewonski, 2015). Namun terdapat beberapa usaha pemerintah untuk mengurangi kesenjangan sosial tersebut seperti menjaga stabilitas harga pangan secara nasional dan ketersediaan pangan di pasar. Masyarakat pra sejahtera mendapat bantuan sembako termasuk ikan sarden dari Kementerian Sosial. Di tingkat akar rumput, masyarakat dapat melakukan substitusi sumber pangan yang mudah dan murah dijangkau masyarakat namun aman dan tetap memenuhi prinsip gizi seimbang. Misalnya dengan mensubstitusi daging dengan telur yang harganya lebih murah namun tetap memiliki nilai protein yang baik. Alternatif lainnya adalah mengurangi pembelian garam, gula serta minyak selain hemat juga mendapat manfaat kesehatan dengan membatasi konsumsi garam, gula dan minyak.

## Referensi

- Satuan Tugas Penanganan COVID-19. <https://covid19.go.id/peta-sebaran>. diakses pada tanggal 31 Agustus 2020
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Savastano, S., Colao, A. (2020). Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. *European Journal of Clinical Nutrition* 74:850–851
- Calder, P.C., Carr, A.C., Gombart, A.F. and Eggersdorfer, M. (2020). Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect against Viral Infections. *Nutrients* 12(4), 1181
- Belanger, Hill, M. A., Angelidi, A.M., Dalamaga, M., Sowers, J.R., and Mantzoros, C.S. (2020). Covid-19 and Disparities in Nutrition and Obesity. *The New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMp2021264
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. 2018. Hasil Utama Riskesdas 2018. [https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d-41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d-41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf)
- Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu dan Gizi Makanan. diakses dari [http://perundangan.pertanian.go.id/admin/p\\_pemerintah/PP%20No.28%20Tahun%202004%20Keamanan,%20Mutu,%20&%20Gizi%20Pangan.pdf](http://perundangan.pertanian.go.id/admin/p_pemerintah/PP%20No.28%20Tahun%202004%20Keamanan,%20Mutu,%20&%20Gizi%20Pangan.pdf)
- BPOM (Badan Pengawas Obat dan Makanan RI). (2020). Pedoman Produksi Dan Distribusi Pangan Olahan Pada Masa Status Darurat Kesehatan Corona Virus
- Disease 2019 (COVID-19) di Indonesia. diakses dari <https://covid19.go.id/p/protokol/pedoman-produksi-dan-distribusi-pangan-olahan-pada-masa-status-darurat-kesehatan-covid-19-di-indonesia>
- Pritasari, Damayanti, D., Lestari, N.T. (2017). Bahan Ajar Gizi: Gizi dalam Daur Kehidupan . Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. diakses dari <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/GIZI-DALAM-DAUR-KEHIDUPAN-FINAL-SC.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Buku Kesehatan Lanjut Usia. diakses dari <http://www.kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/BUKU%20LANJUT%20USIA%20-%20Indonesia.pdf>

- Undang-Undang No. 30 Tahun 2004 tentang Jabatan Notaris. Diakses dari <http://www.dpr.go.id/dokjdih/document/uu/31.pdf>
- Permenkes no. 67 tahun 2015 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat. Diakses dari <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Permenkes%2067%202015%20YANKES%20LANZIA%20PUSKESMAS.pdf>
- Permenkes no. 41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Diakses dari <https://kesmas.kemkes.go.id/perpu/konten/permenkes/pmk-no.-41-ttg-pedoman-gizi-seimbang>
- P2PTM Kemenkes RI. (2018). <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/page/2/apa-itu-aktivitas-fisik>
- Kemenkes RI. (2020). Panduan Gizi di Masa Pandemi COVID-19. Diakses dari <https://covid19.go.id/storage/app/media/Materi%20Edukasi/final-panduan-gizi-seimbang-pada-masa-covid-19-1.pdf>
- Biro Pusat Statistik (BPS). (2020). Ekonomi Indonesia Triwulan II 2020 Turun 5,32 Persen. diakses dari <https://www.bps.go.id/pressrelease/2020/08/05/1737/-ekonomi-indonesia-triwulan-ii-2020-turun-5-32-persen.html>
- Drewnowski. A., Darmon, N. (2015). Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutrition Reviews* 73(10):643-660



## BAGIAN 2

### Potensi Muhammadiyah dalam PARC-19: Beri Solusi untuk Negeri

*Enma Rachmawati dan M. Agus Syamsudin<sup>2</sup>*

*(<sup>1</sup>Dosen Fikes UHAMKA/ Anggota Tim Pakar Pengda IAKMI DKI Jakarta,*

*<sup>2</sup>Ketua MPKU/MCCC PP Muhammadiyah)*

#### **2.1 Pendahuluan: Peran NGO (Non-Governmental Organization) dan FBO (Faith-based Organization) dalam Pencegahan Covid-19**

Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization) sejak 11 Maret 2020 telah mengumumkan bahwa COVID-19 ditetapkan sebagai pandemik. (WHO, 2020b). Sebagaimana diketahui COVID-19 adalah nama yang diberikan untuk penyakit terkait dengan Sindrom Pernafasan Akut Parah Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) dimana virus dapat menyebabkan gejala ringan seperti flu hingga gejala yang lebih serius seperti pneumonia berat hingga menyebabkan kematian (ECDC, 2020). Seiring dengan upaya penemuan vaksin yang efektif yang masih terus dilakukan di berbagai negara, penyebarannya di tingkat global maupun nasional menggambarkan betapa berbahaya dampak negatif yang diakibatkan jika kita tidak melakukan upaya-upaya sinergis dari berbagai pihak untuk pencegahan penularannya. Penanggulangan Covid-19 tidak hanya bisa dikerjakan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah/lokal atau hanya dengan mengandalkan tenaga medis. Dengan skala bencana/dampak negatif yang begitu besar perlu adanya peran aktif dari seluruh lapisan masyarakat. Salah satu strategi yang dilakukan di berbagai negara adalah dengan melibatkan organisasi non pemerintah (NGO-Non Governmental Organization) termasuk organisasi yang berbasis agama (FBO-Faith-based Organization), yang mempunyai potensi dalam mendukung intervensi upaya kesehatan masyarakat dan dapat menjangkau populasi pendukungnya yang berisiko di lokasi yang luas. NGO berperan penting dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat untuk upaya pemberdayaan masyarakat yang berkelanjutan, karena banyak

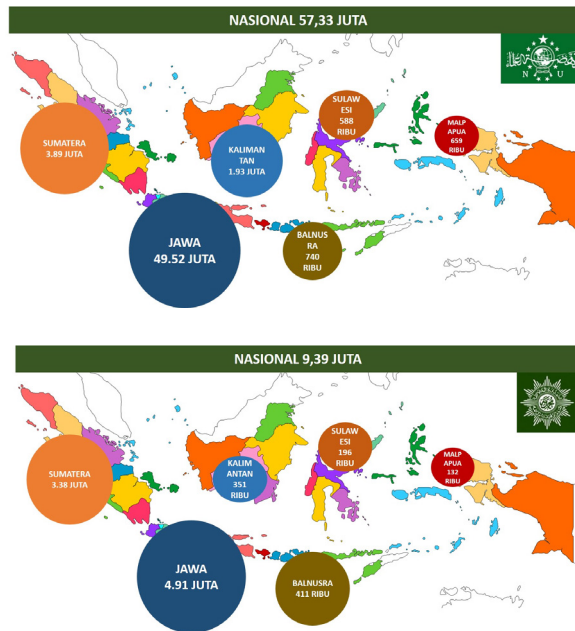
NGO yang memberikan pelayanan kesehatan, sosial, pendidikan. NGO juga berperan penting di bidang kesehatan terutama dalam pemberian layanan kesehatan dan advokasi kesehatan. Advokasi kesehatan ini dilakukan melalui kombinasi tindakan-tindakan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan dukungan sistem untuk suatu program kesehatan tertentu. (Piotrowicz & Cianciara, 2013)

NGO berbasis keagamaan atau disebut juga FBO (Faith-based organization) sejak lama mempunyai peranan yang signifikan upaya promosi kesehatan di tingkat nasional maupun global, terutama untuk kelompok masyarakat miskin. Dalam perkembangannya, terutama di era teknologi informasi, NGO maupun FBO juga memperluas cakupan layanannya berupa upaya memberikan informasi dengan mengoptimalkan media informasi berbasis teknologi informasi, melalui portal yang mereka ciptakan bekerja sama dengan perguruan tinggi dan pihak-pihak lain yang terkait, dan ini akan menarik masyarakat dan menjadi penting saat dalam manajemen krisis (Maserat, Jafari, & Mohammadzadeh, 2020), termasuk untuk masalah kesehatan masyarakat di masa pandemik Covid-19 ini. Terkait dengan penyampaian informasi ini, menurut WHO, pemimpin keagamaan (religious leader), ormas keagamaan, maupun masyarakat/umatnya sangat penting peranannya terkait upaya penyelamatan hidup dan mengurangi kesakitan dalam kasus Covid-19. (WHO, 2020a). Hal ini dikarenakan peran utama mereka adalah dalam memberikan informasi kesehatan yang diyakini akan lebih dipercaya bagi umatnya dan juga masyarakat luas. Informasi Covid-19 yang penting misalnya terkait dengan mengurangi ketakutan dan stigma yang muncul, lebih dapat diterima dibanding informasi yang berdasarkan sumber lainnya. (WHO, 2020a).

## **2.2 Peran Dua Ormas Islam Terbesar (NU dan Muhammadiyah) di Indonesia dalam Pencegahan Covid-19**

Peran ormas keagamaan sangat baik sebagai perekat sosial masyarakat yang majemuk/multikultural, dan agama sangat baik sekali dalam hal pembinaan masyarakat untuk menuju pada kesejahteraan. (Mubit, 2016). Masyarakat Indonesia adalah masyarakat yang majemuk/multikultural. Data Sensus Penduduk 2010 Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah penduduk Indonesia yang muslim sebesar 87,18.

Tahun 2016 penduduk Indonesia yang beragama Islam diperkirakan berjumlah 223,18 juta jiwa. Dengan besarnya persentase muslim di Indonesia, peran organisasi keagamaan, khususnya ormas Islam, penting dalam upaya pencegahan Covid-19. Indonesia memiliki ormas Islam yang mempunyai banyak pengikut dan memiliki struktur organisasi yang kuat sampai ke akar rumput. Berdasarkan riset yang dilakukan oleh Alvara Research Center tahun 2016 terhadap 1626 penduduk muslim Indonesia yang berusia 17 tahun ke atas di 34 Provinsi di Indonesia, perkiraan jumlah anggota dua ormas keagamaan yang terbesar yaitu Nahdlatul Ulama (NU) adalah sebesar 57,33 juta dan Muhammadiyah sebesar 9,39 juta jiwa. Dapat dilihat gambar 1 untuk pola sebaran anggotanya, persebaran afiliasi dan anggota Muhammadiyah lebih mendekati sebaran penduduk Indonesia secara nasional dibanding NU (Java Centric), yaitu proporsi Muhammadiyah dari sisi afiliasi di Jawa 59,8% dan di Sumatera 27,1%. Dari sisi keanggotaan, proporsi Muhammadiyah di Jawa 52,3% dan di Sumatera 36,1%, sisanya tersebar di pulau-pulau lain. (Ali, 2017)



Gambar.7.: Pola Sebaran Anggota Ormas NU dan Muhammadiyah Tahun 2016 (sumber:<https://hasanuddinali.files.wordpress.com/2017/01/afiliasi-md.jpg?w=831&h=&zoom=2>)

Selain jumlah keanggotaan yang banyak, anggota masyarakat yang cenderung patuh terhadap himbauan yang diberikan pimpinan ormas agama juga menjadi salah satu kekuatan untuk dapat menanggulangi COVID-19. Dalam pencegahan COVID-19 masyarakat sendiri memiliki peran penting terutama dalam melaksanakan menjaga jarak (*physical distancing*), menggunakan masker maupun melakukan isolasi diri di rumah. Untuk itu, ketaatan terhadap himbauan yang diserukan oleh pimpinan ormas keagamaan untuk dapat berperilaku sehat agar dapat mencegah penularan COVID-19 menjadi penting. Adanya kekuatan dari segi jumlah keanggotaan organisasi NU maupun Muhammadiyah menjadi potensi dalam menggerakkan masyarakat di akar rumput sampai ke desa-desa dan potensi keduanya dalam penghimpunan dana. Kekuatan lainnya adalah para anggota masyarakat yang terlibat dalam ormas keagamaan dapat menjadi agen perubahan dan pengembangan dalam kesehatan sosial, kestabilan politik, dan keberlangsungan ekonomi. (Mu'ti, 2020). Salah satu tantangan perubahan dalam upaya pencegahan Covid-19 adalah sikap kontraproduktif yang dilakukan oleh beberapa anggota ormas keagamaan tertentu. Contohnya, ketika sekelompok masyarakat beragama mengabaikan protokol yang sudah ditetapkan pemerintah dalam menghindari keramaian dengan menjaga jarak, namun mereka melakukan berbagai kegiatan ibadah sehari-hari dan pertemuan keagamaan lainnya yang melibatkan banyak orang, dengan argumen bahwa mereka harus yakin bahwa rasa takut itu hanya kepada Allah SWT dan bukan pada pejabat pemerintah setempat. Di sinilah peran pimpinan ormas agama terkait menjadi suatu keharusan. Pendekatan ulama di kedua organisasi keagamaan seringkali lebih efektif dibanding pejabat pemerintah dalam menyampaikan pesan pemerintah kepada masyarakat melalui penggunaan istilah-istilah agama yang lebih diterima oleh anggota ormas keagamaan terkait. (Muhtada, 2020).

NU dan Muhammadiyah secara struktural mempunyai struktur organisasi yang multilevel, mulai dari tingkat nasional hingga ke akar rumput di seluruh pelosok Indonesia.

Keduanya mempunyai jejaring struktur nasional yang baik dan dibutuhkan saat dilakukan upaya mitigasi suatu bencana atau kedaruratan. Kedua organisasi mempunyai cabang organisasi yang otonom, kuat, dan saling mendukung dalam

menjalankan tugas dan fungsinya di bawah payung kebijakan pimpinan pusat. Organisasi otonomnya (Ortom) mencakup untuk perempuan (NU; Muslimat, Fatayat, Muhammadiyah: Aisyiyah, Nasyiatul Aisyiyah), pelajar/mahasiswa (NU: PMII, IPNU-IPPNU, Anshor, Muhammadiyah: IRM/IPM, IMM), dan ortom lainnya. Keduanya juga diperkuat lembaga sosial pendukung, universitas, sekolah, dan rumah sakit atau layanan kesehatan lainnya yang tersebar di seluruh pelosok Indonesia. Keduanya juga mempunyai pusat mitigasi bencana yaitu Satuan Tugas (Satgas) Nahdhatul Ulama Peduli COVID-19, dan Pusat Komando COVID-19 Muhammadiyah (MCCC/Muhammadiyah Covid-19 Command Center).

Dalam tulisan ini, baik NU maupun Muhammadiyah memainkan peran signifikan dalam upaya pencegahan Covid-19, namun penulis memfokuskan pada potensi ormas Muhammadiyah dalam kaitannya dengan PARC-19. Pertimbangannya adalah dengan melihat perkembangan pesat dari amal usaha Muhammadiyah di layanan kesehatan dan menjadi fokus sejak awal berdirinya Muhammadiyah (tahun 1912) yaitu pendidikan, kesehatan, dan kelompok miskin/dhu'afa, sedangkan NU lebih pada pendidikan dan layanan sosial bagi pengikutnya (Lussier, 2016)

### **2.3 Potensi Muhammadiyah dalam PARC-19: Solusi bagi Negeri**

Pada tahun 2017 tercatat bahwa Muhammadiyah telah memiliki 105 RS yang menyebar di lebih dari 17 provinsi yang ada di Indonesia, dengan 8082 tempat tidur, dan 305 klinik. (Samsudin, Kusnadi, Dunda, & Rais, 2017). Pengelolaan dari RS dan klinik ini adalah Muhammadiyah dan Aisyiah. Sebagai response bagi pandemik Covid-19, Muhammadiyah memberikan solusi dengan mendirikan satuan tugas (satgas) Muhammadiyah COVID\_19 Command Center (MCCC) yang didirikan berdasarkan Maklumat PP Muhammadiyah Nomor 02/MLM/1.0/H/2020 tentang wabah Covid-19. MCCC, yang bertugas mensinkronkan pelaksanaan aksi pencegahan Covid-19 di masyarakat. Untuk pelaksanaan MCCC di lapangan, PP Muhammadiyah mengeluarkan kebijakan dengan menerbitkan Surat Keputusan Nomor 2825/KEP/1.0/D/2020 berisi untuk setiap PWM (Pimpinan Wilayah Muhammadiyah) membuat MCCC tingkat wilayah dengan menyediakan SDM, dana, sarana, prasarana dan menyebarkan informasi terkait Covid-19. Pendirian MCCC diikuti dengan pembentukan struktur hingga MCCC pimpinan Muhammadiyah ranting dan

penunjukkan rumah sakit

Muhammadiyah dan Aisyiyah (RSMA) untuk merawat pasien Covid-19. Layanan yang diberikan, tidak hanya layanan di bidang kesehatan, namun juga layanan konsultasi psikologi, sosial, dan agama.

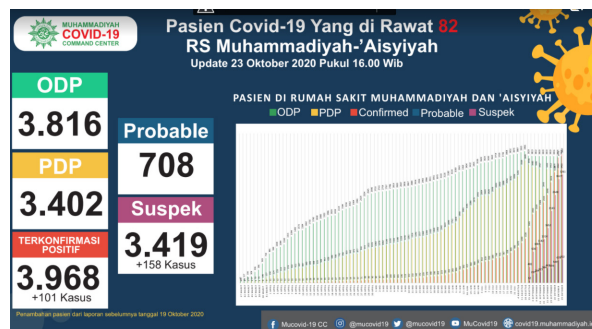
### **2.3.1. Kekuatan Internal: Potensi SDM (Sumber Daya Manusia) dan Sarana Pelayanan Kesehatan**

MCCC terdiri dari perwakilan dari internal jaringan struktur Persyarikatan Muhammadiyah dengan warga Muhammadiyah, dan bersinergi dengan MDMC yang sudah sejak lama berdiri dalam menangani bencana/ke daruratan, serta diakui di tingkat internasional. Perwakilan tersebut yaitu berasal dari:

- a). Majelis Pembina Kesehatan Umum (MPKU)
- b). Muhammadiyah Disaster Management Center (MDMC)
- c). 'Aisyiyah
- d). LazisMu
- e). Majelis Pendidikan Tinggi dan Penelitian Pengembangan (DIKTI LITBANG)
- f). Majelis Pendidikan Dasar dan Menengah (DIKDASMEN)
- g). Majelis Tabligh
- h). Ikatan Pelajar Muhammadiyah (IPM)
- i). Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah (IMM)
- j). Nasyiatul 'Aisyiyah (NA)
- k). Hizbul Wathan (HW)
- l). Tapak Suci Putera Muhammadiyah (TSPM)
- m). Pemuda Muhammadiyah

Lebih dari 60,000 tenaga sukarelawan medis, psikologi, dan sosial yang telah bergabung dalam berbagai program yang dirancang MCCC di seluruh Indonesia. Potensi Muhammadiyah yang penting pada masa wabah Covid ini adalah keberadaan RSMA yang merupakan RS non profit dengan misi dakwah and tajdid. (Rachmawati, 2019). Saat ini (tahun 2020) terdapat 80 RSMA yang memberikan layanan kesehatan bagi pasien Covid-19 atau menjadi RS rujukan

kan Covid-19. (Mu'ti, 2020). MCCC terus mengupdate jumlah kasus yang ditangani yaitu ODP, PDP, maupun kasus positif Covid-19. Perkembangannya dapat diakses melalui portal MCCC secara rutin dalam jangka waktu tertentu di: <https://covid19.muhammadiyah.id/tentang-kami/tim-kami/> <https://covid19.muhammadiyah.id/tentang-kami/tim-kami/>. Sebagai contoh, dapat dilihat pada gambar di bawah ini untuk data pasien Covid-19 yang dirawat di RSMA (per tanggal 18 Agustus 2020, pukul 16.00):



Gambar.8:. Jumlah Pasien Covid-19 yang dirawat di RSMA (sumber: <https://covid19.muhammadiyah.id/category/laporan/>)

Dari gambar tersebut terlihat bahwa masih terjadi peningkatan kasus positif untuk Covid-19 ini, termasuk penderita yang dirawat di RSMA.

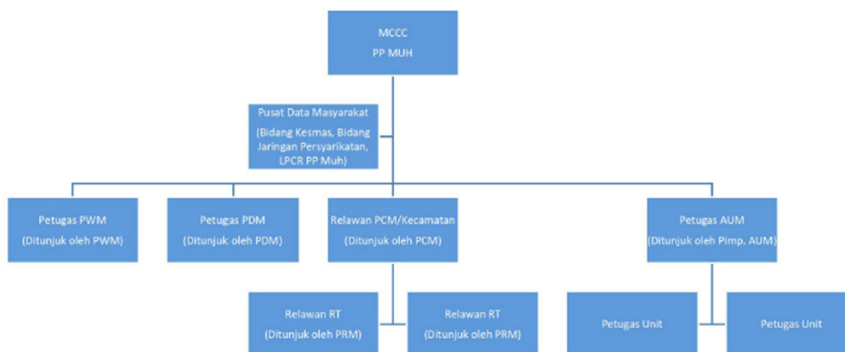
Adapun pelaksana dan tugas MCCC secara berjenjang adalah sebagai berikut:

- a). MCCC PP Muhammadiyah: Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pemberdayaan Jaringan Persyarikatan, dan Divisi Data dan Informasi
- b). MCCC atau Lembaga Pengembangan Cabang dan Ranting di setiap level pimpinan Muhammadiyah
- c). Petugas di tingkat PWM (Pimpinan Wilayah Muhammadiyah)
- d). Petugas di tingkat PDM (Pimpinan Daerah Muhammadiyah)
- e). Pimpinan Cabang Muhammadiyah dan Relawan tingkat Kecamatan
- f). Pimpinan Ranting Muhammadiyah dan Relawan di tingkat Rukun

Tetangga (RT)

g). Pimpinan Amal Usaha dan Petugas Unit Amal Usaha

Dalam bentuk diagram/bagan struktur organisasi MCCC adalah sebagai berikut:



Gambar.9.: Struktur Organisasi MCCC b(sumber: dokumen Sekretariat MCCC PP Muhammadiyah, tahun 2020)

### 2.3.2. Potensi Dana (Internal dan Eksternal)

Ketua MCCC PP Muhammadiyah sekaligus sebagai Ketua MPKU (Majelis Pembina Kesehatan Umum) PP Muhammadiyah Bp Agus Syamsuddin menyatakan bahwa dari sisi pendanaan di internal Muhammadiyah, Lembaga Amal Zakat Infaq dan Shodaqoh Muhammadiyah (LazisMu) selama ini menjadi penopang utama kegiatan MCCC Melalui jaringan kantor layanan LazisMu yang sudah mencapai tingkat Pimpinan Cabang Muhammadiyah (PCM) bahkan ada yang tingkat ranting (PRM), LazisMu mampu menghimpun kekuatan filantropi warga Muhammadiyah. (Akhlanudin, 2020)

Sumber dana lain selain Lazismu adalah Amal Usaha Muhammadiyah (AUM) yang juga memberi kontribusi signifikan dalam kerja-kerja penanganan Covid-19.

Berkat dukungan dari kekuatan internal tersebut, hingga kini program penanganan Covid-19 masih terus berjalan. Muhammadiyah telah mengalokasikan lebih dari Rp. 249 milyar (US\$18 juta) untuk memerangi Covid-19



(Mu'ti, 2020). Jumlah dana ini akan terus bertambah karena Muhammadiyah sendiri menyatakan bahwa wabah Covid-19 ini belum berakhir.

Bentuk pendanaan eksternal Muhammadiyah yang peruntukannya bersifat umum dan sebagai dukungan operasional MCCC dan juga MPKU diperoleh dari berbagai kemitraan.

Kemitraan dengan Lembaga antara lain dengan Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) Pemerintah Australia, Unicef, Kementerian Kesehatan RI, Majelis Ulama Indonesia (MUI), Ikatan Sarjana Ekonomi Indonesia (ISEI), PT. Erlangga, PT. Tirta Investama (Danone), KKS Fisipol UGM, Alumni Magister Keperawatan UMY, TVMu, Kompas TV, Kompas Gramedia, Sobat Ambyar, Kitabisa.com, Wardah, Alfamidi, PT Kelola Mina Laut, Alfamart, Bank Mega Syariah, Badan Pengelola Keuangan Haji (BPKH), Bank Bukopin Syariah, CIMB Niaga Syariah, ReIndo, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Baznas, Gojek, dan Narasi. Serta ada pula dari para influencer, antara lain Teuku Wisnu, Ihsan Tarore, Dewi Sandra, Dhini Aminarti, Vebby Palwinta, dan Tiara "Indonesian Idol".(Akhlanudin, 2020). Mengalirnya dana dari eksternal ini sebagai bukti kepercayaan kepada Muhammadiyah dari berbagai lembaga mitra baik komunitas, perguruan tinggi, perusahaan swasta dan lembaga donor internasional.

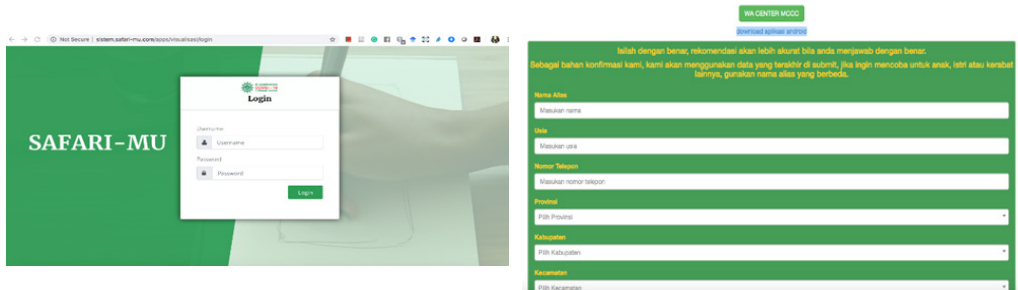
### **2.3.3. Potensi Program Kesehatan Masyarakat**

Bidang Kesehatan Masyarakat MCCC berfokus pada upaya edukasi dan promosi kesehatan untuk melakukan pencegahan penularan COVID-19 dan Kajian Kebijakan Kesehatan Masyarakat. Adapun target program kesehatan masyarakat MCCC ini adalah: memberikan pemahaman dan informasi terkait Covid-19 dan penanganannya, melakukan kampanye dan menggerakkan masyarakat dan relawan, melakukan kajian dan merumuskan rekomendasi kebijakan kesehatan masyarakat terkait COVID-19, serta melakukan pemantauan kondisi kesehatan masyarakat terkait COVID-19.

Diseminasi panduan /informasi dilakukan melalui: website MCCC, WA Blast, cetak melalui pos, Mobil Covid, serta Masjid Edukasi. Hal yang tak kalah penting yaitu adanya aplikasi SafariMu (Sadari Faktor Risiko Diri Mu-

hammadiyah), yaitu aplikasi yang dibuat untuk pemantauan kondisi kesehatan masyarakat dan warga Muhammadiyah terhadap risiko penularan Covid-19. Gambaran aplikasi safariMu adalah sebagai berikut:

Aplikasi SafariMu ini disediakan oleh Pusat Data Masyarakat MCCC PP



Gambar.10.: Aplikasi SafariMu (Sadari Faktor Risiko Diri Muhammadiyah)(sumber: <https://covid19.muhammadiyah.id/>)

Muhammadiyah, yang bertugas untuk; (1) Menyiapkan teknologi sistem informasi, mekanisme pengumpulan data dan sistem informasi geospasial, (2) Mengolah dan memberikan analisis data- data yang diperoleh, (3) Menyajikan hasil olahan data yang didapat ke dalam Laporan dan Pemetaan.

Untuk pelaksanaannya maka terdapat pembagian tugas dari setiap level pimpinan Muhammadiyah, sebagai berikut:

1. Mekanisme Kerja pada tahap persiapan:
  - a). MCCC PP Muhammadiyah menyiapkan sistem informasi berbasis web untuk input, olah dan penyajian data. Sistem ini disebut Pemantauan SafariMU.
  - b). MCCC PP Muhammadiyah menyiapkan panduan pengambilan dan pengisian data serta monitoring proses input data di berbagai tingkatan yang telah ditentukan.
  - c). MCCC PP Muhammadiyah memberikan Identitas Unik dan hak akses Sistem Informasi kepada setiap relawan dan Pimpinan Muhammadiyah yang ditentukan.
  - d). MCCC atau LPCR di setiap level pimpinan Muhammadiyah
    - a). Mendorong Pelaksanaan pengambilan data agar berjalan semaksimal

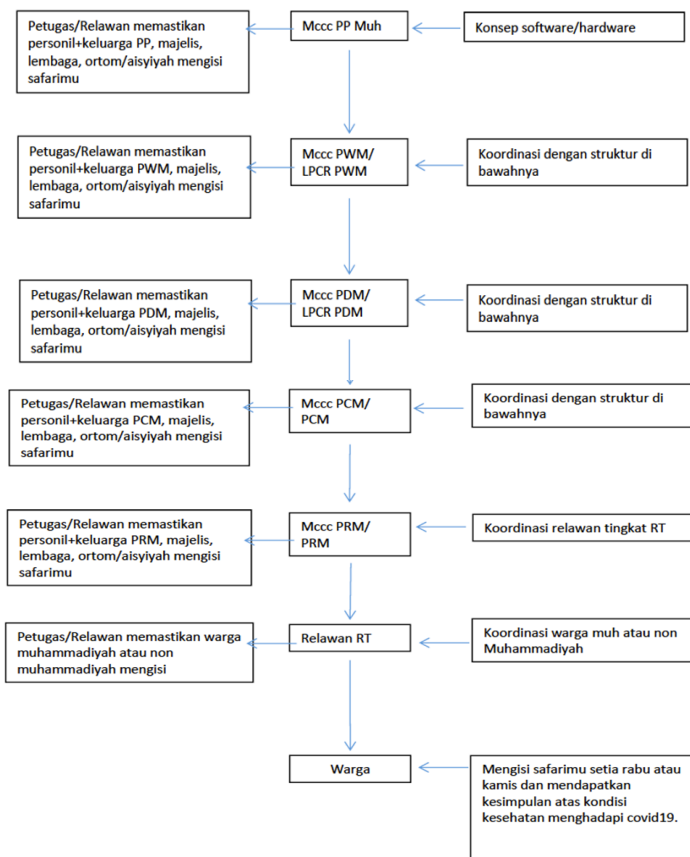
- mungkin
- b). Membantu pimpinan menunjuk Petugas/Relawan pengambil data
2. Petugas PWM / Petugas PDM
    - a). Mengirimkan link formulir kepada kepada pimpinan di tingkatnya secara periodik, memastikan diisi dengan baik
    - b). Membantu personil pimpinan di tingkatnya untuk mengisi data dengan rutin dan baik
  3. Relawan PCM/Kecamatan
    - a). Mengirimkan link formulir kepada personil pimpinan di tingkatnya secara periodik, memastikan diisi dengan baik
    - b). Membantu personil pimpinan di tingkatnya untuk mengisi data dengan rutin dan baik
    - c). Melakukan Supervisi terhadap Relawan Tingkat Rukun Tetangga (RT), Memastikan data tingkat Rukun tetangga masuk dengan baik
  4. Relawan tingkat Rukun Tetangga (RT)
    - a). Menghimpun kontak nomor telepon/whatsapp setiap warga RT di wilayahnya sebagai sarana komunikasi
    - b). Mengirimkan link formulir kepada masing-masing warga RT di wilayah kerjanya secara periodik dan memastikan semua warga mengisi formulir tersebut.
    - c). Membantu pengisian data pada warga yang tidak bisa menggunakan teknologi informasi
  5. PP Muhammadiyah mengirimkan instruksi kepada seluruh pihak yang menjadi pelaksana program untuk menyelesaikan program ini.
  6. LPCR di setiap jenjang pimpinan Muhammadiyah mendorong Pimpinan Cabang dan Pimpinan Ranting Muhammadiyah untuk melaksanakan program ini, sesuai target area yang ditentukan oleh MCCC.
  7. Pimpinan Cabang Muhammadiyah menunjuk minimal 1 Relawan Kecamatan yang bertugas untuk memastikan relawan di level di bawahnya

telan mendapatkan data secara lengkap.

8. Pimpinan Cabang Muhammadiyah memastikan setiap Pimpinan Ranting Muhammadiyah menunjuk Relawan Rukun Tetangga (RT)
9. Pimpinan Ranting Muhammadiyah menunjuk Relawan Rukun Tetangga (RT) yang akan bertugas menghimpun data, memastikan warga mengisi data dengan baik dan rutin.
  - a). Mekanisme Kerja : Pelaksanaan
    - i. Pengisian Formulir online dilakukan setiap hari Rabu dan Kamis sejak program ini dilaksanakan. Pengisi formulir online akan (Pemantauan SafariMU.) mendapatkan rekomendasi kesehatan.
    - ii. Relawan RT menghimpun kontak nomor telepon/whatsapp dan Nomor Induk kependudukan (NIK) setiap warga RT di wilayahnya sebagai sarana komunikasi
    - iii. Relawan RT mengirimkan link formulir online (Pemantauan SafariMU.) kepada masing-masing warga RT di wilayah kerjanya, dan memastikan semua warga mengisi formulir tersebut.
  - b). Mekanisme Kerja: Pemantauan lihat Gambar.11
  - c). Selanjutnya, sebagaimana disampaikan sebelumnya bahwa Muhammadiyah mempunyai amal usaha dalam bidang Pendidikan di berbagai jenjang, maka mekanisme kerja MCCC dengan sekolah dalam upaya penanggulangan Covid-19 lihat Gambar.12

Selain penerapan aplikasi SafariMu itu, terdapat pula kegiatan kemitraan spesifik seperti dengan Unicef dan DFAT (Department of Foreign Affairs and Trade) dari pemerintah Australia, kemitraan yang terjalin diwujudkan dalam berbagai program spesifik. kerjasama dengan Unicef akan fokus pada RCCE (Risk Communication and Community Engagement) atau Komunikasi Risiko dan Keterlibatan Masyarakat. Cakupan program khususnya dalam mempromosikan perilaku pencegahan dan perilaku yang akan melindungi kesejahteraan anak selama pandemi. Perilaku sasaran meliputi tinggal di rumah, menjaga jarak sosial dan fisik, mencuci tangan dengan sabun, tidak menyentuh wajah, etiket batuk/bersin,

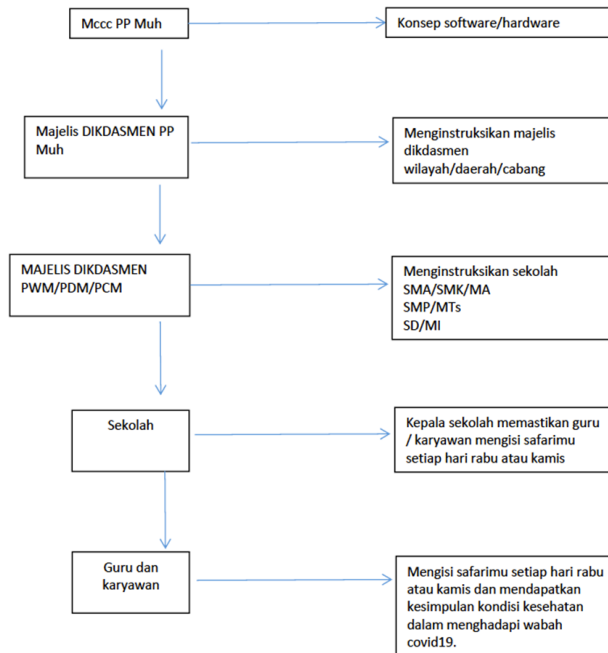
Secara diagram, pelaksanaan pemantauan bisa digambarkan sebagai berikut:



Gambar.11.: Mekanisme Kerja: Pemantauan Safarimu (sumber: Dokumentasi Sekretariat MCCC PP Muhammadiyah, 2020)

menggunakan masker, diet sehat, isolasi diri, dan perilaku yang berkaitan dengan perilaku kesejahteraan anak seperti imunisasi, ANC dan tindakan perlindungan anak. Program ini akan menyasar komunitas masyarakat di 6 provinsi yaitu Sumatera Utara di Kota Medan dan Deli Serdang, Sumatera Barat di Kota Padang dan Pariaman, Lampung di Kota Metro, Jawa Barat di Kota Cimahi, Kabupaten Bandung Barat, Sumedang, Kota dan Kabupaten Bekasi. Kemudian Provinsi Kalimantan Selatan di Kota Banjarmasin, Barito Kuala dan Banjar Baru, Provinsi Sulawesi Selatan di

Untuk Mekanisme Kerja terkait Sekolah Muhammadiyah adalah sebagai berikut:



Gambar.12.: Mekanisme Merja MCCC dengan Sekolah Muhammadiyah (sumber: Sekretariat MCCC PP Muhammadiyah, 2020)

Kota Makassar, Gowa dan Maros.

Melalui kerjasama di kota-kota tersebut, MCCC akan melaksanakan kegiatan-kegiatan rekrutmen dan pelatihan relawan, menjalankan mobil penerangan keliling, dan membuat fasilitas cuci tangan. Selain itu, memfasilitasi rapat komunitas secara daring untuk membuat rencana kerja, merancang membuat dan mendistribusikan materi-materi sosialisasi yang disampaikan melalui mobil penerangan keliling, pertemuan komunitas serta kampanye media sosial. Sementara kerjasama dengan DFAT meliputi edukasi melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) sebanyak 1.700 panduan pencegahan covid-19 di 34 kabupaten di Indonesia; 340 Relawan Muhammadiyah melakukan edukasi keliling menggunakan

kendaraan edukasi (mobil keliling) untuk #dirumahaja; 65 buah Baliho edukasi protokol pencegah covid di 13 provinsi. Pembuatan panduan-panduan untuk pencegahan penyebaran Covid-19 dan bagaimana mekanisme, prosedur dan kemampuan menghadapi wabah.(Akhlanudin, 2020).

Kerjasama dengan Direktorat Jenderal Promosi Kesehatan Kemenkes RI menasar pada program Pondok Pesantren Sehat Berkemajuan Siaga Covid-19 di dua pesantren Muhammadiyah di wilayah Bogor dan Depok untuk membangun perilaku masyarakat santri dalam menerapkan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), protokol Covid-19 di lingkungan pesantren dan keluarga sekitar pesantren, serta ketahanan pangan. Kemudian, Kerjasama dengan seluruh pesantren Muhammadiyah yang lebih luas dilakukan bersama PT Unilever, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku PHBS masyarakat pondok pesantren.

Dalam kaitannya dengan edukasi kepada warga Muhammadiyah dan masyarakat umumnya, MCCC sudah menyusun panduan-panduan yang semuanya dapat didownload di website MCCC: Panduan umum (7 topik), Panduan pribadi (8 topik), Panduan komunitas (7 topik), Panduan kelompok khusus (6 topik), Panduan ibadah (2 topik). Topik tersebut adalah antara lain terkait 'Apa itu Covid-19?', Istilah-istilah Covid-19', panduan pribadi, panduan komunitas dan panduan pengurusan jenazah.

Cakupan kerjasama selanjutnya adalah diseminasi informasi dan edukasi masyarakat, pembentukan call center, Layanan Dukungan Psikososial (LDP), Webinar berseries (CovidTalk TVMu), pelatihan daring, pelatihan penggunaan APD untuk tenaga kesehatan, pembuatan situation room untuk operasional call center dan LDP serta monitoring dan evaluasi (monev).

## 2.4 Penutup

Muhammadiyah adalah ormas keagamaan telah menunjukkan potensinya dalam membantu pemerintah untuk penanggulangan Covid-19 di Indonesia hingga akar rumput secara nyata dan signifikan. Muhammadiyah telah menyatakan bahwa wabah Covid-19 ini belum berakhir, dan menyatakan terus siaga berperang mela-

wan Covid-19 melalui optimalisasi semua potensi yang dimiliki Muhammadiyah beserta beragam mitra strategisnya di tingkat nasional maupun global yang telah memberikan kepercayaan dan penghargaan yang sangat bermakna kepada Muhammadiyah. Semuanya memberi peluang bagi persyarikatan Muhammadiyah bersama warga dan simpatisannya untuk melakukan langkah-langkah penting selanjutnya sebagai bagian dari amal persyarikatan Muhammadiyah bagi Islam dan bakti bagi Negeri.



## Referensi

- Akhlanudin. (2020). Kolaborasi MCCC dan Berbagai Lembaga dalam Perang Melawan Corona. Retrieved from <https://gema.uhamka.ac.id/2020/05/27/kolaborasi-mccc-dan-berbagai-lembaga-dalam-perang-melawan-corona/>
- Ali, H. (2017). Menakar Jumlah Jamaah NU dan Muhammadiyah. Retrieved from [asanuddinali.com/2017/01/19/menakar-jumlah-jamaah-nu-dan-muhammadiyah/](http://asanuddinali.com/2017/01/19/menakar-jumlah-jamaah-nu-dan-muhammadiyah/)
- ECDC. (2020). Q & A on COVID-19.
- Lussier, D. N. (2016). Elite-Constraining Participation and Democracy's Survival. In *Constraining Elites in Russia and Indonesia*. <https://doi.org/10.1017/cbo9781316026700.003>
- Maserat, E., Jafari, F., & Mohammadzadeh, Z. (2020). COVID-19 & an NGO and university developed interactive portal : a perspective from Iran.
- Mu'ti, A. (2020). Religious Communities join fight against Covid-19. Jakarta Post. Retrieved from <https://www.thejakartapost.com/academia/2020/06/12/religious-communities-join-fight-against-covid-19.html>
- Mubit, R. (2016). Peran Agama Dalam Multikulturalisme. *Episteme*, 11(1), 163–184. <https://doi.org/10.21274/epis.2016.11.1.163-184>
- Muhtada, D. (2020, March 26). Religion and COVID-19 mitigation. 26 March. Retrieved from <https://www.thejakartapost.com/academia/2020/03/26/religion-and-covid-19-mitigation.html>.
- Piotrowicz, M., & Cianciara, D. (2013). The role of non-governmental organizations in the sosial and the health system. *Przegląd Epidemiologiczny*, 67(1), 69–74.
- Rachmawati, E. (2019). Islamic-based Organization in Indonesia : Role of Muhammadiyah in Health Improvement The Existence of a Religious Group to The Implementation of Tawhidi The Establishment of Muhammadiyah, (*Icsdh* 2018), 44–51. <https://doi.org/10.5220/0008378000440051>
- Samsudin, A., Kusnadi, A., Dunda, A. S., & Rais, M. I. (2017). *Panduan Dakwah Amal Usaha Kesehatan Muhammadiyah, Buku Utama*. (R. Anwar, Ed.) (1st ed.). Yogyakarta: Suara Muhammadiyah.
- WHO. (2020). Practical considerations and recommendations for religious leaders and faith-based communities in the context of COVID-19, (April), 1–6.
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the mission briefing on COVID-19. <https://doi.org/11> March 2020

## BAGIAN 3

### Program K3 Penanganan Covid-19 di Tatanan Tempat Kerja Perkantoran dan Komunitas Perspektif Strategi PARC-19

*Selamat Riyadi*

*Alumnus Program Doktorat Agama dan Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta,  
Fungsional Pembimbing Kesehatan Kerja*

#### 3.1 Pendahuluan

Pada 31 Desember 2019 World Health Organization (WHO) menyebutkan adanya kasus kluster pneumonia dengan etiologi tidak jelas di Kota Wuhan, China. Kasus terus berkembang hingga ada laporan kematian dan terjadi importasi. Tanggal 30 Januari 2020, WHO menetapkan sebagai Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)/Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Pada 12 Februari 2020, resmi ditetapkan penyakit novel coronavirus pada manusia ini dengan sebutan Coronavirus Disease (Covid-19). Tanggal 2 Maret 2020 Indonesia telah melaporkan 2 kasus konfirmasi Covid-19. Pada 11 Maret 2020, WHO menetapkan sebagai pandemi<sup>1</sup>.

Menurut Undang-Undang No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, epidemi dan wabah penyakit termasuk dalam katagori bencana. Wabah Covid-19 di Indonesia ditetapkan dengan status bencana nasional. Presiden menyatakan status penyakit menjadi tahap Tanggap Darurat pada 17 Maret 2020. Presiden menerbitkan Keputusan Presiden No. 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 yang diketuai oleh Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana. Gugus Tugas bertujuan meningkatkan ketahanan nasional di bidang kesehatan, mempercepat penanganan, meningkatkan antisipasi perkembangan eskalasi penyebaran, meningkatkan sinergi pengambilan kebijakan operasional, dan meningkatkan kesiapan dan kemampuan dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons terhadap Covid-19.

Pandemi Covid-19 telah menjadi bencana kompleks dan membutuhkan respon multisektoral dan peran serta masyarakat. Penyebaran yang masif dengan

jumlah kasus dan/atau jumlah kematian terus menunjukkan trend peningkatan dan perluasan lintas negara dan lintas wilayah yang telah berdampak pada semua bidang kehidupan. Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam rangka percepatan penanganan Covid-19.

Worldometers pada 15 Agustus 2020 merilis kasus infeksi Covid-19 di dunia telah mencapai 21.335.960. Angka kematian mencapai 762.438, angka kesembuhan sendiri cukup tinggi, yakni 14.132.244. Amerika Serikat masih menjadi negara kasus tertinggi, yaitu 5.476.165 dengan 171.531 kematian. Brasil dengan total kasus konfirmasi mencapai 3.275.520, termasuk 106.523 kematian.

Data di DKI Jakarta per 5 Agustus 2020, jumlah perkantoran pemerintahan dengan pegawai konfirmasi positif Covid-19 sebanyak 21 kementerian/lembaga dengan jumlah kasus positif tercatat 221 kasus. Secara nasional, situasi Covid-19 pada 22 Agustus 2020, dilaporkan kasus Suspek 75.457, Kabupaten/Kota terdampak 485, kasus dengan spesimen diperiksa 1.139.768, kasus negatif 988.270, kasus konfirmasi 151.498, dalam perawatan 39.706, kasus sembuh 105.198, dan kasus meninggal 6.594. Tren kasus harian menunjukkan masih terjadi peningkatan<sup>2</sup>.

Gugus Tugas Penanganan Covid-19 belum dapat memprediksi kapan pandemi akan berakhir. Tantangan terhadap terjadinya penambahan jumlah kasus terpapar dan kluster penularan di tatanan tempat kerja perkantoran dan di komunitas khususnya pada pekerja. Oleh karenanya, upaya perlindungan bagi pekerja melalui Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) harus diperkuat dan ditingkatkan.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), baik dalam kajian teoritis maupun aplikasinya memiliki dimensi luas dan bersentuhan dengan berbagai bidang kehidupan. K3 berkembang dalam rumpun kesehatan, yaitu kesehatan masyarakat. Sebagai suatu ilmu dan seni, kesehatan masyarakat antara lain ditujukan untuk bagaimana mencegah penyakit, pemberantasan penyakit menular dan pengembangan mekanisme sosial yang mendorong individu di masyarakat untuk memelihara kesehatan dalam setiap perilaku kehidupan sehari-hari<sup>3</sup>. K3 memiliki peran penting

---

<sup>2</sup> Kementerian Kesehatan, Covid-19 dalam Angka, 2020, 1-2

<sup>3</sup> <https://www.indonesian-publichealth.com/ilmu-kesehatan-masyarakat>

dalam mengatasi penyakit menular yang mewabah melalui pendekatan mekanisme sosial pemberdayaan tingkat grassroot di tatanan tempat kerja maupun komunitas.

K3 dapat diurai ke dalam dua hal pokok, yaitu Keselamatan Kerja dan Kesehatan Kerja. Keduanya merupakan satu kesatuan yang dalam pengembangan keilmuan, praksis empiris dan norma kebijakan seringkali menjadi tidak terpisahkan. Keselamatan kerja bertalian dengan aspek keselamatan pekerja, orang-orang di lingkungan tempat kerja dan masyarakat sekitar yang menyangkut sarana prasarana, mesin, peralatan, bahan dan proses dan aset di tempat kerja dan lingkungannya. Keselamatan Kerja ditujukan untuk melindungi pekerja atas hak keselamatan dalam bekerja, meningkatkan produksi, produktivitas nasional dan kesejahteraan hidup; menjamin keselamatan orang lain di tempat kerja serta menggunakan dan memelihara sumber produksi secara aman dan efisien<sup>4</sup>.

Kesehatan Kerja dilakukan dengan menemukenali (rekognisi) potensi bahaya (hazard) di tempat kerja, menilai dan melakukan intervensi pengendalian terhadap resiko untuk bisa menghilangkan (eliminasi) atau meminimasi risiko terjadinya penyakit. Menurut WHO/ILO (1995), kesehatan kerja bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologinya.

Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja mengamanatkan bahwa Keselamatan Kerja mencakup semua tempat kerja, baik di darat, di dalam tanah, dipermukaan air, di dalam air maupun di udara. Syarat-syarat Keselamatan Kerja dilakukan termasuk untuk mencegah dan mengendalikan timbulnya penyakit akibat kerja baik fisik maupun psikis, peracunan, infeksi dan penularan, menyelenggarakan penyegaran udara yang cukup, memelihara kesehatan, dan memperoleh

---

4 Suma'mur, Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan, 1981, pp. 1-2

kесerasian antara tenaga kerja, alat kerja, lingkungan dan cara proses kerjanya.

Dalam Undang-undang No. 36 Tahun 2009 dinyatakan upaya Kesehatan Kerja ditujukan melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan di sektor formal dan informal serta pada lingkungan TNI maupun kepolisian. Secara umum, penyelenggaraan Kesehatan Kerja meliputi upaya pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, penanganan penyakit dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar Kesehatan Kerja. Standar Kesehatan Kerja dilaksanakan dengan memperhatikan Sistem Nasional Kesehatan dan kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja<sup>5</sup>.

K3 adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. K3 dilaksanakan melalui Sistem Manajemen K3 sebagai bagian dari sistem manajemen perusahaan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif. Penerapan SMK3<sup>6</sup> meliputi penetapan kebijakan, perencanaan dan pelaksanaan rencana K3, pemantauan dan evaluasi kinerja K3, dan peninjauan dan peningkatan kinerja SMK3. Dalam upaya penyelenggaraan K3 di tatanan tempat kerja perkantoran telah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 48 Tahun 2016 tentang Standar K3 Perkantoran.

Implementasi Program K3 dilakukan dengan manajemen risiko untuk mencegah kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Gangguan penyakit akibat kerja disebabkan oleh potensi bahaya (hazard), yaitu berupa hazard fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial. Pada manajemen risiko, Covid-19 sebagai virus merupakan bagian dari hazard biologi. Untuk itu, program K3 mencakup penanganan terhadap pandemi Covid-19 di tempat kerja.

Perlindungan kesehatan bagi pekerja dalam pencegahan penularan dan penanganan Covid-19 tidak hanya dilakukan di tempat kerja. Keberadaan pekerja selain sejak perjalanan berangkat menuju tempat kerja, selama di tempat kerja sampai dengan perjalanan kembali di rumah, juga berada di komunitas tengah-tengah mas-

---

5 Kementerian Kesehatan, Peraturan Pemerintah No. 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja 2020, pp. 5-6.

6 Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2012 tentang Penerapan SMK3, pp. 2-4.

yarakat dan tempat tinggalnya<sup>7</sup>. Pekerja, di samping sebagai sasaran upaya perlindungan juga berperan penting dalam implementasi Program K3 dengan muara pada pembudayaan nilai-nilai K3.

Pekerja sebagai bagian komponen anak bangsa dalam masyarakat memiliki peran penting. Pekerja berada di usia produktif merupakan pencetak generasi bangsa. Posisi sebagai tulang punggung keluarga memiliki peranan penting dalam kesehatan, menentukan pemenuhan gizi, literasi kesehatan dan pembudayaan pola hidup sehat. menjadi tulang punggung keluarga. Di masa reproduktifnya, berkontribusi pada pencapaian dan daya ungkit penurunan angka kematian ibu dan anak, stunting, penyakit menular dan penyakit tidak menular serta permasalahan kesehatan masyarakat lainnya<sup>8</sup>.

Penanganan pandemi Covid-19 merupakan bagian dalam penerapan manajemen risiko dan tujuan dari Program K3. Pada tatanan tempat kerja perkantoran dan di komunitas menjadi lokus strategis untuk dilakukan intervensi dalam rangka mencegah dan menekan penyebaran Covid-19 sehingga trend kasus dapat dikendalikan dan diturunkan sampai pandemi dapat di atasi. Tulisan ini menggambarkan bentuk implementasi Program K3 dalam penanganan Covid-19 di tatanan tempat kerja perkantoran dan komunitas. Pelaksanaan program tersebut dapat dilihat sebagai suatu strategi pemberdayaan pekerja pada tataran operasional di tingkat unit kerja dan pada komunitas di tingkat RW/RT. Strategi yang disebut sebagai Perang Akar Rumput Covid-19 (PARC-19).

### **3.2 Konsep K3 Perkantoran dan Komunitas dalam Pencegahan Covid-19 serta Strategi Perang Akar Rumput Covid-19 (PARC-19)**

Pekerja di semua jenis tempat kerja, baik sektor formal maupun informal seperti di perkantoran, fasilitas pelayanan kesehatan, industri, perusahaan, dan usaha kecil, mikro dan mandiri dapat terkena penyakit akibat kerja. Penyakit Akibat Kerja (PAK) adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja. PAK meliputi jenis penyakit yang disebabkan pajanan faktor yang timbul dari ak-

---

7 Menurut Iriantara komunitas adalah sekumpulan orang yang saling berbagi dan mendukung antara satu sama lain. Sedangkan Wenger mendefinisikannya sebagai sekumpulan orang yang saling berbagi masalah, perhatian atau kegemaran terhadap suatu topik dan memperdalam pengetahuan serta keahlian dengan saling berinteraksi secara terus menerus. Lihat [lib.ui.ac.id](http://lib.ui.ac.id)

8 Pritasari, Peran Strategis Health Promoting Workplace dalam Mewujudkan Masyarakat Indonesia yang Sehat dan Produktif, 2019, pp. 6.

tivitas pekerjaan, berdasarkan sistem target organ, kanker akibat kerja, dan spesifik lainnya<sup>9</sup>.

Covid 19 akibat kerja dapat ditetapkan sebagai penyakit akibat kerja yang spesifik pada pekerjaan tertentu<sup>10</sup>. Selain tenaga kesehatan dan non kesehatan yang dalam melaksanakan pekerjaannya terlibat langsung menangani Covid-19 dan berisiko tinggi terkena Covid-19, pekerja di perkantoran maupun saat berada di lingkungan komunitas tertentu dapat tertular Covid-19. Terlepas apakah Covid-19 sebagai PAK atau bukan PAK, perlindungan terhadap pekerja khususnya di perkantoran dan di komunitas penting untuk dilakukan.

### 3.2.1. K3 Perkantoran dalam Pencegahan Covid-19

Potensi bahaya K3 meliputi bahaya fisik (kebisingan, getaran, pencahayaan, iklim kerja, tekanan udara, radiasi, mekanik, elektrik), bahaya kimia (bahan kimia dengan berbagai bentuk: partikel/debu, cairan, uap/vapour, mist, dan lain-lain yang dapat menimbulkan kecelakaan dan/atau sakit), bahaya biologi (mikroorganisme patogen, seperti virus, bakteri, jamur, vektor dan lain-lain)<sup>11</sup>, ergonomi (posisi kerja tidak netral, gerakan berulang, kerja manual, kelebihan beban dan lain-lain), dan bahaya sosial (konflik, stress kerja, kekerasan, karir dan lain-lain). Covid-19 merupakan bahaya biologi virus yang dalam tataran konsep dan implementasi di lapangan selalu ada dalam manajemen risiko K3.

Dengan pendekatan manajemen risiko K3 dikaitkan dengan protokol kesehatan, terdapat empat prinsip dasar dalam memperkuat pencegahan Covid-19 di tempat kerja<sup>12</sup>:

1. Promosi dan edukasi kesehatan
  - a). Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) melalui Pola Hidup Sehat dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), diantaranya:
    - i. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan konsumsi gizi seimbang
    - ii. Mencuci tangan pakai sabun

<sup>9</sup> Kementerian Kesehatan, Peraturan Presiden No. 7 Tahun 2019 tentang Penyakit Akibat Kerja, 2019, pp. 2-3.

<sup>10</sup> Kementerian Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/327/2020 tentang Penetapan Covid-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang spesifik pada pekerjaan tertentu, 2020, pp. 1.

<sup>11</sup> Hendra, Hapsari, Standar dan Implementasi K3 Perkantoran dan Protokol Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Covid-19, pp. 9.

<sup>12</sup> Tim Pelaksana Inspeksi K3, Laporan Hasil Inspeksi K3 dalam Penerapan Protokol Kesehatan Pencegahan Covid-19, 2020, pp. 3-5

- iii. Membudayakan etika batuk (tutup mulut dan hidung dengan lengan atas bagian dalam) dan jika menggunakan tisu, buang tisu bekas ke tempat sampah yang tertutup.
  - iv. Berolahraga/aktivitas fisik, mengelola stress, istirahat cukup, berjemur.
  - b). Sosialisasi dan edukasi pegawai dengan metode seperti:
    - i. Pemasangan banner, pamphlet, majalah dinding yang ditempatkan di area strategis (pintu masuk, area makan/kantin, area istirahat, tangga dan lain-lain).
    - ii. Media audio video, SMS/Whats Up yang di-blast ke semua pekerja.
  - c). Menjaga kualitas udara tempat kerja dengan mengoptimalkan sirkulasi udara, sinar matahari masuk ruangan kerja, dan pembersihan filter AC.
  - d). Sedapat mungkin untuk tidak menyentuh wajah atau mengucek mata dengan tangan atau jika terpaksa menggunakan tissue bersih, tidak menyentuh fasilitas/peralatan yang dipakai bersama di area kerja, tidak menggunakan alat pribadi secara bersama seperti alat sholat, alat makan, dan lain lain.
2. Menghilangkan (eliminasi potensi bahaya/hazard):
- a). Menyediakan lebih banyak sarana cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sehingga pegawai mencuci tangan saat tiba di tempat kerja, sebelum makan, setelah kontak dengan pelanggan/pertemuan dengan orang lain, setelah dari kamar mandi, dan etelah memegang benda yang kemungkinan terkontaminasi.
  - b). Menyediakan hand sanitizer dengan konsentrasi alkohol minimal 70% di tempat-tempat tertentu, seperti pintu masuk, ruang rapat, pintu lift
  - c). Memberikan petunjuk lokasi sarana cuci tangan, memasang poster edukasi cara mencuci tangan yang benar
  - d). Memastikan seluruh area kerja bersih dan higienis dengan melakukan



pembersihan secara berkala meja kerja dan peralatan kerja menggunakan pembersih atau melakukan disinfektan yang sesuai.

3. Melakukan rekayasa teknik dan upaya administratif untuk:
  - a). Menjaga jarak (physical distancing) minimal 1 meter pada setiap aktivitas kerja melalui rekayasa teknik pemasangan pembatas atau tabir kaca, pengaturan jarak antar pekerja atau dengan tamu, ruang kerja/workstation, kursi di ruang tamu, ruang rapat, ruang makan, jarak antrian di pintu masuk, tempat daftar hadir/absensi, mushola serta di jalur umum/lalu lintas orang, tidak berjabat tangan, membuat Standar Prosedur Operasional, memberi penanda, memisah/menjarangkan, memasang poster/banner untuk mengingatkan.
  - b). Mengurangi kontak antar pegawai atau orang lain dengan pengaturan jumlah pekerja yang masuk dengan bekerja dari rumah (work from home), shift kerja dan penyediaan kendaraan antar jemput pegawai.
4. Penyediaan dan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) sesuai standar dengan menggunakan masker dan face shield.

Program K3 di lingkungan perkantoran bertujuan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan pegawai melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang mencakup pelaksanaan standar keselamatan, kesehatan kerja, lingkungan kerja, sanitasi dan ergonomi perkantoran<sup>13</sup>.

Persyaratan empat standar tersebut yang berkaitan dengan pencegahan penularan dan penanganan Covid-19, diantaranya: Pertama, Keselamatan Kerja. Mencakup pemeliharaan dan perawatan ruang kerja, desain alat dan tempat kerja, penempatan dan penggunaan alat kerja, pengelolaan listrik dan sumber api persyaratan dan tata cara evakuasi, penggunaan mekanik dan elektrik, sarana tangga dan pintu darurat.

Dalam pencegahan penularan Covid-19 perlu dilakukan melalui pembersihan alat, ruang kerja, dan tempat kerja. Pembersihan untuk mengelim-

---

<sup>13</sup>Peraturan Menteri Kesehatan No. 48 Tahun 2016 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran, pp. 8-14

inasi virus dilakukan baik dengan skala besar maupun skala kecil. Skala besar dengan melakukan disinfeksi ruang dan tempat kerja. Untuk skala kecil dilakukan oleh masing-masing pekerja dengan menggunakan peralatan dan bahan, seperti lap pembersih, tisu basah.

Kedua, Kesehatan Kerja. Meliputi peningkatan pengetahuan kesehatan kerja, pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di tempat kerja serta aktivitas fisik, pengendalian faktor risiko (eliminasi, substitusi, pengendalian teknis atau rekayasa, pengendalian administratif; dan/atau, penggunaan Alat Pelindung Diri), dan penemuan dini kasus penyakit dan penilaian status kesehatan. Covid-19 sebagai darurat kesehatan masyarakat menjadi arus utama dari kesehatan kerja untuk perlindungan terhadap pekerja dari Covid-19.

Dilihat dari pengendalian faktor risiko, protokol kesehatan berupa penggunaan masker merupakan bentuk dari pengendalian alternatif terakhir penggunaan Alat Pelindung Diri (APD). Pengendalian lainnya harus dilakukan sebelum menggunakan APD. Terdapat enam kategori dasar APD, yaitu inhalasi (terhirup), kontak kulit, kontak mata, telinga dari bahan berbahaya, trauma cedera, dan tekanan termal<sup>14</sup>.

Ketiga, Kesehatan Lingkungan Kerja, meliputi sarana bangunan, penyediaan air, toilet, pengelolaan limbah, cuci tangan pakai sabun, pengamanan pangan, pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit. Protokol kesehatan cuci tangan pakai sabun merupakan bagian dari standar kesehatan lingkungan kerja.

Persyaratan standar Ergonomi, yaitu meliputi luas tempat kerja, tata letak peralatan kantor, kursi dan meja kerja, postur kerja, koridor atau jalur lalu lintas orang, durasi kerja, dan penanganan beban manual (manual handling). Ergonomi bertujuan untuk mendapatkan hubungan yang optimal antara pekerja dengan lingkungan kerja. Pekerja, dalam melakukan suatu pekerjaan dan menyelesaikan tugas atau produk yang dihasilkan seefisien mungkin. Pada saat yang sama, pekerja harus diberi perlindun-

---

<sup>14</sup> Talty, *Industrial Hygiene Engineering*, pp. 703

gan terhadap tekanan fisik, biologis, dan psikologis yang mungkin terjadi dari pelaksanaan tugas yang diberikan<sup>15</sup>. Prinsip menjaga jarak dalam protokol kesehatan merupakan bagian dari persyaratan dalam standar ergonomi.

Dari keempat standar di atas, masing-masing dapat berhubungan satu sama lain, baik secara konsep maupun dalam aplikasinya. Misalnya, pada kegiatan disinfeksi, dapat sebagai kegiatan dalam standar keselamatan kerja maupun kesehatan lingkungan kerja. Demikian pula untuk menjaga jarak, selain kegiatan dalam standar ergonomi, juga merupakan kegiatan kesehatan kerja, khususnya pengendalian teknis atau rekayasa dan pengendalian administratif.

### **3.2.2. K3 di Komunitas dalam Pencegahan Covid-19**

K3 di komunitas yang dimaksud dalam artikel ini mencakup dua hal. Pertama, implementasi nilai-nilai dan tujuan dari K3 yang dilaksanakan di lingkungan masyarakat baik oleh Tim atau Gugus Tugas Covid-19 wilayah setempat maupun oleh pihak lain yang dialami penulis. K3 mengupayakan agar pekerja selamat, aman, sehat dan produktif di lingkungan tempat kerja dan sampai kembali dari tempat kerja. Nilai K3 bersifat adaptif, dinamis dan inheren dengan protokol kesehatan penanganan Covid-19.

Kedua, pekerja sebagai sasaran dalam program K3 sekaligus pelaku implementasi nilai-nilai K3 pencegahan dan penanganan Covid-19, menjadi suatu gerakan atau kegiatan dalam komunitasnya yang dilakukan sebagai perwujudan dari konsep pemberdayaan masyarakat, dilakukan secara terorganisir dalam struktur organisasi pemerintahan terkecil di tingkat RT/RW. Umumnya diinisiasi oleh pengurus warga/perumahan atau tokoh masyarakat setempat.

Dengan mengadaptasi segi tiga faktor yang berhubungan dengan budaya selamat dari Geller, faktor yang mempengaruhi K3, yaitu person (knowledge, skill, abilities, intelligence, motives, personality), behavior

---

<sup>15</sup>Talty, Industrial Hygiene Engineering, pp. 703

(complying, coaching, recognizing, communicating, demonstrating), dan environment (equipment, tools, machines, housekeeping, health/cold, engineering, standards operating procedures)<sup>16</sup>. Dalam mengupayakan K3 perlu dilakukan berbagai pendekatan baik berdasarkan faktor orang, perilaku maupun lingkungan secara terintegrasi.

Hahn dan Payne menyebutkan adanya dimensi okupasional, selain fisik, emosional, sosial, intelektual, spiritual dalam menjelaskan kesehatan dengan pendekatan yang lebih holistik, interaktif dan dinamis. Sedangkan McKenzie menggabungkan menjadi kondisi dinamis yang bersifat multi-dimensional, merupakan hasil dari adaptasi seseorang terhadap lingkungan dan menjadi sumber kehidupan dalam berbagai tingkatan. Dimensi okupasional adalah kesehatan kerja yang merupakan bagian dari kesehatan. Dari istilah generik kesehatan dikenal beberapa kata majemuk lainnya, yaitu kesehatan komunitas, kesehatan populasi, kesehatan masyarakat, dan kesehatan personal. Kesehatan komunitas mengacu pada status kesehatan suatu kelompok orang tertentu berikut tindakan dan kondisi, baik dari pihak swasta maupun publik (pemerintah) untuk meningkatkan, melindungi dan mempertahankan kesehatan mereka<sup>17</sup>.

Kesehatan okupasional atau kesehatan kerja baik dalam kajian keilmuan akademik di pendidikan perguruan tinggi berada di bawah Kesehatan Masyarakat yang umumnya terintegrasi dalam bidang keilmuan K3. Demikian juga di struktur organisasi pemerintahan sektor kesehatan. Kesehatan Kerja ada di Kesehatan Masyarakat. Meskipun hal ini mengalami dinamika dan beragam, dari nomenklatur dan struktur di atas yang menaunginya. Dengan sasaran pekerja, K3 juga menjadi tugas pokok di sektor Ketenagakerjaan. Untuk itu, diperlukan koordinasi, kolaborasi dan sinergi. Demikian pula tujuan dan nilai K3 diupayakan terinternalisasi dalam kesehatan personal sehari-hari dan di kesehatan komunitas.

Winslow mendeskripsikan secara lebih menyeluruh bahwa bahwa kesehatan masyarakat adalah suatu ilmu dan seni mencegah penyakit, mem-

---

<sup>16</sup> Geller, Psychology and Occupational Health, di dalam DiNardi, Salvatore R, The Occupational Environment-Its Evaluation and Control Volume II (Part4-6), American Industrial Gygiene Association Press, pp.77

<sup>17</sup> McKenzie, et.al, Kesehatan Masyarakat: Suatu Pengantar, alih bahasa Atik Utama dkk, ed. 4, Jakarta, ECG, 2006, pp. 45

perpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental melalui pengorganisasian potensi yang ada dalam masyarakat untuk mencapai 1) Perbaikan sanitasi lingkungan, 2) Pemberantasan penyakit-penyakit menular, 3) Pendidikan untuk kebersihan perorangan, 4) Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini, pencegahan dan pengobatan serta, 5) Pengembangan mekanisme sosial yang akan mendorong setiap individu di masyarakat untuk memelihara kesehatannya dalam setiap perilaku kehidupan sehari-hari<sup>18</sup>. Dari definisi tersebut terlihat area kesehatan masyarakat mencakup upaya penanganan Covid-19 melalui kegiatan mencegah penyakit menular, sanitasi lingkungan, pengorganisasian dan pengembangan mekanisme sosial di masyarakat untuk memelihara kesehatan dengan perilakunya sehari-hari.

### 3.2.3. Strategi Perang Akar Rumput Covid-19 (PARC-19)

Pandemi Covid-19 telah berdampak terhadap semua sendi kehidupan tidak hanya permasalahan ketahanan kesehatan. Dalam penanganan pandemi Covid-19 diperlukan suatu strategi sebagai perlawanan penyakit global mematikan dan belum ditemukan obat dan vaksin yang efektif untuk pengobatan pasien dan pencegahan di masyarakat secara luas. Untuk mencegah masyarakat terkena Covid-19, pemerintahan di daerah untuk perlu menerapkan strategi sesuai dengan karakteristik masing-masing daerah dengan strategi Perang Akar Rumput Covid-19 (PARC-19) mengingat pandemi ini tengah mengancam keberlangsungan kehidupan masyarakat.

Kunci utama strategi PARC-19 adalah warga yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Strategi yang harus dilakukan diantaranya membuat Gugus Tugas Rukun Warga (RW) Siaga Covid-19. Gugus tugas tersebut terdiri dari Ketua RW, sebagai penanggung jawab, pemuka agama, kader kesehatan, Ibu-Ibu PKK, Hansip, Polri, TNI atau Satpol-PP dan seluruh lapisan masyarakat baik organisasi formal dan in-

---

<sup>18</sup> Mamdy, Kesehatan Masyarakat dan Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat, Modul Perkuliahan, Jakarta, Fikes Uhamka2006, pp. 1.

formal<sup>19</sup>.

Sesuai dengan definisi Winslow di atas tentang Kesehatan Masyarakat, PARC-19 merupakan pengorganisasian dan pengembangan mekanisme sosial di masyarakat. Pengorganisasian melalui pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara memfasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat. PARC-19 dapat sebagai upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat menjadi wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya<sup>20</sup>.

PARC-19 merupakan bentuk operasional di tingkat bawah dalam penanganan dan pencegahan penularan Covid-19. Pada K3 Perkantoran, dengan beragam kategori tersebut dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan struktur organisasi dan tata kerja. Perkantoran merupakan bangunan yang berfungsi sebagai tempat pegawai melakukan kegiatan perkantoran baik yang bertingkat maupun tidak bertingkat. Dalam gedung perkantoran umumnya ada pengelola gedung yang bertanggung jawab dalam hal keselamatan gedung.

Dalam strategi PARC-19, masing-masing manajemen perusahaan atau penyewa gedung didorong memiliki tim atau satgas untuk pencegahan dan penanganan Covid-19 dengan mengedepankan peran dan partisipasi aktif pegawai. Pada kementerian/lembaga PAR-C dapat dioperasionalkan di level satuan/unit kerja, yang umumnya setingkat eselon 2, eselon 3 atau bahkan eselon 4 pada Unit Pelaksana Teknis (UPT) pusat maupun daerah.

---

<sup>19</sup> <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/30/10365051/iakmi-imbau-pemprov-dki-bentuk-gugus-tugas-tingkat-rw-untuk-tangani-wabah?page=all>.

<sup>20</sup> Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan No. 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, pp. 3-4.

Untuk tatanan komunitas strategi PARC-19 di tingkat RW ataupun beberapa RT yang ada pada suatu kompleks perumahan warga. Sesuai konsep tentang komunitas, kompleks perumahan dapat dilihat sebagai satu tatanan komunitas.

Uraian berikut menggambarkan implementasi Program K3 Penanganan Covid-19 di Tatanan Tempat Kerja Perkantoran dan Komunitas Perspektif Strategi PARC-19, yaitu pada satu satuan kerja kementerian di wilayah Jakarta Selatan dan komunitas kompleks perumahan di Tangerang Selatan.

### **3.3 Implementasi K3 Penanganan Covid-19 Perspektif Strategi PARC-19**

#### **3.3.1. Tatanan Tempat Kerja Perkantoran**

Program K3 dan upaya pencegahan penanganan Covid-19 merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Pada Satuan Kerja eselon 2 yang menjadi gambaran implementasi K3 Penanganan Covid-19 memiliki tugas pokok dan fungsi tentang keselamatan dan kesehatan kerja di Kementerian Kesehatan. Sesuai dengan struktur organisasi dan tata kerjanya, dapat dilihat sebagai strategi PARC-19 sebagaimana konsep dalam PARC-19, disini melibatkan peran pegawai di level organisasi yang secara struktur memiliki otonomi dalam kebijakan, program dan kegiatannya. Meskipun, tetap berada tanggung jawab organisasi di atasnya sampai dengan level kementerian.

Program K3 sebagai upaya penanganan Covid-19 yang dapat dilihat sebagai suatu pendekatan strategi PARC-19. Kegiatan di dilaksanakan pada periode bulan Juni – Agustus 2020. Beberapa kegiatan dapat diuraikan sebagai berikut.

1. Kegiatan Walkthrough Survey (Survei Jalan Selintas) di Satuan Kerja (Satker)<sup>21</sup>.

Kegiatan ini meliputi 1) Pemberian label meja kerja pejabat dan staf, ruang rapat serta fasilitas umum lain berisi nomor dan cek list penilaian Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, dan Rajin (5R), hemat energi dan olahraga, 2) Survei jalan selintas ruang kerja aspek K3 Perkantoran, 3) Penandaan beberapa batas kursi untuk physical distancing, jalur keluar masuk, pembatas area APAR/hydrant dan tempat sampah.

---

<sup>21</sup>Tim Pelaksana Walkthrough Survey, Laporan Kegiatan Survei Jalan Selintas Satker, 2020.

Hasil kegiatan antara lain 1) Identifikasi upaya yang telah dilakukan dan potensi risiko K3 Perkantoran khususnya hazard biologi virus Covid-19 (tersedianya SOP, hand sanitizer di dekat rekam kehadiran, tersedianya media KIE di setiap meja tentang cara pencegahan penularan Covid-19, adanya pengaturan jarak meja kerja



Gambar.13: . . Kegiatan Tim Survey Jalan Selintas

workstation antara pegawai jarak kursi ruang rapat dan meja makan, pengaturan jarak tamu yang berkunjung di ruang tunggu), 2) Penandaan rambu K3 (Jalur masuk dan keluar dan masuk ruang satker, Dit. Kesehatan anak, antrian absen, titik kursi di workstation pejabat dan meja makan dengan memasang rambu-rambu, area APAR/hydrant dan tempat sampah), 3) Pemasangan nomor workstation dan memuat pemantauan 5R, hemat energi dan olahraga di setiap workstation, 4) Pengaturan workstation pegawai yang jaraknya terlalu dekat agar mengisi workstation yang masih kosong, 5) pemasangan akrilik di area kerja sekretaris untuk memaksimalkan pencegahan penularan COVID-19.

Beberapa rekomendasi hasil kegiatan ini, antara lain penggunaan APD pada pegawai berupa masker kain sesuai standar, gerakan Jumat Pagi Olahraga dan 5R, pembudayaan membersihkan meja 15 menit sebelum pulang dan hemat energi, pemberian safety induction sebelum bekerja kepada pegawai, pemantauan kesehatan pegawai, Penandaan 3 area APAR/Hydrant, penandaan untuk perhatian jaga jarak pintu masuk/keluar, jalur masuk dan keluar, jaga jarak ke workstation sekretaris, absensi manual, penandaan batas kursi pada meja kerja, penandaan batas kursi ruang rapat dan meja makan, area khusus tempat sampah, menutup kontak listrik sehingga tidak lebih dari 4 dan merapikan beberapa kabel.

### **3.3.1.1. Inspeksi K3 di tingkat organisasi di atasnya (Direktorat Jendral)<sup>22</sup>**

<sup>22</sup> Tim Pelaksana Inspeksi K3, Laporan Hasil Inspeksi K3 dalam Penerapan Protokol Kesehatan Pencegahan Covid-19



Dalam rangka pencegahan Covid-19 situasi adaptasi kebiasaan baru, telah dilakukan kegiatan inspeksi K3. Inspeksi berbasis manajemen risiko dilakukan dengan metoda survey jalan selintas berdasarkan pada berbagai prinsip dasar dan aspek penilaian Standar K3 Perkantoran. Titik kritisnya adalah implementasi protokol kesehatan guna memperkuat upaya pencegahan penularan Covid-19.

Kegiatan meliputi penilaian kondisi umum, penerapan kebijakan protokol kesehatan, aspek keselamatan, kesehatan, lingkungan kerja dan ergonomi pada ruang kerja Satker di lingkungan Direktorat Jenderal dengan sasaran pada ruang kerja (workstation), peralatan kerja, jalur lalu lintas orang serta fasilitas umum, seperti ruang tamu, ruang rapat, ruang makan, pantry, mushola. Secara teknis bertujuan mendapatkan gambaran umum area kerja dan membuat rumusan rekomendasi yang dapat dilakukan dalam rangka mencegah penularan COVID-19 di tempat



Gambar.14: Pengarahan Persiapan Inspeksi K3 Lingkup Ditjen

kerja.

Dengan pendekatan protokol kesehatan dan manajemen risiko K3, setidaknya ada empat prinsip dasar dalam memperkuat pencegahan Covid-19 di tempat kerja, yaitu 1) Promosi dan edukasi kesehatan, 2) Menghilangkan (eliminasi potensi

bahaya/hazard), 3) Melakukan rekayasa teknik dan upaya administratif, 4) Penyediaan dan penggunaan APD sesuai standar. Aspek K3 Perkantoran meliputi empat standar, yaitu keselamatan kerja, kesehatan kerja dan lingkungan kerja serta ergonomi. Kegiatan dilaksanakan oleh Tim Satker didampingi PIC Satker lainnya. Sebelum pelaksanaan inspeksi, Tim diberikan pembekalan dari pimpinan Satker.

Pokok hasil kegiatan mencakup 3 (tiga) hal prinsip. Pertama, secara umum rasio volume ruangan dibandingkan dengan jumlah pegawai telah sesuai standar K3 Perkantoran (minimal 10 meter<sup>3</sup>), meskipun beberapa ruang kerja staf masih memerlukan penataan lebih lanjut. Kedua, upaya penerapan protokol kesehatan guna mencegah penularan COVID-19 sudah dilakukan semua Satker, antara lain pengaturan menjaga jarak, penyediaan hand sanitizer dan media KIE di ruangan, namun masih perlu ditingkatkan. Ketiga, Ada potensi untuk terjadi jarak dekat antar pegawai atau tamu, seperti di ruang kerja, ruang rapat ataupun di jalur lalu lintas, diantaranya akses pintu masuk dan kamar kecil, di tempat rekam kehadiran.

Rekomendasi strategis dalam hasil inspeksi, diantaranya bahwa untuk meningkatkan pencegahan penularan Covid-19 melalui promosi dan edukasi kesehatan serta penguatan intervensi pengendalian risiko berupa penyediaan hand sanitizer di meja tamu dan di tempat yang mudah dijangkau pegawai, kegiatan disinfeksi pada peralatan dan permukaan tempat kerja, pengaturan ruang kerja, antara lain dengan penjarangan kubikal yang bisa dilepas, memberi tanda (x) untuk kubikal ruang kerja yang tidak digunakan, modifikasi tinggi partisi kubikal dengan bahan tembus pandang dan/atau partisi samping yang fleksibel sebagai pembatas kontak fisik, pembuatan SOP, media KIE, pengaturan tempat kerja pegawai, kegiatan morning briefing sebagai sarana edukasi Satker.

### **3.3.1.2. Edukasi pencegahan penularan Covid-19**

Sebagai upaya pencegahan infeksi Covid-19 bagi pegawai di lingkungan Satker telah dilakukan kegiatan edukasi pencegahan infeksi Covid-19 dan terkait K3 Perkantoran. Tujuan kegiatan untuk meningkatkan kesadaran dan kepatuhan serta upaya pencegahan penularan Covid-19 dan penerapan K3 Perkantoran melalui pemberdayaan dan peran aktif pegawai. Ruang lingkup kegiatan meliputi persiapan, pelaksanaan, evaluasi kegiatan dan rencana tindak lanjut.

Hasil kegiatan yang telah dilakukan, antara lain 1) Persiapan kegiatan edukasi pencegahan Covid-19, yaitu menyusun dan konfirmasi kesiapan tim yang akan bertugas dan tim pelaksanaan evaluasi, menyusun materi dan instrumen evaluasi. Materi yang disampaikan antara lain tentang edukasi pencegahan Covid-19, protokol kesehatan saat berangkat kerja, di tempat kerja dan pulang kerja penilaian ruang kerja, standar pemakaian masker dan cuci tangan pakai sabun, hirarki pencegahan Covid-19, peningkatan imunitas tubuh, gejala dan pelajaran dari Covid-19, aktivitas fisik atau olahraga di saat pandemi Covid-19, 2) Menetapkan waktu pelaksanaan edukasi hari senin-kamis, disampaikan setiap pagi hari mulai pukul 07.30 sd 07.45 WIB. Khusus setiap hari Jum'at dilakukan kegiatan olahraga/aktiftas fisik/senam antara pukul 06.30 sd 07.30, dan menyiapkan perlengkapan yang akan digunakan seperti microphone, instrumen Evaluasi, 3) Pelaksanaan edukasi, meliputi sosialisasi pelaksanaan disampaikan melalui WA grup, edukasi pencegahan Covid-19 yang telah dilaksanakan sebanyak sebelas kali. Selain materi yang disampaikan oleh tim, terdapat arahan dan penyampaian informasi terkini serta isu penting oleh pimpinan Satker. Setiap pelaksanaan edukasi pencegahan Covid-19 dibuat dokumentasi dalam bentuk foto dan video.

Kegiatan edukasi ini merupakan bagian dari implementasi program K3 sebagai sarana internalisasi, penguatan upaya pencegahan penularan Covid-19 dan penerapan K3 Perkantoran. Kegiatan edukasi perlu menjadi kegiatan rutin dengan melibatkan semua pegawai. Untuk mengoptimalkan kegiatan perlu disusun Standar Prosedur Operasional (SOP) dan mengefektifkan penilaian ruang kerja.

### **3.3.1.3. Pengarahan Pagi<sup>23</sup>**

Sebagai kegiatan berkelanjutan dari edukasi Covid-19, ditetapkan kegiatan pengarahan pagi (morning briefing). Kegiatan ini antara lain ditujukan untuk meningkatkan kinerja pegawai dan organisasi serta pencegahan infeksi Covid-19.

Hasil kegiatan antara lain 1) Persiapan kegiatan pengarahan pagi, mencakup penyusunan SOP kegiatan pengarahan pagi, jadwal dan materi serta sosialisasi mensosialisasikannya ke seluruh pegawai, memperbaharui jadwal dan materi sesuai dengan kebutuhan dan isu yang berkembang, memastikan kesiapan dan fungsi per-

---

<sup>23</sup> Tim K3L Satker, Laporan Kegiatan Pengarahan Pagi, 2020, pp. 1-2

lengkapan yang akan digunakan seperti microphone, serta melakukan konfirmasi kesiapan staf yang akan bertugas, materi dan dokumentasi kegiatan, 2) Pelaksanaan dan evaluasi kegiatan pengarahan pagi yang telah dilaksanakan penuh secara rutin selama hari kerja Senin sampai dengan Kamis di bulan Juli sebanyak 18 kali. Selain materi yang disampaikan oleh tim sesuai tema yang direncanakan maupun tema lainnya, terdapat arahan dan penyampaian informasi terkini serta isu penting oleh pimpinan Satker.

Dari kegiatan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa kegiatan pengarahan pagi telah dilaksanakan dengan baik, meskipun masih ada perubahan pegawai yang bertugas, perubahan materi dari yang direncanakan, dan tingkat partisipasi yang bekerja belum seluruhnya 100% karena masih ada yang hadir lebih dari pukul 07.45.

#### **3.3.1.4. Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja serta Lingkungan (K3L) Penanganan Covid-19 di Satker**

Guna memberikan perlindungan kepada pegawai dan agar terciptanya kantor yang sehat dan aman dari potensi bahaya penularan Covid-19 di Satker dan sebagai turunan SK tingkat kementerian, maka telah dibentuk Tim K3L yang ditetapkan pimpinan Satker mempunyai tugas menyusun program keselamatan dan kesehatan kerja serta lingkungan di internal Satker untuk pencegahan dan penanganan Covid-19, melaksanakan program kerja dan monitoring evaluasi program keselamatan dan kesehatan kerja serta lingkungan dalam rangka pencegahan dan penanganan Covid-19 di direktorat serta memperkuat tugas Komite K3L dalam Penanganan Covid-19 di tingkat kementerian, melaporkan hasil pelaksanaan tugas secara berkala.

Tim terdiri dari Tim Keselamatan Kerja dan Lingkungan serta Tim Kesehatan Kerja. Tim Keselamatan Kerja dan Lingkungan memiliki ruang lingkup tugas diantaranya menyusun perencanaan, SOP, petunjuk teknis dan lembar kerja kegiatan keselamatan kerja dan lingkungan di internal Satker, melaksanakan kegiatan keselamatan kerja dan lingkungan serta program kantor berhias, melaksanakan pemantauan dan evaluasi serta perbaikan secara berkelanjutan tentang kegiatan keselamatan kerja dan lingkungan guna pencegahan dan penanganan Covid-19, serta menyiapkan laporan.



Gambar.15: Pelaksanaan Kegiatan Pengarahan Pagi

Tim Kesehatan Kerja memiliki tugas, yaitu menyusun perencanaan, SOP, petunjuk teknis dan lembar kerja kegiatan kesehatan kerja di internal Satker, melaksanakan kegiatan kesehatan kerja peningkatan protokol kesehatan dan kebugaran pekerja, melaksanakan pemantauan dan evaluasi serta perbaikan secara berkelanjutan tentang kegiatan kesehatan kerja peningkatan protokol kesehatan dan kebugaran pekerja guna pencegahan dan penanganan Covid-19, dan menyiapkan laporan kegiatan Tim Kesehatan Kerja secara berkala.

#### **3.3.1.5. Penyediaan SOP dan Instruksi Kerja**

Tim K3L penanganan Covid-19 telah menyusun SOP dan Instruksi Kerja, yaitu SOP terkait Kesehatan Kerja, yaitu 1) SOP Pemantauan Kesehatan Pegawai, 2) Tindak lanjut Hasil Pemantauan Kesehatan pegawai, 3) SOP Evaluasi Tim Pemantauan Kesehatan, 4) SOP Deteksi Dini Kesehatan Pegawai Triwulan, dan 5) SOP Penerapan Protokol Kesehatan di Tempat Kerja. SOP Keselamatan Kerja dan Lingkungan, terdiri dari 1) SOP Pelaksanaan Pemantauan Keselamatan Kerja, 2) SOP Tindak Lanjut Pemantauan Keselamatan Kerja, 3) SOP Pembersihan Berkala Area Kerja, 4) SOP Tindak Lanjut Pembersihan Berkala Area Kerja, 5) SOP Pengarahan Pagi (Morning Briefing), 6) SOP Pelaksanaan Pemantauan Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, dan Rajin (5R), dan 7) SOP Tindak Lanjut Pemantauan 5R. Adapun Instruksi Kerja yang telah diterbitkan, yaitu 1) Instruksi Kerja Pegawai Saat Masuk Kantor dan Memulai Kerja, 2) Instruksi Kerja Pegawai Saat Menerima Tamu, 3) Instruksi Kerja Pegawai Selama Bekerja di Kantor, dan 4) Instruksi Pegawai Saat

Mengakhiri dan Pulang Kerja.

SOP dan Instruksi Kerja yang telah diterbitkan dilakukan sosialisasi melalui webinar agar bisa diketahui dan dipahami oleh seluruh pegawai dan dapat dilaksanakan. Kegiatan sosialisasi dan internalisasi juga disampaikan saat kegiatan pengarahan pagi. Hal menjadi catatan adalah pentingnya dilakukan evaluasi implementasi, manfaat dan perbaikan secara berkesinambungan.

SOP merupakan istilah generik yang menjadi kebutuhan setiap organisasi kerja dan sebagai dokumen berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis dalam menyelesaikan suatu pekerjaan dan memperoleh hasil secara efektif. SOP biasanya terdiri dari manfaat, kapan dibuat atau direvisi, metode penulisan prosedur, serta dilengkapi oleh bagan flowchart. SOP menjelaskan perincian atau standar yang tetap mengenai aktivitas pekerjaan yang berulang-ulang yang diselenggarakan dalam suatu organisasi. SOP yang baik mampu menjadikan alur kerja lebih baik, menjadi panduan untuk pegawai, penghematan biaya, memudahkan pengawasan, serta meningkatkan koordinasi yang baik antara bagian-bagian yang ada dalam organisasi.

Penyusunan SOP harus memenuhi prinsip-prinsip antara lain kemudahan dan kejelasan, efisiensi dan efektivitas, keselarasan, keterukuran, dinamis, berorientasi pada pengguna, kepatuhan hukum, dan kepastian hukum. Selain itu, perlu adanya konsistensi, komitmen, perbaikan berkelanjutan, mengikat, seluruh unsur memiliki peran penting dan terdokumentasi dengan baik. Jadi, SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapapun, dan dalam kondisi apapun oleh seluruh jajaran organisasi.

### **3.3.2. Tatanan Komunitas**

Pada tatanan komunitas, sebagai potret adalah pelaksanaan penanganan Covid-19 di tingkat perumahan yang kebetulan terdiri dari 2 RT. Proses pembentukan RT dari satu RT menjadi 2 RT pun melalui dinamika di warga atau bisa disebut di tingkat akar rumput. Ide, gagasan dan pelaksanaan melalui komunikasi, rapat, musyawarah dilakukan oleh sebagian warga. Dalam konsep pengorganisasian dan pemberdayaan masyarakat, teori difusi inovasi, dapat dipastikan bahwa dalam kelompok masyarakat ada yang menjadi inovator. Selain sebagai penerapan strategi

perang akar rumput melawan Covid-19, kegiatan ini juga sejalan dengan penerapan nilai dan pembudayaan Program K3.

Beberapa kegiatan implementasi nilai dan pembudayaan K3 melalui upaya pencegahan Covid-19 pada tataran komunitas di salah satu kompleks perumahan di wilayah Tangerang Selatan. Pada tulisan ini tidak menggambarkan secara detail dari tim penanganan Covid-19. Namun lebih untuk menggambarkan bagaimana operasionalisasinya sebagai perwujudan peran serta masyarakat tingkat RT dalam penanganan Covid-19 dan memiliki muatan sebagai program K3. Mengingat dalam penanganan Covid-19, sebagian besar warganya adalah pekerja. Termasuk di dalamnya Satuan Pengamanan (Satpam) dan pekerja sektor informal dan juga formal, seperti pekerja mandiri penjual sayur keliling, makanan keliling, pekerja rumahan, pekerja bangunan rumah, ojek online, pekerja jasa pengantar barang, penjual kebutuhan sehari-hari dan sebagainya. Jadi, sebagian besar adalah pekerja baik sebagai warga perumahan maupun dari luar kompleks.

Sebagai pilar utama untuk berjalannya upaya pencegahan dan penanganan Covid-19 ini adalah adanya Tim Satgas Tanggap Darurat Penularan Covid-19 Perumahan (TD-Covid-19 PBR 1. Tim dibentuk melalui rapat warga dengan melibatkan pengurus kedua RT, DKM Masjid dan tentunya warga tertentu yang dapat terlibat, baik secara aktif maupun tidak. Sebagai Tim Satgas yang dibentuk oleh warga, maka sumber berbagai kegiatan berasal dari iuran warga.

Gambaran berbagai kegiatan secara umum yang dilakukan oleh Tim antara lain adalah<sup>24</sup>:

1. Penyediaan media informasi penerapan protokol kesehatan  
Media informasi wajib menerapkan protokol kesehatan, yaitu menggunakan masker, pemeriksaan suhu tubuh, cuci tangan atau menggunakan hand sanitizer.
2. Pemeriksaan suhu tubuh bagi warga dan tamu yang masuk ke perumahan.
3. Pemeriksaan suhu tubuh dilakukan oleh petugas Satuan Pengamanan yang berjaga dan telah dilatih. Tamu/keluarga/kerabat perumahan yang berkun-

---

<sup>24</sup> Tim Satgas Tanggap Darurat Covid-19 PBR 1, Laporan Kegiatan, 2020.

jung akan dilakukan pengecekan suhu badan, dan wajib menggunakan hand sanitizer atau cuci tangan yang tersedia di Pos Keamanan atau hand sanitizer milik sendiri.

4. Penyediaan sarana cuci tangan

Di depan pintu masuk gerbang disediakan tempat cuci tangan serta fasilitas rak untuk menempatkan barang atau paket pengiriman.

5. Melakukan disinfeksi lingkungan perumahan secara berkala

6. Rapat berkala Tim dan evaluasi bersama warga

Tim melakukan rapat dan evaluasi mengundang warga. Evaluasi juga dilakukan melalui aplikasi.

Penerapan protokol kesehatan di masjid dan kegiatan yang melibatkan banyak warga atau tamu. Pada kegiatan keagamaan yang melibatkan anak-anak pada saat dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan. Pengaturan jarak dan membawa sajadah masing-masing yang shalat berjama'ah di masjid. Seluruh kegiatan berupa resepsi, arisan atau lainnya yang mengumpulkan beberapa orang dari luar lingkungan perumahan tidak diperkenankan.

7. Kegiatan aktivitas fisik dan himbauan gerakan masyarakat hidup sehat, seperti berjemur baik melalui pengeras suara di masjid dan What's Up Group.

8. Pemeriksaan deteksi dini dengan menyelenggarakan rapid test.



Gambar.16.: Media Informasi Protokol Kesehatan Pelaksanaan Kegiatan Pengarahan Pagi





Gambar.17: Sarana Cuci Tangan

9. Informasi pemeriksaan rapid test di lokasi terdekat di RS sekitar.
10. Penyiapan SOP dan sosialisasi ke warga

SOP yang ada menggambarkan pengaturan antara lain pada pekerja yang keluar masuk ke kompleks perumahan, diantaranya 1) SOP bagi orang di luar perumahan yang akan bekerja di lingkungan perumahan, 2) SOP pelaksanaan adaptasi kebiasaan baru (new normal) di lingkungan perumahan, yang diterapkan kepada seluruh penjual keliling, seperti tukang sayur, penjual makanan, dan penjual perabotan, penggunaan jasa moda transportasi umum, seperti ojek online, taksi/mobil online, ojek, pekerja pembangunan dan perbaikan rumah, tukang/pekerja komuter, service/jasa pengantaran barang (di luar angkutan umum online). Tukang service/jasa pengantaran barang wajib mengisi buku kunjungan yang tersedia di Pos Satpam.

Berdasarkan evaluasi Tim Tanggap Darurat Penularan Covid-19, pelaksanaan tanggap darurat pencegahan Covid-19 berjalan cukup baik. Namun demikian, masih perlunya terus untuk mengingatkan warga mematuhi kesepakatan bersama terkait proteksi akses masuk orang luar perumahan ke dalam lingkungan perumahan. Selain itu, Tim tetap bertugas hingga keputusan pemerintah tentang Pandemi Covid-19 berakhir dengan ditandai dibubarkannya Gugus Tugas Nasional.

### 3.4 Penutup

Dari uraian kegiatan di atas, dapat dilihat bahwa Program K3 penanganan



Gambar.18:. Pemeriksaan Rapid Test Sumber gambar: Pengurus RT

Covid-19 di tataran perkantoran penting dilakukan pada tingkat satuan kerja. Dengan setiap satuan kerja memiliki Tim diharapkan upaya pencegahan dan penanganan Covid-19 semakin dapat meningkat, diperkuat dan optimal. Hal ini untuk menekan para pekerja terkena Covid-19 yang dapat berdampak pula kepada anggota keluarga dan masyarakat luas. Upaya ini sejalan dan sangat relevan dengan dorongan untuk pelaksanaan penanganan Covid-19, yaitu dalam perspektif Strategi PARC-19. Setidaknya menjadi gambaran untuk pelaksanaan pencegahan Covid-19 terintegrasi dengan Program K3. Upaya yang dapat dilakukan dan dikembangkan secara terus menerus untuk lebih menjamin keselamatan dan kesehatan kerja. Tidak hanya saat Covid-19 oleh semua tempat kerja dalam berbagai tingkatannya.

Selain itu, dapat ditarik benang merah bahwa upaya penanganan Covid-19 memiliki tujuan yang selaras dengan Program K3. Sebagai contoh, salah satu unsur penting dalam K3 adalah adanya SOP yang harus mendapat perhatian dan dilaksanakan secara disiplin dan konsisten. Pada upaya pencegahan Covid-19 yang dimotori Tim, terdapat SOP termasuk yang banyak diberlakukan terhadap para pekerja yang sebagian besar adalah sektor informal. Inisiatif Tim dan dukungan warga akan memperkuat upaya dalam menangani pandemi Covid-19.

Dengan semangat nilai K3 dan juga sesuai ajaran agama dalam penanganan wabah. Prinsip dasarnya, “Jika kalian mendengar wabah di suatu wilayah, maka janganlah kalian memasukinya. Tetapi jika terjadi wabah di tempat kamu berada, maka

jangan tinggalkan tempat itu”. Melalui berbagai pendekatan diharapkan pandemi Covid-19 dapat diminimasi dampaknya dan menjadi pelajaran kedepannya tentang pentingnya ketahanan kesehatan dan gerakan masyarakat untuk hidup sehat.

## Referensi

- Geller, E Scott, di dalam DiNardi, Salvatore R. (1977). *Psychology and Occupational Health, The Occupational Environment-Its Evaluation and Control (Volume II Part4-6)*. American Industrial Gygiene Association Press.
- Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19. (2020). *Covid-19 dalam Angka*. Kementerian Kesehatan.
- Hendra, Hapsari, Indri. (2020) *Standar dan Implementasi K3 Perkantoran dan Protokol Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Covid-19, Bahan Workshop Penilaian Mandiri Penerapan K3 Perkantoran dan Protokol Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Covid-19*. Kementerian Kesehatan, PKTK3UI.
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 (Revisi Ke-4)*. Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. *Peraturan Pemerintah No. 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja*.
- Keputusan Presiden No. 7. (2020). *Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19*.
- Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/328/2020. (2020). *Panduan Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Tempat Kerja Perkantoran dan Industri dalam Mendukung Keberlangsungan Usaha Pada Situasi Pandemi*. Kementerian Kesehatan.
- McKenzie, et.al., alih bahasa Atik Utama dkk. (2006). *Kesehatan Masyarakat: Suatu Pengantar (ed. 4)*. ECG.
- Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2012 tentang Penerapan SMK3*.
- Pritasari, Kirana. (2019). *Peran Strategis HPH WP dalam Mewujudkan Masyarakat Indonesia yang Sehat dan Produktif*. Ditjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan.
- Suma'mur. (1981). *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*. PT. Toko

Gunung Agung.

Talty, John T. (1988). *Industrial Hygiene Engineering* (2nd ed). NIOSH, Noyes Data Corporation.

Tim Pelaksana Walkthrough Survey, *Laporan Kegiatan Survei Jalan Selintas Satker*, 2020.

Tim Satgas Tanggap Darurat Covid-19 PBR 1 (2020). *Laporan Kegiatan Tim Satgas*.

Undang-Undang Nomor 24. (2007). *Penanggulangan Bencana*.

Website:

<https://nasional.kompas.com/read/2020/03/30/10365051/iakmi-imbau-pemprov-dki-bentuk-gugus-tugas-tingkat-rw-untuk-tangani-wabah?page=all>.

<https://www.indonesian-publichealth.com/ilmu-kesehatan-masyarakat/lib.ui.ac.id>

## BAGIAN 4

### Partisipasi Pramuka dalam Kegiatan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Jabodetabek tahun 2020 (Suatu tinjauan Riset dalam aktivitas Pramuka)

*DR. P.A. Kodrat Pramudho*

Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Mitra Indonesia

#### Abstract

Health problems cannot be solved by health officials alone. The scout movement with millions of members throughout Indonesia clearly has a very important role in this. Scout members as millennial youth can be important agents of change, both for fellow youths, for parents and their families as well as for society as a whole. The members of the Penegak Scouts (16-19 years) and the Pandega Scouts (20-25 years) in Indonesia number around 3.6 million (16% of 23 million). The study aims to observe the participation of the Scout Penegak and Pandega who carry out various activities in the public health in the Jabodetabek area and which media cover/report on these Scouting activities.

The research is qualitative in nature by observing news of Scout involvement in the public health activities in electronic mass media, print media and online media from January to June 2020. To complete the information, the researchers conducted in-depth interviews with several connected coaches and scouts. The analysis is carried out simply by comparing which media do the most news coverage/broadcasting about scout activities in the health activities, and what motivations make scouts involved in public health activities.

The research results showed that the of Penegak Scouts and Pandega Scouts were heavily involved in the public health activities, especially during the Covid19 pandemic, among others, distributing masks, becoming counselors, becoming role models. It turned out that online media was mostly followed by print and electronic media which covered and reported on the Penegak and Pandega Scout activities. This is also because the Penegak Scouts and Pandega Scouts are contributors to

online media news, moreover Scouts have the tagline “Every Scout is a reporter”. Meanwhile, the print and electronic media reported little about Scouting activities because they were more interesting in reporting on other youth groups. While the motivation of the Penegak scouts and Pandega scouts to be involved in public health activities because in accordance with Tri Satya and Dasa Darma Pramuka, among others, are helping others in life, participating in building the nation, loving nature and affection for fellow humans and being willing to help, and being responsible as citizens.

The conclusion is that Scout involvement in the public health activities is quite often carried out in the Jabodetabek area in accordance with existing health problems in the local location. Scouts have been motivated to carry out humanitarian activities because of the pledge and promises contained in Tri Satya and Darma Pramuka. Online media reported the most on Scouting activities because the tagline “Every Scout is a reporter”, while print media and electronic media reported the least on Scouting activities. The recommendation put forward is that every Scout carrying out activities in the health sector must be equipped with PPE (personal protective equipment), and the Scout Movement must continue to collaborate on an ongoing basis with the mass media, both printed, electronic and online.

keyword: scout, public health, mass media

#### **4.1 Latar belakang**

Masalah kesehatan masyarakat tidak mungkin dapat diselesaikan oleh aparat kesehatan saja. Gerakan Pramuka dengan jumlah anggota sebanyak 23 juta peserta didik yang terdiri dari Pramuka Siaga (7-10 tahun), Pramuka Penggalang 11-15 tahun), Pramuka Penegak (16-20 tahun) dan Pramuka Pandega (21-25 tahun) yang tersebar di seluruh Indonesia (Kwarnas Gerakan Pramuka, 2019). Anggota Pramuka jelas punya peranan amat penting dalam kesehatan masyarakat khususnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan baik bagi anggotanya maupun masyarakat di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Anggota Pramuka sebagai kaum muda milenial dapat menjadi agen perubahan penting, baik untuk sesama kalangan muda, untuk

orang tua dan keluarganya juga untuk masyarakat secara keseluruhan.

Sesuai dengan janji dan komitmen setiap anggota dalam Tri Satya dan Darma Pramuka antara lain siap menolong sesama hidup dan ikut serta membangun masyarakat. Gerakan Pramuka sebagai organisasi pendidikan non formal yang melengkapi pendidikan formal di sekolah dan pendidikan informal dalam keluarga. Anggota pramuka, pada masanya kelak akan jadi anggota dan pimpinan masyarakat. Anggota Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega di Indonesia berjumlah sekitar 3,6 juta (16% dari 23 juta Pramuka). Sangat potensial Gerakan Pramuka dalam melakukan pengabdian masyarakat dan telah banyak dilakukan termasuk kegiatan kesehatan masyarakat. Banyak aktivitas Gerakan Pramuka di kesehatan masyarakat utamanya upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit seperti PHBS, Germas, imunisasi, penemuan dan pendampingan kasus TB Paru, kesehatan ibu dan anak, kesehatan remaja, anti merokok dan anti narkoba serta pengendalian Covid19 yang fokus pada gerakan pakai masker, sering cuci tangan pakai sabun (CTPS), dan jaga jarak. Sejak lama pula Gerakan Pramuka terlibat aktif untuk menolong dan membantu penderita yang terdampak bencana seperti kebakaran, tanah longsor, puting beliung, banjir dan sebagainya..

Studi bertujuan mengamati keterlibatan Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega yang melakukan pelbagai kegiatan kesehatan masyarakat di wilayah Jabodetabek (Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi) dan media mana saja yang meliput/memberitakan kegiatan Pramuka tersebut selama Januari sd Juni 2020.

#### **4.2 Metodologi Penelitian**

Riset yang bersifat kualitatif dengan mengamati berita keterlibatan Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega dalam kesehatan masyarakat di mass media elektronik, media cetak dan media sosial sejak bulan Januari sampai dengan Juli 2020 termasuk dalam masa pandemi covid19 dewasa ini. Untuk melengkapi informasi peneliti melakukan wawancara mendalam dengan beberapa pembina/pamong dan adik adik pramuka yang dapat terhubung. Analisis dilakukan secara sederhana dengan membandingkan media mana yang paling banyak melakukan liputan/peny-

ieran berita tentang kegiatan pramuka di kesehatan masyarakat, dan motivasi adik-adik Pramuka ikut terlibat dalam kegiatan kesehatan tersebut.

Sumber data riset adalah berita tentang aktivitas Pramuka di kesehatan masyarakat yang diliput oleh media elektronik, media cetak, dan media sosial yang dimuat dalam media sosial. Sumber data lain adalah adik-adik Pramuka dan Pembina Pramuka atau Pamong Saka Bakti Husada yang bersedia menjadi informan. Pengumpulan data dilakukan peneliti dengan cara membrowsing pada google search pada bulan Januari sd Juni 2020. Sedangkan wawancara mendalam dengan beberapa informan yang sifatnya konfirmasi utamanya motivasi mereka melakukan aktivitas kesehatan masyarakat.

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan cara deskriptif dan kualitatif yaitu 1) mengidentifikasi aktivitas kesehatan masyarakat dan topik apa saja yang banyak dilakukan oleh Pramuka selama 6 bulan di wilayah Jabodetabek, 2) mengidentifikasi media apa saja yang paling banyak memuat aktivitas kesehatan yang dilakukan oleh Pramuka di wilayah Jabodetabek, dan 3) mengolah data informan yang diperoleh dengan cara wawancara mendalam. Analisis isi berita tidak dilakukan tetapi peneliti hanya melihat ada atau tidak berita aktivitas Pramuka di kesehatan masyarakat yang dimuat oleh mass media tersebut.

### 4.3 Hasil dan Pembahasan Penelitian

Berdasarkan analisis data penelitian secara kualitatif dapat dikemukakan hasil yang tertera di bawah ini

**Tabel.3 : Aktivitas kesehatan masyarakat yang Terbanyak dilakukan Pramuka selama Januari-Juni di wilayah Jabodetabek 2020**

No	Aktivitas kesehatan	No	Aktivitas kesehatan
1	Penyuluhan Covid19	8.	Hindari Rayuan untuk Merokok
2	Kampanye pake masker	9.	Imunisasi bayi
3	Kampanye CTPS	10.	Kesehatan ibu dan Anak
4	Peduli Tuberculosis	11.	Ayo ke Posyandu
5	Peduli Banjir Jabodetabek	12.	Peduli PTM



6	Perangi sampah	13.	Membagikan sembako
7.	Narkoba no way	14.	Membantu korban bencana

Menyimak tabel 3 di atas bahwa Pramuka se Jabodetabek telah banyak melakukan aktivitas di kesehatan masyarakat dan paling diminati adalah kegiatan yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian Covid19 mulai dari membagikan masker, penyuluhan pake masker dan sering-sering cuci tangan pakai sabun (CTPS). Selanjutnya secara berurutan kegiatan menemukan kasus TB dan mendampingi penderita untuk minum obat. Hal ini terinspirasi kata-kata Presiden Jokowi yaitu TOSS TB (Temukan Obati Sampai Sembuh Tuberkulosis). Kemudian kegiatan yang menjadi minat Pramuka adalah peduli banjir terutama pada awal tahun 2020 hampir se-Jabodetabek dilanda banjir karena curah hujan yang tinggi, Peran Pramuka mulai membantu evakuasi penduduk terdampak banjir, memberikan motivasi dan hiburan kepada anak-anak di lokasi pengungsian. Begitu pula masalah sampah juga mendapatkan perhatian Pramuka terutama pada pasca banjir, dan juga ikut mengkampanyekan buanglah sampah pada tempat sampah, bukan di jalanan. Masalah narkoba dan jangan kena rayuan rokok juga menjadi perhatian Pramuka se-Jabodetabek terutama pada Hari Tanpa Tembakau Sedunia tanggal 31 Mei 2020 dan Hari Anti Narkoba Internasional tanggal 26 Juni 2020. Kegiatan untuk mengajak bayi dan anak diimunisasi juga menjadi salah satu kepedulian Pramuka terutama di Bodetabek. Sedangkan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak terutama untuk ibu agar datang ke Posyandu di beberapa lokasi juga tidak luput perhatian Pramuka. Hal-hal berkaitan dengan penyakit tidak menular (PTM) juga menjadi bahan pengabdian kepada masyarakat dengan mengkampanyekan CERDIK bagi masyarakat terutama kaum muda yang memiliki risiko seperti kegemukan dan hipertensi di sekitar lingkungan tempat tinggalnya. CERDIK itu merupakan singkatan dari Cek kesehatan secara rutin, Enyahkan asap rokok, Rajin berolahraga, Diet Seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola Stress. Kegiatan yang sering juga dilakukan oleh Pramuka adalah membantu membagikan sembako atau saat bulan Ramadhan di banyak lokasi se-Jabodetabek, Pramuka aktif secara berkelompok membagikan takjil kepada masyarakat di perempatan, stasiun, termi-

nal bus, ataupun lokasi yang banyak masyarakat lalu lalang. Kegiatan Pramuka yang banyak dilakukan adalah membantu korban bencana seperti longsor, angin puting beliung, kebakaran dsb.

Semenjak pandemik Covid19 melanda seluruh dunia termasuk Indonesia telah banyak Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega yang terlibat ikut serta mencegah penularan covid19 yaitu selalu menggunakan masker, ikut membagikan masker, selalu menjaga jarak dan CTPS, membagikan APD bagi tenaga kesehatan di puskesmas dan rumah sakit, menjadi penyuluh sesama (peer group), pengingat masyarakat untuk patuh protokol kesehatan, menjadi role model bagi kaum muda lainnya. Bahkan Anies Baswedan, Gubernur DKI Jakarta secara khusus meminta agar Pramuka dapat menunjukkan ketaatan dan disiplin terhadap protokol kesehatan.

Beberapa Pramuka dan Pembina Pramuka yang sempat diwawancarai oleh peneliti setelah ditanya mengapa Pramuka mau melakukan kepedulian kesehatan bagi masyarakat, mereka menjawab pada intinya bahwa sudah menjadi kewajiban sesama manusia untuk saling membantu. Memang demikian, menurut hemat penulis karena Gerakan Pramuka memiliki Janji dan Komitmen setiap anggota Pramuka yaitu Tri Satya dan Darma Pramuka.

Dalam Tri Satya yang diulang janjikan setiap tahun oleh setiap Pramuka yaitu “Demi kehormatanku aku berjanji akan bersungguh-sungguh menjalankan kewajibanku terhadap Tuhan Yang Maha Esa dan Negara Kesatuan Republik Indonesia, mengamalkan Pancasila, menolong sesama hidup, ikut serta membangun masyarakat, serta menepati Dasa Darma”. Sedangkan Darma Pramuka yang relevan dengan kepedulian Pramuka yaitu darma kedua (Cinta alam dan kasih sayang sesama manusia) dan darma kelima (Rela menolong dan tabah). Jadi persoalan kepedulian dan pengabdian masyarakat bagi Pramuka merupakan sesuatu hal yang wajib dilakukan karena mereka menepati janji dan komitmen sebagai anggota Pramuka. Namun demikian, masih banyak pramuka yang melakukan kepedulian kesehatan masyarakat kurang melengkapi dengan alat pelindung diri (APD) yang akan mengurangi risiko bahaya atau kecelakaan.

**Tabel.4 :Media Massa yang Meliput/Memberitakan Aktivitas Pramuka dalam kesehatan masyarakat selama Januari-Juni di wilayah Jabodetabek tahun 2020**

No	Media Sosial		Media Elektronik		Media Cetak
1.	Whatsapp	1.	SCTV	1.	Tribune News
2.	Facebook	2.	TVOne	2.	Kompas
3.	Youtube	3,	RCTI	3.	Republika
4.	Instagram	4,	Radio Elshinta	4.	Koran Tempo
5.	Twitter	5.	TVRI	5.	Warta Kota
6.	Pramuka or.id	6.	RRI	6.	Pos Kota
7.	Web Pramuka daerah	7.	Scout Radio	7.	Radar Bogor
8.	Detik Heelth.com	8.	TV Komunitas/Lokal	8.	Radar Bekasi
9.	Newsroom tempo	9.	Radio Komunitas	9.	Tangsel Pos
10.	Liputan 6.com				
11	Media sosial lainnya	.		.	

Melihat tabel 4 tentang media massa yang meliput dan memberitakan aktivitas Pramuka di kesehatan masyarakat selama bulan Januari-Juni 2020 di wilayah Jabodetabek yang paling banyak adalah media sosial yang terdiri dari WA, FB, Youtube, Instagram dan Twitter karena mereka Pramuka yang terlibat dalam pengabdian masyarakat yang meliput dan mengupload ke jaringan media sosial. Hal ini juga didasari tagline “Setiap Pramuka adalah Pewarta” menjadi semacam kewajiban bagi setiap Pramuka yang melakukan kegiatan outdoor harus mengupload kegiatannya baik berupa foto, tulisan maupun video dalam account masing media sosialnya. Sedangkan media sosial senang mewartakan kegiatan pramuka di kesehatan masyarakat karena yang menjadi kontributornya adalah pramuka sendiri yang terlibat kegiatan tsb.

Media elektronik dalam bentuk televisi ataupun radio dapat diidentifikasi yang sering meliput kegiatan pramuka di kesehatan masyarakat selain TVRI dan RRI juga televisi swasta dan radio lokal atau radio komunitas di wilayah Jabodetabek. Meskipun terbatas ternyata masih ada media cetak yang memberitakan aktivitas

kesehatan bagi Pramuka di wilayah Jabodetabek seperti Tribune Newe, Kompas, Republika, Koran Tempo, Warta Kota dan koran lokal setempat. Melihat kenyataan di atas memang perlu upaya media massa untuk terus dimotivasi untuk mau memberitakan kegiatan Pramuka yang positif dampaknya bagi kaum remaja dan generasi milenial sehingga Pramuka dapat menjadi pilihan kaum muda untuk berkiprah. Perlu Kwarnas dan Kwarda Gerakan Pramuka untuk secara terus menerus menjalin kerjasama dengan media massa sehingga citra positif Pramuka dapat tersebar luas sehingga mendukung pendidikan karakter bagi kaum muda Indonesia.

#### **4.4 Kesimpulan dan rekomendasi**

Keterlibatan Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega di kesehatan masyarakat cukup banyak dilakukan di wilayah Jabodetabek sesuai dengan masalah kesehatan yang ada di lokasi setempat. Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega telah termotivasi dengan melakukan kegiatan kemanusiaan karena ikrar dan janji yang tertuang dalam Tri Satya dan Darma Pramuka. Media sosial yang paling banyak memberitakan kegiatan pramuka Penegak dan Pramuka Pandega karena tagline diajukan adalah bahwa setiap Pramuka Penegak dan Pramuka Pandega melakukan kegiatan kesehatan masyarakat harus dilengkapi dengan APD (alat pelindung diri), dan Gerakan Pramuka harus terus menjalin kerjasama secara berkesinambungan dengan media massa baik cetak, elektronik dan online. Terima kasih.

## Referensi

- Kwarnas Gerakan Pramuka, Revitalisasi Gerakan Pramuka, 2010
- Kwarnas Gerakan Pramuka, Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga
- Gerakan Pramuka, Hasil Munas Gerakan Pramuka Tahun 2018 di Kendari, Sulawesi Tenggara.
- Kwarnas Gerakan Pramuka, Rencana Strategik Gerakan Pramuka 2019-2024, Hasil Munas Gerakan Pramuka Tahun 2018 di Kendari, Sulawesi Tenggara
- Kwarnas Gerakan Pramuka, Petunjuk Penyelenggaraan Satuan Karya Pramuka, 2008
- Kwarnas Gerakan Pramuka Petunjuk Penyelenggaraan Satuan Karya Pramuka Bakti Husada, 2011
- Liputan SCTV, Liputan 6: berita terkait pramuka dalam aktivitas kesehatan
- Liputan RCTI, berita menyangkut kesehatan dalam aktivitas pramuka
- Liputan TVOne tentang kesehatan dan pramuka
- Liputan TVRI dan RRI tentang berita kesehatan yang melibatkan pramuka
- Media Sosial (WA, Youtube, Twitter dan Instagram) yang memuat foto dan video tentang aktivitas pramuka di kesehatan masyarakat.
- Moleong, Metodologi Penelitian Kualitatif, 2017
- Wibowo, Adik. Metodologi Penelitian Kesehatan (Konsep dan Aplikasi), 2015

## BAGIAN 5

### Pendekatan PARC-19 dalam kolaborasi Interprofesi (Organisasi Profesi) OP di Provinsi NTT

*Vinsensius Belawa Lemaking SKM. M.Kes*  
Sekretaris IAKMI Pengda NTT

#### 5.1 Latar belakang

Sejak tanggal 13 Maret 2020, Pemerintah Pusat mengeluarkan kebijakan penanganan COVID 19 dengan menerbitkan Keppres Nomor 7/2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 serta menetapkannya sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 melalui Keppres No 11 Tahun 2020 tanggal 31 Maret 2020 yang wajib dilakukan upaya penanggulangan sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Adapun anggota Gugus Tugas Percepatan Penanganan yang ditunjuk langsung oleh Presiden diantaranya Unsur Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Unsur Kementerian Kesehatan, Unsur Kementerian Dalam Negeri, Unsur Kementerian Luar Negeri, Unsur Kementerian Perhubungan, Unsur Kementerian Komunikasi dan Informatika, Unsur Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Unsur Kementerian Agama, Unsur Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Unsur Tentara Nasional Indonesia, Unsur Kepolisian Negara Republik Indonesia, dan Unsur Kantor Staf Presiden.

Dari susunan Satgas tersebut, tampak semuanya berasal dari pemerintah dan tidak ada organisasi masyarakat sipil. Hal ini dapat dipahami bahwa memang sifat sebuah Keputusan Presiden adalah urusan internal organisasi pemerintahan. Pada titik ini ada sedikit kelemahannya bahwa pandemi ini tidak dapat diberantas hanya oleh pemerintah. Perlu adanya pelibatan semua sector termasuk masyarakat akar rumput dalam mengatasi hal ini. Seperti yang diketahui, Indonesia mempunyai pengalaman panjang dalam menanggulangi bencana seperti gempa bumi, yang dapat dilewati bersama dengan kesadaran sosial yang tinggi. Hal ini karena Indonesia memiliki spirit bhineka tunggal ika dan kegotongroyongan yang tinggi.

Sebagai bangsa yang sangat beragam suku bangsa, etnis, agama, dan kelompok sosial, kita memiliki kekuatan lebih dibanding dengan negara lain. Kita memiliki solidaritas sosial untuk menjaga kohesi sosial yang kuat.

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia menyadari hal ini dan mulai bergerak sejak dini untuk melakukan berbagai inovasi dan terobosan guna mencegah atau setidaknya meminimalisir kejadian kasus yang berdampak pada jatuhnya banyak korban jiwa. Salah satu jalan yang diambil adalah dengan melakukan PARC-19 atau kepanjangannya Perang Akar Rumput Covid-19. Strategi PARC-19 adalah strategi sistem pertahanan keamanan rakyat semesta yang melibatkan semua unsur dan elemen yang ada di masyarakat. Hal ini mengingat Covid-19 sudah menjadi ancaman bagi keberlangsungan hidup rakyat. Kunci utama strategi PARC-19 adalah warga yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Ide ini lahir dari IAKMI khususnya IAKMI Pengda DKI Jakarta. Pemikiran brilliant ini kemudian diadopsi oleh pengda lainnya termasuk pengda Provinsi NTT.

## 5.2 Pentingnya Kolaborasi

Sebelum masuk dalam strategi dan apa saja yang telah dilakukan oleh pengda IAKMI NTT dalam memerangi Covid-19 kita akan membahas sedikit mengenai kolaborasi interprofesi. Kolaborasi merupakan istilah umum yang sering digunakan untuk menggambarkan suatu hubungan kerjasama yang dilakukan pihak tertentu. Ada banyak pengertian dikemukakan dengan sudut pandang beragam namun didasari prinsip yang sama yaitu mengenai kebersamaan, kerjasama, berbagi tugas, kesetaraan, tanggung jawab dan tanggung gugat.

Menurut Smith (2017) Kolaborasi adalah proses dimana dokter dan perawat serta tenaga kesehatan lainnya merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat (H. A. Smith, Reade, Maar, & Jeeves, 2017).

Kolaborasi adalah Proses kerjasama yang dilakukan oleh para pihak yang

bersepakat atas dasar prinsip saling menghormati, saling menghargai, saling kerjasama, saling percaya, saling memberikan kemanfaatan serta saling asah, asih dan asuh (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Kolaborasi adalah hubungan timbal balik antara satu profesi dengan profesi lainnya untuk tujuan bersama. Praktik kolaboratif menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen pelayanan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi (Siegler & Whitney, 2000). Baily dalam Irmawaty (2017) menyatakan kolaborasi sebagai hubungan kemitraan yang bergantung satu sama lain dan memerlukan perawat, dokter dengan profesi lain untuk melengkapi satu sama lain. Kolaborasi adalah suatu hubungan yang kolegial dengan pemberi perawatan kesehatan lain dalam pemberian perawatan pasien. Praktik kolaboratif membutuhkan atau dapat mencakup diskusi diagnosis pasien dan kerjasama dalam penatalaksanaan dan pemberian perawatan (Blais, 2006).

Sebuah pekerjaan dapat selesai dengan cepat dan maksimal apabila dilakukan secara bersama-sama dalam sebuah tim kerja. Tim kerja yang baik harus dapat berkolaborasi dengan baik pula untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Davis et al. 2016). Kolaborasi merupakan istilah umum yang sering digunakan untuk menggambarkan suatu hubungan kerjasama yang dilakukan pihak tertentu. Ada banyak pengertian dikemukakan dengan sudut pandang beragam namun didasari prinsip yang sama yaitu mengenai kebersamaan, kerjasama, berbagi tugas, kesetaraan, tanggung jawab dan tanggung gugat dari dua pihak atau lebih.

Kolaborasi lebih dari sekedar teamwork. Collaboration berarti bersama-sama bekerja secara agresif. Teamwork yang baik mampu berkolaborasi lebih dari sekedar bekerja dengan satu sama yang lain. Pada hubungan kolaborasi, terdapat kesempatan untuk bekerja sama yang lebih banyak, terjadi penyebaran perintah, terdapat pemahaman dan solidaritas pada setiap orang yang terlibat, serta terjadi komunikasi yang intensif (Ellingson 2002).

Manfaat dari kolaborasi dalam kehidupan sehari-hari adalah; 1) Adanya pengurangan pekerjaan yang sama atau overlap, 2) Dapat menggunakan sumber daya



yang terbatas dan memperluas peluang, 3) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja, 4) Legitimasi organisasi, 5) Dapat menyelesaikan masalah sosial termasuk pandemi.

Menurut Smith (2017) Kolaborasi adalah proses dimana dokter dan perawat serta tenaga kesehatan lainnya merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat (Smith., et al 2017). Menurut Canadian Interprofessional Health Collaborative, kolaborasi interprofesi adalah kemitraan antara tim penyedia layanan kesehatan yang terkoordinasi dengan baik. Kolaboratif interprofesi dalam pelaksanaannya mencakup; tanggung jawab, akuntabilitas, koordinasi, komunikasi, kerjasama, ketegasan, otonomi, dan saling percaya dan menghormati (Borden, 1999).

Jadi kolaborasi kompetensi antar profesi kesehatan merupakan kerjasama yang melibatkan tenaga kesehatan yang berkompeten pada layanan kesehatan dasar untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Kualitas Kolaborasi Interprofesional dapat dilihat dari empat hal berikut ini;

1. Mengerti Peran Masing-masing; Ketika memberikan pelayanan kesehatan semua profesi harus melakukan pelayanan tersebut sesuai dengan standar. Memahami peran masing-masing menjadi kunci dalam sebuah kerjasama (Laura, 2003).
2. Saling tergantung satu sama yang lain; Setiap profesi sering menjalankan tugasnya masing-masing secara sendiri-sendiri. Hal ini sering menjadi kendala dalam kolaborasi. Adanya saling berbagi dan tergantung satu sama lain akan membuat kualitas kolaborasi menjadi lebih baik (Position, 2011).
3. Berbagi pengetahuan; Pengetahuan yang dimiliki oleh masing-masing individu harus dibagikan kepada yang lain untuk saling menunjang. Dengan demikian semua persoalan dapat di atasi secara bersama-sama (Stutsky & Laschinger, 2014).

4. Memiliki tujuan bersama; Tujuan bersama adalah kekuatan yang dimiliki oleh sebuah tim. Dengan merancang bersama apa yang ingin dicapai, strategi apa yang digunakan dan langkah-langkah mencapai hal ini merupakan awal yang baik untuk sebuah tim. Dengan hal ini maka arah sebuah tim semakin jelas dan memudahkan sebuah gerakan bersama untuk mencapai tujuan (Stutsky & Laschinger, 2014).

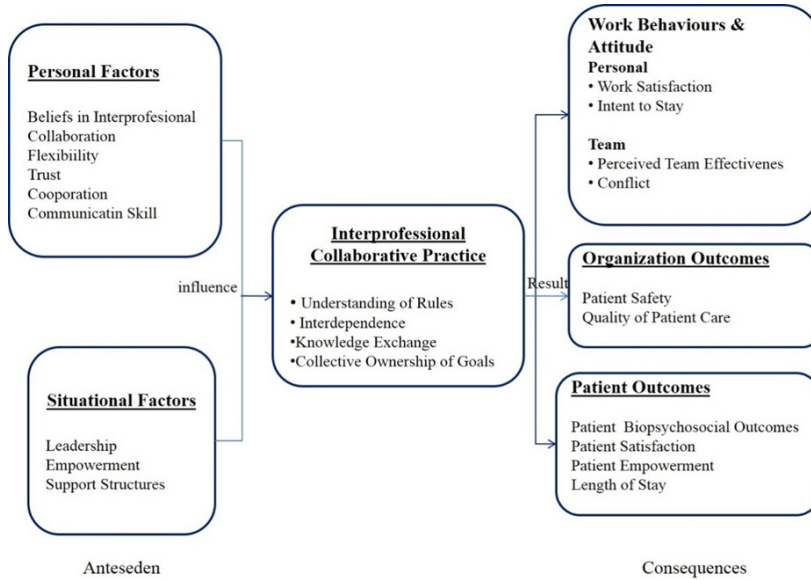
Kolaborasi memiliki tingkatan yang terdiri dari: *conversation*/Percakapan, *communication*/komunikasi, *coordination*/koordinasi, *cooperation*/kooperatif, dan *collaboration*/kolaborasi. Tingkatan Kolaborasi ini dikembangkan dari model Hogue (1993) yang digambarkan secara garis besar sebagai berikut;

1. *Conversation*/percakapan; Merupakan interaksi yang terdiri dari dua orang secara timbal balik. Ciri-cirinya adalah sebagai berikut; hanya ada dua orang, masing-masing memiliki independensi/berdiri sendiri, tanpa ada kerjasama lanjutan, hanya sebatas percakapan.
2. *Communication*/komunikasi; Merupakan interaksi yang lebih dari beberapa pihak, sudah melibatkan kelompok, alur percakapan lebih dalam, kemungkinan terjadi kerjasama.
3. *Coordination*/koordinasi; Merupakan interaksi yang lebih dalam, sudah ada kerjasama di dalamnya, terdiri dari dua kelompok atau lebih, percakapan lebih pada upaya mempererat kerjasama.
4. *Cooperation*/kooperatif; Merupakan interaksi yang lebih dalam tidak hanya sebatas sikap tetapi sudah sebuah tindakan kerjasama, bersifat penyampaian pesan/informasi untuk memperkuat kerjasama yang sudah dilakukan.
5. *Collaboration*/kolaborasi; Merupakan puncak dari interaksi. Semua pihak bekerja secara bersama-sama untuk satu tujuan bersama.

Model kolaborasi diperkenalkan oleh Brenda J. Stutsky, Heather K. Spence Laschinger Tahun 2014. Model ini di dasari oleh teori Canadian Interprofesi Health Collaborative (CIHC) 2010, dan teori pemberdayaan oleh Tresol & Pew-Fetzer Task Force, 1994 serta teori support structures (Clark, 2011). Gambar model ini dapat

dilihat sebagai berikut;

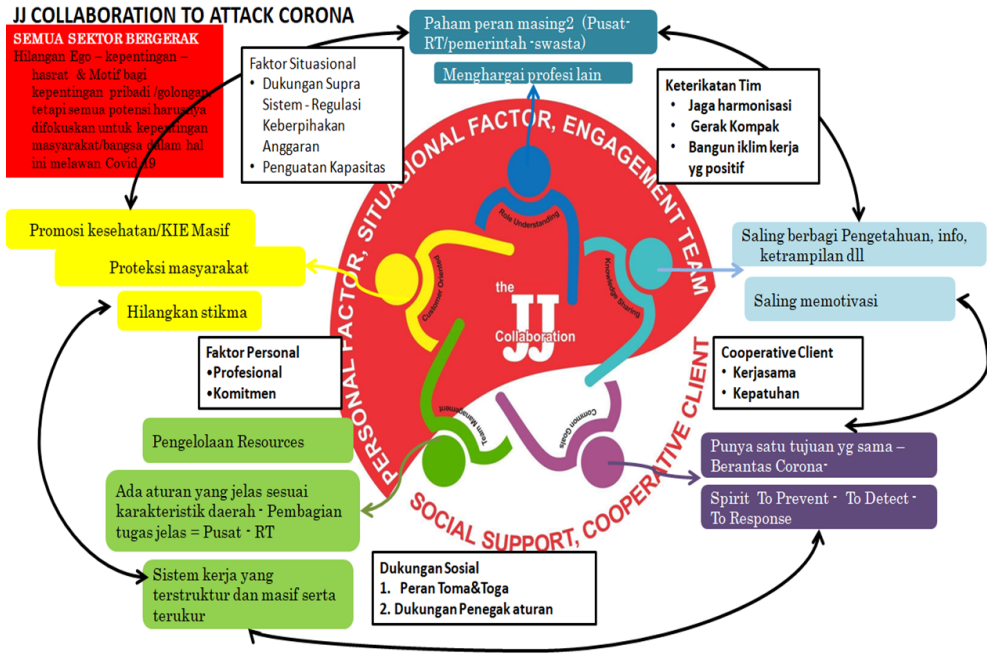
Dari gambar dapat dilihat, praktik kolaborasi interprofesi yang terdiri dari



Gambar.19:Model Kolaborasi Stutsky (2014)

Understanding of Role, Interdependence, Knowledge exchange, dan Collective Ownership of Goals, dipengaruhi oleh dua situasi yaitu; personal faktor dan situasional faktor. Apabila kolaborasi inter-profesiberjalan baik maka akan menghasilkan budaya kerja yang baik, baik itu untuk personal maupun tim. Organisasi juga mendapat keuntungan dengan meningkatnya keselamatan pasien dan kualitas hidup semakin meningkat. Khusus manfaat bagi pasien adalah; semakin pendeknya lama waktu rawat, peningkatan kemampuan pasien, secara psikologis maupun fisik pasien mendapat keuntungan. Intinya terjadi perbaikan dalam pelayanan kesehatan (Stutsky & Laschinger, 2014).

Model ini kemudian oleh Wakil ketua IAKMI pengda NTT Dr. Jaffrey Jap, drg.M.Kes dimodifikasi dalam bentuk lain dengan nama JJ Collaboration;



Gambar.20:Model JJ Collaboration (2019)

Implementasi kolaborasi interprofesi dalam perang melawan corona adalah sebuah keniscayaan. Oleh sebab itu Perlu peningkatan kemampuan manajemen tim, kepemilikan tujuan bersama, pemahaman peran masing-masing profesi, kemauan berbagi pengetahuan, dan ketersediaan pelayanan yang peduli terhadap pasien. Harus ada legitimasi tujuan bersama tim kolaborasi interprofesi pada awal pembentukan tim melalui rapat bersama dan satu visi yang sama yaitu memerangi Corona. Selain memperhatikan aspek internal yaitu kolaborasi interprofesi, tenaga kesehatan perlu juga memperhatikan aspek eksternal yaitu dukungan pemerintah, tokoh masyarakat dan tokoh agama serta yang terpenting adalah masyarakat desa itu sendiri.

**5.2.1. NTT Bangkit Perangi Corona (Tugas masing-masing Profesi)**

Provinsi NTT adalah salah satu provinsi dengan karakteristik pola penyakit yang unik. Banyak penyakit yang ada di NTT namun tidak ada di provinsi lain. NTT

sering disebut sebagai laboratorium kesehatan masyarakat. Melihat hal ini maka pengda iakmi NTT melakukan terobosan dengan memperkuat barisan tenaga kesehatan terutama mereka yang bekerja di sektor hulu. Pencegahan harus mendapat prioritas dengan tidak melupakan kuratif dan rehabilitatif.

Kasus pandemic Covid-19 akan terus bertambah sampai mencapai puncaknya menjangkiti berapa orang lagi dan berapa yang akan mati serta kapan itu terjadi, belum dapat diprediksi secara persis. Namun kita bisa menekan laju pertambahan kasus positif hanya dengan mencegahnya. Apa yang kurang dari penanganan yang dilakukan selama ini adalah mendampingi masyarakat dan memberdayakannya untuk memutuskan mata rantai penularan. Perhatian dan sumberdaya terlalu difokuskan pada penguatan pelayanan di benteng pertahanan terakhir di rumah sakit sementara di barisan terdepan di akar rumput, masyarakat belum memperoleh komunikasi, informasi dan edukasi serta pendampingan yang memadai untuk mencegah tertularnya virus ini.

Menyadari kekurangan ini Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia menginisiasi gerakan masyarakat akar rumput melawan COVID-19 secara nasional. Menyadari tenaga kesehatan yang bekerja di akar rumput dalam pelayanan di FKTP dan jaringannya sampai di desa ada berbagai profesi tenaga kesehatan maka Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Provinsi NTT mengajak kolaborasi semua tenaga kesehatan untuk memberikan tahapan pelayanan pencegahan secara komprehensif, dimulai dengan KIE dan disiplin diri. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) sebagai organisasi profesi kesehatan masyarakat telah menyatakan keprihatinan mendalam atas situasi yang terjadi lewat rekomendasi yang dikeluarkan pada akhir Januari 2020 yang lalu. IAKMI mendorong upaya serius kepada pemerintah lewat Kemenkes dan Pemerintah daerah untuk melindungi masyarakat dari ancaman 2019-nCoV, termasuk menggalang kerjasama dan kesepakatan dengan Badan Internasional & Nasional. IAKMI mengajak para ahli kesehatan masyarakat dan semua tenaga kesehatan di seluruh Indonesia untuk terlibat secara langsung dalam upaya-upaya mendukung masyarakat untuk mengikuti rekomendasi untuk mencegah penyebaran dengan tindakan kewaspadaan masyarakat antara lain; mencuci tangan dengan sabun selama sedikitnya 20 detik, jika tidak tersedia sabun dan

air dapat menggunakan pembersih tangan berbasis alkohol; hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum dicuci; hindari kontak dekat dengan orang yang sakit (menunjukkan gejala terinfeksi); tinggal di rumah ketika sedang sakit, ketika batuk/bersin tutupi dengan tisu dan buang ke tempat sampah; bersihkan dan disinfeksi barang-barang yang sering disentuh. Di samping itu monitor dan mengevaluasi kebijakan pemerintah terkait kasus ini.

Untuk mempercepat penyiapan tenaga kesehatan di garda terdepan melakukan KIE/Komunikasi Informasi dan Edukasi untuk pencegahan penularan COVID-19 bersama masyarakat di akar rumput diperlukan pelatihan bagi tenaga kesehatan. IAKMI Pengda NTT telah menggerakkan 73 relawan untuk berpartisipasi pada kegiatan training secara virtual yang diselenggarakan oleh Pengurus Pusat pada hari selasa tanggal 12 Mei 2020. Peserta yang ikut diantaranya pengurus daerah IAKMI Provinsi, pengurus cabang yang berada di kabupaten se – Nusa Tenggara Timur, Puskesmas dan Relawan lainnya.

Menyadari besarnya tantangan pemberdayaan masyarakat akar rumput (Nusa Tenggara Timur memiliki kurang lebih 3 ribuan desa dan Kelurahan dengan segudang permasalahan baik letak geografis dan akses informasi bagi relawan yang ada di desa/kelurahan). Akibatnya banyak tindakan pencegahan terhadap COVID-19 ini terkesan lambat dan minim informasi, komunikasi dan edukasi. Terlebih lagi data kasus saat ini di NTT telah mencapai 30 kasus positif, dengan jumlah ODP dan PDP serta OTG yang terus meningkat. Oleh karenanya Pengda IAKMI mengajak serta organisasi profesi kesehatan lainnya yaitu PPNI, IBI, IDI, PDGI, HAKLI, Persagi PPPKMI dan lain-lain untuk bergabung dalam gerakan kolaborasi melalui ToT bersama.

Tujuan utama kegiatan ini adalah untuk Meningkatkan kapasitas Relawan Kesehatan Masyarakat di 22 Kabupaten/kota Di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Dengan Tujuan Khusus

1. Meningkatkan jumlah Tenaga Kesehatan dan Masyarakat yang siap menjadi pelatih bagi Relawan Kesehatan Masyarakat di tingkat akar rumput (Desa/Kelurahan)

2. Meningkatkan Kapasitas Tenaga Kesehatan Lintas OP Kesehatan di Masyarakat Terkait Informasi Dasar Dalam Upaya Penanganan COVID-19 Di Indonesia.
3. Meningkatkan Kapasitas Tenaga Kesehatan Lintas OP Kesehatan di Masyarakat Terkait Strategi Penanganan COVID-19 Berbasis Komunitas (PARC19)
4. Meningkatkan Kapasitas Tenaga Kesehatan Lintas OP Kesehatan di Masyarakat Terkait Konsep Penyelidikan Epidemiologi Dan Surveilans
5. Meningkatkan Kapasitas Tenaga Kesehatan Lintas OP Kesehatan di Masyarakat Terkait Pemanfaatan Aplikasi / Tools KitaAman.Id
6. Meningkatkan Kapasitas Tenaga Kesehatan Lintas OP Kesehatan di Masyarakat Relawan Terkait Peran Dan Etika Relawan Kesehatan Masyarakat.
7. Membekali Masyarakat dengan berbagai pengetahuan dan pemahaman untuk menjadi pelatih Relawan Kesehatan Masyarakat di tingkat akar rumput (desa/kelurahan)
8. Manfaat dari kegiatan ini adalah Bagi Masyarakat; Agar Masyarakat dapat mendapatkan informasi dan edukasi yang tepat terkait langkah – langkah pencegahan terhadap COVID-19. Bagi Relawan; Agar dapat menjadi ujung tombak penanganan dan pencegahan COVID-19 di lingkungan masyarakat. Bagi Tenaga Kesehatan Lintas Profesi; Agar diperoleh pengalaman interprofessional collaboration dalam upaya-upaya pencegahan penyakit pada umumnya, khususnya penyakit menular yang bersifat pandemic. Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi; Sebagai kontribusi organisasi profesi kesehatan di garis depan bagi pemerintah kabupaten/kota dan provinsi dalam percepatan penanganan COVID-1

Sasaran yang dituju adalah;

1. Pengurus dan Profesional IAKMI di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan
2. Pengurus dan Profesional Perawat di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota

- dan Kecamatan serta Desa/Kelurahan.
3. Pengurus dan Profesional Bidan Indonesia di tingkat Provinsi, Kabupaten/ Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan
  4. Pengurus dan Profesional Dokter Indonesia di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa
  5. Pengurus dan Profesional Ahli Kesehatan Lingkungan di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan
  6. Pengurus dan Profesional Ahli Gizi di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan.
  7. Relawan Pendamping Desa di Tingkat Provinsi, Kabupaten, Kecamatan dan Desa
  8. Relawan S=JAJAR NTT
  9. Cab Kabupaten Se – Nusa Tenggara Timur
  10. ASN yang bersedia menjadi Relawan Melawan COVID-19 di Desa/Kelurahan tempat tinggalnya
  11. Pelajar/Mahasiswa Institusi Pendidikan Tinggi Kesehatan
  12. Relawan Tim Desa/Kelurahan Lawan COVID-19 yang bersedia bergabung

#### **Time Tabel kegiatan**

Kegiatan ini dilakukan dalam 5 Bats (10 hari kegiatan TOT) yang dilakukan setiap minggunya dengan materi yang sama namun pemateri berbeda dari masing-masing profesi.

Pukul	Materi dan Waktu	Nara Sumber
<b>Hari 1 : Selasa, 19 Mei 2020</b>		
<b>Link Zoom Meeting : <a href="https://bit.ly/zoomToTNTTdesalawanCOVID1">https://bit.ly/zoomToTNTTdesalawanCOVID1</a></b>		
13.00 – 13.15	Pembukaan dan Sambutan	Ketua Pengda IAKMI NTT
13.15 – 13.35	Key Note Speaker	Direktur Promkes, Kemenkes RI
13.35 – 13.55	Informasi Dasar COVID-19 di	Ketua PB IDI
13.55 – 14.15	Indonesia: penyebab, penularan, pencegahan dan pengobatan	Ketua PP IAKMI



14.15 – 14.35	Strategi Penanganan COVID-19	Ketua PAEI
14.35 – 15.55	Pemanfaatan Aplikasi/Tools	Pengembang Aplikasi
15.55 – 16.15	KitaAman.id untuk Kegiatan Relawan	Sekjen PP IAKMI
16.15 – 16.30	Peran dan Etika Relawan Kesehatan	
<b>Hari ke-2 : Rabu, 20 Mei 2020</b>		
<b>Link Zoom Meting : <a href="https://bit.ly/zoomToTNTTdesalawanCOVID2">https://bit.ly/zoomToTNTTdesalawanCOVID2</a></b>		
13.00 – 13.15	Pembukaan dan Arahan	Pengda IAKMI NTT
13.15 – 13.35	Peran Relawan Desa Melawan COVID-19	Direktur Pelayanan Sosial Dasar,
13.55 – 14.15	Perawatan Kesehatan Masyarakat di Rumah Karantina dan Selama Isolasi Mandiri di Rumah	Ketua PPNI
14.35 – 14.55	Pelayanan ANC dan Neonatal di Era Pandemi COVID-19	Ketua IBI
15.15 – 15.45	Penggunaan Desinfektan pada Penanggulangan COVID-19: apa, kapan, di mana, dan bagaimana di era pandemi	Ketua HAKLI
14.35 – 14.55	Momentum Kepedulian PHBS di Era Pandemi COVID-19	Ketua Persagi
14.55 – 15.15	Kebutuhan Gizi di Masyarakat pada	Ketua Persagi
15.15 – 15.45	Era Pandemi COVID-19	
15.45 – 16.00	Diskusi / Tanya Jawab	

Adapun Output yang ingin dicapai dalam kegiatan pelatihan ini sebagai berikut :

1. Setiap relawan bisa mampu bekerja sama antar profesi dengan pihak desa dan instansi terkait dalam penanganan COVID-19 di desa.
2. Setiap relawan memiliki tingkat pengetahuan covid 19 secara : etiologi, epidemiologi, transmisi dan upaya penanganan COVID-19.
3. Setiap relawan memiliki kapasitas dalam mengimplementasikan strategi penanganan berbasis komunitas (PARC19)
4. Setiap relawan mampu melaksanakan penyelidikan epidemiologi dan surveilans COVID-19.
5. Setiap relawan mampu mengakses dan menggunakan aplikasi/tools KitaAman.id bersama masyarakat di lingkungannya

6. Setiap relawan memahami peran dan etika relawan kesehatan masyarakat
7. Setiap peserta mengetahui perawatan kesehatan masyarakat di rumah karantina dan di rumah sendiri
8. Setiap peserta mengetahui/memahami pelayanan Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir dalam masyarakat dalam situasi Pandemi
9. Setiap relawan mengetahui/memahami pemanfaatan desinfektan secara benar
10. Setiap peserta mengetahui/memahami dan mampu menunjukkan PHBS dan intake gizi seimbang dalam situasi Pandemi

Hingga saat ini kita telah berhasil melakukan TOT sebanyak 5 bats dengan jumlah Peserta ditinjau dari Daerah dapat dilihat dalam gambar Gambar.21 berikut ini

### 5.3 Penutup

Demikian beberapa hal terkait bagaimana kolaborasi antar profesi yang kami



Gambar.21: Jumlah peserta terbanyak dari NTT sebesar 3.120 dan sisanya 1.200 dari luar NTT. Jumlah Peserta ditinjau dari OP

gagas dari NTT untuk Indonesia yang lebih sehat dan terhindar dari Covid-19. Semoga tulisan sederhana ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca sekalian. Sekian dan terima kasih. Salam Sehat selalu.



Gambar.22: Jumlah peserta terbanyak berasal dari IAKMI



Gambar.23: Sertificate Pelatihan

**TRAINING MATERIAL**

No	MATA DIKLAT	NARA SUMBER
Hari Rabu 19 Mei 2020		
Key Note Speech		Rektor IAKMI Cyber University
Moderator		Mustakin, S.KM., MKM
1	Informasi Dasar dan Upaya Penanganan COVID-19 di Indonesia: (a) Etiologi, (b) Epidemiologi, (c) Transmisi, (d) Upaya Pengendalian	Dr. Daeng M Faqih, S.H, M.H
2	Strategi Kegiatan Penanganan COVID-19 Berbasis Komunitas (PARC19): (a) Konsep PARC19, (b) Implementasi PARC19	DR. Ede Surya Darmawan, S.KM, M.DM
3	Konsep Penyelidikan Epidemiologi dan Surveilans: (a) Konsep Wabah, (b) Penyelidikan Epidemiologi, (c) Surveilans COVID-19	DR. Dr. Triyunis Miko, M.Sc.
4	Pemanfaatan Aplikasi/Tools KitaAman.id	DR. Hendy Risdianto Wijaya, ST., MT.
5	Peran dan Etika Relawan Kesehatan Masyarakat: (a) Peran dan pembagian tugas relawan/tim, (b) Etika relawan Kesehatan Masyarakat, (c) Membangun jaringan, (d) Rencana tindak lanjut	Husein Habsyi, S.KM, M.HComm
Hari Kamis 20 Mei 2020		
Moderator		Mustakin, SKM., MKM
1	Peran Relawan Desa/Kelurahan Melawan COVID-19	Sri Wahyuni
2	Perawatan Kesehatan Masyarakat di Rumah Karantina dan Selama Isolasi Mandiri di Rumah	Masfuri, S.Kp., MN
3	Pelayanan ANC dan Neonatal di Era Pandemi COVID-19	DR. Ade Jubaedah S.SIT MM., M.KM
4	Penggunaan Desinfektan & Higiene Sanitasi di Era Pandemi COVID-19	Micael Johan S. Takesan, S.KM., M.SI
5	PHBS dan PHBS di Era Pandemi COVID-19	DR. Dra. Rita Damayanti, M.SPH
6	Gizi Masyarakat di Era Pandemi COVID-19	Melda Octarina, M.CN

Gambar.24: Training Material dalam kegiatan ini

## Referensi

- Blais, A. R., dan Weber, E. U. (2006). A domain-specific risk-taking (DOSPERT) scale for adult populations.
- Borden, L. M., dan Perkins, D. F. (1999). Assessing your collaboration: A self-evaluation tool.
- Clark, P. G. (2011). Examining the interface between interprofesi practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of Interprofesi Care*, 25(1), 26-32.
- Davis, D. L., Herculinskyj, G., dan Jackson, L. M. (2016). Promoting Interprofesi Collaboration: A Pilot Project Using Simulation in the Virtual World of Second Life. *Journal of Research in Interprofesi Practice and Education*, 6(2).
- Ellingson, L. L. (2002). Communication, collaboration, and teamwork among health care professionals. *Communication research trends*, 21(3).
- Irmawati, N. E., dan Anggorowati, A. (2017). Surgical Checklist Sebagai Upaya Meningkatkan Patient Safety. *Journal of Health Studies*, 1(1), 40-48.
- Jap, Jeffrey., Sumarmi, S., & Damayanti, N. A. (2019). Importance of collaborative intervention of Preconception Nutrition in Suppressing the Stunting case in East Nusa Tenggara, Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(9), 698-702.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).
- Setiati, S., & Azwar, M. K. (2020). COVID-19 and Indonesia. *Acta Medica Indonesiana*, 52(1), 84-89.
- Siegler, Eugenia L, MD and Whitney Fay W, PhD,RN.,FAAN, alih bahasa Indraty Secillia, 2000. Kolaborasi Perawat-Dokter;Perawatan Orang Dewasa dan Lansia. Jakarta : Penerbit EGC.
- Smith, H., Reade, M., Maar, M., dan Jeeves, N. (2017). Developing a grounded theory for interprofesi collaboration acquisition using facilitator and actor perspectives in simulated wilderness medical emergencies. *Rural and remote health*, 17(3880).
- Stutsky, B. J., dan Spence Laschinger, H. K. (2014). Development and Testing of A Conceptual Framework for Interprofesi Collaborative Practice. *Health and Interprofesi Practice*, 2(2), 7.

## BAGIAN 6

### PENTAHHELIX; Pendekatan Implementasi PARC-19

*M. Farid*

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat FIKES UIN Syarif Hidayatullah Jakarta;  
Dewan Pakar Pengda IAKMI DKI Jakarta

#### 6.1 Pendahuluan

Corona Virus Disease-2019 disingkat menjadi Covid-19 adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2 (SARS-CoV-2) dinyatakan sebagai pandemi oleh WHO pada 11 Maret 2020 karena kasus kejadian sudah bersifat global. Pandemi Covid-19 dialami dan dihadapi oleh seluruh negara di dunia tanpa kecuali, termasuk Indonesia. Covid-19 yang disebabkan oleh SARS-CoV-2 memiliki kecepatan penularan yang sangat tinggi yaitu mencapai 48 hari untuk 1.000 orang pertama, dibandingkan dengan SARS kira-kira 150 hari dan MERS sekitar 900 hari untuk 1,000 orang pertama. Faktor kecepatan penularan ini menjadi salah satu penyebab kenapa penyakit Covid-19 menjadi epidemi. (Data; Reuters, Februari, 2020). Pandemi Covid-19 ini tidak hanya menimbulkan dampak masalah kesehatan, tetapi juga berdampak pada keselamatan, perekonomian, sosial budaya, bahkan pada seluruh sendi-seni kehidupan masyarakat.

Penyakit berada dalam tubuh manusia dan manusia berperan sebagai objek dari penyakit<sup>25</sup>, namun di sisi lain manusia pula yang menghasilkan penyakit dan manusia berperan sebagai subjek dari penyakit. Artinya manusia tidak hanya dilihat sebagai objek dari penyakit, tapi juga sekaligus sebagai subjek. (Hamzens, M.F., 2013). Oleh karena itu Covid-19 sebagai penyakit harus dipahami secara bersama-sama dari dua dimensi, yaitu (1) dimensi sosial dan tindakan (perilaku) manusia berdasarkan pengetahuan mereka, dan (2) dimensi fisik (organik) atau proses biologi dari penyakit Covid-19. Dimensi pertama berupa pengetahuan-pengetahuan yang memicu terjadinya dimensi kedua yaitu proses biologi dari SARS-CoV-2 dan kemudian terjadi penyakit Covid-19 dan penyebarannya.

Dalam kerangka berpikir bahwa Covid-19 bersifat multikausal dan sekaligus

juga memiliki multi efek, maka Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) sebagai organisasi profesi sangat menyadari bahwa penanganan Covid-19 baik pada saat pandemi maupun pasca pandemi membutuhkan strategi yang melibatkan semua pihak secara terintegrasi dan gotong royong. Pemerintah bersama-sama dengan berbagai komponen dan elemen masyarakat sudah, sedang, dan akan selalu berupaya dengan serius menanggulangi ancaman Covid-19 dengan memberdayakan potensi dan kemampuan semua komponen anak bangsa secara sinergis. Koordinasi dan komunikasi antar elemen dan komponen masyarakat harus dimaksimalkan dalam mencapai tujuan dan target-target penanggulangan ancaman Covid-19.

Di samping Checklist dan multi efek tersebut keragaman bangsa Indonesia dengan berbagai kondisi, baik geografis, sosial, kebudayaan, ekonomi, bahkan kondisi pemerintahan daerah masing-masing ikut mempengaruhi berbagai inovasi-inovasi dan upaya-upaya penanganan pandemi Covid-19 ini. Faktor-faktor itulah yang mendorong IAKMI Pengda DKI Jakarta menggagas satu strategi yang fleksibel berdasarkan kondisi dan potensi desa di Indonesia. Dengan tetap berpegang pada prinsip promotif dan preventif serta five level of prevention kesehatan masyarakat digagaslah strategi penanggulangan Covid-19 yang disebut sebagai Perang Akar Rumput Covid-19 yang disingkat dengan PARC-19.

PARC-19 adalah satu strategi penanggulangan Covid-19 yang berorientasi pada masa pandemi dan pasca pandemi berbasis desa dengan segala keragaman dan potensi yang sangat variatif di seluruh Indonesia. Ada 5 (lima) strategi pokok yang dikembangkan PARC-19 yaitu; peningkatan kapasitas perangkat Desa/Kelurahan, peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, surveilans Covid-19, penanganan kasus Covid-19, mitigasi dampak sosial ekonomi. Pertama, strategi peningkatan kapasitas perangkat desa/kelurahan mencakup; pembentukan satuan tugas penanganan Covid-19 di Desa/ Kelurahan, pembuatan dan penerapan peraturan Desa/Kelurahan, pelatihan pencegahan dan penanganan Covid-19 bagi perangkat Desa/Kelurahan, Pembatasan Sosial Berskala Lokal (PSBL), alokasi anggaran Desa/ Kelurahan untuk penanganan Covid-19. Kedua, strategi peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang mencakup; pembuatan media KIE tentang adaptasi kebiasaan baru untuk pencegahan Covid-19 yang berbasis budaya lokal, pelatihan

fasilitator untuk edukasi perilaku hidup bersih dan sehat untuk pencegahan Covid-19, pelatihan kader/relawan untuk edukasi perilaku hidup bersih dan sehat untuk pencegahan Covid-19, edukasi perilaku hidup Bersih dan sehat untuk pencegahan Covid-19, inisiasi pentas seni budaya lokal yang memiliki pesan tentang adaptasi kebiasaan baru untuk pencegahan Covid-19. Ketiga, strategi surveilans Covid-1 yang mencakup testing, tracing, dan tracking, serta koordinasi pelaporan kasus Covid-19. Keempat, strategi penanganan kasus Covid-19 mencakup; menyediakan alat pelindung diri (APD) seperti masker, sabun cair, dan lain-lain, pembuatan fasilitas cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir, dukungan terhadap warga yang menjalankan isolasi mandiri, rujukan untuk pengobatan kasus terkonfirmasi mengidap Covid-19. Kelima, strategi mitigasi dampak sosial ekonomi mencakup penyaluran bantuan sosial ekonomi bagi kelompok masyarakat terdampak ekonomi, pelatihan keterampilan usaha bagi kelompok terdampak ekonomi, dukungan psikososial bagi keluarga terdampak ekonomi.

Penerapan strategi ini tidak akan optimal tanpa satu pendekatan yang tepat dan fleksibel. Secara umum PARC-19 bisa dilihat sebagai sebuah strategi untuk pemberdayaan masyarakat desa dalam bidang kesehatan, khususnya penanggulangan Covid-19. Dalam pemberdayaan masyarakat pendekatan yang populer akhir-akhir ini adalah bahwa masyarakat tidak hanya dijadikan objek dari berbagai proyek pembangunan, tetapi juga sekaligus menjadi subjek dari upaya pembangunannya sendiri. Berdasarkan konsep ini maka pemberdayaan masyarakat harus mencakup kriteria; (1) upaya yang dilakukan harus terarah, (2) program harus langsung melibatkan atau bahkan dilaksanakan oleh masyarakat yang menjadi sasaran, (3) menggunakan pendekatan kelompok. Memperhatikan kriteria ini maka pengetahuan dan inovasi menjadi kata kunci untuk memberikan ruang keterlibatan masyarakat. Inovasi menjadi ujung tombak dalam percepatan pembangunan dan keterlibatan masyarakat. Pendekatan pembangunan yang berorientasi terbuka dalam proses produksi pengetahuan dan inovasi dikenal dengan Model Helix. Model Helix berangkat dari gagasan bahwa inovasi merupakan hasil interaktif yang melibatkan berbagai jenis aktor. Masing-masing aktor berkontribusi sesuai fungsi kelembagaannya dalam masyarakat. Perguruan Tinggi (akademis), Industri (pengusaha), dan Pemer-



intah (penguasa) pada model awal termasuk dalam Triple Helix. Kemudian berkembang dengan melibatkan masyarakat sipil dan masyarakat berbasis media dan kebudayaan sehingga menjadi model Quadruple Helix. Akhirnya semakin meluas dengan dengan model Quintuple Helix – Pentahelix dengan penambahan aktor masyarakat dari lingkungan alami.

Tulisan ini ingin memaparkan model Pentahelix sebagai pendekatan dari strategi PARC-19 dalam menanggulangi Covid-19 berbasis desa/kelurahan. Berangkat dari analisis konseptual menuju pada titik temu operasional antara model Pentahelix sebagai pendekatan dengan PARC-19 sebagai strategi.

## **6.2 Model Helix**

Model helix adalah sebuah sistem support untuk program pembangunan dengan pendekatan partisipasi unsur-unsur potensial nyata dalam masyarakat melalui satu jaringan kerja untuk pembangunan, termasuk pembangunan bidang kesehatan. Model Helix diawali dengan Triple Helix, kemudian berkembang ke Quadruple Helix. Akhirnya muncul inovasi Pentahelix dengan menambahkan satu unsur peran Media Massa. Unsur-unsur jaringan dari model helix bisa dikembangkan berdasarkan potensi masyarakat lokal untuk berpartisipasi sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan setempat.

### **6.2.1. Model Triple Helix**

Model Triple Helix awalnya digagas oleh Etzkowitz dan Leydesdorff pada tahun 1995. Pada model ini ada tiga komponen yang dianggap memiliki peran signifikan dalam pembangunan sosial, yaitu perguruan tinggi atau universitas, pemerintah, dan dunia usaha atau industri. Perguruan tinggi memainkan peran sebagai pembentuk pengetahuan dan membangun opini masyarakat untuk lebih berdaya. Dunia usaha atau industri memberikan dukungan sumber daya materil atau membangun inovasi masyarakat untuk menemukan sumberdaya ekonomi. Kedua komponen tersebut berinteraksi dengan pemerintah untuk mendapatkan dukungan terutama dalam kebijakan, legalitas, dan fasilitas. Ketiga komponen ini bekerjasama melalui pendekatan terintegrasi agar tercipta kondisi yang dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat termasuk kualitas kesehatan.

Peran eksklusif perguruan tinggi atau universitas dalam memproduksi peng-

etahuan akhir-akhir ini mulai terasa menurun. Pengetahuan dibutuhkan untuk mendukung mekanisme yang proses sosial (interaksi masyarakat) yang bergantung pada komunikasi dan relasi jaringan. Produksi pengetahuan yang dibutuhkan tersebut tidak hanya monopoli universitas dan perguruan tinggi, namun lembaga-lembaga non-universitas, pusat penelitian, organisasi profesi, laboratorium, lembaga-lembaga konsultasi dapat saling berkolaborasi membentuk pengetahuan. Dalam situasi semacam ini Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) sebagai organisasi profesi memiliki peluang sekaligus tantangan untuk terlibat aktif dalam penanggulangan pandemi covid-19. Gagasan berupa konsep Perang Akar Rumput Covid-19 (PARC-19) yang diusung oleh Pengurus Daerah IAKMI DKI Jakarta diharapkan mampu menjawab tantangan dan mengisi peluang tersebut.

Interaksi antara berbagai kontributor yang secara umum dapat dikelompokkan dalam tiga unsur utama yaitu lembaga ilmiah akademik, dunia usaha/industri, dan pemerintah dapat dilihat sebagai bentuk Triple Helix yang dikembangkan oleh Etzkowitz dan Leydesdorff (1995). Model ini pada dasarnya mengadopsi model inovasi spiral yang menangkap beberapa hubungan timbal balik antara pengaturan kelembagaan (pemerintah, swasta dan akademisi) pada tahap yang berbeda dalam kapitalisasi pengetahuan (Viale dan Ghiglione, 1998). Ciri utama dari model Triple Helix ini antara lain; peran sentral perguruan tinggi atau universitas dalam produksi pengetahuan, misi strategis dunia usaha dan industri (swasta) dalam inovasi, dukungan pemerintah berupa kebijakan yang dibutuhkan dalam penerapan pengetahuan dan inovasi. Ketiga unsur ini merupakan komponen utama atau elemen operasional utama dari Triple Helix yang bekerjasama secara terintegrasi dan objektif sesuai fungsi masing-masing untuk mencapai satu inovasi dalam pembangunan kesehatan. Lebih konkrit kolaborasi itu dapat kita deskripsi seperti sebuah program intervensi kesehatan yang diluncurkan oleh pemerintah, maka dunia usaha atau industri dapat menyediakan sumber daya lain melalui program inovasi mereka, sementara universitas memberikan dukungan gagasan dan motivasi untuk mendorong kegiatan intervensi kesehatan dan inovasi secara bersama-sama.

Dunia usaha dan industri, baik institusi swasta atau pengusaha perorangan membangun sumber daya untuk memfasilitasi komersialisasi pengetahuan, menye-

diakan layanan dan struktur pendukung, dan bermitra dengan pemerintah kota atau kabupaten untuk membangun kualitas kesejahteraan masyarakat, termasuk kesehatan. Pemerintah kota atau kabupaten harus memberikan dukungan kebijakan terhadap inovasi yang untuk mengembangkan potensi sumber daya guna mendukung berbagai program peningkatan kualitas kesejahteraan masyarakat. kerjasama pemerintah dan dunia usaha industri sangat memerlukan dukungan dari universitas atau bidang penelitian dan pengembangan dari organisasi profesi untuk mendorong dunia usaha dalam upaya inovasi.

### **6.2.2. Model Quadruple Helix dan Quintuple Helix**

Berangkat dari logika berfikir bahwa tidak ada satu konsep yang mapan dalam penelitian dan pengembangan pengetahuan dan inovasi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, maka model Triple Helix dianggap kurang melibatkan unsur pengguna atau sasaran. Dari model Tripel Helix, para periset dan praktisi pengembangan masyarakat, juga pemerintah (negara) mulai mencoba mengembangkan pendekatan model ini untuk mengatasi keterbatasan-keterbatasan. Di antara kontribusi pengembangan tersebut dilakukan oleh Yawson (2009). Produksi dan pengorganisasian pengetahuan tidak lagi monopoli satu disiplin atau bidang ilmu pengetahuan atau tidak lagi sebagai sistem dominan. Produksi pengetahuan saat ini menjadi interdisiplin (transdisiplin), lebih refleksif, non linier dan kompleks. Unsur universitas yang berperan sebagai penyanggah tanggung jawab akademik tidak lagi sendiri, melainkan bisa berdampingan dengan lembaga-lembaga riset di luar universitas, organisasi profesi, bahkan organisasi-organisasi sosial masyarakat yang memiliki bidang penelitian. Oleh karena itu perlu ditambahkan helix keempat karena pengetahuan ilmiah makin diuji dengan ketahanan sosial dan inklusivitasnya. Helix keempat harus mampu mendorong penemuan dan inovasi baru dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat, sehingga dibutuhkan gagasan pengembangan konsep model Triple Helix dengan perspektif masyarakat sebagai sasaran atau pengguna. Triple Helix sebagai cara sistematis dalam penerapan inovasi penelitian atau inovasi pengetahuan berbasis teknologi perlu dikembangkan sebagai cara sistematis yang berorientasi pada masyarakat sebagai pengguna atau sasaran.

Pentingnya interaksi yang cerdas, efektif, dan efisien dari kebijakan dan praktik pemerintah, universitas dan dunia usaha serta masyarakat sipil dikemukakan

oleh Carayannis dan Campbell (2009). Dari sini muncullah konsep Model Quadruple Helix dengan tetap mempertahankan interaksi seperti dalam model Triple Helix (Universitas, Industri, Pemerintah), tapi dikembangkan dengan memberikan peran kepada masyarakat sipil sebagai helix keempat. Akademisi bersama-sama dengan dunia usaha menciptakan kondisi yang dibutuhkan untuk ekosistem inovasi terpadu. Sementara pemerintah menyiapkan regulasi untuk penemuan dan strategi implementasi inovasi. Keterlibatan masyarakat sipil tidak semata-mata hanya sebagai pengguna inovasi pengetahuan, tetapi juga sebagai bagian atau unsur aktif dari sistem implementasi inovasi pengetahuan. Pada era teknologi saat ini, teknologi informasi dan komunikasi (TIK) diperlukan sebagai unsur pendukung dan pendorong keterlibatan dan partisipasi masyarakat sipil yang bersifat bottom-up.

Seperti sudah diungkapkan di atas bahwa dasar berpikir Model Quadruple Helix dalam mengembangkan model helix adalah bahwa tidak ada satupun model yang bisa dianggap sebagai konsep yang mapan dalam penelitian dan kebijakan inovasi. Pengembangan Triple Helix dibutuhkan untuk menjawab tuntutan dan tantangan realitas abad ke-21 dan menjadi pertimbangan signifikan dalam menentukan tambahan helix keempat. Triple Helix yang selama ini dinilai kurang peka terhadap kondisi dan sikap demokrasi masyarakat yang semakin berkembang, maka dimunculkan model Quadruple Helix yang berusaha merefleksikan hal tersebut. (Woo Park, 2014). Model Quadruple Helix tidak lagi memandang bahwa sumber inovasi pengetahuan hanya terbatas pada interaksi antara universitas, dunia usaha atau industri, dan pemerintah. Oleh karena itu model Quadruple Helix merupakan upaya kontekstualisasi Triple Helix dengan cara melibatkan masyarakat sipil sebagai helix tambahan atau helix keempat. Pelibatan masyarakat sipil yang dimaksud berbasis kebudayaan dan media.

Dengan memahami bahwa Quadruple Helix lebih sebagai satu ruang daripada satu kesatuan, pada prinsipnya ada empat model Quadruple Helix sebagai bentuk pengembangan dari Triple Helix. (Arnkil et al. 2010). Masing-masing model pada dasarnya sama-sama menekankan pada keterlibatan masyarakat sebagai pengguna atau sasaran. Perbedaan mendasar dengan pendekatan Triple Helix terletak pada pemanfaatan potensi masyarakat sebagai pengguna, karena inovasi pengetahuan

dan implementasinya memang dirancang untuk mereka. Interaksi para ahli dengan masyarakat sebagai sasaran bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas program inovasi bagi warga masyarakat. Program inovasi pun juga dirancang bersama-sama dengan masyarakat sasaran atau pengguna, sementara data-data terkait respon dari warga masyarakat dapat dikumpulkan dengan metode konvensional (survei, wawancara, pengamatan, dan FGD). Masyarakat sipil yang dimaksud dalam model Quadruple Helix adalah bagian masyarakat yang terlibat langsung dalam proses penerapan program inovasi dan terlibat saat merancang program inovasi. Carayannis et al. (2012) menitik beratkan pada aspek kebudayaan dan media dari keterlibatan masyarakat sipil sebagai heliks keempat dari sistem inovasi program. Dua aspek yang tercakup dalam helix keempat ini (kebudayaan dan media), pada dasarnya mengintegrasikan dan menggabungkan dua potensi. Potensi kebudayaan berupa nilai-nilai, tradisi, kepercayaan, agama dan lain-lain sebagai modal sosial, digabungkan atau diintegrasikan dengan potensi media yang berkembang dalam masyarakat seperti televisi, radio, internet, sosial media, surat kabar, tabloid, majalah, dan lain-lain sebagai modal komunikasi info who are you with the world in the sinemasi. .

Kemudian Carayannis et al. (2012), mengembangkan lagi konsep Quadruple Helix dengan mengajukan model Quintuple Helix yang melibatkan selain universitas, dunia usaha dan industri, pemerintah, dan masyarakat sipil, juga mempertimbangkan aspek lingkungan sebagai penentu berkelanjutan program inovasi. Model inovasi Quintuple Helix, menilai bahwa lingkungan masyarakat dan ekonomi juga merupakan pendorong proses produksi pengetahuan dan inovasi. Quintuple Helix mewakili model yang sesuai dalam teori dan praktik yang ditawarkan kepada masyarakat untuk memahami kaitan antara pengetahuan dan inovasi, untuk mempromosikan pembangunan yang langgeng. Quintuple Helix melihat pengetahuan yang bersumber dari proses sirkulasi antara subsistem sebagai hal terpenting untuk inovasi program pembangunan. Artinya produksi pengetahuan bukan hanya monopoli universitas, melainkan proses interaksi dari berbagai institusi ilmiah, bahkan oleh semua unsur helix. Peran akademisi tidak melulu sebagai produsen pengetahuan, tapi meluas juga sebagai penggerak produksi pengetahuan, bahkan pendamping

dalam implementasi inovasi program pembangunan. Model Quintuple Helix kemudian oleh banyak praktisi pemberdayaan masyarakat digunakan dengan sebutan Pentahelix dengan tetap menerapkan model integrasi dari lima komponen yang saling berkoordinasi satu dengan lainnya.

### **6.2.3. Model Pentahelix dalam Perang Akar Rumput Covid-19 (PARC-19)**

Pada prinsipnya model Pentahelix lahir dari model Triple Helix yang meyakini bahwa hubungan dan kerjasama yang kuat antara akademisi, dunia usaha, dan pemerintah akan mampu mendorong inovasi program pembangunan untuk kesejahteraan masyarakat. Kemudian model Triple Helix dikembangkan menjadi Quadruple Helix dengan memberikan peran kepada masyarakat sipil sebagai helix keempat. Berikutnya diperluas lagi menjadi Penta (Quintuple) Helix dimana keterlibatan masyarakat diperluas dengan unsur kebudayaan dan media massa. Pada awalnya model helix ini digunakan dalam pembangunan ekonomi masyarakat, namun kemudian penggunaannya berkembang dalam berbagai bidang pembangunan, termasuk kesehatan masyarakat. Model helix mulai dari Penta Helix, Quadruple Helix, sampai Quintuple Helix atau Pentahelix adalah sebuah sistem support dengan pendekatan partisipasi unsur-unsur potensial riil dalam masyarakat dalam satu jaringan kerja yang terintegrasi dan saling mendukung dalam upaya pembangunan.

Perang Akar rumput Covid-19 (PARC-19) merupakan strategi perang total yang melibatkan semua unsur dan lapisan masyarakat untuk menciptakan masyarakat yang sehat dan memiliki kemampuan dan kekuatan untuk melawan SARS-Cov-2 sehingga mampu bertahan hidup dalam situasi pandemi COVID-19. PARC-19 tidak hanya membangun pengetahuan yang menciptakan sikap masyarakat untuk berperilaku, tapi lebih jauh dari itu membangun kesadaran kritis yang mendorong kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan. Kepatuhan yang diproduksi oleh satu kesadaran kritis dari dalam diri individu-individu anggota masyarakat harus diciptakan melalui sebuah proses rekayasa sosial dengan strategi yang komprehensif, fleksibel, dan adaptif. PARC-19 sebagai sebuah strategi dalam melawan covid-19 bersifat komprehensif, fleksibel, dan adaptif tetap mengacu kepada beberapa pedoman penanggulangan

Covid-19 yang sudah dibuat oleh pemerintah seperti Pemerintah Provinsi DKI

Jakarta, Kementerian Desa PDTT, dan Kemenkes. Oleh karena itu dalam wujud program PARC-19 mendorong masyarakat membentuk dan menjalankan RW-Siaga COVID-19 untuk mencegah penyebaran dan meluasnya pandemi COVID-19 di masyarakat. Kegiatan utama dari PARC-19 adalah: (1) Edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) untuk pencegahan penularan

COVID-19 dan Sanitasi Lingkungan; (2) pendampingan pelaksanaan social/physical distancing; (3) Surveillance Covid-19 ; (4) Perawatan di rumah; dan (5)

**Tabel.5 :Tabel Tentang Jenis Helix**

	Triple Helix	Quadruple Helix	Quintuple/Penta Helix
Literatur	Etkowithz & Leydesdorff, 2012	Carrayanis, 2009	
Stakeholders	Pemerintah Dunia Usaha Akademisi	Pemerintah Dunia Usaha Akademisi Masyarakat Sipil	Pemerintah Dunia Usaha Akademisi Masyarakat Sipil Media Massa
Program Pemerintah & Respon Masyarakat	Respon masyarakat kurang nampak	Masyarakat merespon secara nyata	Masyarakat proaktif
Karakteristik	Top-Down	Bottom-Up Institusi	Bottom-up kompleks dan darurat

Mitigasi dampak sosial ekonomi.

Implementasi PARC-19 sebagai strategi melawan pandemic Covid-19 memerlukan satu pendekatan yang mampu melibatkan semua komponen dan lapisan masyarakat secara terintegrasi dan saling mendukung untuk mencapai tujuan PARC-19 itu sendiri. Dalam kepentingan ini kita menilai bahwa di antara beberapa model pendekatan pelibatan masyarakat untuk pembangunan, maka model dekatan Pentahelix paling tepat untuk PARC-19. Seperti diuraikan di atas bahwa model helix

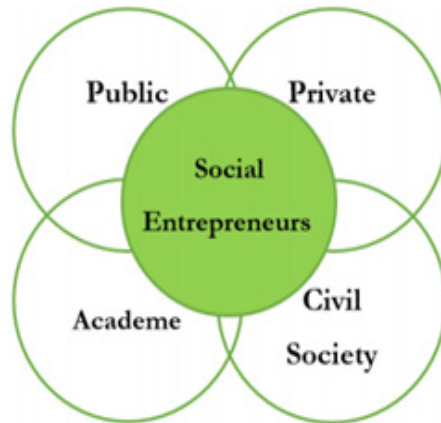
mengalami perubahan dan penyempurnaan yang tidak berarti bahwa model helix yang baru menggugurkan model sebelumnya, tetapi justru menjadi alternatif pilihan yang dapat disesuaikan dengan kondisi dan potensi masyarakat di mana model itu digunakan. Kenapa PARC-19 menggunakan model Pentahelix sebagai pendekatan? Untuk menjelaskan masalah ini terlebih dahulu kita lihat perbandingan seperti pada tabel di berikut ini.

Pada tabel Tabel.5 di atas kita bisa melihat perbandingan dari tiga model tersebut dari sisi stakeholders, respon masyarakat, dan karakteristik masing-masing model. Pentahelix memiliki stakeholders paling luas, masyarakat diarahkan untuk proaktif, dan sifat dasar model ini bukan sekedar bottom-up tapi kompleks sesuai kondisi struktur elemen masyarakat serta memperhatikan kondisi-kondisi yang darurat.

Stakeholder Pentahelix pada prinsipnya memang terdiri dari lima unsur yaitu pemerintah, dunia usaha, akademisi, masyarakat sipil, dan media massa, tetapi dalam perkembangan penggunaannya baik unsur maupun pola hubungan dari kelima unsur tersebut tidak kaku. Artinya unsur-unsur dari Pentahelix bisa fleksibel dan dalam pola hubungan unsur yang lebih potensial dan proaktif bisa menjadi pengendali dalam mendorong dan mengkoordinasikan proses produksi pengetahuan, inovasi dan pelaksanaannya. Para peneliti dan praktisi pemberdayaan masyarakat mengembangkan kelima unsur Pentahelix dalam berbagai bentuk. Seperti Halibas (2017) mengembangkan komponen Pentahelix (1) Akademisi bukan hanya dari perguruan tinggi, tapi bisa dari mana saja dengan syarat mampu mendorong distribusi gagasan dan penerapan inovasi program, (2) Pemerintah dengan peran sebagai pendukung atau fasilitator dengan menyediakan infrastruktur, kebijakan, dan membangun network, (3) Pihak swasta berperan sebagai penyedia dana dan dukungan teknologi, (4) Institusi non pemerintah dan (5) masyarakat sipil yang ikut terlibat dalam pengembangan program dengan pendekatan model Penta Helix, dalam hal ini PARC-19. (Halibas et al., 2017). Model implementasi ini digambarkan oleh Calzada (2017) dalam Halibas et al., 2017 seperti berikut;

Sementara Carayannis and Campbell (2010) mengembangkan model Pentahelix dengan unsur stakeholders (1) Akademisi, (2) Pelaku Usaha, (3) Pemerintah,

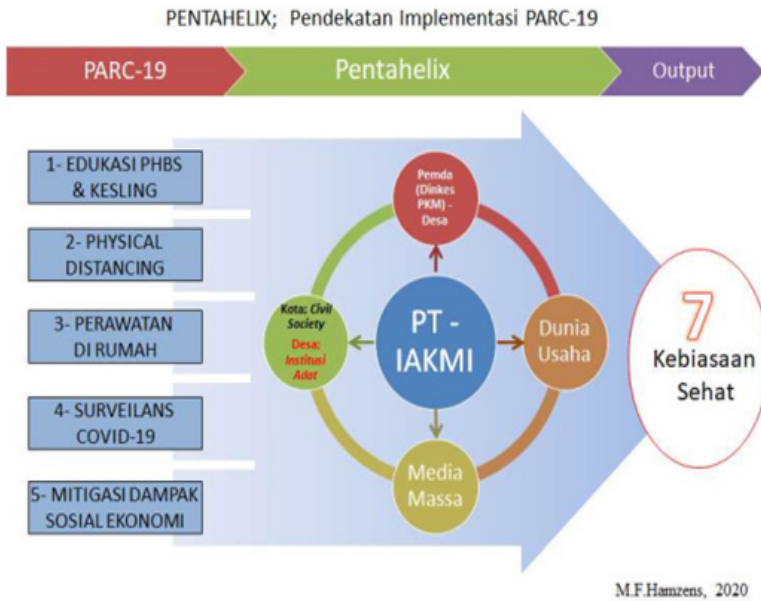




Gambar.25: Model implementasi digambarkan oleh Calzada (2017) dalam Halibas et al., 2017 (4) Medias bersama pranata kebudayaan, dan (5) lingkungan fisik. (Carayannis, Barth, & Campbell, 2012). Dari sini terlihat bahwa penerapan Pentahelix tidak kaku dan tidak harus sama antara satu lokasi dengan lokasi lainnya, begitu juga antara satu program dengan program lainnya.

Pentahelix yang digunakan sebagai pendekatan dalam penerapan strategi PARC-19 juga fleksibel berdasarkan kondisi dan potensi masing-masing desa, atau bahkan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Secara umum unsur Pentahelix dalam strategi PARC-19 adalah (1) Akademisi yang dimotori oleh Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) bersama-sama dengan institusi pendidikan tinggi kesehatan masyarakat, (2) Pemerintah yang secara langsung adalah unsur Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten, Puskesmas, Kecamatan, dan Desa/Kelurahan, (3) Dunia usaha secara institusi seperti industry, unit-unit bisnis, UMKM, dan secara personal adalah para pengusaha, (4) Masyarakat sipil jika di kota dapat berupa organisasi masyarakat yang berkompeten dan kredibel, dan jika di desa adalah institusi-institusi adat yang hidup dalam masyarakat berdasarkan nilai-nilai kebudayaan, (5) Media massa baik cetak ataupun elektronik dan virtual. Dari kelima unsur tersebut IAKMI berperan sebagai motor sentral untuk menciptakan dan mengarahkan ide-ide dan inovasi serta bentuk integrasi antar helix dalam Pentahelix guna mencapai tujuan dan output PARC-19. Secara visual model Pentahelix yang digunakan sebagai pendekatan dalam strategi PARC-19 terlihat sebagai berikut.

Pada model Pentahelix PARC-19 ini, sumber pengetahuan bergerak melalui sirkulasi pengetahuan dari satu unsur helix ke helix lain dengan IAKMI sebagai katalisator. Proses sirkulasi pengetahuan dari satu helix ke helix lain memberi pema-



Gambar.26: Model visual model Pentahelix yang digunakan sebagai pendekatan dalam strategi PARC-19

haman bahwa pengetahuan memiliki kualitas input dan output. Jika masukan pengetahuan dimasukkan ke dalam salah satu dari lima helix, maka terjadilah produksi pengetahuan. Proses produksi pengetahuan ini bersamaan dengan pertukaran pengetahuan awal dan menghasilkan pengetahuan baru sebagai keluaran. Pengetahuan awal merupakan input dalam proses produksi pengetahuan baru sebagai output. Hal ini dapat berulang secara terus-menerus sampai terjadi perubahan perilaku pada masyarakat.

Secara operasional relasi antar helix dalam mencapai tujuan PARC-19 di basis desa/kelurahan dapat dilihat pada tabel berikut.

	IAKMI (Katalisator)	PEMDA (Dinkes/ PKM, Desa)	Dunia Usaha	Masy Sipil / Inst. Adat	Media Massa
Edukasi PHBS & Kesling					
Physical Distancing					
Perawatan di Rumah					
Surveilans Covid-19					
Mitigasi Dampak Sos-Ekon					

## Referensi

- Carayannis E. G., Barth T. D. and Campbell D. F. J. (2012), The Quintuple Helix innovation model: global warming as a challenge and driver for innovation, *Journal of Innovation and Entrepreneurship* 2012, 1:2.
- Carayannis E. G. and Campbell D. F. J. (2006), Mode 3: meaning and implications from a knowledge systems perspective, in *Knowledge Creation, Diffusion, and Use in Innovation Networks and Knowledge Clusters*, (pp. 1–25), Westport, CN: Praeger.
- Carayannis E. G. and Campbell D. F. J. (2009), Mode 3 and ‘Quadruple Helix’: toward a 21st century fractal innovation ecosystem, *International Journal of Technology Management*, 46 (3), 201-234.
- Carayannis E. G. and Campbell D. F. J. (2010), Triple Helix, Quadruple Helix and Quintuple Helix and how do knowledge, innovation and the environment relate to each other? A proposed framework for a trans- disciplinary analysis of sustainable development and sosial ecology, *International Journal of Sosial Ecology and Sustainable Development* 2010, 1(1):41–69.
- Carayannis E.G. and Campbell D.F.J. (2012), Mode 3 Knowledge Production 1 in Quadruple Helix Innovation Systems.
- Carayannis E.G. and Rakhmatullin R. (2014), The Quadruple/Quintuple Innovation Helixes and Smart Specialisation Strategies for Sustainable and Inclusive Growth in Europe and Beyond, *Journal of the Knowledge Economy*, DOI

10.1007/s13132-014-0185-8 Springer Science and Business Media, New York, 2014.

- Delaporte, F., (1986), *Disease and Civilisation: The Cholera un Paris 1832*, MA: MIT Press, Cambridge
- Etzkowitz H. and Klofsten M. (2005), The innovating region: Toward a theory of knowledge-based regional development, *R&D Management*, Vol. 35, Issue 3, pp. 243–255.
- Etzkowitz H. and Leydesdorff L. (1995), The Triple Helix. University-Industry-Government Relations: A Laboratory for Knowledge-Based Economic Development, *EASST Review* 14, 14-19.
- Etzkowitz H. and Ranga M. (2010), A Triple Helix System for Knowledge-based Regional Development: From Spheres to Spaces.
- Etzkowitz H., Ranga M., Benner M., Guarany L., Maculan A. M. and Kneller R. (2008), Pathways to the entrepreneurial university: towards a global convergence, *Science and Public Policy*, 35(9), November 2008, pages 681–695.
- Etzkowitz H., Webster A., Gebhardt C. and Cantisano Terra B.R. (2000), The future of the university and the university of the future: evolution of ivory tower to entrepreneurial paradigm, *Research Policy*, Volume 29, Issue 2, February 2000, Pages 313–330.
- Gibbons M., Limoges C., Nowotny H., Schwartzman S., Seot P. and Trow M. (1994), *The new production of knowledge - The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, SAGE Publications London.
- Halibas, A. S., Sibayan, R. O., Lyn, R., & Maata, R. (2017). The Pentahelix Model of Innovation in Oman: An HEI Perspective, (May). *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*, 12, 159–174
- Hamzens, M. Farid, (2013), *Tuberkulosis Paru; Kajian Antropologi Tentang Penyakit*, Universitas Indonesia.
- Viale R. and Ghiglione B. (1998), *The Triple Helix model: a Tool for the Study of European Regional Socio Economic Systems*, Fondazione Rosselli.
- Woo Park H. (2014), Transition from the Triple Helix to N-Tuple Helices? An interview with Elias G. Carayannis and David F. J. Campbell, *Scientometrics* (2014) 99:203–207, DOI 10.1007/s11192-013-1124-3.
- Yawson R. M. (2009), *The Ecological System of Innovation: A New Architectural Framework for a Functional Evidence-Based Platform for Science and*

Innovation Policy, The Future of Innovation Proceedings of the XXIV  
ISPIM 2009 Conference, Vienna, Austria, June 21–24, 2009.

## BAGIAN 7

# Peran Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanggulangan COVID-19 Melalui PARC-19

*Muhamad Taufik Sasmita, S.K.M*

Mahasiswa Pascasarjana Epidemiologi Universitas Diponegoro,  
Anggota IAKMI DKI Jakarta, Penulis buku Nafas Cendekiawan Muslim.

Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus penyebab COVID-19 ini dinamakan Sars-CoV-2. Virus corona adalah zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Corona virus adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai dari gejala ringan sampai berat. Ada setidaknya dua jenis corona virus yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (civet cats) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia. Adapun, hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. (Kementerian Kesehatan, 2020, p. 11)

Tanda dan gejala umum infeksi COVID-19 antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari. Pada kasus COVID-19 yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian. Tanda-tanda dan gejala klinis yang dilaporkan pada sebagian besar kasus adalah demam, dengan beberapa kasus mengalami kesulitan bernapas, dan hasil rontgen menunjukkan infiltrat pneumonia luas di kedua paru. (Kementerian Kesehatan, 2020, p. 11)

Saat ini, COVID-19 menjadi hal yang menakutkan bagi seluruh manusia. COVID-19 telah menewaskan ratusan ribu orang dan telah menginfeksi jutaan

orang di seluruh dunia. Menurut data yang dikutip dari Center for Systems Science and Engineering (CSSE) of Johns Hopkins University, yang diunduh pada tanggal 25 Agustus 2020 Pukul 16.00 WIB menyatakan, bahwa terdapat 23.666.460 kasus orang yang terinfeksi COVID-19 di seluruh dunia (188 negara), dan total kematian di seluruh dunia mencapai 813.418 kasus. Artinya, 3,4 % orang yang mati karena COVID-19. Sedangkan di Indonesia, orang yang terinfeksi COVID-19 saat ini sebanyak 155.412 kasus positif, dengan 6.759 kasus kematian. Artinya, kurang lebih 4,3 % orang Indonesia mati karena COVID-19. Dan saat ini, Indonesia berada di posisi 23 terbanyak kasus COVID-19 se-dunia. Selain itu, angka kematian di Indonesia melebihi angka kematian di dunia.

Wabah atau pandemi COVID-19 berkaitan erat dengan perilaku manusia dalam sehari-hari, seperti kebiasaan mencuci tangan, memakai masker di kala sakit, olahraga, makan makanan yang bergizi seimbang, dan sebagainya. Beberapa tahun belakangan, pemerintah selalu mendorong agar masyarakat menerapkan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). Namun, jika dilihat secara langsung di lapangan, masyarakat masih banyak yang tidak menerapkan itu semua. Contohnya adalah mencuci tangan. Kita sering melihat atau mendapati, ketika memakan makanan di sebuah restoran atau tempat makan, kita disiapkan wadah (kobokan) untuk mencuci tangan. Padahal seharusnya adalah mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir. Bukan hanya dengan wadah (kobokan) saja.

Pandemi COVID-19 sebenarnya dapat dicegah dengan mudah, hanya melalui Program 3M (Memakai masker, Mencuci tangan, dan Menjaga jarak). Namun pada kenyataan di lapangan, angka kasus pandemi COVID-19 malah semakin meningkat. Bukannya melandai. Beberapa hal yang menyebabkan kasus pandemi COVID-19 semakin meningkat, yaitu:

1. Masyarakat ketika disuruh berdiam dirumah, beribadah dirumah, tidak mau patuh dengan peraturan tersebut. Dengan alasan bahwa kematian ada ditangan Allah. Jadi, masih banyak kita temukan di lapangan masyarakat yang masih beribadah ke masjid, bahkan mengadakan pengajian dan tahlilan dengan berkumpul dan tidak menggunakan masker.

2. Masyarakat masih banyak yang keluar rumah dengan tidak memakai masker. Dengan alasan, gerah, tidak nyaman, dan pengap. Padahal hal itu mudah dilakukan, namun masyarakat masih sulit sekali untuk patuh terhadap aturan tersebut.
3. Masyarakat masih banyak yang jarang mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Seperti contoh yang telah dipaparkan di atas, masih banyak restoran atau tempat makan yang belum memperhatikan “pentingnya cuci tangan dengan sabun dan air mengalir”. Bukan hanya saat pandemi COVID-19 aja, namun dalam sehari-hari sebelum, saat dan pasca pandemi COVID-19 juga harus dilakukan hal tersebut. Agar masyarakat tidak terinfeksi virus atau bakteri yang lain.

Dari permasalahan tersebut, kita dapat menarik kesimpulan, bahwa dalam menanggulangi wabah atau pandemi COVID-19, perlunya kerjasama antara pemerintah, swasta, perguruan tinggi, dan masyarakat. Pemerintah, swasta, dan perguruan tinggi dapat bekerjasama dalam menemukan obat atau vaksin. Masyarakat dapat bekerjasama untuk saling membantu, saling melengkapi, saling mengingatkan dalam kebaikan selama pandemi ini berlangsung. Misalnya, ketika ada warga yang tidak pakai masker saat keluar rumah, diingatkan agar memakai masker. Selain itu, sangat diperlukan juga dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat untuk merubah perilaku seseorang dalam mencegah dan menanggulangi COVID-19.

#### Teori-teori Tentang Perilaku

Sebelum kita bahas lebih jauh, mengenai peran Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan COVID-19 di Indonesia, ada baiknya kita bahas mengenai perubahan perilaku dan strategi untuk merubah perilaku.

Perilaku, jika ditinjau dari aspek biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Menurut Lawrence Green (seorang spesialis Amerika dalam pendidikan kesehatan masyarakat), faktor perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama:

- a). Faktor-faktor predisposisi, yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau memprediksi terjadinya perilaku seseorang, antara lain



pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya.

- b). Faktor-faktor pemungkin, adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.
- c). Faktor-faktor penguat, adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Yang dimaksud dengan faktor penguat adalah sikap dan perilaku petugas dan Tokoh Masyarakat atau Tokoh Agama. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. (Notoatmodjo, 2011, p. 110)

Selain Lawrence Green, Lewin dalam teorinya yaitu Teori Medan (Field Theory) mengatakan, bahwa setiap orang mempunyai ruang hidup (life space) tertentu yang merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu. Faktor dalam ruang hidup seseorang terdiri atas unsur internal (person = P) dan unsur lingkungan (psychological environment = E). Teori berasumsi bahwa perilaku individu dibentuk oleh kondisi dalam diri serta dukungan lingkungan. (Rismalinda, 2017, p. 6)

Menurut Kar dalam teorinya, dia menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari niat seseorang untuk bertindak yang berhubungan dengan kesehatan (behavioral intention), dukungan sosial dari masyarakat sekitar (social support), ada atau tidaknya informasi mengenai kesehatan maupun fasilitas kesehatan (accessibility of information), otonomi pribadi orang yang berperilaku atau mengambil tindakan maupun keputusan (personal autonomy) dan situasi yang bisa memungkinkan seseorang untuk bertindak (action situation). (Sasmita, 2019, p. 22)

Proses pembentukan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri, antara lain:

1. Persepsi; Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya.

2. Motivasi; Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu.
3. Emosi; Perilaku juga dapat timbul karena emosi. Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani, sedangkan keadaan jasmani merupakan hasil keturunan (bawaan). Manusia dalam mencapai kedewasaan semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan.
4. Belajar; Belajar diartikan sebagai suatu pembentukan perilaku dihasilkan dari praktik-praktik dalam lingkungan kehidupan. (Rismalinda, 2017, p. 9)

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (perilaku). Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng, daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers mengungkapkan, bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yang disebut AIETA, yaitu:

- a). Awareness (kesadaran), di mana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui dahulu terhadap stimulus (objek).
- b). Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai timbul.
- c). Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut baginya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d). Trial, di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e). Adoption, di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. (Notoatmodjo, 2011, p. 107)

Bentuk-bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Ada tiga bentuk perubahan perilaku, yaitu:

1. Perubahan alamiah (natural change); Perilaku manusia selalu berubah, dimana sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.
2. Perubahan terencana (planned change); Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.
3. Kesiediaan untuk berubah (readiness to change); Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Tetapi sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan karena pada setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (readiness to change). (Notoatmodjo, 2011, p. 165)

Dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut, menurut WHO dibagi menjadi tiga, yakni:

1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan pada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh, misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/pe-rundang-undangan atau intimidasi yang harus dipatuhi oleh masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama, karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum berdasarkan kesadaran sendiri.

2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara-cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat ten-

tang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

### 3. Diskusi dan partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua. Dimana dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian, maka pengetahuan-pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka, diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang akan mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. (Notoatmodjo, 2011, p. 167)

Dari beberapa teori di atas menunjukkan bahwa perubahan perilaku dapat dilakukan dengan adanya dukungan dari lingkungan sekitar, yaitu Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat, serta didukung juga oleh lintas sektoral lainnya.

## 7.1 Peran Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat

Peran merupakan sesuatu yang melekat pada kedudukan manusia sebagai makhluk sosial, dan diharapkan menjalankan perannya sesuai dengan tuntutan pada kedudukannya tersebut. (Rosidin et al., 2020, p. 44) Di masyarakat, setiap individu memiliki peran sosialnya masing-masing. Peran Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat menjadi penting di kala pandemi COVID-19 melanda.

### 1. Tokoh Agama

Di kala pandemi COVID-19 seperti ini, kehadiran tokoh agama sangat diperlukan dalam mensosialisasikan pentingnya membiasakan pola hidup

bersih dan sehat. Sebagai contoh di Desa Tawiri Kecamatan Teluk Ambon Kota Ambon, tokoh agama mempunyai peran yang sangat penting untuk mensosialisasikan kebiasaan menggunakan jamban keluarga, terutama di gereja-gereja maupun secara langsung terjun di masyarakat. Kota Ambon khususnya, menganut budaya patriarki, dimana masyarakat selalu melihat tokoh yang akan jadi panutannya. Apa yang dikatakan tokoh yang bersangkutan, pasti akan diikuti oleh masyarakat di lingkungannya. Oleh karena itu, peran Tokoh Agama sangat penting dalam pemberian informasi kesehatan kepada masyarakat, agar terciptanya masyarakat yang sehat, apalagi dikala pandemi seperti ini. (Horhoruw et al., 2016, p. 231)

## 2. Tokoh Masyarakat

Tidak kalah penting juga, peran Tokoh Masyarakat di kala pandemi COVID-19 sangat berarti. Kedudukan Tokoh Masyarakat, diperoleh individu karena pengetahuannya, kebijaksanaan budi pekertinya, dan kesuksesannya dalam menjalani kehidupan di masyarakat. Kebijaksanaan dan pengetahuan yang dimiliki Tokoh Masyarakat biasanya menjadi panutan bagi orang-orang yang sesuai dengan bidangnya masing-masing. Oleh karena aktivitas, kecakapan dan sifat-sifat yang dimilikinya, maka Tokoh Masyarakat merupakan orang yang dihormati dan disegani.

Peran Tokoh Masyarakat antara lain adalah sebagai pengendali sosial, penjaga dan penegak nilai-nilai dan norma-norma yang berlaku di masyarakat. Selain itu, Tokoh Masyarakat juga berperan dalam memecahkan berbagai permasalahan yang terjadi. Tokoh Masyarakat mempunyai kewajiban untuk memberikan dukungan, bimbingan, motivasi serta pengarahan pada masyarakatnya. (Rosidin et al., 2020, p. 44)

Di Desa Kenongo ada Program Desa Siaga dimana program tersebut mendapat dukungan sosial dari Tokoh Masyarakat. Dukungan sosial melalui Tokoh Masyarakat pada dasarnya adalah mensosialisasikan program kesehatan, agar masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi. Keberhasilan terbentuknya Program Desa Siaga di Desa Kenongo karena terdapat dukungan sosial Tokoh Masyarakat

dalam memotivasi masyarakat untuk berpartisipasi dan berperan aktif dalam membangun Desa Siaga. Hal ini bisa menjadi contoh dan dapat diterapkan di berbagai daerah lainnya untuk dapat berhasil dalam membangun Desa Siaga. Dukungan Tokoh Masyarakat adalah dukungan yang diperoleh dari hubungan interpersonal yang mengacu pada kesenangan, ketenangan, bantuan manfaat, yang berupa informasi verbal yang diterima seseorang atau masyarakat dari Tokoh Masyarakat yang membawa efek perilaku. (Akbar et al., 2015, p. 523)

## **7.2 Peran Pemerintahan Kelurahan/Desa, RT-RW dan Kader Kesehatan**

Selain Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat, Pemerintah juga harus ikut berperan aktif dalam pencegahan dan penanggulangan COVID-19. Pemerintahan tingkat Kelurahan/Desa sesuai kewenangannya diharapkan mampu untuk melakukan upaya penanggulangan COVID-19 melalui:

- a). Melakukan penyampaian informasi pencegahan dan penanggulangan COVID-19 kepada seluruh penduduk dengan mempergunakan berbagai saluran komunikasi yang tersedia di wilayah kelurahan/desa masing-masing.
- b). Memfasilitasi dan mendorong Para Ketua RT-RW, Kader Kesehatan, dan Lembaga Sosial Berbasis Masyarakat untuk aktif melakukan berbagai upaya pencegahan penularan COVID-19.
- c). Mendorong kesiapan dan partisipasi masyarakat untuk melakukan upaya kebersihan personal dan kebersihan rumah sebagai bagian dari perwujudan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- d). Mendorong dan mengawasi masyarakat dalam melaksanakan pembatasan kontak fisik pada berbagai sarana yang ada seperti di tempat-tempat keramaian, pasar lokal/desa, tempat ibadah, sarana olahraga, dan sarana rekreasi.
- e). Memanfaatkan Anggaran Dana Desa/Kelurahan untuk memberikan dukungan yang kepada masyarakat yang terdampak COVID-19 baik sebagai penderita maupun akibat sosial ekonomi lainnya.
- f). Melaporkan kepada Pemerintah Daerah terkait hal-hal yang dipan-

dang perlu apabila ada hal-hal yang dianggap berpotensi meningkatkan penularan COVID-19.

Ketua RT-RW dan Kader Kesehatan diharapkan dapat:

- a). Melakukan penyampaian informasi pencegahan dan penanggulangan COVID-19 kepada seluruh penduduk dengan mempergunakan berbagai saluran komunikasi yang tersedia di wilayah RT-RW masing-masing.
- b). Mendorong kesiapan dan partisipasi masyarakat untuk melakukan upaya kebersihan personal dan kebersihan rumah sebagai bagian dari perwujudan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- c). Mendorong partisipasi masyarakat dalam melaksanakan pembatasan kontak fisik sebagai upaya nyata pencegahan penularan COVID-19. (BNPB, 2020, pp. 17–18)

### 7.3 Peran Organisasi Sosial dan Kemasyarakatan

Di dalam suatu masyarakat, ada organisasi atau perkumpulan, yang mana tidak hanya orang tua, anak muda pun terkadang terlibat di dalamnya. Organisasi sosial dan kemasyarakatan mempunyai peran juga dalam pencegahan dan penanggulangan pandemic COVID-19, antara lain:

1. Membantu dalam edukasi masyarakat dapat menyediakan berbagai tools edukasi yang sesuai dengan karakteristik atau segmen masyarakat.
2. Membantu pembangunan lumbung pangan atau bantuan bahan makanan di wilayah-wilayah rawan atau zona merah, yaitu dengan temuan kasus COVID-19 positif dan memiliki populasi kelompok rentan yang tinggi.
3. Berpartisipasi mendukung kebijakan PEMDA setempat.
4. Mendukung upaya penyediaan logistik-logistik yang dibutuhkan masyarakat maupun tenaga kesehatan.
5. Mengedukasi dan mendukung masyarakat umum agar ikut berperan aktif menyediakan kebutuhan-kebutuhan kelompok rentan dan masyarakat marginal.

6. Untuk organisasi keagamaan dapat membantu dalam:
  - i. Merumuskan muatan edukasi COVID-19 berbasis agama.
  - ii. Mendorong para tokohnya untuk turut serta memberikan edukasi kepada masyarakat terkait penanggulangan COVID-19.
7. Selain poin-poin di atas, organisasi profesi dapat membantu dalam:
  - i. Menyediakan saluran komunikasi bagi masyarakat yang ingin berkonsultasi secara online.
  - ii. Memberikan dukungan dan edukasi kepada masyarakat supaya masyarakat mampu melewati masa kegawatdaruratan COVID-19 ini dengan tenang dan tepat. (BNPB, 2020, pp. 18–19)

Dalam pandemi COVID-19 ini, pencegahan menjadi hal yang utama agar virus ini tidak menyebar lebih luas lagi. Pencegahan menurut Kementerian Kesehatan ada dua level, yaitu level individu dan level masyarakat. Pencegahan ini dapat disosialisasikan melalui Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat, dengan bertujuan agar masyarakat taat dalam mematuhi.

Pencegahan Level Individu terdiri dari:

1. Upaya Kebersihan Personal dan Rumah

Terdapat beberapa prinsip yang perlu diikuti untuk membantu mencegah persebaran virus, yaitu menjaga kebersihan diri/personal dan rumah dengan cara:

- a). Mencuci tangan lebih sering dengan sabun dan air setidaknya 20 detik atau menggunakan hand sanitizer, serta mandi atau mencuci muka jika memungkinkan, sesampainya rumah atau di tempat bekerja, setelah membersihkan kotoran hidung, batuk atau bersin dan ketika makan atau mengantarkan makanan.
- b). Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
- c). Jangan berjabat tangan.
- d). Hindari interaksi fisik dekat dengan orang yang memiliki gejala sakit.



- e). Tutupi mulut saat batuk dan bersin dengan lengan atas dan ketiak atau dengan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan.
  - f). Segera mengganti baju/mandi sesampainya di rumah setelah berpergian.
  - g). Bersihkan dan berikan desinfektan secara berkala pada benda-benda yang sering disentuh dan pada permukaan rumah dan perabot (meja, kursi, dan lain-lain), gagang pintu, dan lain-lain.
2. Peningkatan Imunitas Diri dan Mengendalikan Komorbid

Dalam melawan penyakit COVID-19, menjaga sistem imunitas diri merupakan hal yang penting, terutama untuk mengendalikan penyakit penyerta (komorbid). Terdapat beberapa hal yang dapat meningkatkan imunitas diri pada orang yang terpapar COVID-19, yaitu sebagai berikut:

- a). Konsumsi gizi seimbang.
- b). Aktivitas fisik/senam ringan.
- c). Istirahat cukup.
- d). Suplemen vitamin.
- e). Tidak merokok.
- f). Mengendalikan komorbid (misal: diabetes mellitus, hipertensi, kanker). (BNPB, 2020, p. 11)

Pencegahan Level Masyarakat terdiri dari:

1. Pembatasan Interaksi Fisik (Physical contact/physical distancing)
- a). Tidak berdekatan atau berkumpul di keramaian atau tempat-tempat umum, jika terpaksa berada di tempat umum gunakanlah masker.
  - b). Tidak menyelenggarakan kegiatan/pertemuan yang melibatkan banyak peserta (mass gathering).
  - c). Hindari melakukan perjalanan baik ke luar kota atau luar negeri.
  - d). Hindari bepergian ke tempat-tempat wisata.
  - e). Mengurangi berkunjung ke rumah kerabat/teman/saudara dan men-

gurangi menerima kunjungan/tamu.

- f). Mengurangi frekuensi belanja dan pergi berbelanja. Saat benar-benar butuh, usahakan bukan pada jam ramai.
  - g). Menerapkan Work From Home (WFH)
  - h). Jaga jarak dengan orang lain minimal 1 meter (saat mengantri, duduk di bus/kereta).
  - i). Untuk sementara waktu, anak sebaiknya bermain sendiri di rumah.
  - j). Untuk sementara waktu, dapat melaksanakan ibadah di rumah.
2. Menerapkan Etika Batuk dan Bersin
- a). Jika terpaksa harus bepergian, saat batuk dan bersin gunakan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan.
  - b). Jika tidak ada tisu, saat batuk dan bersin tutupi dengan lengan atas dan ketiak.
3. Jaga Jarak Fisik dan Pembatasan Sosial (Physical and Social Distancing)

Pembatasan sosial adalah pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah. Pembatasan sosial ini dilakukan oleh semua orang di wilayah yang diduga terinfeksi penyakit. Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) bertujuan untuk mencegah meluasnya penyebaran penyakit di wilayah tertentu. PSBB paling sedikit meliputi: meliburkan sekolah dan tempat kerja; pembatasan kegiatan keagamaan; dan/atau pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Selain itu, pembatasan sosial juga dilakukan dengan meminta masyarakat untuk mengurangi interaksi sosialnya dengan tetap tinggal di dalam rumah, maupun pembatasan penggunaan transportasi publik.

Pembatasan sosial dalam hal ini adalah jaga jarak fisik (physical distancing), yang dapat dilakukan dengan cara:

- a). Dilarang berdekatan atau kontak fisik dengan orang mengatur jarak terdekat sekitar 1-2 meter, tidak bersalaman, tidak berpelukan dan berciuman.

- b). Hindari penggunaan transportasi publik (seperti kereta, bus, dan angkot) yang tidak perlu, sebisa mungkin hindari jam sibuk ketika berpergian.
  - c). Bekerja dari rumah, jika memungkinkan dan kantor memberlakukan ini.
  - d). Dilarang berkumpul massal di kerumunan dan fasilitas umum.
  - e). Hindari berkumpul teman dan keluarga, termasuk berkunjung/bersilaturahmi tatap muka dan menunda kegiatan bersama. Hubungi mereka dengan telepon, internet, dan media sosial.
  - f). Gunakan telepon atau layanan online untuk menghubungi dokter atau fasilitas lainnya.
  - g). Jika anda sakit, dilarang mengunjungi orang tua/lanjut usia. Jika anda tinggal satu rumah dengan mereka, maka hindari interaksi langsung dengan mereka.
4. Usaha Perlindungan Diri di Sarana Publik; Beberapa usaha perlindungan diri di sarana publik, yaitu:
- a). Transportasi publik:
    - i. Menjaga kebersihan dan melakukan desinfeksi.
    - ii. Duduk berjarak minimal 1 meter.
  - b). Institusi pendidikan:
    - i. Menjaga kebersihan dan melakukan desinfeksi.
    - ii. Tidak berkegiatan fisik saat belajar mengajar – berganti menjadi daring.
  - c). Pusat kegiatan keagamaan:
    - i. Menjaga kebersihan dan melakukan desinfeksi.
    - ii. Tidak berkegiatan keagamaan secara fisik – berganti menjadi daring.
  - d). Pusat perbelanjaan:
    - i. Skrining pengunjung,
    - ii. Hindari berkegiatan secara fisik selama melakukan perbelanjaan.

- iii. Menyediakan tempat cuci tangan dengan air dan sabun atau hand sanitizer.
- iv. Menjaga kebersihan dan melakukan disinfeksi pada tempat-tempat yang mudah dijangkau tangan seperti pegangan tangga, tombol lift, mesin ATM, meja restoran dan lain-lain. (BNPB, 2020, pp. 12–15)

Semua orang diharapkan untuk dapat mengikuti langkah-langkah pencegahan yang disarankan oleh Kementerian Kesehatan dengan ketat dan membatasi tatap muka dengan teman dan keluarga, khususnya bagi lansia (berusia 60 tahun keatas), ibu hamil, orang yang memiliki penyakit komorbid (penyakit penyerta) seperti: diabetes melitus, hipertensi, kanker, asma, Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK), dan lain sebagainya. Agar masyarakat dapat hidup sehat dan produktif selama pandemi ini berlangsung.

## **7.4 Karantina Kesehatan**

Sesuai dengan Undang-undang No. 6 tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, untuk mengurangi penyebaran suatu wabah perlu dilakukan Karantina Kesehatan, termasuk Karantina Rumah, Pembatasan Sosial, Karantina Rumah Sakit, dan Karantina Wilayah. Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat harus bekerjasama dalam membuat kebijakan karantina, sesuai dengan perkembangan penyebaran kasus di wilayah masing-masing.

### **7.4.1. Karantina Rumah**

Karantina rumah adalah upaya pembatasan penghuni dalam suatu rumah beserta isinya yang diduga terinfeksi penyakit dan/atau terkontaminasi untuk mencegah penyebaran penyakit atau kontaminasi. Masyarakat lain di luar rumah tersebut harus menghindari berinteraksi langsung dengan penghuni rumah atau tidak boleh menggunakan/ bersentuhan dengan barang yang belum didisinfeksi.

Apabila masyarakat menjalani karantina rumah, maka harus berkomu-

nikasi melalui telpon dengan keluarga di luar rumah tersebut secara periodik, dan meminta dukungan apabila memerlukan bantuan. Karantina rumah dilakukan melalui isolasi diri.

#### **7.4.2. Isolasi diri**

Isolasi diri dilakukan dengan memantau kondisi kesehatan diri sendiri dengan menghindari kemungkinan penularan dengan orang-orang sekitar termasuk keluarga, melaporkan kepada fasyankes terdekat kondisi kesehatannya. Yang dilakukan saat isolasi diri:

- a). Tinggal di rumah dan tidak boleh berinteraksi dengan masyarakat.
- b). Menggunakan kamar terpisah dari anggota keluarga lain.
- c). Jika memungkinkan jaga jarak setidaknya 1 meter dari anggota keluarga lain.
- d). Menggunakan masker selama isolasi diri.
- e). Melakukan pengukuran suhu harian dan observasi gejala klinis.
- f). Hindari pemakaian bersama peralatan makan, peralatan mandi dan linen/sprei.
- g). Terapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- h). Berada di ruang terbuka dan berjemur di bawah sinar matahari setiap pagi.
- i). Jaga kebersihan dengan cairan disinfektan.
- j). Hubungi segera fasyankes jika mengalami perburukan gejala untuk perawatan lebih lanjut.

#### **7.4.3. Karantina Fasilitas Khusus**

Karantina fasilitas khusus adalah karantina yang dilakukan di fasilitas khusus yang disediakan oleh otoritas yang berwenang dan didasarkan kepada orang yang memiliki gejala dan riwayat kontak dengan seseorang yang hasil tesnya positif.

Yang dimaksud dengan Karantina Fasilitas Khusus (KFK) sebagai berikut:

- a). Karantina dilakukan di Fasilitas yang dikelola pihak berwenang sep-

- erti : Wisma, Hotel, Asrama Haji dan lain-lain yang difungsikan sebagai Rumah Sakit Darurat COVID-19.
- b). Diawasi oleh Kementerian/Lembaga, Pemerintah Daerah setempat yang dapat terdiri dari Dinkes, Puskesmas, Rumah Sakit, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, TNI/Polri dan lain-lain.
  - c). Pembiayaan oleh pemerintah dan sumber lain yang sah,
  - d). Penanggung jawab: Kementerian/Lembaga/Gubernur/Walikota/Bupati
  - e). Karantina Rumah Sakit; Karantina rumah sakit adalah pembatasan seseorang dalam rumah sakit yang diduga terinfeksi penyakit dan/atau terkontaminasi sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan penyebaran penyakit atau kontaminasi.
  - f). Karantina Wilayah; Karantina wilayah adalah pembatasan penduduk dalam suatu wilayah termasuk wilayah Pintu Masuk beserta isinya yang diduga terinfeksi penyakit dan/atau terkontaminasi untuk mencegah kemungkinan penyebaran penyakit atau kontaminasi. Diharapkan bagi pemimpin di wilayah (RT, RW, Lurah, Camat, Walikota serta Bupati) yang bukan merupakan wilayah episenter, harus menjelaskan kepada masyarakatnya agar tidak memasuki daerah episenter. (BNPB, 2020, pp. 25–26)

## **7.5 Strategi PARC-19**

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia atau yang kita kenal dengan IAKMI, di kala pandemi saat ini memberikan solusi yang diberi nama PARC-19 (Perang Akar Rumput COVID-19). PARC-19 merupakan strategi perang total yang melibatkan semua elemen masyarakat untuk memastikan masyarakat itu sendiri tetap sehat dan dapat bertahan hidup dalam situasi pandemi COVID-19. PARC-19 membangun kesadaran kritis dan kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan, dengan merujuk pada beberapa pedoman penanggulangan COVID-19 yang sudah ada (Kemenkes, Pemprov, Kemendes). PARC-19 mendorong masyarakat membentuk dan menjalankan RW siaga COVID-19 sesuai protokol kesehatan dan

semangat gotong-royong untuk mencegah penyebaran pandemi COVID-19 di masyarakat.

Kegiatan utama PARC-19 adalah :

1. Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Sanitasi Lingkungan,

Edukasi PHBS ditujukan agar masyarakat memiliki pemahaman dan kesadaran kritis tentang COVID-19 dan memastikan masyarakat menerapkan protokol kesehatan. Kegiatan edukasi yang dilakukan adalah penyampaian informasi tentang COVID-19, termasuk pencegahan, pengobatan, dan perawatan kepada Kader Kesehatan dan PKK, dan juga Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dengan media massa (speaker Masjid) dan media sosial (whatsapp group).

Sedangkan kegiatan sanitasi lingkungan terutama ditujukan untuk memusnahkan sumber atau media penyebaran COVID-19 di lingkungan sekitar dengan melakukan penyemprotan disinfektan, menjaga kebersihan rumah, dan lingkungan sekitar (termasuk penyediaan tempat cuci tangan dan tempat sampah tertutup), dan disertai pemantauan secara rutin agar tidak timbul kasus baru.

2. Pelaksanaan Social/Physical Distancing

Penerapan social/physical distancing (termasuk tetap tinggal di rumah, bekerja dari rumah, belajar di rumah), membatasi pergi keluar rumah dan berkunjung ke rumah kerabat/teman/saudara, tidak pergi berkumpul di keramaian (nonton konser, bioskop, kajian-kajian umum), menghindari kerumunan massa di tempat umum dan transportasi publik.

3. Surveilans COVID-19

Kegiatan Surveilans COVID-19 terdiri dari:

- a). Pendataan seluruh warga
- b). Deteksi dini dengan melakukan identifikasi warga yang memiliki risiko tinggi terinfeksi COVID-19, yaitu warga yang memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri atau luar daerah dalam 1-14 hari terakhir, warga yang memiliki anggota keluarga yang memiliki geja-

la-gejala COVID-19 dan tinggal serumah, dan merujuk mereka ke RS rujukan untuk melakukan pemeriksaan.

c). Melakukan tracing dan tracking kepada warga yang pernah berinteraksi dengan orang yang terinfeksi COVID-19.

#### 4. Perawatan di Rumah,

Jika ada warga yang memiliki gejala flu ringan dan tidak ada sesak nafas atau kesulitan bernafas, tidak ada penyakit penyerta (hipertensi, diabetes, penyakit jantung, gangguan ginjal), daya tahan tubuh yang rendah, Tim RW Siaga COVID-19 memberikan dukungan kepada warga tersebut untuk melakukan isolasi diri selama 14 hari atau menjalani perawatan di rumah (home-based care).

#### 5. Mitigasi Dampak Sosial Ekonomi

Masyarakat bergotong-royong dan menggalang sumber daya (dana, tenaga, fasilitas) untuk memberikan dukungan sosial ekonomi bagi warga yang terdampak COVID-19. Kegiatan ini dapat berupa dukungan ekonomi bagi warga yang membutuhkan, dukungan psikososial bagi warga yang terinfeksi dan keluarganya (termasuk menghindari stigma dan diskriminasi), pengurusan jenazah dan pemakaman warga yang terinfeksi. Kegiatan ini dilakukan oleh Tim RW Siaga COVID-19 dan berkoordinasi dengan aparat Kelurahan dan Dinas terkait (Dinas Sosial, Kanwil Kementerian Agama), MUI, organisasi keagamaan, organisasi kemasyarakatan, LSM, dan Dunia Usaha. (Baequni Boerman, 2020, pp. 1-6)

Dalam menerapkan strategi PARC-19 di atas, banyak cara untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan, baik itu melalui alat bantu, media, dan sebagainya. Macam-macam alat bantu pendidikan, yaitu:

##### a). Alat bantu lihat (visual aids)

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada dua bentuk:

i. Alat yang diproyeksikan, misalnya: slide, film, film strip, dan sebagainya.

ii. Alat-alat yang tidak diproyeksikan:



- (a) Dua dimensi, gambar peta, bagan, dan sebagainya.
  - (b) Tiga dimensi, misal: bola dunia, boneka, dan sebagainya.
- b). Alat bantu dengar (audio aids); Alat ini dapat membantu menstimulasi indra pendengaran, pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran. Misalnya: piringan hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.
- c). Alat bantu lihat-dengar; Alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan Audio Visual Aids (AVA). Seperti: televisi dan video cassette. (Notoatmodjo, 2011, pp. 128-129)

Di samping pembagian tersebut, alat peraga juga dibedakan menjadi 2 macam, menurut cara pembuatannya dan penggunaannya, antara lain:

- i. Alat peraga rumit; Alat peraga yang saat digunakan memerlukan listrik dan proyektor. Seperti: film, film stripe, slide, dan sebagainya.
- ii. Alat peraga sederhana; Alat peraga yang mudah dibuat sendiri, dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh, seperti: bambu, karton, kaleng bekas, kertas koran, dan sebagainya.

Beberapa contoh alat peraga yang sederhana yang dapat dipergunakan di berbagai tempat, misalnya:

- i. Di rumah tangga, seperti: leaflet, model buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti: buah-buahan, sayur-sayuran, dan sebagainya.
- ii. Di kantor-kantor dan sekolah-sekolah, seperti: papan tulis, flip-chart, poster, leaflet, buku cerita dan bergambar, kotak gambar gulung, boneka, dan sebagainya.
- iii. Di masyarakat umum, misalnya: poster, spanduk, leaflet, flannel graph, boneka wayang, dan sebagainya.

Ciri-ciri alat peraga kesehatan yang sederhana, antara lain:

- i. Mudah dibuat.
- ii. Bahan-bahannya dapat diperoleh dari bahan-bahan lokal.

- iii. Mencerminkan kebiasaan, kehidupan, dan kepercayaan setempat.
- iv. Ditulis (digambar) dengan sederhana.
- v. Bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat.
- vi. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat. (Notoatmodjo, 2011, p. 129)

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media dibagi menjadi 3, yakni:

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain:

- a). Booklet: ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b). Leaflet: ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi biasanya berupa kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- c). Flyer (selembaran): ialah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d). Flip chart (lembar balik): media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e). Rubrik: ialah tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f). Poster: ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau kendaraan umum.

2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sarana untuk menyampaikan pesan-pesan

atau informasi-informasi kesehatan dan jenisnya berbeda-beda, antara lain:

- a). Televisi: penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk: sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), sport, quiz atau cerdas cermat, dan sebagainya.
  - b). Radio: penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat berbentuk macam-macam antara lain: obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio SOPt, dan sebagainya.
  - c). Video: penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan yang dikemas dalam bentuk video.
  - d). Slide: dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.
  - e). Film strip: dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.
3. Media papan (bill board)

Papan (billboard) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus atau taksi). (Notoatmodjo, 2011, pp. 134-135)

## **7.6 Pemanfaatan Rumah Ibadah (Masjid) di Kala Pandemi COVID-19**

Masjid adalah tempat ibadah umat Muslim, seperti sholat, berdzikir, bersholaawat, dan majlis ta'lim. Tempat yang paling baik, mulia, aman dan nyaman.

Pada zaman Rasulullah SAW, Beliau membangun Masjid Nabawi di Madinah, atau yang dikenal dulu dengan nama Yatsrib. Masjid tidak hanya sebagai tempat ibadah saja, melainkan merupakan sekolah bagi orang-orang Muslim untuk menerima pengajaran Islam dan bimbingan-bimbingannya, sebagai balai pertemuan dan tempat mempersatukan berbagai unsur kekeablaan dan sisa-sisa pengaruh perselisihan semasa Jahiliyah, sebagai tempat untuk mengatur segala urusan, dan sekaligus gedung parlemen untuk bermusyawarah dan menjalankan roda pemerintahan.

Selain itu, Masjid juga berfungsi sebagai tempat tinggal orang-orang Muha-

jirin yang miskin, yang datang ke Madinah tanpa memiliki harta, tidak mempunyai kerabat, dan masih bujangan atau belum berkeluarga. Juga tak kalah penting, Masjid di masa Rasulullah SAW sebagai tempat mempersatukan manusia, yaitu mempersatukan antara orang-orang Muhajirin dan orang-orang Anshar. (Al-Mubarakfuri, 1997, pp. 210-211)

Nah, di masa pandemi COVID-19 seperti saat ini, kita tahu bahwasanya orang-orang diharapkan beribadah di rumah guna mencegah penyebaran kasus yang setiap harinya meningkat. Perlunya dukungan dari Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan COVID-19 di Indonesia saat ini, salah satunya melalui rumah ibadah (Masjid).

Di era teknologi seperti saat ini, Masjid mampu berperan dalam penanggulangan permasalahan pandemi. Kita tahu bahwa di setiap Desa atau RW memiliki Masjid/Mushola dan setiap hari dalam 5 waktu, kita mendengarkan kumandang adzan dengan menggunakan pengeras suara (speaker).

1. Masjid/Mushola dapat menjadi media pemberitahuan massa, yang mana setiap orang diharapkan mendapatkan pengetahuan atau pemahaman kesehatan melalui speaker Masjid/Mushola.

Pemberian informasi ini dilakukan setiap hari dan berkelanjutan, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat. Selanjutnya, pengetahuan tersebut akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan perilaku mereka berubah. Hasil atau perubahan perilaku ini memakan waktu yang lama, namun perubahannya bersifat menetap dan langgeng. Karena didasari pada kesadaran mereka sendiri, bukan karena paksaan.

2. Masjid/Mushola juga bisa dijadikan sebagai tempat (posko) kesehatan publik, dengan tetap menerapkan protokol kesehatan. Misalnya tempat untuk pertemuan (membahas perihal strategi penanggulangan pandemi di lingkungan) dan tempat istirahat para tenaga kesehatan dan tenaga medis yang melakukan pengecekan surveilans di lapangan.
3. Masjid/Mushola juga bisa dijadikan sebagai tempat pengumpulan dan penyaluran bantuan (donasi) dari masyarakat, oleh Masyarakat dan untuk

masyarakat. Dan untuk data masyarakat yang terdampak pandemi bisa didapatkan melalui Rukun Tetangga (RT) setempat.

Semua kegiatan yang telah dibahas di atas, perlu didukung penuh oleh Tokoh Masyarakat (RT, RW, Desa, Kelurahan) yang bekerjasama dengan Tokoh Agama (pengurus Masjid/Mushola). Sehingga, dengan kerjasama yang baik ini dapat menjadikan masyarakat lebih peduli terhadap kesehatannya dan dapat merubah perilaku mereka yang kurang baik menjadi lebih baik lagi. Serta pandemi COVID-19 dapat ditangani dengan baik.

Dengan adanya kegiatan tersebut, kita dapat memahami apa yang mesti dilakukan oleh masyarakat di setiap wilayah. Penulis berharap, dengan adanya dukungan dari Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat, serta kerjasama yang baik dengan lintas sektor, angka penularan atau penyebaran COVID-19 dapat dikendalikan. Dan diharapkan pula agar setiap masyarakat Desa atau Rukun Warga (RW) melakukan kegiatan ini.

## Referensi

- Akbar, M. A., Gani, H. A., & Istiaji, E. (2015). Dukungan Tokoh Masyarakat dalam Keberlangsungan Desa Siaga di Desa Kenongo Kecamatan Gucialit Kabupaten Lumajang ( Community Leaders ' Support in the Sustainability of Alert Village in Kenongo Village , Sub District of Gucialit , Lumajang Regency ). *Pustaka Kesehatan*, 3(3), 1–9.
- BNPB. (2020). Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Kesehatan Masyarakat Covid-19 di Indonesia. 23 Maret, 1–38. <http://www.covid19.go.id>
- Horhoruw, A., Widagdo, L., Maluku, P. K., Keperawatan, J., Promosi, M., Universitas, K., & Semarang, D. (2016). Perilaku Kepala Keluarga dalam Menggunakan Jamban di Desa Tawiri Kecamatan Teluk Ambon Kota Ambon. *Perilaku Kepala Keluarga Dalam Menggunakan Jamban Di Desa Tawiri Kecamatan Teluk Ambon Kota Ambon*, 9(2), 226–237. <https://doi.org/10.14710/jpki.9.2.226-237>
- Kementerian Kesehatan. (2020). Pedoman COVID REV-5. Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19), 1(Revisi ke-5), 1–125.
- Rosidin, U., Rahayuwati, L., & Herawati, E. (2020). Perilaku dan Peran Tokoh Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanggulangan Pandemi Covid -19 di Desa Jayaraga, Kabupaten Garut. *Umbara*, 5(1), 42. <https://doi.org/10.24198/umbara.v5i1.28187>
- Sasmita, M. T. (2019). Determinan Perilaku Merokok Mahasiswa Laki-Laki Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka Jakarta Tahun 2019. *Skripsi*, 327.

## Website

- COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Diakses pada tanggal 25 Agustus 2020 Pukul 16.00 WIB. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- JAKARTA TANGGAP COVID-19. Diakses pada tanggal 25 Agustus 2020 Pukul 16.00 WIB. <https://covid19.go.id/>
- Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Diakses pada tanggal 25 Agustus 2020 Pukul 16.00 WIB. <https://corona.jakarta.go.id/>

# *Bunga Rampai Konsep dan Aplikasi Pelibatan Akar Rumput Lawan Covid-19*

Covid-19 adalah musuh nyata umat manusia. Penyakit ini menyebar hingga ke sudut dunia, membuat semesta tenggelam dalam nestapa. Tidak hanya memakan korban jiwa, pandemi Covid-19 merusak kestabilan ekonomi negara.

Dalam memerangi pandemi Covid-19 dibutuhkan suatu pendekatan berbasis promotif dan preventif dengan komitmen setiap sektor dan lembaga seperti pemerintah, pelaku bisnis, sekolah dan perguruan tinggi, serta masyarakat.

Buku ini disusun oleh para pakar berpengalaman. Mengupas tuntas ide, konsep, dan intervensi dalam Pelibatan Akar Rumput (masyarakat), PARC-19, dalam program kesehatan masyarakat.

*Edisi 1*

**PARC-19**



ISBN 978-602-50922-9-9

