

# MEDIAKOM

Edisi 66 • JANUARI • 2016

## TANTANGAN BERAT TIM NUSANTARA SEHAT

SEPEKAN BERSAMA  
TIM NUSANTARA SEHAT

TIM NUSANTARA SEHAT:  
PLAN OF ACTION  
2 TAHUN KE DEPAN



ISSN 2460-1004



9 772460 100002



KINI KAMI  
HADIR LEBIH DEKAT  
DENGAN ANDA



BACA BERITA TERBARU KEMENKES TANPA  
BUKA BROWSER LAGI CUKUP 1 APLIKASI  
AYO DOWNLOAD DI PLAYSTORE, GRATIS!





# Daftar Isi

MEDIA UTAMA 18-37

## TANTANGAN BERAT TIM NUSANTARA SEHAT

Nusantara Sehat (NS) adalah program penempatan tenaga kesehatan di puskesmas Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

### ETALASE 1

### INFO SEHAT 4-7



- 6 Hal Wajib Tahu Seputar Nutrisi
- 6 Cerdas Baca Tabel Kandungan Nutrisi

### PERISTIWA 8-17

- Menkes: GHSA Harus Bantu Tingkatkan Anggota

- Percepat Pembangunan Kesehatan, Menkes Lantik Eselon II
- RS Sanglah Lakukan Transplantasi Ginjal Pertama
- Anugerah Jurnalistik Kesehatan Tahun 2015
- Menkes Larang Jual Beli organ tubuh
- Menkes: Penelitian Jangan Sebatas Jurnal dan Laporan



### REFORMASI BIROKRASI 38-41

- Mengukur Capaian Reformasi
- Reformasi Birokrasi Kesehatan Komitmen Nawa Cita





42



52



72



44



56

## DARI DAERAH 62-73

- Desa Dasan Topen: Desa model siaga aktif
- Advokasi Dana Desa untuk Kesehatan
- Ashar untuk Semua Mahasiswa
- Sumbangsih Mahasiswa Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan
- Kiat Puskemas Gunungsari Gapai Prestasi

## TEROBOSAN 42-43

- 47% Kematian Akibat Diare Dapat Ditekan dengan Sabun

## KOLOM 44-45

- Mewaspada Demam Berdarah di Musim Penghujan

## LIPSUS 46-51

- Jutaan Penduduk Dunia Terjangkit Virus Zika.
- 15 Hal Wajib Tahu Tentang Virus Zika

## SERBA-SERBI 52-59

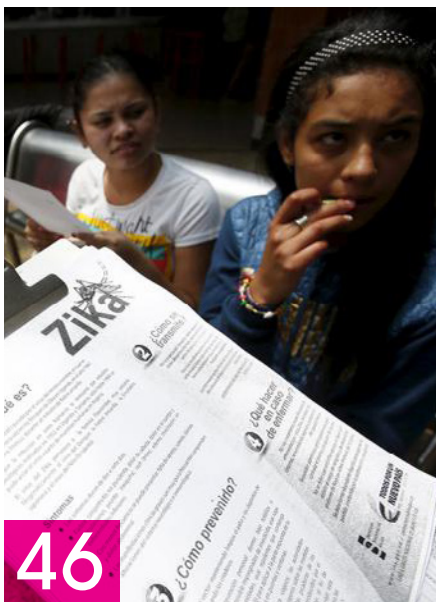
- WSP dukung Akses Sanitasi Layak Untuk Semua
- Perkembangan Penyakit Tidak Menular di Indonesia
- 3M Plus Vs Dengue
- 9,8% pasien rawat inap terserang infeksi nosokomial

## LENTERA 74-75

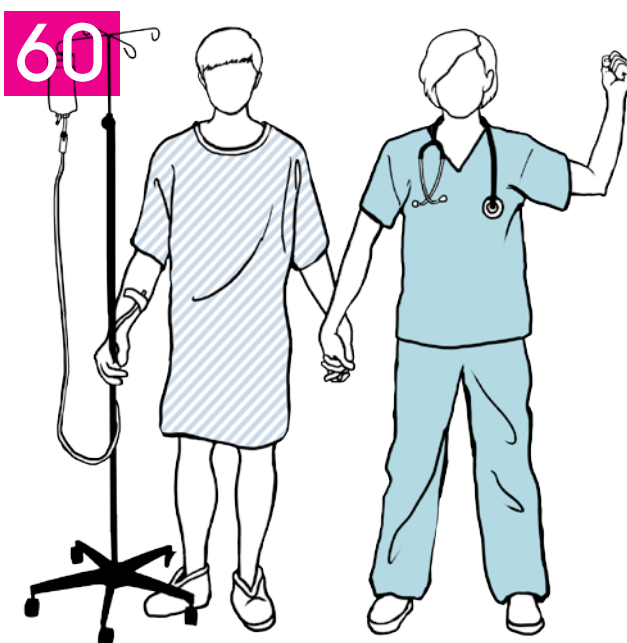
## RESENSI 76

## UNTUK RAKYAT 60-61

- "Tunda Kapitasi BPJS!"



46



60

# 6 Hal Wajib Tahu Seputar Nutrisi

**M**engonsumsi makanan yang sehat sepertinya sudah menjadi tuntutan hidup yang tidak terelakan. Dewasa ini, semakin banyak orang meleak untuk hidup sehat seiring semakin meningkatnya jumlah orang yang menderita penyakit akibat gaya hidup yang kurang sehat diantaranya jantung, kolesterol, stroke dan diabetes. Yang timbulnya penyakit-penyakit itu salah satunya akibat pola konsumsi makanan yang tidak sehat.

Mulai membiasakan konsumsi makanan yang sehat sebenarnya tidak sulit jika Anda mengetahui beberapa hal tentang nutrisi. Berikut 15 hal yang wajib Anda ketahui tentang nutrisi yang dikutip dari [www.authoritynutrition.com](http://www.authoritynutrition.com).



## Minyak hasil penyulingan tidak sehat.

Minyak yang dihasilkan dari penyulingan biji-bijian maupun dari sayuran seperti minyak kedele atau canola seringkali salah karena dianggap sehat. komposisi asam lemak yang terkandung di dalamnya sangat berbeda, dengan kandungan omega 6 yang sangat tinggi justru akan menimbulkan masalah saat dikonsumsi berlebihan.

Minyak yang melalui penyulingan ini juga



dipenuhi oleh kandungan kandungan lemak trans yang bisa memicu masalah metabolisme dan penyakit jantung. Lebih baik mengonsumsi minyak alami yang berasal dari kelapa, butter atau minyak zaitun dan hindari minyak melalui penyulingan dari biji-bijian atau sayuran.

## Alami tak selamanya berarti sehat.

Anda harus berpikir ulang jika berasumsi semua

makanan yang alami itu sehat. Memang sangat baik untuk lebih memilih makanan yang alami daripada makanan yang melalui penyulingan pabrik. Tapi ada beberapa contoh makanan alami yang juga berbahaya seperti layaknya makanan yang melalui penyulingan bahkan bisa saja lebih berbahaya. Salah satu contohnya adalah sirup agave nectar. Sejenis sirup ini sangat populer di kalangan komunitas sehat dan termasuk golongan makanan sehat. Karena begitu Anda melihat kandungan dari sirup ini ternyata mengandung lebih banyak fruktosa dibandingkan gula biasa atau sirup jagung tinggi fruktosa. Seperti diketahui, fruktosa adalah kandungan yang paling tidak menyehatkan dari gula dan agave penuh dengan fruktosa sehingga membuat sirup agave ini jauh lebih tidak sehat dibandingkan gula biasa.



## Lemak tidak membuat Anda gemuk.

Intuisi kita berbicara bahwa mengonsumsi lemak akan membuat tubuh gemuk. Tahukah Anda bahwa lemak yang berada di bawah kulitlah yang membuat kulit kita lembut dan kenyal. Sehingga mengonsumsi lebih banyak lemak tentunya akan membuat kulit lebih lembut dan kenyal. Lemak memang memiliki lebih banyak kalori dibandingkan protein dan karbohidrat yang membuat orang berpikik bahwa lemak itu menggemukkan. Tapi tubuh

manusia lebih kompleks dari itu dan sangat berkaitan dengan banyak hal. Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dengan lemak tinggi tapi rendah karbohidrat lebih banyak menurunkan berat badan dibandingkan diet yang rendah lemak tapi tinggi karbohidrat.



### Daging merah terurai di dalam usus

Salah satu mitos yang paling aneh tentang daging merah bahwa daging membusuk di dalam usus besar. Faktanya, daging merah akan terurai oleh asam dan enzim yang ada di dalam perut dan kemudian diserap tubuh sebagian besar sebagai asam amino dan

asam lemak.

Sistem pencernaan manusia bisa mencerna daging merah dan tubuh memanfaatkan protein, lemak, vitamin dan mineral yang ada di dalam daging. Sebenarnya yang membusuk di dalam usus besar adalah serat tapi bakteri baik di dalam usus akan mencerna serat dan mengubahnya menjadi asam lemak yang menguntungkan bagi kesehatan tubuh.

### Makanan ala barat selalu diikuti penyakit.

Yang saat ini sedang menjadi tren adalah penyakit akibat gaya hidup yang relatif masih baru. Penyakit-penyakit ini muncul karena adanya evolusi dari pola konsumsi makanan khususnya masyarakat di dunia barat.

Kenyataannya, setiap Anda 'bertemu' dengan junk food ala barat maka penyakit kronis akan mengikutinya. Didokumentasikan dengan baik oleh para peneliti termasuk Peneliti Weston A.Price yang menyatakan di awal abad 20 saat dunia mulai meninggalkan makanan ala tradisional dan terpengaruh makanan ala barat yang lebih mewah seperti gula, tepung dan minyak hasil penyulingan maka mereka sakit.

Mereka menjadi gemuk, gigi mulai membusuk lalu terserang penyakit diabetes dan mulai meninggal perlahan karena sakit jantung dan kanker.



### Karbohidrat tidak membuat Anda gemuk.

Masyarakat yang mengonsumsi makanan rendah karbohidrat percaya bahwa karbohidrat menyebabkan kegemukan tapi hal ini salah. Meskipun mengurangi konsumsi karbohidrat bisa menurunkan beban tubuh tapi karbohidrat bukan penyebab awal terjadinya kegemukan atau obesitas. Jika Anda memiliki tubuh yang sehat, menjalani

diet rendah karbohidrat tidak perlu dilakukan, coba konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat yang juga mengandung serat. ●





# Cerdas Baca Tabel Kandungan Nutrisi

**S**elain mencantumkan tanggal kadaluarsa, di setiap kemasan makanan atau minuman biasanya tercantum juga tabel kandungan nutrisi. Beberapa dari Anda mungkin sudah bisa memahami istilah-istiah yang dipakai di dalam tabel seperti angka kecukupan gizi (AKG) atau hitungan kalori hingga presentase dari kandungan. Namun masih banyak juga yang bingung, beberapa keterangan berikut mungkin bisa membantu Anda untuk memahaminya yang dikutip dari [www.health.com](http://www.health.com):

## LEMAK ATAU FATS

Jika kandungan lemak di makanan dalam kemasan berasal dari lemak tak jenuh atau *unsaturated fat*, maka

makanan ini baik untuk dikonsumsi. Namun jika kandungan lemak dalam makanan terutama berasal dari lemak jenuh atau *saturated fat* dan atau mengandung lemak trans maka lebih baik memilih makanan kemasan yang lainnya. Lemak trans terbukti bisa meningkatkan kolesterol jahat di dalam tubuh atau LDL dan menurunkan tingkat kolesterol baik atau HDL.

Jangan mudah dikelabui oleh tulisan 0 grams (g) *trans fat*. Karena produk makanan kemasan setidaknya mengandung 0.5 g *trans fat* setiap takaran sajian. Cek tabel kandungan, jika mengandung minyak yang terhidrogenasi atau *hydrogenated oil*, maka ada kandungan lemak trans di dalam makanan ini. Mentega atau *shortening* juga menjadi sumber dari lemak trans.

## SODIUM

Konsumsi sodium secara berlebihan memicu naiknya tekanan darah yang bisa meningkatkan risiko terkenanya serangan jantung. Dan makanan kemasan yang mengandung sodium tinggi maka tidak baik untuk tubuh Anda. Batasan konsumsi sodium sebesar 805 miligram per sajian atau sepertiga dari kebutuhan sodium harian sebesar 2.300 miligram.

## SERAT ATAU FIBER

Carilah makanan kemasan yang setidaknya mengandung 3 gram serat per sajian yang biasanya ada dalam jenis makanan seperti roti, biskuit, pasta atau sup instan..●



## Ukuran Sajian

Jumlah yang tertera di tabel kandungan makanan dihitung per sajian, jika Anda mengonsumsi lebih dari satu sajian makan Anda harus menghitung dengan mengalikannya sesuai jumlah sajian yang Anda konsumsi untuk mengetahui secara tepat jumlahnya.



# Penghitungan Kalori

**UMUMNYA**, kalori menjadi bagian utama yang dilihat oleh tiap orang saat akan membaca tabel kandungan nutrisi. Yang perlu diingat kandungan kalori yang tinggi dibarengi oleh kandungan nutrisi lainnya yang juga tinggi membuat makanan tersebut baik untuk dikonsumsi.

## GULA

Angka yang menunjukkan jumlah kandungan gula di kemasan tidak membedakan antara gula alami seperti laktosa dalam susu ataupun fruktosa dalam buah ataupun gula atau pemanis tambahan dari hasil proses kimiawi. Langkah terbaik lihatlah pada bagian kandungan pemanis tambahan atau added sugar.

Lihat pada bagian kata pemanis seperti *palm sugar* or *invert sugar*; *sweetener*, as in *corn sweetener*; atau *syrup*. Dan juga perhatikan pada kata yang berakhiran *osa*, seperti fruktosa atau glukosa.

## PEMANIS TAMBAHAN ATAU ADDED SUGAR

Ingatlah, jika gula masuk dalam 2 jenis kandungan yang disebut pertama, maka pilihlah makanan yang lainnya. Kandungan biasanya tersusun berurut berdasarkan jumlah volume terbesar. Sehingga bisa dikatakan semakin awal suatu kandungan disebut maka semakin besar presentase jumlah kandungan itu dalam produk makanan. Sebenarnya sangat mudah mengenali makanan

yang mengandung pemanis tambahan yaitu tidak mencantumkan kandungan gula alami. Tapi seringkali produsen makanan menjelaskan gula secara lebih detil seperti dextrose, fruktosa, gula tebu ataupun lainnya. Jika bingung, coba hindari makanan yang mengandung gula lebih dari satu jenis.

## VITAMINS DAN MINERALS

Angka kecukupan gizi (AKG) harian menunjukkan jumlah setiap nutrisi yang dibutuhkan orang dewasa setiap harinya. Makanan yang mengandung antara 10-19 persen dari AKG masuk dalam golongan sumber makanan yang bernutrisi baik.

## GANDUM

Untuk makanan agar jantung sehat dan kaya serat adalah gandum. Untuk memilih makanan yang mengandung gandum, lihatlah terlebih dahulu kata pertama yang digunakan. Jika kata-kata gandum dilengkapi dengan diperkaya sebelum kata gandum maka ini pertanda bahwa gandum tersebut sudah

dipisahkan kandungan benih dan kulitnya yang justru mengandung nutrisi baik seperti serat. ●



# MENKES: GHSA HARUS BANTU TINGKATKAN ANGGOTA

**M**asyarakat internasional saat ini hidup tanpa dibatasi batasan wilayah negara yang jelas, dimana pergerakan dan perpindahan manusia antar negara dan kawasan terjadi dalam skala yang sangat besar. Terlepas dari berbagai keuntungan dari mobilitas tersebut, diakui pula bahwa pergerakan tersebut telah

menimbulkan merebaknya kemungkinan ancaman kesehatan global.

“Terkait hal ini, maka masyarakat internasional perlu terus mengambil langkah yang diperlukan untuk mengatasi berbagai ancaman kesehatan global, terutama dengan memperkuat kapasitas nasional masing-masing menghadapi ancaman tersebut,” jelas Menteri

Kesehatan RI, Prof. Dr. Nila F. Moeloek pada Pertemuan *Steering Group of the Global Health Security Agenda* (GHSA) yang berlangsung tanggal 23 Januari 2016 lalu di Kantor World Health Organization (WHO), Jenewa, Swiss. Pertemuan *Steering Group* GHSA ini sekaligus menandai dimulainya masa kepemimpinan Indonesia sebagai Ketua *Steering Group*

Ditegaskan oleh Menkes RI bahwa kerjasama negara-negara di dalam GHSA diyakini akan dapat membantu setiap negara yang terlibat bagi peningkatan kapasitas nasionalnya. Berbagai *Action Packages* yang telah disusun dan tengah dijalankan oleh seluruh negara GHSA akan dapat membantu negara memperkuat kemampuannya

untuk mencegah atau *prevent*, mendeteksi (*detect*) dan merespon atau *respond* terhadap berbagai ancaman pandemi.

Menurut Menkes seluruh kegiatan yang akan dilakukan oleh seluruh negara GHSA hendaknya tetap dilandaskan pada tujuan utama untuk peningkatan kapasitas nasional seluruh negara dalam mengimplementasikan *WHO International Health Regulation 2005* (IHR) sebagai pedoman utama bagi seluruh negara dalam menghadapi berbagai ancaman pandemi.

GHSA merupakan kerjasama yang bersifat sukarela atau *voluntary* di antara sekitar 60 negara dengan tujuan utama meningkatkan kapasitas negara-negara pesertanya dalam menghadapi berbagai



ancaman pandemi global melalui tukar pengalaman serta kerjasama untuk peningkatan kapasitas negara dalam mencegah, mendeteksi dan menanggulangi terjadinya pandemi.

### Indonesia Ketua Steering Group GHSA 2016

Indonesia resmi menjadi Ketua Steering Group serta Ketua Troika kelompok negara-negara GHSA periode tahun 2016. Ketetapan ini dilakukan pada pertemuan Steering Group yang berlangsung tanggal 23 Januari 2016 lalu di Kantor World Health Organization (WHO), Jenewa, Swiss.

Sejak awal Indonesia sudah berpartisipasi dalam pembentukan kerjasama GHSA yaitu pada tahun



2014. Untuk tahun 2016, Indonesia akan menjadi Ketua Steering Group GHSA yang beranggotakan 10 negara meliputi Indonesia, Amerika Serikat, Korea

Selatan, Finlandia, Chili, Kenya, Arab Saudi, India, Kanada, dan Italia serta beberapa organisasi internasional seperti WHO, FAO, dan OIE. Indonesia

juga dipercaya sebagai Ketua Troika GHSA untuk tahun 2016 bersama Finlandia dan Korea Selatan.

[P]





# PERCEPAT PEMBANGUNAN KESEHATAN, MENKES LANTIK ESELON II

**M**engawali tahun baru 2016, Menteri Kesehatan RI, Prof. DR dr. Nila Juwita Moeloek, Sp.M (K) melantik 57 Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama (Eselon II) di lingkungan Kementerian Kesehatan di Kantor Kemenkes, Jakarta pada 7 Januari 2016 lalu. Pelantikan pejabat ini sebagai tindak lanjut proses penataan organisasi di lingkungan Kemenkes, sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang organisasi dan tata kerja Kementerian Kesehatan yang baru.

“Selain penataan dan restrukturisasi organisasi, juga merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja dan efektifitas organisasi, khususnya tugas dan fungsi satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan”, ujar Menkes.

Kepada para pejabat yang dilantik, Menkes menekankan agar membangun kesinambungan

antara kebijakan dan program lintas sektor dalam upaya pembangunan kesehatan yang semakin cepat, mudah, terjangkau dan terukur. “Untuk itu, langkah pertama seringkali tidak hanya tersulit, namun juga terpenting” tegas Menkes.

Selanjutnya para pejabat yang baru dilantik diminta untuk menandatangani Pakta Integritas disaksikan oleh pimpinan unit utama masing-masing. Pakta Integritas diharapkan mampu mempercepat upaya mewujudkan birokrasi yang bersih dan baik, sehingga mendapatkan kepercayaan publik setinggi-tingginya.

“Namun perlu disadari pula bahwa Pakta Integritas hanya merupakan salah satu alat atau *tool* dalam upaya mewujudkan jalannya pemerintahan yang baik dan bersih”, ujar Menkes.

**Para pejabat yang dilantik di lingkungan Sekretariat Jenderal yaitu:**

- (1) Slamet sebagai Kepala Biro Perencanaan dan

- Anggaran;
- (2) Wiwik Widarti sebagai Kepala Biro Keuangan dan Barang Milik Negara;
- (3) Barlian sebagai Kepala Biro Hukum dan Organisasi;
- (4) Murti Utami sebagai Kepala Biro Kepegawaian;
- (5) Budi Dhewajani sebagai Kepala Biro Kerjasama Luar Negeri;
- (6) Embry Netty sebagai Kepala Biro Umum;
- (7) Pattiselanno Roberth Johan sebagai Kepala Pusat Data dan Informasi;
- (8) Donald Pardede sebagai Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan;
- (9) Achmad Yuriyanto sebagai Kepala Pusat Krisis Kesehatan;
- (10) Muchtaruddin Mansyur sebagai Kepala Pusat Kesehatan Haji;

**Para pejabat yang dilantik di lingkungan Inspektorat Jenderal, yaitu:**

- (1) SR Mustikowati sebagai Sekretaris Inspektorat Jenderal;
- (2) Heru Arnowo Inspektur I;
- (3) Wiyono Budihardjo sebagai Inspektur II;
- (4) Rahmaniar Brahim sebagai Inspektur III;
- (5) Wayan Rai Suarthana sebagai Inspektur IV;

**Para pejabat yang dilantik di lingkungan di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yaitu:**

- (1) Agus Hadian Rahim sebagai Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;
- (2) Gita Maya Koemara sebagai Direktur Pelayanan Kesehatan Primer;
- (3) Tri Hesty Widyastoeti Marwotosoeko sebagai Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- (4) Meinarwati sebagai Direktur Pelayanan Kesehatan Tradisional;

**Sementara dalam Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Menkes**

**mengangkat:**

- (1) Kuwat Sri Hudoyo sebagai Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat;
- (2) Kartini Rustandi sebagai Direktur Kesehatan Kerja dan Olahraga;
- (3) Doddy Izwardy sebagai Direktur Gizi Masyarakat;
- (4) Imran Agus Nurali sebagai sebagai Direktur Kesehatan Lingkungan;
- (5) H.R Dedi Kuswenda sebagai Direktur Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

**Untuk Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan yang dilantik:**

- (1) Agusdini Banun Saptaningsih sebagai Sekretaris Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
- (2) Engko Sosialine Magdalene sebagai Direktur Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan;
- (3) Bayu Teja Muliawan sebagai Direktur Pelayanan Kefarmasian;
- (4) R. Dettie Yuliati sebagai

- (5) Arianti Anaya sebagai Direktur Penilaian Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;
- (6) Sodikin Sadek sebagai Direktur Pengawasan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;

**Selanjutnya di lingkungan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pejabat yang dilantik yaitu:**

- (1) Desak Made Wismarini sebagai Sekretaris Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit;
- (2) Elizabeth Jane Soepardi sebagai Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan;
- (3) Wiendra Waworuntu sebagai Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung;
- (4) R Vensya Sitohang sebagai Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik;
- (5) Lily Sriwahyuni Sulistyowati sebagai

- Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular;
- (6) Fidiansjah sebagai Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA;

**Pada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pejabat yang dilantik ialah:**

- (1) Ria Soekarno sebagai Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
- (2) Pretty Multihartina sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan,
- (3) Agus Suprpto sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat;
- (4) Dede Anwar Mursasad sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan;

**Dan yang terakhir pada Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Menkes yang dilantik:**

- (1) Kirana Pritasari sebagai Sekretaris Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan;
- (2) Asjikin Iman Hidayat Dachlan sebagai Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan;
- (3) Achmad Soebagjo Tancarino sebagai Kepala Pusat Pendidikan SDM Kesehatan;
- (4) Suhardjono sebagai Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan;
- (5) Suhartati sebagai Kepala Pusat Peningkatan Mutu SDM Kesehatan;

**Pada kesempatan lain, tepatnya 18 Februari 2016, Menkes melantik 7 pejabat eselon 2 yaitu:**

- (1) dr. Sigit Prihutomo, MPH sebagai Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- (2) dr. Eka Viora, Sp.KJ sebagai Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan
- (3) drg. Rarit Gempari, MARS sebagai Inspektur Investigasi
- (4) drg. Oscar Primadi, MPH sebagai Kepala Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat
- (5) Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan
- (6) dr. Trisa Wahjuni Putri, M.Kes sebagai Kepala Pusat Analisis Determinan Kesehatan
- (7) dr. Eni Gustina, MPH sebagai Direktur Kesehatan Keluarga ;



[P]



## RS SANGLAH LAKUKAN TRANSPLANTASI GINJAL PERTAMA

**K**abar baik bagi penderita gagal ginjal di Bali dan wilayah Indonesia Timur kini dapat melakukan transplantasi atau cangkok ginjal di RS Sanglah, sebagai pengganti cuci darah. Transplantasi ginjal merupakan salah satu pilihan yang lebih murah dibandingkan dengan hemodialisa dan lebih baik dalam meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas pasien. Pada tanggal 18 Januari 2016 RSUP Sanglah telah berhasil melakukan operasi transplantasi yang pertama dan berjalan lancar. Kondisi pasien baik sesuai

dengan harapan dan ginjal cangkok segera berfungsi. “Operasi pertama ini merupakan langkah awal baik yang akan memberikan optimisme bagi RSUP Sanglah dengan tim transplantasinya untuk melakukan langkah-langkah selanjutnya”, kata Menkes Prof. Nila F. Moeloek saat melakukan kunjungan kerja ke RS Sanglah di Bali (28/1) lalu. Pada kesempatan tersebut, Menkes juga menyempatkan diri berdialog dengan pasien transplantasi ginjal dan tim dokter serta jajaran Direksi. Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Bali mencanangkan program

Transplantasi Ginjal sebagai pengembangan pelayanan di Bali dan di wilayah Indonesia Timur. Program ini sejalan dengan program penanggulangan penyakit ginjal terminal Kementerian Kesehatan yang menunjuk beberapa RS tipe A termasuk RSUP Sanglah dalam pelayanan Cangkok Ginjal. Langkah awal program transplantasi ginjal di RSUP Sanglah diampu oleh tim Transplantasi Ginjal RS-Cipto Mangunkusumo FK-UI Jakarta.

Penderita gagal ginjal yang menjalani hemodialisis regular jumlahnya semakin meningkat. Jumlah penderita naik sekitar empat kali lipat

dalam 5 tahun terakhir. Saat ini diperkirakan gagal ginjal terminal di Indonesia yang membutuhkan cuci darah atau dialisis mencapai 150.000 orang. Namun penderita yang sudah mendapatkan terapi dialisis baru sekitar 100.000 orang. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) melaporkan, setiap tahunnya terdapat 200.000 kasus baru gagal ginjal stadium akhir. Tindakan hemodialisis adalah tindakan mahal dan menyerap sebagian besar dana pemerintah. Lebih dari 2 triliun rupiah dana BPJS dihabiskan untuk membiayai hemodialisis selama tahun 2014. Jumlah ini merupakan



sepertiga dari jumlah dana BPJS yang dihabiskan untuk penyakit katastropik, nomor dua setelah penyakit jantung.

Diperlukan strategi yang tepat untuk mengatasi masalah ini. Transplantasi ginjal merupakan cara yang lebih murah dari hemodialisis, selain itu transplantasi ginjal dapat

memutuskan ketergantungan terhadap hemodialisis, dan dapat meningkatkan kualitas dan harapan hidup pasien. Dengan asumsi hemodialisis 5 tahun, dengan biaya Rp 1.390.000 per sesi HD X 8 sesi per bulan selama 60 bulan diperlukan biaya Rp 480.000.000 dan Untuk biaya kunjungan rutin,

dengan biaya obat ditambah dengan jasa dokter Rp 160.000 per kunjungan selama 5 tahun diperlukan biaya Rp 9.600.000. Sehingga total biaya pasien hemodialisis 5 tahun adalah Rp 676.600.000. Hal ini sesuai dengan paket BPJS 2015.

Biaya transplantasi ginjal

yang ditanggung BPJS saat ini sebesar Rp 250.000.000. bila dibandingkan dengan tindakan HD (hemodialisis) selama lima tahun maka akan lebih hemat Rp 397.100.000. Diperkirakan biaya transplantasi ginjal diatas Rp. 250.000.000, hal ini akan diusulkan sebagai masukan ke BPJS untuk meningkatkan jaminan biaya transplantasi ginjal di RSUP Sanglah .

Pengembangan program transplantasi ginjal yang disiapkan sejak bulan Oktober 2015 dengan membentuk tim, mengadakan semiloka yang melibatkan pembicara local, pembicara dari FK-UI/ RS Cipto Mangunkusumo Jakarta, melakukan studi banding untuk melihat persiapan sampai dengan pelaksanaan transplantasi ginjal di RS Cipto Mangunkusumo Jakarta. [P]



# ANUGERAH JURNALISTIK KESEHATAN TAHUN 2015



**K**ementerian Kesehatan memberikan penghargaan jurnalistik kepada wartawan. Mereka sudah memberi andil bagi pembangunan kesehatan melalui penempatan artikel kesehatan di medianya. Penghargaan yang berlangsung di Hotel Bidakara ini bertepatan dengan acara Rapat Koordinasi Pengendalian Operasional Program (Rakorpop), 30 November 2015 lalu.

Penghargaan diberikan oleh Untung Suseno Sutarjo, Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan. Ada dua kelompok media, yakni media cetak dan media *online*. Untuk kategori media cetak, penghargaan pemenang pertama diberikan kepada Aditya Ramadhan dkk dari Kompas dengan judul tulisan 'Memulai Perubahan Dari Pinggiran'.

Penghargaan pemenang kedua diperoleh Mitra Tarigan dari Koran Tempo dengan judul artikel 'Menyehatkan Desa-Desa Nusantara'. Sedangkan pemenang ketiga adalah Cornelius Eko Susanto dari Media Indonesia yang mengangkat tulisan 'Bersatu Padu Makmurkan Gerbang Persada'.

Pada kategori media *online*, keluar sebagai pemenang pertama adalah Aditya Ramadhan dkk dari kompas.com dengan artikel berjudul 'Berkarya Nyata di Perbatasan dan Pulau Terluar'.

Pemenang kedua dan ketiga berturut-turut adalah Dian Maharani (kompas.com) dengan artikel Jangan Minta Pulang, Dokter di Daerah Perbatasan Harus Kuat dan Mega Putra Ratya (detik.com) yang membuat tulisan berjudul 'Lepas Tim Nusantara Sehat, Jokowi: Saya Bangga Saudara

Punya Tekad Kuat'.

Seluruh pemenang mendapatkan hadiah berupa uang tunai, sertifikat dan plakat.

Saat ini, media telah menjadi pilar ke-empat demokrasi di samping lembaga eksekutif, legislatif dan yudikatif. Lembaga pers berikut wartawannya, punya andil cuku besar dalam pembangunan bangsa dan negara Indonesia. Atas dasar itulah Kementerian Kesehatan (Kemenkes)

menganggap bahwa media perlu diapresiasi agar jalinan hubungan yang sudah terbangun dapat terus terjaga.

Kegiatan anugerah jurnalistik telah diselenggarakan untuk kesekian kalinya sejak 2007. Untuk kegiatan tahun ini pengumuman lomba sudah dilakukan sejak bulan Mei 2015, informasinya disebarkan kepada para wartawan melalui poster dan *website*.





Selanjutnya panitia seleksi melakukan penyaringan artikel yang ada, baik yang dikirimkan langsung maupun yang diperoleh dari klip yang dimonitor. Dari ratusan artikel yang masuk kriteria terdapat 49 tulisan yang layak masuk proses penjurian lebih lanjut. Setelah melewati proses penjurian yang ketat, akhirnya terpilih 3 artikel terbaik untuk masing-masing kategori.

Tema anugerah jurnalistik tahun 2015 adalah Nusantara Sehat. Nusantara Sehat adalah program penempatan tenaga kesehatan yang berbasis tim (*team based*). Program ini merupakan sebuah upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang mencakup preventif, promotif, dan kuratif.

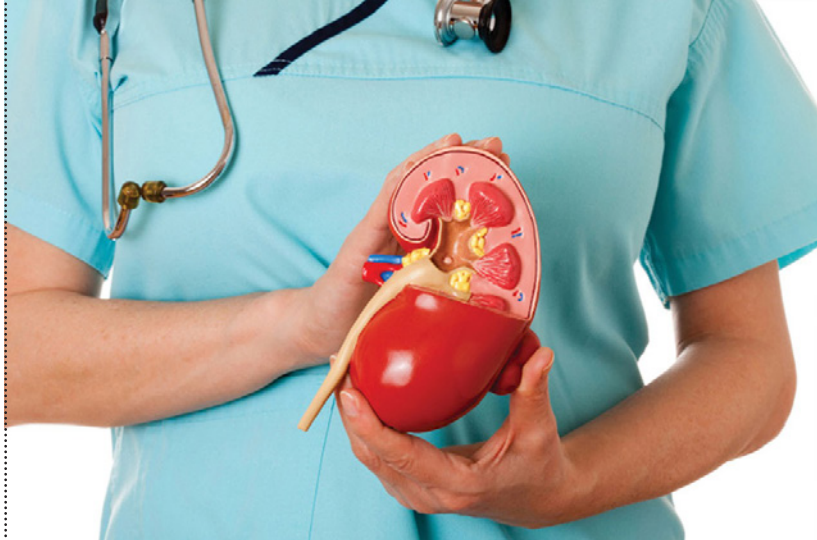
Melibatkan lima jenis tenaga kesehatan yaitu dokter, perawat, bidan, ditambah dukungan dari dua tenaga kesehatan masyarakat lainnya, seperti tenaga kesehatan gizi, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga analis kesehatan/ahli teknologi laboratorium medis, atau tenaga kefarmasian.

Mereka ditempatkan ke seluruh pelosok nusantara, khususnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Sebagai program yang relatif baru, belum banyak dikenal masyarakat, diperlukan sosialisasi kepada masyarakat secara masif terutama melalui media. Sehingga diharapkan bagi para generasi muda yang tertarik terlibat dalam program membangun kesehatan masyarakat ini dapat ikut serta.

Begitu juga dengan masyarakat di seluruh Indonesia juga perlu dikenalkan dengan program ini sehingga ketika mengetahui adanya penempatan tenaga kesehatan baru di wilayahnya maka dapat menggerakkan mereka untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Bagi Kemenkes sendiri, program Nusantara Sehat menjadi salah satu solusi untuk mengisi kekurangan SDM di daerah-daerah yang sulit dijangkau dan kekurangan tenaga kesehatan. ●



## MENKES LARANG JUAL BELI ORGAN TUBUH

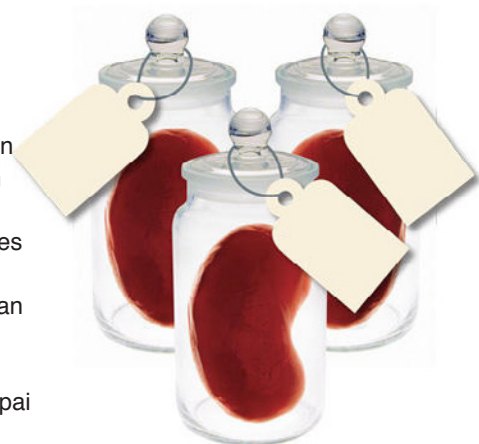
**M**enteri Kesehatan Nila F Moeloek menegaskan praktik jual beli organ tubuh tidak diperbolehkan. “Tidak boleh memperjualbelikan organ tubuh. Tidak boleh,” tegas Menkes Nila, menjawab pertanyaan wartawan saat melakukan kunjungan kerja di RS Sanglah, Denpasar, Kamis (28/1) lalu.

Menurut Menkes Nila, cangkok organ bagaimanapun memang dibutuhkan. Namun untuk menjadi donor, harus didasarkan pada keikhlasan sehingga praktik jual beli tidak bisa diterima baik dari sisi agama maupun sosial. “Kita memang mengharapkan pemberian organ dengan keikhlasan karena kita memang memerlukan,” kata Menkes Nila.

Donor ginjal dibutuhkan oleh pasien gagal ginjal kronis yang jumlahnya di Indonesia saat ini mencapai

150 ribu orang. Tanpa melakukan cangkok ginjal, pasien tersebut harus menjalani cuci darah atau hemodialisis 4-8 kali sebulan dengan biaya antara Rp 800 ribu – Rp 1,4 juta sekali hemodialisis.

Sebagai alternatif, pasien gagal ginjal dapat melakukan transplantasi ginjal dengan biaya yang jauh lebih murah dari hemodialisa. Bagi pasien di kawasan Indonesia Timur, transplantasi dapat dilakukan di RSUP Sanglah Denpasar dan pembiayaannya ditanggung dalam program JKN. [P]



## MENKES: PENELITIAN JANGAN SEBATAS JURNAL DAN LAPORAN

**P**enelitian dan pengembangan kesehatan (litbangkes) jangan terhenti sebatas di dalam laporan, jurnal ilmiah atau kegiatan ilmiah saja. "Namun sangat perlu dimanfaatkan secara nyata pada kebijakan pembangunan kesehatan baik di daerah maupun di tingkat nasional," tegas Menteri Kesehatan RI, Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K) saat membuka Pertemuan Pemanfaatan Hasil Riset Kesehatan Nasional di Kantor Kementerian Kesehatan, Jakarta, 15 Desember 2015 lalu.

Pertemuan ini dilakukan untuk menjembatani

komunikasi dan kolaborasi antara penghasil (Badan Litbangkes) dengan pengguna (dalam hal ini pemegang program dan pelaku pelayanan kesehatan) serta mendorong penyebaran hasil penelitian dan inovasi di masa mendatang. "Hasil penelitian kesehatan harus dapat memberikan informasi yang berguna untuk perbaikan dan penyempurnaan program kesehatan yang sudah ada", jelas Menkes.

Harmonisasi dan sinkronisasi antar program kesehatan, program pengembangan sumber daya manusia (SDM) dan program mitra Litbangkes yang ada di unit-unit utama Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah, baik Provinsi maupun Kabupaten atau Kota, merupakan langkah yang sangat penting untuk mengkristalkan maksud tersebut.

### Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas)

Riset Kesehatan Nasional adalah kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan serta

penapisan teknologi untuk mendukung pembangunan kesehatan nasional yang diselenggarakan secara berkala setiap 3 - 5 tahun sekali. Penentuan riset didasarkan oleh kondisi dan situasi terbaru, cara penanganan masalah kesehatan serta prioritas kebijakan pemerintah.

Tahun 2015 Badan Litbangkes mencatat 3 riset nasional dari yang telah siap dan dapat dimanfaatkan, yaitu: Riset Khusus Vektor dan Reservoir Penyakit (Riset Vektora), Riset Tumbuhan Obat dan Jamu (Ristoja) dan Studi Diet Total (SDT).

### **Riset Khusus Vektor dan Reservoir Penyakit (Riset Vektora)**

Riset Vektora dilaksanakan untuk mengidentifikasi spesies sekaligus sejumlah agen penyakit pada nyamuk, yang merupakan vektor penyakit utama di Indonesia, dan juga tikus serta kelelawar sebagai bagian dari reservoir penyakit. Riset ini sekaligus juga menyediakan informasi terkait kemungkinan munculnya pathogen penyakit baru maupun spesies nyamuk, tikus dan kelelawar yang belum pernah dilaporkan ada di Indonesia.

Dari Rikhus Vektora akan diperoleh spesimen koleksi referensi yang dapat dijadikan bahan untuk penelitian lebih lanjut. Semua hal tersebut sangat bermanfaat dalam pemutakhiran model pengendalian penyakit bersumber binatang di Indonesia dan sekaligus melindungi kekayaan biodiversitas fauna.

Riset Tanaman Obat dan Jamu (Ristoja)

Dalam Ristoja dilakukan eksplorasi pada Pengobatan Tradisional yang dimiliki oleh Indonesia, mulai dari karakteristik SDMnya, pengetahuan mereka terhadap pemanfaatan ramuan jamu dan tumbuhan obat di lingkungannya, serta mengidentifikasi jenis-jenis tumbuhan obat yang digunakan dalam ramuan mereka.

Seluruh data dan informasi akan sangat bermanfaat dalam hal penghargaan serta perlindungan kita terhadap kearifan lokal, kekayaan biodiversitas flora dan terutama demi menghadapi Masyarakat Ekonomi Asean (MEA) yang sudah harus kita hadapi bersama.

### **Studi Diet Total (SDT)**

Studi Diet Total diharapkan mampu memberikan potret kecukupan asupan zat gizi penduduk Indonesia, baik terkait kecukupan energi, karbohidrat, protein, dan gizi mikro, maupun tingkat keterpaparan penduduk terhadap zat kimia berbahaya yang berasal dari makanan (*food chemical contaminants exposure*).

Kegiatan SDT merupakan implementasi kajian risiko keamanan pangan yang strategis dalam rangka mewujudkan penguatan sistem pangan, kesehatan dan gizi. Hasil penelitian survei konsumsi makanan mampu memberikan gambaran tentang tingkat kecukupan gizi menurut daerah (provinsi), kelompok umur, jenis kelamin, dan lokasi tempat tinggal (urban atau rural). Informasi ini sangat penting dalam rangka penanggulangan masalah gizi (gizi kurang, kurus, dan pendek) yang masih membelenggu bangsa Indonesia. [P]

# [ MEDIA UTAMA ]



# TANTANGAN BERAT TIM NUSANTARA SEHAT





Rumah bersalin Temajuk. Disini NS Mengabdi

**N**usantara Sehat (NS) adalah program penempatan tenaga kesehatan di puskesmas Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

Program ini merupakan sebuah upaya peningkatan pelayanan kesehatan mencakup preventif, promotif, dan kuratif dengan melibatkan 5 (lima) sampai 9 (sembilan) tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian) yang akan ditempatkan di pelosok nusantara.

Awal Desember 2015, Kementerian Kesehatan telah mengirim kembali tim NS angkatan ke 2 sebanyak

553 orang tenaga kesehatan ke 100 puskesmas perbatasan, terpencil dan tertinggal.

Mereka telah mendapat pembekalan yang cukup dari segi mental, teknis kesehatan dan komunikasi. Diantara mereka ada yang ditugaskan Kabupaten Sambas, Kalimantan Barat, tepatnya di puskesmas Temajuk dan Puskesmas

Polah. Selain Sambas, ada 9 Kabupaten penempatan NS yakni Kabupaten Bengkayang, Sanggau, Sintang dan Kapuas Hulu.

Gambaran di bawah adalah tantangan para Nakes Tim NS yang telah diterjunkan, salah satunya di Kabupaten Sambas Propinsi Kalimantan Barat.

Bukan hanya medan yang sulit,

daerahnya terpencil dan perbatasan, tapi juga status Kesehatannya yang akan ditingkatkan, menjadi tantangan medan perjuangan yang berat dan banyak membutuhkan sumber daya, selain tantangan geografis.



Menunggu Perbaikan Jalan Menuju Temajuk

## Status Gizi Balita

Masih ada 18.119 balita gizi buruk-kurang yang 'bersembunyi' dan perlu segera ditemukan, jika ingin menyelesaikan masalah Giberkur ini. Juga ada sekitar 28.512 balita Pendek/sangat pendek yang perlu pula segera diselesaikan.

Padahal jika dilihat dari kemampuan masyarakatnya, Kabupaten Sambas termasuk dalam kuadran 2, yang artinya fiskal kapasitas Pemda nya rendah namun tingkat kemiskinan masyarakatnya sedikit, alias banyak yang mampu.

Disamping itu, banyak Puskesmas yang tenaga bidan dan perawatnya berlebih, juga tenaga Gizi yang berkisar: 1-2 orang per puskesmas, serta dana BOK yang cukup besar untuk operasional penyelesaian masalah kesehatan.

Maka tantangannya adalah mampukah

membantu memberdayakan masyarakat Kabupaten Sambas yang cukup mampu untuk menemukan Balita Giberkur yang masih 'bersembunyi' (*active case finding*) dan kemudian menyelesaikannya (*active case Holding*). Memotivasi para tenaga kesehatan khususnya bidan, perawat serta tenaga gizi untuk lebih berperan aktif dalam pemberdayaan masyarakat.

## Status Kesehatan Bayi

Pada status kesehatan bayi, masih ada 4.458 bayi baru lahir yang belum mendapatkan pemeriksaan Neonatal. Juga masih ada 3.623 bayi yang belum mendapatkan Immunisasi Dasar Lengkap (tahun 2014).

Tentu saja situasi ini berpotensi untuk meningkatkan angka kematian neonatal dan bayi. Mampukah membantu meningkatkan dan

pemeriksaan neonatal dengan memotivasi para Nakes di wilayah yang jumlah nakesnya berlebih di Puskesmas?

## Status Kesehatan Ibu

Pada status kesehatan ibu, masih terdapat 7.066 ibu yang tidak bersalin di tenaga kesehatan. Potensi kematian ibu yang tidak bersalin ke nakes ini akan menjadi tantangan tersendiri, mengingat AKI di Indonesia masih sangat tinggi. Padahal di Kabupaten Sambas 59,3 % Puskesmasnya kelebihan bidan.

Mampukah membantu mendorong masyarakat untuk bisa bersalin di tenaga kesehatan? bahkan jika dilakukan perhitungan matematika, sebenarnya hanya sekitar 2-3 ibu bersalin saja per bulan yang diharapkan bersalin pada 1 orang bidan. Beratkah?

## Kecukupan Bidan di Puskesmas

Sebagai tantangan lainnya, dalam kondisi 59,3% puskesmas kelebihan bidan namun persalinan ke tenaga kesehatan terlihat menurun dari 63,06 % di tahun 2007 menjadi 41,77% di tahun 2013.

Sekilas gambaran tantangan para Nakes tim NS yang telah diterjunkan, salah satunya di Kabupaten Sambas Propinsi Kalimantan Barat. Tentunya 14 provinsi, 46 Kabupaten dan 100 puskesmas lain yang menjadi sasaran tim NS ini pastilah mempunyai karakter yang mirip atau bahkan bisa juga berbeda.

Intinya adalah bagaimana Tim NS ini bisa berinteraksi bersama tenaga kesehatan daerah menjadi sebuah *team work* yang solid dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan masyarakat di daerah. [P]



TIM NS Angkatan pertama, penempatan di Sambas

[ MEDIA UTAMA ]

# SEPEKAN BERSAMA NS

Patung Garuda  
ditengah hutan  
Temajuk, Perbatasan  
dengan Malaysia





**P**eserta Nusantara Sehat (NS) Temanjuk terdiri dari 5 orang, La Ode Muhammad Awalludin, Nanda Rahma Fitri, Sabariah (Ria), Yunika Fatmawati (uyun) dan Septi Astifani. Satu laki dan 4 perempuan.

Dari postur, Ria berpostur paling kecil, tapi bagasinya paling besar, sehingga grup over bagasi 250 ribu. Masih lumayan dibanding grup Papua. Over bagasinya sampai 4 juta.

“Ini rekor,” kata Luay tim pendampingnya.

Kebetulan, tim NS puskemas Temanjuk mendapat pendidikan dan pelatihan 45 hari di Rindam Jaya Jakarta oleh personel TNI. Mereka bangun jam 3 pagi dan tidur pukul 22.00 malam, nyaris kurang istirahat. Mereka digembleng disiplin, etos kerja dan nasionalisme bela negara.

Dampak penggemblengan itu, mereka terkena serangan batuk dan demam, selama 3 hari

perjalanan Jakarta-Puskemas Temanjuk Sambas, Kalimantan Barat. Mungkin, faktor kelelahan, kurang tidur dan kurang istirahat.

Tim NS ini, berangkat dari Jakarta 9 Desember 2015. Setibanya di Pontianak, langsung mendapat arahan dan penjelasan program kesehatan oleh Kadinkes Provinsi Kalimantan Barat, dr. Andyjap.

Menurutnya para tenaga NS, merupakan harapan masyarakat, apalagi di



Kadinkes Provinsi Kalbar dan Tim NS Kalbar



daerah perbatasan dan terpencil, seperti Kabupaten Sambas, Bengkayang dan Kabupaten lain di Kalbar.

“Saya berharap, para tenaga NS dapat segera beradaptasi dengan kondisi setempat, bekerjasama dengan tenaga kesehatan yang sudah lebih dahulu datang. Harapannya segera dapat meningkatkan kualitas kesehatan wilayah setempat,” ujar dr. Andyjap.

Selanjutnya, mereka menginap semalam di Pontianak dan esok hari melanjutkan perjalanan darat ke kabupaten Sambas. Mereka menggunakan 5 mobil Inova, termasuk mengangkut koper dan barang perlengkapan seperti pelampung, sebagai alat pengamanan saat menyeberangi sungai dengan sampan dan lampu badai, karena wilayah

kerjanya belum teraliri listrik.

Saat menelusuri jalan darat menuju Sambas, harus melewati 3 kabupaten, yakni Mempawah, menyisir pantai Bengkayang, Singkawang, baru sampai Sambas dengan jarak tempuh 240 km, selama kurang lebih 7 jam. Hujan deras menjadi sahabat setia dalam perjalanan. Suara keras air hujan menghantam badan mobil, bercampur suara batuk peserta NS silih berganti.

“Padahal sudah 1 minggu batuk belum sembuh juga. Obat sudah minum, ndak minum minuman dingin (es), menghindari makanan merangsang batuk, seperti gorengan atau cemilan berminyak,” ujar Septi salah satu peserta NS sambil menahan batuk.

Sekalipun panjang, perjalanan termasuk

nyaman, walau harus melewati puluhan jembatan sedang dalam proses pembangunan. Jalan mulus beraspal.

Setelah sampai di Dinas Kesehatan Sambas, semua peserta NS memperkenalkan diri. Semua aman dan berjalan lancar.

Menurut Subbidang SDM, Dinkes Sambas, Ponidi, Temajuk, tahun 2007 hanya bisa diakses melalui jalur laut dengan menggunakan kapal motor. Sangat bahaya, karena gelombangnya besar. Yakni harus mengarungi laut dalam Natuna, kapal bisa tenggelam terkena sapuan gelombang.

“Penduduk Temajuk, lebih senang jual kayu, ikan ke Malaysia daripada ke Indonesia. Sebab, harga lebih mahal dan tak ada birokrasi. Berbeda

dengan Indonesia, harga murah, birokrasi ribet dan panjang. Semua melakukan pemeriksaan, mulai dari polisi, kehutanan dan keamanan laut. Untuk itu, para NS tak usah mencampuri masalah ini, guna mengurangi risiko teman-teman NS,” ujar Ponidi.

Puskesmas Temajuk, berada di desa Camarwulan, sebuah pulau yang pernah dipersengketakan antara Pemerintah Indonesia dan Malaysia. Karena Malaysia telah membangun mercusuar di Wilayah Indonesia.

Peristiwa ini telah mendorong pemerintah Indonesia mengirim pasukan ke wilayah tersebut. Berhubung akses darat belum tersedia, kemudian TNI membuat jalan darat sangat besar, kurang lebih lebarnya 20 meter dan

dibangun patung garuda pada perempatan jalan menuju temajuk.

## Temajuk Nan Indah

Wilayah darat kepulauan yang dikelilingi laut. Pepohonan tinggi besar, demikian juga pohon kelapa di sekitar. Perkiraan, pohon kelapa tersebut telah ditanam 30 tahun yang lalu. Jadi tahun itu, sudah ada manusia yang bercocok tanam dan mencari ikan di Temajuk.

Udaranya masih segar, air lautnya bersih berwarna biru, pasir pantainya putih, bersih. Terdapat batu batu besar yang teronggok kokoh berjajar di sepanjang pantai. Masih banyak penyu. Mereka sering bertelur di atas pasir pantai yang berdekatan dengan daratan.

Saat ini, 2015 penduduk desa Temajuk kurang lebih 700 jiwa yang terhimpun dalam 270 KK. Mereka tinggal berjauhan satu sama lain, sesuai dengan lahan tempat tinggal dan lading mereka. Rata-rata mereka mempunyai ladang cukup luas. Harga per hektar, kurang lebih 5 juta rupiah.

Selama di Temajuk, saya menyempatkan diri untuk berkeliling desa. Melihat poskesdes, pasar, laut, sekolah dan puskesmas yang sedang proses penyelesaian pembangunan. Secara umum, wilayahnya menarik karena indah, tapi masih sangat sepi, jarang penduduk. Belum ada listrik, apalagi sinyal telekomunikasi.

Kalau mau bertelepon untuk dapat sinyal, harus pergi ke Kecamatan Paloh, 5

jam perjalanan darat dengan mobil *double gardan*. Mobil biasa seperti Inova atau Avanza, sangat beresiko, apalagi musim penghujan. Bisa ambles atau terperosok lumpur.

Setelah bertemu dengan kepala puskesmas Temajuk, bidan Juraini sekitar pukul 23.00, saya selaku pendamping menyerahkan ke 5 NS tersebut, untuk selanjutnya agar dapat bekerja sama melayani kesehatan masyarakat Temajuk.

Bidan Juraini sangat senang, karena ada tambahan tenaga kesehatan. Sebab, selama ini puskesmas hanya mempunyai 5 orang tenaga kesehatan, termasuk Juraini.

“Saya sangat berterima kasih dengan tambahan 5 tenaga kesehatan baru. Semoga dapat meningkatkan kesehatan masyarakat Temajuk. Selama ini, banyak agenda kesehatan yang belum terlaksana dengan baik, karena minimnya tenaga dan sarana,” ujar Juraini.

Selanjutnya kepada seluruh NS, Juraini mengatakan untuk sementara tinggal di rumahnya dahulu, sampai dapat tempat tinggal untuk menetap. Kebetulan, bidan Juraini baru pindah rumah dengan luas lahan satu hektar, luas rumah kurang lebih 500 meter, 2 lantai. Para NS menempati 2 kamar di lantai 2.

Setelah menyerahkan NS kepada bidan Juraini, pagi hari meninjau lapangan bersama NS dan petugas puskesmas, kemudian

melanjutkan perjalanan pulang. Setelah menginap di Sambas dan Pontinak, baru sampai Jakarta 15 Desember 2015.

Para peserta NS tak ada komunikasi, seperti apa kabarnya. *Alhamdulillah*, tanggal 28 dapat komunikasi dengan La Ode. Ia mengabarkan sedang di Paloh mengambil kendaraan motor dinas, bantuan Dinkes Sambas.

“Selamat berjuang kawan...!”

“Siaap,” jawab La Ode lugas. [P]



Laode Selfi, Indahnya Pantai Temajuk.



Pendamping NS Foto di Pantai Temajuk

dr. I. Ketut Sukarja  
Kepala Dinas Kesehatan Sambas



# MOTOR UNTUK PETUGAS NS

**K**epala Dinas Kesehatan Sambas memberikan kendaraan bermotor roda dua. Kendaraan operasional petugas Nusantara Sehat (NS) di Puskesmas Temajuk, Kecamatan Polah, Kabupaten Sambas, Provinsi Kalimantan

Barat. Harapannya, dapat membantu operasional para NS mengunjungi keluarga dan masyarakat juga memberi pelayanan kesehatan. Temajuk mempunyai penduduk dengan tempat tinggal yang berjauhan satu sama lainnya. Sementara jalan-jalan

penghubung antar rumah dan kampung sebagian masih terbuat dari tanah yang dikeraskan, bila musim penghujan datang, menjadi berlumpur seperti kubangan kerbau.

Memang Sambas, khususnya Puskemas Paloh dan Temajuk, tempat yang punya tantangan tersendiri.

Selain medan yang indah, juga banyak potensi yang layak dikembangkan oleh para peserta Nusantara sehat. Mengapa enak? Karena wilayah ini akan dikembangkan menjadi daerah wisata, sebab alamnya indah.

Hal ini disampaikan Kadinkes Sambas, dr. I. Ketut



Sukarja, kepada para peserta tim NS pukesmas Paloh dan Temajuk, di Sambas, 11 Desember 2015.

“Kami sangat bersyukur mendapat dukungan dari Kemenkes dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, terutama melalui penguatam tim NS, dengan membenahi manajemen puskesmas. Selain itu para NS dapat memberdayakan masyarakat, agar datang ke puskesmas dan peduli ASI,” ujar dr. Ketut.

Menurutnya, para NS mempunyai keluarga binaan. Mereka melakukan kunjungan secara berkala sambil memberi arahan

dan penyuluhan. Untuk menunjang kegiatan tersebut, Dinkes telah menyediakan kendaraan dinas roda dua dan mobil *double gardan*. Selain itu, juga telah dialokasikan dana BOK 100 juta untuk puskes Temajuk tahun 2016.

“Ke depan, saya harap puskesmas dan NS dapat bersinergi menyusun perencanaan kesehatan. Selama ini, hasil evaluasi NS angkatan 1 di Sajingan, belum bersinergi secara optimal. Puskes dan NS menyusun program masing-masing,” ujarnya.

Selanjutnya, para NS diminta menyusun peta air bersih, pembuangan sampah, ketersediaan jamban keluarga dan tempat umum. Para NS mendapat masukan dari bidang kesehatan lingkungan, layanan kesehatan keluarga, promosi kesehatan.

Ke depan, Kadinkes juga berharap agar dikirim 3 tim NS lagi untuk Sambas, sehingga pelayanan kesehatan, khususnya wilayah pinggiran dapat lebih baik lagi. Seluruh pelayanan persalinan dapat ditangani tenaga kesehatan. Selain itu, juga dapat meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat mendukung program kesehatan, di antaranya pemberian ASI eksklusif kepada bayi.

“Selain para NS, setiap puskesmas dan tenaga kesehatan harus mempunyai keluarga binaan. Mereka membina masyarakat untuk menjaga kesehatannya agar tidak jatuh sakit. Masyarakat yang sakit segera mendapat pelayanan pengobatan,

tidak menunggu kronis,” ujar Kadinkes.

Menurutnya, di tengah masyarakat masih sering menemukan masalah gizi. Ada masyarakat yang masih kurang gizi, bukan karena tidak mampu menyediakan bahan makanan yang bergizi, tapi karena masalah pengetahuan orang tuanya.

Untuk itu, Kadinkes minta selalu ada kunjungan secara periodik kepada keluarga binaan dan masyarakat dan memberikan pembinaan gizi. Sehingga, suatu saat masalah gizi masyarakat dapat berkurang dan hilang.

Untuk meningkatkan sinergitas program, Kadinkes juga menginstruksikan kepada para tenaga kesehatan di Puskesmas agar mendorong masyarakat menanam tanaman obat dan bahan makanan tambahan. Kedua unsur tersebut dapat meningkatkan jumlah asupan gizi kepada masyarakat, dengan memanfaatkan lahan pekarangan yang tersedia.

Menurut Kadinkes, untuk melibatkan masyarakat dalam program kesehatan harus memulai pelibatan dari proses perencanaan, sehingga masyarakat memahami apa yang menjadi kebutuhan dan peran apa yang akan mereka lakukan mendukung petugas kesehatan di Puskesmas.

Pelibatan dari perencanaan juga memberi kepercayaan kepada masyarakat untuk terlibat dan bertanggung jawab. Apabila masyarakat sudah merasa dipercaya, maka akan menimbulkan kesiapan untuk melaksanakan program kesehatan secara sadar dan berkesinambungan. [P]

”

Kami sangat bersyukur mendapat dukungan dari Kemenkes dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, terutama melalui penguatam tim NS, dengan membenahi manajemen puskesmas.  
dr. I. Ketut Sukarja

# BIDAN JURAINI: 20 TAHUN MENGABDI DI TEMPAT SUNYI



**M**elahirkan di perahu saat gelombang laut sedang tinggi jelas aktifitas berisiko tinggi. Untuk ibu hamil, kondisi ini membuatnya bertaruh nyawa dua kali. Prosesi melahirkan dan kondisi saat proses itu berlangsung. Pengemudi perahu dan bidan juga ikut bertaruh nyawa. Dan bidan itu adalah Juraini.

Ketika itu, Juraini merujuk pasien hamil akan melahirkan ke puskesmas Paloh, Sambas, Kalimantan Barat. Perjalanan dari Temajuk menuju Paloh membutuhkan waktu 6-7 jam. Untuk sampai ke sana harus melalui lautan lepas.

Merekapun berangkat naik perahu kecil. Melewati perairan yang sering dilintasi kapal-kapal berukuran raksasa milik perusahaan asing. Gelombang ombak akibat hempasan kapal besar bercampur tiupan angin laut yang kencang, membuat perahu kecil itu oleng tak terkendali. Air lautpun membanjiri perahu kayu tersebut.

Saat-saat seperti itulah ibu hamil tadi mengalami kontraksi hebat. Tanda-tanda melahirkan sudah sangat dekat. Penumpang banyak berdo'a. Semoga selamat sampai tujuan. Namun, kondisinya berkata lain. Si bayi ternyata sudah ingin merasakan kehangatan matahari secara langsung.

Dengan menggunakan peralatan seadanya, bidan Juraini membantu persalinan di atas perahu. Sang ibu dan anak selamat. Allah selamatkan keduanya. Perjalanan laut yang heroik

dari Kecamatan Temajuk menuju Kecamatan Paloh.

"Sekarang, anak yang lahir di perahu itu, sudah kelas 5 Sekolah Dasar, tumbuh sehat, cerdas dan ceria. Semoga kelak menjadi anak yang berguna bagi bangsa, negara dan berbakti pada orang tuanya," ujar Juraini penuh harap.

"Peristiwa ini memberi kesan sangat mendalam sepanjang puluhan tahun dalam hidupku hingga saat ini. Sekalipun gelombang besar, saat itu saya tetap fokus melakukan persalinan, sekalipun keselamatan saya dan semua penumpang perahu dalam bahaya. Mengapa? Perahu sudah penuh dengan air, tinggal tenggelam, tapi Allah berkehendak lain, masih menyelamatkan saya dan seluruh penumpang," kenang Juraini.

Menurut Juraini, sebagai bidan PTT sebatang kara di Kecamatan Temajuk, Sambas, Kalimantan Barat sejak tahun 1996, sudah puluhan tahun merujuk pasien menggunakan perahu. Kalau sekarang sudah enak, merujuk pasien pakai mobil, walau jalannya masih rusak, berlumpur dan terkadang putus, karena jembatan rusak.

"Motivasi saya mau ditempatkan di Temajuk ini ingin mencari ketenangan, hanya mengabdikan, melayani masyarakat, agar lebih sehat. Di sini masyarakat selalu minta layanan kesehatan kepada petugas kesehatan, kecuali tenaga kesehatannya tidak ada, baru ke dukun. Jadi, saya senang dan tenang melayani mereka," ujar



Dulu, karena sulit mendapatkan bahan makanan pokok, pernah selama 6 bulan makan bubur, sehari sekali. Karena tidak ada pasokan bahan makanan. Dalam satu tahun hanya 6 bulan laut dapat berfungsi sebagai transportasi, sisanya gelombang tinggi, sangat berbahaya.

Juraini bangga.

Menurut Juraini, waktu itu saya sebagai PTT, bergaji Rp 450.000,-, *Alhamdulillah* cukup. Kalau memberi pelayanan kesehatan dibayar dengan sayuran, singkong, pisang, apa saja yang mereka kasih saya terima. Ada juga dari mereka yang berhutang, bayar cicil, lunas setelah dua tahun berlalu. *Ndak* masalah, terkadang juga sudah lupa.

Dia sendiri melahirkan anak pertama dan kedua selalu operasi cecar, tapi anak ketiga lahir normal. Kejadiannya, sepulang menolong persalinan, perut terasa sakit, 20 menit berikutnya sudah lahir. Ia hanya dibantu seorang perawat yang kebetulan bertempat tinggal bersebelahan dengannya.

"Ajaib, saya mules, tidak ada siapa-siapa. Saya minta perawat yang kebetulan tinggal di sebelah rumah untuk menemani. Perawat melakukan seluruh persalinan dengan instruksi saya. Perawat bingung, berulang-ulang bertanya bagaimana-bagaimana? Bahkan, ketika akan memotong tali pusat, perawat juga tidak bisa. Akhirnya, saya duduk, kemudian memotong tali pusat sendiri," ujar Juraini sambil tertawa ngakak.

Menurut Juraini, dulu di puskesmas pembantu, nakes hanya satu orang, saya sendiri, sehingga semua dikerjakan sendiri. Sekarang sudah berjumlah 4 orang. Terus sekarang ada teman-teman Nusantara Sehat 5 orang, sudah lebih enak lagi.

"Dulu, semua pelayanan



kesehatan dikerjakan sendiri, sunat, melahirkan, pengobatan semua jenis penyakit sendiri. Bisa nggak bisa, sebisa-bisanya, harus bisa. Sebab, semua masyarakat di sini menganggap serba bisa. Rumusnya, *Bimillahirrahmanirohim* saja. Niatnya bantu orang. Belajar sunat, saya hanya melihat waktu di puskesmas Pontianak, langsung praktek sendiri disini. Tapi, sekarang sudah nggak mau lagi, sudah ada perawat, bahkan melihat luka saja sudah malas,” ujar Juriani.

Menurutnya, sekarang sudah enak, teman tenaga kesehatan sudah banyak, bidanpun ada 2 orang, melayani masyarakat sesuai bidang masing-masing. Awal masuk kemari ke Temajuk, hanya ada 114 KK dengan cacah jiwa 400 orang. Sekarang sudah meningkat menjadi 600 KK dengan cacah jiwa 2000 orang. Semua ini membutuhkan lebih banyak tenaga kesehatan untuk melayani.

Menurut Juraini, masalah kesejahteraan *Alhamdulillah*, tanahnya subur, hasil laut, semua dapat dijual ke luar negeri. Cukup sejahteralah kehidupan di sini. Kalau dulu betul, susah. Orang bertani dan menangkap ikan hanya untuk dimakan, belum dapat menjual hasil tani dan laut. Juraini sendiri, sudah mempekerjakan 30 karyawan, sebagai nelayan menangkap ikan selama 12 tahun, punya pukat penangkap ikan. Hasilnya kemudian diekspor ke luar negeri. Tapi sekarang, saya sudah istirahat.

“Dulu, karena sulit

mendapatkan bahan makanan pokok, pernah selama 6 bulan makan bubur, sehari sekali. Karena tidak ada pasokan bahan makanan. Dalam satu tahun hanya 6 bulan laut dapat berfungsi sebagai transportasi, sisanya gelombang tinggi, sangat berbahaya. Pernah bawa beras dari Palu, saya bagi ke tetangga, mereka sudah habis semua, walau sekedar masak bubur,” ujarnya mengenang kepahitan masa lalu.

Menurutnya, sejak dulu banyak bersyukur, sudah tenang, banyak orang susah di bawah kita. Kalau melihat ke atas terus, tidak bersyukur, pasti ada rasa iri. Kalau ada orang berobat, tidak bayar tidak apa-apa. Sejak melayani orang berobat, saya sudah niatkan tidak minta bayaran. Tapi kalau mereka kasih uang sebarangpun saya terima.

“Tapi, kalau akadnya pinjam atau hutang yang harus bayar, sampai kapanpun. Itu prinsip,” ujarnya tegas.

Kini, Juraini telah

”

Motivasi saya mau ditempatkan di Temajuk ini ingin mencari ketenangan, hanya mengabdikan, melayani masyarakat, agar lebih sehat.

mempunyai rumah yang luas, pekarangan yang luas, beberapa tenaga kesehatan menginap di rumahnya, tanpa bayar, tinggal masuk, sudah tersedia kamar lengkap. Bahkan kehadiran 5 peserta Nusantara Sehat angkatan ke 3 ini pun ditampung di rumah bidan Juraini.

“Kalau mereka senang tinggal di sini, silahkan, apalagi belum ada tempat tinggal yang disediakan pemerintah. Nggak apa-apa, biarlah di sini saja, menemani keluarga saya,” ujarnya.

Ia berprinsip, Hidup itu nggak usah saling menyalahkan, nggak usah cari muka kepada atasan, anggap semua saudara. Kerjakan tugas masing-masing. Jangan ambil pekerjaan orang. Sebab kalau mengambil pekerjaan orang, pasti ingin tahu bagaimana hasilnya, tumbuh rasa irinya. Sehingga hidup ini damai, aman, tak ada selisih paham antar kawan. Rezeki sudah dijatah, ada yang mengatur. Jadi hidup itu sederhana, tidak rumit. [P]





## dr. Asjikin Iman Hidayat Dachlan, MHA

Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan

# PERKUAT DATA PENEMPATAN

**S**aat di-*launching*, program Nusantara Sehat tidak didukung data memadai. Hal ini mengganggu proses penempatan tim nakes. Ke depan, selain perkuatan sinergi antar lini di Kemenkes untuk memperbaiki data,

penyebaran kuesioner melalui nakes daerah, dan *feedback* setiap daerah akan menjadi dasar bagi penempatan tenaga kesehatan.

Hal ini terungkap dari wawancara **Mediakom** dengan Kepala Pusat Perencanaan dan

Pendayagunaan SDM Kesehatan. Pusregun, dr. Asjikin Iman Hidayat Dachlan, MHA beberapa waktu lalu. Menurutnya, Kemenkes memiliki alasan kuat untuk tetap melaksanakan program Nusantara Sehat. Banyak masyarakat yang belum

mendapatkan layanan kesehatan yang baik dan memadai.

Kondisi ini bisa dilihat dari 9650-an puskesmas di Indonesia. 4,14% belum memiliki bidan, 41,43% belum memiliki tenaga kesehatan sanitasi- farmasi, dan 19,7% belum memiliki

dokter.

“Untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, kekurangan tenaga kesehatan tadi harus dipenuhi. Program Nusantara Sehat adalah jawabannya. Sebuah program yang menempatkan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia”.

Nusantara Sehat (NS) pun di-*launching* dengan persiapan yang belum matang. Kemenkes dihadapkan pada dua pilihan yang sama-sama tidak menyenangkan dan menguntungkan. Pertama jika pelaksanaan NS diundur, akan semakin lama masyarakat menikmati layanan kesehatan. Namun jika tetap dilaksanakan pasti akan dijumpai banyak kekurangan.

*But the show must go on.* Kemenkes memilih meneruskan program NS. Karena pasti ada kelebihan yang bisa diperoleh, meski juga ada kekurangannya. Program Nusantara Sehat pun dicanangkan.

Mulailah perekrutan calon tenaga kesehatan yang diproyeksikan untuk mengisi tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Nusantara Sehat angkatan I.

Permenkes no. 75 tahun 2014, menyebutkan jumlah minimal tenaga kesehatan untuk setiap puskesmas. Standarnya harus ada sembilan tenaga kesehatan wajib, yakni dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian.

Kesembilan tenaga kesehatan itu dibutuhkan dalam program-program kesehatan pemerintah yang dijalankan Kemenkes. Untuk memenuhi standar pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah kepada masyarakat.

Ketika perekrutan dan pelatihan selesai dilakukan, tibalah waktu penempatan. Di sinilah kekurangan mulai nampak. Kekurangan yang sangat terasa adalah ketiadaan data yang akurat. Ketidadaan data membuat Kemenkes kesulitan untuk memetakan mana daerah-daerah yang benar-benar membutuhkan tenaga kesehatan.

Apakah daerah tersebut tidak memiliki tenaga kesehatannya sendiri, atau hanya memiliki satu tenaga kesehatan, atau bahkan berlebih?

Idealnya ketika program NS bergulir, data sudah lengkap. Mana DTPK yang tenaga kesehatannya kurang? Mana DTPK yang tidak memiliki tenaga kesehatan sama sekali atau DTPK yang tenaga kesehatannya berlebih.

“Program NS periode pertama dikhususkan untuk Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Kita menganggap daerah terpencil adalah daerah yang jauh dari jangkauan layanan kesehatan. Daerah perbatasan seharusnya memiliki pelayanan kesehatan dengan daerah negeri tetangga. Daerah kepulauan yang terdiri dari 17.000 lebih pulau-pulau,”



Untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, kekurangan tenaga kesehatan tadi harus dipenuhi. Program Nusantara Sehat adalah jawabannya.

urai dr. Iman Hidayat.

Minimnya data membuat penempatan tenaga kesehatan hanya menggunakan definisi DTPK sebagai alasan utama penempatan tenaga kesehatan. Hasilnya, saat kunjungan Menteri Kesehatan di Siemeulue Aceh, sudah ada 80 tenaga kesehatan. Ada juga di salah satu wilayah di Papua yang tenaga kesehatannya berlebih.

Lantas untuk apa menempatkan tenaga kesehatan di sana?

Hal ini tentu saja sangat terkait dengan pendataan. Kemenkes belum memiliki dana untuk melakukan pendataan. Sehingga sulit untuk melakukan penempatan berdasarkan kebutuhan daerah.

“Jadi kalau ditanyakan kendala utama program

Nusantara Sehat, saya akan mengatakan dana. Dana untuk menyelenggarakan pendataan yang akurat”.

Memang ada data dari BPS tentang puskesmas di Indonesia, namun sayang sekali kurang akurat. Jika data tersebut diimplementasikan untuk kebutuhan Nusantara Sehat ini, hasilnya kurang memadai.

Untuk mengantisipasi masalah data ini, menurut dr Iman Hidayat, di dalam Kemenkes sendiri harus membangun sinergi yang kuat antar lini. Misalnya kerjasama Pusdatin, Puskomblin, Pusrenggun, dan seterusnya. Sehingga pada proses penempatan Nakes NS tahun 2016 dan seterusnya tidak mengalami deviasi yang tidak perlu.

Saat ditanyakan strategi untuk pelaksanaan program NS 2016, Ka Pusrenggun SDM ini menyatakan bahwa ada beberapa strategi yang sudah disiapkan.

“Rencana yang akan datang, program akan dibagi dua. Program dengan *team based*. Artinya sekali kirim, satu tim yang terdiri dari 9 tenaga kesehatan itu kita berangkatkan. Program lainnya adalah Nusantara Sehat Individual. Program ini meskipun yang dikirim individual, dalam pekerjaan nantinya harus tetap *team based*. Karena mereka tetap dibekali penanganan masalah kesehatan berdasarkan tim,” urainya.

Untuk mengantisipasi “penempatan yang tidak dibutuhkan”, strategi jangka pendeknya adalah dengan mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya dari



para nakes daerah. Selain itu, gaung dari NS 1 & NS 2 sudah mulai terdengar di seluruh Indonesia. Banyak surat masuk dari daerah meminta tambahan tenaga kesehatan.

“Berdasarkan data kuesioner yang kami kirimkan dan *feedback* para pemimpin daerah itulah nantinya kami akan melakukan penempatan”.

Meskipun data-data tersebut masih menyisakan ruang *debatable* bagi akurasi, namun paling tidak sudah ada gambaran kasar tentang berapa nakes yang harus dikirim.

“Misalnya ada sebuah daerah yang hanya memiliki 5 tenaga kesehatan dari 9 persyaratan perundangan. Mereka kurang 4 tenaga.

Kemendes akan mengirim kekurangannya. Ke-empat tenaga yang dikirim harus berusaha menyatukan kinerja *based on team* tadi,” katanya.

Menurut dr Iman, model inilah yang disebut sebagai program NS Individual. Tidak dikirim dalam tim, melainkan hanya berdasarkan kebutuhan saja. Namun, hal ini tidak boleh menjadikan pekerjaan layanan kesehatan mereka menjadi individualis.

“Justru disini letak kelebihan. Nakes yang dikirim secara individual, tetap wajib melakukan pelayanan *based on team*. Mereka harus menyatukan nakes yang sudah ada dengan nakes NS”.

Namun dr. Iman

mengakui ada kendala lain yang cukup mengganggu proses penyatuan ini. Misalnya saja adanya kesenjangan insentif yang sangat mungkin mengganggu integrasi dan adaptasi tenaga kesehatan NS dan lokal. Menurut Dia, kendala disparitas insentif harus direduksi sampai titik nol untuk mengurangi hambatan kinerja berbasis tim.

Selain masalah insentif, juga harus dicermati kendala adaptasi yang berhubungan dengan budaya. Akulturasi budaya. Khusus untuk masalah ini, dr. Iman menyatakan bahwa rancangan pelatihan program Nusantara Sehat saat ini, selain berisi nasionalisme atau bela negara, program-

program kesehatan, juga ditambahkan materi budaya.

“Kita kenalkan mereka budaya-budaya masyarakat, terutama tempat dimana mereka akan ditugaskan”.

Dr. Iman Hidayat memberi contoh tentang satu suku di Indonesia yang kalau berobat harus disuntik. Tidak berobat namanya kalau tidak disuntik. Semakin sakit suntikannya, semakin baik. Kalau mereka berobat ke dokter atau mantri kesehatan dan tidak disuntik. Secara *gethok tular*, akan tersebar informasi bahwa dokter atau mantri kesehatan tersebut tidak melakukan pengobatan dengan baik. Alasannya? Tidak disuntik.

Ada juga kasus unik di Papua. Beberapa suku melarang proses kelahiran

ditolong tenaga kesehatan laki-laki. Sementara mayoritas tenaga kesehatan yang ditempatkan di sana laki-laki karena kondisi geografis. Akibatnya ketika tiba masa persalinan, tenaga kesehatan hanya memberikan instruksi dari luar. Apakah ini berhubungan dengan AKI? Membutuhkan penelitian lebih lanjut.

Dalam pelatihan calon tenaga kesehatan NS, FGD akan diarahkan salah satunya untuk mencari *source of estimated values* dari sebuah budaya. Tujuannya memudahkan mereka untuk beradaptasi dengan kehidupan masyarakat setempat.

“Tim NS yang dikirim tidak boleh hanya mengadakan layanan kesehatan saja. Ada pasien dilayani. Tidak ada pasien ya sudah. Mereka harus menyatu dengan masyarakat. Supaya mereka tahu pelayanan kesehatan

apa yang dibutuhkan masyarakat. Tim bisa memberikan pelayanan secara utuh kepada masyarakat. Dan bagaimana mengajak masyarakat berfikir sehat,” katanya lagi.

Inilah inti dari program kesehatan. Ketika masyarakat sudah berfikir sehat, logika mereka akan selalu mengarahkan kepada tenaga kesehatan ketika menghadapi permasalahan kesehatan. Bahkan jauh sebelum datangnya penyakit.

Menyatunya Nakes NS dengan masyarakat nantinya akan semakin mengurangi resistensi masyarakat. Meskipun berdasarkan pantauan sejauh ini, sampai hari ini, tidak ada satupun resistensi, baik dari masyarakat ataupun pemerintah daerah.

Semuanya beranggapan, NS adalah program yang sangat membantu. Pemerintah daerah

menyambut dengan terbuka. Mereka senang karena masyarakatnya yang terpencil bisa mengakses layanan kesehatan melalui NS ini.

“Selain itu dari evaluasi terakhir, pada saat penempatan tenaga NS nanti kita akan memerhatikan dengan sungguh-sungguh potensi yang bisa mengganggu, misalnya SARA. Namun sejauh ini, *alhamdulillah*, tidak ada penolakan dari seluruh daerah yang ditempati”.

### **Nakes NS diangkat menjadi PNS**

Berita ini muncul pada saat bidan PTT melakukan demo. Ada 48 ribuan bidan PTT menuntut untuk diangkat menjadi PNS. Kemenkes berfikir. Alasan di balik tuntutan para bidan sangat logis. Bukankah pengabdian mereka di wilayah-wilayah terpencil sudah cukup?

Begitu pula tenaga kesehatan yang dikirim melalui program Nusantara Sehat. Mereka terikat selama dua tahun. Namun sesudah itu apa? Kalau mereka betah di daerah tugasnya, status mereka apa?

Pemerintah daerah, berdasarkan aturan, tidak mungkin membayar mereka dengan status honorer. Lantas apakah harus dipulangkan? Lalu diadakan perekrutan lagi dan lagi?

Bukankah lebih efisien jika dipastikan tenaga kesehatan tetap di daerah tugasnya dengan predikat PNS. Mereka sudah melakukan pengabdian di daerah-daerah terpencil penuh dedikasi. Anggap sebagai penghargaan pemerintah.

Inilah yang kemudian dibawa Menteri Kesehatan, Sekjen dan Ka. PPSDM saat berkunjung ke Menpan. Menkes mengusulkan bidan PTT, Dokter PTT, dan tenaga kesehatan yang dikirim melalui Nusantara Sehat untuk bisa diangkat menjadi PNS.

Gayung bersambut. Menpan menyetujui usulan tersebut. Pada prosesnya pengangkatan PNS ini nantinya akan berdasarkan kuota yang diberikan Menpan. Kemenkes tetap memberi prioritas untuk nakes di wilayah-wilayah terpencil baik PTT maupun yang dikirim melalui NS.

Sementara untuk tenaga kesehatan yang ditugaskan di daerah yang tidak terlalu sulit, tidak terpencil, akan diarahkan melalui perekrutan PNS biasa. Sebuah berita gembira tentunya!

[Set\_Gibran]



# TIM NUSANTARA SEHAT: PLAN OF ACTION 2 TAHUN KE DEPAN



**A**presiasi untuk tim Nusantara Sehat. Khususnya Mira Maryani Latifah, Novi Purnama Sari, Nyemas Eva Santri Dewi, Rachmat Dwi Cahyo Maulana dan Sayuti Ansyari. Peserta Nusantara Sehat gelombang kedua yang ditempatkan di Kecamatan Embaloh Hulu, Kabupaten Kapuas Hulu, Kalimantan Barat. Satu bulan setelah penempatan, mereka mengirimkan rencana yang akan dikerjakan dua tahun ke depan.

Laporan awal *team based* Nusantara Sehat ini, bertujuan memberikan gambaran mengenai pelaksanaan kegiatan lapangan. Mulai dari derajat kesehatan masyarakat, analisis masalah dan analisis pemecahan masalah kesehatan. Juga sebagai bentuk pertanggungjawaban Tim Nusantara Sehat Puskesmas Embaloh Hulu.

Wilayah kerja terdekat Puskesmas Embaloh Hulu, yakni dusun Keraam, desa Benua Martinus adalah 400 meter, sedangkan jarak terjauhnya dusun Lauk Rugun desa Rantau Prapat berjarak 40 km. Perjalanan ditempuh dengan kendaraan darat dan sungai.

Jumlah penduduk Kecamatan Embaloh Hulu, Januari 2015 sebanyak 5.899 orang. Komposisi laki-laki 2.973 orang dan perempuan 2.926 orang. Semuanya berada dalam 1.619 keluarga yang terdistribusi di 10 desa dan 26 dusun.

Sumber penghasilan utama penduduk pertanian, perkebunan sawit, karet dan

pengolahan kayu. Sarana pendidikan yang tersedia 1 Taman Kanak-kanak (TK), 15 Sekolah Dasar (SD), 3 Sekolah Menengah Pertama (SMP), 1 Sekolah Menengah Atas (SMA). Semua berstatus sekolah negeri.

Fasilitas kesehatan wilayah kerja Puskesmas Embaloh Hulu, terdiri dari puskesmas induk, puskesmas pembantu, poskesdes serta perumahan paramedis dan medis. Puskesmas induk berada di Dusun Keraam, Desa Benua Martinus dengan status puskesmas perawatan. Puskesmas tersebut mempunyai satu bangunan rawat jalan, satu bangunan rawat inap dengan 10 tempat tidur pasien, satu bangunan perumahan untuk medis (dokter) serta tiga lokal bangunan untuk tenaga paramedis.

Selain itu, ada 5 Puskesmas pembantu yang tersebar di lima desa, 7 poskesdes yang tersebar di lima (5) desa dari 10 desa yang ada. Semua fasilitas kesehatan memiliki tenaga kesehatan. Secara

fisik, semua bangunan puskesmas pembantu dalam kondisi baik dan terawat.

## Program Kesehatan Dasar

Upaya pelayanan kesehatan yang akan dilakukan di Puskesmas Embaloh Hulu fokus pada upaya kesehatan wajib. Sebagai langkah dukungan terhadap pencapaian tujuan MDGs. Seperti:

- Upaya promosi kesehatan
- Upaya kesehatan lingkungan
- Upaya KIA/KB
- Upaya perbaikan gizi masyarakat
- Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- Upaya pengobatan

Selain enam upaya kesehatan wajib di atas, puskesmas juga melaksanakan kegiatan penunjang. Contohnya seperti laboratorium mini puskesmas dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya pengobatan yang dapat dilakukan terdiri dari rawat jalan, rawat inap, puskesmas keliling serta

upaya rujukan. Untuk melaksanakan upaya kesehatan, puskesmas harus melakukan koordinasi dengan dinas kesehatan.

## Plan of Action

Tim Nusantara Sehat juga menyusun rencana kerja berdasarkan hasil musyawarah dan mufakat dalam rapat kerja perencanaan. Musyawarah dihadiri oleh Tim Puskesmas, Tim Nusantara Sehat, dan tokoh masyarakat.

Latar belakang penyusunan program (*plan of action*) adalah analisis situasi kesehatan melalui data sekunder maupun data primer. Selain itu, juga melihat hasil evaluasi program tahun sebelumnya, serta kebutuhan masyarakat.

Hasilnya perencanaan kegiatan yang akan dijalankan berfokus pada program dasar puskesmas, seperti upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya KIA/KB, upaya kegiatan gizi masyarakat dan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. [P]

# ACTION PLAN



# Mengukur Capaian Reformasi

**S**aya kebetulan mengenal seorang tenaga medis, dr. Mutia, kepala sebuah puskesmas di daerah yang memenuhi kriteria untuk dibidang terpencil di Jawa Barat. dr. Mutia adalah seorang pengabdian yang penuh idealisme, berdedikasi, cerdas, paruh baya, dan cantik.

Tulisan berikut berasal dari percakapan dengan beliau, di suatu sore di teras belakang puskesmas itu.

Reformasi birokrasi di bidang kesehatan sudah bukan lagi merupakan kosakata yang baru. Bahkan saking seringnya diucapkan, hingga terkesan latah. Yang jadi masalah memang bukan istilah reformasinya sendiri, melainkan apa saja agendanya, sejauh mana pelaksanaannya, dan bagaimana evaluasinya.

Sejak reformasi tahun 1998, reformasi birokrasi adalah bagian dari subsistem yang menjadi tuntutan utama. Namun tanpa pergolakan 1998 pun, transparansi

dan akuntabilitas institusi sejatinya memang mesti didasari oleh mekanisme birokrasi yang bersih, autokritik dan berdisiplin ditunjang oleh SDM yang memiliki rasa tanggungjawab dan idealisme.

Di sisi lain, birokrasi adalah perangkat sistem yang niscaya bagi setiap roda pemerintahan. Tanpa mekanisme birokrasi maka institusi pelayanan publik akan stagnan, bahkan tak berfungsi sama sekali. Sayangnya, birokrasi yang melayani secara profesional dan bersih dari praktek KKN, faktanya masih merupakan cita-cita yang belum sepenuhnya terwujud.

Sementara, kita tahu, kesehatan adalah modal utama yang harus dimiliki setiap bangsa yang ingin maju dan sejahtera, selain pendidikan yang merata bagi setiap warga negara. Kesehatan adalah prasyarat normatif yang sangat berkaitan dengan tingkat kemakmuran sebuah bangsa. Tanpa kesehatan yang terjamin, maka masalah kesehatan justru akan

menjadi beban ekonomi bagi warga negara. Karena itu, masyarakat harus didorong untuk mencerdaskan dan memandirikan dirinya.

Di sisi pelaku birokrasi, Ketika seseorang berada pada sebuah sistem, pada akhirnya kita akan diuji oleh sebuah kondisi dimana birokrasi kerap bersentuhan dengan hal-hal yang paradoks, dan perasaan yg dilematis. Di satu sisi, tuntutan perubahan birokrasi adalah sebuah keniscayaan. Sementara di sisi lain, sistem birokrasi mewariskan benang kusut dimana-mana.

Birokrasi warisan orde baru menguji attitude setiap orang, apakah ia tenggelam dalam sistem yang telah mengakar, ataukah ia akan muncul sebagai agent of change.

Walaupun seorang birokrat bermodalkan kepintaran, kecerdasan, kekuatan politik, bahkan kekuasaan dan wewenang; jika ia tidak memiliki komitmen pada perubahan ke arah yang lebih baik, maka hasilnya niscaya out-put yang nihil pula. Dan inilah yang masih kerap terjadi. Pelayanan publik yang bersifat semu, manipulatif, tidak efektif, apalagi efisien.

Reformasi bisa saja dilakukan secara bertahap untuk mengoreksi kesenjangan pembiayaan kesehatan. Karena tujuannya adalah menciptakan sistem yang dapat memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi semua.

Di ceruk ini, parameter reformasi dapat diukur dari capaian terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkeadilan, perbaikan

akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, ketersediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, efisien, dan berkesinambungan. Dan yang penting, pembiayaannya harus dilaksanakan dengan kaidah good governance.

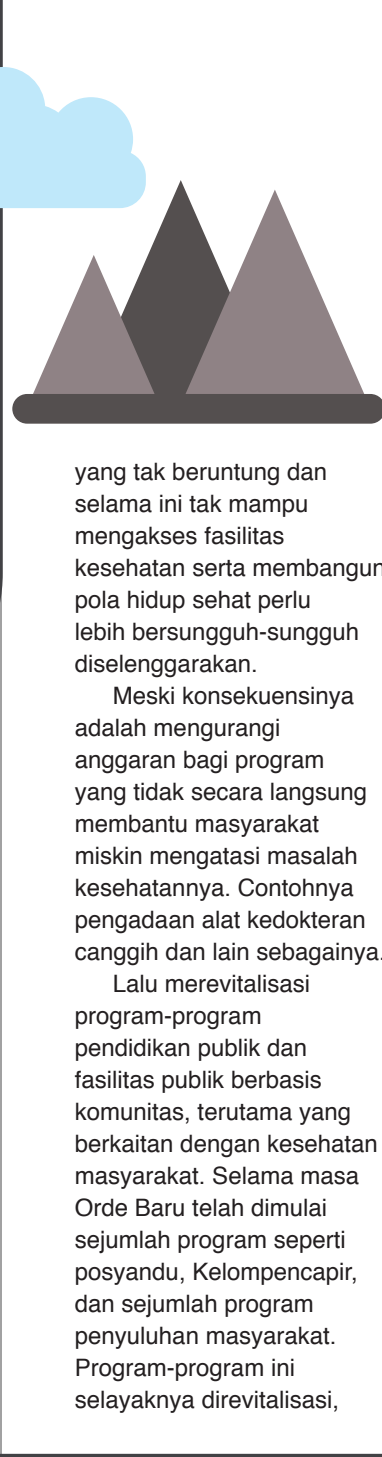
Masalah kesehatan di Indonesia menuntut dikembangkannya satu sistem jaminan kesehatan yang tidak hanya mampu menanggulangi beban biaya yang harus dipikul masyarakat, tetapi juga mampu berintegrasi dalam sistem jaminan sosial lainnya.

Sistem jaminan kesehatan yang berintegrasi dalam sistem jaminan sosial lainnya ini dimaksudkan untuk mengatasi ketidakadilan akses sekaligus membenahi kerumitan dalam penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan.

Prioritas pembangunan kesehatan harusnya lebih diarahkan untuk masyarakat miskin – mereka yang jumlahnya mayoritas dan telah banyak terampas haknya selama ini.

Untuk itu, sasaran dari subsidi pemerintah di bidang kesehatan perlu dipertajam dengan jalan antara lain meningkatkan anggaran bagi program-program kesehatan yang banyak berkaitan dengan penduduk miskin. Misalnya program pemberantasan





diperlukan peran-aktif lintas -sektor, dari edukasi dalam pembelajaran di sekolah, edukasi dilingkungan keluarga, dan political will dari birokrasi. Dari tingkat RT hingga tingkat pemerintah pusat.

Sudah saatnya penyelenggaraan kesehatan diprakarsai oleh masyarakat sendiri, sehingga pemaknaan atas hidup sehat menjadi sebuah budaya baru, di mana di dalamnya terbangun kepercayaan, penghargaan atas hak hidup, dan menyuburnya norma-norma kemanusiaan lainnya.

Jika disederhanakan, agenda reformasi kesehatan seyogyanya mengedepankan partisipasi masyarakat, dengan sesedikit mungkin intervensi pemerintah. Pemberdayaan masyarakat adalah tolok-ukur keberhasilan dan pemihakan terhadap kaum miskin.

Program-program berbasis komunitas akan punya peran penting bukan hanya untuk menangani berbagai wabah penyakit hingga ke pelosok, melainkan juga menjadi pusat antisipasi, pencegahan

yang tak beruntung dan selama ini tak mampu mengakses fasilitas kesehatan serta membangun pola hidup sehat perlu lebih bersungguh-sungguh diselenggarakan.

Meski konsekuensinya adalah mengurangi anggaran bagi program yang tidak secara langsung membantu masyarakat miskin mengatasi masalah kesehatannya. Contohnya pengadaan alat kedokteran canggih dan lain sebagainya.

Lalu merevitalisasi program-program pendidikan publik dan fasilitas publik berbasis komunitas, terutama yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat. Selama masa Orde Baru telah dimulai sejumlah program seperti posyandu, Kelompencapir, dan sejumlah program penyuluhan masyarakat. Program-program ini selayaknya direvitalisasi,

penyakit menular, pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta peningkatan gizi masyarakat.

Meningkatkan subsidi bagi sarana pelayanan kesehatan yang banyak melayani penduduk miskin, yaitu Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, ruang rawat inap kelas

III di rumah sakit. Untuk itu, subsidi bantuan biaya operasional rumah sakit perlu ditingkatkan untuk mengurangi praktik eksploitasi dan 'pemalakan' pasien miskin.

Affirmative action yakni program-program yang ditujukan untuk bagian-bagian dari masyarakat

tentunya dengan perbaikan di sana-sini.

Agenda yang kerap dibahas dalam berbagai seminar dan diskusi panel adalah bagaimana mendorong perubahan paradigma sehat, dari yang berorientasi kuratif menjadiorientasi preventif.

Kalau begitu maka

dan penanganan penyakit-penyakit berbahaya.

Program itu juga sekaligus bisa menjadi pusat pendataan kesehatan di tingkat paling bawah dan riil. Byproduct-nya adalah ketersediaan data kesehatan masyarakat yang faktual dan aktual. [P]

# Reformasi Birokrasi Kesehatan Komitmen Nawa Cita

**U**paya Kementerian Kesehatan dalam mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih terlihat semakin nyata sejak Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) memberikan opini Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) atas Laporan Keuangan Kemenkes tahun 2013. Menyusul penandatanganan komitmen bersama sebelas stakeholder terkait upaya pencegahan tindakan gratifikasi.

Kemudian terbit Peraturan Menteri

Kesehatan RI No. 14 Tahun 2014 mengenai Pengendalian Gratifikasi. Yang mutakhir (9/1) adalah penandatanganan komitmen Melaksanakan pembangunan kesehatan yang baik, bersih dan melayani dengan semangat reformasi birokrasi.

Penandatanganan Komitmen tersebut dilakukan Menkes Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K) beserta delapan pejabat eselon I Kemenkes, disaksikan Penasehat KPK, Drs. Suwarsono, M.A, Direktur Pengawasan Lembaga Pemerintah Bidang Politik, Sosial dan

Keamanan, Dra. Bea Rejeki Tirtadewi, MM, Anggota Keuangan Negara ke-IV Novel Anwar, Ak.MSBA, Komisioner Bidang Pencegahan, Ombudsman Kartini Istikomah, SH, MH.

Dalam sambutannya Menkes mengutip sembilan Agenda Perubahan “Nawa Cita” Presiden Jokowi-JK, mengamanatkan bahwa Kemenkes sebagai penyelenggara Negara mengemban tugas memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat dalam “meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia” (Nawa Cita No. 5).

Hal tersebut hanya dapat diwujudkan apabila seluruh jajaran Kemenkes mengedepankan komitmen membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya (Nawa Cita No. 2).

Penandatanganan Komitmen tersebut merupakan langkah awal yang diharapkan dapat menjadi momentum untuk meneguhkan semangat dan komitmen seluruh jajaran Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan tata



kelola pemerintahan yang baik dan bersih.

Menkes menyatakan bahwa dalam kurun waktu lima tahun kebelakang, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai perubahan, sejalan dengan semangat reformasi birokrasi, dan mewujudkan Kementerian Kesehatan yang Sehat tanpa Korupsi.

Proses perubahan tersebut telah membuahkan hasil, antara lain bahwa Jaringan Kemenkes mendapat Tunjangan Kinerja oleh Kemenpan dan RB. Hasil survey Integritas yang dilakukan oleh KPK menunjukkan bahwa skor Kementerian Kesehatan mengalami peningkatan setiap tahun dengan skor diatas rata-rata nasional.

Menkes memberikan penghargaan kepada satker yang telah memperoleh predikat WBK dari Men-PAN RB yaitu RSUP Dr. Kariadi Semarang, dan 2 satker yang telah memenuhi indikator dari WBK, yaitu RSUP. Fatmawati Jakarta dan Politeknik Kesehatan Jakarta III.

Sebelum menutup acara Menkes sempat melakukan video conference dengan 11 Provinsi yang juga mendeklarasikan anti korupsi, yakni Sulawesi Utara, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Bali, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Sumatera Selatan, Papua, Lampung, dan Sumatera Utara.

## Aceh

Di level daerah, Walikota Banda Aceh, Illiza Saaduddin Djamal dan Kepala Ombudsman Perwakilan Aceh, Taqwaddin Husin menanda-tangani piagam nota kesepakatan bersama tentang Komitmen Percepatan Penerapan Reformasi Birokrasi. Mottonya, untuk “Mewujudkan Kualitas Layanan Kesehatan yang Responsif Gender dan Inklusif di Kota Banda Aceh”.

Penandatanganan piagam nota kesepakatan ini dianggap perlu terutama bagi para penyandang disabilitas, wanita, dan anak-anak, yang selalu

bersinggungan dengan pelayanan kesehatan.

Saat ini, sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia di kota Banda Aceh sudah cukup baik. Ditunjang peralatan medis yang mutakhir yang diberikan pemerintah maupun bantuan asing. Sehingga Gubernur Aceh pun dalam beberapa kesempatan berupaya menekankan bahwa masyarakat Aceh tidak perlu lagi jauh jauh berobat ke Penang, Malaysia.

Karena di Aceh pun sudah tersedia peralatan kesehatan yang canggih serta dokter ahli, tak kalah dengan di Penang. Tapi, kecenderungan masyarakat Aceh untuk berobat ke Penang masih tetap tinggi.

Mengapa? Ternyata jawabannya cukup jelas: Pelayanannya sangat jauh berbeda.

Hal inilah yang menjadi sorotan aliansi difabel Aceh. Penyandang disabilitas sering merasa “tersakiti” oleh pelayanan kesehatan yang diberikan petugas setempat. Apalagi bila difabel seorang berlatar-belakang kehidupan ekonomi yang kurang mampu.

Misalnya ada difabel netra yang ingin berobat ke rumah sakit/puskesmas. Petugas yang ada tidak menghiraukan sang difabel netra yang bingung tersebut. Seolah si difabel harus berteriak-teriak untuk mendapatkan perhatian. Dan bila mereka teriak, balik petugas yang tersinggung.

Kasus lainnya terjadi pada pasien lansia dan pengguna kursi roda. Ketika mereka datang ke rumah sakit, layanan yang diberikan tidak responsif. Mereka

seperti tidak mau tahu ketika melihat difabel pengguna kursi roda harus bersusah payah menjangkau loket pendaftaran yang tinggi. Atau ketika difabel pengguna kursi roda bingung bagaimana mau naik ke lantai dua. Padahal poli kesehatannya ada di lantai dua.

Hal-hal seperti inilah yang sering menjadi catatan bagi para penggiat advokasi difabel. Tak heran jika masyarakat Aceh ramai-ramai berobat ke Penang. Karena disana mereka merasa diperlakukan lebih baik.

Maka penandatanganan Piagam Kesepakatan Komitmen di Kota Banda Aceh itu membawa harapan baru bagi perbaikan kualitas layanan kesehatan di kota banda Aceh.

Kepala Ombudsman Perwakilan Aceh Dr. Taqwaddin Husin, SH, SE, MS mengajak warga masyarakat termasuk para difabel, untuk mengadakan segala bentuk pelayanan publik yang tidak baik kepada Ombudsman, dengan data yang valid dan akurat.

Pelayanan kesehatan di kota Banda Aceh khususnya Puskesmas memang masih banyak yang harus ditingkatkan. Dari 11 Puskesmas di Kota Banda Aceh, baru dua Puskesmas yang meraih ISO 9001:2008, yaitu Puskesmas Kopelma Darussalam (Februari 2013) dan Puskesmas Banda Raya (Januari 2014). Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) kota Banda Aceh, dalam lima tahun mendatang ditargetkan seluruh Puskesmas di kota Banda Aceh meraih sertifikat ISO. [P]



## 47% Kematian Akibat Diare Dapat Ditekan dengan Sabun

**M**enteri Kesehatan Nila F. Moeloek mengajak masyarakat untuk membiasakan diri cuci tangan pakai sabun (CTPS) guna menghindari berbagai penyakit.

“Cuci tangan pakai sabun merupakan cara sederhana, murah dan sangat efektif untuk menghindari berbagai penyakit,” kata Menkes Nila Moeloek saat Puncak Peringatan Hari Cuci Tangan Sedunia di Jakarta bulan

lalu.

Menkes mengingatkan, perilaku cuci tangan pakai sabun sebaiknya dilakukan setelah melakukan aktivitas apapun; setelah buang air, setelah memegang binatang, setelah memegang uang, sebelum menyusui bayi, sebelum makan, dan lain sebagainya.

Karena, 47% kematian akibat diare dapat ditekan dengan kebiasaan mencuci tangan pakai sabun. Menurut penelitian Valerie Curtis dari London School of Hygiene & Tropical, mencuci tangan

pakai sabun merupakan tindakan preventif paling sederhana yang dapat dilakukan mulai dari anak kecil hingga orang tua.

Mengutip UNICEF, mencuci tangan menggunakan sabun mampu mencegah kematian sekitar dua pertiga anak di bawah usia lima tahun di seluruh dunia. Di Indonesia, kebiasaan mencuci tangan pakai sabun telah menyelamatkan dua ribu nyawa.

Lifebuoy memperingati Hari Cuci Tangan Dunia 2015

dengan menggelar kegiatan edukasi dan sosialisasi pentingnya mencuci tangan memakai sabun. Kegiatan bernama Gerakan 21 Hari (G21H) ini telah menjadi agenda rutin selama lima tahun terakhir di 34 propinsi.

Selain edukasi dan sosialisasi mencuci tangan yang benar, Lifebuoy memfasilitasi pembiasaan yang baik itu dengan membangun infrastruktur sarana air bersih dan sanitasi di sejumlah wilayah terpencil.

Salah satunya di Desa

Bitobe, Kupang, NTT. Inisiasi Lifebuoy di Bitobe tersebut menginspirasi produser Nia Dinata mendokumentasikan keseharian warga Bitobe.

“Sebagai insan film, saya ingin berkontribusi membangun Indonesia yang lebih sehat. Kesempatan itu terwujud melalui film ‘Bitobe’ ini. Terima kasih karena telah memberi saya kesempatan untuk ambil bagian mewujudkan 70 Juta Tangan Indonesia Sehat,” ujar Nia.

### Hanya 50-60%

Ironisnya, banyak dokter yang sering malas mencuci tangan saat menangani pasien. Dalam dua studi yang dilakukan di beberapa negara, terungkap bahwa dibanding perawat, dokter memiliki angka kepatuhan yang rendah untuk mencuci tangan.

“Di banyak negara, angka kepatuhan para dokter dalam menjalankan cuci tangan hanya sekitar 50-60 persen,” kata dr.Delly

Chipta Lestari SpMK dalam pemaparan hasil studinya di Jakarta (4/6/15).

Dalam penelitian di ruang ICU RSCM Jakarta, angkanya tak jauh berbeda, berkisar 41-62 persen. Tetapi, para dokter mencuci tangan jika bertujuan untuk melindungi dirinya sendiri. Misalnya setelah memeriksa beberapa pasien lalu akan makan siang.

Dari penilaian yang dilakukan sejak Januari hingga September, persentase kepatuhan dokter dan perawat yang paling tinggi terhadap cuci tangan adalah pada momen 4, yaitu setelah kontak dengan pasien. Sebaliknya, kepatuhan cuci tangan terendah adalah pada momen 1, yaitu sebelum bersentuhan dengan pasien.

Delly bersama tim dokter dari Departemen Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia melakukan Penelitian itu di RSCM.

Mereka terdiri dari dr.Anis Karuniawati, dr.Yulia Rosa Saharman, dan dr.Rudyanto Sedono.

Menurut Delly, beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya tingkat kepatuhan dalam mencuci tangan antara lain persepsi bahwa mencuci tangan terlalu sering akan membuat tangan iritasi dan kering. Atau alasan dokter terlalu sibuk, serta kurangnya panduan dan penghargaan.

Padahal di rumah sakit, infeksi mudah menular melalui interaksi langsung mau pun tidak langsung antara petugas medis dan pasien, antar pasien, mau pun pasien dengan pengunjung. Ketua Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (Persi), Sutoto, Mkes, sepakat bahwa masih banyak petugas kesehatan yang kurang memperhatikan aktivitas cuci tangan.

Di RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan

Kita, hanya 44 persen dokter dan 68 persen perawat yang cuci tangan sebelum kontak dengan pasien.

90 Persen dokter dan 98 perawat yang cuci tangan sebelum melakukan tindakan antiseptik. 94 Persen dokter dan 90 persen perawat yang cuci tangan setelah menyentuh cairan yang berisiko tinggi. 53 Persen dokter dan 69 persen perawat mencuci tangan setelah menyentuh pasien. Dan 65 persen dokter serta 79 persen perawat yang cuci tangan setelah kontak dengan lingkungan di sekitar pasien.

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia, WHO, 10 persen pasien rawat inap di dunia menderita infeksi akibat kurangnya kesadaran para petugas medis terhadap kualitas kebersihan dalam diri dan lembaganya, yang menyebabkan 1,4 juta kematian setiap hari di seluruh dunia. ●





# MEWASPADAI DEMAM BERDARAH DI MUSIM PENGHUJAN

Oleh: **Dr. Suwito**

Subdit Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik



WHYFILES.ORG

**J**angan lengah! Bulan Januari, Februari, Maret dan April merupakan waktu terjadinya peningkatan kasus demam berdarah dengue atau yang sering kita kenal dengan sebutan demam berdarah. Pada bulan-bulan tersebut adalah bulan penghujan dan berakhirnya

penghujan. Pada saat penghujan tersedia banyak tampungan air, sedangkan berakhirnya musim penghujan penampungan-penampungan tersebut masih terisi air. Kondisi demikian memudahkan nyamuk *Aedes* penular demam berdarah untuk berkembangbiak. Demam berdarah mengintai dimana-

mana, karena nyamuk *Aedes* sangat dekat dengan manusia. Disepanjang aktivitas manusia bisa jadi ditemukan nyamuk tersebut, di rumah, halaman, jalan, tempat kerja, sekolah, pasar, terminal dan lainnya. Dengan adanya musim penghujan kepadatan nyamuk semakin tinggi sehingga potensinya untuk kontak

dengan manusia semakin besar, karena kebutuhan menghisap darah.

Sejak 67 tahun yang lalu ahli epidemiologi Gordon menyatakan bahwa penularan penyakit infeksi, termasuk demam berdarah, banyak ditentukan oleh tiga variabel (komponen), yaitu *host* (manusia), lingkungan dan *agent* (virus).

Perubahan salah satu atau beberapa komponen tersebut menyebabkan terjadinya perubahan kesehatan masyarakat, dapat menjadi lebih buruk atau menjadi lebih baik. Jika komponen tersebut membaik maka kesehatan masyarakat akan membaik, sebaliknya jika komponen memburuk maka kesehatan masyarakat akan memburuk. Contoh pada musim penghujan, lingkungan banyak menyediakan tampungan/genangan air yang memungkinkan nyamuk dengan mudah meletakkan telur sehingga kepadatan nyamuk menjadi lebih tinggi. Lebih dari itu, pada musim penghujan suhu menjadi lebih dingin yang dapat memicu menurunnya daya tahan tubuh manusia. Dalam hal ini komponen lingkungan dan manusia menjadi lebih buruk, maka kesehatan masyarakat terimbas akan menjadi lebih buruk, yaitu terjadinya peningkatan kasus demam berdarah.

Selama lima tahun terakhir (2010-2014) jumlah penderita demam berdarah rata-rata pertahunnya sebanyak 104.982 orang, dengan rata-rata kematian 909 orang per tahun. Perang melawan nyamuk harus dikobarkan, dengan senjata utama adalah pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui kegiatan 3M (menutup, menguras dan memanfaatkan barang bekas yang dapat menampung air). Konsep PSN 3M adalah menekan pertumbuhan nyamuk dengan menitik beratkan pengendalian pada periode pradewasa nyamuk sehingga kepadatan

nyamuk (dewasa) semakin berkurang.

### **PSN 3M Yang Benar**

Kemungkinan semua orang (dewasa) telah melaksanakan kegiatan PSN 3M, namun masih belum benar dan sekedarnya saja. Kegiatan PSN 3M yang benar apabila dilaksanakan secara rutin dan menyeluruh. Secara rutin, kegiatan ini harus dilakukan setiap minggu mengingat periode pradewasa nyamuk (telur, jentik, pupa) berkisar 8-12 hari, setelah 8-12 hari akan muncul nyamuk (dewasa) generasi baru. Sehingga, apabila PSN 3M dilakukan setiap minggu maka sebelum tumbuh menjadi nyamuk, periode pradewasa telah terkuras melalui kegiatan PSN 3M. Secara menyeluruh, artinya PSN 3M tidak benar jika hanya dilakukan per satuan rumah atau beberapa rumah, tetapi harus semua rumah secara menyeluruh, dengan pertimbangan jarak terbang nyamuk *Aedes* hingga 100 M, maka apabila ada rumah yang tidak melakukan PSN 3M maka nyamuk yang berkembang di rumah tersebut akan mampu terbang hingga radius 100 M ke rumah yang lain. Lebih dari itu, pengertian menyeluruh pada PSN 3M berarti bekerja sama saling melindungi, sesama anggota masyarakat saling melindungi terhadap bahaya demam berdarah. Dengan kata lain, melakukan kegiatan PSN 3M berarti melindungi diri sendiri, keluarga dan masyarakat sekitar, sebaliknya jika tidak melakukannya maka tidak

hanya membahayakan diri sendiri dan keluarga, tetapi juga membahayakan masyarakat sekitar.

### **Jumantik Keluarga dan Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik (1R1J)**

Pemerintah telah mencanangkan Gerakan 1R1J yang merupakan terobosan baru pengembangan dari peran serta masyarakat melalui kegiatan Jumantik (Juru Pemantau Jentik). Jumantik adalah kader kesehatan yang berperan melakukan pemeriksaan jentik dan pemberdayaan masyarakat untuk melaksanakan PSN 3M. Dalam pelaksanaannya para Jumantik mempunyai keterbatasan dalam pemberdayaan masyarakat untuk PSN 3M, sehingga akan diperkuat melalui Gerakan 1R1J. Pada gerakan ini diharapkan setiap rumah mempunyai satu Jumantik yaitu Jumantik keluarga yang melakukan pemeriksaan jentik dan melakukan PSN 3M secara mandiri di rumahnya masing-masing. Ringkasnya, keberhasilan pengendalian demam berdarah sangat ditentukan oleh Jumantik Keluarga dalam pelaksanaan PSN 3M, karena tidak mungkin petugas kesehatan atau kader kesehatan akan masuk ke rumah-rumah dan melaksanakan PSN 3M ke seluruh rumah warga.

### **Jumantik Perkantoran/ Fasilitas Umum (Fasum)**

Selain lingkungan permukiman, fasilitas umum (Fasum) tidak kalah

kontribusinya sebagai area penularan demam berdarah, seperti pasar, sekolah, terminal, tempat kerja dan lain-lain. Sebagai contoh, kasus demam berdarah lebih banyak terjadi pada usia 5-14 tahun yang merupakan usia sekolah, maka dapat dihipotesiskan bahwa Fasum sekolah memberikan berkontribusi sebagai tempat penularan penyakit ini. Mengingat puncak aktivitas nyamuk *Aedes* menghisap darah pada pagi dan sore hari saat aktivitas anak sekolah. Sehingga Fasumpun wajib melaksanakan PSN 3M sebagaimana di lingkungan permukiman. Amanah Peraturan Pemerintah No 66 tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan bahwa pengelola, penyelenggara atau penanggung jawab Fasum wajib melakukan upaya pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit, termasuk pengendalian jentik nyamuk, yang dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan. Dalam pelaksanaannya penanggung jawab Fasum dapat menugaskan *cleaning service* untuk menjadi Jumantik perkantoran/ Jumantik Fasum, melakukan pemeriksaan jentik dan kegiatan 3M secara rutin dan terus menerus. ●



# JUTAAN PENDUDUK DUNIA TERJANGKIT VIRUS ZIKA.

Oleh: Eko B

Gejala yang timbul pada pasien yang terjangkit tergolong ringan, tapi virus ini sangat berbahaya bagi ibu yang sedang hamil. Virus zika bisa menyebabkan cacat lahir.

**V**irus Zika menjadi permasalahan luas bukan hanya di Brasil tetapi di belahan dunia lainnya sejak pertengahan 2015. Hal itu terjadi setelah sekitar 500.000 penduduk tertular virus ini. Lalu berkembang menjadi 1,5 juta penduduk yang tertular. Penyebaran Zika bertepatan dengan peningkatan tajam jumlah bayi yang menderita *microcephaly*, yaitu suatu kondisi di mana otak janin tidak tumbuh keukuran penuh dan menyebabkan bayi lahir dengan kepala abnormal berukuran kecil.

Penyebaran virus Zika dilakukan oleh nyamuk *Aedes aegypti*, nyamuk *Aedes Aegypti* adalah pembawa yang paling umum dari penyakit ini dan *Aedes albopictus* adalah nyamuk lain yang juga berpotensi menjadi vektor penularan. Mereka berasal dari Afrika dan Asia. *Aedes albopictus*, yang juga dikenal sebagai nyamuk macan Asia dengan ciri garis-garis putih, dianggap spesies nyamuk yang paling agresif. Kedua spesies biasanya menggigit pada siang hari



dan pada sore hari, sehingga kelambu untuk tidur malam dianggap tidak begitu berguna untuk mencegah Zika. Setiap spesies juga dapat menginfeksi orang dengan demam berdarah, chikungunya, dan demam kuning.

## Menyebabkan Cacat Lahir Pada Bayi

Berdasarkan laporan *The Wall Street Journal*, antara 2010 dan 2014, Brasil memiliki rata-rata 156 bayi yang lahir dengan *microcephaly* setiap tahun. Tapi pada tahun 2015, lebih dari 3.000 bayi lahir dengan

kondisi tersebut. Virus Zika sebuah virus baru yang menghebohkan dunia telah menyebabkan cacat lahir yang serius pada ribuan bayi di Brasil. Sebenarnya virus Zika telah dikenali sebagai penyakit yang umumnya tidak berbahaya. Pengindapan virus Zika ditandai dengan gejala seperti ruam, demam, rasa sakit pada sendi, dan mata merah. Bahkan, sekitar satu dari empat orang yang terinfeksi virus ini bisa jadi tak menyadarinya.

## Penyebaran Virus Zika di Indonesia

Meskipun virus ini sudah ditemukan pada

tahun 1947, berasal dari Monyet Rhesus di Hutan Zika, Uganda, Afrika. Namun virus ini lama tidak menjadi pembicaraan publik, sampai akhirnya masalah virus Zika ini dibicarakan di kalangan publik dan menjadi agenda rakor staf Menteri Kesehatan RI bersama para pejabat eselon I, di ruang rapat 225 gedung Adyatma, Kementerian Kesehatan RI. Masalah Virus Zika di Indonesia juga menjadi agenda Ibu Menkes pada Rapat terbatas bersama Presiden RI terkait Pencegahan Penyebaran Virus Zika pada hari Rabu, 3 Feb 2016 pukul 16.30 WIB.





KEMENTERIAN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

# WASPADA

## VIRUS

# ZIKA

### Ada disekitar kita!



#### VIRUS ZIKA

Sejenis virus yang menjangkiti manusia dan disebarkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*. Virus ini dapat ditularkan dari ibu hamil kepada bayinya selama kehamilan.

#### Gejala:

- Demam mendadak, lemas, kemerahan pada kulit badan, punggung dan kaki serta nyeri otot dan sendi
- Mata merah dan sakit kepala

#### Bahaya:

Infeksi Virus Zika pada bayi atau janin akan menyebabkan kepala kecil.

#### Masa Inkubasi:

**2 - 7 hari** setelah digigit nyamuk yang terinfeksi

#### Pengobatan:

1. Istirahat yang banyak
2. Minum cairan untuk mencegah dehidrasi
3. Belum ada vaksin atau obat tertentu untuk mengobati infeksi virus zika

#### Upaya Pencegahan:

Lakukan **3M Plus** di lingkungan pemukiman. Yaitu gerakan : **Menguras, Menutup, Memanfaatkan** barang bekas dan **Plus** kegiatan pencegahan, seperti : **menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air, menggunakan obat anti nyamuk, kelambu, memakai obat oles anti nyamuk, dan lain-lain.**



Dikutip dari [www.liputan6.com](http://www.liputan6.com) di Indonesia sudah ditemukan pasien penderita virus Zika yang berasal dari Provinsi Jambi. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jambi Andi Pada memastikan pada awal Februari 2016 lalu bahwa penderita berjenis kelamin laki-laki berusia 27 tahun yang belum pernah ke luar negeri. Menurutnya virus zika sudah terdeteksi sejak lama dan di Indonesia baru di Jambi.

Sementara dilansir dari [www.voaindonesia.com](http://www.voaindonesia.com), Wakil Direktur Lembaga Biologi Molekuler Eijkman, Herawati Sudoyo mengatakan dari 103 spesimen yang kami periksa di Jambi dan terbukti negatif demam berdarah ternyata ditemukan satu yang positif zika. Herawati mengatakan spesimen itu diambil ketika wabah demam berdarah di Jambi antara bulan Desember 2014 dan April 2015.

## Sejarah Asal Mula Virus Zika

Virus Zika pertama kali ditemui pada tahun 1947 dan berasal dari Monyet Rhesus di Hutan Zika, Uganda, Afrika. Virus ini diberi nama Zika dimana kata zika diambil dari nama hutan zika yang merupakan hutan dimana monyet yang terjangkit virus zika ini untuk pertama kalinya ditemukan. Virus zika mulai menjangkit serta menginfeksi tubuh manusia di tahun 1950 di daerah Afrika serta Asia yang merupakan kawasan khatulistiwa, sedangkan infeksi virus Zika banyak terjadi pada tahun 1968 tepatnya di daerah Nigeria.

Virus zika sendiri merupakan salah satu jenis virus yang berasal dari genus flavi virus dengan family flavi viridae. Zika kemudian diketahui mulai menyebar ke daerah timur pada tahun 2014 melintasi samudera pasifik menuju polinesia Perancis. Tahun 2015, virus Zika mulai menyebar hingga pulau Paskah hingga Amerika Tengah, Karibia, hingga Amerika selatan. Seiring dengan perkembangannya, virus zika berkembang dan menyebar serta menginfeksi

ke dalam tubuh manusia hingga lebih dari 20 negara yang berada di benua Amerika khususnya pada daerah-daerah tropis.

Virus ini terisolasi pertama kali pada tahun 1947 di Hutan Zika yang terletak di negara Uganda. Sejak saat itu, virus ini berkembang di Afrika dengan angka kejadian wabah skala kecil di Asia. Di tahun 2007, epidemik mayor dilaporkan terjadi di Pulau Yap di Micronesia dimana 75% dari populasi terpapar virus ini.

Pada 3 Maret 2014,

Negara Cili mengkonfirmasi kasus transmisi dari virus Zika di Pulau Easter yang keberadaannya terus terdeteksi hingga Juni 2014.

Dan pada Mei 2015, Kementerian Kesehatan Brazil mengkonfirmasi adanya transmisi virus Zika di bagian timur laut seperti ditulis dalam [www.paho.org](http://www.paho.org). Sejak Oktober 2015, negara-negara lain di Benua Amerika melaporkan adanya penyebaran virus di negara mereka.

*Berbagai sumber*

# 15 HAL WAJIB TAHU TENTANG VIRUS ZIKA

**V**irus zika belakangan ini menjadi perbincangan hangat di bidang kesehatan. Hal ini menyusul terjadinya wabah di Brazil yang menginfeksi jutaan penduduk disana. Bahkan infeksi virus zika ini tidak hanya terjadi di Amerika tetapi sudah menyebar ke Asia dan negara-negara lainnya bahkan Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan larangan pergi ke negara-negara yang mengalami wabah ini. Agar kita lebih waspada terhadap virus ini, beberapa hal berikut wajib Anda ketahui.

## Apakah virus Zika itu?

Virus Zika merupakan salah satu virus dari jenis Flavivirus. Virus ini memiliki kesamaan dengan virus dengue, berasal dari kelompok arbovirus.

## Bagaimana cara penularan virus Zika?

Virus Zika ditularkan melalui gigitan nyamuk. Nyamuk yang menjadi vektor penyakit zika adalah nyamuk aedes, dapat dalam jenis aedes aegypti untuk daerah tropis, aedes africanus di Afrika, dan juga aedes albopictus pada beberapa daerah lain. Nyamuk aedes merupakan jenis nyamuk yang aktif di siang hari, dan

dapat hidup di dalam maupun luar ruangan. Virus zika juga bisa ditularkan oleh ibu hamil kepada janinnya selama masa kehamilan.

## Siapa yang berisiko terinfeksi virus Zika?

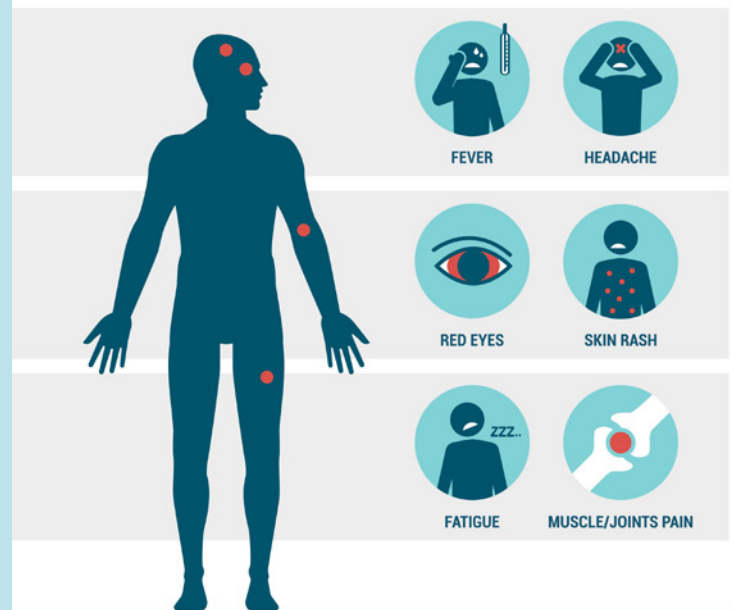
Siapa pun yang tinggal atau mengunjungi area yang diketahui terdapat virus Zika memiliki risiko untuk terinfeksi termasuk ibu hamil.

## Apa saja gejala infeksi virus Zika?

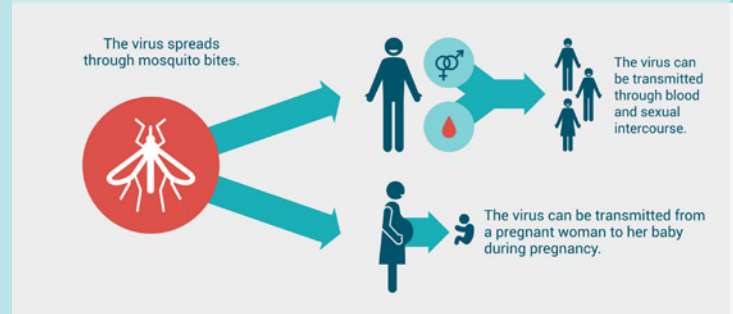
Beberapa pakar melihat adanya banyak kesamaan gejala antara demam berdarah dengan demam Zika. Keduanya sama-sama diawali dengan demam yang naik turun serta rasa linu hebat pada persendian dan tulang. Kadang juga disertai mual, pusing, rasa tidak nyaman di perut dan disertai rasa lemah dan lesu yang hebat. Beberapa kesamaan sebagai gejala awal membuat penyakit ini diidentifikasi secara keliru dengan penyakit demam berdarah. Namun sebenarnya terdapat beberapa gejala khas yang bias membedakan keluhan infeksi Zika Virus dengan penyakit demam berdarah, beberapa tanda khusus tersebut antara lain: *Demam cenderung tidak terlalu tinggi, kadang maksimal hanya pada suhu 38 derajat celcius. Cenderung naik turun*

## ZIKA Virus

### SYMPTOMS



### VIRUS TRANSMISSION



sebagaimana gejala demam berdarah, tetapi tidak terlalu tinggi. Muncul beberapa ruam pada kulit yang berbentuk macula popular atau ruam melebar dengan benjolan tipis yang timbul. Terkadang ruam meluas dan membentuk semacam ruam merah tua dan kecoklatan yang

mendatar dan menonjol. Muncul rasa nyeri pada sendi dan otot, kadang disertai lebam dan bengkak pada sendi dan otot seperti terbentur dan keseleo ringan. Kerap muncul keluhan infeksi mata menyerupai konjungtivitas dengan mata kemerahan. Kadang warna

sangat kuat pada bagian dalam kelopak sebagai tanda munculnya ruam pada bagian dalam kelopak mata.

1 diantara 5 orang yang terinfeksi virus zika menunjukkan gejala. Gejala penyakit ini menyebabkan kesakitan tingkat sedang dan berlangsung selama

2-7 hari. Penyakit ini kerap kali sembuh dengan sendirinya tanpa memerlukan pengobatan medis. Pada kondisi tubuh yang baik penyakit ini dapat pulih dalam waktu 7-12 hari.

### Apakah ada komplikasi yang ditimbulkan dari infeksi virus Zika?

Pada beberapa kasus suspek Zika dilaporkan juga mengalami sindrom Guillane Bare. Namun hubungan ilmiahnya masih dalam tahap penelitian.

### Apakah ada pemeriksaan virus Zika untuk ibu hamil?

Pada minggu pertama demam, virus Zika dapat dideteksi dari serum dengan pemeriksaan RT-PCR.

### Apakah sudah ada vaksin atau obat untuk virus Zika?

Belum ada vaksin atau pengobatan spesifik untuk virus ini, sehingga pengobatan berfokus pada gejala yang ada.

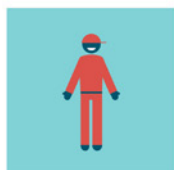
### Apakah harus dilakukan jika terinfeksi virus Zika?

Jika terinfeksi virus Zika, maka lakukan hal-hal sebagai berikut:

- Istirahat cukup
- Konsumsi cukup air untuk mencegah dehidrasi
- Minum obat-obatan yang dapat mengurangi demam atau nyeri
- Jangan mengonsumsi aspirin atau obat-obatan NSAID (non-steroid anti inflammation) lainnya.
- Cari pengobatan ke pelayanan kesehatan terdekat.

## DISEASE SPREAD AND PREVENTION

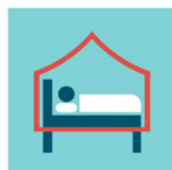
### PREVENTION



WEAR LONG SLEEVED SHIRTS, TROUSERS, HATS

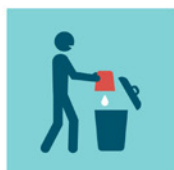


USE EFFECTIVE INSECT REPELLENTS



SLEEP UNDER MOSQUITO NETS ON BEDS

EMPTY/CLEAN CONTAINERS THAT HOLDS WATER



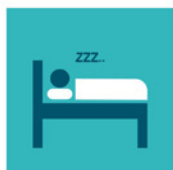
PROTECT WINDOWS AND DOORS WITH MOSQUITO NETS



USE INSECT REPELLENT FOR CLOTHING



### TREATMENT



REST



DRINK WATER

TAKE MEDICATIONS FOR PAIN AND FEVER



CALL A DOCTOR



## AFFECTED AREAS AND PATHOLOGY



About 1 in 5 people infected with Zika will get sick.



Requires a medical diagnosis, there is no specific treatment.



The virus resolves within days to weeks.



## Negara mana sajakah yang melaporkan keberadaan kasus penyakit virus Zika?

Beberapa negara yang pernah melaporkan keberadaan kasus penyakit virus Zika adalah Barbados, Bolivia, Brasil, Cap Verde, Colombia, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, French Guiana, Guadeloupe, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Martinique, Mexico, Panama, Paraguay, Puerto Rico, Saint Martin, Suriname, Venezuela, dan Yap

## Adanya kemiripan gejala antara zika, demam berdarah dan chikungunya maka Anda perlu memahami perbedaannya. Bagaimana membedakannya?

**Demam berdarah** biasanya diawali dengan demam tinggi dan nyeri agak berat pada otot. Dan saat demam bisa terjadi komplikasi seperti adanya pendarahan.

**Chikungunya** muncul dengan gejala demam tinggi dan nyeri pada persendiran yang menyerang tangan,

kaki, lutut dan punggung. Serangan pada persendian ini bisa berdampak tidak bisa berjalan atau bahkan membuka tutup botol pada pasien yang terinfeksi.

**Zika** tidak memiliki karakteristik yang jelas tapi sebagian besar pasien mengalami merah pada kulit dan konjungtivitas.

## Apakah efek yang bisa ditimbulkan pada ibu hamil yang terinfeksi virus Zika?

Selama ini belum ada bukti yang kuat bahwa ibu hamil lebih berisiko atau

mengalami penyakit yang lebih berat selama masa kehamilan. Selain itu juga belum diketahui bahwa ibu hamil lebih berisiko terhadap sindrom guillan barre.

## Apakah ada hubungan antara infeksi virus Zika dengan kejadian mikrosefalus kongenital?

Hubungan infeksi virus Zika pada ibu hamil dengan kejadian mikrosefalus pada bayi yang dilahirkan belum terbukti secara ilmiah, namun bukti ke arah itu semakin kuat.

## Apa yang harus dipertimbangkan ibu hamil yang akan bepergian ke area terjangkit virus Zika?

Sebelum pergi ke area terjangkit virus Zika dianjurkan untuk melakukan konsultasi dengan dokter. Selain itu pada masa selama berada di area terjangkit diharapkan melakukan perlindungan ekstra terhadap gigitan nyamuk.

## Ibu hamil yang bagaimanakah yang harus melakukan pemeriksaan virus Zika?

Ibu hamil yang harus diperiksa untuk virus zika adalah yang memiliki riwayat



perjalanan dari area terjangkit dan juga memiliki 2 atau lebih gejala dari infeksi virus Zika.

### Bagaimana cara pencegahan penularan virus Zika?

Pencegahan penularan virus ini dapat dilakukan dengan:

- menghindari kontak dengan nyamuk
- melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) 3M Plus (menguras dan menutup tempat penampungan air, serta memanfaatkan atau melakukan daur ulang barang bekas, ditambah dengan melakukan kegiatan pencegahan lain seperti menabur bubuk larvasida, menggunakan kelambu saat tidur, menggunakan obat nyamuk atau anti nyamuk, dll)
- melakukan pengawasan jentik dengan melibatkan peran aktif masyarakat melalui Gerakan Satu Rumah Satu Juru

Pemantau Jentik (Jumantik)

- meningkatkan daya tahan tubuh melalui perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti diet seimbang, melakukan aktifitas fisik secara rutin, dll.
- pada wanita hamil atau berencana hamil harus melakukan perlindungan ekstra terhadap gigitan nyamuk untuk mencegah infeksi virus Zika selama kehamilan, misalnya dengan memakai baju yang menutup sebagian besar permukaan kulit, berwarna cerah, menghindari pemakaian wewangian yang dapat menarik perhatian nyamuk seperti parfum dan deodoran.

### Rekomendasi PAHO dan WHO

Pan American Health Organization (PAHO) dan World Health Organization (WHO) tidak merekomendasikan



perjalanan ataupun kunjungan bisnis pada negara-negara yang mengalami wabah zika. Para turis disarankan untuk melakukan tindakan pencegahan untuk menghindari gigitn nyamuk.

Pencegahan infeksi virus Zika termasuk menurunkan populasi nyamuk, menghindari gigitan nyamuk yang bisa terjadi sepanjang hari. Dengan mengeliminasi dan mengontrol perkembangbiakan nyamuk aedes aegypti mengurangi kemungkinan penularan zika, chikungunya dan demam berdarah.

Untuk mengeliminasi

dan mengontrol populasi nyamuk, direkomendasikan untuk melakukan:

Hindari adanya genangan air di sekitar rumah seperti dalam pot tanaman, botol ataupun wadah lain yang bisa digenangi air agar tidak ada tempat untuk perkembangbiakan nyamuk.

Tutup tempat penampungan air untuk kebutuhan rumah tangga.

Jangan menumpuk sampah dalam kondisi terbuka. Letakkan sampah di tempat tertutup.

Bersihkan saluran air agar air berjalan lancar dan tidak tergenang lama.

Gunakan kawat nyamuk pada jendela dan pintu untuk mengurangi kemungkinan kontak dengan nyamuk saat di dalam rumah.

Sedangkan untuk menghindari gigitan nyamuk, direkomendasikan bagi individu yang tinggal di daerah yang mengalami wabah termasuk pelancong terutama ibu hamil, WHO merekomendasikan:

- Tutup kulit tubuh dengan baju lengan panjang, celana panjang dan juga topi.
- Gunakan krim anti nyamuk yang aman untuk kesehatan.
- Tidur di dalam kelambu.

**Sumber: [sehatnegeriku.com/WHO](http://sehatnegeriku.com/WHO)**



WWW.INDEPENDENT.CO.UK



# WSP dukung Akses Sanitasi Layak Untuk Semua

**S**uksesnya program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) melipatgandakan akses sanitasi yang layak untuk masyarakat. Dari 36% di tahun 2008 menjadi 61% di tahun 2015. Hal ini mendorong pemerintah untuk menetapkan target baru, yaitu tersedianya akses sanitasi yang layak untuk seluruh rakyat Indonesia pada tahun 2019.

Berbagai upaya dan inovasi untuk

meningkatkan kesadaran dan memberdayakan masyarakat, meningkatkan dukungan pemerintah daerah dan lintas sektor, serta kemitraan dengan pihak swasta dan mitra pembangunan terus dilakukan. Salah satu mitra yang telah terlibat dari awal diterapkannya STBM adalah *Water and Sanitation Program (WSP)*, Bank Dunia.

WSP memulai dukungannya tahun 2004 dengan memperkenalkan pendekatan *Community-*

*Led Total Sanitation (CLTS)* ke Indonesia. Dengan mengkombinasikan pendekatan CLTS dan perubahan perilaku yang diperkuat oleh studi-studi formatif, WSP terus mengembangkan strategi inovasi yang tepat dan berdaya ungkit tinggi untuk mendukung tercapainya target pemerintah.

“Proyek TSSM yang dilakukan di Jawa Timur tahun 2007-2010 menunjukkan penerapan program sanitasi yang berdasarkan kebutuhan

masyarakat, didukung pemerintah daerah, diperkuat pasar sanitasi, dan terus berinovasi dan mengembangkan jejaring, mampu mempercepat peningkatan akses hingga 10 kali lebih cepat,” ujar Devi Setiawan, *Country Coordinator WSP*.

Keberhasilan proyek TSSM ini menjadi salah satu dasar disusunnya strategi STBM yang ditetapkan sebagai pendekatan pembangunan sanitasi Indonesia tahun 2008 oleh Kemenkes.

Untuk membantu pemerintah mempercepat pencapaian target MDG sanitasi, tahun 2012 WSP memperluas dukungannya ke 5 provinsi padat penduduk yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, dan Nusa Tenggara Barat. Mereka memberikan dukungan teknis kepada Sekretariat STBM di bawah Dit. Jen PPPL.

Melalui berbagai kegiatan strategik yang berdaya ungkit tinggi seperti pengembangan sistim monitoring dan evaluasi STBM berbasis SMS dan website, mengembangkan model-model dan produk komunikasi perubahan perilaku STBM, mengembangkan pendekatan STBM *district-wide*, mengembangkan wirausaha dan pasar sanitasi, meningkatkan kapasitas SDM sanitasi, dan meningkatkan berbagai upaya untuk memperluas kemitraan mendukung STBM.

Mulai tahun 2013, WSP memberikan dukungan pengembangan kapasitas penyelenggaraan STBM

kepada 220 kabupaten di 32 provinsi melalui program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS).

“Ke depan, hal strategis yang perlu dilakukan selain peningkatan akses adalah keberlanjutan layanan sanitasi,” ujar Devi.

Untuk itu, WSP akan terus mendukung pemerintah Indonesia untuk mencapai target akses sanitasi universal di tahun 2019, melalui beberapa kegiatan utamanya.

1) pengembangan kerangka kerja peningkatan kapasitas air minum dan sanitasi perdesaan nasional, 2) penguatan pemerintah daerah dalam menyelenggarakan layanan air minum dan sanitasi sesuai dengan UU No.6/2014 tentang Desa dan UU No.23/2014 tentang Pemerintah Daerah, dan 3) pengembangan opsi-opsi pembiayaan yang berkelanjutan untuk layanan air minum dan sanitasi.

Secara spesifik, dukungan WSP untuk STBM akan dilakukan dengan: 1) memperkuat kolaborasi strategis dengan penyelenggara STBM secara luas, 2) meningkatkan kualitas penyelenggaraan program dengan meningkatkan kualitas dan kemanfaatan alat bantu seperti sistem monitoring, penguatan pengelolaan pengetahuan, dan penguatan konsultan, dan 3) terus melakukan inovasi-inovasi terkait wirausaha sanitasi, kerjasama dengan lembaga keuangan mikro, dan pengembangan opsi-opsi teknologi untuk daerah-daerah sulit. [P]

# Perkembangan Penyakit Tidak Menular di Indonesia

**M**enurut Direktorat PPTM P2PL Kementerian Kesehatan RI, masalah utama kesehatan masyarakat ini ditandai dengan tingginya prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM). Tidak hanya di Indonesia tetapi juga secara global. Empat penyakit utama dimaksud yaitu penyakit Jantung, Kanker, Penyakit Paru Kronik dan Diabetes Melitus.

Setiap tahun, PTM menyebabkan hampir 60% kematian di Indonesia, sebagian besar berusia di bawah 60 tahun, sehingga angka harapan hidup menurun, yang juga berdampak negatif terhadap produktivitas dan pembangunan, dengan demikian akan menyebabkan kemiskinan karena menghabiskan waktu dan biaya yang besar untuk pengobatan.

Pencegahan PTM adalah kewajiban semua orang. Pendekatan multi sektoral merupakan kunci untuk pencegahan dan pengendalian PTM. Tanggung jawab pemerintah menjadikan PTM sebagai agenda prioritas pembangunan. Tanggung jawab masyarakat berperan aktif dalam setiap upaya pengendalian PTM.

Indonesia dalam beberapa dasawarsa terakhir menghadapi masalah *triple burden diseases*. Di satu sisi, penyakit menular masih menjadi masalah ditandai dengan masih sering terjadi KLB beberapa penyakit menular tertentu, munculnya kembali beberapa penyakit menular lama (re-emerging



diseases), serta munculnya penyakit-penyakit menular baru (new-emerging diseases) seperti HIV/AIDS, Avian Influenza, Flu Babi dan Penyakit Nipah.

Di sisi lain, Penyakit Tidak Menular menunjukkan adanya kecenderungan yang semakin meningkat dari waktu ke waktu. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 dan 2001, menunjukkan bahwa selama 12 tahun (1995-2007) telah terjadi transisi epidemiologi dimana kematian karena PTM semakin meningkat, sedangkan kematian karena Penyakit Menular semakin menurun. Fenomena



ini diprediksi akan terus berlanjut.

Saat ini di Indonesia, data morbiditas penyakit dari fasilitas kesehatan dikumpulkan dari puskesmas dan rumah sakit. Karena penegakan diagnosis PTM di rumah sakit relatif lebih valid,

maka analisis PTM dilakukan terhadap data Rumah Sakit.

Peranan pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan telah menggunakan trik khusus dalam mensiasati pola perkembangan Penyakit Tidak Menular di Indonesia

secara cepat dengan menggunakan berbagai media-media komunikasi kesehatan.

Salah satunya dengan slogan yaitu Mari Menuju Masa Muda Sehat, Hari tua nikmat tanpa PTM dengan perilaku "CERDIK".

- Cek faktor risiko PTM (obesitas, hipertensi, hiperglikemi, hiperkolesterol) secara rutin dan teratur
- Enyahkan asap rokok dan polusi udara lainnya
- Rangsang aktifitas dengan gerak olah raga dan seni
- Diet yang sehat dengan kalori seimbang (cukup sayur-buah, batasi gula-

garam-lemak) Istirahat yang cukup

- Kuatkan iman dalam menghadapi stres

Terkait masalah PTM, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan program pengendalian PTM sejak tahun 2005. Upaya pengendalian faktor risiko PTM yang telah dilakukan berupa promosi Perilaku Bersih dan Sehat serta pengendalian masalah Tembakau.

Beberapa Pemerintah Daerah telah menerbitkan peraturan terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan membentuk Aliansi Walikota/Bupati dalam Pengendalian



WWW.HUFFINGTONPOST.CO.UK

# RISET PTM DI INDONESIA

**DI INDONESIA** sendiri penyakit kanker merupakan penyebab kematian ketiga setelah sistem sirkulasi dan penyakit infeksi. Kanker payudara dan kanker serviks adalah dua jenis kanker yang menjadi penyebab kematian terbanyak pada wanita di Indonesia.

Sayangnya sampai saat ini data mengenai prevalensi dua kanker tersebut masih belum memadai. Riskesdas tahun 2007 dan 2013 belum dapat memberikan data yang lebih baik karena belum dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan laboratorium.

Untuk mendapatkan data prevalensi tumor payudara dan lesi prakanker serviks pada wanita usia 25-64 tahun di Indonesia, Badan Litbangkes berencana melaksanakan Riset Penyakit Tidak Menular (Riset PTM) pada **tahun 2016**. Kegiatan ini akan dilaksanakan di 34 provinsi yang terdiri dari 76 kabupaten dan 76 kecamatan.

Pengukuran Tinggi Badan Pada Responden Riset PTM. Sebagai persiapan, pada tahun 2015 Badan Litbangkes mengadakan ujicoba Riset PTM di Kecamatan Magelang Utara, Kabupaten Magelang di minggu kedua bulan November. Tujuan dari ujicoba ini adalah untuk mendapatkan gambaran alur pelaksanaan Riset PTM dan menguji metodologi yang telah dipilih.

Pelaksana uji coba adalah tim teknis yang bertugas menyusun kuesioner, sedangkan yang menjadi responden adalah 50 orang wanita sesuai kriteria penelitian yang tinggal di Kecamatan Magelang Utara. Dalam kegiatan ujicoba ini, Badan Litbangkes menggandeng BPS Kabupaten Magelang.

Tim teknis mendatangi rumah para responden yang terpilih pada Selasa, 10 November 2015. Setelah menjelaskan maksud kedatangan dan responden setuju dan bersedia

menandatangani *informed consent* yang diberikan, tim teknis mengajukan sejumlah pertanyaan (wawancara) sesuai kuesioner yang telah dibuat.

Kuesioner terdiri dari kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu. Kuesioner rumah tangga berisi pertanyaan seperti berapa jumlah anggota keluarga, berapa penghasilan yang diperoleh dan pengeluaran setiap bulannya.

Sedangkan kuesioner individu berisi pertanyaan seperti bagaimana kegiatan sehari-hari responden, kebiasaan apa yang dilakukan, makanan apa yang biasa dikonsumsi setiap hari, dan adakah riwayat penyakit kanker yang pernah dialami oleh responden atau keluarga responden.

Setelah semua butir pada kuesioner terisi, tim teknis melakukan sejumlah pemeriksaan pada responden seperti pengukuran antropometri dan



Tembakau dan Penyakit Tidak Menular.

Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Pengendalian Tembakau saat ini masih dalam proses. Sedangkan untuk pengaturan makanan berisiko, ke depan akan dibuat regulasi antara lain tentang Gula, Garam dan Lemak (GGL) dalam makanan yang dijual bebas.

Upaya pengendalian PTM harus melibatkan seluruh jajaran lintas sektor Pemerintah, Swasta, Organisasi Profesi, Organisasi Kemasyarakatan dan seluruh lapisan masyarakat, tidak akan berhasil jika hanya dilakukan

oleh Kementerian Kesehatan saja.

Selain itu dilakukan kegiatan Kegiatan Temu Nasional Strategi Kemitraan, ini merupakan pertemuan multi sektor yaitu Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah,

dan non pemerintah seperti Organisasi Profesi, LSM, Swasta, dan Organisasi dibawah PBB.

Pertemuan ini dihadiri sekitar 120 orang yang bertujuan untuk menjalin kemitraan

dalam pengendalian PTM di Indonesia, yang sejalan dengan Resolusi Majelis Umum PBB Nomor A/RES/64/265 tentang pencegahan dan pengendalian PTM. **[Eko]**



tekanan darah, berat badan dan tinggi badan serta pengukuran lingkar perut.

Selanjutnya, responden diberi undangan untuk melakukan tes pemeriksaan clinical breast examination (CBE) dan inspeksi visual asam asetat (IVA) keesokan harinya di Puskesmas Magelang Utara oleh bidan atau dokter yang sudah terlatih.

Hasil pemeriksaan tersebut akan disampaikan kepada responden setelah pemeriksaan selesai. Apabila pemeriksaan leher rahim menunjukkan hasil positif (IVA positif) akan dilakukan krioterapi di Puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat yang memiliki krioterapi.

Apabila hasil pemeriksaan payudara dan leher rahim perlu dirujuk, responden akan diberikan surat pengantar ke fasilitas kesehatan rujukan terdekat.

### **Gaya hidup berpengaruh pada meningkatnya penderita PTM.**

Menurut Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan, Penyakit Tidak Menular sangat berkaitan dengan gaya hidup

tidak sehat. Yang dimaksud adalah kebiasaan merokok, kurang aktivitas fisik, dan diet tidak sehat.

Diet tidak sehat meliputi asupan kalori berlebih dan kontaminasi bahan berbahaya. Berbagai faktor risiko Penyakit Tidak Menular tersebut saling terkait satu sama lain. Contohnya, asupan makanan dengan kalori berlebih berisiko menyebabkan kegemukan. Hal itu berujung pada gangguan kesehatan, seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan Stroke.

Perilaku masyarakat yang berisiko terlihat dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Riskesdas menunjukkan bahwa perilaku merokok terus meningkat. Hal ini terlihat dari prevalensi merokok penduduk kelompok usia 15 tahun ke atas tahun 2007 yang sebesar 34,2 persen menjadi 36,3 persen tahun 2013.

Riskesdas 2013, terdapat 26,1 persen proporsi penduduk yang aktivitas fisiknya kurang aktif. Terdapat 22 provinsi yang prevalensi aktivitas fisiknya kurang aktif di atas rata-rata nasional. Sementara proporsi penduduk dengan yang kurang gerak

selama enam jam atau lebih per hari sebesar 24,1 persen.

Survei Diet Total 2014 yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan, ada 4,8 persen penduduk yang mengonsumsi gula di atas angka anjuran 50 gram per orang per hari.

Ada 18,3 persen penduduk yang mengonsumsi natrium dalam bentuk garam lebih dari 2.000 miligram per orang per hari. Selain itu, terdapat 26,5 persen penduduk yang mengonsumsi lemak di atas batas anjuran 67 gram per orang per hari.

Di antara berbagai faktor risiko timbulnya Penyakit Tidak Menular, pola makan memegang peranan penting. Seseorang yang karena pola makannya kelebihan kalori dan ditambah kurang beraktivitas fisik berisiko menjadi kegemukan.

Pada orang kegemukan, kerusakan atau degenerasi sel-sel dalam tubuh terjadi lebih cepat. Itu sebabnya, penyakit degeneratif yang dulu banyak diderita oleh orang lanjut usia kini banyak diderita oleh penduduk yang lebih muda **[eko]**



# 3M Plus Vs Dengue



**D**emam Berdarah adalah penyakit yang disebarkan oleh Virus Dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Demam Berdarah alias .

Menteri Kesehatan Nila F Moeloek mengingatkan Dinas Kesehatan di daerah untuk mewaspadai penyebaran demam berdarah dengue. Informasi 3M Plus perlu disebarkan lebih gencar kepada masyarakat sebagai upaya pencegahan wabah.

3M Plus adalah tindakan yang dilakukan secara teratur untuk memberantas

jentik dan menghindari gigitan nyamuk Demam Berdarah. 3M mencakup Menguras, Menutup, dan Memanfaatkan kembali atau Mendaur-ulang barang bekas yang memiliki potensi untuk jadi tempat perkembangbiakan nyamuk penular demam berdarah.

Sedangkan yang dimaksud dengan “Plus” adalah semua kegiatan pencegahan, seperti menaburkan bubuk larvasida pada tempat penampungan air yang sulit dibersihkan, menggunakan obat nyamuk atau anti nyamuk, menggunakan kelambu saat tidur, memelihara ikan

pemangsa jentik nyamuk, menanam tanaman pengusir nyamuk, mengatur cahaya dan ventilasi dalam rumah, serta menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah yang bisa menjadi tempat istirahat nyamuk.

Sebagaimana diketahui, Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah-satu masalah kesehatan serius di berbagai negara di Asia, termasuk di Indonesia. Adapun di Indonesia, 95 persen kabupaten/kota merupakan endemi DBD.

Sementara itu, data di seluruh dunia menunjukkan kasus baru DBD meningkat

30 kali lipat di lebih dari 100 negara dalam 50 tahun terakhir. Jumlah kasus DBD di dunia menginjak angka 390 juta dalam setahun terakhir.

Setiap tahun sekitar setengah juta orang di dunia juga mengalami DBD berat, yang seringkali diikuti dengan syok dan perdarahan. Sekitar 40 persen penduduk dunia juga masuk kategori berisiko terkena DBD.

Di negara-negara Asia, angka tersebut lebih tinggi lagi. “Di Asia, penyakit DBD menghabiskan anggaran sekitar US\$ 2 miliar, ini di luar biaya pencegahan,”

ungkap Prof. Tjandra, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan RI.

Sedemikian krusialnya sehingga Technical Advisory Group Asia Pasific Strategy On Emerging Infectious Diseases (TAG APSED) tak urung membahas isu demam berdarah dengue ini di Maniladi penghujung Juli lalu.

Prof. Tjandra Yoga, co-chair pertemuan tersebut mengatakan, sampai saat ini pengendalian vector nyamuk dengan program "3M Plus" masih menjadi cara penanggulangan utama. Namun sejumlah penelitian juga tengah dikembangkan, seperti mencari jenis sel di dalam tubuh manusia yang berperan dalam imunitas protektif; kemungkinan pembentukan antibodi artifisial yang dapat menangani ke-empat sub tipe virus dengue; serta mencoba menekan polulasi nyamuk.

"Saat ini vaksin DBD juga tengah dikembangkan, namun vaksin tersebut baru menunjukkan perlindungan

sekitar 60 persen," ungkap Prof. Tjandra Yoga di Jakarta.

Saya aja, Gubernur, kena DBD," tutur Ahok. Bersamaan dengan moment Menyambut Hari Demam Berdarah se-ASEAN 2015, sekaligus mendukung program Menuju Jakarta Bebas Demam Berdarah Dengue (DBD); Gubernur DKI Jakarta yang populer dipanggil Ahok melepas Bus Juru Pemantau Jentik (Jumantik).Rencananya bus Jumantik akan berkeliling Jakarta sepanjang empat bulan kedepan.

Bus Jumantik diprogram untuk menyuluh kalangan menengah ke atas. Sebab DBD berada di air bersih. Nah, justru di kalangan menengah ke atas itu yang enggan diberikan penyuluhan. Maka dengan adanya bus ini, kita bisa

lakukan sosialisasi," tutur Ahok. "Dan kita terima-kasih kepada Kemenkes, Dinas Kesehatan DKI, serta Sanofi (PT Sanofi-Aventis Indonesia) yang mendukung program ini.

Menurut uraian seorang petugas Dinkes DKI, DBD itu disebabkan oleh infeksi virus Dengue tipe 1-4, dan dominan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes Aegypti betina. Jika terdapat minimal 2 tanda klinis dan 2 laboratoris, maka orang yang mengalaminya didiagnosis menderita DBD, yang dibagi atas beberapa derajat, yaitu:

### **DBD derajat I:**

Tanda-tanda infeksi virus, dengan manifestasi perdarahan yang tampak hanya dengan Uji Tourniquet positif.

### **DBD derajat II:**

Tanda infeksi virus dengan manifestasi perdarahan spontan (mimisan, bintik-bintik merah)

### **DBD derajat III:**

Disebut juga fase pre shock, dengan tanda DHF grade II namun penderita mulai mengalami tanda shock; kesadaran menurun, tangan dan kaki dingin, nadi teraba cepat dan lemah, tekanan nadi masih terukur.

### **DBD derajat IV:**

Atau fase shock (disebut juga dengue shock syndrome / DSS), penderita shock dalam dengan kesadaran sangat menurun hingga koma, tangan dan kaki dingin dan pucat, nadi sangat lemah sampai tidak teraba, tekanan nadi tidak dapat terukur. [P]



# 9,8% pasien rawat inap terserang infeksi nosokomial

**M**wam pada umumnya berasumsi bahwa rumah-sakit adalah institusi atau tempat yang steril. Meski kenyataannya tidak demikian.

Penyebaran infeksi nosokomial bisa terjadi dalam kurun 48-72 jam setelah pasien dirawat di RS. Infeksi jenis ini sebenarnya tidak hanya terjadi pada pasien saja, melainkan juga dapat dialami semua tenaga kesehatan dan pengunjung rumah sakit. Misalnya, ada pasien anak dirawat karena diare, kemudian pada hari ketiga tiba-tiba muncul infeksi baru, seperti infeksi paru.

Menurut Dekan Fakultas Universitas Indonesia Ratna Sitompul, infeksi nosokomial juga dapat mengakibatkan masa perawatan yang lebih lama sehingga biaya perawatannya pun jadi lebih mahal.

“Tahun 2002, infeksi nosokomial diidentifikasi oleh WHO sebagai infeksi yang didapat pasien selama perawatan di rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya,” ujar Ratna.

Selama ini, infeksi nosokomial yang sering

dilaporkan di berbagai negara adalah infeksi saluran kemih, saluran nafas bawah, daerah operasi, serta aliran darah. Infeksi di organ atau sistem tubuh juga dapat terjadi.

Karena itu, Ratna meminta setiap rumah sakit punya Panitia Pengendali Infeksi (PPI) guna melakukan surveilans infeksi nosokomial dan pencegahan infeksi nosokomial.

Berdasarkan riset yang dilakukan di 11 RS di Jakarta, 9,8% pasien rawat inap terserang infeksi baru terkait pelayanan kesehatan.

Infeksi nosokomial adalah infeksi silang yang terjadi pada perawat atau pasien saat dilakukan perawatan di RS. Jenis yang paling sering adalah infeksi luka bedah, infeksi saluran kemih, dan saluran pernapasan bagian bawah

(pneumonia). Tingkat paling tinggi terjadi di unit perawatan khusus, ruang rawat bedah dan ortopedi serta pelayanan obstetri (seksio sesarea).

Menurut Staf Khusus Menteri Bidang Peningkatan Pelayanan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Akmal Taher, kasus infeksi nosokomial pada pasien menyebabkan waktu rawat-inap semakin lama dan



bahkan bisa menimbulkan kematian.

“Rerata pasien terpapar infeksi di RS di Indonesia tergolong cukup tinggi. Peluang pasien terkena infeksi nosokomial di RS bisa mencapai sekitar 10%.”

Menyikapi seriusnya masalah ini, Dosen Mikrobiologi dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) Anis Kurniawati berpendapat, setiap RS seharusnya memiliki tim pengontrol infeksi yang secara reguler melakukan kontrol terhadap keamanan ruang operasi, rawat inap, alat, dan sebagainya. Selain itu, pengaturan soal kunjungan pasien dan kebersihan RS juga harus dijaga.

## Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih adalah suatu istilah umum yang dipakai untuk menyatakan adanya invasi mikroorganisme pada saluran kemih. ISK pada bagian tertentu disebabkan oleh bakteri terutama *Escherichia coli*. Resiko dan beratnya penyakit ini meningkat dengan kondisi refluks vesikouretral, obstruksi saluran, dan statis perkemihan.

Penyebab utama ISK non-komplikasi adalah bakteri *Escherichia coli* (85%), *Staphylococcus saprophyticus* (5-15%), *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus sp.*, *Pseudomonas aeruginosa* dan *Enterococcus sp.* (5-10%).

Infeksi saluran kemih (ISK) hampir selalu diakibatkan oleh bakteri

aerob dari flora usus.

Prevalensi kejadian antara usia kurang lebih 15-60 tahun dan jauh lebih banyak wanita daripada pria menderita infeksi saluran kemih bagian bawah.

Sebab uretra wanita lebih pendek (2-3 cm) daripada pria, sehingga kandung kemih mudah dicapai oleh bakteri, khususnya basil *Escherichia coli*. Pada pria selain uretranya lebih panjang (15-18 cm) cairan prostatnya juga memiliki sifat bakterisid sehingga menjadi pelindung terhadap infeksi oleh bakteri uropatogen.

Secara normal, urine adalah steril (bebas kuman). Infeksi terjadi bila bakteri yang berasal dari saluran cerna masuk ke uretra atau ujung saluran kencing kemudian berkembang biak di sana. Karena itu bakteri yang paling sering menyebabkan ISK adalah

*Escherichia coli* yang umum terdapat dalam saluran pencernaan bagian bawah.

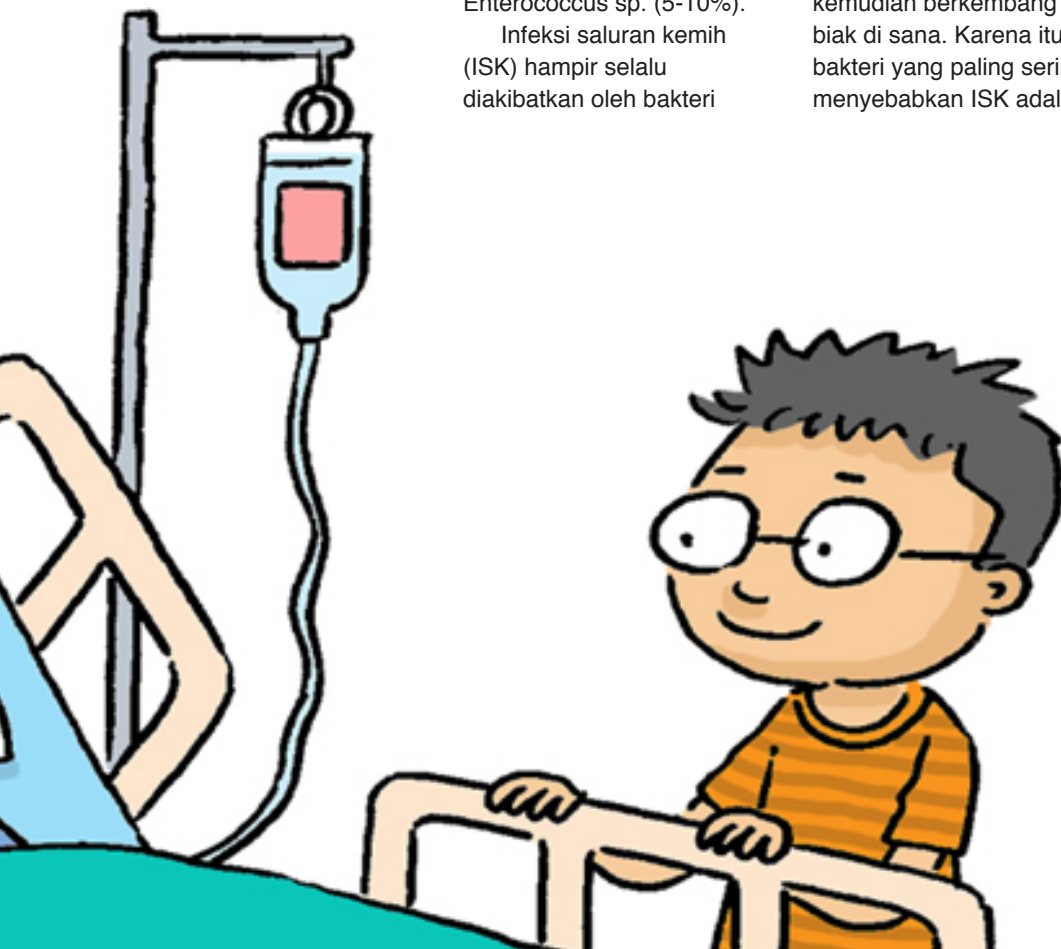
Jenis infeksi saluran kemih dapat dibedakan menjadi dua yaitu ISK bagian bawah (sistitis) dan ISK bagian atas.

Sistitis paling sering disebabkan oleh menyebarnya infeksi dari uretra, yang bisa disebabkan oleh kontaminasi fekal atau pemakaian kateter. Sedangkan ISK bagian atas terdapat pada pasien dengan saluran kemih yang abnormal, misalnya penyumbatan dan diabetes.

Secara umum tujuan terapi infeksi saluran kemih adalah menghilangkan gejala dengan cepat, mengekstradikasi bakteri pathogen, meminimalisasi rekurensi dan mengurangi morbiditas dan mortalitas. Tujuan tersebut dapat tercapai dengan pemberian antibiotik sambil mencari bakteri penyebab.

Terapi tanpa obat pada ISK adalah minum banyak air agar urine yang keluar juga meningkat. Pengobatan ISK dilakukan dengan antibiotik. Idealnya, antibiotik yang digunakan harus dapat ditoleransi dengan baik, mencapai konsentrasi tinggi dalam urine, dan mempunyai spektrum aktivitas terhadap mikroorganisme penyebab infeksi.

Pemilihan antibiotik untuk pengobatan didasarkan pada tingkat keparahan, tempat terjadinya infeksi, dan jenis mikroorganisme yang menginfeksi. Sebaiknya pasien ISK diberikan antibakterial yang efektif tetapi dengan efek minimal terhadap flora fekal dan vagina. ●



# "Tunda Kapitasi BPJS!"

**M**ENTERI Kesehatan Nila F. Moeloek menginstruksikan agar Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial alias BPJS menunda pemberlakuan norma kapitasi baru. Sebab kapitasi baru berpotensi melemahkan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di daerah. Padahal FKTP yakni puskesmas, klinik pratama, dokter praktik mandiri adalah ujung tombak layanan program Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN.

Menkes menambahkan, seyogianya BPJS Kesehatan selaku pengelola program JKN melakukan konsultasi dulu kepada pemerintah sebelum mengeluarkan peraturan yang berdampak pada layanan kesehatan secara nasional.

Pernyataan Menkes merupakan respon atas keluarnya Peraturan BPJS Kesehatan No 2/2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran

Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP. Peraturan itu sudah diberlakukan sejak Agustus lalu.

Kapitasi adalah alokasi dana yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada FKTP, yang melayani peserta program JKN. Besaran kapitasi tergantung dari jumlah peserta terdaftar di FKTP bersangkutan. Walhasil pelayanan terhadap masyarakat peserta Badan Pelayanan Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan terancam berkurang.

Kondisi tersebut setidaknya dikeluhkan oleh Kepala Puskesmas di Kota Lubuklinggau. Pengurangan dana kapitasi dari semula Rp 6.000 menjadi Rp 3.000 jiwa.

Lalu, Kepala Puskesmas Sidorejo, dr Jeanita mengatakan dengan dana kapitasi Rp 6.000 saja Puskesmas belum mampu memberikan pelayanan maksimal kepada masyarakat, apa lagi Rp 3.000.

Senin pagi, 31 Agustus 2015, digelar



FLORENCEJOHNSTONCOLLECTIVE.WORDPRESS.COM



pertemuan Pengurus Besar IDI (PB IDI) dengan BPJS Kesehatan (BPJSK) menindaklanjuti surat PB IDI tentang keberatan pemberlakuan Peraturan BPJS Kesehatan No.2 tahun 2015 itu. Sejak diberlakukannya peraturan yaitu di awal Agustus 2015, PB IDI

menerima banyak keresahan dan keluhan dari sejawat dokter.

Isi keluhan terbanyak terkait dengan pengurangan jumlah kapitasi yang diterima oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama. Keresahan ini dirasakan semakin meluas sehingga dikhawatirkan akan mengganggu pelayanan kepada masyarakat. Oleh karenanya PB IDI meminta agar peraturan ini ditinjau kembali atau dicabut dulu.

Selain itu, peraturan terbaru ini dirasakan terlalu cepat diimplementasikan sehingga banyak pihak belum tersosialisasi

dengan baik. Sebelumnya masih terdapat permasalahan di lapangan terkait regulasi di luar Per-BPJSK No.2 tahun 2015 yang belum tuntas implementasinya di beberapa daerah.

Persoalan ini dianggap banyak menimbulkan reaksi yang kurang baik di masyarakat. "Disamping kurang dipahami, peraturan ini sering berganti-ganti dan tidak ada sosialisasinya," ujar Anggota Komisi IX Ketut Sustiwawan. Ketut menilai bahwa selama 20 bulan berdirinya BPJS, masih banyak persoalan-persoalan yang belum diselesaikan.

Menurutnya, sampai saat ini pelayanan BPJS masih banyak dikeluhkan oleh masyarakat. "Mulai dari yang tidak dapat ruangan di RS, tidak ada obat, dan sebagainya," kata Ketut.

Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kemenkes Donald Pardede mengatakan, penerapan norma baru bisa berdampak negatif terhadap program JKN.

Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Fajriadinur menyatakan pengaturan norma baru merupakan rekomendasi dari Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK). Menurut KPK, sistem dan mekanisme kapitasi mengandung sejumlah kelemahan dan perlu diperbaiki. Terlebih dana BPJS Kesehatan yang dikeluarkan untuk kapitasi cukup besar yakni sekitar Rp8 triliun per tahun.

Direktur Utama BPJS Kesehatan, Fachmi Idris

membenarkan. Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2015 itu intinya mendorong agar terjadi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Salah satu indikator meningkatnya pelayanan FKTP menurut beleid ini adalah melayani peserta selama 24 jam.

Agar mampu memenuhi indikator itu, kata Fachmi, FKTP harus bisa memenuhi jumlah dokter yang memadai. Ternyata, ketentuan itu tak mudah dijalankan. Ada kendala yang muncul, antara lain disebabkan distribusi tenaga kesehatan seperti dokter tidak merata ke seluruh wilayah di Indonesia. Akibatnya, sejumlah FKTP tidak mampu memenuhi indikator peningkatan kualitas pelayanan. Agar kendala itu tak menghambat, Pemerintah memutuskan untuk melakukan revisi. "Maka revisi diperlukan untuk menyusun tahapan-tahapan yang lebih detail lagi," tukasnya.

Koordinator advokasi BPJS Watch, Timboel Siregar, mendukung penuh upaya perbaikan pelayanan di FKTP. Agar regulasi itu dapat berjalan, setelah diterbitkan harusnya BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi masif.

Timboel menganggap sosialisasi belum cukup. Regulasi itu ditetapkan 27 Juli 2015 dan diundangkan 28 Juli 2015, tapi penerapan pembayaran kapitasi berdasarkan norma itu berlaku secara nasional 1 Agustus 2015. ●

# Desa Dasan Tapan: Desa model siaga aktif

**U**ntuk tahun ini, 2015 Desa Dasan Tapan, baru saja menerima 316.225.000 rupiah, sekalipun terlambat realisasinya, tapi masih bisa mengejar, sehingga hasilnya

tetap maksimal. Dana desa kami gunakan membangun infrastruktur dasar yang memang dibutuhkan, terutama sebagai desa siaga aktif dan juga desa model bidang kesehatan. Hal ini bisa kami buktikan dengan terpenuhinya infrastruktur

dasar pokok seperti posyandu, polindes, pustu yang ada di wilayah. Dari 7 dusun yang ada, sudah ada 6 posyandu, 1 puskesmas pembantu dan 1 polindes. Seperti telah disampaikan Kepala Desa Dasan Tapan, Alman Taluti, S.Adm kepada

Mediakom, 11 Februari 2016 di Lombok Barat, NTB.

Menurut Alman, selain untuk bidang kesehatan, juga digunakan untuk bidang pendidikan. Seperti pendidikan anak usia dini (PAUD). Hal ini mendorong antusiasme masyarakat desa



membangun PAUD secara swadaya juga besar sekali. Potensi inilah yang juga kami coba raih.

“Tahun ini kami coba membangun balai penyuluhan terpadu yang terintegrasi dengan berbagai macam kegiatan seperti untuk PAUD, penyuluhan pertanian, penyuluhan tentang KB. Alhamdulillah sejak 31 Januari 2016 kemarin sudah bisa kita tempati dan gunakan”, ujar Alman.

Menurut Kades, setiap kegiatan kesehatan desa sangat berkait erat dengan peran serta masyarakat melalui kader posyandu. Tahun ini kami mengalokasikan semacam insentif untuk mereka, walaupun secara nilai masih belum memenuhi, akan tetapi inilah salah satu bentuk perhatian terhadap upaya kader posyandu dalam membantu mensukseskan kegiatan



kesehatan di desa.

Disamping sebagai desa siaga, Desa Dasan Tapen ini juga desa model percontohan penerapan pola KB Model Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Memang secara pencapaian program KB sudah 70% dari total pasangan usia subur, tetapi itu masih menggunakan alat kontrasepsi yang non-MKJP.

Sekarang ini kami dorong agar masyarakat mulai beralih kepada KB MKJP.

“Ini bagian dari upaya berkesinambungan melalui forum pertemuan masyarakat kami sampaikan. Alhamdulillah sudah mulai tumbuh kesadaran masyarakat untuk mulai beralih ke KB MKJP dengan

pola kerjasama antara kepala desa, tokoh agama, tokoh masyarakat desa, kader posyandu dan instansi terkait melalui promosi kesehatan”, ujarnya.

Khusus promosi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), melalui pertemuan setiap rumah minimal dalam 1 lingkungan keluarga ada stikernya PHBS. Untuk respon masyarakat sendiri



## DARI DAERAH

cukup baik, terutama sekali ketika menggandeng teman dari kalangan pemuda melalui karang taruna termasuk unit UKM lainnya. Setiap event tertentu mereka tumpang promosi kesehatan.

Menurutnya, salah satu indikator PHBS adalah pengolahan sampah. Saat ini dana desa sebagian untuk sosialisasi pembuangan sampah yang benar. Setelah menggandeng para pemuda, dalam 1 tahun menyampaikan promosi dan memberikan pemahaman kepada masyarakat untuk membuang sampah di tempatnya, kesadaran masyarakat mulai tumbuh.

Setelah tumbuh kesadarannya, kemudian bekerja sama dengan dinas kebersihan tata kota. Hanya saja, sampah tidak terkontrol, salah satu sebabnya kemampuan dinas menyiapkan sarana prasarana masih kurang.

Akhirnya, berupaya mengolah sampah sendiri dalam skala rumah tangga, dengan mengajak ibu PKK dan dasawismanya. Mengolah sampah dengan metode memilah sampah organik dan non organik. Satu kelompok wilayah

dusun menjadi pilot project untuk pengolahan sampah plastic membuat kerajinan tangan. Untuk mendukung pengolahan sampah, melalui dana desa telah menganggarkan pengadaan kontainer sampah.

Indikator PHBS lainnya, sudah menetapkan sarana pendidikan sebagai kawasan tanpa rokok, memang agak berat untuk menyadarkan dan melarang untuk merokok, tetapi kami tidak melakukan kampanye melarang merokok, tetapi lebih ke arah upaya kongkrit, khususnya di lingkungan terkecil kantor desa.

“Kami perbanyak promosi seperti himbauan larangan merokok. Dampaknya sudah mulai terasa, artinya dari lingkungan kami yang awalnya ada 5 orang staff yang biasa merokok sekarang hanya tinggal 2 orang saja. Ditambah lagi kesadaran masyarakat, ketika dulu setiap kita rapat asap rokok merupakan hal sangat amat biasa didalam ruangan, tetapi sekarang sudah mulai kita siapkan pojok rokok diluar ruangan”, ujar Alma.

Menurutnya, tantangan terberat dalam mengkampanyekan tidak



Alman Taluti, S.Adm  
Kepala Desa Dasan Taspem, berdiri  
didepan "pohon pengantin"

merokok, karena desa tidak memiliki regulasi untuk pengawasan yang ketat terkait rokok. Karena rokok salah satu sumber pendapatan pemerintah juga. Sebagai peringkat desa hanya lebih ke arah penyadaran kepada masyarakat terkait bahaya merokok, terhadap diri sendiri, masyarakat, lingkungan terutama dampak buruknya terhadap ibu hamil dan anak-anak.

“Alhamdulillah tingkat kesadaran ibu sudah mulai tumbuh, mereka tidak melarang suaminya merokok, tetapi dengan bahasa yang halus mereka meminta suaminya jika mau merokok tidak berdekatan dengan ibu atau anak. Hal ini semua tidak lepas dari upaya bersama setiap pertemuan,

sengaja kami bagikan dan perbanyak stiker bahaya merokok untuk masyarakat, agar secara perlahan mereka sadar”, kata pak kades.

### Pembinaan Dasan Tapen

Menurut penanggung jawab promkes puskesmas Dasan Tapen, Sujirman, SST dalam membina desa siaga aktif, telah mengeluarkan SK Kepala Desa terkait desa siaga aktif. Kemudian, membentuk UKBM MPASI, kelompok donor darah dan posbindu. Jadi kegiatan donor darah sebagai upaya kegawat daruratan. Alhamdulillah hingga saat ini tidak ada kematian ibu.

Sekalipun demikian, paguyuban kelompok donor darah masih tetap

Bak sampah Dasan Tapen.



dilaksanakan dengan perangkat desa selama 2x setahun. Selain itu, ada kegiatan penguatan, seperti mengolah sampah mandiri. Ada juga kegiatan pembinaan PHBS, bagaimana masyarakat desa memiliki rumah tangga yang sehat.

“Untuk mendukung PHBS, kami melibatkan masyarakat seperti kader dan tim penggerak PKK yang membina dasawisma masing-masing. Satu kader membina 10 KK dan sudah dilakukan sejak tahun 2014. Kesemuanya ini bertujuan untuk mendukung desa siaga mandiri”, ujar Sujirman.

Menurut Sujirman, ada peningkatan dari 57% menjadi 62% terkait cakupan rumah tangga sehat, namun masih ada kendala tentang kebiasaan merokok masyarakat. Dana desa akan digunakan untuk sosialisasi PHBS.

“Kita tidak berharap terlalu muluk dengan penurunan angka perokok, tetapi minimal wawasan masyarakat tentang Kawasan Tanpa Rokok bertambah. Sehingga mereka diharapkan tidak lagi



Baihaki.  
Staf Desa mantan perokok berat.

merokok di dalam ruangan dan jauh dari ibu dan anak”, ujarnya.

Untuk paguyuban donor, Kepala Dusun bertindak sebagai koordinator dengan minimal ada 10 orang pendonor, kalau ada 7 dusun, total bank data 70 orang pendonor aktif dengan data yang lengkap. Guna memaksimalkan cakupan donor darah, akan menggalang dari pasangan pengantin baru.

“Sebagai persyaratan pernikahan, desa secara administrasi harus tahu golongan darahnya dan

kesiapan mereka sebagai anggota donor darah aktif”, ujarnya.

Untuk pelestarian lingkungan, sudah berjalan selama 1 tahun, setiap pasangan pengantin baru wajib menanam pohon di lingkungan desa dasan tapen. Demikian pula ketika mereka memiliki anak juga wajib menanam 1 pohon sebagai tanda kelahiran, yang sering disebut persalinan hijau.

Masyarakat cukup menanam dan merawat serta menjaga hingga tumbuh besar. Bibit pohon pengantin dan persalinan hijau tersedia gratis dari Kepala Desa. Jenis bibit yang tersedia seperti mahoni, sengon, nangka, dan macam macam lainnya. Untuk penyediaan pembibitan, telah melakukan kerjasama dengan dinas kehutanan.

## Berhenti Merokok

Baihaki, staf Desa merupakan perokok berat, 2,5 bungkus perhari, dengan asumsi Rp 15 ribu perbungkus, maka seluruh penghasilan akan habis

untuk rokok. Atas kesadaran sendiri, kini sudah 1 tahun 4 bulan berhenti merokok.

“Saya berhenti merokok karena masalah kesehatan, dulu saya seorang yang suka bergadang, minum kopi hitam, ketika tidak merokok dan minum kopi terasa pusing. Setelah mendapat penyuluhan dan ngeri sakit akibat rokok, saya berhenti merokok”, ujar Baihaki.

Menurutnya, setelah tidak merokok, banyak teman yang ingin berhenti merokok, mereka menanyakan apa resepnya, apa obatnya. Menurut Baihaki, faktor utama berhenti merokok yakni, keinginan dan tekad yang kuat untuk berhenti merokok. Ketika dulu pernah terkena batuk parah, saat yang tepat untuk berhenti merokok.

“Saat ini ada 5 orang staf desa, sudah 3 orang yang sudah berhenti merokok, masih 2 orang lagi, pelan pelan untuk bisa diajak berhenti merokok. Hal yang paling berat ketika pertama kali ingin berhenti merokok, banyak sekali cobaannya”, akunya. **[Pra & Gibran]**



Petugas  
Puskesmas  
Dasan Tapen.

# Advokasi Dana Desa untuk Kesehatan

**G**una memperoleh alokasi dana desa untuk kesehatan, perlu mengadvokasi pemerintah daerah melalui Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa (BPMPD). Sehingga ada regulasi yang merekomendasikan dana desa untuk kesehatan, termasuk aksinya di lapangan.

Hal itu dilakukan di Lombok Barat. Mereka menginisiasi pembuatan draft Peraturan Bupati sampai surat edarannya seperti yang disampaikan Kabid Kesmas

Dinas Kesehatan Lombok Barat, Muhammad Abdullah, SKM, MQIH, 11 Februari 2016.

“Sebelumnya, baru ada surat edaran kepada desa agar mengalokasikan dananya untuk kesehatan dan KB. Dirasakan belum memadai, akhirnya diperkuat dengan Peraturan Bupati No.11 Tahun 2014, yang merekomendasikan Alokasi Dana Desa (ADD) minimal 10% untuk program kesehatan dan KB. Termasuk untuk posyandu dan desa siaga,” ujar Muhammad.

Dana ADD bisa mencapai Rp 1 M. Tujuh puluh persennya untuk masyarakat. Sepuluh persen dari

70% tersebut untuk dana kesehatan. Ketentuan tersebut, kemudian diperkuat lagi dengan Peraturan Bupati No.10 Tahun 2015 tentang KB. Dua koma lima persen khusus MKJP (Metode KB Jangka Panjang).

Ada juga peraturan bupati No.15 Tahun 2015 tentang dana desa yang berasal dari APBN. Semuanya harus memberi alokasi dana untuk kesehatan, termasuk ADD yang bersumber dari APBD, maupun DD yang bersumber APBN.

“Keduanya kita persiapkan untuk memberikan tempat bagi alokasi dana kesehatan,” ujar Muhammad.

Untuk mengurangi bias karena pemahaman yang kurang memadai, Dinas Kesehatan menyusun alat bantu bernama menu kegiatan. Menu kegiatan yang disusun berdasarkan kebutuhan kesehatan.

Menu ini dipergunakan saat proses perencanaan di tingkat desa. Poin yang muncul diharapkan mempunyai daya ungkit yang tinggi untuk kesehatan desa. Selain juga mereduksi usulan yang aneh-aneh.

Aneh yang dimaksudkan adalah usulan kegiatan yang tidak memiliki *leverage* terhadap kesehatan. Misalnya untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan melalui pendidikan, kegiatan yang diusulkan adalah pengadaan seragam.

“Sekarang kegiatan yang tersaji dalam menu kegiatan benar-benar dipikirkan masak-masak. Misalnya menu biaya pertemuan sosialisasi, KIE, penggerakan sasaran, transport kader untuk pendampingan masyarakat. Intinya kegiatan praktis yang memiliki daya ungkit menuju sehat,” ujar Muhammad.



Kegiatan advokasi diawali dengan pembuatan *pilot project* di 4 desa. Usulan dananya berkisar antara dua setengah sampai lima juta rupiah. Dana tersebut digunakan untuk penggerakan sasaran dan KIE. Tahap selanjutnya adalah memperluas cakupan wilayah sampai kecamatan. Utamanya wilayah kecamatan yang memiliki masalah dengan kelahiran tinggi dan KB-nya rendah.

Menurut Muhammad, saat ini sudah lebih dari 17 desa mengalokasikan dana BPMPD. Mereka sudah sekata dengan dinas kesehatan. Jika di ADD tidak muncul kesehatan dan KB, maka tidak akan divalidasi dan diloloskan dalam perencanaan.

BPMPD merupakan lembaga yang membawahi desa di tingkat Kabupaten, tugasnya adalah memantau, mengawal, dan mengesahkan perencanaan ADD.

“Dinas Kesehatan sebenarnya tidak memiliki wewenang untuk mengarahkan desa. Apalagi meminta mereka untuk mengalokasikan

sebagian dana untuk kesehatan. Karena itu, jalan paling strategis adalah melakukan advokasi kepada BPMPD. Tujuannya agar bisa menjelaskan dan mengarahkan semua desa, termasuk kecamatan. Sehingga para camat ikut memantau alokasi dana kesehatan di desa dan melakukan fasilitasi saat perencanaan desa,” ujar Kabid Kesmas ini.

Hasilnya, sekarang banyak SKPD lain yang berusaha menduplikasi program advokasi kesehatan ini. Tentunya dengan harapan peningkatan kualitas dan kuantitas program-program mereka seperti program kesehatan.

Alokasi dana kesehatan desa juga diberikan untuk kader dan posyandu. Mereka kerap menyelenggarakan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Contohnya bulan November 2015 lalu, mereka menyelenggarakan *workshop* ASHAR.

Kegiatan ini merupakan implementasi sekaligus sosialisasi dari Aksi Seribu Hari Pertama Kehidupan. Pesertanya seluruh kepala desa, tokoh masyarakat, dan juga camat. Mereka mendapat penyadaran tentang generasi masa depan yang berkualitas. Bagaimana mengelola seribu hari pertama kehidupan. Mulai kehamilan hingga anak berumur 2 tahun.

Respon masyarakat sangat bagus. Mereka mengetahui ada PR bersama. Lombok Barat memiliki angka *stunting* tinggi, sekitar 47%. Sebagai pembanding, data Riskesdas tahun 2013 adalah 49%.

Bangun manusia NTB yang sehat, cerdas, bertaqwa dan produktif melalui ....

“Kita harapkan desa juga peduli. Harus bersama-sama mengatasi masalah. Intinya harus ada pemberdayaan masyarakat lokal, dan harus bisa menggerakkan mereka,” ujar Muhammad.

Sepanjang 2014, ketika peraturan bupati diberlakukan, keberhasilan KB meningkat. Angka kematian ibu memiliki tren menurun, dimana tahun 2009 ada 16 kasus kematian dan tahun 2015 hanya 5 kasus. Sedangkan kematian bayi pada 2009 sebanyak 201 kasus. Tahun 2015 turun menjadi 50 kasus. Bila dilihat sudah jauh di bawah batas MDGs.

“Hanya saja, ada beberapa pihak yang meragukan validitas datanya. Meskipun tingkat akurasi

pengumpulan datanya memiliki tingkat kepercayaan yang memadai. Data-data itu berasal dari bidan seluruh desa,” ujarnya.

Saat ini struktur pelayanan kesehatan sudah boleh dikatakan lumayan. Dari 122 desa yang ada, 118 sudah memiliki poskesdes. Khusus untuk puskesmas poned sudah tersebar di seluruh NTB.

Ke depan, peraturan bupati akan terus dievaluasi. Apakah masih memiliki tingkat efektifitas dan efisiensi yang memadai? Apakah dapat mendorong desa siaga menjadi mandiri? Tujuannya untuk meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat. Promotif dan preventif. **[P&G]**



# Ashar untuk Semua Mahasiswa

**U**ntuk mendorong penurunan angka kematian ibu dan bayi, Dinas Kesehatan Prov Nusa Tenggara Barat, menurunkan program “Ashar” atau aksi seribu hari pertama kehidupan. Pilihan nama program yang tepat, karena mudah mengingatnya, khususnya bagi masyarakat NTB yang terkenal relegius, bahkan NTB dikenal dengan kubah 1000 masjid. Sepanjang jalan raya, kampung, perkantoran dan pemukiman selalu tersedia masjid untuk shalat berjamaah, diantaranya shalat Ashar. Hal ini disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTB drg. Eka Junaidi.

Perhitungan program Ashar 1000 hari pertama kehidupan, dimulai dari masa kehamilan 9 bulan dan 2 tahun setelah kelahiran. Selama kurang lebih 1000 hari itu, mahasiswa melakukan pendampingan, mengingatkan apa yang harus ibu hamil lakukan saat hamil, menjelang kelahiran dan pasca kelahiran, termasuk mengingatkan melakukan imunisasi untuk bayinya.

Seperti disampaikan drg. Eka, program Ashar



di Poltekkes Mataram, merupakan salah satu perguruan tinggi yang mendapat kesempatan membantu program Ashar. Secara struktur kerja, pelibatan SDM perguruan tinggi ada 3 komponen, dosen sebagai Supervisor, mahasiswa senior sebagai mentor dan mahasiswa baru sebagai pelaksana pendampingan ibu hamil.

“Alhamdulillah, selama ini sudah berjalan sebagaimana mestinya. Para supervisor

sudah mendapat pelatihan, demikian juga para mentor dan mahasiswa pelaksana dilapangan. Mahasiswa juga sudah turun lapangan melakukan pendampingan bersama pendamping lapangan dari puskesmas setempat. Artinya semua berjalan lancar”, ujar drg. Eka.

Menurutnya, dalam pengorganisasian

Jadi mahasiswa yang melakukan pendampingan akan mendapat nilai tersendiri dari proses belajar lapangan dari dosen terkait. Tentu, berbeda dengan mahasiswa kesehatan lingkungan, perawat, atau mahasiswa kesehatan lainnya. “ Prinsipnya, mereka akan mendapat nilai dari proses pendampingan ibu hamil, yang akan disesuaikan dengan mata kuliah terkait di perguruan tinggi tersebut”, ujar Kadinkes.

Khusus pelaksanaan Ashar, menurut salah satu supervisor, H. Cembuh mengakui belum sempat melaporkan secara tertulis, karena bulan Januari 2016 ini berbarengan dengan pelaksanaan akreditasi, sehingga waktu dan tenaga supervisor tersedot ke akreditasi. Mudah-mudahan setelah akreditasi ini segera melaporkan kegiatan ashar ini. Mahasiswa sebagai pelaksana sebagian besar sudah turun ke lapangan beberapa kali, terutama mahasiswa semester akhir.

Menurut Fety Lestiani, mahasiswi D 4 Kebidanan Semester akhir Poltekkes Mataram menjelaskan bahwa setiap mahasiswa pelaksana pendampingan akan mendapat daftar ibu hamil dari puskesmas setempat. Selanjutnya mahasiswalah yang mencari alamat tersebut menemui para ibu hamil yang telah ditetapkan. Pengalamannya menemui para ibu hamil, pasti semua akan mengalami hal yang sama yakni; kaku, canggung. Untuk itu saran Fety, pada fase awal harus melakukan pendekatan terlebih dahulu.

memang harus detail, perlu pengecekan agar tidak terjadi tumpang tindih. Misalnya, satu mahasiswa harus menjadi pelaksana dari dua mentor atau sebaliknya. Karena panduannya satu mentor, mementori 4-5 mahasiswa pelaksana. Satu supervisor mengontrol 4-5 mentor.

Bagi mahasiswa kebidanan, proses pendampingan ibu hamil, menjadi bagian dari mata kuliah “kasus 28 minggu”.

“Pengalaman, para ibu hamil merasa senang mendapat kunjungan mahasiswa kebidanan, karena mereka merasa terbantu. Ketika pertama bertemu dengan ibu hamil yang akan didampingi, harus melakukan perkenalan, pendekatan hubungan baik, menjelaskan program Ashar. Umumnya ibu hamil akan responsive dan ingin tahu tentang apa program Ashar itu”, ujar Fety.

Menurutnya, setelah melakukan hubungan baik, selanjutnya melakukan pemeriksaan tekanan darah, konseling, menanyakan apakah sudah mempunyai jaminan kesehatan atau belum. Kebetulan ibu hamil yang saya dampingi sudah mempunyai jaminan kesehatan nasional (JKN). Tapi, bagi yang belum punya jaminan kesehatan, maka menjadi salah satu tugas pendamping membantu untuk mendapatkannya.

“Setiap kali melakukan pendampingan, mahasiswa mendapat satu buku catatan kunjungan. Buku tersebut berguna untuk mencatat apa yang sudah dikerjakan. Khusus untuk mahasiswa kebidanan, pendampingan ibu hamil menjadi bagian mata kuliah kasus 28 minggu, dengan angka kredit 2 SKS”, ujar Fety.

Bagi Fety, terus terang, setelah beberapa kali kunjungan ada saling membutuhkan antara mahasiswa dan ibu hamil. Mahasiswa merasa ada tempat untuk mengaplikasikan ilmu yang sudah dimiliki, sedangkan ibu hamil merasa terbantu, ada yang memperhatikan tentang kehamilannya.

Memang, dalam beberapa kali kunjungan tidak semuanya mendapat pendampingan dari petugas puskesmas atau kampus, semoga ini tidak mengurangi kualitas penilaian akademik.

Menurut H. Cembuh, khusus mata kuliah kebidanan yang langsung terkait dengan mata kuliah, memang harus saling mendukung. Berbeda



dengan beberapa perguruan tinggi lain yang tidak terkait langsung dengan mata kuliah. Sehingga hubungannya hanya pelaksana, mentor dan supervisor di kampusnya masing-masing.

“Khusus D 4 Kebidanan, program ashar ini akan lebih dalam mendukung mata kuliah kasus 28 minggu, sehingga pemahannya akan lebih dalam. Berbeda dengan mahasiswa analis, tentu hanya yang berkaitan dengan penerapan penggunaan obat, bukan pada konten kehamilan seorang ibu yang lebih teknis. Tapi prinsipnya, mahasiswa apapun bisa melakukan pendampingan, karena hanya memberi motivasi dan mengingatkan apa yang harus dilakukan ibu hamil”, ujar H. Cembuh. [P]

# Sumbangsih Mahasiswa Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan

**M**enurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) menjadi salah satu pemerintah dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia. Sejalan dengan ini seluruh pemerintah daerah menyelenggarakan program pembangunan kesehatan daerahnya untuk mendukung penurunan AKI dan AKB. Salah satu daerah yang mendukung program ini adalah Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Nusa Tenggara Barat. Dinkes NTB meluncurkan program “ashar” atau aksi seribu hari pertama kehidupan yang dilaksanakan oleh mahasiswa yang mendalami ilmu kesehatan. Pilihan nama program ini dinilai cukup tepat dan mudah diingat oleh masyarakat NTB yang religius dengan kubah 1000 masjidnya terlihat dari sepanjang jalan raya, kampung, perkantoran dan pemukiman yang selalu tersedia masjid untuk shalat berjamaah, diantaranya shalat Ashar.

Perhitungan program ashar atau 1000 hari pertama kehidupan ini dihitung mulai dari masa kehamilan 9 bulan dan 2 tahun setelah kelahiran. Selama kurang lebih 1000 hari itu, mahasiswa melakukan pendampingan, mengingatkan apa yang harus ibu hamil lakukan saat hamil, menjelang kelahiran dan pasca kelahiran, termasuk mengingatkan melakukan imunisasi untuk bayinya.

Seperti disampaikan H. Cembuh, salah satu *supervisor* Program Ashar dari Politeknik Kesehatan (Poltekkes) Mataram, bahwa institusinya merupakan salah satu perguruan tinggi yang mendapat kesempatan membantu Program Ashar. Secara struktur kerja, pelibatan civitas perguruan tinggi meliputi 3 komponen, dosen sebagai *supervisor*, mahasiswa senior sebagai mentor dan mahasiswa baru sebagai pelaksana pendampingan ibu hamil.

“Alhamdulillah, selama ini sudah berjalan semestinya. Para *supervisor* sudah mendapat pelatihan, demikian juga



para mentor dan mahasiswa pelaksana di lapangan. Mahasiswa juga sudah turun lapangan melakukan pendampingan bersama pendamping lapangan dari puskesmas setempat. Artinya semua berjalan lancar”, ujar H. Cembuh.

H.Cembuh menjelaskan dalam pengorganisasian memang harus detil, perlu pengecekan agar tidak terjadi tumpang tindih. Ia mencontohkan, satu mahasiswa harus menjadi pelaksana dari dua mentor atau sebaliknya. Karena sesuai panduan, satu mentor mengawasi 4-5 mahasiswa pelaksana. Satu *supervisor* mengontrol 4-5 mentor.

Bagi mahasiswa kebidanan, proses pendampingan ibu hamil, menjadi bagian dari mata kuliah “kasus 28 minggu”. Jadi mahasiswa yang melakukan pendampingan akan mendapat nilai tersendiri dari proses belajar

lapangan dari dosen terkait. Tentu, berbeda dengan mahasiswa kesehatan lingkungan, perawat, atau mahasiswa kesehatan lainnya. “Prinsipnya, mereka akan mendapat nilai dari proses pendampingan ibu hamil, yang akan disesuaikan dengan mata kuliah terkait di perguruan tinggi tersebut”, ujar H. Cembuh.

Khusus pelaksanaan Ashar, H.Cembuh mengakui belum sempat menyusun laporannya secara tertulis, karena bulan Januari 2016 ini berbarengan dengan pelaksanaan akreditasi, sehingga waktu dan tenaga *supervisor* tersedot ke akreditasi. Mudah-mudahan setelah akreditasi ini segera melaporkan kegiatan ashar ini. Mahasiswa sebagai pelaksana sebagian besar sudah turun ke lapangan beberapa kali, terutama mahasiswa semester akhir.

## Pendekatan Di Awal Pendampingan

Fety Lestiani, mahasiswa semester akhir Diploma IV Kebidanan Poltekkes Mataram menjelaskan bahwa setiap mahasiswa pelaksana pendampingan akan mendapat daftar ibu hamil dari puskesmas setempat. Selanjutnya mahasiswalah yang mencari alamat tersebut menemui para ibu hamil yang telah ditetapkan. Pengalamannya menemui para ibu hamil pasti dialami juga oleh mahasiswa lainnya seperti kaku dan canggung. Untuk itu, Fety menyarankan pada fase awal harus melakukan pendekatan terlebih dahulu.

“Pengalaman, para ibu hamil merasa senang mendapat kunjungan mahasiswa kebidanan, karena mereka merasa terbantu. Ketika pertama bertemu dengan ibu hamil yang akan didampingi, harus

melakukan perkenalan, pendekatan hubungan baik, menjelaskan program Ashar. Umumnya ibu hamil akan responsive dan ingin tahu tentang apa program Ashar itu”, ujar Fety.

Menurut Fety, setelah melakukan hubungan baik, selanjutnya melakukan pemeriksaan tekanan darah, konseling, menanyakan apakah sudah mempunyai jaminan kesehatan atau belum. “Kebetulan ibu hamil yang saya dampingi sudah mempunyai jaminan kesehatan nasional (JKN). Tapi, bagi yang belum punya jaminan kesehatan, maka menjadi salah satu tugas pendamping membantu untuk mendapatkannya,” jelas Fety.

Setiap kali melakukan pendampingan, mahasiswa mendapat satu buku catatan kunjungan. Buku tersebut berguna untuk mencatat apa yang sudah dikerjakan. Khusus untuk mahasiswa



kebidanan, pendampingan ibu hamil menjadi bagian mata kuliah kasus 28 minggu, dengan angka kredit 2 SKS.

## Praktek Ilmu Hingga Dukung Mata Kuliah

Bagi Fety, terus terang, setelah beberapa kali kunjungan ada saling membutuhkan antara mahasiswa dan ibu hamil. Mahasiswa merasa ada tempat untuk mengaplikasikan ilmu yang sudah dimiliki, sedangkan ibu hamil merasa terbantu, ada yang memperhatikan tentang kehamilannya. Memang, dalam beberapa kali kunjungan tidak semuanya mendapat pendampingan dari petugas puskesmas atau kampus, semoga ini tidak mengurangi kualitas penilaian akademik.

Menurut H. Cembuh, khusus mata kuliah kebidanan yang terkait langsung dengan mata kuliah, memang harus saling mendukung. Berbeda dengan beberapa perguruan tinggi lain yang tidak terkait langsung dengan mata kuliah. Sehingga hubungannya hanya pelaksana, mentor dan supervisor di kampusnya masing-masing.

Khusus Diploma IV Kebidanan, program ashar ini akan lebih mendukung mata kuliah kasus 28 minggu, sehingga pemahannya akan lebih dalam. Berbeda dengan mahasiswa analis, tentu hanya yang berkaitan dengan penerapan penggunaan obat, bukan pada konten kehamilan seorang ibu yang lebih teknis. "Tapi prinsipnya, mahasiswa apapun bisa melakukan pendampingan, karena hanya memberi motivasi dan mengingatkan apa yang harus dilakukan ibu hamil", ujar H. Cembuh. [P]



# Bangga Jadi Mahasiswi Pendamping Ibu Hamil

**Lia Ariani,**

**Mahasiswa D IV Kebidanan Poltekkes Mataram**

**A**walnya kaku, tapi setelah beberapa kali kunjungan, apalagi sudah saling mengenal antara mahasiswa dan ibu hamil, semua berjalan lancar dan menyenangkan. Saya sudah ada 6-8 kali melakukan kunjungan pendampingan ibu hamil bersama pembimbing lapangan, setelah ditunjuk menjadi mahasiswa pendamping ibu hamil 4 bulan yang lalu. Saya memaklumi, belum langsung akrab membangun interaksi dengan ibu hamil dalam waktu singkat. Mungkin karena saya bukan orang yang berasal dari Kota Mataram, kebetulan saya berasal dari Sumbawa.

Masyarakat, khususnya ibu hamil sangat senang dan menunggu kehadiran mahasiswa pendamping. Mereka bahkan bertanya, setelah ini apakah masih akan ada mahasiswa pendamping lagi untuk para ibu hamil? Apalagi, ibu hamil yang saya dampingi memiliki komplikasi asma. Alhamdulillah, selama pendampingan, saya beri saran, masukan untuk perilaku

hidup bersih dan sehat, penyakit asma yang mereka derita tidak kambuh.

Untuk mendapatkan ibu hamil yang akan didampingi, datanya berasal dari puskesmas setempat. Mahasiswa akan mendapat data satu ibu hamil, lengkap beserta alamat tempat tinggal. Kemudian mahasiswa bersama pendamping lapangan mendatangi ibu hamil tersebut. Pendamping memperkenalkan kepada ibu hamil tentang maksud dan tujuan pendampingan. Kunjungan atau komunikasi selanjutnya, akan dilakukan mahasiswa sendiri.

Saya termasuk mahasiswa yang beruntung, karena mendapat kesempatan mendampingi ibu hamil sebelum lulus. Setidaknya ada waktu 6 bulan untuk pendampingan ibu hamil. Pinginnya 1000 hari atau 3 tahun melakukan pendampingan seperti yang adik-adik semester satu alami, tapi karena saya sudah akan lulus, terpaksa kurang dari 6 bulan pendampingannya. ●



# Kiat Puskesmas Gunungsari Gapai Prestasi

**P**uskesmas Gunungsari, dalam waktu 3 tahun telah banyak menyoal berbagai prestasi. Diantaranya menjadi menjadi pelayanan KIA terbaik tahun 2013, puskesmas berprestasi tingkat kabupaten dan provinsi tahun 2014, sedangkan tahun 2015 meningkat menjadi BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) dan tahun 2016 sudah terakreditasi. Kesuksesan

ini tentu tak dapat lepas dari sentuhan lembut manajemen Kepala Puskesmas dan para staf pendukungnya.

Menurut Kepala Puskesmas Gunungsari, Lombok Barat, Akmal Rosali, S.Kep, untuk membawa puskesmas Gunungsari seperti sekarang ini, selama 3 tahun ia dan tim telah melakukan 3 hal yakni meningkatkan performance puskesmas, tim work yang solid, promosi dan pemberdayaan masyarakat.

Menurutnya, untuk

membangun performance puskesmas yang baik, ia dan tim merujuk pada Permenkes 75 yang telah mensyaratkan berbagi hal, sebagai pelayanan publik yang baik. Mereka berusaha untuk mewujudkannya. Seperti adanya lahan parkir yang luas, akses layanan yang mudah, tempat pendaftaran yang bersahabat, ruang tunggu yang nyaman, alur pendaftaran yang jelas, pelayanan yang cepat, mudah dan akurat.

“Kami mencoba setiap

pasien mendapat layanan yang baik, dengan cara mengantar pasien ke tempat layanan kesehatan yang mereka perlukan, termasuk yang membawa berkas pasien ke tempat layanan adalah petugas puskesmas. Pasien cukup mengikuti petugas untuk mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya. Selain itu, petugas wajib melayani dengan sopan, santun dan menyenangkan”, ujar Akmal.

Mereka juga telah menyepakati nilai dasar yang menjadi acuan bekerja, yakni bertindak cepat, tepat, berpihak kepada masyarakat, menegakkan disiplin, transparan dan akuntabilitas. “Semua nilai ini sudah berusaha kami lakukan, bukan sekedar tulisan, tanpa makna. Sehingga masyarakat merasakan ada sesuatu yang beda di puskesmas

gunungsari”, ujar Kepala Puskesmas yang berlatar belakang pendidikan perawat ini.

Selanjutnya, untuk membangun tim work yang solid, Akmal menekankan agar setiap program dilaksanakan berdasarkan pedoman, bukan hanya berdasarkan kebiasaan yang sudah turun temurun. Selain itu juga melakukan bimbingan teknis ke lapangan, belajar berkelanjutan dan administrasi berdasarkan bukti.

“Untuk mendukung administrasi berdasarkan bukti, kami mengharuskan setiap karyawan mempunyai buku kinerja, mendorong memahami seluruh kegiatan, sehingga tidak tumpang tindih dalam implementasi di lapangan. Mereka wajib melaporkan kegiatan administrasi setiap minggu ke tiga. Sedangkan minggu ke empat harus mereka laporkan bulan berikutnya”, ujar Akmal.

Menurutnya, prinsip kegiatan harus mengikuti jadwal besar, yakni jadwal kegiatan posnyandu. Jadi semua kegiatan usaha kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) harus menginduk kepada jadwal besar tersebut. Tidak boleh ada kegiatan yang menyimpang dari jadwal kegiatan posyandu.

Setelah secara internal kuat, berupa performance dan tim work yang solid, langkah berikutnya yakni melakukan promosi dan pemberdayaan masyarakat. Upaya kesehatan yang dapat dirasakan langsung oleh masyarakat. Guna mendukung program tersebut, telah menyiapkan upaya kesehatan perorangan (UKP) berupa layanan poli di puskesmas, UGD, Layanan umum sore hari dan layanan 24 jam, berupa rawat jalan atau rawat inap.

“Untuk menjangkau kalangan remaja, puskesmas juga telah membuka layanan klinis visit untuk penyakit

HIV/AIDS. Kesehatan reproduksi remaja, konseling remaja, posnyandu remaja dan kelas remaja. Hal ini dilakukan mengingat wilayah kerja puskesmas, yakni daerah pariwisata. Bahkan, hasil penelitian menunjukkan 25 % remaja menderita IMS, termasuk zona merah HIV/AIDS. Yang mengagetkan telah banyak terjadi pernikahan dini akibat kecelakaan pergaulan bebas”, ujar Akmal.

Guna mendukung upaya kesehatan masyarakat, puskesmas telah membentuk kader penjangkau lapangan TB. Mereka bertugas mengawasi masyarakat dalam ketaatan minum obat, penyampaian informasi tentang TB, konseling, kesediaan untuk melakukan pemeriksaan dan membantu kelompok penduli TB.

Selain itu, puskesmas juga telah membentuk kader pendamping desa, kader pemantau deteksi dini tumbuh kembang anak di posyandu. Masing-

masing posyandu satu kader. Jadi total ada 61 kader pada setiap posnyandu. Sedangkan kader pendamping desa ada 9 orang, masing-masing desa ada 1 kader. Adapun tugas kader pendamping desa yakni mendorong desa agar dapat berperilaku hidup bersih dan sehat.

“Khusus untuk kader deteksi dini tumbuh kembang anak, mereka mendapat insentif dari berbagai sumber seperti Generasi Sehat Cerdas (Luar), Dana Desa dan APBN. Untuk menindaklanjuti temuan kader deteksi dini tumbuh kembang ini, telah dibuka poli tumbuh kembang terpadu. Poli ini member layanan pembelajaran orang tua untuk memberi stimulasi anak atau bayi. Poli ini juga menjalin kerjasama dengan sektor terkait”, ujar Akmal.

Sebagai antisipasi lonjakan lansia, telah dibuka posyandu lansia. Posnyandu ini fokus kepada penanganan penyakit tidak menular, khususnya kencing manis dan hipertensi. Kedua penyakit ini telah mendominasi kalangan lansia di puskesmas Gunungsari. Selama ini, kunjungan pasien terus meningkat, rata-rata 200 pasien/ hari.

Secara khusus, dari pengamatan penulis, keberhasilan Akmal dan tim dalam mengelola puskesmas Gunungsari menjadi berprestasi, tak lepas dari cara kerja yang fokus, orientasi pelayanan dan mengerjakan seluruh kegiatan dengan sepenuh hati, tidak setengah-setengah. Bahkan, dapat menikmati seluruh proses pelayanan tanpa syarat. [P]



**Akmal Rosali, S.Kep.**  
**Kepala Puskesmas**  
**Gunungsari, Lombok Barat.**



# Yang tersisa dari Pilkada

Oleh : **Prawito**

**W**ajahnya kuyu. Berat badannya turun akibat tidur tak nyenyak dan pikiran. Hampir setiap hari, ada saja yang datang menagih hutang. Hingga suatu hari, ia terusir dari rumah yang selama ini menjadi satu-satunya tempat kembali. Tak ada kata perpisahan dengan tetangga dan sanak saudara, apalagi upacara syukuran pindah rumah sebagaimana layaknya. Semua terjadi begitu cepat.

Malam gerimis, saat ia memindahkan seluruh perabot rumah tangganya ke kampung sebelah. Ada sebuah rumah tua, setengah permanen, milik dermawan yang masih menyisakan simpati. Ditemani istri dan anggota keluarga, dengan berat hati meninggalkan rumah yang telah lama dirawat dan tempati. Semua harta telah habis, ludes memenuhi tagihan banyak orang.

Erik (50), sebut saja begitu. Ketenarannya bukan hanya di tingkat kampung, tapi sudah merambah kabupaten. Selain pandai dalam masalah agama, Dia juga seorang komunikator yang baik. Fasih berbicara di depan publik, orasinya

berbobot, pesannya tersampaikan dan tentunya humoris.

Pastinya membuat pendengar tertarik, simpati, percaya dan bahkan ingin berlama-lama denannya dalam waktu yang lama. Selain menghibur, sikapnya juga patut menjadi contoh.

Tak dapat dipungkiri, dengan segala kelebihan Erik, banyak masyarakat meletakkan kepercayaan tinggi kepadanya. Apalagi Dia juga sangat dekat dengan pejabat level satu di Kabupaten. Kemanapun sang pejabat pergi, Erik pasti ada. Bahkan ketika sang pejabat berhalangan hadir, Eriklah yang mewakili. Seorang tokoh masyarakat yang menyampaikan pesan sekaligus siraman rohani.

Musim pilkada lalu, Erik mendapat kepercayaan dari pejabat tersebut sebagai "tim sukses" untuk memenangkan pilkada gubernur. Lengkap sudah cerita kesibukan dan kesuksesan Erik. Dakwah, kampanye, dan tentunya bisnis. Sambil menyelam minum air. Kesempatan ini juga digunakan Erik mengembangkan usaha travel khusus haji dan umrah.

Kepercayaan masyarakat

kepada Erik luar biasa. Banyak masyarakat yang menitipkan dana haji kepadanya. Jika ditotal tidak kurang dari 1 Milyar. Setiap orang menitipkan besaran dana haji bervariasi. Mulai dari puluhan hingga ratusan juta setiap kelompok jamaah.

Seharusnya dana tersebut langsung disetor ke bank. Pernah Erik meminta jamaah untuk menyetor langsung ke bank, tapi mereka lebih senang menitipkannya kepada Erik, lebih utama atau *afdhal* kata jamaah tersebut.

Sampai pada suatu saat, ada jamaah yang kritis, mengecek dana haji ke bank yang telah ditetapkan. Betapa kagetnya, ternyata dana haji belum masuk ke bank. Secepat kilat beritapun menyebar ke seluruh jamaah yang menitipkan dana haji kepada Erik. Ternyata sebagian besar belum masuk ke dalam bank.

Akhirnya, semua jamaah yang menitipkan uang ke Erik, satu persatu atau rombongan minta dikembalikan.

"Setiap orang yang datang meminta uang kepadanya selalu mendapatkan jawaban sama, janji untuk membayar dan melunasi. Erik terus

berjanji dan berjanji. Rupanya mereka lama-lama kehilangan kesabaran. Akhirnya sebagian orang mengusir Erik dari rumah saat itu juga. Rumah itupun dijual cepat," kata Ireng, tetangga Erik, sekaligus sahabat karibnya.

Erik bangkrut. Dia kehilangan semuanya. Mulai dari harta yang pernah ia kumpulkan, juga kepercayaan masyarakat yang selama ini menjadi tumpuan harapan. Bersama keluarga menempati rumah tua. Secara fisik, sangat jauh lebih jelek dengan rumahnya sendiri yang telah disita masyarakat.

Hanya penyesalan, tangis dan nestapa terus merenungi nasib diri yang malang dan merana. Bukan hanya itu, Dia pun terkena sanksi sosial. Pernah, ketika sedang mengisi ceramah, jama'ah satu persatu meninggalkan acara dan tak mau memanggil untuk ceramah lagi.

## Mengapa ini bisa terjadi?

**Pertama**, setiap manusia pasti akan diuji. Ada kalanya senang, saat lain susah. Suatu saat kaya, dalam sekejap jatuh miskin. Waktu tertentu menjadi terpendang,

populer, berikutnya jatuh terjerembab dalam jurang paling dalam, dengan keadaan nista.

Umumnya, manusia bila mendapat ujian kemudahan, kesenangan, kekayaan dan popularitas, sulit bertahan, gagal, dan jatuh menjadi sebaliknya. Tapi, bila manusia mendapat ujian kesulitan, kesusahan, kemiskinan akan tabah dan sabar menjalani, sehingga mereka lulus, keluar dari kesulitan yang melilitnya.

**Kedua**, amanah memang berat, apalagi kepercayaan yang besar dari masyarakat, berupa titipan jumlah uang yang besar. Pada saat yang sama membutuhkan dana besar untuk kegiatan sosialisasi gubernur agar memenangkan pilkada.

“Ketika Erik meminta dana operasional kepada paslon, mereka hanya

berkata, pakai saja dulu uang yang ada, nanti saya ganti,” kata Ireng menirukan paslon kepada Erik.

Ternyata, paslon tersebut gagal menjadi gubernur. Dana haji masyarakat yang ada di tangan Erik ludes. Habis untuk kampanye dan kebutuhan lain. Ketika ditanyakan penggantian dana operasional kepada paslon, hanya mendapat jawaban -maaf saya tak punya uang lagi-. Erik seperti disambar petir, terdiam dan pasrah.

Mengapa Erik begitu semangat mendukung total paslon? Tentu ada janji-janji lain yang diberikan paslon kepada Erik, ketika menang menjadi gubernur. Mimpi indah dan fasilitas lebih baik barangkali akan menjadi kenyataan.

Sebab, ketika paslon masih menjadi bupati sudah banyak fasilitas

yang Erik rasakan, mulai dari kendaraan roda empat, menjadi PNS dan popularitasnya moncer. Apalagi paslon menjadi gubernur, pasti lebih hebat lagi, kira-kira begitu mimpi Erik.

Ibarat nasi sudah menjadi bubur, nasib tak dapat ditarik lagi ke belakang. Mimpi indah berubah menjadi ilusi yang menakutkan. Masa lalu tinggal kenangan, kini hanya menghadapi sulitnya hidup. Modal besar, termasuk dana orang telah habis, bahkan miliknya yang selama ini sudah dalam genggaman pun hilang, terbang melayang tak berbekas.

**Ketiga**, jangan mabuk. Sebab, orang mabuk tak dapat lagi memilah dan memilih mana yang baik dan mana yang buruk. Tak dapat membedakan dana milik diri sendiri dan dana titipan

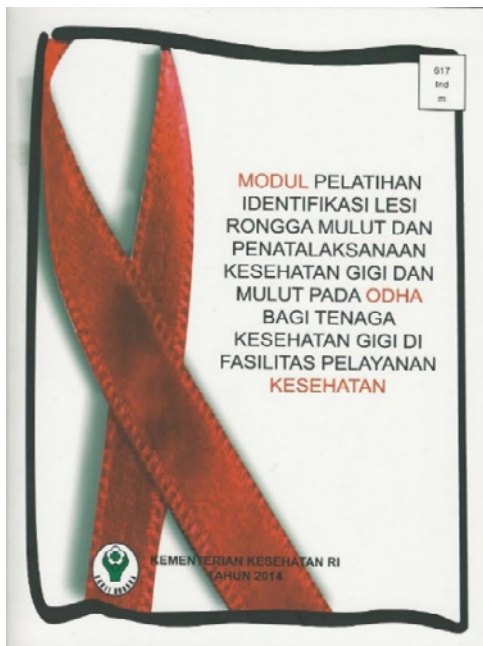
orang lain, kabur. Semua uang habis untuk memenuhi tuntutan hawa nafsu yang sedang memburu.

Akhirnya, sadar, menyesal, setelah semua sirna usai pilkada yang menyisakan duka dan nestapa seorang hamba. Ini hanya satu kisah sisa pilkada. Masih banyak Erik-Erik lain yang bernasib sama, mungkin lebih dramatis lagi.

Agar tidak terjebak dalam lubang yang sama dengan Erik, ada baiknya kita ikuti nasehat bijak budaya Jawa.

*Jamane jaman edan, nek ora edan ora keduman. Sak beja-bejane wong edan, isih bejo seng eling lan waspodo.* Memang zamannya sudah gila, tidak ikut gila tidak kebagian. Seberuntung-untungnya orang gila, masih lebih untung orang yang sadar dan waspada. ●





# Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut Dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut Pada ODHA Bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Jakarta : Kementerian Kesehatan  
RI, 2014  
xi, 70 hlm, 22 cm

ISBN : 978-602-235-526-7

Direktorat Jenderal Bina Upaya  
Kesehatan

1. ORAL HEALTH
2. DENTISTRY
3. ACQUIRED DEFICIENCY
4. SYNDROME
5. HEALTH CARE

612.3

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan UUD 1945 pasal 28 H pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang antara lain diukur dengan indeks pembangunan manusia (IPM). Ditahun mendatang tantangan yang dihadapi dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS semakin besar dan rumit sehingga diperlukan strategi baru untuk menghadapinya. Strategi ini akan terus mengembangkan kemajuan yang telah dicapai oleh strategi-strategi sebelumnya. Akselerasi upaya perawatan pengobatan dan dukungan pada orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA) dijalankan bersamaan dengan akselerasi upaya pencegahan baik di lingkungan sub populasi berperilaku resiko tinggi maupun lingkungan sub populasi berperilaku resiko tinggi maupun lingkungan sub populasi berperilaku resiko rendah dan masyarakat umum.

Seiring dengan meningkatnya epidemi HIV di Indonesia maka

pelayanan kesehatan gigi dan mulut terhadap ODHA perlu mendapat perhatian khusus terkait upaya pengendalian infeksi HIV. Pemberian pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang tepat untuk ODHA sekaligus harus dapat memberikan perlindungan kepada pasien lain di Fasilitas kesehatan terhadap bahaya infeksi HIV serta melindungi petugas kesehatan, sehingga tidak perlu khawatir dalam memberikan pelayanan kepada semua pasien termasuk pasien yang diketahui menderita HIV- AIDS.

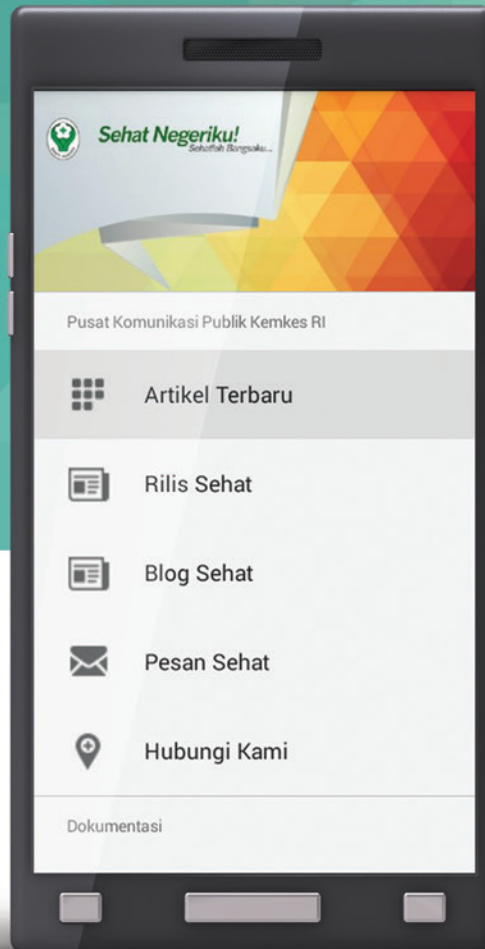
Modul pelatihan ini berisi format khusus untuk penanganan kesehatan gigi dan mulut bagi ODHA, sehingga pemahaman dan kemampuan petugas Kesehatan khususnya dalam penanganan kesehatan gigi dan mulut belum memadai dan tidak merata.

Modul ini sebagai acuan penatalaksanaan kesehatan gigi dan mulut pada ODHA bagi tenaga kesehatan gigi di fasilitas pelayanan kesehatan. ●

# Apps Sehat Negeriku

Pusat Komunikasi Publik Kemenkes RI yang memberikan informasi aktual kegiatan Kementerian Kesehatan berupa rilis, dokumentasi, dan info kesehatan

Download di



Temukan disini  
Scan QR CODE



**Sehat Negeriku**

Aplikasi Berita Kesehatan Terbaik

*Untuk Indonesia yang Lebih Sehat*

## Fitur Sehat Negeriku

- ▶ Artikel Terbaru Sehat Negeriku
- ▶ Peta Lokasi Kemenkes RI
- ▶ Twitter Update @puskomdepkes
- ▶ Gallery Photo Kemenkes RI



Berita aktual informasi kesehatan dapat dibaca kapan saja dan dimana saja menggunakan smartphone anda.



Cintai kesehatan dengan menambah wawasan kesehatan dan berbagi kepada orang disekitar anda.



Dengan memiliki aplikasi ini, kami selalu mengabarkan anda informasi terbaru melalui smartphone anda.

@puskomdepkes Sehat\_Negeriku sehatnegeriku (021) 52907416-9

Kementerian Kesehatan RI JL. H.R. Rasuna Said Blok X5  
Kav. 4-9 Kuningan, Jakarta Selatan 12950  
[www.sehatnegeriku.com](http://www.sehatnegeriku.com)

# MEDIAKOM KINI HADIR DALAM BENTUK DIGITAL SILAHKAN AKSES [MEDIAKOM.SEHATNEGERIKU.COM](http://MEDIAKOM.SEHATNEGERIKU.COM)



**MEDIAKOM**

Pusat Komunikasi Publik  
Kementerian Kesehatan RI  
Jl. H.R. Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9 Kuningan,  
Jakarta Selatan 12950