

■ EDISI BOOK CHAPTER 2020

Kontribusi Kampus

untuk Negeri di Era Pandemi



■ EDISI BOOK CHAPTER 2020

Kontribusi Kampus

untuk Negeri di Era Pandemi

Editor: Sujinah



**KONTRIBUSI KAMPUS UNTUK NEGERI
DI ERA PANDEMI**

ISBN: 978-623-6146-42-2
Cetakan pertama, 2021
x + 326 hlm; 15,5 x 23 cm

Penulis:

Didin Fatihudin; Anita Roosmawarni; Nurullaili Mauliddah; Budi W Mahardhika; Murpin Josua Sembiring; Nurma Yuli`anasari; Tho`at Setiawan; Nur Fatwikiningsih; Indah Kurniawati; Tining Haryanti; Israfil; Muhamad Reza Utama; Yelvi Levani; Uswatun Hasanah; M Arfan Mu`ammar; Sujinah; A`im Matun Nadhiroh; Gita Marini; Al Qodar Purwo S; Pipit Festi Wiliyanarti;Tjatur Prijambodo; Badruli Martati.

Editor: Sujinah

Penata isi: Galeh Bagus Pawiro

Penata sampul: Wawan Shulton Fauzi

Diterbitkan oleh:

Edu-litera

(Anggota IKAPI – No. 211/JTI/2019)

Imprint PT. Literindo Berkah Karya

Jl. Apel No. 28 A Semanding, Sumbersekar,

Dau, Kab. Malang (65151)

Telp./Fax: (0341) 5033268

Email: eduliteramalang@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmat, Hidayah, serta Inayah-Nya yang diberikan sehingga pada akhirnya penulis mampu menyelesaikan edisi book chapter 2020: “Kontribusi Kampus untuk Negeri di Era Pandemi” dengan lancar walaupun harus bertarung di tengah kondisi pandemi Covid-19 sekalipun. Sholawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa petunjuk melalui ilmu keislaman juga ilmu pengetahuan sebagai bekal menuju jalan yang terang.

Suatu kebahagiaan tersendiri yang dirasakan oleh penulis sehingga dapat menyelesaikan book chapter 2020 kali ini. Dengan mengusung beberapa inovasi di tengah gempuran pandemi Covid-19 di berbagai lini sektor kehidupan, buku ini dengan sangat mudah mengulas tentang dampak ekonomi, edukasi, kesehatan, penyikapan masyarakat, hingga treatment penting kesehatan mental dan jiwa selama menghadapi masa-masa kritis di tengah pandemi ini.

Penulis sungguh menaruh harapan lebih semoga book chapter 2020 kali ini mampu memberikan sejumlah kebermanfaatan dan pengetahuan kepada para pembaca. Penulis juga menerima kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bentuk evaluasi kedepannya. Terakhir, atas dukungannya selama ini, penulis ucapkan banyak terima kasih.

Surabaya, 02 Maret 2021

Tim Penulis





COVID-19, ADAPTASI DALAM ERA PERUBAHAN

Oleh: **Aziz Alimul Hidayat**

Wakil Rektor Bidang Akademik
Universitas Muhammadiyah Surabaya
Periode 2013-2021

Akhir tahun 2019 dunia disibukkan dengan penanganan penyakit yang telah menjadi pandemi yaitu Covid-19, salah satu penyakit yang disebabkan virus Sarcov-19 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) yang lebih dikenal dengan nama virus Corona adalah jenis baru dari coronavirus yang menular ke manusia. Virus ini bisa menyerang siapa saja. Virus Corona tersebut pertama kali ditemukan di Kota Wuhan, China pada akhir Desember 2019. Virus ini menular dengan sangat cepat dan telah menyebar ke hampir semua negara, termasuk Indonesia, hanya dalam waktu beberapa bulan.

Kondisi demikian membuat beberapa negara menerapkan kebijakan untuk memberlakukan lockdown dalam rangka mencegah penyebaran virus Corona, tak terkecuali di negara Indonesia dengan istilah Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang hanya bertujuan untuk menekan laju penyebaran virus ini. Tentu kebijakan tersebut juga berimplikasi semua sektor dan menimbulkan berbagai masalah ekonomi, sosial, budaya, agama, dan juga termasuk di bidang pendidikan. Sehingga terjadi perubahan yang begitu cepat dalam tatanan kehidupan.

Hal tersebut mendorong siapa pun untuk beradaptasi dalam kehidupan di era pandemi yang menjadi titik awal era perubahan. Demikian halnya yang dilakukan oleh Civitas Akademika Universitas Muhammadiyah Surabaya, melalui Lembaga Penelitian dan

Pengabdian Masyarakat yang diketuai oleh Dr. Sujinah, M.Pd, untuk ikut serta dalam melaksanakan perannya di LPPM, melalui berbagai kegiatan yang dikemas dalam Webinar Series dengan tema utamanya adalah covid-19 dari perspektif multi disiplin.

Tradisi akademik demikian perlu diapresiasi dalam membangun kebebasan, dan otonomi keilmuan, sekaligus menciptakan suasana akademik dan membangun tradisi intelektual di kalangan kampus khususnya Universitas Muhammadiyah Surabaya, luaran dari webinar telah dikemas dalam book chapter yang tentunya dapat dibaca oleh setiap orang dan menjadi nutrisi pemikiran tersendiri di tengah era pandemi yang tak kunjung selesai.

Akhirnya saya juga berterima kasih kepada Dr. Dra. Sujinah, M.Pd. dkk telah memberi catatan penting dari para akademisi dan telah memberi kontribusi besar Universitas Muhammadiyah Surabaya untuk bangsa.

Nasrun minallah wa fathun qarib wa bassyiril mu'minin

Surabaya, 29 April 2021



Daftar Isi

- Halaman Sampul
- Kata Pengantar..... v
- Covid-19, Adaptasi dalam Era Perubahan..... vii
Aziz Alimul Hidayat (Wakil Rektor Bidang Akademik Universitas Muhammadiyah Surabaya)
- Daftar Isi ix

- Dampak Ekonomi Covid-19, Dunia Usaha dan Solusi Makroekonomi..... 1
Didin Fatihudin, Anita Roosmawarni, Nurullaili Mauliddah, Budi W Mahardhika
- Dunia Usaha dan Industri Bertahan dan Bangkit di Masa dan Pasca Pandemi Covid-19..... 15
Murpin Josua Sembiring
- Edukasi yang Berdaya Ungkit Tinggi Terhadap Serangan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)..... 33
Nurma Yuli`anasari
- Konstruksi Pemikiran Al-Asqalany (Kitab *Baḥl Al-Mā`ūn*) Dalam Menyikapi Wabah..... 57
Tho`at Setiawan
- **Well Being** dan Koping Religius untuk Meningkatkan Imunitas Individu Menghadapi Krisis Bencana Covid-19 81
Nur Fatwikinginsih
- Pengolahan Citra Digital untuk Mengatur Covid-19: Suatu Ide Awal 103
Indah Kurniawati, Tining Haryanti
- OPINI Promosi Kesehatan Tentang Covid-19 Melalui Media Massa..... 111
Israfil



- Adaptasi Metode Pembelajaran & Penilaian Domain Psikomotor Pada Pendidikan Profesi Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19123
Muhamad Reza Utama
- Peran Imunitas Individu Dalam Menghadapi Covid-19157
Yelvi Levani
- Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Orang Sehat dan Tanpa Gejala Selama Pandemi Covid-19.....165
Uswatun Hasanah
- Bagaimana Mengukur Ranah Afektif di Era *New Normal Learning?*.....177
M Arfan Mu'ammarr
- Penggunaan Istilah Mulai Covid-19 Hingga Merah Pekat di Era Pandemi Covid-19 (akronim, serapan, dan singkatan)195
Sujinah
- Optimalisasi *Self-assesment* Selama Pandemi Covid-19.....219
A'im Matun Nadhiroh
- Peran dan Tantangan Orang Tua Menjaga Kesehatan Anak Balita di Era Pandemi COVID-19239
Gita Marini
- Kewajiban Negara Terhadap Warga Negara Pada Masa Pandemi Covid-19..... 251
Al Qodar Purwo S.
- Strategi Intervensi Edukasi Berbasis Pemberdayaan Komunitas di Masa Pandemi Covid-19 265
Pipit Festi Wiliyanarti
- Tingkat Keberagaman Dalam Menghadapi Serangan Covid-19 281
Tjatur Prijambodo
- Peran Akademisi Dalam Mengedukasi Masyarakat untuk Menghadapi Pandemi Covid-19 291
Badruli Martati
- Biodata Kontributor Penulis..... 325



Dampak Ekonomi Covid-19, Dunia Usaha dan Solusi Makroekonomi

Oleh: **Didin Fatihudin¹, Anita Roosmawarni², Nurullaili Mauliddah³, Budi W Mahardhika⁴.**

1,2,3,4, Dosen Tetap Fakultas ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Surabaya 1Asocc.Profesor. 1,2,3,4 Alumni Pascasarjana Universitas Airlangga

didin.fatihudin@fe.um-surabaya.ac.id

roosmawarni@fe.um-surabaya.ac.id

nurullaili-mauliddah@fe.um-surabaya.ac.id

budi.wahyu.m@fe.um-surabaya.ac.id

Pendahuluan

Covid-19 variabel non ekonomi, sulit untuk ditangani oleh instrumen ekonomi. Kecuali dampaknya, bisa, itu pun jangka panjang (*long term*). Dari sejak Desember 2019. Saat paper ini ditulis sudah sebelas bulan tepatnya bulan oktober 2020, hampir setahun pandemi Covid-19 masih berlangsung. Tidak tahu hingga kapan berakhir. Stanislaw P.S. et al.(2020) pandemi Covid-19 dimulai dari Wuhan Cina pada Desember 2019. Pandemi bermakna melanda seluruh dunia. Tidak terkecuali Indonesia. Endemi hanya wilayah tertentu saja. Covid-19 (*Corona Virus Deases-19*). Disebut Covid-19 sebab dimulainya wabah ini pada Desember akhir tahun 2019.

Virus ini hingga kini belum ditemukan obatnya. Berbagai negara mencoba *trial and error*, cocok atau tidak obat-obat tersebut untuk mengobati sekaligus mencegah virus tersebut. Berbagai pakar di seluruh dunia mengeluarkan semua jurusnya untuk menangani virus tersebut. Hingga paper ini ditulis belum ada obat yang manjur. Pernah mewawancara seorang dokter, juga beliau adalah dekan Fakultas Kedokteran sebuah perguruan tinggi swasta yang tentu saja komentarnya tidak sembarangan. Beliau mengatakan “Diduga sepertinya virus covid-19 ini, akan selalu berdampingan

dengan kita, seperti halnya TBC (*Tuberculosis*) zaman dahulu, cuma bedanya kalau TBC sudah ditemukan obatnya. Juga sama dengan ‘flu’ sudah ada obatnya.”

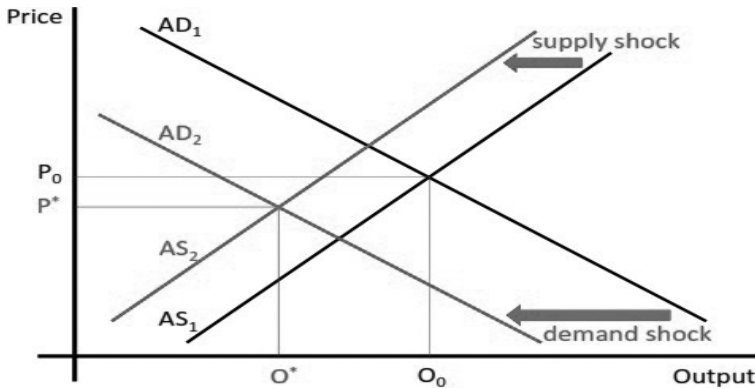
Namun, yang repot Covid-19 hingga kini belum ditemukan. Pandemi Covid-19, penerapan PSBB (pembatasan sosial berskala besar) sampai kapan? Dalam perspektif ekonomi pandemi Covid-19 ini, tentu saja akan menghambat pertumbuhan ekonomi dari mulai konsumsi, investasi, ekspor-impor. Dari mulai pemasok, produksi, distribusi, hingga konsumen akhir rumah tangga. Masalah yang akan dibahas; apakah Covid-19 termasuk variabel non ekonomi. Bagaimana kondisi dampak ekonomi Covid-19, dan bagaimana solusinya.

Kajian Teori

Covid-19 ini memiliki dampak luar biasa pada dunia usaha dan pertumbuhan ekonomi. Beberapa hasil riset menunjukkan, antara lain dari Knut Lonroth, et.al (2020). Covid-19 ini menyebabkan kesulitan ekonomi bagi individu, penghasilan rendah dan menengah, terutama sektor informal. Pemerintah perlu membuat kebijakan kesehatan dan pembiayaan kesehatan. Ioan Cindrea. (2020). Covid-19 ini berdampak pada krisis tenaga kerja, hilangnya tempat kerja. Pasar tenaga kerja pindah sangat cepat dari satu tempat ke tempat lain. krisis tenaga kerja ini berpengaruh pada tujuan pengembangan bisnis perusahaan.

Perluigi C.et.al (2020). Covid-19 berdampak pada industri dan transportasi publik tingkatan sektor daring. Baikeli Xiarewana, et.al (2020). Munculnya ekonomi digital berdampak tingkatan pengangguran. Semua lini bisnis, tenaga manusia diganti digitalisasi dan automasi. Teknologi produksi berubah, kecerdasan buatan, mesin ambil alih peran manusia. Pandemi Covid-19 ini memiliki peran katalis mempercepat munculnya efek destruktif ekonomi digital dan menambah efek tersebut.

Potensi Dampak Covid-19 Dalam Ekonomi Global



Pandemi global menyebabkan *supply shock* bagi manufaktur global karena banyak pabrik dalam jalinan mata-rantai pasokan dunia menghentikan aktifitas produksi. Kurva Agregat supply (AS) bergeser ke kiri AS 1 ke AS 2. Bursa saham dan obligasi tertekan. Investasi berhenti. Jutaan pekerja dirumahkan (ter-PHK). Semua itu mengakibatkan *demand shock*, menggeser *aggregate demand* (AD) ke kiri atau ke bawah dari AD 1 ke AD 2. *Output* dan tingkat harga turun dari keseimbangan awal (Q₀, P₀) ke *equilibrium* baru (Q*, P*).

Covid-19 dalam perspektif makroekonomi. Kebijakan pemerintah, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan bank sentral Indonesia yang bisa diambil untuk memberi stimulus investor, pelaku industri dan pelaku ekonomi lainnya dari individu, keluarga, swasta baik sebagai produsen maupun konsumen meliputi; *pertama*, kebijakan moneter (mengatur uang beredar, mengatur suku bunga) untuk perbankan dan lembaga keuangan lainnya (industri keuangan). *Kedua*, kebijakan fiskal (subsidi pajak, tarif pajak, pajak impor-ekspor). *Ketiga*, kebijakan *supply said* (sisi penawaran). Pertumbuhan ekonomi, mengatur aktifitas ekonomi jangka panjang dari tahun ke tahun 5,10 tahun hingga 25 tahun (Fatihudin,2008,2011). Stabilitas ekonomi, mengatur aktifitas ekonomi jangka pendek dari pekan ke pekan, dari bulan ke bulan seperti inflasi, suku bunga, komoditas (Fatihudin.D,2019).

Pertumbuhan ekonomi adalah bertambahnya barang dan jasa dalam periode tertentu. Pembangunan ekonomi bertambahnya barang-jasa diikuti oleh kenaikan pendapatan, kemajuan kesehatan, naiknya usia harapan hidup dan kesejahteraan penduduk (Fatihudin 2011, Samuelson, Kuznet, HB.Chenery). Dampak Covid-19 kebalikannya, deflasi, semua menurun. pertumbuhan ekonomi jadi melambat, penerimaan negara pajak menurun, belanja negara dan pembiayaan pembangunan berkurang.

Upaya pemerintah untuk penyelamatan kesehatan penduduk dan stabilisasi ekonomi lahir UU No.1/2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan Negara Untuk Penanganan Covid-19. Kepres No.12/2020 tentang Penanganan Covid-19 Bencana Non Alam. Peraturan OJK No.11/POJK/03/2020 tentang Stimulus Perekonomian Nasional Sebagai Kebijakan *Counter Cyclical* Dampak Penyebaran Covid-19 (<http://republika.co.id>.13/6/20). Covid-19 menyebabkan pembatasan di banyak bidang, termasuk aktifitas ekonomi bisnis. Penurunan pertumbuhan PDB, pengurangan produksi industri, pengangguran meningkat. Perlu menciptakan, perancangan alat-metode dan tindakan preventif untuk mengurangi risiko pelayanan kesehatan dan keselamatan kerja di komunitas bisnis dan institusi.

Covid-19 ini banyak menewaskan banyak orang di beberapa negara di seluruh dunia. Menganalisis kinerja negara yang berbeda itu perlu untuk sebagai acuan informasi, pelajaran dan transfer pengetahuan dari negara berkinerja tinggi ke negara berkinerja rendah dalam penanganan dampak Covid-19. Perlu ada kebijakan publik dan upaya kesehatan dalam pencegahan Covid-19 ini terutama bagi kaum perempuan (misalnya dokter, perawat) yang bebannya semakin meningkat. Dari mulai pekerjaan produktif, reproduksi, hingga pada kegiatan masyarakat.

Metode dan Lingkup Kajian

Metodenya Metode deskriptif. Ruang lingkup kajian meliputi sekitar dampak ekonomi Covid- 19 dan solusi ekonomi dalam perspektif makroekonomi Indonesia. Periode pengamatan sebelas

bulan dari Desember 2019 hingga Oktober 2020. Kasus Jawa Timur. Data sekunder diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) Jawa Timur, Bank Indonesia (BI). Data primer sebagai pelengkap data sekunder dan analisis dengan wawancara beberapa praktisi berkaitan langsung dengan dampak Covid-19 secara acak.

Hasil Kajian dan Pembahasan

Semua aktifitas mengandung ongkos, biaya (*cost*). Tidak terkecuali penanganan pandemi Covid-19. *Rapid test*, uji *swab* yang diberikan kepada orang yang dinilai reaktif. Itu sangat penting sebagai upaya penanggulangan covid-19. Dari mulai PSBB kebijakan pembatasan sosial berskala besar, pemeriksaan *rapid test*, *swab* yang biayanya (*cost*) begitu mahal menurut kebanyakan masyarakat. Dari yang 500 ribu rupiah, ada 300 ribu rupiah, ada 200 ribu rupiah hingga satu juta rupiah. *Kok* mahal ya. Belajar jarak jauh, kuliah, seminar hingga *meeting*, baik via Zoom, Google Meet dengan sistem daring timbulkan bengkaknya biaya (*cost*) kuota, pulsa. Maka ada subsidi pulsa, kuota. Kebutuhan pokok ‘sembako’, saat ini bukan sembilan lagi tapi sepuluh ditambah ‘kuota pulsa’. Pada hakekatnya hampir semua aktifitas masyarakat mengandung biaya (ongkos), ya *cost* itu. Besar-kecil, mahal-murah, dari sisi ekonomi “mahal- murah itu relatif”. Kalangan penghasilan terbatas (*poverty*) itu mahal, tapi bagi kalangan *the have* itu murah. Jawabannya beragam, mahal karena disebabkan langka, terbatas, bahannya impor. Permintaan banyak, persediaan terbatas. Rumah sakit kewalahan dengan banyak kedatangan pasien Covid-19. Terbatasnya baju seragam penanganan Covid-19 mulai dari dokter, perawat, tenaga medis lainnya, hingga pasien. Keterbatasan kamar, tempat tidur, ruangan dan obat-obatan. Bisa jadi *cash flow* rumah sakit terganggu. Dampak keterlambatan BPJS-Kemenkes membayar *claim*. Semua bermuara pada biaya dan manfaat (*cost-benefit analisis*). Apakah biaya yang dikeluarkan sebanding dengan manfaat yang diperoleh. Biaya- biaya yang dikeluarkan akan selalu searah-sejalan dengan ketersediaan, manfaat yang diperoleh pemakai-penyedia. Dalam teori ekonometrik bila rasionya positif,

maka jika biaya semakin besar dari belanja negara (APBN) untuk penanganan Covid-19 meningkat seharusnya nilai manfaatnya juga meningkat, meluas, mendalam dan banyak dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Penggunaan “sumber daya” yang efisien itulah yang diharapkan. Menekan biaya sehemat mungkin untuk menghasilkan “output optimal”. Jangan sampai hanya dimanfaatkan oleh para (*trader*) untuk mencari untung berlipat. Di sinilah letaknya “nilai ekonomi” mulai di perhitungkan. Seberapa banyak *sih* manfaatnya (*utility*) bila dibandingkan dengan biaya-biaya (*cost*) besar yang telah dikeluarkan untuk penanganan Covid-19. *Demand and supply Law*; permintaan dan penawaran mulai diperhitungkan. Semakin mahal jika langka. Semakin murah jika persediaan banyak. Obat terbatas, pasien semakin banyak. Jadi obatnya mahal. Apalagi bahan baku obatnya impor, terkena tarif perdagangan dan nilai tukar rupiah dengan mata uang asing. Apalagi nilai rupiah terhadap dollar AS melemah 14.918,00/US\$ (BI.,30/9/20). Ruang rumah sakit terbatas, pasien membludak, jasa rumah sakit menjadi mahal. Wajar. Kenaikan harga- harga memang disebabkan dua hal; *pertama*, permintaan meningkat, persediaan terbatas. *Kedua*, bila ongkos produksi meningkat, maka harga jual pun dipastikan juga meningkat. Sebab di dunia ini (juga Indonesia) tidak ada satu pun perusahaan yang mau rugi, maunya untung saja. *Break event* saja tidak mau, apalagi merugi. Entah itu swasta, atau BUMN sama saja. *Capitalisme, liberalisme* memang seperti itu bebas nilai. Mekanisme pasar yang dipakai (*market mecanism*). Sebab Indonesia tidak menganut paham tersebut, tetapi *mixs economic system* maka kehadiran negara sangat diharapkan masyarakat. Sesuai dengan peran negara; alokasi, distribusi, perlu sejahterakan masyarakatnya. Dalam teori ekonomi paham Keynesian menyatakan campur tangan pemerintah harus hadir dalam mekanisme pasar. Tujuannya untuk menyeimbangkan “harga pasar” dan “ketersediaan” sejumlah barang kebutuhan pokok masyarakat melalui “subsidi silang”. Subsidi bisa berupa kebijakan makroekonomi (*macroeconomy policy*) seperti pengaturan jumlah uang yang beredar, suku bunga, tarif pajak, atau dari sisi penawaran (*supply*) seperti subsidi obat-

obat impor. 90 persen bahan baku obat di Indonesia adalah impor (Asosiasi Perush Obat/Farmasi Indonesia,2020). Lembaga-lembaga keuangan dan industri keuangan dilibatkan dalam penanganan Covid-19. Mulai dari Bantuan Langsung Tunai (BLT) bagi MBR (Masyarakat Berpenghasilan Rendah), subsidi modal usaha bagi UMKM, penundaan bayar bunga dan jatuh tempo, pemberian subsidi bagi yang terkena pemutusan hubungan kerja (PHK) dan lainnya.

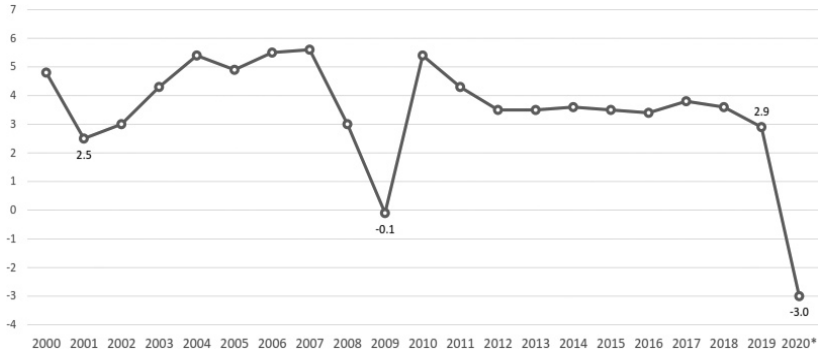
Memang luar biasa dampak ekonomi Covid-19 ini. Covid-19 *Work from Home* (WFH), *Learning from Home* (LFH), *sosial distancing*, *physical distancing*, #dirumahaja. Banyak kalangan usaha kecil, menengah hingga besar banyak yang gulung tikar. Mulai dari produksi berkurang, menurunnya penjualan, pasar terbatas, keuntungan menurun, pengurangan tenaga kerja, terbatasnya kemampuan daya beli, barang di toko tidak laku, menumpuk di gudang, perusahaan merugi. Tidak ada satu perusahaan pun di dunia ini yang mau merugi. Pilihannya “bertahan” dengan berbagai inovasi dan kreativitas atau “bubar” menyerah pada keadaan. Ini pilihan yang sulit. Krisis ekonomi dampak Covid-19 timbulkan serapan pasar menurun, volume penjualan menyusut, keuntungan juga defisit, terjadi PHK, volume produksi berkurang, volume perdagangan menurun, terjadi deflasi hampir di semua sektor perdagangan, pertambangan, transportasi, pariwisata, hotel, restoran dan jasa *tour travel*. Ekspor-impor juga menurun. Ekspor-impor tidak bisa dihindari dari sistem ekonomi Indonesia yang terbuka, dikenal dalam teori ekonomi, disebut perekonomian empat sektor. Pendapatan nasional Indonesia dipengaruhi oleh konsumsi, tabungan, investasi, pengeluaran pemerintah dan ekspor-impor ($Y=C+I+G+X-M$). Produk Domestik Bruto (PDB) sejak Covid-19 terus menurun bahkan negatif per triwulan, semester maupun tahunan (BPS,2020). Masyarakat cenderung untuk mengurangi konsumsi, menahan tabungan, sedikit investasi dari ketidak pastian, ekspor-impor juga menurun tajam. Sebab negara lain juga sama-sama menahan barang-barangnya agar tidak dijual dulu ke negara lain.



Persediaan dalam negara harus diwaspadai. Jika secara individual, korporasi maupun negara asing sama-sama menahan diri, tidak bisa dipungkiri akan terjadi krisis ekonomi yang berkepanjangan. Krisis 2020 pandemi Covid-19. Walaupun mungkin berbeda dengan krisis ekonomi era Soeharto 1998 dan 2009 krisis keuangan global (BPS,2020). Mudah-mudahan ini tidak terjadi, dengan harapan segera berakhirnya pandemi Covid-19 ini. Hampir semua orang di berbagai tempat menyatakan setuju ini semua disebabkan dampak ekonomi Covid-19. Ujungnya tidak jelas kapan Covid-19 ini berakhir dan pergi menjauh dari Indonesia.

Dampak Covid-19 (WFH, *sosial distancing*, *physical distancing*, #dirumahaja). Tidak boleh keluar rumah, dilarang ada kerumunan orang, warung, toko, pasar tradisional, *minimarket*, *supermarket*, *hypermarket* harus tutup. Dampak Covid-19: banyak pabrik tutup, volume produksi turun, kuantitas barang/jasa berkurang, volume penjualan menyusut, pengecer/distributor tutup, banyak PHK, penawaran terbatas, harga-harga barang-jasa naik (inflasi). Produk Domestik Bruto/PDB menurun. Barang/jasa semakin langka seperti krisis ekonomi 1998, 2009, 2020). Kemampuan daya beli menurun. Pertumbuhan ekonomi jadi melambat, penerimaan negara pajak menurun, belanja negara dan pembiayaan pembangunan berkurang. Bila ini terus-menerus terjadi bisa sebabkan krisis ekonomi. Di mana pertumbuhan ekonomi aktual di bawah pertumbuhan ekonomi potensial. Maka diperlukan pemulihan ekonomi (*recovery*). *Economy recovery*, *new normal*; aktifitas ekonomi harus berjalan kembali normal. Covid-19 masih berlangsung sampai kapan? normalnya kapan.

Pertumbuhan Ekonomi Dunia



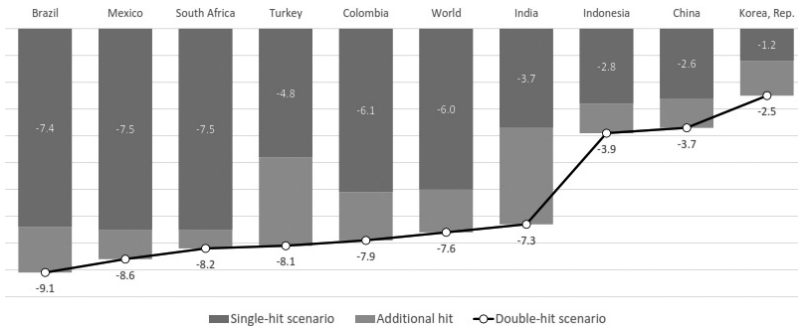
Sumber : IMF, Data proyeksi (2020)

Pertumbuhan Ekonomi Indonesia



Sumber: BPS Indonesia (2020)

Proyeksi Pertumbuhan GDP 2020



Sumber : OECD Economic Outlook, June 2020

Pertumbuhan Ekonomi Jawa Timur



Sumber : BPS Jawa Timur,2020

Kondisi perekonomian dunia, GDP Indonesia dan Jawa Timur, seperti di atas. Secara empiris digambarkan oleh hasil survei Bank Indonesia. Kondisi dunia usaha Indonesia di tengah pandemi Covid-19 terdapat tiga kelompok; (1) sulit bertahan, (2) bertahan dan (3) meningkat (BI,2020). Usaha yang tertekan/sulit bertahan (bangkrut); penerbangan, restoran, hotel, perdagangan, konstruksi, industri pengolahan, pertambangan, energi, penggalian, dan ekspor barang tambang. Usaha yang bertahan; listrik, gas, air bersih, transportasi, pertanian, perkebunan, peternakan, perhubungan, dan perikanan. Usaha yang meningkat; teknologi informasi dan komunikasi, kesehatan, retail, produk kesehatan pribadi seperti vitamin, alat kesehatan, masker, dan obat tradisional seperti jahe merah, empon-empon, kelapa muda, jamu. Ada nilai tambah (*value added*) diolah menjadi bahan produksi jadi. Untuk bertahan di era pandemi Covid-19 ini tergantung kondisi makroekonomi, stabilitas harga, ketersediaan bahan produksi, inovasi, teknologi, dan kreativitas sumber daya manusia itu sendiri.

Kesimpulan

Dari bahasan di atas dapat disimpulkan ;

1. Covid-19 variabel non ekonomi tetapi memiliki dampak luar biasa terhadap perekonomian Indonesia sehingga Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia dan daerah mengalami penurunan hingga negatif.
2. Krisis ekonomi dampak Covid-19 timbulkan serapan pasar menurun, volume penjualan menyusut, keuntungan juga defisit, terjadi PHK, volume produksi berkurang, volume perdagangan menurun, terjadi deflasi hampir di semua sektor perdagangan, pertambangan, transportasi, pariwisata, hotel, restoran dan jasa *tour travel*.
3. Solusi makroekonomi untuk tangani dampak pandemi Covid-19 adalah dari sisi pengendalian harga, ketersediaan kuantitas barang. Dari sisi moneter dan fiskal pemerintah berupaya mengatur jumlah uang yang beredar, penurunan suku bunga, pelonggaran likuiditas bank, Bantuan Langsung Tunai (BLT), pengurangan tarif pajak, suntikan modal bagi UMKM. Menjamin tidak terjadi inflasi-deflasi berlebihan dan menjaga ketersediaan barang kebutuhan pokok masyarakat.



Referensi

- Asosiasi Perush Obat & Farmasi Indonesia,(2020).Obat di Indonesia. Jakarta. Bank Indonesia (30/9/2020).*Dunia Usaha di era Pandemi Covid-19*. Jakarta.
- Baikeli Xiarewana, Mustafa Emre Civelek. Effects of COVID-19 on Cina and the World Economy: Birth Pains of the Post-Digital Ecosystem. *Journal of International Trade, Logistics and Law*. 2020;6(1):147-157. Publisher : Collaboration (Ömer ÖZKAN, Murat Çemberci, Mustafa Emre Civelek, Nagehan Uca, Okşan Kibritçi)
- BPS Indonesia (2020) Indonesia dalam Angka.
- Fatihudin,D.(2008) Memahami Potensi Ekonomi, Iklim Investasi Dan Pembangunan Ekonomi Jawa Timur, *Balance Economics, Bussiness, Management and Accounting Journal Th. V No. 8 Jan 2008*. Published by Faculty of Economic Muhammadiyah Surabaya ISSN 1693- 9352
- Fatihudin.D.(2019).*Membedah Investasi Menuai Geliat Ekonomi*, Depublish CV.Budi Utama Sleman,Yogyakarta.
- Fatihudin,D.(2011)TheImportanceofInvestment,EconomicGrowth of the Potential Economic and Investment Opportunities in District City East Java Provincial (Cases: Agricultural Sector, Gas Mining/Oil, and Tourism). *Jurnal Ekonomika, Vol. 4 No. 2 Desember 2011*.
- <http://republika.co.id/13/6/20>).
- Ioan Cindrea. The Labour Market Crisis in Romania Causes, Effects and Potential Solutions. *Studies in Business and Economics*. 2020;15(1):13-20 DOI 10.2478/sbe-2020-0002. Publisher Sciendo
- IMF, International Monetary Foundation, Data proyeksi (2020)
- Knut Lönnroth, Kerri Viney, Jennifer Thorpe, Gunnel Hensing. Income security during periods of ill health: a scoping review of policies, practice and coverage in low-income and middle-

- income countries. *BMJ Global Health*. 2020;5(6) DOI 10.1136/bmjgh-2020-002425 BMJ Publishing Group
- Kepres No.12/2020 tentang penanganan covid-19 bencana non alam.
- UU No.1/2020 tentang Kebijakan keuangan negara dan stabilitas sistem keuangan negara untuk penanganan Covid-19.
- Pierluigi Coppola, Francesco De Fabiis. Evolution of mobility sector during and beyond Covid-19 emergency: a viewpoint of industry consultancies and public transport companies. *TeMA: Journal of Land Use, Mobility and Environment*. 2020;:81-90 DOI 10.6092/1970-9870/6900. Publisher: Università di Napoli Federico II.
- Peraturan OJK No.11/POJK/03/2020; *Stimulus perekonomian nasional sebagai kebijakan counter cyclical dampak penyebaran Covid-19*
- Samuelson.PA.,Nourdhaus,WD.(2011) *Economics*, International edition. New York. www.kuntan.co.id ; *Kuntan Harian Bisnis dan Investasi*, 1 Oktober 2020.

Dunia Usaha dan Industri Bertahan dan Bangkit di Masa dan Pasca Pandemi Covid-19

(Perspektif Implementasi Manajemen Strategik)

Oleh: **Murpin Josua Sembiring**

Situasi pandemi Covid-19 membuat hampir seluruh sektor bersiap melakukan perubahan dengan loncatan yang besar yang penuh tantangan, energi, pendanaan, kualifikasi SDM yang responsif jika tetap mau eksis, hidup bertahan, bertumbuh dan berkembang. Jika mau hidup bertahan di area *new normal* maka tidak lagi boleh bekerja dengan cara maupun teknologi yang lama tapi harus melangkah dan berlari dengan bisnis yang memanfaatkan berbagai macam sarana teknologi terkini diselaraskan pilihan bisnis yang strategis di era *new normal* ini dengan cermat melihat perubahan perilaku konsumen.

Abdullah mengungkapkan dalam penelitiannya berjudul "Dampak Covid-19 Terhadap Perilaku Konsumen Dalam Penggunaan E-Wallet di Indonesia (Abdullah, Vol 9, 2021, NO 1) bahwa virus Covid-19 ciptakan perubahan besar dan berlangsung dengan cepat serta konsumen mengubah perilakunya dalam memperoleh barang dan jasa. Di mana menunjukkan bahwa terdapat perubahan pada perilaku konsumen di saat pandemi Covid-19 pada indikator mencari informasi, menggunakan, dan membeli.

Hutauruk mengungkapkan dalam penelitiannya yang berjudul "Pengaruh Pandemi Covid-19 Terhadap Faktor yang Menentukan Perilaku Konsumen untuk Membeli Barang Kebutuhan Pokok di Samarinda" (Hutauruk, Vol 2(1), 2020, 1-15) mengungkapkan bahwa solusi dan kenyamanan pelanggan memiliki efek langsung dan positif langsung terhadap signifikansi psikologis perilakunya di era pandemi Covid-19. Di samping itu juga ditemukan adanya pengaruh langsung yang positif dan signifikan secara fisik terhadap

keputusan pembelian hal ini dapat dikatakan bahwa perubahan perilaku konsumen dari pembelian langsung berubah ke *online* untuk menghindari kontak fisik

Secara organisasi di tubuh dunia bisnis harus berani mengambil sikap dan keputusan strategis dengan kemampuan pengolahan data dan analisis pasar yang jeli. Melihat bisnis apa yang prospek dan bisnis apa yang harus ditinggalkan kedepannya. Sehingga pengetahuan pedoman strategis bisnis menjadi penting.

Strategi Bisnis

Terminologi strategi bisnis adalah suatu pendekatan, taktik, serta rencana strategis untuk menarik banyak pelanggan sekaligus menjaga kesetiaan pelanggan sesuai tujuan bisnis yang dituju. Michael Porter, Profesor Bisnis dari Harvard Business School secara fundamental menjelaskan strategi menjadi dua: melakukan hal yang pebisnis lain lakukan (secara lebih hemat) berarti bersaing di aspek harga dengan *competitor* dan melakukan hal yang pebisnis lain tidak bisa lakukan berarti harus mampu lebih ekonomis atau tidak. Intinya, menurut Michael strategi bisnis adalah ketika sebuah perusahaan hanya bisa meraih kesuksesan ketika memiliki posisi yang unik ada *marketplace*-nya.

Savitri dkk, melakukan penelitian dengan judul “*Dampak dan Strategi Usaha Mikro Kecil dan Menengah di Masa Pandemi dan Era New Normal*” (Savitri dkk, Vol 1, No 7, 2020) yang bertujuan untuk menganalisis dampak dan strategi Usaha Mikro Kecil dan Menengah pada masa pandemi dan era *new normal*. Di mana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa Usaha Mikro Kecil dan Menengah terdampak sangat besar dengan adanya pandemi Covid-19. Namun demikian, Usaha Mikro Kecil dan Menengah mendapat perhatian khusus dari pemerintah sehingga dapat membantu permasalahan yang dialami UMKM. Usaha Mikro Kecil dan Menengah ke depannya dapat menerapkan strategi baru guna meminimalisasi dampak adanya pandemi ini. Suatu strategi yang selama ini belum pernah dijalankan tapi dinilai strategis sebab cara baru akan menghasilkan hasil yang baru dalam situasi yang baru/berubah

Sementara itu, Montreal, profesor bidang manajemen dari McGill University, Kanada, menjabarkan strategi bisnis dalam 5P:

- Rencana (*plan*) – Identifikasikan posisi bisnis Anda sekarang dan arah bisnis Anda. Ke manakah Anda ingin membawa bisnis Anda?
- Cara (*ploy*) – Apakah bisnis Anda akan menjadi sebuah disrupti, penantang, atau penghambat di industri Anda?
- Pola (*pattern*) – Apa sajakah hal-hal yang pernah muncul di masa lalu pada industri yang Anda pilih yang membentuk sebuah pola?
- Posisi (*position*) – Di manakah posisi bisnis Anda dalam konteks hubungannya dengan lingkungan bisnis?
- Perspektif (*perspective*) – Adakah cara seseorang atau sebuah perusahaan berpikir yang bisa membentuk inspirasi bagi Anda?

Model strategi bisnis di atas menekankan kepada penting memahami lebih dalam lagi tentang manajemen strategis.

Manajemen Strategis

Manajemen strategis adalah aktifitas pengumpulan dan tindakan yang menyebabkan formulasi dan implementasi rencana yang dirancang untuk mencapai tujuan organisasi (Pearce, 2004). Selanjutnya disebut sebagai seni dan ilmu merumuskan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi keputusan lintas fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 2005). Juga sebagai serangkaian keputusan dan tindakan manajerial yang mengarah kepada penyusunan strategi-strategi efektif untuk mencapai tujuan organisasi (Wheelen & Hunger, 2006). Di mana proses pemilihan dan penerapan strategi-strategi melalui pola alokasi sumber daya yang memungkinkan organisasi mempertahankan kinerjanya (Barney, 2008). Juga manajemen strategis merupakan keseluruhan rencana mengenai penggunaan sumber daya-sumber daya untuk menciptakan suatu posisi menguntungkan (Grant, 2008). Serta menciptakan posisi unik dan



berharga yang diperoleh lewat serangkaian kegiatan (Porter, 2008). Sebagai bagian dari proses untuk membantu organisasi dalam mengidentifikasi apa yang ingin mereka capai, dan bagaimana mereka harus mencapai hasil yang berharga (Hitt, 2017).

Sembiring dan Fatihudin, (2020: 210) menyatakan dalam bukunya *Manajemen Strategi dari Teori ke Praktek* bahwa *corporate strategy* adalah suatu strategi untuk mengarahkan perusahaan masuk atau keluar dari bisnis, dan untuk menentukan bagaimana suatu perusahaan induk meningkatkan nilai serta memberikan panduan bagaimana memajemen portofolio bisnis dan arah penciptaan *value*. Sementara itu strategi korporat bisa melakukan pengembangan pasar baru di luar pasar tradisional maupun melakukan pengembangan produk baru melalui *backward* dan *forward* integrasi (Johan, 2011:66).

Dengan demikian dapat disimpulkan manajemen strategis adalah upaya menuju kinerja yang baik serta memiliki keunggulan kompetitif bagi sebuah organisasi dibutuhkan kemampuan identifikasi dan deskripsi strategi, merupakan proses berkelanjutan yang menilai bisnis dan industry. Di mana organisasi terlibat, menilai kompetitornya, dan memperbaiki tujuan untuk memenuhi semua pesaing saat ini dan masa depan dan kemudian menilai kembali setiap strategi dan proses berkelanjutan yang mengevaluasi dan mengendalikan bisnis dan industri. Di mana organisasi terlibat, mengevaluasi para pesaingnya dan menetapkan tujuan dan strategi dan kemudian mengevaluasi kembali strategi secara teratur untuk menentukan bagaimana strategi tersebut telah diterapkan. Manajemen strategis mampu membuka cakrawala luas kepada semua elemen yang terlibat disuatu organisasi agar memahami tugas pokok dan fungsi mereka masing-masing yang kontributif terukur sebagai bagian totalitas bersama semua individu yang ada di dalam rencana organisasi.

Ada 4 tahapan proses manajemen strategis pada gambar 1 berikut:



Gambar 1. Proses Manajemen Strategis

Environmental Scanning

Tercapainya tujuan strategis diperlukan kemampuan analisis faktor-faktor internal dan eksternal yang kuat memengaruhi organisasi dan hal ini membutuhkan data, informasi dan penelitian. Selanjutnya pemindaian lingkungan terus dievaluasi dengan melihat dinamika lingkungan.

Strategy Formulation

Di sini peran manajer saatnya memformulasikan strategi perusahaan pasca pemindaian lingkungan termasuk bisnis dan fungsi-fungsi strategisnya agar tujuan organisasi tercapai.

Strategy Implementation

Tahap mengfungsikan pilihan strategi di dalam tindakan seperti merancang struktur organisasi dengan konsep miskin struktur kaya fungsi, alokasi sumber daya, tata kelola sumber daya manusia, format proses *decision making*.

Evaluation & Control

Inti dari strategi ini adalah suatu *instrument* proses penilaian lingkungan internal dan eksternal sebagai parameter kinerja serta proses koreksi perbaikan. Tujuan evaluasi adalah upaya menilai

ulang akan strategi organisasi beserta implementasi agar dipastikan dapat memenuhi tujuan organisasi.

PESTEL Analysis.

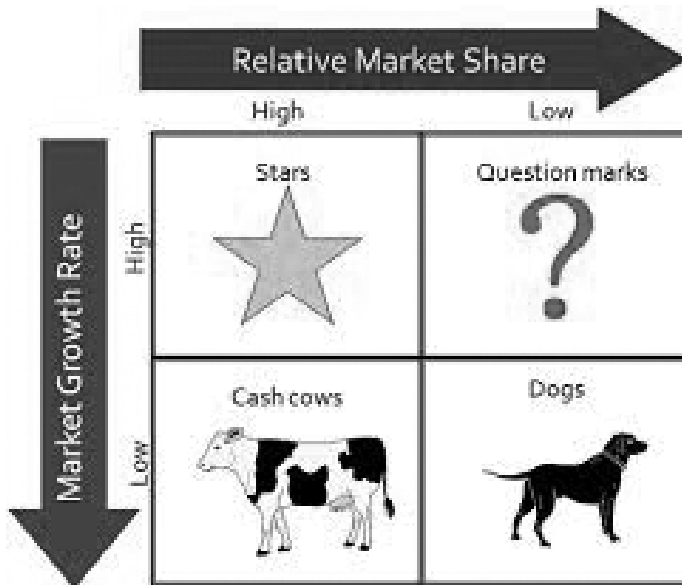
PESTEL (Political, Economi, Sosial, Technology, Environment, dan Legal) *analysis* dipergunakan untuk mengidentifikasi kekuatan eksternal yang dihadapi organisasi. Kekuatan pengaruh eksternal pada dasarnya adalah *happen* tidak mampu diintervensi tapi berpengaruh besar kepada kondisi internal perusahaan dan yang bisa dilakukan dunia usaha dan industry harus cerdas, tepat memrediksi, adaptif dan memroyeksikannya agar tidak berimbas signifikan bagi bisnis.

P	E	S	T	E	L
<ul style="list-style-type: none"> - Government policy - Political stability - Corruption - Foreign trade policy - Tax policy - Labour law - Trade restrictions 	<ul style="list-style-type: none"> - Economic growth - Exchange rates - Interest rates - Inflation rates - Disposable income - Unemployment rates 	<ul style="list-style-type: none"> - Population growth rate - Age distribution - Career attitudes - Safety emphasis - Health consciousness - Lifestyle attitudes - Cultural barriers 	<ul style="list-style-type: none"> - Technology incentives - Level of innovation - Automation - R&D activity - Technological change - Technological awareness 	<ul style="list-style-type: none"> - Weather - Climate - Environmental policies - Climate change - Pressures from NGO's 	<ul style="list-style-type: none"> - Discrimination laws - Antitrust laws - Employment laws - Consumer protection laws - Copyright and patent laws - Health and safety laws

Gambar 2. PESTEL Analysis

BCG Matrix.

Dikenal dengan matrik portofolio didesain untuk sebuah perencanaan strategi jangka panjang yang membantu bisnis membaca suatu peluang pertumbuhan dengan bercermin pada portofolio produknya serta memutuskan di posisi mana akan berinvestasi, berhenti atau mengembangkan bisnis/produknya.



Gambar 3. BCG Matrix

Blue Ocean Strategy

Strategi *Blue Ocean* pertama kali dikemukakan oleh W. Chan Kim dan Renee Mauborgne strategi yang populer sebagai strategi samudera yang tidak terpikirkan orang pada umumnya dengan upaya memacu diferensiasi sekaligus biaya rendah secara simultan untuk masuk ke pasar baru agar tercipta permintaan baru tanpa kompetisi yang signifikan. Memilih *Blue Ocean Strategy* membutuhkan kreatifitas dan kecerdasan analisis pasar (*market research*)

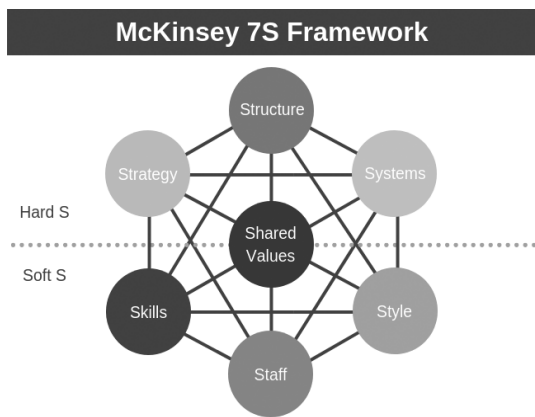
Blue Ocean Strategy merupakan strategi memenangkan persaingan dengan cara tidak menempuh strategi *head to head* dengan pesaing akan tetapi strategi melepaskan diri dari kondisi *Red Ocean* di mana adanya persaingan sangat ketat untuk mendapatkan pasar yang sama dengan *competitor* yang sangat potensial saling menjatuhkan.



Gambar 4. *Blue Ocean Strategy*

Model McKinsey 7S.

Adalah alat yang menganalisis desain organisasi dengan melihat tujuh elemen internal utama, yaitu: strategi, struktur, sistem, nilai-nilai bersama, gaya, staf dan keterampilan untuk menyelaraskan organisasi. Analisis dilakukan sesuai standar yang ada pada *McKinsey 7S framework* atau kerangka kerja 7S McKinsey.



Gambar 5. Model McKinsey 7S *Framework*

Model *McKinsey 7S framework* di atas merupakan strategi-rencana yang ingin dikembangkan oleh organisasi untuk mencapai

keunggulan kompetitif yang berkelanjutan dan berhasil bersaing di pasar. Di mana struktur merupakan perwakilan cara divisi dan unit bisnis diorganisasikan, mencakup informasi tentang siapa yang bertanggung jawab kepada siapa. *Systems* merupakan sebuah proses dan prosedur yang mengungkapkan kegiatan bisnis sehari-hari dan bagaimana keputusan dibuat, *Skills* merupakan kemampuan dan kompetensi karyawan yang benar-benar dibutuhkan untuk memperkuat strategi baru atau struktur baru. Staff tentu berkaitan dengan jenis dan berapa banyak karyawan yang dibutuhkan oleh suatu organisasi dan bagaimana mereka akan direkrut, dilatih, dimotivasi dan dihargai. *Style* adalah cara perusahaan dikelola dan bagaimana berinteraksi. *Shared values* merupakan norma dan standar yang memandu perilaku karyawan dan tindakan organisasi. Penerapan model ini sangat dibutuhkan untuk meningkat kinerja dengan matriks sinkronisasi antara *hardskill* dan *softskill* dalam situasi pandemi Covid-19.

VRIO Analysis.

VRIO *analysis* adalah suatu alat untuk menganalisis sumber daya internal dari perusahaan dan kemampuan untuk mengetahui apakah perusahaan dapat menjadi sumber keunggulan kompetitif yang berkelanjutan. Analisis VRIO, perusahaan akan menganalisis dari empat pertanyaan sebagai berikut (Antonio, & Cardael, 2012)

VRIO adalah akronim dari Valuable, Rare, Immitability, dan Organization.

V VALUABLE	R RARE	I INIMITABLE	O ORGANIZED	
NO				COMPETITIVE DISADVANTAGE
YES	NO			COMPETITIVE PARITY
YES	YES	NO		TEMPORARY COMPETITIVE ADVANTAGE
YES	YES	YES	NO	UNUSED COMPETITIVE ADVANTAGE
YES	YES	YES	YES	SUSTAINABLE COMPETITIVE ADVANTAGE

Gambar 6. VRIO Analysis

VRIO *analysis* merupakan *valuable* yang menunjukkan seberapa mahal sumber daya dan seberapa mudah diperoleh di pasar? Rare menganalisis seberapa langka atau terbatasnya sumber daya? Immitability mengukur seberapa sulit meniru sumber daya? Dan *organization* menganalisis apakah sumber daya didukung dengan pengelolaan yang benar? Analisis VRIO ini membantu para pebisnis untuk menganalisis keterjangkaun dan ketersediaan juga kelangkaan sumber daya yang dibutuhkan dan tantangan menduplikasikan kebutuhan sumber daya dan kompetensi tata kelolanya agar tetap bertahan (tidak runtuh bisnisnya) sekali pun di era pandemi Covid-19 yang penuh kelangkaan dan keterjangkaun (daya beli masyarakat turun drastis).

Di era pandemi Covid-19 di mana tidak ada satupun ahli, organisasi atau pemerintah yang dapat memastikan kapan ini berakhir. Pandemi di Indonesia sudah hampir tujuh bulan ini membuat dunia usaha dan industri terpuruk jatuh, *collaps*, menuju kebangkrutan yang dalam sehingga penguasaan dan pemanfaatan *Internet of Thing (Iot)*, *artificial intelegen* dengan semua aplikasinya sangat mendesak dipergunakan untuk bisa bangkit kembali tidak ter-*disruption* siap menghadapi kompetisi yang semakin tajam baik di dalam pilihan ragam model bisnisnya, industri kreatif, *channeling* distribusinya, pola pembayarannya dll. Sekalipun *Blue Ocean Strategy* mengajak pebisnis untuk tidak memenangkan persaingan dengan cara berhadapan *head to head* tapi melepaskan diri di area *red ocean* yang penuh dengan persaingan dan saling menjatuhkan satu dengan lainnya. Eksisnya Netflix, Wocket-smart Wallet, Bitgold, Google Home, Pay Pall, Iphone, Matternett, Skype Translator, AirBnB, Uber, dll bisa menjadi *competitor* yang saling mematikan tapi juga bisa bersinergi untuk mencari bersanding bukan bersaing meraih keuntungan bersama.

Runtuhnya dunia usaha dan industri di era pandemi Covid-19 yang global ini diprediksi banyak pebisnis ingin segera bangkit dari keterperukannya yang dalam dengan pola/cara berbisnis yang baru baik: produk baru, cara berproduksi, pola *marketing*, pola distribusi, pola melayani pelanggan yang berubah perilakunya dll

dengan menggunakan teknologi baru, *platform* baru, data analitik, *cloud*, dan *Internet of Things*. Sebagai tuntutan baru di era *new normal* ini.

Ada 9 model bisnis era *disruptive* (*Disruptive Business Models*) diajukan dalam risetnya Von Benjamin Talin (2019) untuk mencari peluang baru bagi dunia usaha dan industri sbb:

1. *Freemium Model*.

Model bisnis yang sering digunakan. Konsumen menerima produk atau layanan gratis, baik untuk fungsi dasar maupun fungsi premium, tanpa *branding* atau perluasan layanan. Model ini terutama berlaku untuk produk atau layanan yang memiliki biaya marjinal rendah atau di mana informasi pemasaran dan pelanggan memiliki nilai yang lebih tinggi daripada biaya operasi. Contoh: Spotify, LinkedIn, Xing, Canva.com, MailChimp.

2. *Subscription Model*.

Model ini menawarkan produk dan layanan dalam bentuk berlangganan. Tujuannya untuk mengikat pelanggan dalam jangka panjang. Contoh: Amazon, Netflix.

3. *Free offerings*.

Model bisnis ini mengevaluasi data pelanggan untuk iklan atau penawaran yang dipersonalisasi. Contoh sejenis: Google, Facebook.

4. *Marketplace Model*.

Model bisnis ini adalah bisnis pasar digital yang menghubungkan penjual dan pembeli pada *platform* yang sama. Uang biasanya dihasilkan melalui biaya *broker*, komisi atau biaya transaksi tetap. Namun, juga dimungkinkan untuk menggunakan biaya keanggotaan pada *platform* atau melalui iklan. Contoh sejenis: Amazon, Alibaba, Uber, eBay.

5. *Sharing Economy*.

Pola di mana barang atau jasa yang biasanya hanya dapat dibeli, disediakan untuk orang lain dalam jangka waktu



terbatas. Secara umum, ini dapat diterapkan untuk semua produk, baik dari perorangan atau perusahaan, *real estate* atau aset tidak berwujud. Contoh: AirBnB, Sharoo, Mobility, Lyft.

6. *User Experience Premium.*

Model premium pengalaman pengguna ini sangat jelas seperti dalam produk Apple. Pengalaman pelanggan yang baik, layanan, merek menambah nilai pada produk, sehingga harga premium bisa dikenakan. Contoh seperti: Tesla, Apple, Premium-Marken.

7. *Pyramid Model.*

Model penjualan tersedia sejak lama, dapat dibangun dengan cepat dan mudah dikelola. Model ini sesuai untuk produk dengan margin tinggi dan yang dapat dengan mudah dijelaskan. Contoh: Amazon Affiliate, Microsoft, Dropbox.

8. *Ecosystem—Create your own ecosystem.*

Menciptakan ketergantungan pelanggan ke ekosistem dalam jangka panjang melalui proses “mengunci” dalam layanan. Seperti jika membeli perangkat keras dengan perangkat lunak yang hanya kompatibel di sistem yang sama. Contoh: Apple, Google.

9. *On-Demand Model.*

Model “*time is money*” dengan cara menyediakan pengiriman, produk, atau layanan yang dapat dipanggil pada waktu tertentu tanpa produk atau waktu tetapi dengan uang. Contoh: Amazon Prime, Uber, Upwork.

Hardilawati lewat hasil penelitiannya yang berjudul *Strategi Bertahan UMKM di Tengah Pandemi Covid-19* (Hardilawati, Vol 10, no 1, 2020) merekomendasi strategi bertahan untuk bisnis UMKM berupa melakukan perdagangan secara *e-commerce*, melakukan pemasaran secara digital, melakukan perbaikan kualitas produk dan penambahan layanan serta menjalin dan mengoptimalkan hubungan pemasaran pelanggan. Hasil penelitian ini penting untuk dipahami dan diadopsi oleh pelaku UMKM dan diharapkan pelaku

UMKM selalu responsif dan menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan agar bisa terus bertahan.

Dunia usaha dan industri tampaknya akan berusaha keras untuk bangkit *survival* dan bertumbuh lagi bisnisnya di era *new normal* ini maka salah satu cara menerapkan kaidah-kaidah manajemen startegis bisnisnya dengan cermat melihat perubahan perilaku konsumen dan kompetitornya bahkan melakukan bisnis yang belum dilakukan oleh pebisnis lain.

Beberapa pandangan bagi dunia usaha dan industri untuk tetap bisa bertahan, bertumbuh kembali di era *new normal* yang mengglobal ini adalah tetap fokus mempertinggi nilai *Return on Invested Capital* (ROIC) dengan cara meminimalkan basis aset sebanyak mungkin (fleksibilitas bagus) pada tingkat keuntungan tertentu bukan pada *earnings* and *growth* dan juga fokus pada *intangible assets* (spesialisasi dan mobilitas dengan kecepatan/speed, fleksibilitas dan kelincahan diperlukan untuk menavigasi lingkungan bisnis yang terus berubah).

Aset yang sangat terspesialisasi biasanya memiliki biaya akuisisi yang tinggi karena biasanya ada keahlian khusus yang terlibat dalam pembuatan aset ini. Oleh karena itu, semakin khusus aset atau sumber daya, akan semakin baik. Mobilitas sumber daya adalah mengalihkan sumber daya dari satu produk ke produk lainnya dengan kecepatan tanpa kehilangan bagian signifikan dari investasinya.

Keunggulan kompetitif diperoleh dari mengintegrasikan seperangkat kemampuan yang telah mapan dan dari mengambil kemampuan yang mungkin dimiliki atau tidak dimiliki orang lain dan mengintegrasikannya dengan cara yang membuat sesuatu yang luar biasa (*extraordinary*). Dengan mengintegrasikan kemampuan bisnis akan memberikan *value* proposisi yang sulit ditiru oleh pesaing dengan tetap konsisten menjaga hubungan baik dengan para pelanggan (*customer engagement*) dengan ciptakan pengalaman berbelanja melalui rantai pasokan dengan bukungan data analitik sehingga membuat hubungan dengan konsumen erat.

Dengan mencermati arahan tegas Presiden Jokowi pada sidang kabinet paripurna di Istana Negara 18 juni 2020 baru lalu, yang menyatakan kita saat ini harus berpikir cepat ambil langkah-langkah strategis dengan manajemen yang *extraordinary*. Tidak bisa lagi bekerja dengan cara-cara saat kondisi normal karena memang keadaan Indonesia dalam situasi *extraordinary* maka sejalan dengan itu ketegasan Bapak Presiden tersebut untuk bangkitnya perekonomian bagi sektor dunia usaha dan industri di Indonesia. Saya ingin menyampaikan rekomendasi pikir saya tentang aktualisasi dan penerapan ilmu proses manajemen strategis dalam menghadapi perekonomian yang hampir semua lini bisnis terpuruk di era *new normal* suatu era yang serba tidak pasti di mana tidak akan pernah kembali kepada normal mula-mula sebelum Covid-19 sehingga bagi dunia usaha dan industri harus mengubah pola pikir dan strategi bisnis yang baru melalui langkah-langkah strategis sbb:

1. Bisnis tidak bisa lagi ***business as usual*** harus siap tinggalkan pola dan jenis yang lama baik: jenis produk, pola proses produksinya, pola promosi/*marketing*-nya, *channel* distribusinya, pelayanan *after sales*-nya, pola *engagement customer*-nya dengan memaksimalkan kemampuan olah dan inteprestasi data (*big data & data analytic*), *artificial intelligence* untuk memperkuat proses *environmental scanning* dan untuk *monitoring & evaluasi strategy implementation* dan itu membutuhkan *upgrading skill* SDM yang ada bahkan jika perlu *recruitment* SDM baru yang mumpuni untuk paham *support* teknologi yang diperlukan.
2. Melakukan hal yang pebisnis lain lakukan tapi kita lakukan secara lebih hemat yang berarti bersaing di aspek harga dengan *competitor* dan melakukan hal yang pebisnis lain tidak bisa lakukan berarti harus mampu lebih ekonomis dan kreatif-inovatif dan di era *new normal* ini akan sangat kondusif menimbulkan ide-ide kreatif baru yang inovatif dan belum pernah pihak lain lakukan dan lakukanlah di sana.

3. Saatnya prinsip *Red Ocean Strategy* yang penuh dengan persaingan yang tidak ada habisnya ditinggalkan tapi beralih ke *Blue Ocean Strategy* karena kemenangan bukan dalam persaingan yang menyingkirkan *competitor* bisnis lainnya namun bisa bersanding/bersinergi untuk mencari keuntungan bersama-sama, itulah kondisi ekonomi *new normal* yang kita inginkan.

Daftar Pustaka.

- Christensen. (1997). *The Innovator's Dilemma*. Harvard Business School Press.
- Damar, (2016), Analisis Competitive Force dan Competitive Strategy Sistem Informasi Kuliner di Indonesia. *Journal Elinvo*.Vol.1, No.2,2016: 118-127.
- David (1996). *Strategic Management 5th Edition*.Addison-Wesley Publishing Company,Inc.
- Grant. (2008). *Contemporary Strategic Management*. Wiley India Pvt Ltd.
- Hunger & Whellen (2006). *Strategic Management*. Prentice Hall.
- Hutauruk, M. R. (2020). Pengaruh pandemi covid-19 terhadap faktor yang menentukan perilaku konsumen untuk membeli barang kebutuhan pokok di Samarinda. *Jurnal Riset Inossa*, 2(1), 1-15.
- Hardilawati (2020). Strategi Bertahan UMKM di Tengah Pandemi Covid-19. *Jurnal Akuntansi dan Ekonomika*, Vol 10, No1.
- Hitt. (2017). *Strategic management competitiveness & Globalization concept 12e*, Cengage Learning.
- Kim. (2005). *Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make Competition Irrelevant*. Harvard Business School Press.
- Pearce & Robinson. (2004) *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. McGrawHill Education
- Porter, M. E. (1980). *Competitive Strategy Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, The Free Press, New York, NY.
- Panengah, A. P. and Wandebori, H. (2021). Marketing Strategy Analysis and Development Of Artha Sari Catering Service. *Journal of Business and Management*. Vol.1, No.4, 2012: 256-269.
- Savitri dkk (2020). Dampak dan Strategi Usaha Mikro Kecil dan Menengah di Masa Pandemi dan era New Normal. *Jurnal Inovasi Pengetahuan*. Vol 1, No 7.

Sembiring Murpin dan Fatihudin Didin, 2020. Manajemen Strategik dari Teori ke Praktek. Edisi Pertama. Qiara Media. Pasuruan Jawa Timur.

Tholilawati & Dewi S (2021). Perubahan Perilaku Konsumen di Masa Pandemi Covid-19. Jurnal Pendidikan, Vol 9, NO 1.

<https://www.startupgrind.com/blog/what-is-disruption-really-8-examples-and-what-to-learn-fromthem/>

<https://www.weforum.org/agenda/2016/06/what-is-disruptive-innovation.>

<https://thestoryoftelling.com/characteristics-of-disruptive-innovations.>

<https://channels.theinnovationenterprise.com/articles/business-strategy-in-an-era-of-digital-disruption>

Penulis:

Murpin Josua Sembiring

Email: murpin.sembiring@machung.ac.id



Edukasi yang Berdaya Ungkit Tinggi Terhadap Serangan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)

Oleh: **Nurma Yuli`anasari**

Universitas Muhammadiyah Surabaya

Pengantar

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Penyakit ini ditemukan pertama kali di Wuhan, Cina pada akhir Bulan Desember 2019 dan kemudian meluas secara global. Pada Tanggal 11 Maret 2020, WHO (World Health Organization) menetapkan penyakit Covid-19 ini sebagai pandemi global karena terdapat 1.942.360 kasus di 185 negara [1]. Dalam kondisi pandemi, pendidikan kesehatan memiliki peran yang besar dalam pencegahan dan pengurangan terjadinya *emerging disease* [2]. Perubahan perilaku yang merupakan hasil dari pendidikan sangat penting untuk meratakan puncak pandemi Covid-19 [2].

Dari ditetapkannya Covid-19 sebagai pandemi oleh WHO pada tanggal 11 Maret 2020 kasus, saat ini kasus terkonfirmasi positif Covid-19 di dunia per 25 Agustus 2020 mencapai **23,865,546** dengan jumlah kematian 818.127 (Wordldometers, 2020). Di Indonesia kasus saat ini adalah 157.859 dengan jumlah kematian 6.858 jiwa, kasus aktif 38.134, dan kasus baru 2.447 [3]. Tingginya kasus tersebut menunjukkan bahwa optimalisasi pencegahan dan penanggulangan Covid-19 masih dibutuhkan.

Pendidikan kesehatan adalah sarana penting dalam promosi kesehatan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Meskipun banyak penelitian yang menyebutkan manfaat dan peran penting pendidikan kesehatan, akan tetapi hal

ini belum menjadi perhatian dari banyak pihak. Beberapa hal yang mungkin menyebabkan adalah kurangnya pengetahuan mengenai konsep dan definisi pendidikan dan promosi kesehatan, sulitnya mendemonstrasikan cara pendidikan yang efisien dan memberikan hasil yang baik [5].

Berbagai cara pendidikan kesehatan telah dilakukan di Indonesia baik melalui poster, media sosial, televisi, penyuluhan dan seminar *online*, dll. Namun, perilaku kesehatan masyarakat masih belum menunjukkan keberhasilan upaya pendidikan tersebut. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya angka kejadian Covid-19 di Indonesia masih belum diimbangi oleh kesadaran masyarakat untuk disiplin terhadap protokol kesehatan. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Balitbang Kemenkes RI menunjukkan hasil bahwa tingginya level pengetahuan masyarakat tentang cara penularan dan penyebaran virus Covid-19 tidak dibarengi dengan praktik yang disiplin oleh warga masyarakat. Hal ini sesuai dengan data survei *Kajian Perilaku Abai Masyarakat Terhadap Penggunaan Masker dan Physical Distancing Dalam Pencegahan Covid-19* di Surabaya, yang dilakukan oleh Balitbang Provinsi Jawa Timur, menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan masyarakat menggunakan masker sangat rendah (10,8 %) dan Tingkat kepatuhan masyarakat menerapkan anjuran *physical distancing* rendah (25,45 %) [6].

Di saat vaksin masih dalam tahap pengembangan, upaya kuratif belum menunjukkan efek yang pasti, maka Tindakan preventif dan *promotive* menjadi salah satu faktor yang perlu dioptimalkan [7]. Edukasi Kesehatan diperlukan untuk menghasilkan perubahan perilaku kesehatan yang berperan besar dalam pencegahan dan pengendalian Covid-19 dan menghadapi era *new normal* [2]. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui cara edukasi yang berdaya ungkit tinggi terhadap serangan Covid-19 dan diharap bisa dijadikan referensi dalam mengevaluasi apakah pendidikan kesehatan yang telah dilakukan terbukti efektif dalam meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat di masa pandemi ini atau masih perlu perbaikan dan peningkatan.

Pembahasan

Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus corona baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Virus *corona* merupakan virus RNA rantai tunggal yang dapat ditularkan melalui hewan ke manusia (*zoonosis*) dan antar manusia melalui droplet, kontak erat dan aerosol. Virus yang keluar melalui droplet dapat menempel di permukaan benda dan dapat menulari orang lain bila orang tersebut menyentuh mata, hidung atau mulut dengan tangan yang berkontak pada benda yang terkontaminasi virus [8], [1], [9].

Masa inkubasi Covid-19 rata-rata 5-6 hari, dengan rentang antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (*presimptomatik*) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala [10].

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat. Gejala Covid-19 yang paling umum adalah demam, rasa lelah, dan batuk kering. Beberapa pasien mungkin mengalami rasa nyeri dan sakit, hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit [10].

Saat ini untuk keperluan surveilans, kasus Covid-19 diklasifikasikan menjadi Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi, Kontak Erat, Pelaku Perjalanan, *Discarded*, Selesai Isolasi, dan Kematian. Untuk Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi, Kontak Erat, istilah yang digunakan pada pedoman sebelumnya adalah Orang Dalam Pemantauan (ODP), Pasien Dalam Pengawasan (PDP), Orang Tanpa Gejala (OTG). Pelaku perjalanan adalah seseorang yang melakukan perjalanan dari dalam negeri (*domestik*) maupun luar negeri pada 14 hari terakhir [10].

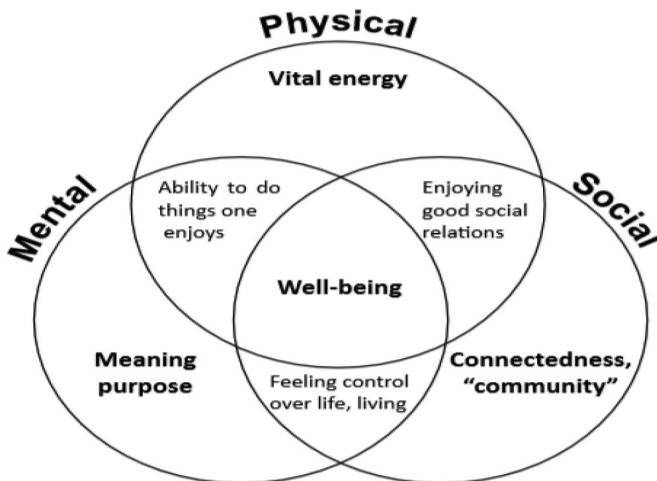


Penegakan diagnosis Covid-19 dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan juga pemeriksaan penunjang. Menurut rekomendasi WHO, pemeriksaan *gold* standar adalah dengan pemeriksaan molekuler untuk seluruh pasien yang terduga terinfeksi Covid-19. Metode yang dianjurkan adalah metode deteksi molekuler/NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test*) seperti pemeriksaan pemeriksaan virologi *Real-Time Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR) [10], [11], [12], [13].

Saat ini belum ada rekomendasi paten tatalaksana khusus seperti antivirus atau vaksin pada Covid-19. Tata laksana suportif dapat berupa terapi simptomatis dan oksigen [11], [12], [14].

Definisi Edukasi Kesehatan (*Health Education*)

Menurut konstitusi World Health Organization (WHO), kesehatan adalah kesejahteraan dalam semua aspek kehidupan baik kesejahteraan fisik, sosial dan mental tidak hanya terbebas dari penyakit atau ketidakmampuan atau kecacatan [5] sedangkan menurut UU No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.



Gambar 1. Dimensi sehat dan kesejahteraan [5].

Edukasi adalah sesuatu kegiatan yang mendorong terjadinya penambahan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan ketrampilan seseorang/kelompok secara wajar. Pendidikan Kesehatan adalah upaya pendidikan atau penyediaan informasi tentang *healthy lifestyle* dan mendorong pengembangan pengetahuan, *attitude*, dan keterampilan yang bertujuan mengubah perilaku individu atau komunitas ke arah yang lebih baik. Menurut WHO, *Health education* adalah kegiatan yang memberikan kesempatan untuk belajar dan melibatkan komunikasi dalam meningkatkan *health literacy*, pengetahuan dan membentuk *life skills* yang berpengaruh dalam kesehatan individu dan komunitas [5]. Sementara itu menurut WHO *health education* tidak hanya sekedar mendeseminasikan informasi-informasi kesehatan tetapi juga meningkatkan motivasi, *skills* dan kepercayaan (*self efficacy*) untuk dapat meningkatkan Kesehatan. Selain faktor risiko individu, *health education* juga juga berfokus pada masalah sosial, ekonomi dan lingkungan, dan sistem kesehatan [5].

Di dalam dunia kesehatan, edukasi termasuk salah satu alat dalam program Promosi Kesehatan [5]. Menurut Ottawa Charter dalam WHO (2012) promosi kesehatan adalah “*The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health*” artinya promosi kesehatan adalah proses yang mengupayakan individu untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan dan meningkatkan derajat kesehatannya.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat didukung kebijakan publik yang berwawasan Kesehatan [15]. Hal ini sesuai dengan model promosi Kesehatan menurut WHO [5].



Gambar 2. Hubungan antara faktor-faktor yang berperan dalam konsep Kesehatan [5].

Di dalam gambar 2, promosi kesehatan dijelaskan sebagai salah satu penentu derajat kesehatan. Supaya promosi kesehatan ini mampu meningkatkan derajat kesehatan dan mengurangi ketidakadilan, maka membutuhkan peran pendidikan kesehatan dan kebijakan publik yang sehat. WHO menggambarkan bahwa pendidikan kesehatan berfokus pada pengembangan kapasitas individu melalui teknik pendidikan, motivasi, pengembangan keterampilan, dan peningkatan kesadaran. Sehingga diharapkan mampu meningkatkan *health literacy*. *Health literacy* adalah hasil utama dari pendidikan kesehatan. Dalam hal ini *health literacy* adalah sejauh mana seseorang dapat mengakses, memahami, menilai dan mempraktikkan pengetahuan kesehatan, dan memiliki *self efficacy* (kepercayaan diri) untuk mengomunikasikan informasi (promosi) dan terlibat aktif dalam upaya peningkatan kesehatan. Sementara itu, kebijakan publik yang sehat diharapkan mampu memberikan *environmental support* yang akan mendorong dan meningkatkan perubahan perilaku. Dengan memengaruhi kedua faktor intrinsik dan ekstrinsik ini, perubahan yang berarti dan berkelanjutan dalam kesehatan individu dan masyarakat dapat diwujudkan [5].

Pentingnya Edukasi dalam pandemi Covid-19

Pendidikan Kesehatan memiliki peran dampak yang lebih besar, dalam pencegahan dan pengurangan terjadinya *emerging disease* (Solhi *et al.*, 2012). Selama pandemi ini masyarakat melakukan protokol kesehatan dengan mencuci tangan, menggunakan masker, *face shield* dan *physical distancing* yang merupakan salah satu perubahan perilaku manusia. Perubahan perilaku tersebut adalah salah satu hasil dari kegiatan edukasi dan promosi kesehatan. Mengubah perilaku terkait penularan di masyarakat penting untuk meratakan puncak pandemi Covid-19. Dalam masa pandemi Covid-19, promosi kesehatan dapat berperan dalam level hilir dengan berfokus pada perubahan perilaku individu dan tata laksana penyakit, level tengah (*midstream*) dapat berfokus pada intervensi terhadap organisasi dan komunitas, lalu pada level hulu (*upstream*) melalui kebijakan terhadap masyarakat [3].

Edukasi sangat penting karena dapat meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan keterampilan masyarakat [16]. Pendidikan kesehatan, dikombinasikan dengan pendekatan peningkatan kesehatan memiliki dampak yang lebih besar, dalam pencegahan dan pengurangan terjadinya *emerging disease*. Dalam hal ini pendekatan peningkatan kesehatan dapat dilakukan dengan cara *using standardized health education and national confirmed programs, providing training programs and use of various methods*. Selain itu menurut penelitian *manager training group* lebih efektif dalam meningkatkan perubahan perilaku protokol kesehatan dalam kebersihan dan pengathuan daripada konvensional model dengan *self study* dan *interaction grup discussion* dalam mencegah penyakit infeksi [17].

Di Indonesia, aspek pentingnya dan pelaksanaan pendidikan kesehatan tercantum di dalam pedoman pencegahan dan penanggulangan Covid-19. Dalam upaya pencegahan penularan di masyarakat serta komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat dibutuhkan suatu program untuk mengedukasi individu, kelompok/ masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan dan pengendalian



di masyarakat. Masyarakat memiliki peran penting dalam memutuskan mata rantai penularan Covid-19 agar tidak menimbulkan sumber penularan baru [10].

Edukasi yang Berdaya Ungkit Tinggi

Edukasi Kesehatan Berdasarkan *Health Behaviour Theories*

Di dalam sebuah penelitian disebutkan bahwa intervensi yang memiliki hasil sesuai dengan yang diinginkan hendaknya didasarkan pada pemahaman terhadap dua hal yaitu perilaku kesehatan yang menjadi target (*targeted health behaviour*) dan lingkungan di mana intervensi tersebut akan dilakukan. Untuk mengembangkan, mengelola dan mengevaluasi suatu intervensi seorang *health educator* dapat melakukan perencanaan yang didasarkan pada teori perilaku kesehatan (*health behaviour theories*) [5].

Ada berbagai jenis teori perilaku kesehatan yang pada umumnya berfokus pada tiga aspek yaitu intrapersonal, interpersonal, dan lingkungan. Seorang *health educator* sebaiknya berfokus pada perilaku interpersonal, intrapersonal karena aspek lingkungan akan menjadi ranah program yang lebih luas yaitu promosi kesehatan [5]. Meskipun demikian dapat dikatakan bahwa untuk mencegah dan mengurangi risiko penyakit tersebut maka diperlukan pelatihan yang berkesinambungan yang dikombinasikan dengan metode lain seperti perubahan lingkungan [2].

Edukasi Kesehatan dengan menggunakan ***health behaviour theories*** memberikan dampak yang lebih efektif terhadap perubahan perilaku dalam menangani dan mencegah *emerging disease* [2]. Berikut adalah beberapa aspek yang memengaruhi perubahan perilaku beserta teori perilaku kesehatan yang dapat dipilih

a. intrapersonal

Aspek ini terdiri dari karakteristik individu yang memengaruhi perilaku seperti *awareness*, pengetahuan, pendapat, *attitude*, kepercayaan, *self efficacy*, ketertarikan, perhatian, kepribadian dan *personal power*. Untuk dapat

memodifikasi karakteristik intrapersonal ada berbagai teori yang dapat digunakan untuk menilai dan mengupayakan perubahan perilaku yaitu *the rational model*, *the health belief model*, *The extended parallel process model (EPPM)*, *The transtheoretical model of change*, *The theory of planned behaviour*, dan *The activated health education model*.

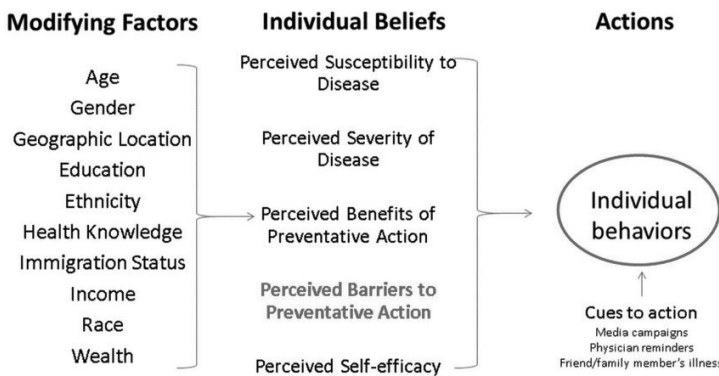
The rasional model adalah model yang menjelaskan bahwa perubahan pengetahuan akan mampu meningkatkan perubahan *attitude/belief* yang akhirnya dapat mengubah perilaku kesehatan. Sayangnya kelemahan teori ini menyebutkan bahwa "*Knowledge is a necessary but usually not sufficient faktor in changing individual or collective behaviour.*" Motivasi lebih berperan daripada pengetahuan [3], [5].

The health beliefmodel adalah salah satu **health behaviour theories yang sering digunakan sebagai landasan tindakan preventif**. Model ini digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat. Di dalam teori ini dijelaskan bahwa ada 6 komponen yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy* ([3], [5]).

1. *perceived susceptibility* adalah **percaya bahwa penyakit muncul dari suatu perilaku tertentu**. Memiliki penilaian akan kerentanan tubuh terhadap penyakit membuat seseorang akan lebih berhati-hati dalam membentuk pola hidupnya. Ia akan menghindari perilaku yang dapat mendatangkan penyakit dan melakukan hal-hal yang dapat meningkatkan kesehatan serta kebugaran tubuhnya.
2. *perceived severity* adalah **percaya akan berbahayanya suatu penyakit**
3. *perceived benefits* adalah **percaya terhadap manfaat dari metode yang disarankan untuk mengurangi risiko penyakit**

4. perceived barriers adalah percaya terhadap hambatan yang mungkin akan dihadapi dalam mengambil suatu tindakan atau perubahan perilaku
5. cues to action adalah perlu menanamkan persepsi bahwa kita harus segera berperilaku hidup sehat ketika menemui suatu kondisi tertentu, terutama saat tubuh mengalami keluhan
6. self-efficacy adalah percaya pada diri sendiri bahwa kita mampu melaksanakan perilaku hidup sehat [3], [5].

Health Belief Model



Gambar 3 *Health Belief Models* [18], [19].

The extended parallel process model (EPPM) adalah teori yang di dalamnya ada dua konsep utama yaitu bahaya atau risiko dan manfaat. Setiap konsep memiliki sub konsep lain yaitu kerentanan dan keparahan *effectiveness* terdiri dari efektivitas yang dirasakan dalam mencegah ancaman dan kepercayaan diri untuk melakukan perilaku yang direkomendasikan (WHO,2012; Broucke, 2020).

The transtheoretical model of change menjelaskan bahwa perilaku akan berubah dengan ditunjukkan oleh lima proses yaitu *precontemplasi*, *contemplasi*, *reparasi*, *aksi* dan *maintenance*. Dalam model ini, masyarakat membutuhkan informasi khusus yang dibutuhkan pada setiap tahap perubahan perilaku. Di

dalam setiap tahapnya akan diperoleh strategi bagaimana memberikan intervensi yang paling efektif. Strategi yang paling efektif adalah *self efficacy* dan pengambilan keputusan [3], [5].

The theory of planned behaviour, menjelaskan mengenai bahwa mencapai dan mempertahankan perubahan perilaku membutuhkan niat untuk melakukan perilaku positif atau meninggalkan perilaku negatif. Teori berpendapat bahwa niat tidak hanya dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku tetapi juga oleh persepsi norma sosial dan derajat dari kontrol diri untuk melakukan perilaku tersebut [3], [5].

The activated health education model menjelaskan bahwa terdapat tiga fase yaitu fase eksperimental, kesadaran, dan fase tanggung jawab. Fase pertama terjadi setelah seseorang melakukan studi lapangan, pemeriksaan laboratorium. *skrining/survei* mengenai perilaku sehingga menjadi perhatian dengan perilaku tersebut. Fase eksperimental. Fase kesadaran menunjukkan berfokus pada kesenjangan yang terjadi antara perilaku saat ini dengan perilaku yang ideal dan risiko apa yang akan terjadi bila perilaku saat ini dipertahankan. Fase tanggung jawab melibatkan proses perubahan di mana setiap individu akan membuat manajemen diri sendiri yang berisi pemantauan diri, menetapkan tujuan yang dapat diukur, pengendalian stimulus, penggunaan sistem dukungan sosial dan citra visual dalam pencapaian tujuan [3], [5].

b. Interpersonal

Faktor ini meliputi proses interpersonal dan kelompok primer, termasuk keluarga, teman, dan teman sebaya yang memberikan identitas sosial, dukungan, dan definisi peran. Teori perilaku kesehatan yang dapat dijadikan dasar untuk mengubah pola ini adalah *sosial cognitive theory*. Menurut teori ini, tiga faktor utama seseorang dapat mengubah perilakunya adalah *self efficacy*, tujuan dan harapan terhadap hasil yang ingin diperoleh. *Self efficacy* sangat penting karena orang yang memiliki aspek ini akan tetap semangat melakukan perubahan

meskipun ada hambatan. Jika seseorang melakukan perubahan perilaku kearah yang lebih baik akan memberikan perubahan baik ke individu tersebut atau lingkungan [20].

Di dalam model ini terdapat tiga aspek penting yaitu personal, perilaku dan lingkungan. Yang termasuk aspek personal adalah pengetahuan, sikap dan harapan. Yang termasuk perilaku adalah *self efficacy* dan keterampilan, lalu yang termasuk lingkungan adalah norma, komunitas, dll. Menurut teori ini, *self-efficacy* dianggap sebagai faktor pribadi terpenting dalam perilaku perubahan dan juga menjadi faktor penting dalam teori perilaku kesehatan lainnya juga [20]. Secara teori detail ada enam konsep sesuai tabel di bawah ini, yaitu:

Tabel. 1 Konsep Perubahan dan Strategi menurut *Sosial Cognitive Theory* [5]

Konsep	Definisi	Strategi potensial
<i>Reciprocal determinism</i>	Interaksi dinamis orang tersebut, perilaku, dan lingkungan tempat perilaku tersebut dilakukan	Adaptasi dengan lingkungan
Behavioural capability	Pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan yang diberikan tingkah laku	Pelatihan
Self expectations	Hasil yang diharapkan dari suatu perilaku	Contohkan hasil positif dari sehat tingkah laku
Self efficacy,	Keyakinan akan kemampuan seseorang untuk mengambil tindakan dan mengatasi hambatan	Mulai dengan langkah kecil, tetapkan tujuan, reward dan punishment, dll

Observational learning (modelling)	Akuisisi perilaku yang terjadi oleh menonton tindakan dan hasil perilaku orang lain	<i>Role model</i>
<i>Reinforcements</i>	Penguatan	Evaluasi, <i>reward</i> dan <i>punishment</i>

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari

Faktor Institutional: Aturan, peraturan, kebijakan, dan struktur informal, yang dapat membatasi atau mempromosikan perilaku yang direkomendasikan

Faktor Komunitas: Jaringan dan norma sosial, atau standar, yang ada secara formal atau informal di antara individu, kelompok, dan organisasi

Public policy: Kebijakan dan undang-undang setempat, negara bagian, dan federal yang mengatur atau mendukung tindakan dan praktik yang sehat untuk pencegahan penyakit, deteksi dini, kontrol, dan manajemen

Teori yang dapat dijadikan landasan untuk memodifikasi aspek ini adalah *Communication theory* dan *Diffusion of Innovation Theory*. *Communication theory* menjelaskan bahwa pentingnya penggunaan media komunikasi mengenai kesehatan masyarakat, perilaku apa yang bisa sebagai tindakan pencegahan, dll. Komunikasi publik mengenai pengembangan ilmiah, strategis diseminasi, dan evaluasi kritis terhadap kesehatan yang relevan, akurat, dapat diakses, dan dapat dipahami informasi, dikomunikasikan ke dan dari khalayak yang dituju untuk memajukan kesehatan masyarakat. Komunikasi dilakukan baik pada tingkat individu, grup, komunitas, pemangku kebijakan, dan populasi. Keberhasilan perubahan perilaku dengan teori ini dipengaruhi oleh karakteristik sasaran (misalnya kesiapan mereka untuk berubah, cara mereka memproses informasi), kompleksitas masalah kesehatan, dan efek hasil. Pemaparan berulang sebuah

pesan yang disampaikan secara simultan melalui berbagai media juga berpengaruh terhadap keberhasilan [5].

Di Indonesia, penyebarluasan media KIE dalam berbagai bentuk dan media (cetak, elektronik, tradisional, luar ruangan, dan lain-lain) kepada seluruh lapisan masyarakat. Tersedianya saluran komunikasi untuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat yang mudah diakses publik selama 24 jam. Saluran komunikasi yang dapat digunakan: website, sosial media (Instagram, Twitter, Youtube, Facebook), *Interactive Voice Response* (IVR), kontak telepon, SMS, Whatsapp, media cetak lainnya ataupun forum komunikasi berjenjang dari provinsi ke kabupaten, puskesmas dan kader atau masyarakat. Melibatkan perangkat desa/kelurahan serta tokoh masyarakat/agama dalam menyampaikan pesan-pesan kunci lewat saluran dan sarana yang dimiliki dengan memperhatikan anjuran kesehatan terkait Covid-19 [10].

Difusi inovasi adalah “proses di mana inovasi dikomunikasikan melalui saluran tertentu dari waktu ke waktu di antara anggota sistem sosial “. Jika program pendidikan kesehatan dipandang sebagai suatu inovasi, maka dengan teori ini dapat digambarkan populasi target yang dapat menerima dan mengadopsi ini dengan baik. Penemuan dan inovasi ilmiah memainkan peran utama dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Teori difusi inovasi dapat diterapkan dalam penelitian pencegahan dan pengendalian infeksi dan juga digunakan sebagai panduan pengembangan intervensi untuk meningkatkan kualitas praktik pencegahan dan pengendalian infeksi [5].

Program Edukasi Kesehatan yang Dilakukan Memiliki Komponen yang Lengkap

Program edukasi kesehatan yang baik harus direncanakan memiliki berbagai komponen yaitu:

a. Melibatkan dan memberdayakan masyarakat

Masyarakat harus dilibatkan dalam semua fase pelaksanaan program mulai dari identifikasi kebutuhan, melibatkan organisasi masyarakat, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan (WHO). Program pemberdayaan masyarakat dibutuhkan untuk meningkatkan pemahaman tentang protokol pengendalian penyakit juga bisa mencegah stigmatisasi dan respon yang didorong rasa takut di antara individu, keluarga, dan komunitas yang terkena dampak yang dapat menghambat upaya pencegahan, tetapi juga bertindak sebagai pendorong yang kuat untuk meningkatkan kepatuhan dan memobilisasi keterlibatan masyarakat [3].

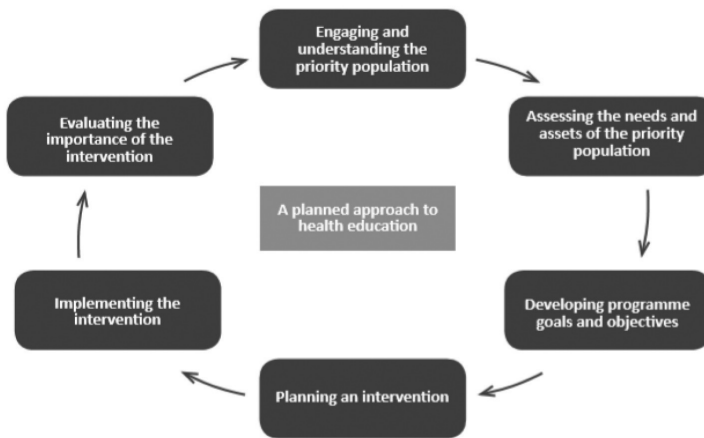
Di Indonesia, pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan mengaktifkan KPRM yaitu Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan masyarakat. Hal ini merupakan komponen penting yang tidak terpisahkan dalam penanggulangan tanggap darurat kesehatan masyarakat, baik secara lokal, nasional, maupun internasional. Dalam upaya memberdayakan masyarakat KPRM menjadikan kegiatan pemberdayaan masyarakat bagian dari salah satu respon penanggulangan Covid-19 bagi daerah provinsi/kabupaten/kota. Selain itu juga menginisiasi gerakan masif dari para *influencer* (misalnya. tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, tabib tradisional, dan lain-lain) dan jejaring komunitas yang ada (mis. organisasi kemasyarakatan/LSM kesehatan, kelompok perempuan (PKK), serikat pekerja, relawan kesehatan masyarakat/penggerak sosial untuk mengedukasi masyarakat [10].

b. Perencanaan yang matang

Proses ini melibatkan identifikasi masalah kesehatan di masyarakat yang dapat dicegah melalui intervensi kepada masyarakat, merumuskan tujuan, mengidentifikasi perilaku sasaran dan karakteristik lingkungan yang akan menjadi fokus upaya intervensi, memutuskan bagaimana pemangku



kepentingan akan dilibatkan, dan membangun kelompok perencanaan yang kohesif [5].



Gambar 4. Komponen perencanaan program edukasi [5].

c. Penilaian kebutuhan dan sumber daya

Dalam membuat sebuah program edukasi, perlu identifikasi kebutuhan dan kapasitas kesehatan masyarakat dan sumber daya yang tersedia.

d. Komprehensif dan integratif

Program edukasi biasa akan melibatkan berbagai faktor risiko, menggunakan berbagai metode penyampaian, memiliki target yang berbeda (individu, keluarga, jaringan sosial, organisasi, komunitas secara keseluruhan) dan dirancang untuk mengubah tidak hanya perilaku berisiko tetapi juga faktor dan kondisi yang menopang perilaku ini (misalnya motivasi, lingkungan sosial). Oleh karena itu program yang disusun secara komprehensif harus memikirkan aspek tersebut secara menyeluruh.

Sebuah program dikatakan terintegrasi apabila setiap komponen program mampu memperkuat komponen lainnya. Program juga harus diintegrasikan secara fisik ke dalam setting tempat setiap individu dalam menjalani kehidupan mereka (misalnya tempat kerja). Prinsip integratif ini dapat

dibuat dengan sebuah mental model proses transmisi untuk memotivasi masyarakat untuk berperilaku preventif [20].

e. Fokus pada perubahan jangka Panjang

Program pendidikan kesehatan harus dirancang untuk menghasilkan perubahan perilaku kesehatan yang stabil dan bertahan lama. Hal ini membutuhkan pendanaan program jangka panjang dan pembangunan infrastruktur pendidikan kesehatan permanen dalam masyarakat. Beberapa cara yang dapat dilakukan adalah dengan menjadikan perilaku kesehatan yang diharapkan dijadikan sebuah kebiasaan melalui hal-hal berikut ini, seperti

- mengganti suatu perilaku dengan perilaku lainnya. Sebagai contoh kebiasaan menyentuh wajah adalah kebiasaan yang susah dihilangkan. Menurut penelitian rata-rata setiap orang menyentuh wajah 20 kali/jam. Untuk mengubah kebiasaan tersebut dengan cara menasehati tentu saja sangat susah. Sehingga kebiasaan tersebut dapat diganti dengan kebiasaan baru yang lain yaitu “Keep your hands below shoulder level” [20].
- Mempermudah perilaku, misalnya dengan memasukkannya ke dalam rutinitas yang ada [3].

f. Mampu mengubah norma yang ada

Untuk memberikan dampak yang signifikan bagi seluruh organisasi atau komunitas, program pendidikan kesehatan harus mampu mengubah norma dan standar perilaku komunitas atau organisasi. Sebuah program edukasi kesehatan harus mampu menciptakan norma sosial yang mendorong perilaku preventif, melalui kampanye yang menargetkan identitas diri orang dan dengan mengajak orang untuk saling memberi umpan balik [20].

g. Penelitian dan Evaluasi

Proses evaluasi dan penelitian yang komprehensif diperlukan, tidak hanya untuk mendokumentasikan hasil dan



efek program, tetapi untuk menggambarkan pembentukan dan prosesnya serta keefektifan biaya dan manfaatnya [5].

Menggunakan teknologi dan informasi modern

Penggunaan media, teknologi informasi, informasi seperti *e-learning*, *web-based education*, dan sosial media akan membantu *training the homological groups in the community setting* [2]. Pilihan media yang efektif penting apakah menggunakan buku, modul, buku panduan, poster, komik, stiker, buku saku, brosur, *leaflet*, *banner*, spanduk, *billboard*, baliho, film pendek, *souvenir*, TV, surat kabar, medsos.

Dalam aspek edukasi banyak sekali muncul situs *creative content* yang memberikan edukasi pencegahan dan pengendalian Covid-19 seperti “infodemic”, kampanye “#dontGoViral”, dll. Di berbagai dunia inovasi teknologi tersebut dikembangkan. UNESCO membuat sebuah kompetensi mengajak generasi muda, inovator, ilmuwan data, dan desainer untuk menggunakan keterampilan digital, kreatifitas, dan semangat kewirausahaan mereka, dan untuk bekerja sama untuk menginspirasi solusi digital [21]. Di Indonesia terdapat **InaRISK** yaitu portal hasil kajian risiko yang menggunakan *arcgis server* sebagai *data services* yang menggambarkan cakupan wilayah ancaman bencana, populasi terdampak, potensi kerugian fisik, potensi kerugian ekonomi dan potensi kerusakan lingkungan dan terintegrasi dengan realisasi pelaksanaan kegiatan pengurangan risiko bencana sebagai *tool monitoring* penurunan indeks risiko bencana. Inovasi ini dapat digunakan untuk penyiapan data untuk mengetahui risiko bencana, pengambilan keputusan strategi penanggulangan dan sarana edukasi kepada masyarakat untuk memahami tingkat risiko dan upaya mitigasi suatu bencana (inarisk, 2020). Dengan aplikasi ini masyarakat dapat melakukan penialain mandiri terhadap kerentanan Covid-19 [22].

Health educator harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup.

Berikut ini adalah kompetensi inti yang harus dimiliki oleh *health educator* adalah

Health educator harus memahami materi, serta *setting* edukasi yang akan diberikan apakah di sekolah, kantor, kampus, rumah sakit, organisasi, dll

1. Mampu menjadi pendengar yang baik
2. Sabar
3. Memahami komponen edukasi (WHO,2012)
4. Mampu mengurangi atau mengatasi faktor penghambat komunikasi, seperti hambatan pada komunikator (kecurigaan, pendengaran dan penglihatan kurang sempurna), hambatan karena faktor isi (bahasa tidak lazim dan arti ganda), serta pada faktor pengirim pesan/komunikator (gagap, kurang percaya diri) [5]

Kode Etik Pendidikan Kesehatan

Seorang *health educator* harus memahami prinsip-prinsip etika sebagai berikut yaitu menghormati martabat dan hak asasi manusia, menghormati kebebasan individu dan keluarga, persetujuan penuh klien, kerahasiaan, non-diskriminasi atau stigmatisasi, kesetaraan dalam akses, cakupan dan pemberian layanan, menghormati nilai-nilai budaya dan keanekaragaman budaya, menghindari konflik kepentingan, terutama kepentingan komersial, integritas dan perilaku pribadi yang baik [5].

Penutup

Edukasi Kesehatan sebagai salah satu bagian tindakan preventif dan promotif berperan penting dalam pengendalian dan pencegahan penyebaran Covid-19. Edukasi yang berdaya ungkit dapat dilakukan dengan memperhatikan berbagai hal yaitu

1. Program edukasi disusun berdasarkan salah satu konsep Health behaviour theory

2. Memiliki komponen yang lengkap dari perencanaan sampai dengan evaluasi program
3. Memanfaatkan teknologi informasi modern dan inovatif
4. Health educator harus memiliki kompetensi inti yang sesuai
5. Berlandaskan atas kode etik health education.



Rujukan

- [1] WHO. 2020. Novel coronavirus situation report -133 [Internet]. *World Health Organization*; Tersedia pada: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200601-covid-19-sitrep-133.pdf?sfvrsn=9a56f2ac_4 (diakses 21 Juni 2020, jam 13.21)
- [2] Solhi M, Abolfathi M, Darabi F, Mirzaei N, Dadgar NN. The Role of Health Education on Emerging Diseases: A Systematic Review. *J Health Educ Res Dev*, vol.5, no. 29, 2017.
- [3] Broucke SVD. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemi, and vice versa. *Health Promotion International*, pp:1-6, 2020.
- [4] Worldometers.2020. Tersedia pada: <https://www.worldometers.info/coronavirus/?#countries>
- [5] WHO. 2012. *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo
- [6] Estiningtyas R. 2020. *Rekomendasi Hasil Diskusi Online (Zoom Meeting) IKA FKM Unair "Menyikapi Kebijakan PSBB Surabaya Raya sebagai Strategi Pencegahan dan Penanggulangan Covid-19*. <https://fkm.unair.ac.id/rekomendasi-hasil-diskusi-online-zoom-meeting-ika-fkm-unair-menyikapi-kebijakan-psbb-surabaya-raya-sebagai-strategi-pencegahan-dan-penanggulangan-covid-19/>(diakses pada 19 Juni 2020, jam 11.44).
- [7] Shahnazi H, Sabooteh S, Sharifirad G, Mirkarimi K. The impact of education intervention on the Health Belief Model constructs regarding anxiety of nulliparous pregnant women. *Journal of Education and Health Promotion*, vol.4, no.1, 2015
- [8] Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, Xing F *et al*. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*, vol. 395, pp.514-2, 2020.

- [9] Xia J, Tong J, Liu M, Shen Y, Guo D. Evaluation of coronavirus in tears and conjunctival secretions of patients with SARS-CoV-2 infection. *Med Virol*, 2020.
- [10] Kemenkes RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease-19 (COVID-19) Revisi ke 5, 2020.
- [11] Ozdemir O. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Diagnosis and Management (Narrative Review). *Erciyes Med J*, vo;.4, no.3, 2020.
- [12] Burhan E, Isbaniah F, Susanto AD, dkk. 2020. *Diagnosis dan Penatalaksanaan Pneumonia COVID-19*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
- [13] Velavan PT dan Meyer CG, The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International*.
- [14] Dong L, Hu F, Gao J. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Drug Discoveries & Therapeutics*; vol.14, no.1, pp.58-60, 2020.
- [15] Nurmala I, Rahman FR, Nugroho A, Erlyani N, Laily N dan Anhar VY. 2018. *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press; Surabaya.
- [16] Arlinghaus KR, Johnston CA. Advocating for Behavior Change With Education. *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol.12, no.2, 2020.
- [17] Li L, xu W, Wagner AI, Dong X, Yin J, Zhang Y, Boulton L. Evaluation of health education intervention on Chinese factory worker's knowledge, practices dan behavior related to infectious disease, *Journal of Infection and Public Health*, vol 17, pp.70-76, 2020.
- [18] Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical care*. vol.15, no.5, pp:27-46, 1977.

- [19] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Sosial learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*. Summer, vol. 15, no.2, pp.175–183, 1988.
- [20] Michie, S., West, R., Amlo[^]t, R. and Rubin, J. Slowing down the covid-19 epidemic: changing behaviour by understanding it. *BMJ Opinion*, 2020
- [21] UNESCO. 2020. Fighting COVID-19 through digital innovation and transformation
- [22] BNPB. 2020. <https://bnpb.go.id/berita/lakukan-penilaian-mandiri-covid19-lewat-aplikasi-inarisk>

Konstruksi Pemikiran Al-Asqalany (Kitab *Baḥl Al-Mā'ūn*) Dalam Menyikapi Wabah¹

Oleh: **Tho'at Setiawan**

Email: thoatsetiawan07@gmail.com

Pendahuluan

Era Covid-19 menjadi babak baru masyarakat dunia dalam menjalani aktifitas sehari-hari. Banyak hal yang berubah dan dipaksa untuk diubah yang meniscayakan struktur turunannya juga turut berbenah dan menyesuaikan diri. Kondisi seperti ini terjadi dalam hampir semua lini kehidupan masyarakat tanpa kecuali, tanpa bisa ditolak, bahkan oleh otoritas keagamaan. Setelah era Covid-19, muncullah babak baru, normalitas baru (*new normal*) yang mengubah tatanan, sendi, dan bahkan interaksi antarmanusia.

Kurva penyebaran belum menunjukkan penurunan, tapi denyut nadi kehidupan masyarakat tidak bisa dihentikan karena telah tiga bulan semenjak kasus ini masuk Indonesia, ekonomi masyarakat semakin melemah. Oleh karena itu, kajian mengenai sistem kehidupan baru perlu diatur sedemikian detil dan ketat. Jika merujuk pada literatur klasik, sistem kehidupan dalam menghadapi pandemi pada dasarnya telah ada, karena, masyarakat masa lalu, dalam konteks artikel ini adalah masyarakat Islam misalnya, telah banyak mengalami masa-masa pandemi. Namun, hal ini tidak dipahami dengan baik karena di samping masyarakat Indonesia tidak (belum pernah) mengalami wabah seperti, literatur-literatur klasik tersebut juga tidak sampai ke tangan masyarakat muslim Indonesia.

1 Artikel dipresentasikan dalam Webinar "KONSTRUKSI PEMIKIRAN AL- ASQAL - NY DALAM MENYIKAPI WABAH MENURUT KITAB *BAḤL AL-MĀ'ŪN*", Rabu, 24 Juni 2020, LPPM Universitas Muhammadiyah Surabaya.

Kajian spesifik mengenai solusi dalam menghadapi satu wabah atau pandemi dalam dunia iteratur klasik merupakan satu kajian yang mewah (sangat jarang). Padahal dalam masa yang membentang antara abad 7 hingga 15 Masehi terjadi banyak pandemi yang melanda masyarakat muslim. Solusi-solusi yang diberikan atas pandemi masih banyak dibungkus dalam rupa solusi-solusi vertikal yang teologi-sentris, paling jauh adalah menjauhinya, tidak banyak solusi yang sifatnya mengobati. Karya Ibnu Hajar al-Asqalany termasuk di antara yang jarang tersebut. Tulisan ini hendak mengeksplorasi *thāun* dan penanganan yang dilakukan oleh al- Asqalany, dalam kitab *Baḏl al-Mā'ūn*. Di samping itu kami akan melihat bagaimana kitab ini dipakai dan menjadi referensi bacaan di masyarakat Indonesia. Tulisan ini berangkat dari tiga argumen berikut: pertama, bahwa kitab *Baḏl al-Mā'ūn* memiliki cara dan kiat-kiat dalam menghadapi wabah yang terjadi pada masa itu. Istilah-istilah yang pada saat ini muncul, seperti *physical distancing*, karantina, isolasi, dan lain sebagainya menjadi salah satu praktik yang telah mereka lakukan pada abad 15. Kedua, Di samping itu, berbagai pengobatan juga merupakan satu hal yang dianjurkan untuk dilakukan pada masa itu dan ini menegaskan bahwa tidak hanya terdapat *polemic teologis* semata di saat terjadi pandemi. Ketiga, pemikiran dan gagasan yang muncul dalam *Baḏl al-Mā'ūn* menjadi populer dikaji di berbagai media, baik *offline* ataupun *online* di Indonesia. Penggunaan hadis-hadis yang ditunjukkan oleh Ibnu Hajar al-Asqalany dalam kitab ini menjadi satu pembahasan yang bersifat diskursif dan turut mewarnai dinamika keagamaan Islam dalam menghadapi Covid-19.

literatur Review

1. Cure and Relegion

Bagi Cohen (Laird and Barnes, 2017:286) agama adalah salah satu faktor yang paling meresap yang memengaruhi nilai-nilai, pengalaman moral, dan organisasi sosial, serta konsep kesehatan, penyakit, sekarat, dan kematian (Laird and Barnes, 2017:286). Menurut Cohen dan Taylor (Goss dan Bishop,

2018:9) agama memiliki tempat di dalam pengobatan. Agama dapat dimasukkan ke dalam ruang medis sejauh itu sesuai dengan komitmen moral dan ilmiah kedokteran. Menurut Cohen (Goss dan Bishop, 2018:3) agama dipandang sebagai bentuk pengobatan alternatif melalui manipulasi energi imaterial. Sementara itu, jauh sebelumnya Puchalski (1999: 690) mendefinisikan agama terkait dengan kesehatan sebagai *spirituality is recognized as a factor that contributes to health in many persons. This concept is found in all cultures and societies. It is expressed in an individual's search for ultimate meaning through participation in a religion, but it can be much broader than that, such as, belief in God, family, naturalism, rationalism, humanism, and the arts.* Sejalan dengan pendapat tersebut, menurut Puchalski et al (2004), agama dapat membuat pasien memiliki dorongan untuk menemukan makna di tengah-tengah penderitaan dan kematian. Dalam agama selalu ada prinsip-prinsip yang ditetapkan dalam kehidupan termasuk dalam pengobatan. Ihsan (2016, 179-180) memaparkan prinsip-prinsip pengobatan yang sesuai dengan Islam yaitu menggunakan obat yang halal, pengobatan tidak menimbulkan ke-*mudharatan*, pengobatan tidak bersiat tahayaul, *bidah* dan *khufarat*, selalu ikhtiar dan tawakkal. Selain itu dalam *cure and religion*, pengobatan dikaitkan dengan sumber-sumber pengobatan seperti yang dipaparkan Ihsan (2016) di mana dalam Islam terdapat tiga sumber pengobatan yakni Alquran, madu (obat alamiah) dan gabungan Alquran dan obat alamiah. Tiga nilai penting pengampunan, harapan, dan kepercayaan dalam kehidupan setelah kematian dapat memainkan peran dalam merawat kesehatan pasien (Puchalski et al, 2004). Di sisi lain Puchalski et al (2004) menguraikan penyembuhan dalam agama Katolik dengan cara partisipasi dalam ritual penyembuhan seperti peletakan tangan, atau tradisi Katolik menerima sakramen pengurapan sakit. Ritual ini didasarkan pada keyakinan bahwa Tuhan dapat menyembuhkan manusia melalui Roh Kudus (Puchalski et al, 2004).

2. Islamic Medicine/Medicine in Islam

Baharuddin (Ahmad et al, 2017) mendefinisikan pengobatan Islam sebagai sistem penyembuhan yang dikembangkan oleh umat Islam dari berbagai kelompok etnis dari awal Islam hingga sekarang. Sedangkan Roland (Ahmad et al, 2017) mendefinisikan pengobatan Islam sebagai upaya yang dilakukan oleh para sarjana muslim untuk mengatasi masalah kesehatan sejalan dengan pandangan bahwa Tuhan, manusia, alam dan masyarakat saling terkait secara harmonis. Pengobatan Tradisional dan Islam menurut Rawi dan Belunggu (Ahmad et al, 2017) muncul berdasarkan oleh Alqurandan Hadis sebagai sumber utama teologi dan praktik muslim. Menurut Norhasmilia et al (2014) dan Ibrahim (2003) Pengobatan Islami mempromosikan penyembuhan obat-obatan herbal sebagai tambahan dari penyembuhan utama metode melalui doa dan membaca Alquran. Islam membimbing umat manusia untuk memiliki keyakinan tertinggi pada persetujuan Allah swt. untuk sehat hidup dan penyembuhan serta memberikan pedoman untuk kebersihan, kebiasaan makan/minum yang sehat dan mengendalikan tekanan fisik dan mental. Dengan demikian, pandangan holistik tentang hidup sehat dan penyembuhan di Islam didirikan atas dasar keyakinan pada keesaan dan otoritas Allah yang Mahakuasa juga faktor fisik, sosial, psikologis (Rahman, 2015:119).

Dalam Islam dikenal pengobatan Thibbun Nabawi yang merupakan tata cara dan kaidah medis yang banyak dicontohkan oleh Rasulullah saw yang diwariskan melalui para sahabatnya yang mulia (Ihsan, 2016: 156). Thibbun Nabawi meliputi banyak hal, di antaranya adalah, madu, jintan hitam, air mawar, cuka buah, air zam-zam, kurma dan berbagai jenis makanan dan minuman yang menyehatkan lainnya. Selain itu ada pengobatan dengan bekam yaitu pengobatan yang berfungsi mengeluarkan darah kotor dari dalam tubuh

dengan cara disayat atau ditusuk dengan jarum, pengobatan rukiah yaitu pengobatan atau terapi dengan bacaan Alquran ada juga system kompres, karantina dan masih banyak yang lainnya (Ihsan, 2016: 176-177).

3. Religion and Internet

Agama dalam suatu masyarakat merupakan salah satu aspek budaya yang membangun identitas kelompok dan dapat pula memberi pengaruh hingga tingkat individu. Interaksi yang terjadi antara kelompok dengan individu, ataupun individu dengan individu lain memunculkan perubahan yang sering kali dapat diamati melalui pola-pola yang ditunjukkan. Perubahan sosial dan perilaku pada abad kedua puluh satu dapat dilihat melalui pola-pola interaksi dalam kehidupan nyata hingga pola interaksi melalui medium tertentu, terlebih perkembangan teknologi yang memberikan akses kepada setiap individu terhadap medium berbasis internet. Perubahan ini dapat pula menyentuh kelompok agama hingga individu yang terwujud dalam serapan penggunaan media baru yang berdampak langsung pada sebaran pengetahuan tentang ritual keagamaan hingga pengaruhnya terhadap identitas keagamaan. Pengaruh media baru tersebut disampaikan Campbell and Louise (2015:273) dalam artikelnya yang mengatakan bahwa penggunaan media baru memungkinkan mereka untuk terlibat dengan agama setiap hari. Namun, juga dikemukakan bahwa agama dalam media baru dapat berdampak pada agama tradisional, sikap, dan perilaku. Interaksi sosial yang difasilitasi media *online* ini dikatakan Campbell and Louise (2015:274) memberikan peluang baru bagi individu untuk mencapai tingkat kekuasaan dan otoritas tertentu seperti menjadi individu yang membawa pengaruh (*influencer*) dalam hirarki agama dan struktur kekuasaan. Seorang *influencer* agama yang lahir dari pemanfaatan teknologi berbasis internet biasanya

memopulerkan nilai-nilai atau pengetahuan keagamaan, hingga praktik ritual keagamaan yang bisa ditemui dalam kehidupan sehari-hari. Krüger (2005:7) mengatakan bahwa proses perolehan kompetensi ritual memunculkan struktur dan hirarki baru dalam forum-forum diskusi, di mana memiliki hirarki otoritas yang kompleks dan agensi yang tidak saling terkait. Kemudahan yang terbuka ini dinilai Helland (dalam Krueger, 2005:2) berpengaruh terhadap struktur sosial di mana dahulu kala terpusat dan terkontrol, sekarang dapat ditentang bahkan diabaikan secara terbuka melalui medium yang diakses ratusan juta orang setiap harinya. Campbell and Louise (2015:274) dalam artikelnya mencatat bahwa cendekiawan memandang adanya tingkat kepentingan tertentu untuk memahami tren keagamaan *online* ini sebagai cerminan kecenderungan masyarakat dalam kehidupan beragama. Salah satu kesulitan terbesar dalam mempelajari agama di internet adalah mengimbangi kecepatannya perkembangan dan perubahan (Helland, 2005:1).

Campbell and Louise (2015) dalam artikelnya memberikan gambaran bahwa media baru berbasis internet yang digunakan dalam masyarakat barat telah memengaruhi banyak aspek budaya kontemporer termasuk aspek agama melalui saluran maya seperti jejaring sosial, forum keagamaan *online* hingga aplikasi keagamaan. Istilah populer dari media baru ini adalah media *online*, di mana melalui media-media ini individu dapat saling berhubungan secara mudah bahkan memfasilitasi untuk memperoleh konten atau pengetahuan agama secara mudah. Praktik keagamaan juga digambarkan Campbell and Louise (2015) sebagai kegiatan yang mampu difasilitasi oleh aplikasi berbasis teknologi internet seperti akses kepada gereja virtual atau akses terhadap ayat-ayat ilahi melalui Alquran Reader. Krüger (2005) dalam artikelnya mengatakan bahwa pengetahuan ritual tidak sepenuhnya terpisah dalam

pembahasan ritual *online*. Akan tetapi Campbell and Louise (2015) menjelaskan bahwa kemudahan akses terhadap media baru (berbasis internet) melahirkan personalisasi ritual yang disesuaikan kebutuhan pribadi yang bisa datang dalam banyak samaran termasuk, meditasi buddhis, puja Hindu (ibadah), ziarah (mis., dalam Islam dalam *second life*), dan doa difasilitasi melalui *smartphone* aplikasi.

Results

1. Kitab Baḥl al-Mā'ūdan Ibnu Hajar al-Asqalany

Nama lengkap tokoh ini adalah Syihābuddin Ibnu Fadhl Ahmad bin Ali bin Muhammad bin Mahmud bin Ahmad bin Hajar. Dia lahir di pinggiran Sungai Nil, sekitar Darun Nuhas, di dekat Masjid al-Jadid, (Laiya, 2018) Mesir pada Syakban 773 H (al-Asqalany, 2007, p. 9) atau Februari 1372 M dan meninggal 18 Zulhijjah 852 H atau 2 Februari 1449 M. Sejak kecil, Al-Asqalany tumbuh sebagai seorang yatim, ayahnya adalah seorang mufti, ibunya seorang wanita kaya yang kemudian juga meninggal dunia ketika ia masih belia. Al-Asqalany menjadi hafiz Alquran di usia 9 tahun (Al-Asqalany, 1991). Pada usia 11 tahun, ia bersama berangkat haji ke Mekah serta menetap di sana untuk belajar ilmu fiqih, juga Alquran, meskipun akhirnya minat yang ditekuninya adalah hadis. Ia sempat berpindah-pindah dari Yaman, Hijaz, Syam dan Kairo demi belajar ilmu hadis kepada tokoh-tokoh yang handal di daerah-daerah tersebut (Laiya, 2018, p. 137).

Ia kemudian mengumpulkan nama-nama gurunya dalam kitab al-Majmaul Muassasubial-Mu'jami al-Mufahras. Beberapa nama guru yang bisa disebut di sini di antaranya adalah, Al-Zin al-Iraqi (guru hadis); Al-Nur al-Haitsami (penghafal matan) dan lain-lain. Setelah menikah dia menjadi hakim agung Mesir selama 21 tahun dan menjadi tokoh penting dalam kekuasaan Dinasti Mamluk II. Memiliki lima anak perempuan. Al-Asqalany adalah tokoh yang sangat produktif dan memiliki banyak karya,

dua di antaranya yang hendak saya sebutkan di sini adalah Bulughul Maram dan Fathul Bari, dua magnum opusnya dalam bidang tafsir Alquran dan bidang Syarah Hadis.

Berdasarkan data yang ditunjukkan dalam kitab *Baḥḥ al-Mā'ūn*, Ibnu Hajar al-Asqalany menulis kitab ini karena *request* atau permintaan koleganya. Mereka menginginkan informasi mengenai apa itu wabah dan bagaimana cara mengatasinya. Penulisan ini kemudian diperkuat setelah meninggalnya ketiga putrinya karena pandemi yang terjadi pada waktu itu. (Qudsy & Sholahuddin, 2020, p. 4) Kitab ini terbit tahun 1991 di Dar al-Ashimah, Riyadh dengan tebal 440 halaman serta disunting (*tahqiq*) oleh Ahmad Ishom Abdul Qadir Al-Katib. Buku ini berisikan, Bab 1 Sikap terhadap *Thāun*; Bab 2 Definisi *Thāun*; Bab 3 Adanya *thāun* sebagai syahid dan rahmat bagi umat Islam; Bab 4 Hukum keluar dan masuk dari (ke) negara yang di dalamnya terjadi wabah; Bab terakhir hal-hal yang dianjurkan ketika terjadi *Thāun*. (Qudsy & Sholahuddin, 2020, p. 5)

2. Pemaparan al-Asqalany memahami dan menghadapi wabah dalam *Baḥḥ al-Mā'ūn fi Fadhli al-Tho'un*

beberapa istilah kunci yang ditunjukkan dalam melihat pandemi saat ini, terutama dalam konteks Covid-19. Dengan berangkat dari penjelasan al-Asqalany seperti yang telah ditunjukkan sekilas dalam daftar isi buku, kami akan menunjukkan bahwa bahasa-bahasa covid-19 yang telah mulai familiar dipahami oleh masyarakat manusia di 5 dunia, pada dasarnya telah muncul pada abad 15 pada masa *Baḥḥ al-Mā'ūn* ditulis. Mari kita bahas satu persatu mengenai hal ini.

explore Allianz

Yuk, Mengenal Istilah-istilah Ini untuk Lebih Memahami Virus Corona



Pasien dalam Pengawasan (PDP)

Memiliki gejala yang tampak seperti demam hingga sesak napas, serta memiliki riwayat kontak dengan penderita positif.



Orang dalam Pemantauan (ODP)

Memiliki gejala ringan seperti batuk hingga demam namun tidak ada riwayat kontak fisik dengan penderita positif.



Positif

Pasien yang positif terjangkit COVID-19 setelah menjalani serangkaian pemeriksaan seperti cek darah hingga swab test.



Orang Tanpa Gejala (OTG)

Tidak memiliki gejala dan punya risiko tertular dari penderita positif. Kelompok ini mencakup petugas medis tanpa APD standar atau orang yang kontak dengan penderita positif.



Alat Pelindung Diri (APD)

Perlengkapan yang digunakan khususnya oleh tenaga medis untuk melindungi dan menjaga keselamatan diri dari penyebaran virus ketika merawat pasien.



Karantina

Situasi di mana seseorang tinggal di rumah atau suatu tempat dalam jangka waktu tertentu untuk menghindari penyebaran virus kepada orang lain.



Isolasi

Kondisi ketika seseorang yang sakit menjauh dari orang lain sehingga tidak menularkan orang lain.



Physical Distancing/ Social Distancing

Menjaga jarak aman secara fisik dengan orang lain sekitar 1,5-2 meter di tempat umum.



Lockdown

Mengunci seluruh akses masuk maupun keluar dari suatu wilayah untuk meminimalisir penyebaran virus lebih luas lagi.



Rapid Test

Tes cepat yang mampu memberikan hasil terkait COVID-19 dalam waktu kurang lebih setengah jam.



Imported Case

Penularan COVID-19 pada orang yang baru kembali dari luar negeri.



Wabah

Kejadian tersebarnya penyakit pada daerah yang luas dan pada banyak orang.



Epidemi

Penyebaran penyakit yang cepat di antara banyak orang dan dalam konsentrasi yang lebih tinggi dari biasanya.



Pandemi

Penyebaran penyakit secara meluas keseluruhan dunia atau skala global.



Endemi

Penyakit yang keberadaannya permanen di sebuah wilayah atau populasi tertentu.

Pusat Informasi COVID-19: www.covid19.go.id

Untuk tips lainnya kunjungi www.allianz.co.id/explore

Allianz

Terma-terma di masa Covid

Sumber: <https://www.allianz.co.id/explore/detail/yuk-mengenal-istilah-istilah-ini-untuklebih-memahami-virus-corona/98688>

3. *Thaun*, Wabah dan Pandemi

Thāun merupakan satu jenis penyakit yang menimpa manusia pada umumnya dengan cara yang berbeda-beda dengan penyakit biasa dan bentuknya berbeda-beda (Al-Asqalany, 1991, p. 95). Al-Asqalany, dengan mengutip imam Al-Nawawi menyatakan bahwa *thaun* itu adalah sakit yang sangat dikenal, yakni bisul kecil, bengkak yang sangat menyakitkan, dapat dikeluarkan dengan panas api, menyebabkan hitam kulit di sekitarnya atau menjadi hijau dawn memerah keunguan, dan menyebabkan denyut nadi berdebar-debar serta muntah, biasanya 6 keluar di daerah lipatan paha, ketiak, juga di tangan, jari-jari, dan bahkan sekujur tubuh (Al-Asqalany, 1991, p. 97). *Thāun* ini tidak hanya terjadi di dunia Islam, namun ia terjadi di seluruh dunia. Berbeda dengan *waba'* yang bersifat lebih umum *thāun* sifatnya lebih spesifik. Dalam konteks saat ini adalah pandemi, yakni penyakit yang penularannya mengglobal, mendunia yang terjadi secara simultan. Perbedaan *thāun* dengan *waba'* ini menarik, karena Al-Asqalany memberikan perdebatan mengenai ini dalam satu bagian khusus di kitabnya. Dia mencoba menjelaskan penolakan *waba'* sebagai *thāun* dengan menukil hadis tentang Madinah, Hadis Riwayat Anas dari Rasulullah bersabda: “Madinah akan dimasuki oleh Dajjal, namun diketahui oleh Malaikat, sehingga Dajjal tidak bisa memasukinya, demikian pula *Thāun*, (ia tidak akan bisa memasukinya) insyaallah” (al-Bukhari, 1998).

Madinah tidak akan tertimpa *Thāun*, lalu bagaimana dengan Covid-19, apakah ia termasuk *Thāun*? Hal ini tentu akan menjadi satu perdebatan tersendiri. Terdapat beberapa hadis yang dinukil oleh Al-Asqalany dalam ciri-ciri *thāun* yang menjadi salah satu penyebab berkurangnya umat Islam. Ibnu Atsir dalam al-Nihayah menyebutkan hadis “Musnahnya umatku karena perang (*tha'ni*) dan *Thāun*. Kemudian dengan mengutip Abdil Bar, al-Asqalany (1991, p. 96) mengutip hadis “*Thaun* itu seperti *ghuddah* (punuk/gondok) unta yang keluar di ketiak dan lipatan paha.” Setelah mengumpulkan berbagai

hadis dan data mengenai ciri-ciri *Thāun*, Secara umum, Al-Asqalany menunjukkan bahwa ciri-cirinya yang paling umum ada empat, a) adalah bengkak yang ada di badan, seperti di ketiak, terkadang di tangan dan seluruh anggota badan; b) dapat muncul di bagian badan mana pun, seperti luka bernanah/bisul atau jerawat, namun umumnya terletak di ketiak; c) sakit tenggorokan, tapi sakit ini pada dasarnya tidak termasuk *Thāun*, kecuali ia terjadi di masa *thāun* (Al-Asqalany, 1991, pp. 99-100). Dalam bagian selanjutnya Al-Asqalany (Al-Asqalany, 1991, pp. 100-101) menunjukkan bahwa muncul dan berkembangnya wabah itu dikarenakan rusaknya elemen udara yang disebabkan oleh dua hal, *ardliyyah* dan *samaiyyah*: yang pertama (*ardliyyah*), air yang berubah karena banyak bangkai, seperti yang terjadi pada mayat yang tidak dikubur akibat peperangan, makam yang banyak air, banyak barang busuk, banyak serangga dan katak.

Kemudian yang kedua *samaiyah*, banyaknya meteor di akhir musim panas dan musim gugur, banyak angin selatan dan timur di dua musim, serta banyaknya tanda-tanda hujan di musim panas tetapi tidak hujan. Basis sandaran dari ini semua adalah berbasis pada pengalaman (jawa: titen), sebagaimana yang ditunjukkan oleh Al-Jahiz bahwa jika burung gagak merasakan angin seperti itu, maka dia pasti akan meninggalkan daerah tersebut, begitu juga tikus, ia akan bersembunyi di bawah tanah.

a. *Physical Distancing*

Definisi dari kata ini adalah menjaga jarak aman secara fisik 1,5-2 meter ketika berada di tempat umum. Dalam kasus di Kitab *Baḥḥ al-Mā'ūn* terdapat beberapa penjelasan. Yang pertama mengenai sikap Amr bin Ash setelah menjadi Gubernur Syam. Jika pada masa Abu Ubaidah dan Bilal yang telah meninggal di Syam, maka sikap yang diambil oleh Amr bin Ash adalah meminta penduduk untuk pergi ke gunung-gunung dan meninggalkan

kerumunan: “Sesungguhnya *thāun* itu adalah kotor/keji, hendaklah kalian menjauhi/menyelisihinya” (Al-Asqalany, 1991). Sedangkan yang kedua adalah sikap Al-Asqalany yang menolak untuk hadir di acara doa tolak pandemi di zamannya yang diadakan oleh pihak kerajaan. Baginya berdoa tolak pandemi merupakan satu bentuk bidah dan tidak bisa diqiyaskan dengan doa minta hujan (Al-Asqalany, 1991, pp. 329–330). Selain menolak *qiyasini*, acuan orang yang melaksanakan doa bersama tolak pandemi ini adalah ijazah dari orang saleh yang bermimpi bertemu nabi. Orang saleh tersebut mengaku bahwa dalam mimpi tersebut nabi mengajarkan tata cara doa tolak pandemi sekaligus 7 teks doanya.

Namun, Al-Asqalany tetap menolak sumber ini. Baginya bagaimana suatu hadis disampaikan melalui mimpi? Secara lebih jauh, generasi sebelum al-Asqalany, seperti Taqiyyuddin al-Subki dan Ibn Abi Hajalah juga telah menolak hal ini (Al-Asqalany, 1991, pp. 332–334). Al-Asqalany (1991) juga telah menunjukkan, di saat di Damaskus terjadi pandemi, para penduduk bersama-sama melakukan berdoa bersama di tempat terbuka, mereka menangis dan bermunajat agar penyakit diangkat, akan tetapi, menurut Al-Asqalany, itu tidak mengurangi penyakit justru semakin mewabah karena berkumpul bersama. Namun, dalam kasus menjenguk orang sakit, Al-Asqalany tetap merujuk pada hadis nabi, yakni agar menjenguk dan mendoakannya.

b. Isolasi

Kata isolasi ini merujuk pada pengertian kondisi seseorang yang sakit menjauh dari orang yang sehat supaya tidak terjadi penularan. Hadis yang terkait dengan hal ini adalah hadis riwayat Abu Hurairah, “janganlah yang sakit dicampurbaurkan dengan yang sehat” (Shahih Bukhari dan Muslim). Kemudian hadis Rasulullah saw bersabda: “Tidak boleh berbuat *madlarat* dan hal yang

menimbulkan *madlarat*.” (HR ibn Majah dan Ahmad ibn Hanbal dari Abdullah ibn ‘Abbas). Dalam Baḥḥ al-Mā’ūn disebutkan “Barangsiapa yang tinggal di suatu negeri yang sedang tertimpa *Thāun*, kemudian dia diam di tempat tersebut dan tidak keluar dari negeri/daerah itu dengan sabar dan bermuhasabah, maka ia akan mendapatkan pahala seperti syahid” (Al- Asqalany, 1991, p. 255).

Jika seseorang terkena penyakit, maka ia harus memisahkan diri. Bilamana sakit, namun sakitnya tidak parah, maka ia perlu melakukan isolasi dan tidak berinteraksi dengan orang lain. Saat ini zaman telah canggih, sehingga bisa mendeteksi orang yang terinfeksi meskipun dia tidak merasakan sakit atau bahkan merasa baik-baik saja (tidak bergejala). Praktik isolasi baik yang bergejala maupun tidak, pada masa pandemi merupakan satu hal yang wajib dilakukan demi menghindari penyebaran wabah secara luas. Kecanggihan teknologi telah meniscayakan masyarakat untuk mendeteksi secara dini kesehatan dirinya, terutama dalam konteks Covid-19. Dengan demikian penularan yang lebih luas perlu dicegah.

c. **Lockdown dan karantina**

Kata *Lockdown* merujuk pada pengertian mengunci seluruh akses masuk maupun keluar wilayah demi mengantisipasi penyebaran penyakit. Sementara itu, karantina merupakan situasi di mana seseorang tinggal di rumah atau suatu tempat untuk beberapa waktu demi menghindari penularan penyakit kepada yang lain. Praktik ini dilakukan demi memutus mata rantai penyebaran. Dalam potongan hadis disebutkan “Bila terjadi *thaun* di suatu tempat dan kalian di sana, kalian jangan meninggalkannya dan bila kalian mendengar terjadi di suatu tempat, kalian jangan memasukinya.” (al-Bukhari, 1998; Al-Asqalany, 1991, p. 1122).

Pada bahasan ini, Ibnu Hajar Al-Asqalany menjelaskan satu bab tersendiri, yakni *Bab fi hukmi (al-Khuruj min) al-balad al-ladzi yaqa'u biha al-Thāun wa al-dukhul ilaiha*. Dalam Alquran Allah berfirman:

Apakah kamu tidak memperhatikan orang-orang yang ke luar dari kampung halaman mereka, sedang mereka beribu-ribu (jumlahnya) karena takut mati; maka Allah berfirman kepada mereka: “Matilah kamu”, kemudian Allah menghidupkan mereka. Sesungguhnya 8 Allah mempunyai karunia terhadap manusia tetapi kebanyakan manusia tidak bersyukur. (QS. Al - Baqarah 243) .

Dalam tafsir Jalalain (2010) disebutkan bahwa mereka ini adalah segolongan Bani Israel yang ditimpa oleh wabah sampar hingga lari meninggalkan negeri mereka. (Maka firman Allah kepada mereka, “Matilah kamu!”) hingga mereka pun mati, (kemudian mereka dihidupkan kembali). Dalam tafsir Quraish Shihab (2002) ditunjukkan

“Perhatikan dan ketahuilah, hai Nabi, sebuah kisah yang unik. Yaitu kisah tentang suatu kaum yang meninggalkan kampung halaman dan melarikan diri dari medan perang karena takut mati. Mereka berjumlah ribuan orang. Lalu Allah menakdirkan untuk mereka kematian dan kekalahan melawan musuh. Sampai akhirnya, ketika jumlah yang tersisa itu berjuang dengan semangat patriotisme, Allah menghidupkan mereka kembali. Sesungguhnya hidup terhormat setelah mendapatkan kehinaan merupakan karunia Allah yang patut disyukuri, akan tetapi kebanyakan orang tidak mensyukurinya.”

Sementara itu dalam tafsir Ibnu Katsir (2017) ditunjukkan, dari Ibnu Abbas, mengenai firman Allah: *alam tara ilalladziina kharajuu min diyaariHim wa Hum uluufun hadzaral mauti* (“Apakah kamu tidak memperhatikan

orang-orang yang keluar dari kampung halaman mereka, sedang mereka beribu-ribu jumlahnya karena takut mati,") ia mengatakan, "Mereka berjumlah empat ribu orang."

Mereka pergi untuk menghindarkan diri dari *tha'un*. Mereka mengatakan, "Kami akan pergi ke daerah yang tidak ada kematian di sana." Dan ketika mereka sampai di suatu tempat, Allah *ta'ala* berfirman kepada mereka, "Matilah kamu." Maka mereka pun mati semuanya. Setelah itu ada seorang nabi yang melewati mereka. Ia berdo'a kepada Rabb-Nya agar menghidupkan mereka.

Kemudian Allah *ta'ala* menghidupkan mereka. Hal ini diperkuat dengan Hadis dalam shahih Bukhari dan Muslim, serta Musnad Ahmad "Wabah penyakit ini adalah kotoran, azab atau sisa azab -habib ragu kepastian redaksinya- dengannya Allah membinasakan orang-orang sebelum kalian. Bila terjadi *thaun* di suatu tempat dan kalian di sana, kalian jangan meninggalkannya dan bila kalian mendengar terjadi di suatu tempat, kalian jangan memasukinya."(Al-Bukhari, 1998; Al-Asqalany, 1991, p. 1122). Dalam redaksi lain Nabi saw menunjukkan: "*Tha'un* (wabah penyakit menular) adalah suatu peringatan dari Allah untuk menguji hamba-hamba-Nya dari kalangan manusia. Maka apabila kamu mendengar penyakit itu berjangkit di suatu negeri, janganlah kamu masuk ke negeri itu." (HR. Bukhari-Muslim) Sumber hadis yang komprehensif yang berisikan mengenai pandemi ini adalah hadis panjang mengenai musyawarah Khalifah Umar bin Khattab saat akan memasuki Syam yang sedang terkena wabah:

Telah menceritakan kepada kami Abdullah bin Yusuf telah mengabarkan kepada kami Malik dari Ibnu Syihab dari Abdul Hamid bin Abdurrahman bin Zaid bin Al Khatthab dari Abdullah bin Abdullah bin Al Harits bin Naufal dari Abdullah bin Abbas bahwa

Umar bin Khatthab pernah bepergian menuju Syam, ketika ia sampai di daerah Sargha, dia bertemu dengan panglima pasukan yaitu Abu 'Ubaidah bersama sahabat-sahabatnya, mereka mengabarkan bahwa negeri Syam sedang terserang wabah. Ibnu Abbas berkata; "Lalu Umar bin Khattab berkata; "Panggilkan untukku orang-orang *muhajirin* yang pertama kali (hijrah), " kemudian mereka dipanggil, lalu dia bermusyawarah dengan mereka dan memberitahukan bahwa negeri Syam sedang terserang wabah, merekapun berselisih pendapat. Sebagian dari mereka berkata; "Engkau telah keluar untuk suatu keperluan, kami berpendapat bahwa engkau tidak perlu menarik diri." Sebagian lain berkata; "Engkau bersama sebagian manusia dan beberapa sahabat Rasulullah saw. 9 Kami berpendapat agar engkau tidak menghadapkan mereka dengan wabah ini." Umar berkata; "Keluarlah kalian," dia berkata; "Panggilkan untukku orang-orang *anshar*". Lalu mereka pun dipanggil, setelah itu dia bermusyawarah dengan mereka, sedangkan mereka sama seperti halnya orang-orang *muhajirin* dan berbeda pendapat seperti halnya mereka berbeda pendapat. Umar berkata; "keluarlah kalian," dia berkata; "Panggilkan untukku siapa saja di sini yang dulu menjadi tokoh Quraisy dan telah berhijrah ketika *Fathul Makkah*." Mereka pun dipanggil dan tidak ada yang berselisih dari mereka kecuali dua orang. Mereka berkata; "Kami berpendapat agar engkau kembali membawa orang-orang dan tidak menghadapkan mereka kepada wabah ini." Umar menyeru kepada manusia; "Sesungguhnya aku akan bangun pagi di atas pelana (maksudnya hendak berangkat pulang di pagi hari), bangunlah kalian pagi hari," Abu Ubaidah bin Jarrah bertanya; "Apakah engkau akan lari dari takdir Allah?" maka Umar menjawab; "Kalau saja yang berkata bukan kamu, wahai Abu 'Ubaidah! Ya, kami lari dari

takdir Allah menuju takdir Allah yang lain. Bagaimana pendapatmu, jika kamu memiliki unta kemudian tiba di suatu lembah yang mempunyai dua daerah, yang satu subur dan yang lainnya kering, tahukah kamu jika kamu membawanya ke tempat yang subur, niscaya kamu telah membawanya dengan takdir Allah. Apabila kamu membawanya ke tempat yang kering, maka kamu membawanya dengan takdir Allah juga.” Ibnu Abbas berkata; “Kemudian datanglah Abdurrahman bin ‘Auf, dia tidak ikut hadir (dalam musyawarah) karena ada keperluan. Dia berkata; “Saya memiliki kabar tentang ini dari Rasulullah saw beliau bersabda: “Jika kalian mendengar suatu negeri terjangkit wabah, maka janganlah kalian menuju ke sana, namun jika dia menjangkiti suatu negeri dan kalian berada di dalamnya, maka janganlah kalian keluar dan lari darinya.” Ibnu ‘Abbas berkata; “Lalu Umar memuji Allah kemudian pergi.” (al-Bukhari, 1998, p. 1122)

d. Arahan Dokter (*athibba'*)

bagi yang tertimpa *thāun* dalam Kitab Baḥl al-Mā'ūn salah satu hal yang ditunjukkan Al-Asqalany pada masa *thaun* adalah memperhatikan nasihat-nasihat para dokter. Di dalam kitab Baḥl al-Mā'ūn, setidaknya terdapat tiga hal yang dilakukan dokter dalam menghadapi pandemi: mengobati, memberi arahan, serta mencegah infeksi. Dari sudut pandang pengobatan, dokter waktu itu menggunakan *spons* yang dicelupkan ke cuka dan air, atau minyak mawar, atau minyak apel, atau minyak tawar. Adapun metode pengobatan waktu itu adalah flebotomi (*al-Faṣḍ*), mengeluarkan darah pasien dalam waktu yang lama, hingga pasien muntah. Lalu, menyentuh bagian hati, memberi kekuatan dengan hal-hal dingin atau wewangian untuk mengobati detak jantung yang panas (Al-Asqalany, 1991, pp. 340– 341). Dokter mengarahkan orang-orang untuk: mengeluarkan barang-barang lembab, sedikit

makan, tidak berolah raga, berdiam di kamar mandi, tidak keluar dan bersantai, serta tidak menghirup udara yang terinfeksi pandemi (Al-Asqalany, 1991, pp. 343–344). Dari segi pencegahan infeksi, beberapa ulama memberi instruksi untuk menghindari kontak dengan pasien yang terinfeksi pandemi, hingga menolak untuk mengunjungi pasien terinfeksi pandemi. Hanya saja, hal ini ditolak oleh Al-Asqalany, baginya, hadis mengenai keutamaan mengunjungi orang sakit masih berlaku. Menurutnya, infeksi adalah kehendak Allah (Al-Asqalany, 1991, pp. 343–344). Lebih jauh, mengenai sikap yang dilakukan terhadap pasien yang terinfeksi pandemi adalah: mendoakan (345), memotivasi untuk sabar (348), positif *thinking* (351) dan mengunjunginya (352). Untuk yang terakhir ini (mengunjunginya) dalam kasus Covid-19 tidak bisa dipraktikkan, dan perlu menggunakan secara lebih ketat Shahih Bukhari mengenai hadis Nabi Muhammad saw. Yang bersabda: “Janganlah yang sakit dicampurbaurkan dengan yang sehat.” Jadi jika di-*syarahi* maka, dalam konteks Covid-19, maka akan berbunyi, janganlah orang yang sehat bercampur baur dengan yang sakit dan yang sehat tidak boleh menjenguk yang sakit karena harus melakukan *physical distancing*, cukup mendoakan saja dari jauh baik menelpon, *video call*, dan lain sebagainya.

4. **Gagasan-gagasan Bażl al-Mā’ūnini mengonstruksi pemikiran masyarakat Indonesia melalui ngaji dan media online**

Kitab Bażl al-Mā’ūnkarya al-Asqalany dalam konteks Indonesia awalnya sama sekali tidak populer, bahkan tidak diketahui. Seiring dengan munculnya Covid-19 ini, semenjak akhir tahun 2019, maka secara cepat kitab klasik yang jarang disentuh ini kemudian dipelajari dan dibaca hingga diadakan mengaji bersama seperti yang dilakukan oleh Prof. Oman Fathurahman dengan ngariksanya, atau Dr. Ali Imron di Lembaga Studi Alqurandan Hadis UIN Sunan Kalijaga, serta di media *online*.

Zaman saat ini adalah masanya media. Pemikiran Al-Asqalany yang terdapat dalam *Baḥḥ al-Mā'ūncepat* tersosialisasikan dan dipahami dengan baik karena nama Ibnu Hajar Al-Asqalany yang sama sekali tidak asing dalam masyarakat muslim. Bahkan pengajian yang dilakukan dalam membahas kitab ini dilakukan secara *online*. Sosialisasi penyebarannya menjadi sangat cepat, seperti ditunjukkan oleh Campbell and Louise (2015) dalam artikelnya memberikan gambaran bahwa media baru berbasis internet yang digunakan dalam masyarakat Barat telah memengaruhi banyak aspek budaya kontemporer termasuk aspek agama melalui saluran maya seperti jejaring sosial, forum keagamaan *online* hingga aplikasi keagamaan. Dalam konteks tabel di atas, tampak bahwa basis saat ini adalah berbasis pada media *online*, di mana melalui media-media ini para individu dapat saling berhubungan secara mudah bahkan memfasilitasi untuk memperoleh konten atau pengetahuan agama secara mudah. Secara umum, masyarakat muslim tidak kenal dengan *Baḥḥ al-Mā'ūn* namun dengan Covid-19, mereka dengan cepat memahami hal ini dengan baik bahkan mulai mempelajarinya meskipun tidak melalui kitabnya secara langsung, tapi melalui media-media *online* yang memberikan sajian cepat dalam memberikan informasi, sehingga gagasan-gagasan al-Asqalany dalam kitab ini juga cepat menyebar.

5. *Baḥḥ al-Mā'ūn*-al-Asqalany, Redundancy dalamnya Studi Riwayat Hadis

Mempelajari kitab *Baḥḥ al-Mā'ūn* pada dasarnya cukup mudah bagi orang yang memiliki pengetahuan bahasa Arab, namun akan sangat menyulitkan dan membuat terbata-bata bagi yang tidak memiliki kemampuan alat bahasa Arab. Ketika seseorang telah memiliki kemampuan bahasa yang bagus, maka tantangan selanjutnya adalah melawan bosan dalam membaca kitab ini, karena banyak pengulangan-pengulangan seperti hadis, kemudian kajian yang bertumpu pada mata rantai dan analisis tokoh *rijal* hadis sangat kental. Sehingga hal ini membuat bosan para pembaca saat ini. Akan tetapi, jika

kita mencoba untuk belajar pada sejarah penulis abad-abad 14 dan sebelumnya tampak bahwa tradisi periwayatan dan tradisi menjaga mata rantai sanad ini sangat kental, hal ini bisa dilihat ketika membaca Sirah Nabawiyah Ibnu Hisyam misalnya, akan tampak sekali model-model penulisan yang digunakan oleh Al-Asqalany dalam Baḥl al-Mā'ūn, begitu juga dengan kitabnya yang lain, Fath al-Bari misalnya. Tradisi seperti itu memang lazim di zamannya sehingga tidak bisa disalahkan oleh kita yang suka dengan deskripsi yang padat, langsung atau *to the point*.

6. Kesimpulan

Terdapat setidaknya beberapa hal yang dapat disimpulkan dalam artikel ini, pertama, bahwa istilah-istilah protokol Covid-19 yang ada pada saat ini telah dipraktikkan dan menjadi tradisi yang telah eksis pada abad 15 dengan kitab Baḥl al-Mā'ūnini. Kedua, Al-Asqalany juga menunjukkan bahwa kajian yang dibahas di dalam kitab tersebut juga memberikan solusi-solusi kedokteran yang dipraktikkan oleh masyarakat pada saat itu. Ketiga, gagasan-gagasan yang ada dalam Baḥl al-Mā'ūndirespons dengan baik oleh masyarakat melalui pengajian *online* dan sosialisasi melalui artikel-artikel pendek di berbagai media *online*. Hal ini sekaligus menunjukkan bahwa kontribusi Al-Asqalany dalam menangani pandemi melalui kitab ini juga dapat diperhitungkan.

Refrensi

- Al-Asqalany, I. H. (2007). *Terjemah Lengkap Bulughul Maram*. Akbar Media.
- Al-Bukhari, A. A. M. (1998). *Shahih al-Bukhari*. Baitul Afkar al-Dawliyah.
- Al-Asqalany, I. H. (1991). *Baḥḥ al-Mā'ūn Fi Faḍli al-Ṭā'ūn*. Dār al-Ashimah.
- Imam Jalaluddn, Jalaluddin, al-S., al-Mahalli. (2010). *Tafsir Jalalain*. Sinar Baru Algesindo.
- Ismail bin Umar Al-Quraisyi, & ibn Katsir. (2017). *Tafsir Ibnu Katsir* (21st ed.). Kampungunnah.
- Laiya, F. (2018). METODE PEYUSUNAN KITAB TAHZIB AL-TAHZIB IBNU HAJAR ALASQALANI. *Farabi: Journal of Ushuluddin & Islamic Thought*, 15(2), 135–157.
- Qudsy, S. Z., & Sholahuddin, A. (2020). Kredibilitas Hadis dalam COVID-19: Studi atas Baḥḥ al-Mā'ūn fi Fadḥli al-Thāun karya Ibnu Hajar al-Asqalany. *AL QUDS : Jurnal Studi AlQur'an dan Hadis*, 4(1), 1–18.
- Shihab, M. Q. (2002). *Tafsir Al-Misbah*. Lentera Hati.
- Che, C.-T., George, V., Ijnu, T. P., Pushpangadan, P., & Andrae Marobela, K. (2017). *Traditional Medicine. Pharmacognosy*, 15–30. doi:10.1016/b978-0-12-802104-0.00002-0
- So T-H et al. (2019). Chinese Medicine in Cancer Treatment e How is it Practised in the East and the West? *Clinical Oncology*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2019.05.016>
- Saijirahu, B. (2008). *Folk Medicine among the Mongols in Inner Mongolia. Asian Medicine*, 4(2), 338–356. doi:10.1163/157342009x125266587835
- Goss BW, Bishop JP. (2018) Judging religion: Power, pluralism and the political control of medicine. *Ethics, Medicine and Public Health*. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.03.010>



- Laird, L. D., & Barnes, L. L. (2017). *Religion and Healing. International Encyclopedia of Public Health, 286–290*. doi:10.1016/b978-0-12-803678-5.00456-2
- Ahmad, K., Ariffin, M. F. M., Deraman, F., Ariffin, S., Abdullah, M., Razzak, M. M. A., ...
- Achour, M. (2017). *Understanding the Perception of Islamic Medicine Among the Malaysian Muslim Community. Journal of Religion and Health*. doi:10.1007/s10943-017-0507-9
- Rahman, M. T. (2015). *Health and healing in Islam: links and gaps with (post)modern practices. Bangladesh Journal of Medical Science, 14(2), 119*. doi:10.3329/bjms.v14i2.21808
- Norhasmilia, S., Mazanah, M., & Steven, E. K. (2014). The Islamic healing approach to cancer treatment in Malaysia. *Journal of Biology, Agriculture and Health Care, 4(6), 1–7*.
- Ihsan, Muhammad. 2016. Pengobatan Ala Rasulullah SAW sebagai Pendekatan Antropologis dalam Dakwah Islamiah di Desa Rensing Kecamatan sakra Barat. *Jurnal Studi Keislaman dan Ilmu Pendidikan | Volume 4 Nomor 2 (2016) November*
- Ibrahim, B. S. (2003). Spiritual medicine in the history of Islamic medicine. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine, 2(4), 45–49*.
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine, 20(4), 689–714*. doi:10.1016/j.cger.2004.07.004
- Kruger, Oliver. 2005. Discovering The Invisible Internet Methodological Aspect of Searching Religion on the Internet. *Online – Heidelberg Journal of religions on the Internet 1.1 (2005)*
- Campbell, Heidi A and Louise Connelly. 2015. Religion and New Media. International

Encyclopedia of the Sosial & Behavioral Sciences, 2nd edition, Volume 20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.95081-5>

Bruce, Tayyiba. 2018. New technologies, continuing ideologies: Online reader comments as a support for media perspectives of minority religions. *Discourse, Context & Media* 24 (2018) 53–75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dcm.2017.10.001>

Helland, Christopher. 2005. Online Religion As Lived Religion Methodological Issues In The Study Of Religious Participation On The Internet. *Online – Heidelberg Journal of Religions on the Internet* 1.1 (2005)



Well Being dan Koping Religius untuk Meningkatkan Imunitas Individu Menghadapi Krisis Bencana Covid-19

Oleh: Nur Fatwikiningsih

Pengantar

Covid-19 telah dinyatakan sebagai pandemi dunia oleh WHO (WHO, 2020) dan juga telah dinyatakan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana melalui Keputusan Nomor 9 A Tahun 2020 diperpanjang melalui Keputusan Nomor 13 A tahun 2020 sebagai Status Keadaan Tertentu Darurat Bencana Wabah Penyakit Akibat Virus *Corona* di Indonesia. *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) adalah penyakit saluran napas yang disebabkan oleh virus *corona* jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Covid-19 pertama kali ditemukan di Wuhan, Cina pada akhir tahun 2019 dan dikenal dengan nama *Novel Corona Virus 2019* atau *SARS Coronavirus 2*. Covid-19 dapat mengenai siapa saja, tanpa memandang usia, status sosial ekonomi dan sebagainya. Tidak bisa dipungkiri adanya wabah Covid-19 menjadi sebuah *stressor* yakni peristiwa atau situasi yang menggambarkan adanya ancaman atau hilangnya sumber daya aktual (Kloos et. al., 2012).

Kondisi lingkungan yang sedang dalam wabah bencana Covid-19 ini akan berinteraksi dan berdampak langsung dalam berbagai domain kehidupan. Kebijakan yang pemerintah keluarkan bukan pemicu langsung dari suatu masalah tetapi melibatkan kerentanan yang secara tidak langsung terkait dengan masalah. Misalnya *social distancing, study from home, work from home*, dan kebijakan di bidang ekonomi lainnya akan berdampak pada dinamika masyarakat, dinamika keluarga, dan juga kondisi psikologis individual. Akibat pandemi Covid-19 ketegangan dan stres semakin meningkat yang

menjadi tantangan serius bagi semua orang di dunia. Bahkan rasisme atau xenophobia juga muncul secara *online* di dunia maya. Orang-orang keturunan Cina dan Asia menjadi korban komentar-komentar jahat seperti stigma ras atau etnis tersebut rentan terhadap virus hingga dianggap sebagai kelompok ras atau etnis yang menyebarkan penyakit lebih daripada yang lain, bukannya mengakui bahwa ini adalah pandemi global dengan penyebaran komunitas. Stigma dan diskriminasi dapat terjadi ketika orang mengaitkan Covid-19 dengan kelompok, komunitas etnis atau kebangsaan tertentu. Stigma dan diskriminasi ini tentunya memiliki efek signifikan pada kesehatan mental individu yang terkena dampak.

Isolasi mandiri dan *physical distancing* (jaga jarak fisik) yang dikombinasikan dengan ketidakpastian masa depan berdampak pada kesehatan mental dan *well being* (kesejahteraan individu). Keluarga-keluarga di dunia sedang beradaptasi dengan berbagai perubahan yang sedang terjadi karena penyakit virus *corona* 19 (Covid-19). Banyak orang tua yang merasa stres karena harus menyeimbangkan antara pekerjaan, merawat anak, dan pekerjaan rumah, terutama pada saat mereka terpisah dengan jejaring pendukung yang biasa mereka miliki meskipun isolasi bisa membawa kesempatan untuk menghabiskan waktu bersama dan mengembangkan hubungan dengan anak-anak, kemungkinan juga akan banyak pengasuh utama/orangtua yang akan mengalami konflik perasaan dan prioritas, dan juga tantangan-tantangan praktis lainnya. Untuk individu yang mengalami kecemasan atau depresi misalnya, ketidakpastian pandemi dapat memperburuk kondisi ini. Isolasi sosial mungkin juga menyediakan waktu dan ruang yang tidak diinginkan untuk fokus pada kecemasan-kecemasan. Berbagai kerentanan tersebut berpotensi untuk meningkatkan persepsi terhadap tekanan sehingga membuat kondisi stres dan cemas meningkat yang nantinya akan memengaruhi imunitas tubuh

Hans Selye tahun 1930 dalam teorinya, stres adalah kondisi yang merupakan konsekuensi psikobiologis dari kegagalan organisme hidup untuk merespon secara berhasil guna setiap ancaman fisik ataupun emosional, baik yang merupakan ancaman

aktual maupun imajinasi yang berperan sebagai *stressor*. Otak dan sistem imun merupakan satu kesatuan homeostasis melalui fungsi psikobiologis. Sistem kekebalan menerima sinyal dari otak dan sistem neuroendokrin melalui sistem saraf otonom dan hormon mengirim informasi ke otak melalui citokinesi (Prawitasari, 1997: 22). Jelas sekali selain faktor genetik dan endokrin (hormon), emosi dan stres memengaruhi imun tubuh yang berdampak pada kesehatan individu. Bahkan dalam riset menunjukkan bahwa orang-orang yang mengalami stres tingkat tinggi lebih mudah mengalami penyakit infeksi (Sarafino, 2008: 59). Emosi yang positif juga berdampak mendorong kuatnya fungsi imun sedang emosi yang negatif seperti perasaan pesimis, depresi, dan stres dapat merusak fungsi imun (Sarafino, 2008: 106). Selain itu gaya hidup juga berhubungan dengan rusaknya fungsi imun (kekebalan tubuh). Misalnya perilaku *sedentary* (menetap/kurang bergerak), kurang tidur, kurang istirahat, merokok, pola makan yang buruk, dan mengabaikan protokol kesehatan akan berdampak pada berkurangnya fungsi imunitas individu.

Komunikasi dua arah yang timbal balik antara sistem saraf dan *immune networks* menunjukkan bahwa perilaku dan stres dapat berpengaruh pada imunitas, demikian pula sebaliknya, proses imun dapat memengaruhi perilaku. Jadi, aktifitas fisik dan psikologis dapat menimbulkan aktifitas biologis tubuh, termasuk respons kekebalan tubuh. Salah satu faktor yang tampaknya penting adalah kemampuan individu untuk dapat mengendalikan stres atau yang biasa kita sebut *coping stress*. *Coping* adalah segala bentuk usaha, pikiran serta tindakan untuk mengatasi situasi aversif dan penuh tekanan (Lazarus & Folkman, 1984). *Coping* digunakan pada saat seseorang mendapati situasi dan kondisi negatif pada dirinya. Situasi dan kondisi negatif tersebut berasal dari lingkungan seseorang baik sosial, keluarga atau alam (eksternal), sedangkan stimulus internal berasal dari kognitif dan cara pandang seseorang akan suatu kejadian atau peristiwa. Bentuk dari coping sendiri bermacam-macam salah satunya coping religius. Religiusitas terbukti menjadi penyangga bagi tekanan hidup dan menjadi prediktor kuat dari

well being (kesejahteraan). Hal ini dikarenakan agama dapat memberikan rasa optimisme dan harapan pada individu dalam menghadapi masalah hidup sehingga lebih memberi makna dalam hidup yang dijalani.

Well-being (kesejahteraan) adalah bagaimana manusia merasakan, bagaimana mereka berfungsi baik secara pribadi maupun sosial, dan bagaimana mereka mengevaluasi kehidupan mereka secara keseluruhan (Murphy, 2010). Kualitas hidup adalah sejauh mana seseorang dapat merasakan dan menikmati terjadinya segala peristiwa penting dalam kehidupannya sehingga kehidupannya menjadi sejahtera atau yang disebut *flourishing* dalam konsep *well-being* (Rapley, 2003). Kondisi dinamika hidup manusia tidak akan pernah stabil selalu fluktuatif terkadang mengalami emosi negatif dan terkadang juga mengalami emosi positif apalagi selama mengalami kondisi bencana Covid-19 maupun sekarang ini saat tatanan kehidupan sudah memasuki *new normal* namun masih dalam risiko wabah. Kehidupan normal dan sehat adalah idaman semua orang karena itu setiap manusia berupaya menciptakan kehidupan yang sejahtera baik kondisi fisik, sosial dan psikologisnya. Secara fitrah manusia lahir dalam tiga kondisi yakni baik, sehat, dan suci. Maka dapat dikatakan bahwa *well being* sebenarnya adalah menjadi fitrah manusia dan erat kaitannya dengan religiusitas. *Well-being* yang terukur melalui kehidupan emosi positif (*positive affect*) serta kepuasan hidup (*life satisfaction*) yang dirasakan individu, vitalitas, resiliensi dan harga diri, serta keberfungsian yang positif (Murphy, 2010). Maka dari itu *well being* dan koping religius sangat berperan penting dalam meningkatkan fungsi imun/kekebalan tubuh individu dalam menghadapi wabah Covid-19.

Pembahasan

Pandemi Covid-19 dan Krisis

Model biopsikososial adalah pandangan biomedis terkait relasi timbal balik antara faktor biologis, psikologis, dan sosial (Sarafino, 2008: 13). Wabah virus Covid-19 telah menyebabkan banyak kematian tanpa memandang usia, ras, status ekonomi, dan sebagainya. Kondisi ini berdampak pada kualitas hidup individu, tidak hanya secara biologis/kesehatan fisik tapi juga psikologis dan sosial. Beragam kerentanan muncul, misalnya mulai dari stigma dan diskriminasi, kekecewaan tentang peristiwa yang dibatalkan, ketidakberdayaan dalam menghadapi ancaman besar, tidak berharga bagi mereka yang tidak bisa pergi bekerja, tindakan kriminal, tindakan apatis, tindakan *irrational* misalnya *panic buying*, *sedentary behavior*, kecemasan, ketakutan, depresi, merasa tidak mampu melindungi diri sendiri hingga persoalan bunuh diri. Hal ini terjadi hampir di semua negara di dunia dan kondisi seperti ini masuk dalam kategori krisis. Krisis adalah peristiwa serius atau saat-saat yang menentukan baik itu kondisi yang berbahaya/berisiko dan berpeluang (Hoff, 2009). Krisis juga diartikan sebagai sebuah kondisi emosi yang terganggu, ditandai oleh ketidakmampuan individu secara kognitif, emosi, dan perilaku dalam mengatasi dan menyelesaikan permasalahan hidupnya dengan cara-cara *coping* yang tidak efektif (Hoff, 2009). Orang yang sedang krisis ditandai oleh kecemasan, ketegangan/stres, dan emosional yang terganggu dan bila tidak terselesaikan akan menyebabkan individu jatuh sakit (berpenyakit) maupun mengalami *mental illness* (gangguan jiwa). Namun, demikian krisis juga berpotensi terhadap membaiknya perkembangan psikologis individu bila individu tersebut sukses memaknai peristiwa tersebut secara positif.

Pandemi Covid-19, Krisis, dan Dampaknya pada Kesehatan Mental dan *Well being* (kesejahteraan individu)

Krisis adalah peristiwa serius atau saat-saat yang menentukan baik itu kondisi yang berbahaya/berisiko dan berpeluang (Hoff, 2009). Namun demikian krisis juga berpotensi terhadap membaiknya

perkembangan psikologis individu bila individu tersebut sukses memaknai peristiwa tersebut secara positif. Orang yang sedang krisis ditandai oleh kecemasan, ketegangan/stres, dan emosional yang terganggu dan bila tidak terselesaikan akan menyebabkan individu jatuh sakit (berpenyakit) maupun mengalami *mental illness* (gangguan jiwa). Hans Selye tahun 1930 dalam teorinya, stres adalah kondisi yang merupakan konsekuensi psikobiologis dari kegagalan organisme hidup untuk merespon secara berhasil guna setiap ancaman fisik ataupun emosional, baik yang merupakan ancaman aktual maupun imajinasi yang berperan sebagai *stressor*. Tidak bisa dipungkiri adanya wabah Covid-19 menjadi sebuah *stressor* yakni peristiwa atau situasi yang menggambarkan adanya ancaman atau hilangnya sumber daya aktual (Kloos et. al., 2012). Kondisi lingkungan yang sedang dalam wabah bencana Covid-19 ini akan berinteraksi dan berdampak langsung dalam berbagai domain kehidupan (ekonomi, sosial, spiritual, psikologis, biologis). Kebijakan yang pemerintah keluarkan bukan pemicu langsung dari suatu masalah tetapi melibatkan kerentanan yang secara tidak langsung terkait dengan masalah. Misalnya *social distancing*, *study from home*, *work from home*, dan kebijakan di bidang ekonomi lainnya akan berdampak pada dinamika masyarakat, dinamika keluarga, dan juga kondisi psikologis individual.

Kondisi ini berdampak pada kesehatan mental dan *well being* (kesejahteraan individu) yang meliputi:

1. Stigma dan diskriminasi ini tentunya memiliki efek signifikan pada kesehatan mental individu yang terkena dampak.
2. Isolasi mandiri dan *physical distancing* (jaga jarak fisik) yang dikombinasikan dengan ketidakpastian masa depan sehingga untuk individu yang mengalami kecemasan atau depresi misalnya, ketidakpastian pandemi dapat memperburuk kondisi ini. Isolasi sosial mungkin juga menyediakan waktu dan ruang yang tidak diinginkan untuk fokus pada kecemasan-kecemasan.

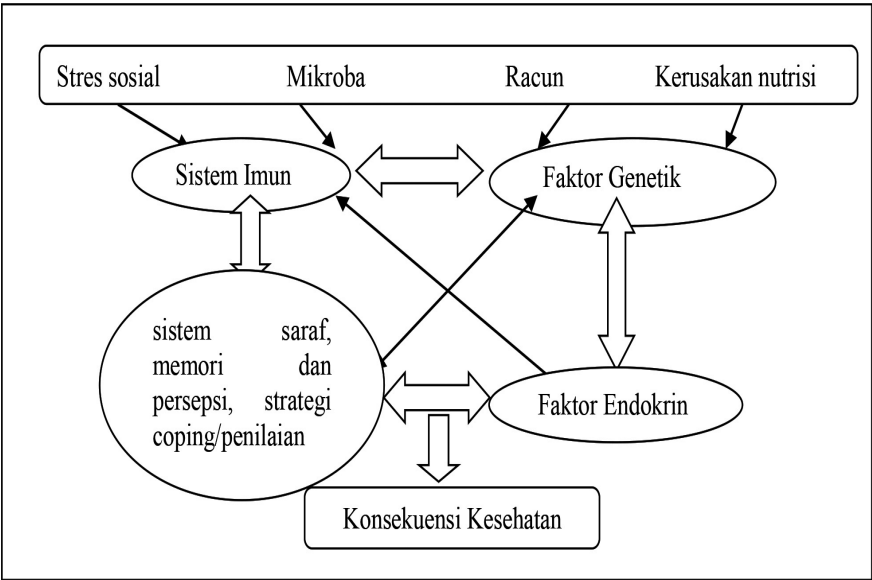
3. Banyak orang tua yang merasa stres karena harus menyeimbangkan antara pekerjaan, merawat anak, dan pekerjaan rumah, terutama pada saat mereka terpisah dengan jejaring pendukung yang biasa mereka miliki.
4. Banyak pengasuh utama/orangtua yang akan mengalami konflik perasaan dan prioritas, dan juga tantangan-tantangan praktis lainnya. Tindakan kriminal, tindakan apatis, tindakan irrasional misalnya panic buying, sedentary behavior, kecemasan, ketakutan, depresi, merasa tidak mampu melindungi diri sendiri hingga persoalan bunuh diri.

Emosi dan Stres Memengaruhi Sistem Imun

Emosi dan stres memengaruhi imun tubuh yang berdampak pada kesehatan individu. Penelitian Spencer dkk. (1996) dan Dhabbar did (1996) selanjutnya mendukung bahwa stres kronik mempunyai pengaruh yang besar terhadap fungsi imun splenik (spleen adalah salah satu struktur luas limphoid yaitu suatu organ tubuh yang berada di sebelah kiri di bawah diafragma yang berfungsi sebagai penyaring darah dan penyimpan darah) dibandingkan dengan stres akut (Prawitasari, 1997). Berdasarkan riset pada hewan yang menunjukkan bahwa semakin bertambah umur, sebaiknya seseorang terhindar dari stres yang berkelanjutan atau sebaiknya mereka mampu mengelola stresnya dengan tepat. Tidak heran bila lansia lebih rentan terpapar virus Covid-19 (Prawitasari, 1997). Stres adalah suatu kondisi yang sering dialami manusia di dalam kehidupannya sehari-hari. Istilah stres dikemukakan oleh Hans Selye di tahun 1936 sebagai "*general adaptation syndrome*" (Rabkin & Struening, 1976). Selye mendefinisikan stres sebagai respons yang tidak spesifik dari tubuh pada tiap tuntutan yang dikenakan padanya (dikutip dan Sehnert, 1981 dalam Prawitasari, 1993). Dengan kata lain istilah stres dapat digunakan untuk menunjukkan perubahan fisik yang luas yang disulut oleh berbagai faktor psikologis ataupun faktor fisik atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Selanjutnya Selye menyatakan di dalam

stres fisiologis ada tiga tahapan setelah peristiwa yang mengancam pertama adalah reaksi tanda bahaya. Dalam tahap ini tubuh yang disampaikan oleh panca indera. Saat ini tubuh telah untuk yang mengancam. Kesiapan tubuh ini diperlihatkan melalui otot yang mengencang dan menegang. Darah dipompa ke jantung dengan lebih kuat sehingga dada berdebar-debar. Keringat keluar lebih banyak. Mata memandang dengan lebih waspada. Setelah itu timbul tahap kedua yaitu tahap penolakan. Sesudah tubuh menjadi rileks dan kembali ke keadaan semula. Di sini biasanya individu menggunakan segala cara untuk yang dan dia berhasil adaptasi yang sesuai. Bila reaksi-reaksi selalu diulang atau sering kali diulang, maupun kalau pengatasannya gagal maka individu masuk ke kekebalan. Di saat ini penolakan menurun. Kerusakan fisiologis dan tubuh menjadi rentan terhadap penyakit. Organ tubuh yang lemah mudah cedera.

Penelitian model biopsikososial adalah pandangan biomedis terkait relasi timbal balik antara faktor biologis, psikologis, dan sosial (Sarafino, 2008: 13). Adapun gambarannya hubungan timbal balik antara emosi, stres, faktor genetik, faktor endokrin adalah sebagai berikut:



Komunikasi dua arah yang timbal balik antara sistem saraf dan *immune networks* menunjukkan bahwa perilaku dan stres dapat berpengaruh pada imunitas, demikian pula sebaliknya, proses imun dapat memengaruhi perilaku. Riset menunjukkan bahwa orang-orang yang mengalami stres tingkat tinggi lebih mudah mengalami penyakit infeksi (Sarafino, 2008: 59). Emosi yang positif juga berdampak mendorong kuatnya fungsi imun sedang emosi yang negatif seperti perasaan pesimis, depresi, dan stres dapat merusak fungsi imun (Sarafino, 2008: 106). Gaya hidup juga berhubungan dengan rusaknya fungsi imun (kekebalan tubuh). Misalnya perilaku *sedentary* (menetap/kurang bergerak), kurang tidur, kurang istirahat, merokok, pola makan yang buruk, dan mengabaikan protokol kesehatan akan berdampak pada berkurangnya fungsi imunitas individu.

Dukungan psikososial sangat dibutuhkan dalam perjuangan menghadapi bencana wabah Covid-19. Sebagaimana dinyatakan oleh Profesor Sofia Retnowati Guru Besar UGM bahwa dukungan psikososial adalah hubungan yang dinamis dalam interaksi antara manusia, di mana tingkah laku, pikiran dan emosi individu akan memengaruhi dan dipengaruhi oleh orang lain atau pengalaman sosial. Dengan kata lain ada kaitan antara jiwa, pikiran, emosi atau perasaan, perilaku, hal-hal yang diyakini, sikap, persepsi dan pemahaman akan diri dengan pengalaman sosial di sekelilingnya (hubungan dengan orang lain, nilai-nilai, tradisi, budaya sosial di masyarakat, dan pengaruh lingkungan sosial seperti keluarga, teman, sekolah dan komunitas). Salah satunya adalah dengan meningkatkan *well being* dan koping religius individu.

***Well being* dan Imunitas**

Well being (kesejahteraan) adalah bagaimana manusia merasakan, bagaimana mereka berfungsi baik secara pribadi maupun sosial, dan bagaimana mereka mengevaluasi kehidupan mereka secara keseluruhan (Murphy, 2010). *Well-being* (kesejahteraan) meliputi domain biologis/fisik, sosial, dan psikologis Grant, Christianson and Price, 2007). Secara psikologis individu sering



kali gagal memahami hidup dan salah memaknai peristiwa yang ada baik itu peristiwa kesuksesan (sesuai keinginan) maupun peristiwa kegagalan (tidak sesuai keinginan) sehingga membuat dirinya mengalami kondisi krisis (stres, cemas, emosi negatif) dan berdampak pada produktifitasnya. Erich Fromm menyatakan bahwa kepribadian yang sehat adalah yang produktif yakni bila individu dapat bekerja, mencintai, dan berpikir secara produktif (Feist, et al., 2008). Individu yang mampu memaknai kejadian baik maupun buruk di dalam hidupnya secara positif pastinya dirinya terus berkembang ke arah yang konstruktif yakni mengembangkan potensinya, bekerja produktif dan kreatif, membangun hubungan yang kuat dan positif dengan orang lain, serta berkontribusi dalam komunitas (Dewe dan Kompier, 2008). Ada dua komponen *well being*, pertama adalah *feeling good* (perasaan baik) yakni merasakan kebaikan dan keseimbangan antara pekerjaan, sosial dan keluarga, memiliki keluarga yang baik, menikmati pekerjaan, dan ada waktu untuk senang-senang (Huppert, 2011). Komponen kedua adalah *functioning effectively* (berfungsi secara efektif) yakni adanya tantangan untuk memperluas kemampuan, dorongan bekerja yang unggul, mendapatkan apa yang dibutuhkan/diinginkan, kesempatan untuk mengembangkan diri, dapat memengaruhi dalam pengambilan keputusan (Huppert, 2011).

Adapun kaitan antara *well being* (kesejahteraan) dan imunitas berdasarkan studi literatur adalah sebagai berikut:

Judul Literatur	Tipe Penelitian	Hasil Penelitian
<i>Hair cortisol concentrations in relation to ill-being and well-being in healthy young and old females</i>	<i>Psychophysiology and Stress Research Group</i> mengukur tingkat Konsentrasi kortisol rambut (HCC) dan mengumpulkan <i>self-report kuesioner well-being</i> dan <i>ill-being</i> partisipan	Tidak ada hubungan antara HCC dengan adanya penyakit pada kesehatan wanita muda dan lansia namun HCC mampu membedakan tingkat <i>well being</i> (kesejahteraan) pada lansia perempuan yang sehat.

<p><i>Enhancing well-being and resilience in people living with cancer.</i></p>	<p>Mengukur <i>well being</i> (kesejahteraan) dan resiliensi (ketangguhan) pada orang yang hidup dengan kanker</p>	<p>Menerima diagnosis baru kanker atau penyakit berulang sangat menyedihkan. Semakin banyak orang yang hidup dengan kanker, serta mereka yang telah sembuh. Hidup dengan kanker dan kemungkinan kambuh membutuhkan kekuatan psikologis untuk menangani perawatan, efek dari penyakit dan ketidakpastian masa depan. Keyakinan diri dan kesejahteraan psikologis dapat mengurangi efek stres kronis.</p>
<p><i>Well London Phase-1: results among adults of a cluster randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods</i></p>	<p><i>Well London</i> adalah program pelibatan komunitas multikomponen untuk meningkatkan kesejahteraan mental, makan sehat, dan aktifitas fisik yang sehat di masyarakat meliputi memperbaiki lingkungan lokal (misalnya, ruang hijau), menyediakan kegiatan budaya, promosi <i>mental well being</i>, sesi aktifitas fisik, kelas memasak sehat, pertumbuhan pangan komunitas, meningkatkan kesempatan kerja dan pelatihan.</p>	<p>Ada bukti dampak pada beberapa hasil sekunder yakni mengurangi skor makan yang tidak sehat dan meningkatkan persepsi bahwa orang-orang di lingkungan tersebut bersatu. Gaya hidup ini akan mendukung kuatnya imunitas.</p>

<p><i>Dispositional optimism and stres-induced changes in immunity and negative mood</i></p>	<p>Partisipan secara acak masuk dalam kondisi eksperimen satu dari empat kondisi eksperimental (15 vaksin dan stres; 15 placebo dan stres; 14 vaksin dan istirahat; 15 placebo dan istirahat). Mengukur disposisi optimisme dengan <i>Life Orientation Test (LOT-R)</i>, mengukur imunitas dengan sampel darah, mengukur tekanan darah, dan detak jantung.</p>	<p>Optimisme berkaitan erat dengan <i>psychological and physical well-being</i>. Optimisme dapat meningkatkan kesehatan, dengan menangkai peningkatan peradangan/inflamasi yang disebabkan oleh stres dan meningkatkan efek tambahan dari stres akut. Individu yang optimis pulih lebih cepat setelah kejadian yang berhubungan dengan jantung seperti operasi <i>pass</i> arteri koroner dan infark miokard.</p>
--	--	---

Berdasarkan penelitian di atas menunjukkan bahwa kesejahteraan psikologis dapat mengurangi efek stres kronis. Individu yang mampu memaknai kejadian baik maupun buruk di dalam hidupnya secara positif pastinya dirinya terus berkembang ke arah yang konstruktif yakni mengembangkan potensinya, bekerja produktif dan kreatif, membangun hubungan yang kuat dan positif dengan orang lain, serta berkontribusi dalam komunitas (Dewe dan Kompier, 2008). Maka dari itu *well being* sangat penting untuk meningkatkan imunitas individu. Koping religius terkait dengan *well being* (kesejahteraan) serta berdampak pada kesehatan fisik dan mental. Koping religius dapat menjadi penyangga bagi tekanan hidup dan menjadi prediktor kuat dari *well being* (kesejahteraan). Agama dapat memberikan rasa optimisme dan harapan pada individu dalam menghadapi masalah hidup sehingga lebih memberi makna dalam hidup yang dijalani. Berdasarkan riset terdahulu

menunjukkan bahwa Spiritualitas adalah sumber daya yang digunakan beberapa wanita yang positif HIV untuk mengatasi HIV dan juga berdampak positif pada kesehatan fisik mereka.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *well being* (kesejahteraan) individu selama menghadapi kondisi wabah Covid-19 meliputi:

1. Domain fisik dengan cara mengikuti dan mematuhi semua protokol kesehatan (misalnya memakai masker, jaga jarak, jaga kebersihan, di rumah saja, istirahat yang cukup, gizi yang sehat, latihan fisik teratur, dan sebagainya).
2. Domain psikologis dengan cara selalu berpikir positif, tenang dan rileks, umpan balik yang positif terhadap beragam informasi berita/isu yang masuk/diterima harus benar-benar disaring supaya tidak menambah dan memperkuat kecemasan, mengembangkan empati, dan rasa saling memiliki.
3. Domain Sosial dengan cara tetap menjaga keterikatan emosional dengan keluarga dan orang sekitarnya meskipun tidak harus bertatap muka langsung, tetap terhubung dengan orang lain meskipun melalui media sosial, tetap bugar melakukan aktifitas misalnya berbelanja dengan pesan *Grab food*, melakukan rutinitas bersih-bersih, mengsuh anak dan bermain dengan anak di dalam rumah saja, melaksanakan hobi di dalam rumah saja misalnya berkebun, olahraga), menghabiskan waktu luang secara positif di rumah saja, dan bagi yang bekerja tetap berkarya dan produktif meskipun dengan bertumpu pada teknologi.

Koping Religius dan Imunitas

Wabah Covid-19 membuat adanya pembatasan sosial dan fisik, semua aktifitas baik belajar, beribadah maupun bekerja dilakukan di dalam rumah. Kondisi ini dapat memicu kecemasan dan stres. Koping religius erat kaitannya dalam mendukung tercapainya

kondisi *well being* (kesejahteraan). Karena *well being* sebenarnya adalah kondisi yang menunjukkan manusia bisa berada kembali pada fitrah (baik, sehat, suci). Koping religius dapat menjadi penyangga bagi tekanan hidup dan menjadi prediktor kuat dari *well being* (kesejahteraan). Hal ini dikarenakan agama dapat memberikan rasa optimisme dan harapan pada individu dalam menghadapi masalah hidup sehingga lebih memberi makna dalam hidup yang dijalani. Nilai religiusitas sangatlah berperan penting dalam kehidupan manusia karena dapat membawa pemeluknya ke arah kehidupan yang lebih baik dengan keyakinan yang kuat kepada zat Yang Maha Esa dan senantiasa bersikap pasrah dan berserah diri yang akan memberikan optimisme sehingga muncul perasaan yang positif seperti, tenang, nyaman dan aman, rasa senang dan bahagia. Sejumlah penelitian yang telah dilakukan terkait dengan strategi *coping* religius mendapati bahwa jenis koping religius adalah yang paling sering digunakan untuk mengatasi sejumlah kondisi dan peristiwa negatif seperti kehilangan dan kematian orang terdekat, kecelakaan, kemiskinan, kegagalan, serta berbagai kondisi yang penuh tekanan (Pargament, 1997). Hal ini tentunya membuktikan efektifitas koping religius untuk menangani *stressor* yang akut. McMahon dan Biggs (2012) membuktikan keefektifan koping religius dalam penelitiannya yang menunjukkan bahwa orang dengan tingkat religiusitas dan spiritual tinggi serta menggunakan koping religius dalam kehidupannya, cenderung lebih tenang dan tidak mudah dilanda kecemasan. Koping religius juga mampu berperan sebagai penstabil tekanan darah yang dapat mencegah terjadinya hipertensi (Steffen, Hinderliter, Blumenthal, & Sherwood, 2001).

Adapun kaitan antara koping religius dan imunitas berdasarkan studi literatur adalah sebagai berikut:

Judul Literatur	Tipe Penelitian	Hasil Penelitian
<p>Spiritual Well-Being, Depressive Symptoms, and Immune Status Among Women Living with HIV/AIDS.</p>	<p>Penelitian <i>cross sectional</i> meneliti hubungan kesejahteraan spiritual (SWB), dengan gejala depresi, dan jumlah dan persentase sel CD4 di antara sampel non-acak dari 129 perempuan HIV-positif yang didominasi perempuan Afrika-Amerika (AA).</p>	<p>Spiritualitas adalah sumber daya yang digunakan beberapa wanita yang positif HIV untuk mengatasi HIV dan juga berdampak positif pada kesehatan fisik mereka.</p>
<p>Religious Coping among Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients Main Effects and Psychosocial Mediators</p>	<p>Penelitian hubungan agama, coping, kesehatan mental dan pengalaman merawat, juga mekanisme penjelasan potensial pada 162 perawat informal pasien kanker yang sakit parah.</p>	<p>Koping agama terkait dengan <i>well being</i> (kesejahteraan) dan pengalaman perawat informal. Perawat bergantung pada iman/keyakinan mereka, baik secara positif maupun negatif. Perawat yang merasa ditinggalkan atau dihukum oleh Tuhan atau merasa bahwa Tuhan tidak berdaya untuk membantu, lebih mungkin melaporkan beban yang lebih besar dan kualitas hidup yang buruk, dan mengalami sedikit kepuasan dalam perawatan.</p>

<p>The Relationship Between Religiosity and Religious Coping to Stres Reactivity and Psychological Well-Being.</p>	<p>Penelitian psikoimmunodokrinologis, yang meneliti hubungan antara fungsi neurohormonal (misalnya tingkat kortisol) dengan faktor-faktor psikologis yang berdampak pada kesehatan. Mengukur reaktifitas stres akut dengan perubahan kadar kortisol sebagai respons terhadap <i>stressor</i> laboratorium, terkait dengan religiusitas, koping agama, dan kesejahteraan psikologis seperti depresi dan kecemasan.</p>	<p>Agama dapat memengaruhi reaktifitas terhadap stres akut memiliki potensi untuk memberikan wawasan penting tentang pengaruh kesehatan dan kesejahteraan psikologis.</p>
--	--	---

Koping religius terdapat tiga macam (*self-directing*, *deferring*, dan *collaborative*). *Self-directing* adalah metode koping religius dengan cara berfokus dan bergantung pada diri sendiri daripada Tuhan karena dia percaya bahwa dirinya telah diberi kemampuan oleh Tuhan untuk memecahkan masalah. Berfokus pada diri sendiri bukan berarti melupakan Tuhan, hanya intensitasnya yang berbeda *deferring* cenderung lebih menanggukhan dan menyerahkan semuanya kepada Tuhan secara pasif. *Collaborative* merupakan gabungan dari *self-directing* dan *deferring* di mana individu dan Tuhan menjadi partner. Dalam *coping* ini, individu dan Tuhan bekerja sama secara aktif untuk penyelesaian masalah. Dalam *collaborative* dilakukan dengan cara mengembalikan situasi kepada Allah setelah melakukan semua secara maksimal, melakukan apa yang

mampu untuk dilakukan dan menyerahkan sisanya kepada Allah, melakukan semua yang mampu dilakukan dan meminta kepada Allah atas kehendak-Nya (tawakal). Dengan memilih strategi yang tepat seperti *collaborative*, diharapkan dampak psikologis yang diakibatkan oleh penyebaran Covid-19 akan berkurang sehingga orang akan lebih bisa memahami dan menerima keadaan, berusaha semaksimal mungkin dengan cara mengikuti aturan dan larangan yang dikeluarkan oleh pihak berwenang dan sisanya baru menyerahkan diri pada zat yang Mahakuasa dengan cara berdoa, bersedekah dan menjalankan ibadah sesuai dengan perintah agama masing-masing.

Penutup

Kondisi lingkungan yang sedang dalam wabah bencana Covid-19 ini berdampak pada kesehatan mental dan *well being* (kesejahteraan individu). Individu yang berada dalam kondisi *well being* (sejahtera) akan menunjukkan emosi atau perasaan yang positif dan produktif yang berdampak pada kuatnya kekebalan tubuhnya (imunitas). Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *well being* (kesejahteraan) individu selama menghadapi kondisi wabah Covid-19 meliputi domain fisik, psikologis, dan sosial. Domain Fisik dengan cara mengikuti dan mematuhi semua protokol kesehatan (misalnya memakai masker, jaga jarak, jaga kebersihan, di rumah saja, istirahat yang cukup, gizi yang sehat, latihan fisik teratur, dan sebagainya). Domain Psikologis dengan cara selalu berpikir positif, tenang dan rileks, umpan balik yang positif terhadap beragam informasi berita/isu yang masuk/diterima harus benar-benar disaring supaya tidak menambah dan memperkuat kecemasan, mengembangkan empati, dan rasa saling memiliki. Domain Sosial dengan cara tetap menjaga keterikatan emosional dengan keluarga dan orang sekitarnya meskipun tidak harus bertatap muka langsung, tetap terhubung dengan orang lain meskipun melalui media sosial, tetap bugar melakukan aktifitas misalnya berbelanja dengan pesan *Grab food*, melakukan rutinitas bersih-bersih, mengasuh anak dan bermain dengan anak di dalam rumah saja, melaksanakan hobi



di dalam rumah saja misalnya berkebun, olahraga, menghabiskan waktu luang secara positif di rumah saja, dan bagi yang bekerja tetap berkarya dan produktif meskipun dengan bertumpu pada teknologi. Selain itu faktor religiusitas yang menjadi prediktor kuat dari *well being* (kesejahteraan) juga harus diperhatikan. Agama dapat memberikan rasa optimisme dan harapan pada individu dalam menghadapi masalah hidup sehingga lebih memberi makna dalam hidup yang dijalani. Strategi koping religius yang tepat seperti *collaborative* diharapkan dampak psikologis yang diakibatkan oleh penyebaran Covid-19 akan berkurang sehingga orang akan lebih bisa memahami dan menerima keadaan, berusaha semaksimal mungkin dengan cara mengikuti aturan dan larangan yang dikeluarkan oleh pihak berwenang dan sisanya baru menyerahkan diri pada yang Mahakuasa dengan cara berdoa, bersedekah dan menjalankan ibadah sesuai dengan perintah agama masing-masing.

Setelah melakukan studi literatur dan kajian berdasarkan teori yang ada maka ada beberapa tindakan yang bisa kita lakukan yakni:

1. Kegiatan psikoedukasi tentang terjadinya penularan Covid-19 dan bagaimana meningkatkan *well being* (kesejahteraan) untuk menghadapi era *new normal* perlu dilakukan karena kita sebenarnya dalam kondisi krisis yaitu kondisi masih transisi (penyesuaian) yang oleh masyarakat seringkali dianggap kondisi kembali ke semula sehingga dikuatirkan munculnya klaster baru yang mengalami covid-19.
2. *Focus Group Discussion* (FGD) tentang *sharing problem* dan pemecahannya antara mahasiswa, *stake holder*, serta pemangku kebijakan perlu dilakukan. Misalnya perwakilan pedagang di pasar tradisional, Dinas Pasar, Dinas Kesehatan, dan mahasiswa.
3. Bersama-sama lintas sektoral membentuk gugus percepatan mengatasi persoalan terkait Covid-19 misalnya melalui kegiatan telekonseling dengan tujuan memberikan bantuan psikologis terhadap masalah yang dihadapi masyarakat.

4. Upaya untuk sosialisasi atau penanaman akan strategi *coping religius* yang tepat seperti *collaborative* perlu dilakukan dengan menjalin kerjasama dengan tokoh agama untuk membangun *self concept* (konsep diri) terkait dengan religiusitas dengan tujuan untuk meningkatkan *self concept* (konsep diri) masyarakat sehingga tidak mencederai diri sendiri dan orang lain terkait kasus wabah Covid-19.

Rujukan

- [1] Booth, S., Ryan, R., Clow, A., Smyth, N., Sharpe, S. and Spathis, A. 2018. Enhancing well-being and resilience in people living with cancer. part 1. *Cancer Nursing Practice*, 17 (5).
- [2] Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, Andrew J., Chart, H., & Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 810–816.
- [3] Dalmida, Safiya George., Holstad, Marcia McDonnell., DiIorio, Colleen., & Laderman, Gary. (2009). Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Women Health*, 49(2-3): 119–143.
- [4] Feist, Jess & Feist, Gregory J. (2008). *Theories of Personality 7th Edition*. USA: The McGraw Hill Companies.
- [5] Huppert, F. A., & Linley, P. A. (Eds.). (2011). *Happiness and Well-being* (Vols. 1-4). Oxford, UK: Routledge.
- [6] Kalat, J.W. (2010). *Biopsikologi*. Jakarta: Salemba Humanika.
- [7] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Panduan Pelayanan Kesehatan Balita Pada Masa Pandemi Covid-19 Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat .
- [8] Kloos, B., Hill, J., Thomas, E., Wandersman, A., Elias, M.J, & Dalton, J.H. (2012). *Community Psychology Linking Individuals and Communities Third Edition*. USA: Wadsworth.
- [9] Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- [10] Murphy. (2010). *Community Well-Being: An Overview of The Concept*. *Community Well-Being: An Overview of the Concept*.
- [11] N, Smyth., M, Bianchin, L, Thorn., F, Hucklebridge., Stalder, Kirschbaum., & A, Clow. (2016). Hair cortisol concentrations in relation to ill-being and well-being in healthy young and old females. *Journal of Psychophysiology*, 102, 12-17.

- [12] Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- [13] Pearce, Michelle J., Singer, Jerome L., & Prigerson, Holly G. (2006). Religious coping among caregivers of terminally III cancer patients main effects and psychosocial mediators. *Journal of Health Psychology, 11*(5) 743–759.
- [14] Phillips, G., Bottomley, C., Schmidt, E., Tobi, P., Lais, S., Yu, Ge., Lynch, R., Lock, K., Draper, A., Moore, D., Clow, A., Petticrew, M., Hayes, R., & Renton, A. (2014). Well London Phase-1: results among adults of a cluster randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods. *Journal Epidemiological Community Health, 68*, 606–614.
- [15] Pinel, Jhon. P.J. (2009). *Biopsikologi Edisi ketujuh*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- [16] Prawitasari, Johana E. (1997). Psikoneuroimunologi: Penelitian Antar Disiplin Psikologi, Neurologi, dan Imunologi. *Buletin Psikologi, 5*(2), 14-25.
- [17] Sarafino, Edward P. (2008). *Health Psychology Biopsychosocial Interaction Sixth Edition*. United States America: John Wiley & Sons.
- [18] Ward, Andrew M. (2010). *The relationship between religiosity and religious coping to stres reactivity and psychological well-being* (Dissertations Department of Counseling and Psychological Georgia State University).



Pengolahan Citra Digital untuk Mengatur Covid-19: Suatu Ide Awal

Oleh: Indah Kurniawati, Tining Haryanti

Fakultas Teknik, Universitas Muhammadiyah Surabaya

Abstrak

Pada makalah ini dibahas studi penggunaan pemrosesan citra radiografi dalam bidang manajemen pengenalan Covid-19. Tujuan studi ini adalah menyusun basis data citra untuk membedakan paru-paru yang terinfeksi Covid-19 dengan paru-paru sehat melalui hasil *Computed Tomography* (CT) paru-paru. Metode yang dipergunakan adalah metode *Gray-Level Histogram* dimana jumlah *pixel* yang memiliki nilai tertentu antara 0-255 dinyatakan dalam bentuk histogram. Kemudian, dicari nilai *Probability Density Function* (PDF) dan *Cummulative Distribution Function* (CDF) dari citra tersebut. Dari perbandingan PDF dan CDF citra tersebut dapat dilihat perbedaan prosentase nilai pixel abu-abu mendekati putih antara paru-paru sehat dan paru-paru yang terinfeksi Covid-19. Dari perbedaan warna ini diketahui *dynamic range* antara paru-paru sehat dan yang sakit. Selain itu, dapat dilihat juga perbedaan PDF antara CT paru-paru seorang pasien dalam waktu yang berbeda untuk mengetahui pengaruh hasil pengobatan. Dari CDF sejumlah sampel CT paru-paru dapat diketahui distribusi posisi tiap warna untuk mengetahui apakah lokasi warna abu-abu cenderung putih memiliki distribusi tertentu

Pendahuluan

Coronavirus Disease 19 (Covid-19) yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Co-V 2) telah tersebar ke seluruh dunia hingga menyebabkan banyak kematian. Di Indonesia sendiri, hingga tanggal 2 Juli 2020, Covid-

19 telah menginfeksi 59.394 orang dan menyebabkan 2896 orang meninggal (CNN, 2020). Selain itu, masih banyak penderita yang masuk kategori Pasien dalam Pantauan (PDP) dan Orang dalam Pantauan (ODP) yang belum dimasukkan dalam pasien positif Covid-19. Hal ini karena belum diperoleh hasil deteksi melalui *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Salah satu kelemahan deteksi penderita Covid-19 di Indonesia adalah sedikitnya laboratorium yang dapat melakukan tes PCR sehingga hasil tes akan diterima pasien dalam waktu yang lama, bahkan hingga pasien meninggal. Infeksi paru-paru dan pneumonia adalah komplikasi umum yang biasanya ada pada pasien positif Covid-19 yang dapat dideteksi oleh *Computed Tomography* (CT) pada area dada. Proses pengolahan citra pada hasil CT paru-paru dapat dipergunakan untuk pelengkap diagnosis pasien Covid-19. Hasil CT ini dapat juga dipergunakan untuk mengelola pasien Covid-19 agar mempercepat penanganan dan mengurangi kematian. Di Cina, disebutkan bahwa protokol penanganan Covid-19 juga melibatkan citra paru-paru hasil CT dada untuk definisi kasus dan penanganan secara klinis (Dong et al., 2020). Karakteristik tipe citra paru-paru yang dipergunakan untuk Covid-19 meliputi luka dengan *ground-glass opacity* (GGO), *bilateral shadowing*, *pulmonary fibrosis*, dan lain-lain (Dong et al., 2020). Interpretasi citra memegang peranan penting tidak hanya untuk diagnosis dan perawatan Covid-19, tetapi juga dalam memonitor dan mengevaluasi *therapeutic efficacy* (Rodriguez-Morales et al., 2020).

Citra digital disusun oleh *pixel-pixel* tunggal yang menentukan tingkat kecerahan maupun nilai warna. Kata *pixel* sendiri berasal dari kata *picture* dan *element* (Enderle & Bronzino, 2011). Dengan peningkatan citra digital secara langsung untuk diagnostik, pemrosesan citra digital menjadi hal yang penting dalam kesehatan. Secara umum, pemrosesan citra mencakup empat hal, yaitu (Enderle & Bronzino, 2011):

1. Formasi citra; meliputi proses menangkap citra untuk menampilkan matriks citra digital

2. Visualisasi citra; meliputi segala upaya untuk memanipulasi citra sehingga dihasilkan nilai yang optimal
3. Analisis citra; meliputi setiap langkah yang diperlukan untuk pengukuran kuantitatif suatu citra biomedis. Pada langkah ini diperlukan pengetahuan tentang kondisi medis yang digabungkan dengan teknik pemrosesan citra agar dihasilkan algoritma yang spesifik untuk keperluan diagnosis
4. Manajemen citra, meliputi penggabungan teknik untuk mengirimkan citra, menyimpan, mengarsip dan berkomunikasi. *Telemedicine* adalah salah satu bagian dari manajemen citra.

Dalam analisis citra, dikenal pemrosesan tingkat tinggi dan tingkat rendah. Salah satu pemrosesan tingkat rendah atau sederhana adalah rentang nilai hitam-putih yang ditampilkan dalam bentuk histogram, dimana nilai 0 adalah putih dan 255 adalah hitam. Pemrosesan citra tingkat rendah ini juga dapat dipergunakan untuk peningkatan kapasitas citra.

Pada makalah ini, dipelajari kemungkinan penggunaan hasil radiografi bagian dada pasien Covid-19 untuk membedakan antara pasien sehat dan pasien sakit dengan cara *Computer Aided Diagnosis* (CAD) agar dapat digunakan untuk mendapatkan informasi kondisi pasien berdasarkan hasil CT paru-paru yang diolah secara digital. Kondisi pasien yang dibedakan adalah kondisi ringan, sedang dan parah. Covid-19 dengan kondisi ringan adalah gejala klinis yang ringan dan tanpa tanda pneumonia pada citra dada, sedangkan kasus dengan demam, gejala pernapasan dan citra mengindikasikan pneumonia dikategorikan kondisi menengah dan kondisi kesulitan bernapas, oksigen mencapai titik saturasi dan citra paru-paru menunjukkan luka yang progresif dalam 24-48 jam dimasukkan dalam kategori parah (Dong et al., 2020). Kondisi ini dapat dihitung nilai *dynamic range* untuk menentukan beda intensitas nilai *pixel* dan mengkorelasikan nilai *dynamic range* tersebut dengan kondisi pasien. Perkembangan pasien dari hari ke hari juga dapat

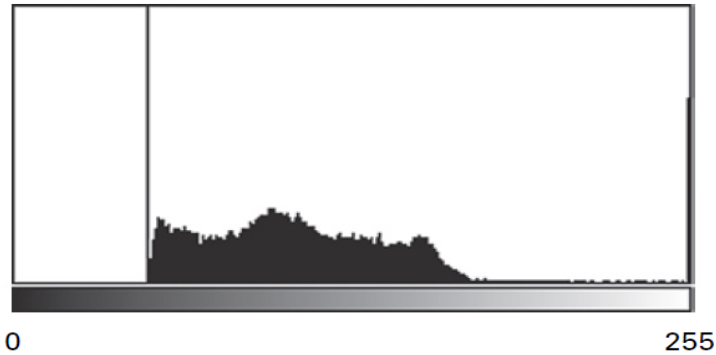


diamati berdasarkan hasil CT dada pasien untuk *me-monitor* efek pengobatan. Selain itu, dari pengolahan citra ini dapat dipergunakan untuk membedakan citra dari pasien Covid-19 dengan pasien non Covid-19. Perbedaan antara pasien Covid-19 dan non Covid-19 merupakan suatu hal yang menarik untuk dipelajari oleh banyak pihak, di mana beberapa hal yang membedakan, antara lain adalah terjadi lebih banyak *multiple lobular GGO*, banyak belang-belang, sedangkan pneumonia non Covid memiliki tipe bayangan yang tambal sulam dan kepadatannya semakin meningkat (Dong et al., 2020). Perbedaan ini dapat dideteksi dari karakteristik warna dan posisi dari citra antara pasien pneumonia dengan Covid dengan non Covid.

Metode pemrosesan citra yang dipergunakan adalah *Gray-Level Histogram* di mana nilai pixel dari 0 – 255 diletakkan pada bagian sumbu axis dan sumbu ordinat menunjukkan berapa banyak *pixel* yang memiliki nilai tersebut. Selain dalam bentuk histogram, nilai-nilai *pixel* dalam citra tersebut dinyatakan dalam bentuk *Look-Up Table* (LUT) untuk memudahkan menghitung nilai PDF dan CDFnya. Dari nilai PDF dan CDF dapat dibandingkan citra CT paru-paru orang sehat dengan orang sakit, dan perkembangan hasil pengobatan yang diterima oleh pasien.

Metodologi

Gray-Level adalah metode yang paling sederhana untuk membantu mengenali sebuah citra, di mana jumlah dari *pixel* yang memiliki tertentu (nilai *pixel* dari citra adalah 0 – 255) dinyatakan dalam sebuah histogram (Dougherty, 2018). Dengan metode ini diperoleh dasar untuk membuat PDF dan CDF dari sebuah citra, membedakan tingkat kecerahan dan kontras dan menentukan nilai beda dinamis dari suatu citra.



Gambar 1. Histogram dari suatu citra MRI paru-paru (Dougherty, 2018)

Nilai histogram untuk setiap citra adalah bersifat unik, yang akan berbeda satu sama lain, sehingga metode pengenalan citra ini dapat dipergunakan untuk menentukan gambar citra CT paru-paru untuk setiap pasien yang berbeda maupun untuk pasien yang sama dan untuk waktu yang berbeda untuk menentukan perkembangan setelah menjalani perawatan. Cara yang dilakukan adalah:

1. Citra CT paru-paru dalam format *.tiff* dimasukkan dalam sebuah CAD, dalam hal ini dipergunakan *toolbox digital image processing* pada Matlab

Misal, nama file adalah paru.tiff. Nilai *pixel* akan diperoleh dengan perintah:

$a = \text{imread}('paru.tiff')$, di mana a adalah nilai *pixel* dalam level *grey*

2. Dihasilkan matriks a yang menunjukkan nilai *pixel* yang dimiliki oleh citra tersebut. Ukuran matriks menunjukkan letak nilai *pixel* dalam citranya
3. Nilai matriks citra a ditampilkan dalam bentuk histogram untuk melihat intensitas tiap warna dan dalam bentuk LUT. Perintah untuk menampilkan histogramnya adalah: $\text{imhist}(a)$
4. Untuk mengetahui prosentase nilai abu-abu tiap *pixel*, ditampilkan dalam bentuk PDF dan CDF. PDF masing-masing citra menentukan perbedaan prosentase intensitas warna abu-abu yang dimiliki tiap *pixel* dan dapat menunjukkan perbedaan

intensitas warna tiap citra. Perbedaan intensitas warna ini dapat dipergunakan untuk menentukan tingkat keparahan masing-masing pasien, atau menentukan perbedaan intensitas warna seorang pasien untuk mengetahui perkembangan pengobatan yang dijalaninya. Hal yang harus dilakukan sebelum menentukan tingkat keparahan adalah menentukan batas atau *threshold* intensitas tingkat keabu-abuan suatu citra disebut sakit, atau prosentase tingkat keabuan pada suatu citra

5. Dalam matriks aj dapat diketahui posisi dan intensitas setiap citra. Setelah dinyatakan nilai *threshold* dari intensitas citra, posisi dari *pixel* tersebut dicari dan dikumpulkan dalam suatu matriks untuk sejumlah citra yang diteliti. Kemudian, nilai posisi tersebut dinyatakan dalam bentuk CDF. Dari CDF dapat diketahui distribusi dari posisi tersebut. Jika distribusi yang dihasilkan adalah *uniform*, maka hal ini dapat memperkuat pendapat (Tang et al., 2004) yang menyatakan bahwa posisi titik yang dinyatakan sakit ada penderita SARS tidak teratur, tapi jika dihasilkan distribusi yang berbeda, maka dapat diambil kesimpulan yang berbeda.

Analisis Data

Data yang dipergunakan pada penelitian ini adalah citra paru-paru pasien dengan Covid-19 dengan beberapa kondisi yang berbeda, yaitu ringan, sedang dan berat. Dari hasil penelitian, diperoleh hasil berupa histogram nilai *pixel* dari masing-masing citra tersebut. Gambar 1 adalah contoh suatu histogram dari suatu CT kepala manusia. Sumbu *axis* menentukan nilai *pixel* dari citra tersebut, sedangkan sumbu ordinat menunjukkan intensitasnya dalam sebuah citra. Intensitas terbesar diperoleh pada nilai *pixel* sekitar 50, di mana hal tersebut menggambarkan warna abu-abu sebagai latar belakang dari citra tersebut. Intensitas nilai kemudian disajikan dalam bentuk LUT dan dihitung PDF dan CDFnya, sehingga setiap intensitas warna yang berbeda dapat dilihat besar masing-masing prosentasenya, dan hal tersebut dapat dikaitkan dengan beda kondisi pasien. CDF dapat dipergunakan untuk menentukan

distribusi masing-masing *pixel* dan posisi *pixel* tersebut dalam sebuah citra. Dari kondisi ini, dapat disusun hipotesis bahwa PDF citra setiap pasien dengan kondisi yang berbeda akan berbeda, di mana prosentase warna abu-abu muda pada pasien dengan kondisi parah akan lebih banyak daripada pasien dengan kondisi yang lebih baik. Nilai prosentase pastinya akan diketahui setelah dilakukan penelitian, di mana hasilnya dapat dijadikan *threshold* prosentase warna untuk menentukan kondisi pasien, ringan, parah atau sedang.

Dynamic range dari *pixel* dalam suatu citra dapat dipergunakan untuk menentukan beda level *pixel* pada pasien dengan kondisi yang berbeda. Hal ini dapat dipergunakan sebagai informasi dalam rangka mencari karakteristik pasien Covid-19 yang masih harus dipelajari. Hipotesis kami, untuk penyakit yang makin parah, maka *dynamic range* antar *pixel* akan semakin besar, di mana warna citra akan semakin memutih lebih dari pasien sedang maupun ringan. Hasil ini dapat dijadikan informasi untuk menentukan *threshold* atau batas suatu kondisi pasien.

Kesimpulan dan Saran

Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa pemrosesan citra dari hasil CT paru-paru dapat dipergunakan sebagai sarana untuk membantu menentukan kondisi pasien Covid-19, baik untuk diagnosis maupun perkembangan perawatan. Parameter yang dinilai adalah perbedaan nilai *pixel* dan posisi dalam sebuah citra dengan menggunakan metode pemrosesan citra yang paling sederhana, yaitu *Grey Level Histogram*.

Saran

Penelitian ini seyogyanya dilakukan bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran untuk memastikan bahwa parameter yang dipergunakan untuk menentukan diagnosis pasien Covid-19 adalah benar. Selain itu, dengan beragam parameter yang dimasukkan, maka citra tersebut dapat diolah dengan metode level tinggi sehingga akurasi menjadi lebih besar.



Referensi

- CNN. (2020). [https:// www.cnnindonesia.com/ nasional/ 202007 02143329 -20 -520064/ update-corona-2-juli-59394-positif-26667-sembuh](https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200702143329-20-520064/update-corona-2-juli-59394-positif-26667-sembuh)
- Dong, D., Tang, Z., Wang, S., Hui, H., Gong, L., Lu, Y., Xue, Z., Liao, H., Chen, F., Yang, F., Jin, R., Wang, K., Liu, Z., Wei, J., Mu, W., Zhang, H., Jiang, J., Tian, J., & Li, H. (2020). The role of imaging in the detection and management of COVID-19: a review. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*. <https://doi.org/10.1109/RBME.2020.2990959>
- Dougherty, G. (2018). Fundamentals of digital image processing. In *Digital Image Processing for Medical Applications*. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511609657.006>
- Enderle, J. D., & Bronzino, J. D. (2011). Introduction to Biomedical Engineering. In *Introduction to Biomedical Engineering*. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-19716-7>
- Rodriguez-Morales, A. J., Cardona-Ospina, J. A., Gutiérrez-Ocampo, E., Villamizar-Peña, R., Holguin-Rivera, Y., Escalera-Antezana, J. P., Alvarado-Arnez, L. E., Bonilla-Aldana, D. K., Franco-Paredes, C., Henao-Martinez, A. F., Paniz-Mondolfi, A., Lagos-Grisales, G. J., Ramírez-Vallejo, E., Suárez, J. A., Zambrano, L. I., Villamil-Gómez, W. E., Balbin-Ramon, G. J., Rabaan, A. A., Harapan, H., ... Sah, R. (2020). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. In *Travel Medicine and Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
- Tang, X., Tao, D., & Antonio, G. E. (2004). Texture classification of SARS infected region in radiographic image. *Proceedings - International Conference on Image Processing, ICIP*. <https://doi.org/10.1109/icip.2004.1421729>

OPINI

Promosi Kesehatan Tentang Covid-19 Melalui Media Massa

Oleh: **Israfil**

Departemen Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga,
Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kupang

ABSTRAK

Pandemi Covid-19 merupakan masalah kesehatan nasional yang mengancam semua aspek kehidupan manusia baik fisik, psikis, sosial maupun spiritual. Dosen merupakan salah satu sumber daya manusia profesional yang berperan sebagai pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama menransformasikan, mengembangkan, dan menyebarkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Promosi kesehatan pada media massa merupakan salah satu cara transformasi dan penyebaran informasi dosen bidang kesehatan kepada masyarakat tentang Covid-19. Promosi kesehatan melalui media massa memberi kesempatan kepada masyarakat umum untuk membaca dan mengetahui informasi kesehatan tentang Covid-19 yang ditulis seorang dosen sesuai bidang keahliannya yang umumnya hanya dibaca oleh kalangan akademisi atau peneliti dalam bentuk tulisan jurnal ilmiah. Media massa merupakan bentuk komunikasi massa yang ditujukan kepada khalayak umum dalam jumlah yang besar melalui media cetak, elektronik atau digital disebarkan menjangkau semua unsur lapisan masyarakat. Promosi kesehatan melalui media massa dilakukan dengan menulis opini kesehatan yang tersedia pada bagian khusus setiap media massa. Penggunaan media massa elektronik atau digital/*online* dapat menjadi pilihan

utama karena memudahkan masyarakat mengakses informasi dengan cepat dalam gengaman tangan melalui *handphone* masing-masing. Promosi kesehatan tentang Covid-19 harus dilakukan menggunakan kemajuan teknologi informasi melalui media massa dan sejenisnya untuk tetap menjaga jarak fisik.

Kata Kunci : Promosi Kesehatan, Covid-19, Media Massa

PENDAHULUAN

Situasi Covid-19 masih menjadi ancaman kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Penyakit infeksi sistem pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* (SARS-Cov-2) ini telah menginfeksi jutaan manusia dan membunuh ribuan orang dari berbagai belahan dunia termasuk Indonesia. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) Republik Indonesia tanggal 01 September 2020 melaporkan bahwa jumlah kasus positif Covid-19 di Indonesia mencapai 177.571 kasus. Sebanyak 128.057 pasien dinyatakan sembuh dan 7.505 meninggal dunia. Sejak pertama kali ditemukan pada bulan Maret tahun 2020, penyakit infeksi Covid-19 di Indonesia terus mengalami peningkatan dan telah menjadi masalah kesehatan nasional yang mengancam semua aspek kehidupan masyarakat baik fisik, psikis, sosial sampai pada aspek kehidupan spiritual.

Covid-19 merupakan penyakit infeksi system pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* generasi baru atau SARS-Cov-2. Penyebaran infeksi dapat terjadi secara langsung saat orang yang sehat menghirup udara yang terpapar virus *corona* dari pasien positif Covid-19 saat batuk, bersin atau berbicara. Penularan tidak langsung dapat terjadi saat orang yang sehat bersalaman atau menyentuh benda-benda yang terkontaminasi virus *corona* dari penderita Covid-19 lalu menyentuh area wajah, mata, dan hidung tanpa mencuci tangan [3]. Covid-19 menyerang system pernapasan manusia dengan tidak menimbulkan gejala, gejala ringan, gejala berat hingga mengakibatkan komplikasi dan ancaman kematian pada penderitanya. Risiko kematian dapat terjadi pada penderita Covid-19 yang berusia > 47 tahun, komplikasi infeksi Covid-19,

sistem imunitas yang rendah, penyakit penyerta (*comorbid*), dan keterbatasan akses fasilitas pelayanan kesehatan [12].

Pandemi Covid-19 telah mengubah berbagai tatanan kehidupan masyarakat Indonesia. Kondisi di masyarakat yang menjadi perhatian penting saat ini adalah masyarakat merasa khawatir dengan ancaman virus *corona*, tidak berdaya dan bersikap menyangkal dengan realitas yang terjadi. Sampai saat ini belum ditemukan vaksin untuk mencegah infeksi Covid-19, rumor dan informasi yang salah juga berkembang di tengah kehidupan masyarakat. Masyarakat yang memiliki penyakit tertentu (*comorbid*) menjadi kelompok yang paling khawatir. Stigma terhadap penderita Covid-19, adanya tindakan isolasi/karantina dalam penanganan pasien, serta kasus kematian yang terus diberitakan menjadi informasi yang menambah kecemasan masyarakat ditengah pandemi Covid-19 [4].

Kampus kesehatan atau institusi pendidikan tinggi bidang kesehatan memiliki peran yang sangat penting dimasa pandemi Covid-19. Sebagai lembaga pendidikan tinggi bidang kesehatan, kampus memiliki berbagai sumber daya manusia yang profesional yang dapat mendukung program pemerintah dalam penanganan Covid-19. Dosen merupakan salah satu sumber daya manusia profesional yang berperan sebagai pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama menransformasikan, mengembangkan, dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat [13]. Berdasarkan tugas dosen yang diamanatkan dalam undang-undang tersebut, maka penting bagi dosen di bidang kesehatan untuk menransformasi dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan tentang kesehatan melalui berbagai cara sebagai bentuk pengabdian kepada masyarakat termasuk melakukan promosi kesehatan tentang Covid-19 melalui media massa.



PEMBAHASAN

Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986) sebagai rumusan hasil Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa-Canada menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga masyarakat mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Promosi kesehatan memiliki dua dimensi utama yaitu kemauan dan kemampuan. Tujuan utama promosi kesehatan adalah memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan menciptakan suatu perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Perilaku masyarakat yang adaptif dalam menghadapi pandemi Covid-19 akan mudah tercapai jika masyarakat memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang Covid-19, persepsi yang positif, sikap yang baik atas risiko, mengetahui penyebab Covid-19, tanda dan gejala, dan upaya pencegahan penularan [4]. Dosen di bidang kesehatan dapat mendukung penanganan Covid-19 di masyarakat dengan tiga *goal* utama yaitu persebaran informasi yang cepat dan akurat, mendorong perubahan perilaku individu atau masyarakat, dan respon terhadap perubahan informasi Covid-19 dengan berbagai hasil penelitian dan publikasi [3]. *Goal* tersebut akan tercapai dengan empat strategi, yaitu komunikasi massa, peran serta masyarakat, kapasitas kader/posyandu, puskesmas, dan keterlibatan pemangku kepentingan.

Komunikasi massa merupakan salah satu strategi yang baik bagi dosen dalam menransformasi dan menyebarluaskan informasi kesehatan tentang Covid-19 dalam mendukung program pemerintah menangani pandemi Covid-19. Komunikasi massa akan memberi kesempatan kepada masyarakat umum untuk membaca dan mengetahui berbagai informasi kesehatan tentang Covid-19 dari tulisan seorang dosen di bidang ilmu kesehatan yang umumnya hanya dibaca oleh para akademisi sesama dosen dalam bentuk tulisan jurnal ilmiah. Saat ini masyarakat sangat membutuhkan

pengetahuan yang memadai tentang kesehatan dan Covid-19. Kecemasan yang dialami masyarakat hanya dapat ditenangkan dengan promosi kesehatan yang tepat dari sumber yang tepat termasuk dosen yang memiliki pendidikan dan melakukan penelitian di bidang kesehatan.

Pandemi Covid-19 menyebabkan kebutuhan informasi dan pengetahuan masyarakat menjadi mendesak yang harus dipenuhi oleh berbagai pihak. Berita yang tidak benar (*hoax*) tentang Covid-19 menjadi masalah serius yang telah mengakibatkan masalah kesehatan psikis dan sosial di masyarakat. Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan yang professional akan memberikan informasi terbaru secara terbuka bagi masyarakat, menyediakan saluran komunikasi yang mudah diakses publik agar mendapatkan informasi yang tepat [3].

Upaya promosi kesehatan menjadi sangat penting dilakukan civitas akademika kampus kesehatan. Promosi kesehatan dilakukan untuk memberi kontribusi informasi yang tepat kepada masyarakat agar mengetahui dan mau mengikuti protokol kesehatan Covid-19. Sasaran promosi kesehatan dapat mencakup individu, keluarga, kelompok, masyarakat, dan juga para pengambil kebijakan dimasyarakat. Promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam menghadapi pandemi Covid-19.

Hasil penelitian Syadidurrahmah, F, et al (2020) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan *physical distancing* dengan perilaku *physical distancing*. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik tentang *physical distancing* berpeluang 1,7 kali berperilaku *physical distancing* yang baik di masyarakat dibandingkan dengan orang yang memiliki pengetahuan *physical distancing* yang kurang baik. Hasil penelitian Sari,P.D, et al (2020) menemukan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat dengan kepatuhan penggunaan masker sebagai upaya pencegahan penyakit Covid-19. Hasil penelitian ini menjadi bukti bahwa upaya promosi kesehatan dalam



meningkatkan pengetahuan masyarakat sangat penting dilakukan untuk menghasilkan masyarakat yang tahu dan mau menerapkan perilaku sehat dalam upaya penanganan dan pencegahan penularan Covid-19 di masyarakat.

Media Massa

Media massa merupakan bentuk komunikasi yang ditujukan kepada sejumlah khalayak umum dalam jumlah yang banyak melalui media cetak atau elektronik yang disebar dan menjangkau berbagai unsur lapisan masyarakat. Media massa adalah suatu institusi atau lembaga yang memiliki serangkaian kegiatan produksi budaya dan informasi yang dilaksanakan oleh berbagai tipe komunikasi massa untuk disalurkan kepada khalayak sesuai dengan kebiasaan yang berlaku [8].

Kementerian Kesehatan RI menyebutkan penyebaran informasi kesehatan tentang Covid-19 dapat dilakukan menggunakan kemajuan teknologi informasi melalui media sosial dan sejenisnya sesuai kebijakan yang berlaku untuk tetap menjaga jarak fisik. Penyebaran informasi dapat dilakukan secara *online* seperti media digital (koran dan majalah, website, *vlog*, TV, radio), media sosial (Youtube, Facebook, Instagram, Twiter) atau media komunikasi yang lebih personal seperti Whatsapp, Telegram, Line dan lainnya. Media ini bertujuan untuk melibatkan khalayak umum secara aktif mencari informasi dan pengetahuan yang benar dan akurat mengenai Covid-19 [4].

Peran media massa ataupun komunikasi massa memiliki letak yang strategis dalam menangani berbagai persoalan yang terjadi akibat pandemi Covid-19 di masyarakat. Pemanfaatan media massa elektronik dan digital yang baik menghasilkan penyelesaian yang tepat dari setiap kesalahan informasi yang terjadi di masyarakat [8]. Perkembangan bidang teknologi telah mendorong perkembangan media massa menjadi media massa elektronik dan *online*. Perkembangan media massa elektronik dan *online* yang sangat pesat telah memudahkan masyarakat mengakses informasi dengan cepat dalam genggaman tangan melalui *handphone* masing-masing [8].

Komunikasi massa melalui media massa elektronik dan *online* memiliki peranan yang besar di tengah pandemi Covid-19. Komunikasi massa merupakan sebuah langkah penting guna menyampaikan informasi yang dibutuhkan masyarakat. Kebijakan pembatasan sosial menyebabkan komunikasi massa secara elektronik dan digital atau *online* menjadi sebuah pilihan terbaik untuk menyampaikan informasi kepada publik [3]. Penyebaran informasi kesehatan tentang Covid-19 yang benar melalui media massa yang dilakukan negara lain dinilai telah berhasil. Komunikasi media massa pada pandemi Covid-19 perlu difokuskan pada satu tujuan yaitu meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam upaya mencegah meluasnya penularan Covid-19 [1]. Hasil survei Triyaningsih, H (2020) menemukan bahwa media terutama media massa menjadi rujukan bagi masyarakat untuk mendapat informasi mengenai virus *corona*. Efek media massa terhadap masyarakat menunjukkan *strong effect* atau efek kuat di mana media massa mampu membentuk persepsi masyarakat tentang pencegahan penularan virus *corona*.

Promosi kesehatan melalui media massa dapat dilakukan dengan cara memberikan informasi kesehatan pada media massa yang dipilih. Penggunaan media massa digital menjadi pilihan yang mudah dilakukan. Media massa digital atau media massa *online* merupakan wujud dari perkembangan teknologi di dunia pertukaran informasi di mana informasi yang disajikan dapat dengan mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat melalui jaringan internet pada *handphone* masing-masing [8]. Media massa mampu memengaruhi dimensi efek komunikasi masyarakat yang menerima informasi yaitu dari sisi kognitif, afeksi dan perilaku dalam pencegahan penularan Covid-19 [11]. Pada aspek kognitif, media massa mampu meningkatkan kesadaran masyarakat dengan penambahan informasi tentang Covid-19 yang diperoleh. Aspek afektif, media massa mampu memengaruhi sikap dan perasaan masyarakat. Informasi kesehatan tentang Covid-19 yang benar dan positif dapat membangkitkan semangat masyarakat dalam upaya pencegahan penularan Covid-19. Sikap dan perasaan yang



tumbuh merupakan respon masyarakat terhadap pengetahuan yang diterima. Pada aspek perilaku, media massa dapat mengubah perilaku masyarakat dalam mendukung pencegahan penularan Covid-19. Ditemukan perilaku masyarakat yang mendapat informasi tentang pencegahan penularan Covid-19 melalui media massa *online* adalah mampu memilih dan mengenakan masker ketika bepergian, memakai *hand sanitizer*, menjaga jarak dengan orang lain sebagai bentuk efek *behavioral* yang berawal dari pengetahuan dan perasaan yang sudah terbentuk oleh informasi tentang virus *corona* [11]. Perilaku perlindungan diri dari risiko penularan Covid-19 merupakan akibat dari pengetahuan dan informasi positif yang mereka terima dari media massa baik berupa berita, artikel kesehatan, maupun himbauan-himbauan di berbagai platform media.

Promosi kesehatan tentang Covid-19 pada media massa dapat dituangkan dalam bentuk tulisan artikel opini media massa. Artikel opini adalah tulisan lepas yang berisi opini seseorang yang mengupas tuntas suatu permasalahan yang sifatnya aktual atau kontroversi dengan tujuan untuk memberi tahu (informatif), memengaruhi dan meyakinkan atau juga bisa menghibur pembacanya (bersifat *recreative*). Artikel opini tidak terkait dengan berita atau laporan tertentu. Artikel opini biasanya menekankan pada pendapat pribadi penulis yang diperkuat argumen logis dan pemikiran kritis terhadap suatu masalah aktual [10].

Artikel opini berbeda dengan berita. Menurut Sagiya, berita berlandaskan pada fakta, sedangkan opini merupakan hasil ide, gagasan, dan pendapat penulis [1]. Artikel opini biasanya diterbitkan pada koran atau majalah baik cetak maupun digital. Berbeda dengan jurnal yang ditulis dengan gaya ilmiah akademis, pembaca artikel opini adalah masyarakat umum dengan usia dan latar belakang pendidikan yang bervariasi. Artikel opini merupakan tulisan yang menekankan pada pendapat seorang penulis atas suatu data, fakta, dan kejadian berdasarkan analisis subjektif penulis sendiri sesuai bidang keilmuannya. Struktur artikel opini yaitu, judul, alenia pembuka (lead), alenia penjelas (batang tubuh), alenia penutup (*ending*).

Penulisan artikel opini dilakukan dengan tahapan 1) menemukan ide dan analisis masalah yang aktual terjadi masyarakat. Analisis situasi penting dilakukan untuk menghasilkan sebuah analisis data yang kritis dan tajam, 2) menyusun kerangka tulisan yang mudah dipahami pembaca dari berbagai kalangan, 3) lengkapi artikel opini dengan teori atau hasil penelitian sesuai bidang ilmu, artikel opini sebaiknya ditulis sesuai latar belakang keilmuan penulis 4) lakukan *editing* untuk mengetahui apakah tulisan sudah sesuai dengan kaidah kebahasaan yang layak dimuat di media massa untuk dibaca masyarakat umum, hindari penggunaan istilah yang tidak umum dimasyarakat [10].

Promosi kesehatan tentang Covid-19 melalui media massa yang dituangkan dalam bentuk artikel opini kesehatan sebaiknya ditulis berdasarkan latar belakang bidang ilmu penulis. Artikel opini kesehatan yang ditulis civitas akademik kampus kesehatan diharapkan dapat menjadi referensi bagi masyarakat umum dalam mencari informasi dan pengetahuan dalam menghadapi pandemi Covid-19 yang saat ini sedang mengancam kesehatan masyarakat.



Gambar 1. Berbagai Opini Kesehatan tentang Covid-19

KESIMPULAN

Promosi kesehatan merupakan upaya yang dilakukan dosen kepada masyarakat sehingga masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri dari bahaya Covid-19. Promosi kesehatan melalui media massa dilakukan dengan menulis opini kesehatan yang tersedia pada bagian khusus setiap media massa. Penggunaan media massa elektronik atau digital/*online* dapat menjadi pilihan utama karena memudahkan masyarakat mengakses informasi dengan cepat dalam genggaman tangan melalui *handphone* masing-masing. Promosi kesehatan tentang Covid-19 harus dilakukan menggunakan kemajuan teknologi informasi melalui media massa dan sejenisnya untuk tetap menjaga jarak fisik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ardiyanti, H. (2020). Komunikasi Media Yang Efektif Pada Pandemi Covid-19. *INFO Singkat: KAJIAN SINGKAT TERHADAP ISU AKTUAL DAN STRATEGIS DPR RI, Vol. XII(7)*, 25–30.
2. Khatimah, H. (2018). Posisi Dan Peran Media Dalam Kehidupan Masyarakat. *Tasamuh*, *16(1)*, 119–138. <https://doi.org/10.20414/tasamuh.v16i1.548>
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *KMK No. HK.01.07-MENKES-413-2020 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19* (pp. 31–34).
4. Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal, D. P. K. dan P. M. (2020). *Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) Dalam Pencegahan Covid-19*. 1–48.
5. Sari, D. P., Sholihah, N., & Atiqoh. (2020). Hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan kepatuhan menggunakan masker sebagai upaya pencegahan penyakit COVID-19 di Ngronggah. *INFOKES Journal*, *10(1)*, 52–55. <http://ojs.udb.ac.id/index.php/infokes/article/view/850>
6. Syadidurrahmah, F., Muntahaya, F., Islamiyah, S. Z., Fitriani, T. A., Nisa, H., Studi, P., Masyarakat, K., Kesehatan, I., Syarif, U., Jakarta, H., & Selatan, T. (2020). Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior. In *Perilaku dan Promosi Kesehatan* (Vol. 2, Issue 1). <http://journal.fkm.ui.ac.id/ppk/article/view/4004>
7. Nurislaminingsih, R. (2020). Layanan Pengetahuan tentang COVID-19 di Lembaga Informasi. *Tik Ilmeu : Jurnal Ilmu Perpustakaan Dan Informasi*, *4(1)*, 19. <https://doi.org/10.29240/tik.v4i1.1468>
8. Syaipudin, L. (2020). Peran Komunikasi Massa Di Tengah Pandemi Covid-19. *Kalijaga*, *2(1)*, 14–34.
9. Nusastri, A. Y., & A, K. (2019). *Keterampilan Menulis Artikel Opini*. 1–11.

10. Kuncoro,Mudrajad, (2020). Mahir menulis: kiat jitu menulis artikel, opini, kolom, dan resensi buku. Publisher : Jakarta: Erlangga
11. Triyaningsih, Heny, (2020). Efek Pemberian Media Massa Terhadap Persepsi Masyarakat Pamkeasan tentang Virus Corona. Jurnal Meyarsa, Vol.1. No.1 Juni 2020
12. Israfil, Wiliyanarti, P. F., & Selasa, P. (2020). *Unnes Journal of Public Health Iteratur Review : Risk of Death in COVID-19 Patients*. 9(2).
13. Undang-Undang RI, (2005). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2005 Tentang Guru dan Dosen. Jakarta

Adaptasi Metode Pembelajaran & Penilaian Domain Psikomotor Pada Pendidikan Profesi Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19

Oleh: **Muhamad Reza Utama**²

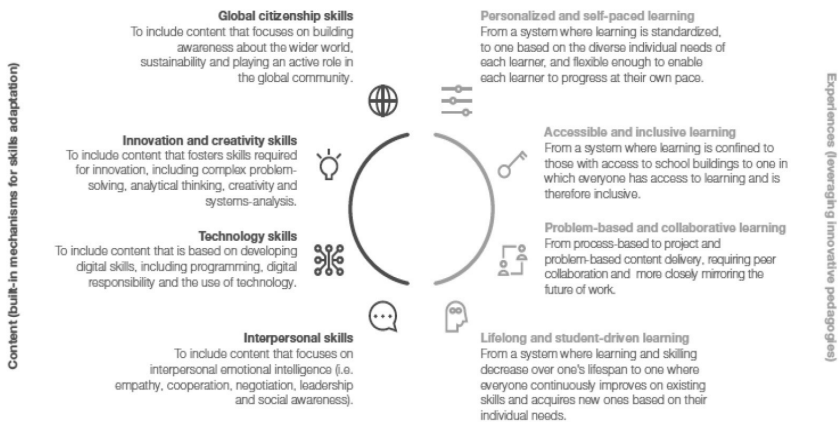
Universitas Muhammadiyah, Surabaya

Pengantar

Pendidikan tinggi adalah wadah bagi proses belajar mandiri di mana suasana belajar (ruang kuliah, perpustakaan, ruang mahasiswa) terbangun di dalam suatu lingkungan pembelajaran yang berbeda dengan tempat lain. Keterampilan khusus dan cara berpikir dibangun melalui infrastruktur fisik, pengalaman dari para pengajar, dan atmosfer akademik yang mengikutinya. Berbeda dengan sekolah menengah atau *platform* belajar daring, pendidikan tinggi memberikan penguataan pada keterampilan spesifik melalui aktifitas yang diperoleh melalui ruang simulasi, bengkel, studio, dan laboratorium. Pendidikan kedokteran di era abad 21 telah berkembang dengan pesat. Perubahan paradigma pembelajaran yang terpusat pada mahasiswa (*Student-centered Learning/ SCL*) mengubah orientasi proses fasilitasi belajar antara dosen dan mahasiswa. Dalam proses fasilitasi dengan pendekatan SCL, sumber belajar memegang peranan yang signifikan. Dengan diterapkannya pendekatan SCL dalam proses pendidikan, mahasiswa memiliki kesempatan belajar dari sumber belajar yang semakin variatif. Dengan keleluasaan tersebut ditambah dengan kemudahan akses, mahasiswa memiliki kesempatan belajar kapan pun, di mana pun dan dari siapa pun tergantung dari individu mahasiswa itu sendiri.

2 dr. Muhamad Reza Utama., MHPE, Dosen Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surabaya, Surabaya

Namun demikian, kajian dari *World economic forum* (2020) memaparkan bahwa keterampilan kerja yang diharapkan dari lulusan perguruan tinggi lebih dari sekedar keterampilan teknis atau akademis (*hard skills*). *Soft skills* seperti kemampuan berpikir kritis dan kontekstual, kepemimpinan, perilaku positif, keterampilan komunikasi, memecahkan masalah, kerja sama, kreatifitas, dan literasi digital justru menjadi keterampilan utama yang banyak dibutuhkan para pengguna lulusan.



Gambar 1. Kerangka kebutuhan pendidikan 4.0 dari *World Economic Forum* 2020 [1]

Sejalan dengan kebutuhan-kebutuhan tersebut, pendidikan profesi kedokteran sudah mulai beradaptasi melalui serangkaian pergeseran paradigma pembelajaran. Paradigma konstruktivisme dan humanisme semakin berkembang seiring dengan berjalannya waktu, meski belum secara maksimal dapat dikembangkan pada berbagai ranah profesi/*setting* pelayanan kesehatan, terlebih di Indonesia. Sebagai gambaran aplikasi proses pembelajaran dengan paradigma konstruktivisme dan humanisme, berikut adalah model pembelajaran berbasis pengalaman untuk setting pendidikan klinis profesi kedokteran yang dikembangkan dari teori pembelajaran eksperiensial [2];

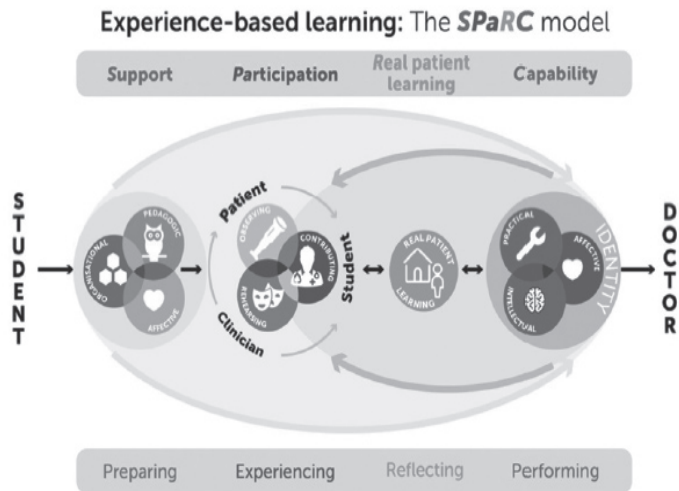


Figure 1. Experience based learning model.

Gambar 2. Model pembelajaran berbasis pengalaman (*The SPaRC Model*) pada pendidikan klinis untuk profesi dokter [3]

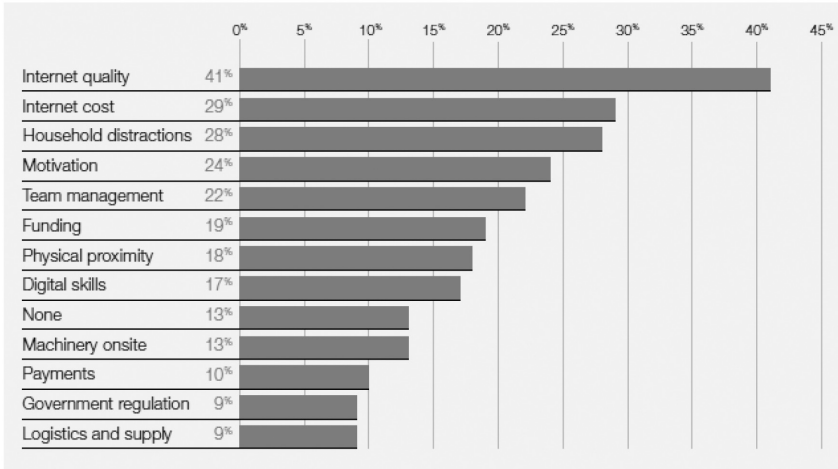
Pada pendidikan berbasis pengalaman, lazimnya mahasiswa pendidikan dokter masa kini akan dipersiapkan terlebih dahulu di lingkungan belajar yang terkendali (seperti lingkungan kampus), sebelum akhirnya melalui serangkaian pengalaman belajar berupa partisipasi aktif bersama dosen pendidik klinis dan pasien di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan dilaksanakannya proses tersebut, diharapkan mahasiswa kedokteran tidak hanya berhasil mencapai standar kompetensi, namun juga berhasil membentuk identitas profesional otentik disertai atribut-atribut *soft skills* yang dikembangkan dari pengalaman interaktifnya dengan komunitas praktis.

Hadirnya pandemi Covid-19 telah membuat *stakeholder* di bidang pendidikan, termasuk pendidikan profesi kesehatan, mengalami iklim perubahan dengan karakter 'VUCA'- *volatile, uncertain, complex and ambiguous*, di mana banyak hal menjadi fluktuatif, tidak menentu, kompleks, dan ambigu. Untuk konteks profesi kesehatan, tenaga kerja medis saat ini tidak hanya dituntut untuk kompeten di bidangnya, namun juga dituntut untuk memiliki

berbagai set keahlian untuk mengelola tantangan pribadi dan emosional dari pekerjaan, ketidakpastian, dan perubahan [4]. Sebagai gambaran, beberapa *soft-skills* yang semakin dibutuhkan sejak munculnya pandemi ini diantaranya; keterampilan mengelola organisasi, manajemen waktu yang efektif dan efisien, perilaku konstruktif dan proaktif, komunikasi efektif, serta refleksi dan perawatan diri. Meskipun dalam konteks pendidikan profesi kesehatan hal-hal tersebut telah teridentifikasi jauh sebelum pandemi, seluruh atribut dan keterampilan yang penting untuk membangun; (1) ketahanan pribadi, (2) kualitas keterampilan klinis dalam ekosistem perawatan kesehatan yang bervariasi, (3) inovasi sistem perawatan kesehatan yang lebih baik, dan (4) advokasi terhadap komunitas yang lebih rentan tersebut semakin sulit untuk diwujudkan melalui proses pendidikan yang sistematis dan terstruktur pada kondisi lingkungan belajar di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada saat ini.

Mengoptimalkan penggunaan teknologi dalam proses fasilitasi pembelajaran menjadi solusi yang banyak diambil para pemangku kebijakan dalam dunia pendidikan profesi dokter saat ini. Meski teknologi *peer to peer* dapat memfasilitasi proses pembelajaran bersama (*collaborative learning*) melalui interaksi *real time* antar pembelajar dengan fasilitator belajar atau antar satu pembelajar dengan pembelajar lain dalam berbagi pemikiran dan pengalaman, optimalisasi penggunaannya oleh para pengguna bukanlah tanpa tantangan dan hambatan. Berbagai tantangan selama bekerja/ belajar jarak jauh tetap terjadi, bahkan untuk generasi muda masa kini yang notabene adalah para *digital natives*. Berikut adalah hasil survei yang dilakukan *World Economic Forum* bersama SEA terkait tantangan yang dihadapi generasi muda di region ASEAN saat melaksanakan aktifitas kerja/ belajar jarak jauh selama situasi pandemi Covid 19;

Which constraints do you face while working or studying remotely?



Gambar 3. Berbagai tantangan yang dihadapi generasi muda di region ASEAN saat melaksanakan aktifitas kerja/ belajar jarak jauh selama situasi pandemi Covid-19 [5]

Tantangan-tantangan seperti kualitas internet, biaya internet, distraksi saat bekerja/ belajar di lingkungan domestik/ rumah tangga, kendala motivasi, manajemen tim, pembiayaan dan lain sebagainya telah dirasakan oleh generasi muda di ASEAN saat bekerja/ belajar dari jarak jauh. Tantangan dan hambatan serupa terjadi pula di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya. Melalui sebuah riset kualitatif tentang persepsi mahasiswa tahap sarjana pendidikan dokter terhadap aktifitas pembelajaran jarak jauh di periode 6 bulan awal terjadinya pandemi, Utama, *et al.* (2020) menemukan bahwa tantangan dan hambatan yang tereksplorasi pada survei regional ASEAN tersebut juga terjadi, khususnya pada saat pelaksanaan aktifitas-aktifitas pembelajaran yang berkaitan dengan penguatan keterampilan medis/ psikomotor khusus [6].

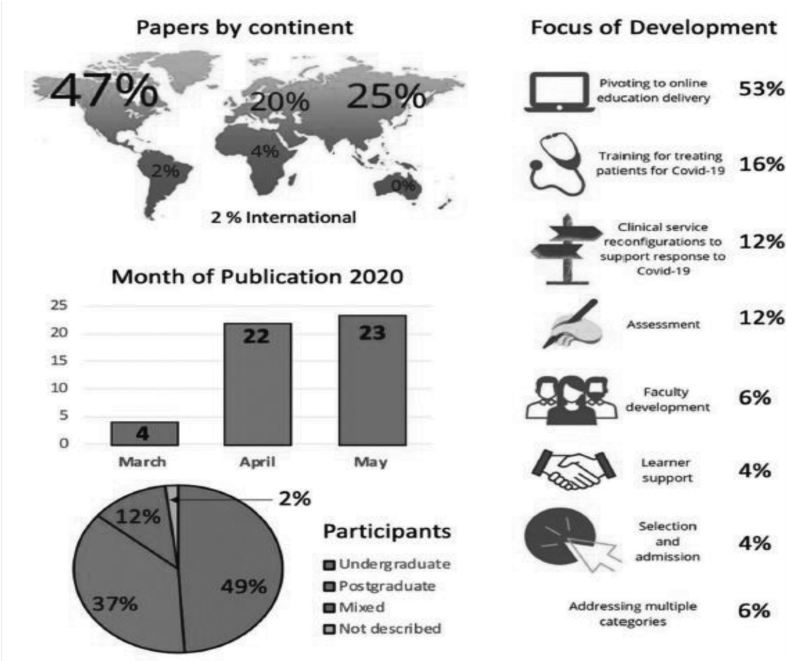
Sektor kesehatan termasuk salah satu sektor yang terkena dampak cukup signifikan akibat hadirnya revolusi industri 4.0 ditambah dengan pandemi Covid-19. Kebutuhan akan sumberdaya manusia profesi kesehatan yang unggul dalam keterampilan literasi digital semakin dibutuhkan terutama untuk menghadirkan advokasi

dan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan profesional [7], [8]. Hal tersebut menjadi semakin penting ketika kesadaran dan tuntutan etikomedikolegal terkait keselamatan pasien dalam dunia siber semakin membaik [9], [10], terlebih di tengah situasi pandemi yang rawan terjadi ledakan informasi publik dan kecenderungan hadirnya misinformasi seputar kesehatan dan keselamatan pasien serta tenaga medis. Keberlangsungan kontinyu profesionalisme dokter dalam pelayanan profesinya yang dimulai dari diperolehnya kompetensi sebagai hasil pendidikan dan pelatihan, kredensial, hingga peningkatan mutu yang senantiasa berkembang sesuai dinamika kebutuhan masyarakat tetap perlu diperhatikan. Profesionalisme yang hakikatnya adalah cerminan etika sebagai tekad profesi untuk melayani yang terbaik bagi pasien, menuju trias keluaran sistem etikolegal yakni: tujuan medik, keselamatan pasien, dan terjaganya martabat profesi tetap perlu diaplikasikan dalam bentuk adaptasi pendidikan yang efektif dan bijak.

Sebelum terjadi pandemi Covid-19, proses pembelajaran berbantu teknologi tidak hanya terpaku pada modifikasi dan kreasi konten pembelajaran saja. Berbagai inovasi fasilitasi belajar, baik untuk kelas kecil maupun kelas besar, serta pendidikan terkait privasi dan kemandirian siber merupakan beberapa aspek yang terus dikembangkan oleh sektor pendidikan profesi kesehatan di era transformasi digital [11]–[15]. Pengembangan desain instruksional pembelajaran *blended learning* dan penggunaan simulator keterampilan medik merupakan contoh aplikasi pembelajaran berbantu teknologi yang paling berkembang di dunia pendidikan kedokteran secara global [16]–[19]. Di Indonesia, penggunaan sumber belajar berupa media visual sederhana sampai penggunaan sistem manajemen pembelajaran elektronik (*e-learning*) mulai lazim digunakan sebelum pandemi Covid-19 terjadi [20]–[23].

Melalui sebuah *review* sistematis, perkembangan adaptasi selama pandemi Covid-19 pada berbagai jenjang pendidikan untuk profesi kesehatan telah terdokumentasikan. Menurut *review* tersebut, sebagian besar artikel dari jenjang pendidikan sarjana berfokus pada proses pengeksklusian mahasiswa kedokteran dari konteks lingkungan klinis/fasilitas pelayanan

kesehatan yang melakukan kontak langsung dengan pasien demi meminimalkan risiko morbiditas/mortalitas. Sementara itu, beberapa artikel pendidikan pascasarjana/spesialisasi menyoroti cara-cara untuk menjaga keberlangsungan kontak fisik (tatap muka) dengan pasien. Berdasarkan temuan tersebut, penarikan mahasiswa kedokteran dari seting layanan klinis tentu tidak bisa menjadi strategi jangka panjang. Upaya kolaboratif lain untuk mengoptimalkan tercapainya pengalaman belajar yang utuh bagi mahasiswa kedokteran masih terus diusahakan oleh berbagai pengambil kebijakan, namun perbedaan kapabilitas setiap daerah, institusi pendidikan, dan *surge capacity* masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi wahana pembelajaran menjadi tantangan dan hambatan kontekstual tersendiri yang turut mempersulit tercapainya pemerataan aplikasi standar pendidikan yang telah dirancang. Ilustrasi publikasi-publikasi ilmiah seputar pengembangan adaptasi pendidikan profesi kesehatan dapat kita lihat pada infografis berikut ini [24];



Gambar 4. Respon adaptasi pada berbagai jenjang pendidikan profesi kesehatan terhadap pandemi Covid-19 [24]

Aneka tantangan yang telah disebutkan di atas tentu berpotensi menghambat ketercapaian standar keterampilan yang dibutuhkan seorang lulusan profesi dokter. Dalam jangka panjang, tidak tercapainya keterampilan-keterampilan medis/psikomotor spesifik para generasi penerus profesi ini tentu berpotensi menimbulkan dampak negatif bagi sistem kesehatan dan ketahanan negara. Proses pembelajaran yang sementara ini hanya menekankan pada penguasaan pengetahuan saja tidak cukup untuk mencapai standar peningkatan *hard skills* seperti keterampilan-keterampilan medis/psikomotor khusus. Urgensi untuk melakukan suatu adaptasi metode pembelajaran dan penilaian perlu dikedepankan untuk domain pendidikan keterampilan/psikomotor khusus, terlebih lagi jika ditambah dengan intensi untuk mencapai *soft-skills* pendamping yang dibutuhkan. Adaptasi berupa desain aktifitas yang dilakukan dengan mengedepankan protokol kesehatan Covid-19 dengan pengurangan jenis dan jumlah praktik/ simulasi di laboratorium keterampilan serta aktifitas magang di fasilitas pelayanan kesehatan sudah pasti tidak cukup untuk memenuhi standar kompetensi yang seharusnya dikuasai. Padahal untuk memperoleh keahlian (*mastery*) keterampilan medis/psikomotor spesifik saja, suatu pengalaman belajar otentik amatlah penting untuk diperoleh [25]. Dengan demikian, aspek psikomotor merupakan domain pendidikan yang paling berpotensi untuk mengalami disrupsi dibandingkan ranah-ranah domain pendidikan lainnya, terlebih pada konteks pendidikan profesi Kesehatan.

Pembahasan

Paradigma pendidikan jarak jauh

Meskipun pendidikan jarak jauh belum terbukti lebih efektif dalam membantu tercapainya tujuan pendidikan keterampilan kedokteran karena berbagai keterbatasan, beberapa artikel dengan topik-topik seputar aktifitas pembelajaran dan penilaian berbantu teknologi bagi domain keterampilan/psikomotor pendidikan profesi kesehatan telah banyak dipublikasikan sejak tercetusnya pandemi Covid-19. Di era pandemi ini, mayoritas sesi pelatihan

keterampilan mengombinasikan sesi sinkronus-asinkronus secara simultan. Dengan demikian, pendekatan *blended-learning* adalah salah satu pendekatan belajar yang paling memungkinkan untuk memfasilitasi proses pembelajaran di situasi yang sulit seperti ini. Selain itu, untuk meminimalkan tantangan dan hambatan saat terlaksananya sesi tatap muka langsung, sesi ini perlu dikelola sebisa mungkin agar dapat menjadi sesi diskusi/demonstrasi yang interaktif. Salah satu metode pembelajaran *blended-learning* yang telah terbukti efektif untuk mengoptimalkan hal tersebut pada konteks pendidikan profesi kesehatan adalah metode *flipped-classroom*.

Pada metode pembelajaran *flipped-classroom*, mahasiswa terlebih dahulu mengakses dan menelaah konten yang disampaikan secara *online* sebelum berdiskusi/ praktik dengan para pendidik. Bila dibandingkan dengan kuliah tatap muka tradisional, pengaplikasian *flipped-classroom* dalam konteks pendidikan profesi kesehatan telah terbukti dapat menghasilkan capaian pembelajaran yang minimal setara, bahkan tidak jarang lebih baik, terutama untuk mencapai level kognitif tingkat tinggi (*higher-order level thinking*/ setara C4-C6 dalam taksonomi dari Bloom) [26], [27]. Meskipun hasil meta-analisis artikel-artikel sebelum masa pandemi yang menguji efektifitas *flipped-classroom* pada berbagai profesi kesehatan menunjukkan keterbatasan kontekstual karena implementasinya yang belum dilaksanakan untuk semua topik disiplin ilmu, seluruh hasil penelitian menyimpulkan bahwa seiring dengan persiapan; konten materi, media ajar dan media informasi pendukung, serta aplikasi metodologi yang matang, maka luaran yang dicapai juga akan semakin meningkat [27]–[30].

Selain itu, dengan diterapkannya *flipped-classroom* berbantu sistem teknologi informasi yang adekuat, pendidik dapat mengeksplorasi dan menganalisis *big data* yang tidak bisa dilakukan ketika mengaplikasikan kurikulum tradisional. Pendidik dapat melacak kemajuan dan menargetkan capaian sesi pembelajaran aktif berikutnya dengan menyesuaikan kesenjangan pengetahuan/



keterampilan mahasiswa secara aktual melalui uji formatif dan umpan balik yang terstruktur. Dengan begitu, pengintegrasian topik-topik preklinis dan pemberian umpan balik saat pembimbingan pemecahan masalah klinis dapat berjalan lebih efektif di tengah keterbatasan situasi lapangan saat era pandemi ini.

Namun, aktifitas pembelajaran yang dimediasi teknologi ini membutuhkan keterampilan literasi digital yang mungkin dirasa baru dan sulit bagi beberapa individu. Pendidik perlu melakukan lebih dari sekedar merekam kuliah dan mengunggah *slide* presentasi/bahan bacaan di *learning management system*. Peserta didik juga perlu terlibat lebih sering dalam aktifitas-aktifitas belajar dengan beban kognitif tinggi yang mampu menguras sumber daya finansial maupun non-finansial. Pengaplikasian metode ini secara optimal juga perlu didampingi pengembangan dan evaluasi infrastruktur sistem teknologi informasi yang rigor. Pengembangan, pengaplikasian, dan evaluasi untuk pelaksanaan metode ini tidak hanya akan menguras waktu dan sumberdaya yang dimiliki pengelola, tapi juga berpotensi membawa perubahan paradigma kerja pegawai, tenaga pendidik, serta peserta didik. Dengan kata lain, untuk mencapai manfaat yang optimal dari pelaksanaan *flipped-classroom* terdapat pula beberapa tantangan/ hambatan dari implementasi aktifitas belajar digital yang perlu diantisipasi, diantaranya;

1. Potensi berkurangnya interaksi sosial yang terjadi di ruang kelas digital dapat berdampak pada pengembangan identitas profesional, etika, dan profesionalisme pendidik dan peserta didik [31]–[35].
2. Potensi berkurangnya frekuensi dan kualitas hubungan *mentoring/ coaching* antara dosen dan mahasiswa akibat beban kognitif harian yang tinggi [31], [36], serta yang tidak kalah penting yaitu,
3. Dampak negatif non-finansial dari aktifitas belajar daring pada peserta didik, pegawai, pendidik, pengelola fakultas seperti;

burn-out [37], [38], demotivasi [39], [40], berkurangnya privasi/ keamanan siber [41], [42], miskomunikasi, budaya akademik tidak konstruktif, [43]–[47] dsb.

Tantangan dan hambatan tersebut di atas tidak dapat diabaikan oleh seluruh pihak yang terkait. Pertimbangan-pertimbangan multiperspektif dalam pengambilan keputusan dan pengelolaan secara bijak, transparan, konstruktif, dan profesional dengan memrioritaskan asas kebermanfaatan bersama tetap perlu dilaksanakan selama proses pendidikan jarak jauh dilaksanakan.

Adaptasi Metode Pendidikan Jarak Jauh untuk Domain Psikomotor

Prinsip dasar dalam optimalisasi fasilitasi pembelajaran domain psikomotor sendiri terletak pada fase tatap muka. Sesi tatap muka langsung, baik yang dilaksanakan secara daring-sinkronus, maupun luring di lapangan, sebaiknya dioptimalkan/difokuskan untuk; (a) demonstrasi aktif [32], [48], [49], (b) pemberian umpan balik terkait aspek prosedural secara langsung [25], [36], [50]–[53], dan (c) refleksi pengalaman empiris serta orientasi nilai-nilai (*value*) professional di lapangan [4], [54]–[61] dengan tetap memperhatikan protokol-protokol keamanan dan kesehatan di masing-masing wahana pendidikan. Berikut ini penulis akan memaparkan ulasan praktik terbaik dari penerapan sesi tatap muka jarak jauh untuk domain psikomotor di Fakultas Kedokteran UM Surabaya dan contoh-contoh pengembangan media ajar untuk domain psikomotor berbantu teknologi pada seting pendidikan profesi kesehatan di dunia internasional.

Praktikum: Pertimbangan-pertimbangan dalam mengadaptasi metode pembelajaran laboratorium virtual

Laboratorium virtual dapat memberikan pengalaman belajar observatorik, namun tidak jarang untuk beberapa disiplin ilmu metode ini dapat memfasilitasi tercapainya pengalaman eksperiensial aktif. Meski demikian, laboratorium virtual tidak selalu dapat memfasilitasi pemahaman belajar secara

independen. Bimbingan seringkali diperlukan untuk membantu mahasiswa dalam memahami fenomena ilmiah yang diilustrasikan melalui laboratorium virtual. Untuk mencapai aktifitas tatap muka pembelajaran laboratorium virtual yang bermakna, terdapat beberapa langkah yang perlu dilakukan;

- i. Perjelas persyaratan khusus, alat/instrumen, alur-prosedur, dan metode latihan, sehingga mahasiswa dapat memahami target-target yang perlu dilalui untuk mencapai tujuan belajar dengan jelas.
- ii. Pertimbangkan jenis media ajar yang ingin digunakan untuk setiap metode belajar yang digunakan-simulasi, laboratorium, demonstrasi, dan sebagainya. Tunjukkan dengan jelas kepada mahasiswa cara untuk menggunakan media ajar dan cara berinteraksi sebelum-selama-dan sesudah aktifitas.
- iii. Uraikan aktifitas praktikum yang kompleks menjadi serangkaian aktifitas terbimbing dan sub-tugas mandiri individu/berkelompok yang saling berhubungan. Diharapkan, mahasiswa dapat memperoleh pengalaman belajar otentik yang mereka alami sendiri dengan konstruktif.
- iv. Gunakan desain dan teknologi sesederhana mungkin dengan tetap memenuhi kebutuhan berbagai perspektif pengguna secara efisien. Dalam beberapa kasus, teknologi canggih seperti teknologi realitas-tambahan (*augmented-reality*) atau bahkan realitas-virtual (*virtual-reality*) mungkin diperlukan, tetapi teknik yang paling menarik perhatian mungkin tidak selalu berkorelasi dengan apa yang relevan untuk ditampilkan, terlebih dengan capaian akhir pembelajaran yang dikehendaki.
- v. Gunakan berbagai instrumen & pendekatan untuk melakukan evaluasi, seperti penilaian diri (*self-assessment*), penilaian rekan (*peer-assessment*), dan umpan balik dosen/ instruktur dapat dilakukan setelah aktifitas pembelajaran. Refleksi terbimbing tentang batasan dan limitasi dari aktifitas pembelajaran saat itu sangat diperlukan.

- vi. Pertimbangkan secara terus menerus perbaikan-perbaikan berbagai aspek yang menunjang kemampuan pelaksanaan dan keberlangsungan laboratorium virtual. Dengan tujuan utama untuk meningkatkan ketercapaian hasil pembelajaran, anggaplah pengembangan laboratorium virtual sebagai proyek pengembangan taman bermain ilustratif yang memerlukan dukungan eksternal berupa panduan, teks penjelasan, atau pembekalan dosen, asisten, dan instruktur secara lebih detail dan terintegrasi untuk menghasilkan pengalaman belajar yang bermakna.

Contoh implementasi pengembangan laboratorium virtual di profesi kesehatan.

Salah satu konsep utama ketika mempelajari fisiologi atau anatomi tubuh manusia adalah hubungan struktur dalam ruang 3D. Secara tradisional, model mayat atau silikon telah digunakan untuk memberikan representasi 3D sebagai pelengkap materi buku teks. Aplikasi virtual dan *augmented reality* telah terbukti efektif dalam meningkatkan pengalaman belajar dan keterlibatan (*engagement*) mahasiswa di berbagai topik pendidikan, termasuk bagi profesi kesehatan [62]–[64]. Perkembangan perangkat komputasi keras dan lunak masa kini telah memungkinkan seluruh perspektif anatomis tubuh dan berbagai fitur fisiologis organ/ sistem tubuh manusia untuk ditampilkan dalam lingkungan realitas virtual atau *augmented* seperti pada gambar berikut ini;



Gambar 5. Contoh implementasi laboratorium virtual berbentuk *augmented reality* [65]



Gambar 6. Contoh implementasi laboratorium virtual berbentuk *augmented reality* (kiri) dan *virtual reality* (kanan) [66]

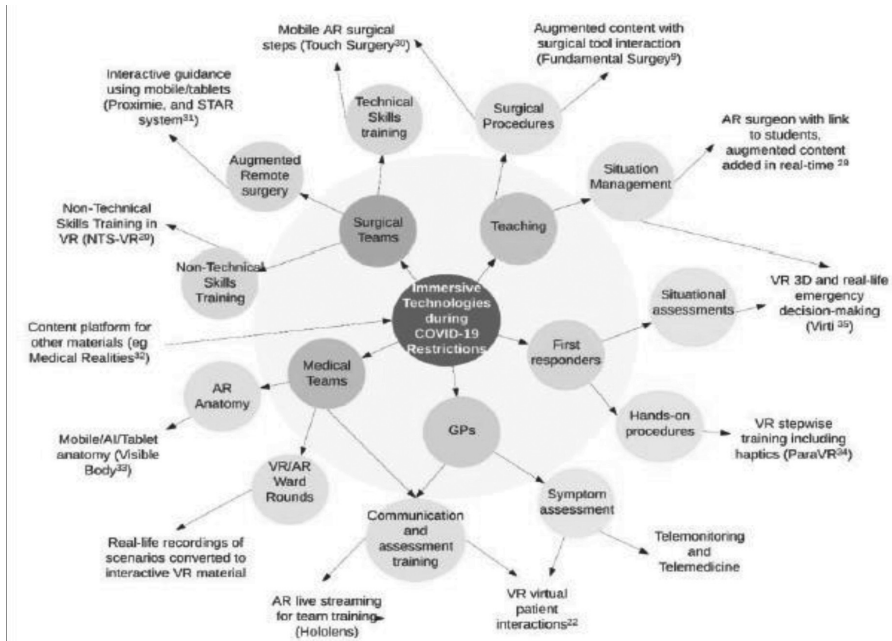
Simulasi: Pengembangan metode pembelajaran berbasis simulasi virtual untuk menyiapkan peserta didik menuju aplikasi keterampilan di dunia nyata

Metode pembelajaran simulasi pada prinsipnya dilaksanakan dengan menyediakan lingkungan belajar yang aman untuk mahasiswa mempraktikkan keterampilan yang dikuasainya sebelum melakukan prosedur dalam kehidupan nyata. Simulasi dapat dilakukan secara individu atau tim melalui beberapa teknologi berbeda yang tersedia baik dalam observasi maupun praktik interaktif [67]. Simulasi dalam pendidikan profesi kesehatan dapat berfokus pada berbagai spektrum aktifitas, seperti; pelatihan keterampilan bantuan hidup dasar-lanjut, prosedur teknis tindakan invasif/operasi, penegakkan diagnosis klinis, fasilitasi proses diskusi dan kerjasama tim interprofesi, dan masih banyak lagi. Simulasi dengan berbantu teknologi dalam dunia pendidikan profesi kesehatan sudah dikembangkan jauh sebelum pandemi terjadi dan sepanjang sejarahnya telah berkembang menjadi metode pembelajaran yang penting dalam pendidikan profesi kesehatan kontemporer [68]. Meskipun pasien simulasi dan teknologi simulasi sudah menjadi bagian standar dari aktifitas pendidikan keterampilan kedokteran, munculnya batasan-batasan dari protokol kesehatan baru dalam pelaksanaan proses belajar berbasis simulasi mengharuskan berbagai institusi untuk melakukan pembatasan-pembatasan interaksi fisik saat sesi pelatihan. Di sisi lain, situasi tersebut

sekaligus membuka jalan bagi pengembangan *augmented* dan *virtual reality* sebagai media pembelajaran pengganti interaksi langsung dengan pasien standar.

Saat ini sudah tersedia beberapa perangkat *augmented* dan *virtual reality* yang lazim digunakan untuk memfasilitasi aktifitas pembelajaran untuk profesi kesehatan. Beberapa perangkat *augmented* dan *virtual reality* untuk menyimulasikan anamnesa pasien dengan masalah khusus, melatih kemampuan penalaran klinis terhadap berbagai variasi penyakit, menyimulasikan teknik operasi, dan melatih kolaborasi tim telah dikembangkan [63], [69]–[72]. Beberapa pusat pendidikan di negara maju bahkan sudah lazim melakukan kolaborasi transprofesional antara pendidik di bidang kesehatan dengan pengembang *video game*, militer, dan pemangku kebijakan lain untuk mengembangkan dan mendayagunakan *augmented* dan *virtual reality* [47], [71], [73]–[75]. Meski tidak sepesat perkembangan di negara-negara lain, Indonesia telah mencoba mengikuti perkembangan penerapan dan inovasi simulasi berbantu teknologi. Sebagai contoh, penggunaan media pembelajaran berbantu teknologi seperti; alat bantu/manekin simulasi, sistem manajemen akademik, dan repositori elektronik sudah menjadi komponen evaluasi standar pada akreditasi institusi pendidikan kedokteran di Indonesia. Semenjak terjadi pandemi Covid 19, pengembangan simulasi berbantu teknologi berjalan pesat sebagai upaya untuk menghadirkan pengalaman belajar terbaik bagi para peserta didik meski hingga saat ini pro-kontra terhadap penerapan yang ideal dari inovasi ini masih terjadi. Berikut adalah skema pengembangan aktifitas simulasi berbantu teknologi yang telah terpublikasi dari ranah pendidikan profesi kesehatan sejak tercetusnya pandemi Covid-19 [65];





Gambar 7. Perkembangan teknologi dalam ranah pendidikan profesi kesehatan sejak dimulainya Pandemi COVID 19 [65]

Contoh implementasi pengembangan simulasi berbantu teknologi untuk profesi kesehatan.

Perkembangan perangkat simulasi berbantu teknologi untuk profesi kesehatan telah memungkinkan pembelajaran kontekstual [76], [77] terjadi sesuai setting pelayanan khusus (seperti; ICU, kamar operasi, UGD, dsb), bahkan dengan tampilan lingkungan realitas virtual atau *augmented* sesuai ilustrasi berikut ini;

Telekonsultasi pada unit perawatan intensif jarak jauh

Unit perawatan intensif jarak jauh (tele-ICU) memanfaatkan teknologi untuk membantu perawatan pasien kritis di fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya klinis yang kurang memadai atau lokasi yang sulit dijangkau. Melalui sistem pemantauan terpusat, sebuah ICU dapat memberikan perawatan intensif melalui telemedisin dan melakukan pemantauan jarak jauh ke beberapa ICU satelit. Pasien dan petugas kesehatan telah melaporkan bahwa

perampingan alur kerja untuk melakukan diagnosis dan isolasi cepat, manajemen klinis, dan pencegahan infeksi penting dapat tercapai dengan metode ini selama pandemi Covid-19. Program pendidikan tele-ICU terstruktur yang menggunakan pembelajaran berbasis kasus dan prinsip-prinsip manajemen ICU dapat memfasilitasi peningkatan pengetahuan dan kualitas pelayanan perawatan kritis. Sebagai gambaran aktifitas tele-ICU, mahasiswa kedokteran secara bergilir dapat melaporkan status pasien selama putaran harian dan mengidentifikasi rencana untuk setiap masalah berbasis sistem. Kelemahan dari metode ini, terutama bagi mahasiswa yang tertarik dengan spesialisasi terapi intensif, adalah kurangnya pengalaman tindakan intervensi langsung seperti; persiapan pemasangan kateter sentral, mengkalibrasi ventilator, dan melakukan intubasi-ekstubasi. Meski demikian, hal tersebut dapat dioptimalkan melalui pendekatan pelatihan simulasi dengan manekin simulasi/ instrumen-instrumen *low-cost*. Selain itu, keterampilan observasional juga tetap dapat diajarkan melalui pemantauan jarak jauh terhadap jalur arteri, ventilator mekanis, dan pompa infus melalui kamera surveilans. Maka, meskipun ditengah keterbatasan untuk hadir secara langsung di fasilitas pelayanan Kesehatan, berbagai kombinasi metode adaptif tersebut akan memungkinkan pelaporan status klinis yang lebih akurat dan memungkinkan dilakukan penilaian/evaluasi manajemen tatalaksana terapi intensif oleh para mahasiswa profesi kesehatan [78].

Telesurgery

Selama *telesurgery*, ahli bedah menggunakan jaringan nirkabel dan teknologi robotik untuk mengoperasi pasien yang berada jauh dari posisi operator saat itu. Metode ini dapat memfasilitasi proses pendidikan bedah di lokasi terpencil/kurang terlayani di mana kapasitas pelayanan kesehatan mungkin lebih rendah. Kehadiran interaktif secara virtual memungkinkan terlaksananya kolaborasi pembedahan jarak jauh secara *real-time*. Prosedur bedah dengan tampilan lapang pandang tiga dimensi yang dapat diakses bersama melalui mikroskop definisi tinggi telah memungkinkan para ahli yang berlokasi dari jarak jauh untuk membimbing residen/mahasiswa kedokteran untuk melakukan

operasi. Saat ini bahkan sudah ada teknologi umpan balik sensasi haptik yang memungkinkan transmisi informasi taktil ke tele-operator, yang memungkinkan operator merasakan konsistensi dan ketegangan jaringan di dalam jahitan, mencegah kerusakan pada jaringan yang rapuh atau robeknya jahitan selama operasi. Dengan *telesurgery*, mahasiswa kedokteran pada rotasi bedah virtual, khususnya mereka yang tertarik pada spesialisasi bedah, akan mendapatkan pengalaman observasi prosedur inti dan terbiasa dengan teknologi yang mungkin mereka gunakan di masa depan. Bahkan beberapa pengembang telah mampu membuat simulasi keterampilan-keterampilan pengambilan keputusan klinis dan tindakan invasif bedah dengan pendekatan permainan (*gamification*) [78].

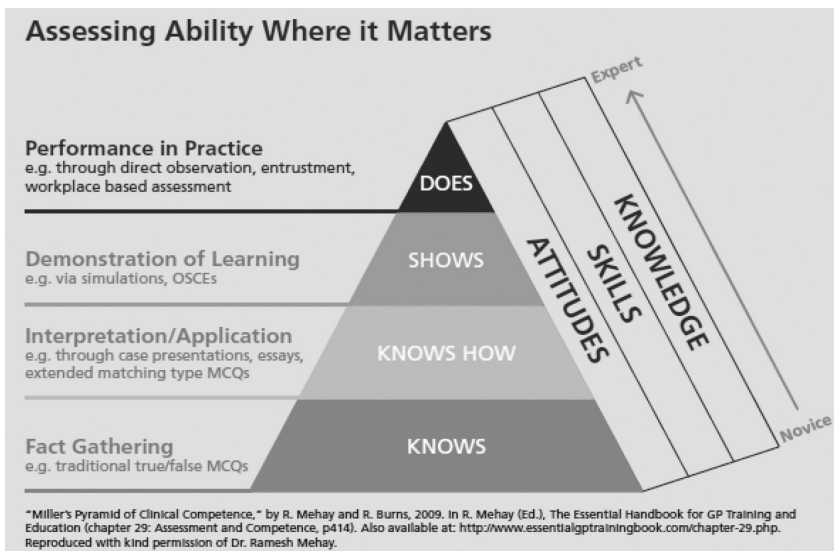
Adaptasi Metode Penilaian Belajar Jarak Jauh untuk Domain Psikomotor

Dalam konteks pendidikan profesi kesehatan, revolusi berupa integrasi teknologi berbasis internet (*Internet of Things/ IOT*) turut memengaruhi transformasi paradigma aktifitas pembelajaran yang berpusat kepada mahasiswa melalui konsep *blended-learning* dan metode pembelajaran *flipped-classroom*. Melalui konsep dan metode pembelajaran tersebut, perhatian pada keterlibatan (*engagement*) mahasiswa terhadap aktifitas pembelajaran tereksplorasi lebih dalam daripada era-era sebelumnya [9], [11], [79], [80].

Penilaian kemampuan psikomotor peserta didik memungkinkan pendidik dalam memastikan retensi dan keahlian terkait keterampilan yang diajarkan. Piramida Miller, sebuah teori pendidikan yang dikembangkan pada tahun 90-an, menyampaikan gagasan bahwa keberhasilan dalam mencapai keterampilan didefinisikan sebagai kemampuan peserta didik untuk mengambil apa yang telah mereka pelajari dan menerapkannya di lingkungan mereka. Piramida Miller pada dasarnya menyampaikan hirarki komponen pengetahuan dasar dan faktual, diikuti oleh komponen aplikasi, kemudian demonstrasi pengetahuan yang diperoleh diikuti dengan penerapan dalam kehidupan nyata. Hal tersebut dikenal pula sebagai empat tahap yang berbeda, yaitu;

mengetahui, mengetahui bagaimana, menunjukkan bagaimana, dan melakukan yang hingga saat ini konsep tersebut telah diadaptasi secara luas dan menjadi kerangka struktur evaluasi bagi profesi kesehatan secara global [81], [82].

Dalam konteks pendidikan klinis, metode asesmen yang dapat digunakan begitu beragam. Pada intinya, semua metode perlu disesuaikan dengan domain (kognitif, psikomotor, afektif) yang ingin dinilai dan konteks yang spesifik. Sebagai contoh untuk kompetensi *Patient Care* maka metode asesmen simulasi menggunakan pasien standar dapat menjadi opsi. Ujian oral dapat digunakan sebagai metode asesmen untuk kompetensi *Medical Knowledge*. Observasi langsung dan *feedback* dari berbagai sumber dapat menjadi metode asesmen untuk kompetensi *Professionalism*. Namun selain menilai kompetensi *Professionalism*, umpan balik dari berbagai sumber juga dapat menilai kompetensi *Interpersonal and Communication Skills* dari peserta didik. Adanya *logbook* menjadi salah satu metode asesmen untuk kompetensi *Practice-based Learning and Improvement*. Sementara kompetensi *System-based Practiced* dapat diases dengan metode audit dari praktik klinis [81], [82].



Gambar 8. Piramida Miller dan opsi-opsi penilaian luaran belajar untuk pendidikan profesi kesehatan [83]

Untuk aspek penilaian pembelajaran (*assessment*) selama masa pandemi, tampak bahwa penyesuaian-penyesuaian terhadap aktifitas penilaian cukup berbeda antara konteks pendidikan sarjana, pascasarjana, dan profesi lanjutan. Program sarjana harus menyesuaikan proses penilaian mereka dengan cepat. Beberapa negara bahkan meluluskan mahasiswa tanpa penilaian sumatif agar dapat segera memberi lisensi praktik kepada lulusan baru demi mencegah terjadinya kolaps sistem pelayanan kesehatan akibat keterbatasan SDM. Penilaian pembelajaran pascasarjana/profesi cenderung ditunda dan atau regulasi yang ada disesuaikan untuk mencerminkan penundaan akibat munculnya Covid-19. Berikut ini penulis akan memaparkan ulasan praktik terbaik dari penerapan penilaian jarak jauh untuk domain psikomotor di Fakultas Kedokteran UM Surabaya.

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Virtual di FK UM Surabaya

Melalui ujian *high-stakes*, program studi pendidikan dokter telah mengadakan 3 gelombang ujian akhir masa studi S1 (*exit exam*) sebagai bentuk kontrol kualitas lulusan. Salah satu komponen penilaian yang diujikan adalah keterampilan klinis komprehensif dengan metode *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) [84], [85]. Semua stasiun OSCE yang dilaksanakan saat itu adalah stasiun ujian virtual tersinkronisasi [85]–[88]. Setiap gelombang ujian terdiri dari empat stasiun OSCE yang disusun secara tematik berdasarkan permasalahan pada sistem tubuh manusia. Komponen yang dinilai untuk masing-masing stasiun OSCE saat itu meliputi; anamnesis, pengetahuan tentang manuver pemeriksaan fisik & pemeriksaan penunjang relevan, pemecahan masalah klinis, pengambilan keputusan klinis, serta aspek konseling informasi dan edukasi. Selain komponen-komponen tersebut, keterampilan komunikasi dan profesionalisme peserta ujian turut dievaluasi pada semua stasiun OSCE.

Dalam OSCE tersebut, mahasiswa diinstruksikan untuk mendeskripsikan langkah-langkah pemeriksaan fisik dan manuver

yang sesuai dengan hasil anamnesa (wawancara medis) melalui tele-konsultasi yang telah dilakukan sebelumnya dengan pasien standar. Mahasiswa dapat meminta informasi tambahan berupa pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dengan terlebih dahulu menyampaikan penalaran klinis yang melatarbelakangi pengambilan keputusan pemeriksaan. Setelah memiliki data dari anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, mahasiswa ditugaskan untuk menyebutkan diagnosa kerja dan diagnosa banding yang paling mungkin berdasarkan interpretasi dari data-data yang telah dikumpulkan. Kemudian mahasiswa juga ditugaskan menyampaikan aspek tatalaksana yang dibutuhkan pasien, lalu melakukan konseling informasi dan edukasi seputar penyakit dan tatalaksana yang dibutuhkan sampai diperoleh kesepakatan pengambilan keputusan bersama antara dokter-pasien-keluarga. Rubrik dan proses penilaian yang diterapkan pada OSCE-virtual ini sama dengan yang digunakan pada OSCE tatap muka tradisional kami. Untuk stasiun dengan komponen pemeriksaan fisik, pembobotan item komponen tersebut disesuaikan untuk mengakomodasi keterbatasan penilaian virtual yang dimodifikasi ini.

Masing-masing stasiun OSCE dioperasikan menggunakan akun Zoom Enterprise berlisensi bisnis. Peserta termasuk dokter penguji, mahasiswa, pasien standar, staf TI, dan pengawas ujian. Pengawas ujian bertugas mengawasi gerak-gerik mahasiswa menggunakan jendela kamera surveilan yang di *setting* sebelum ujian dimulai. Selain itu, pengawas ujian juga bertindak dalam menampilkan instruksi/tugas pada masing-masing stasiun OSCE dan menghitung batas waktu pelaksanaan ujian masing-masing mahasiswa. Durasi maksimum per orang mahasiswa untuk menyelesaikan empat stasiun OSCE adalah 40 menit. Tambahan waktu sebesar lima menit disediakan untuk melakukan *briefing* transisi mahasiswa dan mengantisipasi adanya keterlambatan/penundaan akibat masalah teknis. Tantangan yang dihadapi saat pelaksanaan ujian dengan metode ini di antaranya; kestabilan koneksi internet, kesiapan penguji, belum dilakukannya uji reliabilitas (antar gelombang-

antar penguji- antar stasiun), dan belum mampu digunakan menilai keterampilan kolaboratif/kerjasama tim. Di sisi lain, keunggulan berupa validitas untuk mengukur keterampilan individu hingga level *shows* untuk topik-topik tertentu dan kemudahan teknis pelaksanaan menurut perspektif para pengguna dapat menjadi bukti kedayagunaan dan kemampulaksanaan dari metode ujian praktik simulasi di masa adaptasi pandemi ini.

Penutup

Pergeseran aktifitas pembelajaran ke moda pembelajaran jarak jauh kemungkinan besar akan bertahan hingga situasi pasca pandemi. Maka dari itu, hal pertama yang perlu dilakukan oleh civitas akademika di Indonesia adalah mengejar ketertinggalan dan mengembangkan kompetensi literasi digital untuk mempersiapkan diri menghadapi berbagai tantangan/hambatan yang ada. Selain itu, perancangan dan pelaksanaan fasilitasi pembelajaran, khususnya untuk domain psikomotor, perlu disertai komitmen konstruktif dan keterlibatan optimal dari mahasiswa, dosen, pemangku kebijakan, dan seluruh sumberdaya manusia terkait demi tercapainya kualitas luaran yang terbaik.

Seiring dengan peningkatan kapabilitas literasi digital, pengembangan inovasi multimedia untuk fasilitasi proses pendidikan juga akan terus berjalan seiring perkembangan teknologi. Tidak dapat dipungkiri, kebebasan akses terhadap berbagai modalitas teknologi kemudian akan memengaruhi proses pertukaran informasi. Dengan demikian, dosen/instruktur sebagai fasilitator pembelajaran untuk domain psikomotor perlu memiliki kompetensiketerampilanmengkaji, memproduksi dan mengevaluasi berbagai macam konten dan konteks media pembelajaran berbantu teknologi. Dengan harapan, inovasi teknologi akan linear dengan inovasi pendidikan dan memiliki muatan yang positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan kompetensi mahasiswa.

Beberapa studi perlu dilakukan lebih jauh dalam kaitannya dengan pengembangan dan efektivitas penggunaan *e-learning* dan strategi pembelajaran *blended-learning* untuk melatih keterampilan

psikomotor khusus. Potensi-potensi positif yang dapat dihadirkan dapat menjadi solusi dalam manajemen efektifitas dan efisiensi pembelajaran itu sendiri. Khusus kaitannya dengan proses pendidikan, kapan situasi dan kondisi yang tepat serta bagaimana peranan media *e-learning* dalam menghasilkan pembelajaran yang bermakna untuk domain psikomotor merupakan hal yang potensial dan menarik untuk dikaji lebih lanjut melalui riset pendidikan profesi kesehatan. Penulis juga merekomendasikan pengkajian yang bersifat manajerial dan evaluatif terhadap penggunaan *e-learning* sebagai wahana sumber pembelajaran dalam kaitannya dengan landasan analisis terhadap potensi-potensi yang dapat muncul sebagai suatu pertanyaan riset.

Dari aspek penilaian, karena penilaian secara langsung (misalnya-hadir secara fisik) hingga saat tulisan ini dibuat mungkin tidak dapat dilanjutkan dengan segera, studi lebih lanjut yang membahas berbagai metode penilaian, terutama; eksplorasi lebih mendalam untuk validitas dan reliabilitas ujian OSCE virtual serta dampak umpan balik dari sesi ujian tersebut-baik sebagai kegiatan penilaian formatif (*low-stake*), maupun penilaian sumatif (*high-stake*)- terhadap keterlibatan (*engagement*) kognitif, behavioral, dan emosional para peserta perlu untuk dilakukan. Limitasi dari tulisan ini sendiri terutama terkait keluasan variasi elemen-elemen konten yang terfokus pada implementasi di program studi pendidikan dokter. Selain itu, penulis juga tidak menggunakan kajian desain instruksional untuk menyampaikan kedalaman isi tulisan demi memfasilitasi keberagaman pembaca. Namun demikian, kekurangan-kekurangan tersebut dapat menjadi masukan untuk perbaikan penulisan dengan perspektif lain ke depannya.



Rujukan

- [1] World Economic Forum, "Schools of the future: Defining new models of education for the fourth industrial revolution," *World Econ. Forum Reports 2020*, no. January, hal. 1–33, 2020.
- [2] S. Yardley, P. W. Teunissen, dan T. Dornan, "Experiential learning: AMEE Guide No. 63," *Med. Teach.*, vol. 34, no. 2, hal. e102–e115, 2012.
- [3] T. Dornan, R. Conn, H. Monaghan, G. Kearney, H. Gillespie, dan D. Bennett, "Experience Based Learning (ExBL): Clinical teaching for the twenty-first century," *Med. Teach.*, vol. 41, no. 10, hal. 1098–1105, 2019.
- [4] A. Maini, Y. Saravanan, T. A. Singh, dan M. Fyfe, "Coaching skills for medical education in a VUCA world," *Med. Teach.*, vol. 0, no. 0, hal. 1–2, 2020.
- [5] World Economic Forum, "COVID-19 – The True Test of ASEAN Youth's Resilience and Adaptability Impact of Sosial Distancing on ASEAN Youth ASEAN YOUTH SURVEI 2020 EDITION," *World Econ. Forum Reports 2020*, 2020.
- [6] M. R. Utama, Y. Levani, dan A. L. Paramita, "Medical students' perspectives about distance learning during early COVID 19 pandemi: a qualitative study," *Qanun Med. - Med. J. Fac. Med. Muhammadiyah Surabaya*, vol. 4, no. 2, hal. 255, Jul 2020.
- [7] C. R. Sugimoto, S. Work, V. Larivière, dan S. Haustein, "Scholarly use of sosial media and altmetrics: A review of the iteratur," *J. Assoc. Inf. Sci. Technol.*, vol. 68, no. 9, hal. 2037–2062, 2017.
- [8] J. Car *et al.*, "Digital Education in Health Professions: The Need for Overarching Evidence Synthesis," *J. Med. Internet Res.*, vol. 21, no. 2, hal. e12913, 2019.
- [9] E. Topol, "Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future The Topol Review An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Sosial Care," no. February, hal. 102, 2019.

- [10] R. Agustin, A. Rozaliyani, G. F. Hatta, dan P. Prawiroharjo, "Tinjauan Etik Pembukaan Rahasia Medis dan Identitas Pasien pada Situasi Wabah Pandemi COVID-19 dan Kaitannya dengan Upaya Melawan Stigma Pasien Positif," *J. Etika Kedokt. Indones.*, vol. 4, no. 2, hal. 41, 2020.
- [11] B. Thoma *et al.*, "Communication , learning and assessment : Exploring the dimensions of the digital learning environment," *Med. Teach.*, vol. 0, no. 0, hal. 1–6, 2019.
- [12] D. O'Doherty, M. Dromey, J. Lougheed, A. Hannigan, J. Last, dan D. McGrath, "Barriers and solutions to online learning in medical education - An integrative review," *BMC Med. Educ.*, vol. 18, no. 1, hal. 1–11, 2018.
- [13] van L. Ester *et al.*, "The relation between 21st-century skills and digital skills: A systematic iteratur review," *Comput. Human Behav.*, vol. 72, hal. 577–588, 2017.
- [14] B. Mesko, Z. Győrffy, dan J. Kollár, "Digital Literacy in the Medical Curriculum: A Course With Sosial Media Tools and Gamification," *JMIR Med. Educ.*, vol. 1, no. 2, hal. e6, 2015.
- [15] Health Education England, "A Health and Care Digital Capabilities Framework," hal. 1–30, 2018.
- [16] C. Chandler, "Effective Use of Educational Technology in Medical Education," *AAMC Inst. Improv. Med. Educ.*, no. March, hal. 1–18, 2007.
- [17] J. A. Dent dan R. M. Harden, *A Practical Guide for Medical Teachers 4th Edition*, 4th ed. Elsevier, 2013.
- [18] R. M. Harden dan J. M. Laidlaw, *Essential Skills for a Medical Teacher, 2nd Edition. An Introduction to Teaching and Learning in Medicine*, Second. Elsevier, 2017.
- [19] G. Ruiz J., J. Mintzer M., dan M. Leipzig R., "The Impact of E-Learning in Medical Education," *Acad. Med.*, vol. 81, no. 3, hal. 207–212, 2006.
- [20] H. D. Puspongoro, A. Soebadi, dan R. Surya, "Web-Based Versus Conventional Training for Medical Students on Infant

- Gross Motor Screening,” *Telemed. e-Health*, vol. 21, no. 12, hal. 992–997, 2015.
- [21] G. Dewi, B. Pardamean, dan A. Putranto, “E-Learning Content for Early Detection Cervical Cancer,” *Appl. Med. Inf.*, vol. 32, no. 2, hal. 22–29, 2013.
- [22] A. Setyono, “An Adaptive Multimedia Messaging Service Framework for Mobile Telemedicine System,” *Int. J. Interact. Mob. Technol.*, vol. 9, no. 4, hal. 34, 2015.
- [23] H. Hendarti, L. Christian, A. Permatasari, dan Maryani, “The user friendly features and menu of user satisfaction of teaching and learning at university in Jakarta,” *Proc. 2016 Int. Conf. Inf. Manag. Technol. ICIMTech 2016*, no. November, hal. 47–50, 2017.
- [24] M. Gordon *et al.*, “Developments in medical education in response to the COVID-19 pandemi: A rapid BEME systematic review: BEME Guide No. 63.,” *Med. Teach.*, vol. 0, no. 0, hal. 1–14, 2020.
- [25] P. J. Kellman dan S. Krasne, “Accelerating expertise: Perceptual and adaptive learning technology in medical learning,” *Med. Teach.*, vol. 40, no. 8, hal. 797–802, 2018.
- [26] B. Tang, A. Coret, A. Qureshi, H. Barron, A. P. Ayala, dan M. Law, “Online lectures in undergraduate medical education: Scoping review,” *J. Med. Internet Res.*, vol. 20, no. 4, hal. 1–10, 2018.
- [27] K. Foon dan C. Kwan, “Flipped classroom improves student learning in health professions education: a meta-analysis,” *BMC Med. Educ.*, vol. 18, no. 1, hal. 38, 2018.
- [28] K. S. Chen *et al.*, “Academic outcomes of flipped classroom learning: a meta-analysis,” *Med. Educ.*, vol. 52, no. 9, hal. 910–924, 2018.
- [29] Y. Q. Liu *et al.*, “Effectiveness of the flipped classroom on the development of self-directed learning in nursing education: A meta-analysis,” *Front. Nurs.*, vol. 5, no. 4, hal. 317–329, 2018.

- [30] M. R. Utama, D. Yuliawan, Y. Suhoyo, dan W. Doni, "Facebook® Group Usage To Support Flipped-Classroom Learning on Ocular Trauma," *J. Pendidik. Kedokt. Indones. Indones. J. Med. Educ.*, vol. 9, no. 1, hal. 32, 2020.
- [31] G. Akçayır dan M. Akçayır, "The flipped classroom: A review of its advantages and challenges," *Comput. Educ.*, vol. 126, no. August, hal. 334–345, Nov 2018.
- [32] J. Moffett, "Twelve tips for 'flipping' the classroom.," *Med. Teach.*, vol. 37, no. 4, hal. 331–6, 2015.
- [33] A. Mostaghimi, A. E. Olszewski, S. K. Bell, D. H. Roberts, dan B. H. Crotty, "Erosion of Digital Professionalism During Medical Students' Core Clinical Clerkships," *JMIR Med. Educ.*, vol. 3, no. 1, hal. e9, 2017.
- [34] D. O'Doherty *et al.*, "Internet skills of medical faculty and students: Is there a difference?," *BMC Med. Educ.*, vol. 19, no. 1, hal. 1–9, 2019.
- [35] J. E. Sabin dan J. C. Harland, "Professional Ethics for Digital Age Psychiatry: Boundaries, Privacy, and Communication," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 19, no. 9, hal. 3–9, 2017.
- [36] Y. Lin *et al.*, "Facing the challenges in ophthalmology clerkship teaching: Is flipped classroom the answer?," *PLoS One*, vol. 12, no. 4, hal. 1–14, 2017.
- [37] B. Hartnup, L. Dong, dan A. B. Eisingerich, "How an Environment of Stres and Sosial Risk Shapes Student Engagement With Sosial Media as Potential Digital Learning Platforms: Qualitative Study," *JMIR Med. Educ.*, vol. 4, no. 2, hal. e10069, 2018.
- [38] H. S. Wald, "Optimizing resilience and wellbeing for healthcare professions trainees and healthcare professionals during public health crises - Practical tips for an 'integrative resilience' approach," *Med. Teach.*, vol. 0, no. 0, hal. 1–12, 2020.
- [39] W. Ali, "Online and Remote Learning in Higher Education Institutes: A Necessity in light of COVID-19 Pandemi," *High. Educ. Stud.*, vol. 10, no. 3, hal. 16, 2020.

- [40] K. Regmi dan L. Jones, "A systematic review of the factors - Enablers and barriers - Affecting e-learning in health sciences education," *BMC Med. Educ.*, vol. 20, no. 1, 2020.
- [41] C. M. Tang, "How Do Students Select Sosial Networking Sites? an Analytic Hierarchy Process (Ahp) Model," *Int. J. Cyber Soc. Educ.*, vol. 8, no. 2, hal. 81-98, 2015.
- [42] H. Jafarkarimi, R. Saadatdoost, A. T. H. Sim, dan J. H. Mei, "Determinant factors of cyberbullying: An application of theory of planned behavior," *J. Theor. Appl. Inf. Technol.*, vol. 95, no. 23, hal. 6472-6482, 2017.
- [43] J.-Y. Wu dan T. Cheng, "Who is better adapted in learning online within the personal learning environment? Relating gender differences in cognitive attention networks to digital distraction," *Comput. Educ.*, vol. 128, no. August 2018, hal. 312-329, 2019.
- [44] R. H. Ellaway, J. Coral, D. Topps, dan M. Topps, "Exploring digital professionalism," *Med. Teach.*, vol. 37, no. 9, hal. 844-849, 2015.
- [45] I. Reyshav, I. Najami, D. R. Raban, R. McHaney, dan J. Azuri, "The impact of media type on shared decision processes in third-age populations," *Int. J. Med. Inform.*, vol. 112, no. August 2017, hal. 45-58, 2018.
- [46] E. Scanlon, "Concepts and Challenges in Digital Scholarship," *Front. Digit. Humanit.*, vol. 4, no. July, hal. 15, 2017.
- [47] A. Lee *et al.*, "The development of complex digital health solutions: Formative evaluation combining different methodologies," *J. Med. Internet Res.*, vol. 20, no. 7, hal. 1-10, 2018.
- [48] A. L. Granero Lucchetti, O. da S. Ezequiel, I. N. de Oliveira, A. Moreira-Almeida, dan G. Lucchetti, "Using traditional or flipped classrooms to teach 'Geriatrics and Gerontology'? Investigating the impact of active learning on medical students' competences," *Med. Teach.*, vol. 40, no. 12, hal. 1248-1256, 2018.

- [49] D. Kenwright, W. Dai, E. Osborne, dan R. Grainger, "Tips for a Flipped Classroom: What We Wished We Knew Before We Flipped," *MedEdPublish*, vol. 5, no. 2, hal. 1–7, 2016.
- [50] F. Tang *et al.*, "Comparison between flipped classroom and lecture-based classroom in ophthalmology clerkship," *Med. Educ. Online*, vol. 22, no. 1, hal. 1395679, 2017.
- [51] R. Donkin, E. Askew, dan H. Stevenson, "Video feedback and e-Learning enhances laboratory skills and engagement in medical laboratory science students," *BMC Med. Educ.*, vol. 19, no. 1, hal. 1–12, 2019.
- [52] M. Mylopoulos, N. Steenhof, A. Kaushal, dan N. N. Woods, "Twelve tips for designing curricula that support the development of adaptive expertise," *Med. Teach.*, vol. 40, no. 8, hal. 850–854, 2018.
- [53] R. C. Chick *et al.*, "Using Technology to Maintain the Education of Residents During the COVID-19 Pandemi," *J. Surg. Educ.*, vol. 77, no. 4, hal. 729–732, 2020.
- [54] J. Jin dan S. M. Bridges, "Educational technologies in problem-based learning in health sciences education: A systematic review," *J. Med. Internet Res.*, vol. 16, no. 12, hal. 1–13, 2014.
- [55] N. J. John, P. G. Shelton, M. C. Lang, dan J. Ingersoll, "Training Psychiatry Residents in Professionalism in the Digital World," *Psychiatr. Q.*, vol. 88, no. 2, hal. 263–270, 2017.
- [56] M. Saqr, U. Fors, dan M. Tedre, "How the study of online collaborative learning can guide teachers and predict students' performance in a medical course," *BMC Med. Educ.*, vol. 18, no. 1, hal. 1–14, 2018.
- [57] R. Dimond, A. Bullock, J. Lovatt, dan M. Stacey, "Mobile learning devices in the workplace: 'As much a part of the junior doctors' kit as a stethoscope'?", *BMC Med. Educ.*, vol. 16, no. 1, hal. 1–9, 2016.
- [58] R. Gaupp, G. Fabry, dan M. Körner, "Self-regulated learning and critical reflection in an e-learning on patient safety for third-

- year medical students," *Int. J. Med. Educ.*, vol. 9, hal. 189–194, 2018.
- [59] J. Lee, C. Lim, dan H. Kim, "Development of an instructional design model for flipped learning in higher education," *Educ. Technol. Res. Dev.*, vol. 65, no. 2, hal. 427–453, 2017.
- [60] C. Rapanta, L. Botturi, P. Goodyear, L. Guàrdia, dan M. Koole, "Online University Teaching During and After the Covid-19 Crisis: Refocusing Teacher Presence and Learning Activity," *Postdigital Sci. Educ.*, hal. 1–23, 2020.
- [61] D. Shi *et al.*, "A simulation training course for family medicine residents in Cina managing COVID-19," *Aust. J. Gen. Pract.*, vol. 49, no. 6, hal. 364–368, 2020.
- [62] H. M. Huang dan S. S. Liaw, "An analysis of learners' intentions toward virtual reality learning based on constructivist and technology acceptance approaches," *Int. Rev. Res. Open Distance Learn.*, vol. 19, no. 1, hal. 91–115, 2018.
- [63] B. M. Kyaw *et al.*, "Virtual Reality for Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration," *J. Med. Internet Res.*, vol. 21, no. 1, hal. e12959, 2019.
- [64] N. U. Zitzmann, L. Matthisson, H. Ohla, dan T. Joda, "Digital undergraduate education in dentistry: A systematic review," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 17, no. 9, 2020.
- [65] M. Pears, M. Yiasemidou, M. A. Ismail, D. Veneziano, dan C. S. Biyani, "Role of immersive technologies in healthcare education during the COVID-19 epidemic," 2020.
- [66] C. Moro, Z. Stromberga, dan J. Birt, "Technology Considerations in Health Professions and Clinical Education," *Clin. Educ. Heal. Prof.*, hal. 1–22, 2020.
- [67] M. Akaike *et al.*, "Simulation-based medical education in clinical skills laboratory," *J. Med. Investig.*, vol. 59, no. 1,2, hal. 28–35, 2012.

- [68] S. Kardong-Edgren, S. Swoboda, dan N. Sullivan, "Simulation as Clinical Replacement: Contemporary Approaches in Healthcare Professional Education," *Clin. Educ. Heal. Prof.*, hal. 1–17, 2020.
- [69] P. Yao, C. Challen, dan C. Caves, "An Experimental Study on Usefulness of Virtual Reality 360° in Undergraduate Medical Education [Letter]," *Adv. Med. Educ. Pract.*, vol. Volume 10, hal. 1103–1104, 2020.
- [70] W. R. Johnson dan D. Blitzer, "Residents' Perspectives on Graduate Medical Education during the COVID-19 Pandemi and Beyond," *MedEdPublish*, vol. 9, no. 1, hal. 1–6, 2020.
- [71] S. Hoopes, T. Pham, F. M. Lindo, dan D. D. Antosh, "Home Surgical Skill Training Resources for Obstetrics and Gynecology Trainees During a Pandemi," *Obstet. Gynecol.*, vol. 136, no. 1, hal. 56–64, 2020.
- [72] L. T. Car *et al.*, "Digital problem-based learning in health professions: Systematic review and meta-analysis by the digital health education collaboration," *J. Med. Internet Res.*, vol. 21, no. 2, hal. 1–12, 2019.
- [73] S. P. Oman dan L. V. Simon, "Past Present and Future of Simulation in Internal Medicine," *StatPearls*, hal. 1–6, 2019.
- [74] M. Gradel *et al.*, "Simulating the physician as healthcare manager: An innovative course to train for the manager role.," *GMS J. Med. Educ.*, vol. 33, no. 3, hal. Doc41, 2016.
- [75] F. Martin, V. P. Dennen, dan C. J. Bonk, "A synthesis of systematic review research on emerging learning environments and technologies," *Educ. Technol. Res. Dev.*, vol. 68, no. 4, hal. 1613–1633, 2020.
- [76] S. J. Durning dan A. R. Artino, "Situativity theory: A perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide no. 52," *Med. Teach.*, vol. 33, no. 3, hal. 188–199, 2011.
- [77] R. Patel, J. Sandars, dan S. Carr, "Clinical diagnostic decision-making in real life contexts: A trans-theoretical approach for

- teaching: AMEE Guide No. 95," *Med. Teach.*, vol. 37, no. 3, hal. 211–227, 2015.
- [78] O. Jumreornvong, E. Yang, J. Race, dan J. Appel, "Telemedicine and Medical Education in the Age of COVID-19," *Acad. Med.*, vol. Publish Ah, Sep 2020.
- [79] G. Dunleavy, C. K. Nikolaou, S. Nifakos, R. Atun, G. C. Y. Law, dan L. Tudor Car, "Mobile Digital Education for Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration," *J. Med. Internet Res.*, vol. 21, no. 2, hal. e12937, 2019.
- [80] Q. Liu, W. Peng, F. Zhang, R. Hu, Y. Li, dan W. Yan, "The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis," *J. Med. Internet Res.*, vol. 18, no. 1, hal. e2, 2016.
- [81] A. Barrett *et al.*, "A BEME (Best Evidence in Medical Education) systematic review of the use of workplace-based assessment in identifying and remediating poor performance among postgraduate medical trainees," *Syst. Rev.*, vol. 4, no. 1, hal. 1–6, 2015.
- [82] J. J. Norcini, "ABC of Learning and Teaching in Medical Education: Work based assessment," *BMJ Br. Med. J.*, vol. 326, no. 7392, hal. 753–755, 2003.
- [83] W. Gofton, N. Dudek, G. Barton, dan F. Bhanji, "Understanding Workplace-Based Assessment and CBD Clinical Teaching and Observation (RX-OCD) What is an entrustability scale ? WBA and learner promotion WBA tools in practice," 2017.
- [84] K. Z. Khan, S. Ramachandran, K. Gaunt, dan P. Pushkar, "The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: An historical and theoretical perspective," *Med. Teach.*, vol. 35, no. 9, hal. 1437–1446, 2013.
- [85] C. A. Canning, K. J. Freeman, I. Curran, dan K. Boursicot, "Managing the COVID-19 risk: the practicalities of delivering high stakes OSCEs during a pandemi," *MedEdPublish*, vol. 9, no. 1, hal. 1–7, 2020.

- [86] C. Craig, N. Kasana, dan A. Modi, "Virtual OSCE delivery: The way of the future?," *Med. Educ.*, no. April, hal. 14286, 2020.
- [87] P. Yeates *et al.*, "Understanding and developing procedures for video-based assessment in medical education," *Med. Teach.*, vol. 0, no. 0, hal. 1-11, 2020.
- [88] H. Reid, G. J. Gormley, T. Dornan, dan J. L. Johnston, "Harnessing insights from an activity system-OSCEs past and present expanding future assessments," *Med. Teach.*, vol. 0, no. 0, hal. 1-6, 2020.



Peran Imunitas Individu Dalam Menghadapi Covid-19

Oleh: **Yelvi Levani**

Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya

Email: yelvilevani@fk.um-surabaya.ac.id

ABSTRAK

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Saat ini penyakit Covid-19 telah menyebar ke seluruh dunia, termasuk Indonesia. Penyakit COVID-19 dapat menyebabkan gejala ringan sampai berat. Infeksi virus *corona* dipengaruhi tiga hal yaitu *host*, agen infeksi dan lingkungan. Salah satu faktor yang berperan penting dalam pertahanan tubuh *host* adalah sistem imun. Dalam makalah ini akan dijelaskan mengenai sistem imunitas individu serta peran sistem imun tersebut dalam menghadapi Covid-19.

Kata kunci: Covid-19, imunitas, individu

ABSTRACT

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) is a respiratory infection caused by a new coronavirus, SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Currently, Covid-19 has spread throughout the world, including Indonesia. Covid-19 disease can cause mild to severe symptoms. Corona virus Infection is influenced by three things; host, infectious agent and environment. One faktor that plays an essential role in the defense of the host body is the immune system. In this paper, we will explain the individual's immune system and the part of the immune system in dealing with Covid-19.

Keywords; Covid-19, immune system, individu

PENDAHULUAN

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Penyakit ini ditemukan pertama kali di Wuhan, Cina pada akhir bulan Desember 2019 dan kemudian meluas secara global. Pada tanggal 11 Maret 2020, WHO (World Health Organization) menetapkan penyakit Covid-19 ini sebagai pandemi global karena terdapat 1.942.360 kasus di 185 negara. Kasus Covid-19 ditemukan pertama kali di Indonesia tanggal 2 Maret 2020 di Depok, Jawa Barat.

Per tanggal 1 Juni 2020, jumlah kasus yang terkonfirmasi positif secara global adalah 6.057.853 kasus dengan angka kematian sebanyak 371.166 orang.¹ Sedangkan di Indonesia sebanyak 26.940 kasus yang terkonfirmasi positif, pasien yang sembuh sebanyak 7.637 orang dan pasien yang meninggal sebanyak 1.641 orang.²

KAJIAN TEORI

Infeksi merupakan suatu kondisi penyakit akibat masuknya kuman patogen atau mikroorganisme lain ke dalam tubuh sehingga menimbulkan gejala tertentu. Ada tiga hal yang berpengaruh terhadap proses terjadinya infeksi yaitu *host*, agen infeksi dan lingkungan.

Faktor *Host* Dalam Penyakit Covid-19

Faktor yang memengaruhi *host* sehingga rentan terkena infeksi termasuk Covid-19 di antaranya adalah:

- Usia
- Komorbid (penyakit yang diderita sebelumnya misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kanker, penyakit paru, obesitas)
- Kondisi imunokompromais (misalnya HIV-AIDS, pasien kemoterapi).³

Sistem imun tubuh merupakan hal yang penting dalam pertahanan tubuh *host* saat melawan infeksi. Di dalam tubuh, manusia terdapat dua jenis sistem imun yaitu sistem imun alami (*innate immunity*) dan sistem tubuh adaptif (*adaptive immunity*).⁴

Sistem imun alami memiliki ciri:

- Pertahanan lapis pertama
- Bersifat non spesifik (*antigen independent*)
- Respon imun alamiah dibangkitkan dengan sangat cepat (hitungan detik sampai menit setelah invasi patogen)
- Tidak memiliki sistem memori
- Sel efektor: neutrofil, eosinofil, basofil, sel mast, sel monosit/makrofag, sel dendritik, sel *Natural killer (NK cell)*

Sedangkan sistem imun adaptif memiliki ciri:

- Pertahanan lanjutan
- Bersifat spesifik (*antigen-dependent*)
- Membutuhkan waktu yang lebih lama untuk dibangkitkan
- Memiliki memori sehingga tubuh mampu bereaksi lebih cepat dan lebih efisien saat terpapar ulang dengan antigen yang sama
- Sel efektor: sel limfosit T (*T-helper, T-sitotoksik*), sel limfosit B

Kedua sistem imun tersebut sama-sama berperan aktif dalam membunuh kuman, termasuk virus *corona* yang masuk ke dalam tubuh manusia. Ketika virus menginfeksi sel tubuh, maka antigen virus akan ditangkap oleh sel penyaji antigen dan dipresentasikan oleh sel tersebut sebagai bagian dari sistem imunitas tubuh. Antigen ini dipresentasikan oleh *Major Histocompatibility Complex (MHC*; atau *Human Leukocyte Antigen (HLA)* di manusia) pada permukaan sel penyaji untuk dikenali sel limfosit T sitotoksik untuk kemudian memicu inflamasi untuk membunuh sel yang terinfeksi virus.⁴

Pada kondisi terinfeksi virus *corona*, terjadi gangguan keseimbangan dalam sistem imunitas tubuh yang dapat memberikan gejala penyakit seperti pneumonia. Virus *corona*



utamanya menyerang sel alveoli di paru-paru. Infeksi virus *corona* tersebut akan memicu aktifnya sistem imun dalam tubuh, baik sistem imun alamiah maupun adaptif. Replikasi virus yang banyak akan menyebabkan terjadinya hiperinflamasi sehingga terjadi badai sitokin (interleukin (IL)-1beta, IL-8, IL-6, CXCL-10 dan CCL-2). Kondisi tersebut dapat menimbulkan kerusakan pada jaringan paru sehingga menyebabkan *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) serta kerusakan jaringan tubuh lainnya (multiple organ failure).⁵

Berdasarkan gejala, maka kasus Covid-19 dapat dikelompokkan menjadi tanpa gejala, ringan, sedang, berat dan kritis. Gejala ringan yang ditimbulkan umumnya seperti gejala flu di antaranya demam, batuk, nyeri tenggorokkan dan sesak napas.⁶ Pada kondisi berat, bisa terjadi gagal napas (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) dan kegagalan multi organ yang dapat menyebabkan kematian. Sedangkan pada orang dengan imunokompromais, gejala yang ditimbulkan bisa tidak spesifik.⁵

Faktor Agen Infeksi dalam Penyakit COVID-19

Virus *corona* merupakan virus RNA rantai tunggal yang memiliki penampakan struktur seperti mahkota (*crown*) pada pemeriksaan mikroskop elektron. Virus *corona* yang menyebabkan penyakit Covid-19 adalah SARS-CoV-2 yang termasuk dalam keluarga *Coronaviridae* dan genus *β -coronavirus*, sama seperti virus SARS dan virus MERS. Virus *corona* diduga awalnya ditularkan melalui hewan ke manusia (*zoonosis*). Sumber infeksi dari virus *corona* adalah kelelawar.⁷

Masa inkubasi virus *corona* adalah 1-14 hari. Virus *corona* akan masuk ke dalam tubuh melalui hidung, mata dan mulut. Virus *corona* memiliki protein S yang melekat pada sampul virus berperan untuk berikatan dengan reseptor selular sel target, yaitu ACE2 untuk Sars-CoV-2. Setelah virus memasuki sel, RNA virus akan terlepas ke sitoplasma lalu akan melewati proses transkripsi, translasi dan replikasi. Partikel-partikel pembentuk virus kemudian masuk ke dalam *Endoplasmic Reticulum-Golgi Intermediate Compartment* (ERGIC) untuk kemudian membentuk virus baru. Virus baru

tersebut keluar dari sel untuk kemudian menginfeksi sel yang lain.⁴

Faktor Lingkungan dalam Penyakit Covid-19

Virus *corona* menular secara langsung dari orang ke orang melalui droplet (tetesan air) yang keluar saat bicara, batuk dan bersin. Virus yang keluar melalui droplet dapat menempel di permukaan benda dan dapat menulari orang lain bila orang tersebut menyentuh mata, hidung atau mulut dengan tangan yang berkontak pada benda yang terkontaminasi virus. Di permukaan benda, virus *corona* dapat bertahan hingga tiga jam.⁷

Pertahanan untuk Menghadapi Penyakit COVID-19

Hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko terpapar infeksi virus *corona* di antaranya:

- Menjaga jarak dengan orang lain setidaknya satu meter
- Hindari bepergian ke tempat ramai
- Bila mengharuskan untuk bepergian maka gunakan masker
- Hindari melakukan kontak langsung seperti berjabat tangan
- Biasakan mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir selama 20 detik
- Bila sedang batuk, maka lakukan etika batuk seperti menggunakan masker, menutup hidung dan mulut dengan lengan, tutup hidung dan mulut dengan menggunakan tisu, segera buang tisu di tempat sampah dan cuci tangan.⁸

Hal-hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh di antaranya:

- Istirahat cukup 7-8 jam di malam hari
- Perbanyak asupan sayur dan buah
- Berolahraga secara rutin minimal 30 menit
- Hindari stres
- Hindari konsumsi alkohol dan merokok
- Konsumsi suplemen vitamin (C, B6 dan E) bila perlu.⁸



KESIMPULAN DAN SARAN

Penyakit Covid-19 disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2. Penyakit infeksi ini dipengaruhi oleh *host*, agen infeksi dan lingkungan. Sistem imun berperan dalam melawan infeksi virus *corona*. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh di antaranya adalah dengan istirahat, konsumsi sayur dan buah, berolahraga, hindari rokok dan alkohol serta konsumsi suplemen vitamin.

REFERENSI

1. Novel coronavirus situation report -133 [Internet]. World Health Organization; 2020 Jun. Tersedia pada: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200601-covid-19-sitrep-133.pdf?sfvrsn=9a56f2ac_4
2. Data sebaran kasus Indonesia. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID 19; Juni 2020. Tersedia pada: <https://covid19.go.id/>
3. Isbaniah F, Saputro DD, Sitompul PA, Manalu R, Setyawaty V, Kandun IN, dkk. Pedoman pencegahan dan pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
4. Promptchara E, Ketloy C, Palaga T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccine: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology 2020;38:1-9.
5. Wit ED, Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. Nat reviews microbiology 4 (2016), pp. 523-534
6. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Protokol Tata laksana COVID-19. Edisi 1- April 2020
7. Q&A on coronaviruses (COVID-19) [Internet]. [dikutip 2 Juni 2020]. Tersedia pada: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
8. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Pedoman penanganan cepat medis dan kesehatan masyarakat COVID-19 di Indonesia. Jakarta: Gugus Tugas COVID-19; 2020





Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Orang Sehat dan Tanpa Gejala Selama Pandemi Covid-19

Oleh: Uswatun Hasanah³

Universitas Muhammadiyah, Surabaya

Pengantar

Pada 30 Januari 2020 organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) menetapkan *Corona Virus Disease* sebagai kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia atau *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Hal tersebut dikarenakan munculnya satu wabah penyakit yang disebabkan oleh virus yang berukuran sangat kecil yang dikenal dengan Sars Cov-2 [1]. Apabila virus ini masuk dan menginfeksi saluran pernapasan maka akan menyebabkan kerusakan pada organ pernapasan terutama paru, sehingga penderita akan berisiko mengalami gagal napas dan berujung pada kematian. Penyakit yang diakibatkan oleh infeksi virus ini disebut *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19). Beberapa ahli menyatakan bahwa Covid-19 merupakan penyakit infeksi *self limiting disease*, atau penyakit yang dapat sembuh dengan sendirinya. Namun demikian, yang menjadi perhatian adalah tingkat penyebaran dan penularan virus ini sangat cepat, dengan skala luas dan massal [2].

Tanggal 11 Maret 2020 WHO mengubah status PHEIC menjadi Pandemi. Di Indonesia sendiri laporan kasus konfirmasi positif Covid-19 pertama kali disampaikan pada tanggal 2 Maret 2020. Tak lama berselang setelah temuan kasus pertama kali, Pemerintah Indonesia kemudian menetapkan status darurat bencana Covid-19



[2], hal tersebut dikarenakan hanya dalam hitungan hari jumlah kasus positif di Indonesia semakin banyak dan terus meningkat setiap harinya. Adanya penetapan status pandemi global oleh WHO dan temuan kasus di Indonesia memunculkan berbagai respon dari masyarakat dunia termasuk Indonesia serta menimbulkan kecemasan global akibat bencana wabah Covid-19 tersebut.

Bencana merupakan *stressor* tidak terduga yang dapat menimbulkan respon stres dari individu. Istilah stres digunakan untuk menggambarkan respon manusia terhadap perubahan kehidupan maupun lingkungan hidup yang terjadi di luar prediksi dan harapan manusia [3]. Menurut WHO (2020), munculnya pandemi menimbulkan stres pada berbagai lapisan masyarakat dan saat ini bencana wabah Covid-19 memengaruhi lebih dari 27 negara, menimbulkan kekhawatiran kepanikan yang meluas dan kecemasan yang meningkat pada individu yang menjadi sasaran ancaman (nyata atau yang dirasakan) dari virus [4]. Respon umum manusia terhadap bencana terbagi dalam tiga tahapan yaitu reaksi alarm, kedua perlawanan dan terakhir kelelahan [3]. Pandemi Covid-19 merupakan bencana non alam yang tidak diharapkan dan berdampak pada berbagai aspek kehidupan manusia, diantaranya yaitu kesehatan jiwa dan psikososial masyarakat. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) menyatakan terdapat tiga masalah psikologis utama sebagai dampak dari pandemi yaitu cemas, depresi dan trauma psikologis. Sebagaimana data yang diperoleh dari *website* Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) pada tanggal 04 Oktober 2020 dari 4010 individu yang melakukan *swab* pemeriksaan melalui *website* PDSKJI didapatkan 64,8% mengalami masalah psikologis diantaranya 65% cemas, 62% mengalami depresi dan 75% trauma[5].

Banyak hal yang menjadi pemicu munculnya masalah kesehatan mental selama pandemi Covid-19 di antaranya perubahan situasi, kondisi dan kebiasaan masyarakat pada umumnya, Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) besar-besaran, status sosial ekonomi,

penutupan sarana pendidikan, *lockdown*, isolasi mandiri, protokol kesehatan, beban kerja berlebih yang dialami sebagian besar tenaga kesehatan, diskriminasi dan stigma negatif dari sebagian masyarakat terhadap sebagian lain yang diduga menderita Covid-19. Meningkatnya masalah kesehatan jiwa selama pandemi Covid-19 perlu mendapatkan perhatian dan ditangani secara serius, tidak hanya oleh profesional kesehatan saja, tapi juga oleh seluruh lapisan masyarakat yang ada. Hal tersebut dikarenakan kondisi stres yang dialami individu saat bencana dapat menyebabkan munculnya masalah kesehatan fisik lainnya, sehingga jika selama pandemi Covid-19 individu mengalami stres, maka risiko terpapar atau terinfeksi virus *corona* lebih besar. Adapun upaya meminimalisasi dampak masalah kesehatan mental selama pandemi dapat dilakukan dengan pemberian dukungan kesehatan jiwa dan psikososial (DKJPS).

DKJPS atau yang secara global dikenal dengan istilah *Mental Health and Psychosocial Support* (MHPSS) mengacu pada semua jenis dukungan lokal atau luar yang bertujuan untuk melindungi atau mempromosikan kesejahteraan psikososial atau mencegah atau mengobati gangguan mental [6]. Pada berbagai lembaga kemanusiaan, istilah tersebut digunakan secara luas dan berfungsi sebagai konsep pemersatu yang dapat digunakan oleh para profesional di berbagai sektor. Intervensi MHPSS dapat diimplementasikan dalam program kesehatan & gizi, perlindungan (perlindungan berbasis masyarakat, perlindungan anak) atau pendidikan. Istilah 'masalah MHPSS' dapat mencakup berbagai masalah meliputi masalah sosial, tekanan emosional, gangguan mental umum (seperti depresi dan pasca-trauma gangguan stres), gangguan mental yang parah (seperti psikosis), penyalahgunaan alkohol dan zat, dan cacat intelektual atau perkembangan [7]. Melalui dukungan kesehatan jiwa dan psikososial diharapkan individu, keluarga maupun masyarakat memiliki ketahanan mental dan fisik yang baik, sehingga tidak mudah terinfeksi Covid-19 [3].

Pembahasan

Corona Virus Disease 2019

Coronavirus merupakan kelompok virus yang dapat menyebabkan penyakit mulai dari kondisi ringan, seperti flu, hingga penyakit yang lebih serius seperti pneumonia [8][4]. Beberapa artikel penelitian menyatakan bahwa virus *corona* penyebab penyakit *Coronavirus* 2019 (Covid-19) merupakan virus jenis baru yang sebelumnya tidak pernah ditemukan pada manusia. Patogen di balik wabah SARS-CoV (sindrom pernapasan akut yang parah) di Cina diidentifikasi sebagai virus *corona* [9][4]. Penyakit *Coronavirus Disease* 2019 (Covid-19) adalah pandemi global yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2) [10]. SARS-CoV-2 saat ini (juga disebut sebagai 2019-nCoV), berbagi 79% genomnya dengan SARS-CoV, diidentifikasi lebih mudah ditularkan [11]. Adapun perjalanan penyakit dari Covid-19 ini dimulai dengan proses penularan di mana virus mengaktifkan sel kekebalan dan menginduksi sekresi sitokin inflamasi dan kemokin ke dalam sel endotel pembuluh darah paru. Masa inkubasi rata-rata adalah 14 hari, dengan persentil ke-95 distribusi pada 5,5 hari, meskipun ketidakpastian tetap ada [12]. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penularan Covid-19 terjadi secara efektif antar manusia, meskipun telah ada upaya untuk meminimalisasi terjadinya hal tersebut melalui isolasi mandiri, menjaga jarak aman dan melaksanakan protokol kesehatan lainnya.

Virus *corona* ditularkan melalui udara, dan proses penularan tersebut melalui dua cara, yang pertama yaitu virus menyebar dalam bentuk tetesan, di mana virus *corona* menyebar di udara selama beberapa detik setelah seseorang bersin atau batuk. Ia mampu melakukan perjalanan hanya dalam jarak pendek sebelum gaya gravitasi menariknya ke bawah, sehingga seseorang yang cukup dekat untuk dijangkau partikel virus tersebut dapat terinfeksi dalam waktu yang singkat. Kedua melalui permukaan yang sebelumnya terkena tetesan yang mengandung virus, sehingga siapa saja yang melakukan kontak dengan permukaan tersebut berisiko tinggi

terinfeksi. Hal tersebut dikarenakan *coronavirus* baru ini dapat bertahan di permukaan selama beberapa jam. Oleh karena itu penting untuk mencuci tangan setelah menyentuh permukaan di tempat umum. Ilmuwan Wuhan menyimpulkan bahwa virus aerosol merupakan jalur penularan yang potensial [13].

Individu yang terinfeksi virus *corona* akan mengalami beberapa gejala sebagaimana temuan dalam penelitian Huang dkk. terhadap 41 pasien yang dikonfirmasi terinfeksi Covid-19 pada 2 Januari 2020, yang meliputi 13 kasus ICU dan 28 kasus non-ICU. Lebih dari separuh kasus (66%) telah berasal dari Pasar Grosir Makanan Laut Huanan. Hampir semua pasien memiliki gambaran dasar paru bilateral pada pencitraan tomografi komputer. Adapun gejala awal termasuk demam (98%), batuk (76%), dispnea (55%), mialgia atau kelelahan (44%), produksi sputum (28%), sakit kepala (8%), hemoptisis (5%), dan diare (3%). Hanya satu pasien yang tidak menunjukkan demam pada tahap awal penyakit. Dua belas (29%) kasus berkembang menjadi sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS), 5 (12%) mengalami cedera jantung akut, 3 (7%) mengalami cedera ginjal akut (AKI), dan 3 (7%) mengalami syok. Pada tanggal penghentian data, 28 (68%) pasien dipulangkan dan 6 (15%) meninggal. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pria yang lebih tua dengan penyakit penyerta akibat fungsi kekebalan yang lebih lemah adalah yang paling rentan terhadap kejadian Covid-19 [14][13].

Pandemi Covid-19 dan Masalah Kesehatan Mental

Bencana maupun krisis kemanusiaan yang kompleks dapat berdampak secara signifikan terhadap kesehatan psikologis dan kualitas hidup orang-orang yang terkena dampak seperti individu yang terinfeksi virus, individu yang dikarantina, sistem sosial ekonomi, serta individu yang berada pada tatanan sistem pelayanan kesehatan profesional dan dampak psikologis tersebut dapat tetap berlangsung dalam jangka waktu yang lama bahkan setelah krisis usai [15][16][17][18]. Situasi pandemi Covid-19 saat ini merupakan *stressor* tersendiri bagi masyarakat luas. Rasa



takut dan cemas terhadap suatu penyakit dapat menimbulkan stigma sosial terhadap orang, tempat, atau benda. Misalnya, stigma dan diskriminasi dapat terjadi pada orang dengan suatu penyakit, seperti Covid-19, dalam suatu populasi atau negara, meskipun tidak semua orang termasuk dalam populasi tersebut atau wilayah yang secara khusus berisiko terkena penyakit tersebut. Sangat jelas bahwa stigma menyakiti semua orang dengan menimbulkan rasa takut atau marah terhadap orang lain [4]. Fakta yang kita saksikan saat ini bahwa pandemi Covid-19 memengaruhi semua aspek kehidupan manusia di berbagai belahan dunia mulai dari sekolah, tempat kerja, olahraga, tempat makan, pekerjaan kita, dan hubungan sosial. Semua perubahan yang terjadi secara tiba-tiba dan dalam jangka waktu yang lama dapat memberikan tekanan secara psikologis sehingga berisiko memunculkan masalah kesehatan mental seperti stres, kecemasan, depresi, kesepian dan respons stres pasca trauma.

Masalah kesehatan seperti stres dan depresi terbukti memiliki dampak secara biologis terhadap tubuh salah satunya yaitu menurunnya sistem kekebalan tubuh dan dapat mempercepat proses inflamasi [4], [19]. Selain stres yang dapat memengaruhi tubuh secara fisiologis, sebaliknya virus *corona* secara langsung dapat memengaruhi otak dan mengakibatkan kondisi kesehatan mental seperti stres, kecemasan, atau depresi [4]. Masyarakat dapat terpengaruh oleh Covid-19 secara psikologis dikarenakan terpisah dari orang yang dicintai akibat karantina dan perawatan, sakit dan kematian anggota keluarga. Selain itu petugas kesehatan menghadapi beban kerja yang tinggi dengan *stressor* yang meningkat. Selanjutnya individu yang terkait dengan Covid-19, baik masyarakat umum yang dinyatakan positif corona maupun petugas kesehatan yang merawat pasien Covid-19 rentan terhadap stigma sosial, yang kemudian memperburuk keadaan. Stigma sosial tersebut kemudian menyebabkan individu dan keluarga terisolasi dari lingkungan sosialnya. Masalah kesehatan mental pada individu yang terkena dampak langsung Covid-19 meliputi, peningkatan kecemasan terhadap diri sendiri dan orang lain, gangguan psikologis,

isolasi sosial, gangguan pekerjaan atau studi, dampak pada rutinitas dan fungsi harian yang normal. Faktanya tidak semua individu mengalami ketakutan, penderitaan dan masalah kesehatan mental akibat wabah Covid-19. Namun setiap individu tetap memiliki risiko yang sama untuk mengalaminya jika tidak memiliki coping yang baik. Kebanyakan orang akan berupaya mengelola masalah kesehatan mental yang dialami melalui dukungan keluarga, teman maupun orang terdekat. Sebagian yang lain kemungkinan akan membutuhkan bantuan ekstra yang berasal dari tenaga kesehatan profesional maupun terapis untuk menjaga agar semuanya tetap berada pada jalurnya.

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) atau yang secara global dikenal dengan istilah *Mental Health and Psychosocial Support* (MHPSS) mengacu pada semua jenis dukungan lokal atau luar yang bertujuan untuk melindungi atau mempromosikan kesejahteraan psikososial atau mencegah atau mengobati kondisi kesehatan mental [6]. Sistem kemanusiaan global menggunakan istilah MHPSS untuk menyatukan berbagai aktor yang merespon keadaan darurat seperti wabah Covid-19, termasuk mereka yang bekerja dengan pendekatan biologis dan pendekatan sosiokultural di bidang kesehatan, sosial, pendidikan dan komunitas, serta ‘menggaris bawahi perlunya pendekatan yang beragam dan saling melengkapi dalam memberikan dukungan yang sesuai [20]. DKJPS mengintegrasikan pendekatan biologis, psikologis, dan sosiokultural di bidang kesehatan, sosial, pendidikan dan komunitas, serta untuk menekankan perlunya pendekatan-pendekatan yang beragam dan saling melengkapi dari berbagai profesi dalam memberikan dukungan yang sesuai. DKJPS dalam Situasi Kedaruratan mengedepankan berbagai tingkatan intervensi agar diintegrasikan dalam kegiatan respon pandemi [6].

Adapun tingkatan intervensi disesuaikan dengan cakupan kebutuhan kesehatan jiwa dan psikososial yang dicantumkan dalam piramida intervensi, di mana pada dasar piramida



diletakkan pertimbangan sosial dalam layanan dan keamanan dasar, selanjutnya secara berurutan yaitu memperkuat dukungan masyarakat dan keluarga, dukungan non spesialis terfokus (orang ke orang), dan sampai ke puncak piramida adalah layanan spesialis [20]. Selama pelaksanaan DKJPS terdapat 6 prinsip inti yang harus diperhatikan yaitu 1) hak asasi manusia dan kesetaraan untuk semua orang yang terkena dampak dijamin, terutama melindungi mereka yang berisiko tinggi mengalami pelanggaran hak asasi manusia, 2) partisipasi penduduk lokal yang terkena dampak dalam semua aspek respon kemanusiaan, 3) tidak membahayakan kesejahteraan dan keberadaan fisik, sosial, emosional, mental dan spiritual, 4) Membangun sumber daya dan kapasitas, 5) Sistem pendukung terintegrasi, 6) dukungan berlapis-lapis, mengakui bahwa orang-orang dipengaruhi oleh krisis dalam berbagai cara dan membutuhkan berbagai jenis dukungan [15].

Intervensi dukungan kesehatan jiwa dan psikososial dapat dilakukan pada orang sehat dengan peningkatan imunitas melalui promosi kesehatan yang terdiri dari peningkatan imunitas fisik maupun jiwa. Melaksanakan protokol kesehatan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan baik fisik maupun jiwa. Adapun cara pencegahan masalah kesehatan jiwa di antaranya yaitu dengan tidak bersikap reaktif, sebaliknya individu harus bersikap responsif. Melakukan pencegahan masalah kesehatan jiwa dalam keluarga dengan melakukan kegiatan yang konstruktif. Upaya pencegahan juga harus dilakukan sekolah dengan cara mengembangkan metode dan media belajar yang menarik dan tidak membosankan. Selain dilakukan pada diri sendiri, keluarga, juga sekolah, upaya pencegahan juga dilakukan di lingkungan kerja dengan membuat jadwal bekerja yang fleksibel, sehingga membuat lebih nyaman dalam bekerja untuk mencegah penurunan imunitas karyawannya.

DKJPS pada orang tanpa gejala juga penting untuk dilakukan, hal tersebut dikarenakan Seseorang yang tidak bergejala dan memiliki risiko tertular dari orang konfirmasi Covid-19. Orang Tanpa Gejala (OTG) memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi Covid-19. Adapun peningkatan imunitas jiwa pada OTG yaitu

dengan melakukan upaya promotif kesehatan jiwa yang meliputi; 1) mengurangi *stressor* yang berasal dari media sosial dan pemeritaan yang tidak dapat dibuktikan kebenarannya. 2) melakukan relaksasi fisik dengan napas dalam, olahraga rutin dan *Progressive Muscle Relaxation* (Relaksasi Otot Progresif) serta olahraga rutin. 3) berpikir positif dengan melakukan afirmasi/ *Positive self talk*, hipnotis 5 jari, dan penghentian pikiran. 4) mempertahankan dan meningkatkan hubungan interpersonal dengan cara saling menyapa, memberi pujian atau penghargaan dan harapan, berbagi cerita positif, berbagi perasaan dan pikiran pada orang yang dapat dipercaya, mempertahankan dan meningkatkan komunikasi antar anggota keluarga dengan kasih sayang, rasa hormat dan saling menghargai dalam keluarga, membangun jaringan sosial dalam memenuhi kebutuhan dasar di antaranya pangan, sandang, dan papan [2], [6].

Jika dengan cara di atas tidak dapat teratasi dapat menghubungi tim kesehatan jiwa di antaranya psikiater, psikolog klinis, psikolog, perawat jiwa, ahli kesehatan masyarakat, pekerja sosial dan relawan jiwa untuk penanganan lebih lanjut.

Penutup

Berdasarkan uraian di atas virus *corona* merupakan jenis virus yang menyebabkan munculnya pandemi Covid-19. Penyakit ini menyebabkan terjadinya infeksi pada saluran pernapasan yang dapat membuat penderitanya mengalami gagal napas atau ARDS bahkan sampai meninggal dunia. Situasi pandemi atau bencana wabah juga menyebabkan terjadinya peningkatan masalah kesehatan mental, sehingga dibutuhkan upaya pencegahan melalui dukungan kesehatan jiwa dan psikosial sehingga dapat menghindari terjadinya masalah kesehatan jiwa dan psikosial, serta mendeteksi dan memulihkan masalah kesehatan jiwa dan psikosial yang terjadi selama pandemi Covid-19.



Rujukan

- [1] J. Tomlin, B. Dalgleish-Warburton, and G. Lamph, "Psychosocial Support for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemi," *Front. Psychol.*, vol. 11, no. August, pp. 1–7, 2020, doi: 10.3389/fpsyg.2020.01960.
- [2] D. Keliat, B. A., *Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial COVID-19 : Keperawatan Jiwa*, Jakarta. Perpustakaan Nasional : Katalog dalam terbitan (KDT).
- [3] B. A. Keliat and T. Marlina, *Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Keperawatan Jiwa*. 2018.
- [4] G. STANKOVSKA, I. MEMEDI, and D. DIMITROVSKI, "Coronavirus Covid-19 Disease, Mental Health and Psychosocial Support," *Soc. Regist.*, vol. 4, no. 2, pp. 33–48, 2020, doi: 10.14746/sr.2020.4.2.03.
- [5] Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, "5 bulan Pandemi Covid-19 di Indonesia," <http://pdskji.org/home>, 2020. [Online]. Available: <http://pdskji.org/home>.
- [6] P. Dukungan, K. Jiwa, D. A. N. Psikososial, and P. Covid-, "Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2020," 2020.
- [7] Y. Kato, H. Uchida, and M. Mimura, "Mental Health and Psychosocial Support," *Keio J. Med.*, vol. 61, no. 1, pp. 15–22, 2012.
- [8] N. Chen *et al.*, "Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, Cina: a descriptive study," *Lancet*, vol. 395, no. 10223, pp. 507–513, 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
- [9] M. Chan-yeung and R. Xu, "SARS : epidemiology CUMULATIVE NUMBER OF CASES AND DEATHS IN VARIOUS COUNTRIES IN," *Respirology*, vol. 8, pp. S9–S14, 2003.
- [10] K. G. Andersen, A. Rambaut, W. I. Lipkin, E. C. Holmes, and R. F. Garry, "The proximal origin of SARS-CoV-2," *Nat. Med.*, vol. 26, no. 4, pp. 450–452, 2020, doi: 10.1038/s41591-020-0820-9.

- [11] P. D. Lan T. Phan, P. D. Thuong V. Nguyen, M.D., M. D. Quang C. Luong, M. D. Thinh V. Nguyen, B. S. Hieu T. Nguyen, and C. R. Hospital, "Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam," 2020.
- [12] A. Shechter *et al.*, "Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic," *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 66, no. May, pp. 1–8, 2020, doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007.
- [13] F. Jiang, L. Deng, L. Zhang, Y. Cai, C. W. Cheung, and Z. Xia, "Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)," vol. 2019, pp. 1545–1549, 2020, doi: 10.1007/s11606-020-05762-w.
- [14] C. Huang *et al.*, "Articles Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan , Cina," pp. 497–506, 2020.
- [15] "Iasc Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings."
- [16] G. Lijun Kang, Yi Li, Shaohua Hu, Min Chen, Can Yang, Bing Xiang Yang, Ying Wang, Jianbo Hu, Jianbo Lai, Xiancang Ma, Jun Chen, Lili Guan, "The mental health of medical workers in Wuhan, Cina dealing with the 2019 novel coronavirus," vol. 7, no. January, 2020, doi: Published Online February 5, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X).
- [17] C. H. N. Yu-Tao Xiang, Yuan Yang, Wen Li, Ling Zhang, Qinge Zhang, Teris Cheung, "Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed Published," vol. 7, no. February, 2020, doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).
- [18] S. D. Shijo John Joseph, P Gunaseelan, Samrat Singh Bhandari, "How the novel coronavirus (COVID-19) could have a quivering impact on mental health? Shijo," *Open J Psychiatry Allied Sci.*, vol. 11, no. 2, pp. 135–136, 2020, doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.040.



- [19] R. L. Colebunders, "Control of Communicable Diseases Manual, 19th Edition Control of Communicable Diseases Manual, 19th Edition Edited by David L. Heymann Washington, DC: American Public Health Association, 2008. 746 pp. \$45.00 (hardcover).," *Clin. Infect. Dis.*, vol. 49, no. 8, pp. 1292–1293, 2009, doi: 10.1086/605668.
- [20] Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, "Briefing Note on Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak," no. Feb, pp. 1–20, 2020.

Bagaimana Mengukur Ranah Afektif di Era *New Normal Learning*?

Oleh: M Arfan Mu'ammad

Pengantar

Berbicara tentang hasil belajar, tentu tidak lepas dari penilaian tiga ranah pembelajaran, yaitu kognitif, afektif dan psikomotorik.

Hingga saat ini, evaluasi yang sering dilakukan oleh sekolah atau lembaga pendidikan adalah evaluasi ranah kognitif. Ranah afektif dan psikomotorik jarang dievaluasi. Kalaupun dievaluasi, hasil penilaiannya tidak menjadi pertimbangan kenaikan kelas peserta didik.

Anggap saja misalkan, ada seorang anak yang evaluasi kognitifnya sangat bagus, bahkan selalu menduduki ranking pertama di kelasnya. Tapi anak tersebut memiliki perangai yang tidak bagus, terlibat anarkisme, tawuran, bahkan narkoba. Kirakira apakah sekolah berani memberi keputusan untuk tidak naik kelas berdasarkan pertimbangan aspek afektif tersebut?

Saya rasa kok hampir semua sekolah tidak berani melakukan, mungkin ada yang berani, tapi sangat sedikit. Maka tidak heran, jika persoalan karakter menjadi hal yang masih sangat perlu diperbaiki. Padahal dalam pasal 25 (4) Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan menjelaskan bahwa kompetensi lulusan mencakup sikap, pengetahuan dan keterampilan.

Ada gagasan yang menarik yang disampaikan Prof. Muhadjir Effendy ketika menjabat sebagai menteri pendidikan kala itu. Beliau menyampaikannya di kantor Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Jawa Timur, Pak Muhadjir mengatakan bahwa Kemendikbud sedang menggagas portofolio peserta didik secara *online*. Apa yang dimaksud dengan portofolio peserta didik ini?

Portofolio peserta didik ini adalah semacam bank data peserta didik, *track record* peserta didik selama menjadi siswa di sekolah. Mulai dari prestasi-prestasi peserta didik di bidang akademik, prestasi kejuaraan atau olimpiade, keaktifan siswa di OSIS, bahkan pelanggaran-pelanggaran afektif siswa seperti tawuran, narkoba, tidak disiplin, melawan guru akan ter-*record* semua dengan baik.

Dengan adanya portofolio anak secara *online* tersebut, anak akan berpikir ulang jika akan melakukan pelanggaran afektif. Dan portofolio peserta didik tersebut akan dapat digunakan oleh perusahaan atau lembaga yang akan merekrut karyawan atau pekerja. Misalkan, ada sebuah perusahaan yang ingin mencari seorang manajer, tinggal *search* saja pelamar yang sedang melamar di perusahaan itu apakah memiliki *track record* dalam kepemimpinan? seperti menjadi ketua panitia, ketua OSIS dan sebagainya.

Demikian juga jika sebuah perusahaan ingin mengetahui integritas dan kejujuran dari seorang calon karyawan di tempatnya, tinggal klik saja portofolio pelamar tersebut semasa dia sekolah, adakah catatan ketidak jujurannya selama di sekolah, itu akan menjadi pertimbangan yang sangat berharga bagi lembaga atau perusahaan.

Namun hingga kini, saya belum tahu perkembangan portofolio peserta didik itu, apakah sedang dikerjakan atau hanya sekedar wacana?

Itu adalah gambaran penilaian afektif di tingkat sekolah, lantas bagaimana penilaian afektif di tingkat perguruan tinggi? Masih dilematis, bagaimana menilai dan mengajarkan ranah afektif atau pendidikan karakter di perguruan tinggi. Pengajaran pendidikan karakter antara diajarkan dalam bentuk sebuah mata kuliah mandiri atau *include* di setiap mata kuliah, masih menjadi perdebatan.

Di tingkat sekolah, penanaman nilai afektif sebenarnya sudah masuk terintegrasi di setiap pelajaran, seperti: mata pelajaran kewarganegaraan, nilai afektif yang ditanamkan adalah pembentukan karakter bangsa yang adaptif terhadap keberagaman, mampu

berpikir kritis dan memiliki kepedulian yang tinggi terhadap lingkungan sosial, politik, ekonomi, budaya dan keamanan, serta mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Mata pelajaran Bahasa Indonesia misalkan, nilai afektif yang diajarkan adalah santun dalam berkomunikasi, responsif dalam mendengarkan dan mampu menyampaikan pendapat/pertanyaan sesuai dengan kaidah berbahasa Indonesia yang baik dan benar, serta gemar dalam membaca.

Mata pelajaran matematika, fisika, kimia dan biologi, di dalamnya mengajarkan nilai afektif seperti ketelitian, ketekunan, dan kemampuan memecahkan masalah secara logis dan sistematis. Sedangkan mata pelajaran sejarah, geografi, sosiologi dan antropologi, menanamkan semangat kebangsaan, cinta tanah air, kebersamaan/kekeluargaan, semangat perjuangan dan kompetisi, menghargai perbedaan, menghargai budaya dan karya artistik bangsa, menghargai kekayaan alam ciptaan Tuhan.

Adapun mata pelajaran ekonomi mengajarkan kemampuan memecahkan masalah yang berkaitan dengan ekonomi, menanamkan sikap teliti, jujur dan memiliki jiwa kewirausahaan. Sedangkan mata pelajaran seni budaya menanamkan kepekaan rasa toleransi, menghargai/mengapresiasi karya seni dan daya kreatifitas. Dan masih banyak lagi mata pelajaran yang di dalamnya memang sudah terselip nilai-nilai afektif yang harus ditanamkan kepada siswa. Artinya, pendidikan karakter sebenarnya bukan berdiri sendiri dalam satu mata pelajaran, akan tetapi ia *include* di setiap mata pelajaran dan menjadi tanggung jawab setiap guru yang ada di sekolah, bukan hanya guru mata pelajaran tertentu saja.

Karena, karakter tentunya bukan hanya pengetahuan yang harus ditanam dalam benak siswa, tapi ia adalah sebuah sikap yang juga harus melekat di setiap perilaku mahasiswa.

Pembahasan

Yang menjadi persoalan saat ini adalah bagaimana menilai sikap siswa di era *new normal learning*? Jika di masa normal, tentu



seorang pendidik akan dengan mudah melakukan pengamatan terhadap perilaku anak didik, tapi di era *new normal learning* ini, tentu akan pengamatan terhadap perilaku tersebut tidak mudah untuk dilakukan.

Ada dua jenis penilaian dalam mengukur ranah afektif siswa: yang pertama adalah laporan diri oleh siswa atau mahasiswa yang biasanya dilakukan dengan pengisian angket dan yang kedua pengamatan sistematis yang dilakukan oleh guru atau dosen terhadap afektis siswa atau mahasiswa dan perlu lembar pengamatan (Scott, Shelleyann,. Donald E. Scott, Charles F. Webber: 2016). Mari kita bahas satu persatu dari dua jenis penilaian tersebut:

Laporan Diri

Dalam membuat dan mengembangkan instrumen afektif, terdapat 11 langkah yang harus ditempuh yaitu: menentukan spesifikasi instrumen, menulis instrumen, menentukan skala instrumen, menentukan pedoman pen-skoran, menelaah instrumen, merakit instrumen, melakukan uji coba, menganalisis hasil uji coba, menyempurnakan instrumen, melaksanakan pengukuran, dan menafsir hasil pengukuran (Firdaos, Rijal: 2017).

Penggunaan skalanya bisa menggunakan skala Thurstone atau skala Likert atau skala Beda Semantik (McCoach, D. Betsy,. Robert K Gable, John P. Madura: 2013). Namun, skala yang seringkali digunakan adalah skala Likert. Berikut akan saya beri contoh kisi-kisi instrumen afektif dengan menggunakan penilaian diri:

Program Studi	: Pendidikan Agama Islam
Mata Kuliah	: Materi PAI
Teknik Penilaian	: Penilaian Diri
Bentuk Penilaian	: Kuesioner
Jumlah soal/waktu	: 10 menit

No	Indikator	Jumlah Butir	Pertanyaan/ Pernyataan	Skala
1.	Siswa mampu menampilkan sikap positif terhadap pelajaran materi PAI	6	Saya senang membaca buku Pendidikan Agama Islam	
			Tidak semua orang harus belajar Pendidikan Agama Islam	
			Saya jarang bertanya pada guru tentang Pendidikan Agama Islam	
			Saya tidak senang pada tugas mata kuliah materi PAI	
			Saya berusaha mengerjakan soal Pendidikan Agama Islam sebaik-baiknya	
			Memiliki buku Pendidikan Agama Islam penting untuk semua peserta didik	

Keterangan:

1 : Sangat Tidak Setuju

2 : Tidak Setuju

3 : Setuju

4 : Sangat Setuju

Namun, sebelum menyebar angket atau kuesioner kepada responden, instrumen tersebut harus dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya. Adapun penjelasan uji validitas dan reliabilitas akan dijelaskan pada pengamatan sistematis di sub berikutnya.

Dalam penilaian laporan diri, tentu adaptasinya pada era *new normal learning* tidak begitu susah, karena hanya pengisian kuesioner yang bisa diadaptasi dengan menggunakan Google Form atau aplikasi *online* yang lain. Yang perlu dan butuh adaptasi yang tidak mudah adalah penilaian dalam bentuk pengamatan sistematis, sebagaimana yang akan kita bahas di bawah ini.

Pengamatan Sistematis

Penilaian yang kedua adalah penilaian dalam bentuk pengamatan sistematis yang dilakukan oleh guru kepada siswa. Jika kuesioner keterlibatan siswa cukup tinggi, maka pada observasi, keterlibatan guru yang sangat tinggi, penilaian siswa bergantung pada hasil pengamatan guru atau dosen.

Sebelum melakukan pengamatan, seorang guru atau dosen tentu harus membuat instrumen atau pedoman pengamatan atau observasi. Berikut penulis sampaikan contoh Pedoman Pengamatan atau Observasi aktifitas belajar peserta didik (Firdaos, Rijal: 2017):

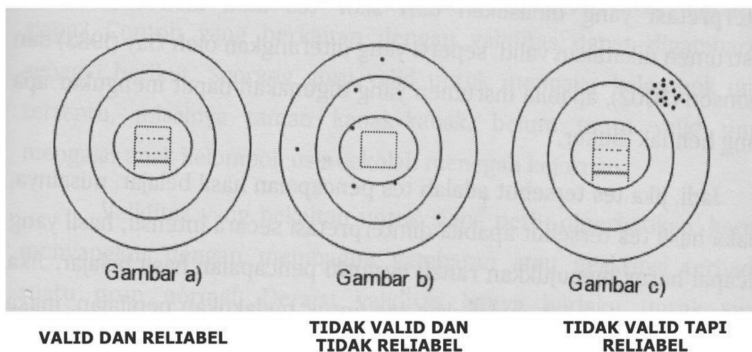
1.	Antusias Peserta Didik dalam Mengikuti Pembelajaran
a	Peserta didik memperhatikan penjelasan guru
b	Peserta didik tidak mengerjakan pekerjaan lain
c	Peserta didik spontan bekerja apabila diberi tugas
d	Peserta didik tidak terpengaruh situasi di luar kelas
2.	Interaksi siswa dengan guru
a	Peserta didik bertanya kepada guru
b	Peserta didik menjawab pertanyaan guru
c	Peserta didik memanfaatkan guru sebagai narasumber
d	Peserta didik memanfaatkan guru sebagai fasilitator
3.	Interaksi antar peserta didik
a	Peserta didik bertanya kepada teman dalam satu kelompok

b	Peserta didik menjawab pertanyaan teman dalam satu kelompok
c	Peserta didik bertanya kepada teman dalam kelompok lain
d	Peserta didik menjawab pertanyaan teman dalam kelompok lain
4.	Kerjasama kelompok
a	Peserta didik membantu teman dalam kelompok yang menjumpai masalah
b	Peserta didik meminta bantu kepada teman, jika mengalami masalah
c	Peserta didik mencocokkan jawaban/konsepsinya dalam satu kelompok
d	Adanya pembagian tugas dalam kelompok
5.	Aktifitas Peserta didik dalam kelompok
a	Peserta didik mengemukakan pendapatnya
b	Peserta didik menanggapi pertanyaan/pendapat teman sejawat
c	Peserta didik mengerjakan tugas kelompok
d	Peserta didik menjelaskan pendapat/pekerjaannya

Akan tetapi, instrumen penelitian di atas, baik penilaian diri maupun pengamatan sistematis, harus dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya. Instrumen tersebut harus valid, artinya ia harus tepat sasaran, ranah afektif terkait apa yang diteliti, pertanyaan-pertanyaan yang diajukan harus sesuai dengan yang diinginkan. Selain valid, sebuah instrumen juga harus reliabel, artinya harus konsisten, pertanyaan yang diajukan harus konsisten pada materi yang akan digali, bukan pertanyaan-pertanyaan yang ke sana-ke mari keluar dari konteks bahasan.

Untuk melihat gambaran validitas dan reliabilitas, dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

VALIDITAS DAN RELIABILITAS



Pada gambar (a) dipaparkan sebuah instrumen yang valid (tepat sasaran) dan reliabel (konsisten), terlihat dari titik yang pas pada di tengah yang artinya tepat sasaran dan tidak ada yang keluar dari garis tengah yang artinya reliabel atau konsisten. Sedangkan pada gambar (b) menunjukkan sebuah instrumen yang tidak valid dan tidak reliabel, karena titik yang terlihat menyebar ke seluruh sisi. Dan pada gambar (c) menggambarkan instrumen yang tidak valid karena keluar dari garis, tetapi reliabel (konsisten) karena titiknya berkumpul dalam satu tempat (Firdaos, Rijal: 2017).

Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya, seorang guru atau dosen baru bisa melakukan observasi dengan panduan atau pedoman yang sudah tertera di atas, maka hasil observasinya dituangkan dalam tabel sebagaimana berikut:

No. Obyek	Deskriptor / Indikator												Skor					
	1			2			3			4				5				
	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d		a	b	c	d	
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		

Contoh Pengembangan Instrumen Penilaian Afektif

Berikut ini, akan penulis sampaikan contoh pengembangan instrumen penilaian afektif, yaitu pada penilaian religiusitas peserta didik.

Sebelum kita menyusun instrumen, maka perlu ditentukan terlebih dahulu dimensi dan indikator dari religiusitas. Maka pada contoh di bawah ini, penulis membuat bagan dimensi dan indikator dari religiusitas.

No	Dimensi	Indikator
1	Keyakinan	Berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu
		Mengakui kebenaran doktrin tertentu
		Menerima kebenaran Tuhan
		Menerima keberadaan malaikat
		Menerima keberadaan nabi
		Menerima keberadaan surga
		Menerima keberadaan neraka
2	Pengetahuan	Pengetahuan mengenai dasar-dasar keyakinan
		Pengetahuan mengenai ritus-ritus
		Pengetahuan mengenai tradisi-tradisi
		Pengetahuan mengenai kitab suci
		Pengetahuan mengenai perintah agama
		Pengetahuan mengenai larangan agama
3.	Praktik keagamaan	Melakukan kewajiban ritual
		Mentaati terhadap perintah agama
		Komitmen terhadap agama yang diyakini
4.	Pengalaman	Perasaan dekat dengan tuhan
		Perasaan khusuk ketika beribadah
		Perasaan doa-doanya terkabul
		Perasaan bersyukur kepada Tuhan

5.	Implikasi	Implikasi keyakinan keagamaan
		Implikasi praktik
		Implikasi pengalaman

Dari lima dimensi dan 22 indikator, lalu kita susun pertanyaan atau pernyataan dari setiap indikator. Untuk lebih jelasnya, bisa dilihat pada tabel di bawah ini:

No	Dimensi	Indikator	No. Butir	Jumlah Butir
1	Keyakinan	Berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu	1, 2, 3	3 butir
		Mengakui kebenaran doktrin tertentu	4, 5, 6, 7	4 butir
		Menerima kebenaran Tuhan	8, 9, 10, 11	4 butir
		Menerima keberadaan malaikat	12, 13, 14	3 butir
		Menerima keberadaan nabi	15, 16, 17	3 butir
		Menerima keberadaan surga	18, 19, 20	3 butir
		Menerima keberadaan neraka	21, 22, 23, 24	4 butir
2	Pengetahuan	Pengetahuan mengenai dasar-dasar keyakinan	25, 26, 27, 28	4 butir
		Pengetahuan mengenai ritus-ritus	29, 31, 31	3 butir
		Pengetahuan mengenai tradisi-tradisi	32, 33, 34	3 butir
		Pengetahuan mengenai kitab suci	35, 36, 37	3 butir



		Pengetahuan mengenai perintah agama	38, 39, 40, 41	3 butir
		Pengetahuan mengenai larangan agama	42, 43, 44, 45	4 butir
3.	Praktik keagamaan	Melakukan kewajiban ritual	46, 47, 48	3 butir
		Mentaati terhadap perintah agama	49, 50, 51, 52	4 butir
		Komitmen terhadap agama yang diyakini	53, 54, 55	3 butir
4.	Pengalaman	Perasaan dekat dengan Tuhan	56, 57, 58	3 butir
		Perasaan khusuk ketika beribadah	59, 60, 61	3 butir
		Perasaan doa-doanya terkabul	62, 63, 64	3 butir
		Perasaan bersyukur kepada tuhan	65, 66, 67, 68	4 butir
5.	Implikasi	Implikasi keyakinan keagamaan	69, 70, 71, 72	4 butir
		Implikasi praktik	73, 74, 75, 76	4 butir
		Implikasi pengalaman	77, 78, 79, 80	4 butir

Di kolom atas, terdapat no butir pertanyaan atau pernyataan, artinya indikator “Berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu” terdapat 3 butir soal yang membahas pernyataan atau pertanyaan tersebut, yaitu pada butir soal no. 1, 2 dan 3.

Akan tetapi, dari 80 butir soal di atas, maka perlu dilakukan penyaringan menjadi cukup 40 butir soal saja. Untuk mengeliminasi butir soal yang tidak terpakai, menggunakan nilai S dan Q. Nilai S adalah Median atau skala nilai suatu pernyataan atau pertanyaan.

Sedangkan nilai Q adalah ukuran variansi distribusi penilaian dari 50% kelompok penilai terhadap suatu pernyataan (Firdaos, Rijal: 2017).

Maka setelah dilakukan penyaringan butir pernyataan atau pertanyaan, maka akan tampak sebagaimana tabel di bawah ini:

No	Dimensi	Banyak Butir	Nomor Lama	Nomor Baru
1	Keyakinan	24 butir	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
2	Pengetahuan	20 butir	25, 26, 27, 28, 29, 31, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45.	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
3	Praktik	10 butir	46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55.	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.
4	Pengalaman	13 butir	56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68.	26, 27, 28, 29, 31, 31, 32, 33.
5	Implikasi	12 butir	69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80.	34, 35, 36, 37, 38, 39, 40.

Pada kolom di atas, terdapat nomor butir lama, artinya ketika belum dilakukan penyaringan, dan di sebelahny ada kolom butir baru, ketika setelah dilakukan penyaringan.

Setelah instrumen penilaian afektif tersebut jadi, maka bagaimana mengukurnya pada era *new normal learning*?

Adaptasi Observasi di Era *New Normal Learning*

Sebagaimana yang saya jelaskan di atas, untuk pengukuran ranah afektif menggunakan penilaian diri, adaptasinya tidak begitu susah karena hanya mengalihkan kuesioner yang biasanya dilakukan *offline* ke kuesioner yang berbentuk *online*.

Namun, yang menjadi sedikit tidak mudah adaptasinya adalah pada pengamatan sistematis, karena kita mengamati sesuatu yang tidak tampak. Maka peneliti tidak bisa berjalan sendiri, ia harus melibatkan banyak hal, setidaknya ada empat komponen yang harus dilibatkan dalam pengamatan sistematis ranah afektif di era *new normal learning*, yaitu: pelibatan orang tua, pelibatan teman sejawat, pelibatan masyarakat sekitar dan pelibatan media sosial peserta didik. Sebagaimana yang terlihat pada gambar di bawah ini:



Yang *pertama* adalah pelibatan orang tua: dalam konteks era *newnormallearning*, tentu peserta didik lebih banyak menghabiskan waktu di rumah, dan orang yang selalu mengamati gerak-gerik peserta didik di rumah tentunya adalah orang tua. Maka dalam hal ini, observasi peserta didik pada era *new normal learning*, mau atau tidak, harus melibatkan orang tua dalam mengobservasi perilaku mereka selama di rumah. Tentu orang tua diberi pedoman observasi terkait hal apa yang perlu diamati. Misalnya saja terkait

disiplin dalam menjalankan salat lima waktu, menghormati orang tua, disiplin mengerjakan tugas sekolah dan sebagainya.

Pelibatan yang *kedua* adalah pelibatan teman sejawat, walaupun di masa *new normal learning*, peserta didik jarang bertemu dengan temannya, tapi setidaknya mereka tetap menjalin komunikasi, minimal secara *online*. Kenapa harus teman sejawat? karena seseorang dengan temannya itu identik, bahkan ada pepatah yang mengatakan, “jika ingin mengetahui seseorang itu jangan tanya kepada yang bersangkutan, tetapi tanya kepada temannya, karena seseorang dengan temannya itu identik”. Contoh sederhanya adalah ketika kita punya hobi memelihara burung misalkan, maka kita akan berteman dengan orang-orang yang suka memelihara burung. Atau kita suka dengan dunia tulis menulis misalnya, maka kita juga akan mencari orang-orang yang suka dunia tulis menulis dan sebagainya.

Yang *ketiga* adalah pelibatan masyarakat sekitar, dalam tri pusat pendidikan, faktor lingkungan menjadi salah satu penentu dalam pembentukan perilaku anak didik, selain sekolah dan rumah. Maka pelibatan lingkungan ini menjadi penting dalam mengobservasi perilaku peserta didik.

Yang *keempat* yaitu pelibatan media sosial peserta didik. Di era yang serba digital ini, media sosial menjadi representasi perilaku seseorang, kalau ada istilah “*you are what you eat*” maka di era media sosial sangat relevan jika dikatakan “*you are what you speak or write*”, artinya tulisan atau status yang kita buat di media sosial, itu sebenarnya merepresentasikan diri kita. Maka menjaga lisan atau dalam konteks media sosial itu menjaga jari-jemari menjadi sesuatu yang sangat penting, maka di era media sosial ini, istilah “mulutmu harimaumu” sangatlah benar adanya. Lantas aspek apa yang diamati dan bagaimana meneliti di media sosial?

Ada empat aspek yang perlu diamati dalam diri peserta didik, yaitu: sikap, minat, konsep diri, nilai dan moral. Pengamatannya dilakukan melalui media sosial yang ada seperti: Twitter, Instagram,

Facebook, WhatsApp, Tiktok, Line, Blogger dan Youtube. Bagaimana pendidik bisa mengamati? Tentu pendidik tidak bekerja sendiri, bisa melibatkan sekolah atau guru kelas dalam proses pengamatan.

Yang pertama tentu lembaga atau guru kelas atau guru yang bersangkutan harus memiliki semua media sosial yang biasa digunakan oleh peserta didik. Karena, bagaimana mungkin kita mengamati sesuatu yang kita sendiri tidak memiliki perangkatnya, maka memiliki media sosial yang biasa digunakan peserta didik adalah sebuah keniscayaan.

Setelah itu, setiap peserta didik diminta untuk mem-*follow* atau mengikuti media sosial yang dimiliki oleh lembaga atau guru kelas atau guru yang bersangkutan. Baru setelah itu pengamatan bisa dilakukan.

Walaupun demikian, teknik pengamatan seperti ini terkadang masih memiliki celah, karena seringkali siswa saat ini memiliki akun media sosial lebih dari satu, misalkan siswa memiliki Instagram lebih dari satu Instagram, lalu akun Instagram yang dimiliki siswa di-*follow*-kan ke akun Instagram sekolah atau guru, sedangkan akun Instagram yang satu lagi tidak di-*follow*-kan, jadi siswa meng-*upload* konten-konten yang kurang baik di akun Instagram yang tidak di-*follow*-kan ke akun Instagram sekolah atau guru.

Dari sinilah, fungsi teman sejawat, masyarakat sekitar dan orang tua menjadi penting, karenanya penilaian ini bersifat holistik dan saling berkaitan satu dengan yang lain, saling mendukung antara satu dengan yang lain. Penilaian tersebut juga perlu didukung oleh satu pendekatan yang khusus digunakan meneliti fenomena masyarakat di internet, yang dikenal dengan *netnography* (Kozinets, Robert V: 2015). Kalau dahulu dikenal istilah *etnography*, maka pada era internet ini, dikenal istilah *netnography*. Dengan demikian, maka pengamatan perilaku siswa akan dapat teramati dengan baik.

Penutup

Alhasil, ranah afektif tetap harus menjadi pertimbangan anak dalam kelulusannya, hasil pembelajaran semestinya tidak didominasi dari hasil penilaian kognitif semata, akan tetapi juga hasil dari penilaian ranah afektif siswa. Kondisi *new normal* saat ini, walaupun pendidik sama sekali tidak pernah bertemu dengan siswa, pendidik tetap bisa melakukan penilaian afektif dengan beberapa adaptasi yang telah penulis sebutkan di atas.

Jika penilaian afektif tidak mendapat perhatian yang lebih baik oleh guru, sekolah maupun pemerintah, maka generasi mendatang, akan lahir generasi-generasi yang secara kognitif brilliant, akan tetapi lemah secara afektif. Generasi-generasi yang cerdas tetapi suka bermain culas, generasi yang pintar tapi suka memanipulasi dan seterusnya.

Daftar Pustaka

- Firdaos, Rijal, *Desain Instrumen Pengukur Afektif*, Lampung: Aura Publishing, 2017.
- Kozinets, Robert V. *Netnography: Redefined*, SAGE Publication, 2015.
- McCoach, D. Betsy, Robert K Gable, John P. Madura, *Instrument Development in the Affective Domain, School and Corporate Applications*, 3rd edition, USA: Springer, 2013.
- Scott, Shelleyann, Donald E. Scott, Charles F. Webber, *Assessment in Education: Implication for Leadership*, USA: Springer, 2016.

Penggunaan Istilah Mulai Covid-19 Hingga Merah Pekat di Era Pandemi Covid-19 (akronim, serapan, dan singkatan)

Oleh: **Sujinah**

sujinah@pps.um-surabaya.ac.id

Universitas Muhammadiyah Surabaya

Pengantar

Bahasa Indonesia terus berkembang, kalau kita amati perjalanannya ejaan bahasa Indonesia dimulai pertama dengan menggunakan sebutan ejaan Melayu. Ejaan Melayu ini dicetuskan pada tahun 1901 oleh Ch. A. van Ophuijsen dengan bantuan Engku Nawawi gelar Soetan Ma'moer dan Moehammad Taib Soetan Ibrahim Masioh. Pada tahun 1938 Kongres Bahasa Indonesia yang pertama di Solo, menyarankan agar ejaan Indonesia lebih banyak diinternasionalkan. Berdasarkan sejarah ini, terbukti bahwa ide untuk menginternasionalisasikan bahasa Indonesia itu sudah muncul sejak tahun ini. [1]

Terkait internasionalisasi bahasa Indonesia itu sebuah keniscayaan, karena bahasa Indonesia merupakan salah satu bahasa yang paling banyak digunakan di dunia yakni menempati posisi ke-8 di dunia (Britannica Encyclopedia, 2013). Selain itu bahasa Indonesia juga merupakan bahasa resmi ASEAN sejak September 2015. Internasionalisasi semakin memungkinkan karena bahasa Indonesia telah diajarkan di 219 lembaga di 74 negara (Badan Bahasa Kemdikbud). Bahasa Indonesia juga digunakan dalam forum-forum PBB sebagai bahasa diplomasi dan bahasa Indonesia juga digunakan di berbagai radio internasional (BBC, Radio Australia, *Voice of America*, dan Radio Belanda) memiliki siaran dalam bahasa Indonesia (Caraka, Maret 2015). [2]

Pada tahun 1947 Soewandi, Menteri Pengajaran, Pendidikan, dan Kebudayaan memberi julukan Ejaan Republik/Ejaan Soewandi untuk ejaan bahasa Indonesia. Kongres Bahasa Indonesia kedua, yang diselenggarakan di Medan pada tahun 1954 dan diprakarsai Menteri Moehammad Yamin, diputuskan agar dibentuk badan yang menyusun peraturan ejaan yang praktis bagi bahasa Indonesia. Badan tersebut menghasilkan patokan-patokan baru pada tahun 1957. Pada akhirnya yakni pada tahun 1975 badan tersebut menjadi Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, yang pada hari Proklamasi Kemerdekaan 1975 diresmikanlah aturan ejaan yang baru berdasarkan keputusan Presiden, No. 57, Tahun 1972, dengan nama Ejaan yang Disempurnakan (EYD).[1]

Pada tahun 1988 Pedoman Umum Ejaan yang Disempurnakan (PUEYD) edisi kedua diterbitkan berdasarkan Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 0543a/U/1987 pada tanggal 9 September 1987. Setelah itu, edisi ketiga diterbitkan pada tahun 2009 berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 46. Pada Tahun 2016 berdasarkan Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Dr. Anis Baswedan, Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia yang Disempurnakan (PUEYD) diganti dengan nama Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia yang penyempurnaan (PUEBI).[3]

Hingga saat ini, PUEBI yang digunakan sebagai pedoman penggunaan bahasa Indonesia yang baik dan benar. Bahasa Indonesia sampai sekarang tidak berhenti mendapatkan tambahan kosa kata dari berbagai bahasa baik bahasa daerah maupun bahasa di dunia. Dalam perkembangannya bahasa Indonesia menyerap unsur dari berbagai bahasa, baik dari bahasa daerah yang ada di Indonesia, maupun dari bahasa asing.

Berdasarkan taraf integrasinya, unsur serapan dalam bahasa Indonesia dapat dibagi menjadi dua kelompok besar. Pertama, unsur asing yang belum sepenuhnya terserap ke dalam bahasa Indonesia, seperti *force majeure*, *de facto*, *de jure*, dan *l'exploitation de l'homme par l'homme*. Unsur-unsur itu dipakai dalam konteks

bahasa Indonesia, tetapi cara pengucapan dan penulisannya masih mengikuti cara asing. Kedua, unsur asing yang penulisan dan pengucapannya disesuaikan dengan kaidah bahasa Indonesia. Dalam hal ini, penyerapan diusahakan agar ejaannya diubah seperlunya sehingga bentuk Indonesia-nya masih dapat dibandingkan dengan bentuk asalnya. [3]

Penyebaran virus *corona* telah menjadi perhatian tujuh bulan terakhir bahkan saat tulisan ini dilanjutkan sudah satu tahun. Beragam akronim, singkatan, dan terjemahan mewarnai di dunia media sosial di Indonesia di era pandemi Covid-19 ini. Terkait bertebaran istilah-istilah baru tersebut, ada yang sudah familiar ada juga yang masih sangat awam. Ada yang peduli, tapi banyak juga yang acuh tak acuh. [4]

Berbagai istilah bermuculan di era pandemi Covid-19 ini, baik yang berkaitan langsung dengan Covid-19 maupun tidak berkaitan tetapi viral di dunia maya. Sebagai bahan edukasi bagi masyarakat secara umum atau peserta didik secara khusus. Tentunya penulis melakukan pendokumentasian terlebih dahulu, selanjutnya dilakukan analisis. Istilah-istilah yang dibahas adalah istilah-istilah yang muncul terkait dengan munculnya virus *corona* sehingga Indonesia dinyatakan sebagai salah satu negara yang darurat di era pandemi Covid-19 ini. Terkait dengan hal tersebut, penulis tertarik untuk menuliskannya sebagai bukti sejarah, dan sekaligus bermaksud untuk memberikan pemahaman yang benar dalam penggunaannya.

Pembahasan

Akronim

Akronim sebagai salah satu gejala perkembangan bahasa yang sedang melanda bahasa Indonesia, dengan harapan perkembangan ini tidak merusak bahasa Indonesia itu sendiri dengan munculnya akronim yang tidak sesuai dengan kaidah yang berlaku. Untuk itu perkembangan akronim ini harus didorong dan sekaligus diawasi. [6] Akronim dalam *Dictionary Language and Linguistic*, Hartman (1973: 1) menyatakan bahwa “*acronyms are words formed from the*



initial letters of the words in phrase.” Melihat semakin kompleksnya proses bentukan akronim, dalam *Websters Ninth New Collegiate Dictionary* dinyatakan bahwa “*acronyms is a word formed from the initial, syllables or letters of other words.*”[7]

Sejalan dengan pernyataan tersebut, dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) daring memberikan batasan akronim sebagai kependekan yang berupa gabungan huruf atau suku kata atau bagian lain yang ditulis dan dilafalkan sebagai kata yang wajar (misalnya *ponsel* telepon seluler, *sembako* sembilan bahan pokok, dan *Kemendikbud* Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan). [5]

Jika diperhatikan, beberapa arti yang ditulis para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa: (1) akronim merupakan kependekan yang berupa gabungan huruf atau suku kata; (2) akronim dibentuk dari sebuah frase; dan (3) akronim ditulis dan dilafalkan seperti kata. Dengan kaca mata linguistik, Bauer (1984) menyejajarkan gejala pengakroniman dengan kliping (*clipping*) dan *blending* (*blends*) sebagai gejala pembentukan kata yang tidak dapat diramalkan. Sebuah kata yang dibuat dengan meletakkan huruf awal kata pada nama atau frase yang diperlukan sebagai kata baru.

Selanjutnya terkait penulisan, berdasarkan Pedoman Umum Ejaan yang Disempurnakan (PUEYD), akronim nama diri yang terdiri atas huruf awal setiap kata ditulis dengan huruf kapital tanpa tanda titik. Misalnya: BIN (*Badan Intelijen Negara*) dan LIPI (*Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia*). Sedangkan akronim nama diri yang berupa gabungan suku kata atau gabungan huruf dan suku kata dari deret kata ditulis dengan huruf awal kapital. Misal: Jatim (*Jawa Timur*) dan Bulog (*Badan Urusan Logistik*). Akronim bukan nama diri berupa gabungan huruf awal dan suku kata atau gabungan suku kata ditulis dengan huruf kecil. Misalnya: iptek ilmu pengetahuan dan teknologi dan rapim rapat pimpinan. [1]

Penulisan Akronim Covid-19 Yang Benar

Covid-19 atau COVID-19 merupakan akronim dari *coronavirus disease 2019*. Coronavirus adalah keluarga virus yang beberapa

di antaranya menyebabkan penyakit pada tubuh manusia, namun ada juga yang tidak. Virus *corona* tipe baru yang tengah menjadi pandemi ini bernama SARS-Cov-2 (*severa acute respiratory syndrome-coronavirus-2*). Virus inilah yang menyebabkan Covid-19.

Dua versi penulisan akronim yakni Covid-19 dan COVID-19 terjadi karena ada dua sudut pandang. Akronim kependekan yang berupa gabungan huruf atau suku kata atau bagian lain yang ditulis dan dilafalkan sebagai kata yang wajar (misalnya *mayjen* mayor jenderal, *rudal* peluru kendali, dan *sidak* inspeksi mendadak) [7]. Penulisan Covid-19 didasarkan pada anggapan bahwa nama diri yang berupa gabungan suku kata atau gabungan huruf dan suku kata dari deret kata ditulis dengan huruf awal capital. [8] Contohnya penulisan Surabaya Madura (Suramadu). Sedangkan menurut anjuran Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) ditulis COVID-19 dengan menggunakan huruf kapital semua. Media CNN dan BBC menggunakan tulisan “Covid-19” sedangkan The New York Times menggunakan COVID-19. Sebagai masyarakat Indonesia disarankan/sebaiknya menggunakannya sesuai dengan bahasa yang baik dan benar yakni “Covid-19”. Sekaligus berfungsi sebagai identitas dan jati diri sebagai penutur asli bahasa Indonesia yang mencintai bangsa dan bahasanya. [9]

Selain penulisan akronim Covid-19 yang benar seperti yang sudah diuraikan di awal, berikut data kosa kata atau klausa yang sangat populer di era pandemi Covid-19 dan sangat perlu dipahami oleh masyarakat Indonesia saat ini. Kosa kata yang sering muncul ini perlu dikenalkan terutama untuk masyarakat pada umumnya, sehingga tidak terasa asing dan bahkan memperkaya kosa kata dalam bahasa Indonesia.

Selain akronim Covid-19, akronim yang akhir-akhir sering digunakan adalah isoman (isolasi mandiri). Menurut Pedoman Ejaan Bahasa Indonesia yang Disempurnakan penulisan akronim ada tiga, yakni *kesatu*, akronim nama diri yang berupa gabungan huruf awal dari deret kata ditulis seluruhnya dengan huruf kapital.



Misalnya: ABRI (Angkatan Bersenjata Republik Indonesia). *Kedua*, akronim nama diri yang berupa gabungan suku kata atau gabungan huruf dan suku kata dari deret kata ditulis dengan huruf awal huruf kapital. Misalnya: Akabri (Akademi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia). *Ketiga*, Akronim yang bukan nama diri yang berupa gabungan huruf, suku kata, ataupun gabungan huruf dan kata dari deret kata seluruhnya ditulis dengan huruf kecil. Misalnya: pemilu (pemilihan umum), rudal (peluru kendali), tilang (bukti pelanggaran). Catatan: jika dianggap perlu membentuk akronim, hendaknya diperhatikan syarat-syarat berikut. (1) Jumlah suku kata akronim jangan melebihi jumlah suku kata yang lazim pada kata Indonesia. (2) Akronim dibentuk dengan mengindahkan keserasian kombinasi vokal dan konsonan yang sesuai dengan pola kata Indonesia yang lazim. Akronim isoman, termasuk ke dalam jenis akronim yang ketiga. [10]

Makna “Berdamai dengan Covid-19”

Sedikit menyampaikan bahwa Presiden Jokowi mengajak kita “berdamai dengan *corona*”, berhubung ajakan tersebut tidak disertai dengan penjelasan sehingga memunculkan banyak tafsiran. Salah satu tafsiran tersebut adalah bahwa Presiden dianggap “tega pada rakyat” dan beberapa tokoh/organisasi mendeklarasikan penolakan “berdamai dengan *corona*”. [11]

Klausa atau frasa “berdamai saja”, yang terjemahan dari bahasa Inggris “*life goes on*” secara logika bisa diterima. Dijelaskan bahwa bagaimana pun kita mesti *melanjutkan hidup*. Di tengah pandemi Covid-19 ini. Berhenti bersembunyi, yang perlu mencari nafkah harus mencari nafkah. Yang pekerjaannya mencari penumpang seperti ojek *online* (ojol) silakan mencari penumpang. Yang bekerja di perusahaan/pabrik silakan bekerja. Yang penting semuanya menerapkan protokol kesehatan secara ketat dan patuh. Yang punya banyak tabungan dan biasa bekerja di rumah (BDR) atau *work from home* (WFH) cukup bekerja di rumah, tidak perlu mengancam yang keluar rumah demi sesuap nasi atau bayar SPP anak sekolah atau untuk membayar listrik dan air minum PDAM atau untuk membeli

gas elpigi buat memasak nasi. “Berdamai” atau “beradaptasi” kalau kita tahu virus *corona* masih berkeliaran, jangan berkerumun dan berdesakan. Kita harus selalu waspada dan bersikap bijaksana, tidak takut dicemooh orang, karena virus masih ada dan kita harus menerapkan protokol kesehatan. Banyak orang tidak sadar dengan hal ini, sebagai contoh karena lama tidak ketemu begitu ketemu langsung berpelukan cipika-cipiki, salim tangan, dan lain-lain.

Istilah “New Normal”

Menurut Ahmad Yurianto, tatanan baru ini perlu ada sebab hingga kini belum ditemukan vaksin definitif dengan standar internasional untuk pengobatan virus *corona*. Para ahli masih bekerja keras untuk mengembangkan dan menemukan vaksin agar bisa segera digunakan untuk pengendalian pandemi Covid-19. “Sekarang satu-satunya cara yang dilakukan bukan dengan menyerah tidak melakukan apapun, melainkan harus dijaga produktivitas agar dalam situasi seperti tetap produktif namun aman dari Covid-19, untuk itu diperlukan tatanan yang baru. Tatanan, kebiasaan dan perilaku yang baru berbasis pada adaptasi untuk membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat inilah yang kemudian disebut sebagai *new normal*. Cara yang dilakukan dengan rutin cuci tangan pakai sabun, pakai masker saat keluar rumah, jaga jarak aman dan menghindari kerumunan. Pihaknya berharap kebiasaan baru ini harus menjadi kesadaran kolektif agar dapat berjalan dengan baik. [13]

Istilah *new normal* mulai diterapkan di Indonesia di tengah pandemi Covid-19. Definisi *new normal* adalah skenario untuk mempercepat penanganan Covid-19 dalam aspek kesehatan dan sosial-ekonomi [3]. Pemerintah Indonesia telah mengumumkan rencana untuk mengimplementasikan skenario *new normal* dengan mempertimbangkan studi epidemiologis dan kesiapan regional. “Presiden mengharap *new normal* ini diimplementasikan dengan beberapa pertimbangan,” antara lain daerah yang R_0 (jumlah reproduksi virus) kurang dari 1, yang dapat menerapkan *new normal*. [16]



Beberapa daerah di Jawa menerapkan lima (5) *level scoring* dalam menangani keparahan pandemi, yaitu krisis, tingkat parah, substansial, sedang, dan rendah. Pemerintah daerah diizinkan untuk mempersiapkan *new normal* jika daerah mereka berada di tingkat moderat atau sedang. Indikator *new normal* di era pandemi Covid-19 menurut WHO yang diminta untuk dapat dipatuhi oleh semua negara di dunia dalam rangka menyesuaikan kehidupan normalnya, *new normal*-nya itu dengan Covid-19, sampai vaksin ditemukan. Indikator yang pertama, tidak menambah penularan atau memperluas penularan atau semaksimalnya mengurangi penularan. “Ada sebuah cara untuk menghitung, yaitu apa yang disebut dengan *basic reproduction number*. [14]

Basic reproduction number itu adalah sebuah angka yang menunjukkan daya tular sebuah virus atau sebuah bakteri atau sebuah penyakit dari seseorang ke orang lain. Misalnya, campak daya tularnya itu 12-18 yang artinya *basic reproduction number*-nya 12-18 dan melalui aerosol. Batuk rejan atau pertusis *basic reproduction number*-nya 5,5. Flu Spanyol pada 100 tahun yang lalu *basic reproduction number*-nya 1,4 sampai 2,8. Artinya, menurut Suharso, satu orang itu bisa menularkan sampai 2-3 orang dan Covid-19 di seluruh dunia yang direkam oleh WHO adalah dari 1,9 sampai 5,7 R0-nya.[21]

Untuk Indonesia, sampai hari ini diperkirakan R0-nya 2,5 yang artinya 1 orang itu bisa menularkan ke 2 atau 3 orang. Pemerintah berusaha untuk menurunkan R0 menjadi di bawah 1, artinya tidak sampai menularkan ke orang lain. Salah satu cara antara lain dengan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Beberapa kebijakan publik yang diambil oleh pemerintah, dan melindungi wajah dengan menggunakan masker, mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun, menjaga jarak, tidak berkerumun. Cara tersebut dilakukan agar mencapai R0 1.

Indikator kedua, sistem kesehatan yakni seberapa tinggi adaptasi dan kapasitas dari sistem kesehatan bisa merespon untuk pelayanan Covid-19. Apabila ada penularan baru atau ada yang harus

dirawat itu benar-benar tersedia atau tidak. Misalnya jumlah kasus yang baru itu jumlahnya harus lebih kecil dari kapasitas pelayanan kesehatan yang bisa disediakan. Kapasitas pelayanan kesehatan yang disediakan harus 60% dari total kapasitas kesehatan. Kalau sebuah rumah sakit punya 100 tempat tidur, maka maksimum 60 tempat tidur itu untuk pasien Covid-19. Pasien baru yang datang itu jumlahnya dalam sekian hari itu harus di bawah 60. Itu yang disebut dengan kapasitas sistem kesehatan yang terukur yang bisa dipakai dalam rangka apakah kita melonggarkan atau tidak melonggarkan, mengurangi atau tidak mengurangi PSBB.

Indikator ketiga, surveilans yakni cara menguji seseorang atau sekelompok kerumunan apakah dia berpotensi memiliki Covid-19 atau tidak sehingga dilakukan tes masif. Tes masif di Indonesia termasuk yang rendah di dunia. Indonesia sekarang ini baru mencapai 743 per 1 juta, atau sekarang sudah 202.936 orang yang dites. Dengan kapasitas yang sekarang, sudah naik 10.000 sampai 12.000 (tes per hari), bahkan kemarin tanggal 18 Mei sudah mencapai 12 ribu lebih tes, maka diharapkan dalam satu bulan ke depan bisa mencapai angka 1.838 per 1 juta penduduk.

Kalau sudah 14 hari itu posisinya di bawah 1, maka daerah itu dinyatakan siap untuk melakukan penyesuaian atau pengurangan PSBB. Bappenas telah mencoba menyiapkan *dashboard* untuk kabupaten dan provinsi seluruh Indonesia, sehingga bisa lihat daerah mana saja yang sudah boleh pada 14 hari ke depan dan mana yang belum boleh, dan kalau boleh itu dengan cara seperti apa. “Yang penting yang harus kita ingat bahwa menurunnya R_0 tadi itu bukan berarti virusnya hilang, tidak, tetapi virusnya itu bisa dikendalikan. Pemerintah belum berhasil menemukan virus dan belum bisa kendalikan dan potensi daya tularnya itu tidak sebagaimana angka 2,5, namun di bawah 1.

Kampanye tentang bagaimana hidup dengan *new normal* itu, yaitu bagaimana nanti bersikap di dalam restoran, di bandara, di pelabuhan, di stasiun kereta, di mana saja, ketika berada di tempat yang ada punya potensi kontak kepada orang lain. Tempat kerja



sebagai fokus interaksi dan berkumpulnya orang merupakan faktor risiko yang perlu diantisipasi penularannya. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam rangka percepatan penanganan Covid-19 telah menyatakan, PSBB dilakukan salah satunya dengan meliburkan tempat kerja. Namun dunia kerja tidak mungkin selamanya dilakukan pembatasan, roda perekonomian harus tetap berjalan. Untuk itu pasca pemberlakuan PSBB dengan kondisi pandemi Covid-19 yang masih berlangsung, perlu dilakukan upaya mitigasi dan kesiapan tempat kerja seoptimal-optimalnya sehingga dapat beradaptasi melalui perubahan pola hidup pada situasi Covid-19 atau *New Normal*. [13]

Istilah-istilah Sekitar Pandemi Covid-19

Perlu dibedakan antara kosakata dan istilah. Kosakata adalah perbendaharaan kata sedangkan istilah adalah kata atau gabungan kata yang dengan cermat mengungkapkan suatu makna konsep, proses, keadaan, atau sifat yang khas dalam bidang tertentu.[4].

Daftar Istilah yang Populer di Era Pandemi Covid-19

No	Bukan Bahasa Indonesia	Bahasa Indonesia	Keterangan
1	<i>droplet</i>	butiran ludah	terjemahan
2	<i>specimen</i>	spesimen	serapan
3	<i>suspect</i>	terduga	terjemahan
4	<i>sosial distancing</i>	pembatasan sosial	terjemahan
5	<i>sosial media distancing</i>	pembatasan media sosial	terjemahan
6	karantina	karantina	kata dasar
7	Isolasi	isolasi	serapan
8	<i>lockdown</i>	penutupan	terjemahan
9	<i>Rapit test</i>	Tes cepat	terjemahan
10	<i>Swab test</i>	Tes usap	terjemahan
11	pandemi	pandemi	Kata dasar
12	<i>Local transmission</i>	Penularan lokal	terjemahan

13	<i>Imported case</i>	Kasus impor	terjemahan
14	<i>Hand sanitizer</i>	Penyanitasi tangan	terjemahan
15	<i>Thermo gun</i>	Pistol thermometer	terjemahan
16	antiseptik	cairan	terjemahan
17	<i>disinfektan</i>	Disinfeksi	serapan
18	<i>ventilator</i>	ventilasi	serapan
19	protokol	protokol	Kata dasar
20	<i>reactive</i>	reaktif	serapan
21	Masker N95	Masker N95	serapan
22	<i>Screening pasien</i>	Pemisahan pasien	terjemahan
23	<i>Hazmat suit</i>	Baju hasmat	terjemahan
24	<i>cluster</i>	klaster	serapan
25	<i>Face shield</i>	Pelindung wajah	terjemahan
26	Kasus probable	mungkin	terjemahan
27	Kasus konfirmasi	Kasus konfirmasi	Kata dasar
28	<i>testing</i>	pemeriksaan	terjemahan
29	<i>tracing</i>	pelacakan	terjemahan
30	<i>treatment</i>	pengobatan	terjemahan
31	Rapid test antigen	Tes antigen cepat	terjemahan
32	Rapid test antibodi	Tes antibodi cepat	terjemahan
33	kasus suspek	Mengalami gejala	terjemahan
34	kasus probable	belum ada hasil pemeriksaan yang memastikan	terjemahan
35	kasus konfirmasi	Sudah dinyatakan positif	serapan
36	kontak erat	kontak fisik secara langsung, bertatap muka dengan jarak kurang dari 1 meter setidaknya selama 15 menit	Kosa kata dasar
37	discarded	Pasien sembuh	terjemahan

Dikumpulkan dari berbagai sumber antara lain alodokter, Kompas, Jawa Pos, Tribunnews [19, 22, 23]

Droplet (butiran ludah, istilah ini belum masuk dalam perbendaharaan bahasa Indonesia, dalam bahasa Inggris sudah dipakai sejak 1607. Dalam istilah kedokteran *droplet* dipadankan dengan butiran ludah. *Droplet* merupakan sumber penyebaran berbagai penyakit, seperti flu, TBC, yang masuk ke tubuh melalui mulut dan hidung. Contoh: Salah satu media penularan Covid-19 melalui *droplet*. [17]

Specimen, kata spesimen merupakan bentuk serapan dari *specimen*. *Specimen* maknanya contoh. Kata *specimen* menurut Merriam-Webster, pertama kali digunakan pada 1610. Menurut Kompas, kata ini mulai muncul di Indonesia pertama kali pada 1980, dalam konteks jarahan burung cenderawasih. Namun, dalam pengertian contoh untuk diteliti di laboratorium, kata *specimen* pertama kali ditemukan dalam tulisan Triono Soendoro seorang dokter dari UNAIR. Tulisan tersebut terkait dengan standarisasi hasil pemeriksaan laboratorium. Contoh: dari total 7.193 spesimen yang diperiksa, diketahui ada 5.156 yang hasilnya negatif.

Suspect, kata *suspect* ini kalau dalam bahasa Indonesia “terduga, orang yang diduga”. Dalam kasus pandemi Covid-19 kata ini mengacu kepada makna seseorang yang sudah menunjukkan gejala terjangkit Covid-19 dan diduga kuat sudah melakukan kontak dengan pasien Covid-19. Rupanya kata ini tidak tepat kalau digunakan di dunia hukum di Indonesia. Di dunia hukum yang dikenal adalah istilah *terlapor, tersangka, terdakwa, dan terpidana*. [18]

Sosial distancing, padanan dalam bahasa Indonesia yakni pembatasan sosial/pembatasan fisik, penjarakan fisik, atau jaga jarak secara fisik. Klausula ini memunculkan dua pengertian, pertama yaitu tindakan yang dilakukan untuk mencegah orang yang positif Covid-19 berhubungan atau melakukan kontak dalam jarak dekat dengan orang sehat, dengan tujuan tidak menularkan penyakitnya kepada orang sehat. Pengertian kedua, yakni tindakan menjauhi kumpulan orang, kerumunan massal, atau berkontak langsung dengan orang dalam kelompok besar. Bahkan bisa diartikan

menghindari kontak langsung dengan benda-benda yang berada di tempat umum selama era pandemi belum berakhir.

Lockdown, istilah ini pertama kali digunakan pada 1973, yang artinya tindakan mengurung-tahanan sebagai tindakan pengamanan untuk sementara. Kata ini selanjutnya mengalami perluasan makna, menjadi tindakan darurat atau kondisi saat untuk sementara waktu, orang-orang dicegah memasuki atau meninggalkan area terbatas selama bahaya mengancam. Makna perluasan inilah yang populer di era pandemi Covid-19 yang melanda di seluruh dunia. Bahkan di masyarakat dikenal padanannya dalam bahasa Indonesia, yakni “penutupan, pembatasan, atau penguncian sementara.

Rapit test, padanannya dalam bahasa Indonesia tes cepat, merupakan salah satu cara untuk mengetahui secara cepat seseorang terjangkit Covid-19 atau tidak. Tes cepat ini hanya digunakan sebagai skrining atau penyaringan awal. Sedangkan *swab test*, yang padanannya dalam bahasa Indonesia tes usap. Tes usap dilakukan dengan cara mengusapkan alat ke sekitar tenggorokan untuk mengambil sampel lendir. Kalau tes cepat cara mengambil sampel berupa darah.

Thermo gun, padanan dalam bahasa Indonesia pistol thermometer karena bentuknya memang seperti pistol. Walau sudah ada padanannya dalam bahasa Indonesia, namun masyarakat lebih keren menggunakan istilah *thermo gun*. Hal ini terbukti oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Putri (2017) yaitu dari 35 kosakata bahasa asing, seluruh siswa SMK Harapan Kartasura Jurusan Teknik Elektronika Industri, tidak mengetahui padanan dalam bentuk bahasa Indonesia sebanyak 23 kosa kata. Sedangkan seluruh mahasiswa STKIP PGRI Pacitan semester VII Program Studi Pendidikan Bahasa dan Sastra Indoensia, tidak menguasai padanan bahasa Indonesia kosakata bahasa asing sejumlah 16 dari 35 kosakata.[15] Pistol thermometer ini merupakan alat bantu yang berfungsi mengukur suhu tubuh tanpa menyentuh objek. Alat ini menggunakan radiasi inframerah yang dapat mengukur suhu dengan cepat dan akurat.



Protokol, kata ini dalam kamus bahasa Indonesia mengandung lima makna. Salah satu di antaranya surat-surat resmi yang memuat hasil perundingan (persetujuan dan sebagainya). Di era pandemi Covid-19 kata protokol mengandung makna aturan main yang harus dijalankan oleh pihak-pihak yang berkepentingan, yang dibuat oleh penentu kebijakan untuk memutus mata rantai penyebaran Covid-19. Protokol kesehatan harus diterapkan dalam kehidupan di era pandemi Covid-19 di setiap aspek kehidupan, termasuk dalam menangani jenazah pasien positif Covid-19.

Merah Pekat, Merah, Oranye, Kuning, Hijau

Perbedaan Simbol Warna pada Zonasi Corona dan pada Warna Peta

Pembeda	warna				
Zonasi Corona	Merah pekat/ hitam	merah	oranye	kuning	hijau
Warna Peta	putih	coklat dan oranye	kuning	biru	Hijau



Sumber: <https://www.geologinesia.com/2018/05/macam-macam-simbol-warna-pada-peta.html> [15]

Ada sekitar tujuh (7) simbol warna pada peta yang sudah diakui secara internasional yang wajib diketahui pembaca agar bisa membaca peta dengan baik. Simbol-simbol warna ini tentunya

berbeda dengan warna-warna yang digunakan untuk menentukan kriteria suatu daerah di era pandemi Covid-19. Warna-warna peta yang dimaksud yaitu hijau tua, hijau muda, biru, coklat, orange, kuning, dan putih. Tingkatan warna menunjukkan ketinggian wilayah tersebut.[4] Simbol warna yang digunakan pada pembuatan peta ini tentunya berbeda maknanya dengan warna yang digunakan untuk menunjuk daerah yang terkena pandemi Covid-19, yang meliputi warna merah pekat (cenderung disebut hitam), merah, orange, kuning, dan hijau.

Warna Hijau pada peta yang paling sering dijumpai dengan jumlah yang cukup banyak. Hijau ini bisa disebut sebagai warna utama karena cukup banyak ditemukan di dalam peta. Hijau ini digunakan untuk merepresentasikan kenampakan dari vegetasi di sebuah wilayah. Ada dua jenis warna hijau yang bisa ditemukan, yakni hijau tua yang merepresentasikan dataran rendah dengan ketinggian 0-100 m di atas permukaan air laut dan hijau muda merepresentasikan ketinggian 100-500 MDPL. Simbol warna pada peta lainnya yang mudah dijumpai adalah warna **biru**. Warna biru ini merepresentasikan wilayah perairan yang ada di bumi, bisa berupa sungai, danau maupun laut. Biru juga dibagi lagi menjadi beberapa tingkat kecerahan yang menandakan kedalaman dari wilayah perairan tersebut. Semakin gelap warna birunya itu berarti semakin dalam pula wilayah perairan yang ditunjukkannya.

Coklat, oranye dan kuning simbol warna pada peta yang menggambarkan kenampakan alam berupa dataran tinggi. Tingkatan warna juga menunjukkan ketinggian wilayah tersebut. Berurut dari warna kuning, maka semakin gelap warna yang ditunjukkan maka semakin tinggi pula wilayah yang disimbolkan. Sedangkan putih simbol pada peta yang menggambarkan permukaan bumi. Warna ini merepresentasikan kenampakan alam berupa lapisan es atau gletser yang ada di permukaan bumi. Bagian dari bumi yang tertutup es biasanya terletak pada ketinggian di atas 4000 meter di atas permukaan laut. Selain itu, bagian bumi dengan lapisan es sebagian besar terletak di wilayah bumi bagian selatan dan utara (kutub utara dan kutub selatan).



Penggunaan simbol warna ini tidak hanya memberikan kesan estetika saja pada gambaran permukaan bumi, tapi juga memiliki fungsi untuk memudahkan dalam pembacaan peta. Karena itulah tidak semua warna digunakan di dalam peta. Beberapa simbol warna tersebut adalah simbol warna yang digunakan pada peta dan sudah diakui secara internasional untuk menggambarkan kenampakan-kenampakan alam yang sudah disebutkan tersebut.

Pengodean atau pemberian warna zona di berbagai wilayah dimaksudkan untuk mengelompokkan daerah yang terkena dampak pandemi *corona*. Meski hanya sebagai simbol, warna zona ini juga berguna sebagai pengodean khusus untuk menentukan jumlah kasus infeksi di berbagai wilayah. Indikator utama penentu zonasi *corona* ada lima belas (15). Indikator tersebut terdiri atas sebelas (11) indikator epidemiologi, dua (2) indikator surveilans kesehatan masyarakat, dan dua (2) pelayanan kesehatan. Indikator inilah yang digunakan pemerintah untuk menentukan zonasi *corona* berdasarkan skor yang didapatkan.

Zona hijau, merupakan wilayah yang tidak memiliki kasus baru virus *corona* lagi dan risiko penularannya kecil. Zona hijau juga mencakup wilayah yang tidak pernah terdampak, tidak ada peningkatan penambahan kasus baru dalam empat (4) minggu terakhir, dan angka kesembuhan mencapai 100 persen. **Zona Kuning** disebut juga zona risiko rendah, artinya ada kasus baru tapi jumlahnya hanya sedikit. Selain itu, penularan atau transmisi juga masih ada kemungkinan bisa terjadi. Skor untuk wilayah yang termasuk ke dalam zona kuning berada di rentang 2,5 sampai 3,0. **Zona oranye**, yakni daerah dengan jumlah kasus yang ada di wilayah tersebut sudah relatif banyak. Dalam hal transmisi atau penularannya, zona risiko sedang ini dipastikan ada dan lebih luas dibandingkan di zona kuning. Skor yang diperoleh berdasarkan 15 indikator penentu zonasi wilayah untuk zona ini ada di kisaran 1,9 sampai 2,4. **Zona merah**, daerah ini kasus baru yang ditemukan sangat banyak melebihi yang ditemukan pada zona oranye. Penularan atau transmisinya dipastikan meluas dengan sangat cepat dibandingkan pada zona-zona lainnya. Skor yang didapatkan antara 0 sampai 1,8. **Zona hitam**, Gugus tugas penanganan Covid-19 sebenarnya tidak mengenal kategori zona hitam. Namun

istilah ‘zona hitam’ sering dipakai untuk menggambarkan tingkat penularan yang sangat tinggi di suatu wilayah, yang sebenarnya ada di kategori zona merah. Zona merah ini menggambarkan kasusnya banyak, transmisi virus Covid-19 mengancam penduduk di lokasi tersebut, karena merah pekat sehingga menyerupai warna hitam. [16]

Singkatan

Selain istilah, di era pandemi Covid-19 juga banyak ditemukan penggunaan singkatan. Singkatan adalah hasil menyingkat (memendekkan), berupa huruf atau gabungan huruf; kependekan; ringkasan [4]. Singkatan-singkatan yang ditemukan di era pandemi Covid-19 antara lain sebagai berikut.

Daftar Singkatan yang Sering Dipakai di Era Pandemi Covid-19

No	singkatan	kepanjangan	keterangan
1	APD	Alat pelindung diri	
2	ODP	Orang dalam pantauan	
3	PDP	Pasien dalam pengawasan	
4	PSBB	Pembatasan sosial berskala besar	
5	WFH	<i>Work from home</i>	
6	WFO	<i>Work from Office</i>	
7	BDR	Belajar dari rumah	
8	daring	Dalam jaringan	<i>online</i>
9	luring	Luar jaringan	Tatap muka
10	Fasyankes	Fasilitas pelayanan kesehatan	
11	KLB	Kejadian luar biasa	
12	OTG	Orang tanpa gejala	
13	PPKM	Pemberlakukan pembatasan kegiatan masyarakat	
14	PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>	

Sumber [18, 20]

Selanjutnya dijelaskan kepanjangan singkatan-singkatan tersebut dan bagaimana penggunaannya dalam kalimat. Walau tidak semuanya diulas karena menulis cukup diwakili beberapa kata, supaya tulisan tidak membosankan. WFH (*work from home*) atau bekerja dari rumah adalah sebuah keputusan yang harus diambil di era pandemi Covid-19. Kebijakan ini diambil oleh pemerintah dalam hal ini presiden sebagai langkah agar penanganan Covid-19 bisa dilaksanakan lebih optimal. Pemerintah ataupun perusahaan negeri atau swasta, agar memberdayakan karyawannya untuk mengerjakan pekerjaan kantor di rumah saja. Konsep WFH sudah lama dijalankan oleh perusahaan yang berbasis teknologi informasi dan komunikasi yang sudah kuat. Karyawan tidak perlu hadir secara fisik di kantor. Karyawan harus menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya sesuai target waktu yang disepakati. Komunikasi antara pimpinan dengan karyawan dapat dilakukan secara efektif dengan menggunakan beragam aplikasi yang ada. Misalnya melalui percakapan video/rekaman suara atau melalui telekonferensi atau melalui tulisan di Whatsapp atau Telegram.

PSBB, pembatasan sosial berskala besar (*sosial restriction*) merupakan kebijakan yang tertuang dalam UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan. Kepanjangan pembatasan sosial berskala besar ditulis dengan huruf kapital karena merupakan nama jenis. Penulisan kepanjangan ini sepadan dengan penulisan jenis karantina lain, seperti isolasi, disinfeksi, dan karantina.

PDP singkatan dari pasien dalam pengawasan. Kriteria yang dipakai untuk menentukan seseorang sebagai PDP jika seseorang tersebut mengalami batuk, pilek, demam, dan sesak napas. Status PDP lebih tinggi daripada ODP. Kepanjangan PDP ditulis dengan menggunakan huruf kecil karena termasuk nama jenis.

OPD kependekan dari orang dalam pemantauan. OPD adalah kategori yang menyatakan seseorang mengalami gejala demam lebih dari 38 derajat celsius atau memiliki riwayat demam tanpa pneumonia, dan memiliki riwayat perjalanan ke negara yang terjangkit virus *corona* terhitung empat belas (14) hari

terakhir sebelum timbul gejala. Kepanjangan ODP ditulis dengan menggunakan huruf kecil karena merupakan nama jenis bukan nama diri.

APD kependekan dari alat pelindung diri. Alat ini digunakan petugas medis dalam menjalankan tugasnya agar tidak tertular virus *corona*. Alat pelindung diri ini antara lain masker, pelindung wajah, pelindung mata, pelindung kepala, *face shield*, baju hazmat, dan sarung tangan. Berhubung alat ini merupakan nama jenis, penulisan kepanjangannya tidak perlu dengan huruf kapital pada awal katanya.

Nama jenis dan nama diri apa bedanya? Penulisan kata yang merupakan nama jenis dengan menggunakan huruf kecil, dan sebaliknya nama diri dengan huruf kapital. Berikut penjelasan secukupnya. Nama diri (*proper noun*) adalah kata benda atau *nomina* yang dipakai untuk menamai orang, tempat, atau sesuatu, termasuk konsep atau gagasan. Dengan nama diri itu, seseorang disapa atau dipanggil dan tempat, gagasan, atau sesuatu itu disebut atau dikenal. Di dalam berbagai bahasa, termasuk bahasa Indonesia, dan sesuai dengan kaidah Ejaan Bahasa Indonesia yang Disempurnakan nama diri dituliskan dengan huruf awal kapital, tetapi nama jenis dituliskan dengan huruf awal kecil. Sedangkan, nama jenis adalah kata benda (*nomina*) yang menunjuk sembarang anggota dalam kelas maujud bernyawa (seperti hewan), maujud hidup (seperti tumbuhan), atau maujud takbernyawa (seperti benda dan gagasan). Nama jenis menjadi anggota kelompok di atasnya (*genus*). Nama jenis menjadi anggota dari kelompok di atasnya (A), misalnya mawar (nama jenis) menjadi anggota dari Bunga (*genus*). Mawar (*species*), berupa kata khusus, yang menjadi subordinat bagi Bunga, tetapi *Bunga* (*genus*) berupa kata umum, yang menjadi superordinat bagi mawar. Secara ringkas, perbedaan nama diri dan nama jenis seperti (a) nama diri tidak menjadi anggota dari nama diri lain, tidak diturunkan dari nama diri lain. Tidak ada nama diri subordinat dan superordinat; (b) nama jenis menjadi anggota suatu nama jenis yang lebih luas cakupannya. Nama jenis (kata khusus) memiliki nama superordinat (kata umum). [15]



Penutup

Dampak Covid-19 salah satunya juga menyasar pada bidang kosa kata dan istilah dalam bahasa Indonesia. Banyaknya istilah yang muncul terkait Covid-19 ini sempat membingungkan masyarakat, apalagi masyarakat awan. Sehubungan dengan hal tersebut peneliti, mendata dan menganalisis istilah-istilah tersebut agar pembaca lebih memahami sehingga tidak salah ucap atau salah tulis lagi.

Istilah-istilah yang dibahas pada kesempatan ini meliputi akronim, serapan, dan singkatan. Tentunya dengan banyaknya istilah yang muncul di era pandemi Covid-19 atau istilah yang muncul dampak adanya Covid-19 ini akan memperkaya perbendaharaan kata dalam bahasa Indonesia. Masyarakat harus memahami istilah-istilah tersebut dan menggunakannya dengan baik dan benar.

Daftar Pustaka

- [1] Panitia Pengembangan Bahasa Indonesia. 2020. *Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan*. Jakarta: Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. http://badanbahasa.kemdikbud.go.id/lamanbahasa/sites/default/files/pedoman_umum-ejaan_yang_disempurnakan.pdf
- [2] Suharto, Toto. 2020. Menginternasioanlisasikan Bahasa Indonesia: Tantangan Program Studi kebahasaindonesiaan. Surakarta: Zoom Meeting, 5 September 2020.
- [3] Tim Pengembang Pedoman Bahasa Indonesia. 2016. *Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonersia*. Edisi ke-4. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kemendikbud.
- [3] Ana, Haerun. AKRONIMDALAMBAHASAINDONESIA TINJAUAN LINGUISTIK DAN SOSIO-POLITIS PERKEMBANGANNYA. Makalah online. FKIP Universitas Haluoleo.
- [4] Veronica Garcia, Castro. 2020. "The Effects of Vocabulary Knowledge in L2 Semantic Lexical Engagement: The Case of Adult Learners of English as a Second Language". *Indonesian Journal of Applied Linguistics*. Vol. 10 No. 1, May 2020, Pp. 261-270
- [5] KBBI online. <https://kbbi.web.id/akronim>
- [6] Faisal. Abdul haris. 2019. "Analysis of the Acronym Writing on The Presidential Election Campaign of the 2019-2024 Period". *Bahtera: Jurnal Pendidikan Bahasa dan Sastra*, Volume 18 Nomor 2 Juli 2019.
- [7] Poetri Mardiana Sasti. 2016. "Penggunaan Akronim dalam Program Kelana Kota Radio Rasika (*Acronym Use In Kelana Kota Radio Rasika Program*)". *Jalabahasa*. Vol. 12. No. 2. November 2016. hlm. 149—157
- [8] Hartman, R.R.K. 1973. *Dictionary of Language and Linguistics*. London: Applied Science Published Ltd.
- [9] Bauer, L.. 1984. *English Word-Formation*. Combridge: Combridge University Press.

- [10] Supriyanto, Dedi. 2019. Padanan Kosakata dari Bahasa Asing ke Bahasa Indonesia. <http://p4tkbahasa.kemdikbud.go.id/2019/10/21/padanan-kosakata-dari-bahasa-asing-ke-bahasa-indonesia/>
- [11] Syah, Syirikit. 2020. Norma Lama yang Jadi Norma Baru. *Jawa Pos Onlion*. <https://www.jawapos.com/opini/06/06/2020/norma-lama-yang-jadi-norma-baru/>
- [12] Nimas Permata Putri. 2017. "Eksistensi Bahasa Indonesia pada Generasi Millennial". *Widyabastra*, Volume 05, Nomor 1, Jun 2017
- [13] Putsanra, Dipna Videlia. 2020. Arti New Normal Indonesia: Tatanan Baru Beradaptasi dengan COVID-19. <https://tirto.id/arti-new-normal-indonesia-tatanan-baru-beradaptasi-dengan-covid-19-fDB3>
- [14] Putsanra, Dipna Videlia. 2020. Apa itu New Normal dan Bagaimana Penerapannya saat pandemi Corona. <https://tirto.id/apa-itu-new-normal-dan-bagaimana-penerapannya-saat-pandemi-corona-fCSg>
- [15] Geost, Flysh. 2018. Macam-macam Simbol Warna pada Peta lengkap dengan Artinya. <https://www.geologinesia.com/2018/05/macam-macam-simbol-warna-pada-peta.html>
- [16] Alam, Sarah Oktaviani. 2020. Arti Zona Hitam dan Berbagai Kode Warna dalam Pandemi Covid-19. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5092291/arti-zona-hitam-dan-berbagai-kode-warna-dalam-pandemi-covid-19>
- [17] Adji, Nur. 2020. Bahasa Indonesia di Belantara Istilah Asing Terkait Covid-19. <https://bebas.kompas.id/baca/opini/2020/04/11/bahasa-indonesia-di-belantara-istilah-asing-terkait-covid-19/>
- [18] Tamtomo, Akbar Bhayu. 2020. Infografik: Daftar Istilah Terkait Virus Corona dan Covid-19. <https://www.kompas.com/tren/read/2020/03/23/063600865/infografik--daftar-istilah-terkait-virus-corona-dan-covid-19>

- [19] Binanda, Belladina. 2020. Pemerintah Terapkan 3T Kurangi Fatalitas Corona, Apa artinya? Kuntan.co.id. <https://kesehatan.kuntan.co.id/news/kurangi-fatalitas-akibat-corona-pemerintah-terapkan-3t-apa-artinya>
- [20] Adrian, Kevin. 2020. Memahami Perbedaan PCR, Rapid Test Antigen, dan Rapid Test Antibodi dalam Pemeriksaan COVID-19. Alodokter. <https://www.alodokter.com/memahami-perbedaan-pcr-rapid-test-antigen-dan-rapid-test-antibodi-dalam-pemeriksaan-covid-19>
- [21] Junaiyah H.M. 2009. "Penulisan Nama Diri Dan Nama Jenis Dalam Produk Hukum" Indonesia. *Jurnal Legislasi Indonesia*. Vol 6 No. 4 Desember 2009
- [22] Terawan. 2020. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor hk 01.07 menkes 413 tahun 2020. Kepmenkes HK.01.07/MENKES/413/2020 tentang Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease. <https://covid19.go.id/p/regulasi/keputusan-menteri-kesehatan-republik-indonesia-nomor-hk0107menkes4132020>
- [23] Azizah, Khadijah Nur. 2020. Enam Istilah Baru Seputra Corona dan Artinya, dari Suspek hingga Discarded. detikHealth. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5092534/6-istilah-baru-seputar-corona-dan-artinya-dari-suspek-hingga-discarded/1>
- [26] Alodokter. 2020. "Mengenal Arti Kasus Suspek, Kasus Probable, dan Kasus Konfirmasi dan Istilah Baru Lainnya pada Covid-19" <https://www.alodokter.com/mengenal-arti-kasus-suspek-kasus-probable-dan-kasus-konfirmasi-dan-istilah-baru-lainnya-pada-covid-19>





Optimalisasi *Self-assessment* Selama Pandemi Covid-19

Oleh: A'im Matun Nadhiroh

Universitas Muhammadiyah, Surabaya

Emil: aim.ums19@gmail.com

Pendahuluan

Coronavirus merupakan suatu kelompok virus yang dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia. Beberapa jenis *coronavirus* diketahui menyebabkan infeksi saluran napas pada manusia mulai dari batuk pilek hingga yang lebih serius seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) [1]. *Coronavirus* jenis baru yang ditemukan atau yang biasa disebut dengan Covid-19 merupakan suatu penyakit pneumonia jenis baru yang disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-Cov-2) [2]. Covid-19 teridentifikasi di Indonesia mulai 15 Maret 2020 dan sampai dengan sekarang belum menunjukkan penurunan kasus yang signifikan, tercatat sampai 31 Oktober 2020 kasus terkonfirmasi sebanyak 407 ribu dan dinyatakan meninggal sebanyak 13.782 ribu sedangkan untuk kasus sembuh sebanyak 334 ribu [3].

Pola penyakit di Indonesia sebelum ada pandemi Covid-19 sedang mengalami pergeseran, di mana penyakit menular sudah menurun akan tetapi penyakit tidak menular (PTM) semakin meningkat dan secara global bertanggung jawab atas sebagian besar kematian [4]. Kematian yang disebabkan penyakit tidak menular (PTM) di tingkat global sebanyak 63% sedangkan di Indonesia sebanyak 60% [4], [5]. Adapun penyakit yang paling banyak diderita orang Indonesia antara lain; hipertensi, diabetes mellitus, stroke, penyakit sendi, gagal ginjal kronis, asma dan kanker [6]. Tren penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia yang semakin meningkat dan bersamaan dengan adanya pandemi Covid-

19, kondisi tersebut berkontribusi meningkatkan angka fatalitas di Indonesia selama 7 bulan ini.

Penyakit tidak menular (PTM) termasuk salah satu *silent disease* yang berakar dari obesitas dan hal tersebut tidak banyak dipahami oleh masyarakat. Pola hidup *sedentary*, sosial budaya dan stigma masyarakat berkontribusi terhadap status kesehatan masyarakat yang dibuktikan dengan angka kejadian penyakit tidak menular (PTM) yang semakin meningkat dari tahun sebelumnya [4].

Pandemi Covid-19 semakin menunjukkan bahwa kondisi metabolik masyarakat Indonesia sedang dalam keadaan kurang baik atau tidak optimal, terbukti banyak kematian pada pasien Covid-19 dengan komorbid. Sebanyak 80% orang tanpa gejala (OTG) ada di antara masyarakat, sehingga sangat berpotensi menularkan apabila protokol kesehatan tidak diterapkan dengan baik dan benar. Oleh karena itu sangat diperlukan kesadaran dari setiap individu untuk melakukan *self-assesment* (penilaian pada diri sendiri) secara optimal terkait dengan status awal kesehatan sebagai upaya mencegah fatalitas dari Covid-19.

Pembahasan

Pada tahun 2018 Indonesia menghadapi transisi epidemiologi terkait dengan penyakit yaitu *Triple Burden of Diseases* (tiga beban penyakit). Pertama, telah bergesernya penyakit menular ke arah penyakit tidak menular, seperti penyakit jantung, gagal ginjal, diabetes, kanker, dan sebagainya. Kedua, muncul ancaman penyakit infeksi baru seperti flu burung, ebola, dan TBC Resisten Obat. Ketiga, masyarakat juga masih dihadapkan pada masalah penyakit menular yang belum selesai, seperti demam berdarah, TBC, malaria, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), filariasis, dan kecacingan [7]. Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang membutuhkan waktu lama dengan proses penyembuhan yang sangat lambat. Menurut Kemenkes (2019), di tingkat global sebanyak 63 persen penyebab kematian di dunia adalah penyakit tidak menular (PTM) yang membunuh 36 juta jiwa

per tahun, di mana sebanyak 80 persen kematian terjadi di negara berpenghasilan menengah dan rendah [4]. PTM termasuk salah satu target dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030, khususnya pada *goal 3: Ensure healthy lives and well-being* [4]. Hal ini didasari fakta bahwa banyak negara di mana meningkatnya usia harapan hidup dan perubahan gaya hidup disertai dengan meningkatnya prevalensi obesitas, kanker dan penyakit jantung, diabetes dan penyakit kronis lainnya.

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan jenis penyakit yang tidak dapat ditularkan dari orang ke orang melalui bentuk kontak apa pun. Meski demikian, beberapa macam penyakit tidak menular tersebut memiliki angka kematian yang cukup tinggi, diantaranya adalah penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes dan penyakit paru obstruktif (PPOK). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, 2013 dan 2018 tampak kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti diabetes, hipertensi, stroke dan penyakit sendi/rematik/encok, di mana fenomena ini diprediksi akan terus meningkat [6].

Data tren PTM di Jawa Timur tertinggi pertama pada kasus obesitas sebanyak 4.553.279 terjadi mulai usia ≥ 18 tahun, kedua pada kasus diabetes mellitus sebanyak 597.065 mulai pada usia ≥ 15 tahun dan kasus stroke sebanyak 463.717 mulai usia ≥ 15 tahun [4]. Sedangkan data tren PTM secara nasional dapat dilihat pada tabel 1. dibawah ini:

Tabel 1. Tren Data Penyakit Tidak Menular Tahun 2018

No	Kriteria	Merokok	Tekanan Darah Tinggi	Obesitas
1.	Prevalensi	24,3%	34,11%	IMT ≥ 27 (21,8%)
2.	Jenis Kelamin	<ul style="list-style-type: none"> • Perempuan (1,2%) • Laki-laki (47,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perempuan (36,85%) • Laki-laki (31,34%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perempuan (29,3%) • Laki-laki (14,5%)

3.	Usia	<ul style="list-style-type: none"> • Usia <19 tahun (13,4%) • Usia 30-34 tahun (32,2%) 	-	<ul style="list-style-type: none"> • IMT \geq25-27 dan IMT \geq27 pada penduduk usia \geq15 tahun (35,4%)
4.	Wilayah	<ul style="list-style-type: none"> • Kota (23%) • Desa (25,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kota (34,43%) • Desa (33,72%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kota (25,1%) • Desa (17,8%)

Sumber : RISKESDAS 2018 [6]

Berdasarkan data Riskesdas 2018, menunjukkan bahwa tren PTM bergeser ke usia muda yaitu antara 10-14 tahun. Hal ini dapat menjadi ancaman bagi sumber daya manusia (SDM) dan perekonomian Indonesia, dikarenakan pada tahun 2030-2040 Indonesia diprediksi akan mengalami bonus demografi yakni jumlah penduduk usia produktif (berusia 15-64 tahun) lebih besar dibandingkan penduduk usia tidak produktif (berusia di bawah 15 tahun dan di atas 64 tahun). Pada periode tersebut, penduduk usia produktif diprediksi mencapai 64 persen dari total jumlah penduduk yang diproyeksikan sebesar 297 juta jiwa [8]. Agar Indonesia dapat memetik manfaat maksimal dari bonus demografi, ketersediaan sumber daya manusia usia produktif yang melimpah harus diimbangi dengan peningkatan kualitas dari sisi kesehatan sehingga SDM yang ada dapat menghadapi keterbukaan pasar tenaga kerja dengan sehat [9].

Bonus demografi berdasarkan istilah dari Dana Penduduk Perserikatan Bangsa-Bangsa (*United Nations Population Fund* (UNFPA)), adalah potensi pertumbuhan ekonomi yang tercipta akibat perubahan struktur umur penduduk, di mana proporsi usia kerja (15-65 tahun) lebih besar daripada proporsi bukan usia kerja (0-14 tahun dan >65 tahun) [10]. Kondisi ini dapat terjadi ketika angka kelahiran dan angka kematian menurun pada suatu negara,

di mana hal ini menyebabkan usia non-produktif (0-14 tahun) menurun dan penduduk usia kerja dapat hidup lebih lama untuk menghasilkan potensi pertumbuhan ekonomi [11].

Secara angka, terjadinya bonus demografi dapat diukur dengan menurunnya rasio ketergantungan di suatu negara yang berarti proporsi usia produktif di negara tersebut meningkat. Namun, bonus demografi tidak dapat serta merta terjadi ketika jumlah penduduk usia produktif besar, melainkan harus diiringi dengan peningkatan produktifitas dari penduduk usia kerja tersebut [12]. UNFPA menyatakan bahwa suatu negara dapat menikmati bonus demografi ketika setiap orang menikmati kesehatan yang baik, pendidikan yang berkualitas, pekerjaan yang layak, dan kemandirian anak muda. Kondisi ini dapat terjadi ketika suatu negara yang memiliki potensi jumlah penduduk tersebut juga memiliki kebijakan yang baik [10].

Sebagaimana diketahui, bahwa pada akhir tahun 2019 mulai terjadi pandemi yang disebabkan oleh virus baru dan dikenal dengan nama Covid-19. Pandemi ini terjadi hampir pada seluruh dunia atau lebih dari 200 negara di dunia, tidak terkecuali Negara Indonesia. Kasus pertama kali di Indonesia mulai tercatat pada bulan Maret 2020 dan sampai sekarang hampir 9 bulan belum menunjukkan penurunan yang signifikan. Data pasien konfirmasi positif Covid-19 dengan komorbid atau penyakit bawaan menjadi kelompok yang rentan. Bahkan komorbid menjadi penyebab terbanyak kematian pasien Covid-19 di Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Sulawesi Selatan [13]. Kepala Dinas Kesehatan Jawa Timur dr. Herlin Ferliana, M.Kes menjelaskan berdasarkan analisis di Provinsi Jawa Timur sebanyak 95% pasien positif Covid-19 meninggal karena komorbid. Jenis penyakit bawaan di antaranya penyakit paru-paru dan jantung. Komorbiditas akibat sindrom metabolik dapat menyebabkan terjadinya gangguan respon imun yang normal terhadap infeksi. Sindrom metabolik seperti resistensi insulin, merupakan akar masalah dari berbagai jenis komorbiditas saat ini dan merupakan target utama yang perlu diperhatikan dalam penanganan pasien Covid-19[14].



Sindrom metabolik adalah kumpulan faktor risiko metabolik yang berkaitan dengan risiko kejadian penyakit kardiovaskuler aterosklerotik, resistensi insulin dan diabetes mellitus, dan komplikasi *neurovascular* [15]. Sindrom metabolik seringkali dikaitkan dengan obesitas. Obesitas di Indonesia meningkat menjadi 21,8 % menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesmas) 2018 [6]. Hasil ini meningkat dari sebelumnya hanya 14,8 % pada tahun 2013 [16]. Hingga saat ini ada tiga definisi sindrom metabolik yang sering digunakan sebagai panduan, yaitu definisi World Health Organization (WHO), NCEP ATP-III dan International Diabetes Federation (IDF). Komponen yang dipakai untuk mendiagnosis sindrom metabolik yaitu, obesitas sentral, angka trigliserid, kadar gula darah dan ada tidaknya mikro-albuminuria. Kriteria sindrom metabolik dapat dilihat pada tabel 2. dibawah ini:

Tabel 2. Kriteria Sindrom Metabolik Menurut WHO (World Health Organization), NCEP-ATP dan IDF

Komponen	Kriteria Diagnosis		
	WHO, Resistensi Insulin plus:	ATP III: 3 Komponen dibawah ini	IDF
Obesitas Abnormal / sentral	<i>Waist to hip ratio</i> <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki : >0,9 • Wanita : >0,85 atau • IMB>30 kg/m 	Lingkar perut <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki : 102 cm • Wanita : >88 cm 	Lingkar perut <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki : ≥ 90 cm • Wanita : ≥ 80 cm
Hiper-trigliserida	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 150 mg/dl ($\geq 1,7$ mmol/L) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 150 mg/dl ($\geq 1,7$ mmol/L) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 150 mg/dl
Hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> • TD $\geq 140/90$ mmHg atau riwayat terapi anti hipertensif 	<ul style="list-style-type: none"> • TD $\geq 130/85$ mmHg atau riwayat terapi anti hipertensif 	<ul style="list-style-type: none"> • TD sistolik ≥ 130 mmHg • TD diastolik ≥ 85 mmHg

Kadar glukosa darah tinggi	<ul style="list-style-type: none"> • Toleransi glukosa terganggu, glukosa puasa terganggu, resistensi insulin atau DM 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 110 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • GDP ≥ 100 mg/dl
Mikro-albuminuri	<ul style="list-style-type: none"> • Rasio albumin urin dan kreatinin 30mg/g atau laju ekskresi albumin 20 mcg/menit 		

Sumber: Rini [17]

Berdasarkan data dari kasus kematian akibat pandemi Covid-19 didapatkan prosentase terbesar dengan komorbid hipertensi yaitu sebesar 50,5%, diabetes mellitus 34,4%, penyakit jantung 19,9%, penyakit paru obstruktif kronis 10,1%, gangguan napas lain 6,4%, penyakit ginjal 6%, hamil 4,9%, asma 2,4%, penyakit hati 2%, TBC (tuberkulosis) 1,9%, gangguan imun 1,5% dan kanker 1,5% [18]. Hal ini membuktikan bahwa komorbid mendominasi fatalitas di Indonesia yang diawali dengan sindrom metabolik. Mengingat kejadian luar biasa yang terjadi pada hampir seluruh dunia, banyak hal yang bisa dilakukan dan juga memerlukan evaluasi. Selama pandemi sudah berbagai upaya dilakukan oleh pemerintah mulai dari tingkat pemerintahan Indonesia bahkan secara global, semua pihak berbondong-bondong untuk melakukan upaya agar dapat menurunkan kasus kematian akibat Covid-19 dengan memutus mata rantai penularan.

Adapun upaya yang sudah dilakukan selama ini adalah sebagai berikut; mulai dari regulasi peraturan pemerintah, keputusan presiden dan keputusan menteri yang kemudian diaplikasikan pada protokol baik itu berupa protokol kesehatan, perbatasan,



komunikasi, area pendidikan maupun area publik dan transportasi. Berbagai pedoman juga sudah diterbitkan oleh kementrian ataupun lembaga swasta yang disosialisasikan melalui media cetak dan elektronik, iklan layanan masyarakat, sosial media serta melibatkan ulama dan tokoh masyarakat setempat [19].

Pada semua tatanan juga diberlakukan adaptasi kebiasaan baru (AKB) baik itu di tingkat pendidikan (PAUD, TK, SD, SMP, SMA dan PT), tempat ibadah, pasar (pasar tradisional, *supermarket*, *mall* dan lain lain), tempat kerja (perkantoran pemerintah dan swasta) maupun fasilitas umum seperti bus, kereta api, minibus, kapal laut dan pesawat udara [19].

Melihat berbagai upaya yang telah dilakukan selama pandemi (gambar 1 dan 2) di mana semua upaya tersebut hanya berfokus pada upaya dari luar [19]. Sebagaimana kita ketahui bahwa angka kematian tertinggi kasus Covid-19 adalah dengan komorbid hipertensi dan jika merujuk data dari Riskesdas 2018, terjadi peningkatan prevalensi tekanan darah tinggi [6]. Artinya, Covid-19 akan semakin buruk dengan fatalitas yang tinggi pada orang-orang dengan komorbid. Hasil survei Kepatuhan Masyarakat yang dilakukan oleh Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan LITBANGKES (2020), yang dilakukan pada 19,654 responden (70% perempuan, 30% laki-laki; 94% berumur antara 17-55 tahun), didapatkan bahwa [20]:

1. Hampir semua responden (99,96%) mengetahui tentang anjuran pemerintah untuk menjaga jarak (*physical distancing*).
2. Sebanyak 93,40% menggunakan masker, 17,20% menggunakan sarung tangan, 55,96% menggunakan baju lengan panjang, 5,83% menggunakan sapu tangan dan 1,20% tidak menggunakan alat pelindung.
3. Sebanyak 47,37% selalu membawa *hand sanitizer* (91,91%) menyatakan sering, 6,63% jarang, 13,84% kadang-kadang dan sisanya (20,26%) tidak pernah.

4. 91,67% menyatakan mencuci tangan dengan sabun, 64,48% menyatakan mandi.
5. 54,29% selalu jaga jarak (31,92% menyatakan sering, 12,42% kadang-kadang dan sisanya 1,37% menyatakan jarang/tidak pernah).

Berdasarkan hasil survei kepatuhan masyarakat di atas, menunjukkan bahwa segala himbauan yang diberikan oleh pemerintah sudah dijalankan oleh sebagian masyarakat sebagai upaya memutus rantai penularan Covid-19. Akan tetapi hal ini belum mampu menurunkan kasus kematian yang diakibatkan oleh Covid-19 secara signifikan. Melihat dari budaya sosial masyarakat Indonesia seperti; lebih mengutamakan silaturahmi, slogan makan tidak makan asal kumpul dan sebagainya, maka sangat tidak mungkin menghindari paparan Covid-19. Artinya, hal yang bisa dilakukan adalah bagaimana saat terpapar mencegah agar tidak terjadi perburukan bahkan sampai kematian.

Pada awal bulan September, transmisi Covid-19 telah masuk ke satuan unit terkecil dalam lingkungan masyarakat yaitu keluarga. Artinya segala kebijakan, protokol dan sistem *monitoring* yang diterapkan oleh pemerintah pada tempat publik dan perusahaan tidak bisa menahan transmisi virus ke lingkungan terkecil yaitu keluarga.

Transmisi satu keluarga ke keluarga yang lainnya akan mempercepat penularan semakin masif, hal ini diperburuk jika warga yang bergejala enggan melakukan *test swab*, karena takut stigma seperti; takut dikucilkan oleh masyarakat dan sebagainya [21]. Pakar epidemiologi dari Universitas Griffith, Australia, Dicky Budiman, menyebutkan bahwa kluster keluarga tersebut bisa berkontribusi hingga 85% terhadap peningkatan kasus positif Covid-19 di suatu negara jika tidak ada langkah cepat untuk mengatasi. Salah satu cara mencegah penyebaran di kluster keluarga dengan meningkatkan pengetesan serta pelacakan di tingkat RT/RW dan menempatkan seluruh pasien isolasi mandiri ke satu lokasi tertentu [22].



Klaster Keluarga terjadi apabila salah satu anggota keluarga terinfeksi virus, lalu menularkan ke anggota keluarga yang lainnya sehingga satu rumah tangga tertular Covid-19 saat berada di rumah [21]. Menurut Dicky Budiman Pakar epidemiologi, mengatakan bahwa disebut klaster keluarga apabila dalam satu rumah tangga terdapat minimal dua orang yang terinfeksi virus *corona* [22]. Mayoritas penderita Covid-19 tidak bergejala sehingga sangat mudah menginfeksi atau menularkan ke orang terdekat dan pada akhirnya keluarga menjadi tempat yang paling efektif dalam menyebarkan virus Covid-19. Dalam kajian ilmiah tentang pandemi, klaster keluarga berkontribusi antara 50%-85% terhadap peningkatan kasus Covid-19 di suatu negara [22]. Faktor lain adalah dengan adanya program isolasi mandiri maka berpotensi besar menyebabkan klaster keluarga, karena selama melakukan isolasi mandiri bisa saja menggunakan barang secara bersama-sama, salah satunya penggunaan kamar mandi karena tidak semua masyarakat di Indonesia mempunyai kamar mandi pada setiap kamar tidur apalagi pada masyarakat ekonomi menengah kebawah.

Melihat uraian di atas angka kematian Covid-19 lebih banyak terjadi pada orang dengan komorbid [18] dan juga berdasarkan data Riskesdas 2018 [6], maka sangat diperlukan untuk melakukan *self-assesment*. Yang dimaksud *self-assesment* di sini merupakan salah satu teknik penilaian sikap yaitu penilaian diri (*self-assesment*), di mana sikap seseorang akan tercermin dari perilakunya [23], sedangkan menurut Astutik dan Maryani (2007) *self-assessment* merupakan suatu teknik penilaian di mana individu diminta untuk menilai dirinya sendiri yang berkaitan dengan status kesehatannya berdasarkan kriteria atau indikator yang telah disiapkan [24]. Selama pandemi, terdapat beberapa *self-assessment* yang dilakukan oleh universitas maupun lembaga-lembaga pemerintah dan swasta, akan tetapi hanya berfokus pada penilaian seberapa berisiko terpapar oleh Covid-19 seperti;

1. Alodokter, <https://corona.alodokter.com/cek-risiko-tertular-virus-corona-gratis> [25]
2. Sehatpedia.kemkes.go.id, <https://sehatpedia.kemkes.go.id/#/> [26]

3. Instrument *self-assessment*, <https://balimedhospital.co.id/id/instrumen-self-assessment-risiko-covid-19/> [27]
4. Covid-19 *self-assessment*, <https://covid-19.ontario.ca/self-assessment/> [28]
5. *Self-assessment* Terhadap Covid-19, https://ffarmasi.unand.ac.id/index.php?option=com_k2&view=item&id=317:self-assessment-terhadap-covid-19&Itemid=333 [29]
6. Dan masih banyak *self-assessment* yang dibuat oleh lembaga-lembaga lain.

Beberapa *self-assessment* di atas masih berorientasi pada penilaian akan risiko paparan bukan *self-assessment* yang dilakukan untuk menilai masing-masing individu terkait status kesehatan awal yang merupakan salah satu upaya untuk mengurangi fatalitas saat terpapar agar tidak terjadi perburukan. Pada tabel 2, sudah disampaikan berbagai kriteria sindrom metabolik menurut WHO (World Health Organization), NCEP-ATP dan IDF. Untuk lebih muda pada *self-assessment* kali ini menggunakan parameter kondisi metabolik dibawah ini (Tabel 3.)

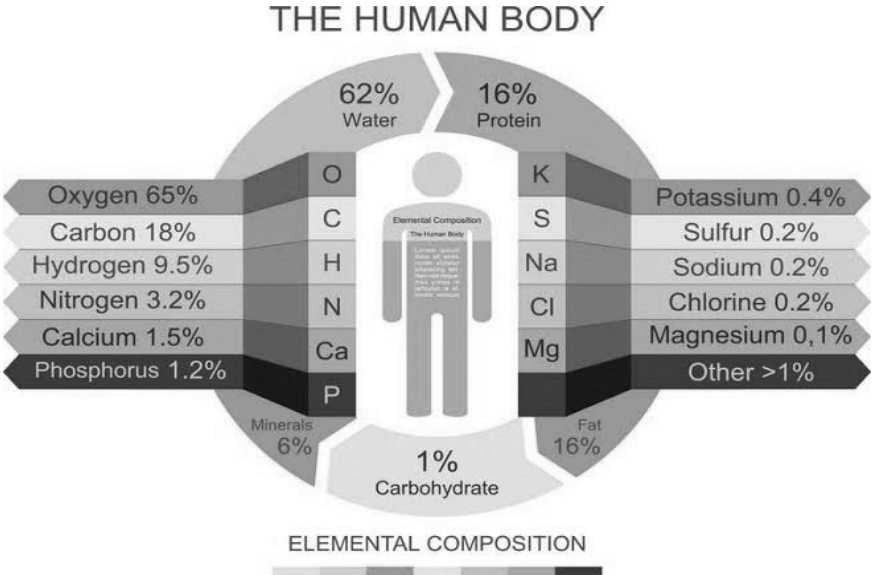
Tabel 3. Parameter Kondisi Metabolik

No	Parameter	Besaran
1.	Lingkar Pinggang	Pria <90 cm Wanita <80 cm
2.	Gula Darah Puasa	<100 mg/dl
3.	HbA1c	<5,7%
4.	Trigliserida	<150 mg/dl
5.	HDL Kolesterol	Pria >40 cm Wanita >50 cm
6.	Tekanan Darah	<120/80 mmHg
7.	Tanpa konsumsi obat apapun	

Self-assessment dengan indikator kondisi metabolik pada masing-masing individu akan sangat bermanfaat tidak hanya saat pandemi Covid-19, akan tetapi nantinya akan membantu pemerintah dalam menurunkan beban penyakit di Indonesia

terutama penyakit tidak menular (PTM). Dalam kehidupan sehari-hari, manusia hidup berdampingan dengan patogen, bakteri, virus, fungus dan sebagainya terutama saat pandemi Covid-19 kita dihadapkan dengan virus baru. Oleh Karena itu perlu diperhatikan juga gula yang dikonsumsi (kendali gula), sebagaimana diketahui bahwa Covid-19 merupakan suatu penyakit pneumonia jenis baru yang disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2), yang penyebarannya sangat cepat serta perkembang-biakannya membutuhkan inang untuk hidup [30].

Apabila saat virus masuk ke tubuh dan kemudian tetap tidak mengendalikan gula, dalam artian mengkosumsi karbohidrat berlebihan, maka hal itu bisa digunakan virus untuk berkembang biak. Berdasarkan *Chemical Composition of the Human Body*, kebutuhan karbohidrat setiap orang hanya 1%, sedangkan selama ini banyak orang tidak memahami hal tersebut dan juga mempunyai persepsi yang kurang tepat tentang komposisi rata-rata elemen tubuh [31]. Untuk lebih detail dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 1. *The Human Body Elemental Composition* [31]

Senyawa utama dalam tubuh manusia sebagian besar ditemukan dalam senyawa. Air dan mineral adalah senyawa anorganik. Adapun senyawa organik meliputi lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat.

1. Air; Air adalah senyawa kimia yang paling melimpah dalam sel manusia yang hidup, terhitung 65% hingga 90% dari setiap sel, air juga ada di antara sel, misalnya; darah dan cairan serebrospinal sebagian besar adalah air.
2. Lemak; Prosentase lemak bervariasi dari orang ke orang, tetapi bahkan orang obesitas memiliki lebih banyak air daripada lemak.
3. Protein; Pada pria kurus, persentase protein dan air sebanding. Kurang lebih 16% massa otot termasuk jantung, mengandung banyak sekali otot. Rambut dan kuku adalah protein. Kulit juga mengandung banyak protein.
4. Mineral; Mineral menyumbang sekitar 6% dari tubuh. Mineral termasuk garam dan logam. Mineral umum termasuk natrium, klorin, kalsium, kalium dan zat besi.
5. Karbohidrat; Meskipun manusia menggunakan glukosa (gula) sebagai sumber energi, tidak banyak yang bebas di aliran darah pada waktu tertentu. Gula dan karbohidrat lain hanya menyumbang sekitar 1% dari massa tubuh.

Optimalisasi *self-assessment* tentang status awal kesehatan setiap individu dan juga mengendalikan gula yang dikonsumsi, sangat perlu memperhatikan perilaku masyarakat di mana terdapat budaya yang selama ini sudah berjalan di masyarakat yang tidak mudah untuk diubah dalam waktu singkat seperti: budaya silaturahmi (kumpul), kegiatan keagamaan, kegiatan sosial dan lain sebagainya. Oleh karena itu peranan pemerintah tetap diperlukan, salah satunya adalah dengan himbaun pemerintah melalui media dan *leaflet online* yang dikemas dalam Germas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). Germas merupakan suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup [32].

Adapun salah satu gerakan hidup sehat selama pandemi tertuang seperti; Jaga Diri dan Keluarga Anda dari Virus *Corona* dengan Germas:

1. Makan dengan gizi seimbang
2. Rajin olahraga dan istirahat cukup
3. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun
4. Jaga kebersihan lingkungan
5. Tidak merokok
6. Minum air mineral 6 gelas/hari
7. Makan makanan yang dimasak sempurna dan jangan makan daging hewan yang berpotensi menularkan
8. Bila demam dan sesak napas segera ke fasilitas kesehatan
9. Gunakan masker jika batuk atau tutup mulut dengan lengan atas bagian dalam
10. Jangan lupa berdoa, untuk lebih jelas bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2. Jaga Diri dan Keluarga Anda dari Virus Corona dengan Germas [32]

Untuk memutus rantai penularan pandemi Covid-19 diperlukan kerjasama dari semua pihak, baik oleh masyarakat umum, lembaga swasta maupun pemerintah. Dengan semakin

meningkatnya berbagai klaster bahkan sampai pada unit terkecil masyarakat seperti klaster keluarga maka perlu diperhatikan juga protokol Ventilasi-Durasi-Jarak (VDJ) di lingkungan rumah [21]. Setiap rumah tangga memiliki faktor risiko penularan Covid-19 yang berbeda, seperti; setiap keluarga memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, jumlah orang yang keluar rumah berbeda (missal untuk bekerja), jumlah keluarga yang tinggal di satu atap, luas rumah tinggal, dan seterusnya. Adapun protokol Ventilasi-Durasi-Jarak (VDJ) tersebut adalah sebagai berikut:

1. **Ventilasi;** buka jendela dan pintu agar udara segar mengalir. Hindari berada di ruangan tertutup khususnya dengan anggota keluarga yang rentan dan keluarga yang sering keluar rumah.
2. **Durasi;** sediakan kamar terpisah jika ada anggota keluarga yang harus bekerja di luar rumah dan kurangi interaksinya dengan anggota yang rentan
3. **Jarak;** jika memungkinkan, anggota keluarga yang bekerja di luar diharapkan menjaga *social distancing* dan gunakan masker di sekitar keluarga lainnya, khususnya lansia atau balita.

Penutup

Pandemi Covid-19 merupakan suatu keadaan yang tidak ada seorang pun siap bahkan suatu negara juga tidak siap dengan kondisi ini. Jumlah kematian yang disebabkan oleh Covid-19 lebih banyak terjadi pada orang dengan komorbid, yang tertinggi adalah komorbid hipertensi. Negara Indonesia merupakan negara dengan kondisi sebelum pandemi sedang mengalami transisi epidemiologi yaitu *triple burden disease* serta kasus obesitas yang semakin meningkat. Segala upaya yang sudah dilakukan masih berorientasi pada pencegahan dengan segala protokol kesehatan dan adaptasi kebiasaan baru (AKB), yang berorientasi dari luar tubuh akan tetapi hal itu juga masih banyak masyarakat yang tidak mematuhi dengan berbagai alasan serta pembenaran kebutuhan hidup.

Pandemi Covid-19 sudah berjalan hampir tujuh bulan dan sampai sekarang belum menunjukkan penurunan yang signifikan,



berbagai klaster bermunculan, mulai dari klaster perkantoran, transportasi umum bahkan sampai pada unit masyarakat terkecil, yaitu klaster keluarga. Artinya kita tidak bisa menghindari paparan Covid-19, yang bisa kita lakukan adalah optimalisasi *self-assessment* dari dalam diri sendiri (dari dalam tubuh) dengan melakukan kendali gula, agar virus yang masuk tidak mudah untuk berkembang biak sehingga dapat menurunkan fatalitas Covid-19.

Rujukan

- [1] World Health Organization (WHO). 2020. QA for public. Available from: <https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa-for-public>. [diakses 27 September 2020]
- [2] World Health Organization (WHO). 2020. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. Geneva: World Health Organization; 2020 Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). [diakses 29 Maret 2020].
- [3] Data Statistik Pandemi Covid (2020) Available from: https://www.google.com/search?q=pandemi+covid&rlz=C1CHBD_idID899ID899&oq=pandemi&aqs=chrome.2.69i57j0l5j69i61l2.4010j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8 [diakses 31 Oktober 2020].
- [4] KEMENKES RI (2019). Rencana Aksi Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2015-2019, Edisi Revisi 2. Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2019. Jakarta
- [6] RISKESDAS (2018). Profil Kesehatan Indonesia. Ditjen P2P, Kemenkes RI 2019.
- [7] Sofyanti A (2018). Menkes: Masyarakat Indonesia Masih Dihadapkan pada Tiga Beban Penyakit. Available : <https://news.trubus.id/baca/23471/menkes-masyarakat-indonesia-masih-dihadapkan-pada-tiga-beban-penyakit>. [diakses tanggal 12 September 2020].
- [8] Kementrian PPN/Bappenas (2017). Siaran Pers, Bonus Demografi 2030-2040: Strategi Indonesia Terkait Ketenagakerjaan Dan Pendidikan. Jakarta
- [9] Wikipedia (2020). Bonus Demografi. Available from: https://id.wikipedia.org/wiki/Bonus_demografi. [diakses 13 Oktober 2020].



- [11] a b “Demographic dividend”. www.unfpa.org (dalam bahasa Inggris). [diakses tanggal 25 April 2020].
- [11] “Fact Sheet: Attaining the Demographic Dividend – Population Reference Bureau” (dalam bahasa Inggris). [diakses tanggal 25 April 2020].
- [12] a b c d Adioetimo, Sri Moertiningsih (Maret 2018). Memetik Bonus Demografi: Membangun Manusia Sejak Dini. Depok: PT RajaGrafindo Persada. ISBN 978-602-425-241-0.
- [13] Rokom (2020) Komorbid Jadi Penyebab Terbanyak Kematian Pasien COVID-19. Available from: <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20201021/3935469/komorbid-jadi-penyebab-terbanyak-kematian-pasien-covid-19/>. [diakses 28 Oktober 2020].
- [14] Yanuarso, P. B. Yusri, A. Sangaji, K. Musridharta, E. Widjamantie, S. C. Suryani, I. Sartika, S. Abdullah, N. I. Saudah, N dan Nadhiroh, A. M (2020). Panduan Optimalisasi Kondisi Metabolik Untuk Mencegah Fatalitas COVID-19. ISBN: 978-623-7811-33-6. Penerbit: INTENSE, Mojokerto, Jawa Timur
- [15] Magdalena, Mahpolah dan Yusuf, A. (2014). Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Sindrom Metabolik Pada Penderita Rawat Jalan Di RSUD Ulin Banjarmasin. Jurnal SKala Kesehatan Vol 5 No. 2 Tahun 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459248/> [diakses tanggal 07 September 2020].
- [16] Available from <https://www.google.co.id/amp/s/amp.suara.com/health/2018/11/02/133408/jumlah-penduduk-obesitas-di-indonesia-meningkat-218-persen> [diakses tanggal 25 Agustus 2020].
- [17] Rini S. (2015) Sindrom Metabolik, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. J Majority, Vol 4 No. 4, Februari 2015 88
- [18] Septiani, A. (2020). Deretan Penyakit Penyerta COVID-19, Diabetes Urutan Kedua Terbanyak. Available from : <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5120598/deretan-penyakit-penyerta-covid-19-diabetes-urutan-kedua-terbanyak> [diakses tanggal 20 Agustus 2020].

- [19] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Available from: http://www.b2p2vrp.litbang.kemkes.go.id/mobile/page/read/pedoman_covid19/Lawan%20Covid19/Pedoman-Regulasi-Protokol-Covid-19.html [diakses tanggal 14 Agustus 2020].
- [20] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Available from: <https://www.litbang.kemkes.go.id/kajian-covid-19-badan-litbangkes/> [diakses tanggal 10 Agustus 2020].
- [21] Radiany, F. Anissa, M dan Kamil, M. (2020). Transmisi COVID-19 mulai ancam unit sosial terkecil, Klaster Keluarga Bermunculan. @Pandemitalks. Sumber: Time, Jurnal Thorax (Mei 2020). Available from: https://www.agropustaka.id/wp-content/uploads/2020/09/agropustaka.id_Waspadai-Ancam-Covid-pada-Kluster-Terkecil-Keluarga.pdf [diakses tanggal 01 September 2020].
- [22] Klaster keluarga Covid-19. Terjadi di lima kota besar di Indonesia. Available form <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-54106027> [diakses tanggal 04 September 2020].
- [23] Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 66 Tahun 2013 Tentang Standar Penilaian
- [24] Astuti, S dan Maryani (2007). *Modul Assesment Pembelajaran.* Jember. Universitas Jember.
- [25] Available from: <https://corona.alodokter.com/cek-risiko-tertular-virus-corona-gratis>
- [26] Sehatpedia.kemkes.go.id. Available from: <https://sehatpedia.kemkes.go.id/#/>
- [27] Available from: <https://balimedhospital.co.id/id/instrumen-self-assessment-risiko-covid-19/>
- [28] COVID-19 *self-assessment.* Availabel from: <https://covid-19.ontario.ca/self-assessment/>
- [29] *Self-assessment Terhadap Covid-19.* Availabel from: https://ffarmasi.unand.ac.id/index.php?option=com_k2&view=item&id=317:self-assessment-terhadap-covid-19&Itemid=333



- [30] World Health Organization. 2020. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: [https:// www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-thatcauses-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-thatcauses-it). [diakses 29 Mei 2020].
- [31] Chemical Composition of the Human Body. Available from: <https://www.thoughtco.com/chemical-composition-of-the-human-body-603995> [diakses 20 Agustus 2020].
- [32] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. (2020). Kumpulan Media Pencegahan COVID-19. Available from <https://promkes.kemkes.go.id/category/poster> [diakses tanggal 30 Juli 2020]

Peran dan Tantangan Orang Tua Menjaga Kesehatan Anak Balita di Era Pandemi COVID-19

(Disampaikan pada Seri Webinar “Peran Kampus dalam Penanggulangan COVID-19” 24 Juni 2020 di UMSurabaya)

Oleh : **Gita Marini**

Prodi Pendidikan Ners-Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surabaya

Overview Era Pandemi Covid-19 pada Anak Balita

Angka kejadian kesakitan dan kematian anak akibat Covid-19 di Indonesia adalah yang paling tinggi di Asia Tenggara. Menurut Ikatan Dokter Indonesia (IDAI) (2020), yang telah melaksanakan upaya deteksi kasus pada anak secara mandiri hingga 18 Mei 2020, telah didapatkan bahwa terdapat 3.324 anak dengan status pasien dalam pemantauan (PDP), 129 PDP anak meninggal, 584 anak positif Covid-19 dan 14 anak positif Covid-19 meninggal.

Selama ini banyak kalangan menganggap bahwa Covid-19 tidak banyak menjangkiti kelompok usia anak atau anak hanya akan menderita sakit ringan saja karena anak dianggap memiliki imunitas yang paling baik. Angka kejadian di atas ternyata menunjukkan fakta sebaliknya bahwa kelompok usia anak adalah kelompok yang juga rentan terhadap virus Corona dan bahkan memiliki angka kejadian kematian yang tinggi. Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 Kota Surabaya menyampaikan bahwa di Surabaya terdapat 127 anak yang terpapar Covid-19. Dan dari angka tersebut, 36 anak di antaranya berusia 0-4 tahun, lalu 91 kasus lainnya adalah anak usia 5-14 tahun.

Menurut Ikatan Perawat Anak Provinsi Jawa Timur (2020) bahwa terdapat dua kelompok anak di era pandemi ini yaitu anak dengan Covid-19 (PDP, konfirmasi positif) yang kemudian

menjadi tanggung jawab tatanan klinik serta kelompok anak sehat yang terdampak Covid-19 yang menjadi tanggung jawab tatanan komunitas.

Dampak Era Pandemi Covid pada Anak Balita

Berbagai upaya untuk mengendalikan pandemi tersebut telah menimbulkan dampak signifikan di sektor ekonomi, kegiatan sehari-hari, dan seluruh aspek kehidupan anak. Dampak tersebut bisa melekat seumur hidup pada sebagian anak. Terdapat 80 juta anak di Indonesia (sekitar 30 persen dari seluruh populasi) yang berpotensi mengalami dampak serius akibat beragam dampak sekunder yang timbul baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

Dampak pandemi Covid-19 tersebut yaitu: (1). Krisis kemiskinan anak, (2) Krisis gizi pada anak, (3) Krisis pembelajaran pada Anak, (4). Krisis keamanan dan pengasuhan anak (Unicef, 2020). Selain empat dampak tersebut, didapatkan juga bahwa era pandemi telah menurunkan pelayanan kesehatan anak balita di Indonesia. Pelayanan puskesmas yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia menjadi menurun karena hanya 19,2% saja yang tetap melaksanakan kegiatan posyandu dan kegiatan pelayanan kesehatan untuk anak. Rerata kunjungan pasien hanya 13,1% jumlah kunjungan pasien tetap seperti biasa (Dirjen Kesmas Kementerian Kesehatan, 2020).

Peran dan Tantangan Orang Tua Menjaga Kesehatan Anak Balita di Era Pandemi Covid-19

Berdasarkan latar belakang angka kejadian dan dampak Covid-19 pada anak balita di atas maka orang tua memiliki tantangan dan peran yang sangat penting dalam upaya menjaga kesehatan anak balita di era pandemi Covid-19. Keluarga merupakan salah satu pilar dalam tatanan komunitas yang harus bertanggungjawab terhadap kelompok anak sehat yang terdampak maupun berisiko terdampak Covid-19. Anak balita tidak bisa jauh dari orang tua, sehingga orang tua menjadi sumber utama kekuatan dan dukungan

anak balita. Orang tua memiliki kewenangan menjaga kesehatan anak di dalam keluarganya.

Perawatan dan penjaagaan kesehatan anak yang berpusat pada keluarga tersebut disebut dengan pendekatan Family Center Care (FCC). (Wong, 2013). Family Center Care menekankan bahwa pembuatan kebijakan, perencanaan program perawatan, perancangan fasilitas kesehatan dan interaksi sehari-hari antara anak dengan tenaga kesehatan harus melibatkan orang tua (Eichner, 2013). Manfaat dari penerapan FCC antara lain :

1. Keluarga memiliki kepercayaan dan kemampuan lebih besar dan tekanan lebih kecil dalam merawat dan menjaga kesehatan anak.
2. Ketergantungan keluarga berkurang.
3. Biaya perawatan berkurang/length of stay (LOS) di RS berkurang.
4. Kepuasan orang tua dan tenaga kesehatan (Nakes).
5. Orang tua dan nakes dapat mengembangkan keterampilan dan keahlian baru dalam perawatan dan penjaagaan anak.

Proses dari family center care yaitu keluarga diberikan kewenangan dalam mengetahui kekuatan, kemampuan menjaga kesehatan anak sehingga perspektif dan informasi keluarga sangat penting dalam pengambilan keputusan klinik dalam menjaga kesehatan anak. (Wong, 2013). Terdapat 2 proses besar dalam FCC yaitu proses enabling dan proses empowering. Proses enabling yaitu proses menciptakan kesempatan keluarga menunjukkan kemampuan dan kompetensinya yang berguna dalam memenuhi kebutuhan anak (Eichner, 2013). Proses empowering yaitu memberdayakan keluarga memeperkokoh kemampuan dan tindakan dalam menjaga kesehatan anaknya. (Eichner, 2013).

Bentuk upaya enabling dan empowering dalam FCC oleh negara difasilitasi melalui buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Buku KIA merupakan bentuk peran serta aktif keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan ibu dan anak, dan keberhasilan penerapan Buku KIA sebagai salah satu alat untuk meningkatkan cakupan

pelayanan KIA tidak terlepas dari peran para pihak terkait dengan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, bayi dan anak balita. (Kemenkes, 2016).

Sesuai dengan sosialisasi Kemenkes pada 17 Juni 2020 didapatkan bahwa peran ibu/keluarga yang dituntut pada buku KIA di era pandemi sesuai isi buku KIA revisi 2020 yaitu :

1. Membaca dan memahami lembar informasi buku KIA lebih mandiri.
2. Mencentang informasi yang sudah dipahami lebih mandiri.
3. Memastikan pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan mengedepankan keselamatan kesehatan.
4. Memastikan kelengkapan pelayanan kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang balita lebih mandiri.
5. Menghubungi dinas kesehatann (bidang kesehatan ibu anak) jika mengalami kesulitan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Cakupan kegiatan yang harus diperhatikan orang tua untuk selalu menjaga kesehatan anak yaitu:

1. Orang tua/pengasuh membiasakan cuci tangan dalam merawat anak sebagai upaya pencegahan infeksi.

Upaya membiasakan cuci tangan oleh keluarga harus dimulai dari 4 dimensi bentuk dukungan keluarga dalam hal dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan penghargaan. Jika anak diberikan pengetahuan pentingnya cuci tangan, disediakan sarana dan prasarana yang memadai, diajarkan tentang cuci tangan yang benar, dimotivasi untuk melakukan cuci tangan, serta diberikan penghargaan jika anak telah melakukan cici tangan dengan baik maka upaya pembiasaan cuci tangan anak akan berhasil dilakukan.

2. Menjaga kesehatan gigi anak dan mengenali tanda-tanda bahaya kesehatan pada anak.

Orang tua harus memiliki pengetahuan dan melakukan ceklist bila sudah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan/kader serta memantau tentang pola tidur bayi, pola buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) bayi. Informasi warna tinja, kenaikan BB bayi, waktu-waktu pemeriksaan bayi baru lahir, pemantauan kesehatan bayi baru lahir. Kriteria tanda bayi tidak sehat atau tanda bahaya pada bayi baru lahir:

- a. Tidak mau menyusu.
 - b. Kejang.
 - c. Sesak napas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit) tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
 - d. Merintih dan menanngis terus menerus.
 - e. Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau dan bernanah.
 - f. Demam.
 - g. Mata bayi bernanah.
 - h. Diare.
 - i. Kulit dan mata bayi kuning.
 - j. Tinja bayi pucat.
 - k. Muntah-muntah.
3. Keluarga memeberikan sir susu ibu (ASI) eksklusif 0-6 bulan dan 6-24 bulan dilanjutkan dengan makanan pendamping (MP)-ASI.

Pemberian ASI masih menjadi tantangan, karena pemberian ASI ekskslif di Jawa Timur masih sekitar 40,5 % (Riskesdas,2018). Secara teori bahwa hambatan pemberian ASI eksklusif terletak pada persepsi ibu tentang ASI yang kurang, masalah kesehatan ibu dan bayi, masalah payudara (Bologun et al, 2015). Worl Health Organization (WHO) dan kemenkes telah memberikan informasi tata cara pemberia ASI ibu dengan Covid-19.



4. Memberikan asupan gizi seimbang pada makanan keluarga usia 24-60 bulan

Orang tua harus memiliki pengetahuan, melakukan ceklist bila sudah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan/kader tentang:

- a. Pemberian ASI disertai pendamping ASI (MPASI) serta melakukan pemenuhan gizi secara tepat waktu, adekuat, aman dan diberikan dengan cara yang benar.
- b. Mengetahui cara membuat MP ASI dari bahan mentah makanan keluarga secara

Serasi (sesuai tingkat tumbuh kembang), Selaras (sesuai ekonomi sosial budaya dan agama), dan Simbang (nilai gizi sesuai kebutuhan).

Tujuan dari pemberian makanan dengan gizi seimbang adalah memenuhi kecukupan makanan untuk memelihara tubuh, gerak dan pertumbuhan anak, memberikan kepuasan dan kenikmatan pada anak, serta mendidik anak trampil mengkonsumsi makanan dan untuk membina kebiasaan dan perilaku makan, memilih dan menyukai makanan yang baik dan dibenarkan oleh keyakinan atau agama orangtua masing-masing.

Pemberian makanan merupakan bagaian dari Asah Asih Asuh yang harus dipikirkan, direncanakan dan dilaksanakan perihal jadwal, jenis dan jumlahnya. Keluarga seyogyanya menyusun makanan yang disukai anak, mencuci tangan sebelum meberikan makanana, menyesuaikan cara pemberian makanan dengna kemampuan gerak, memperhatikan nafsu makan anak, memantau banyaknya makanan yang dihabiskan anak dan membiasakan waktu makan yang teratur.

5. Memberikan stimulasi perkembangan anak dengan cara:

- a. Mengoptimalkan Stimulasi, Deteksi, Intervensi, Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) pada usia 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan, 11 bulan sampai dengan 60 bulan lebih mandiri.

- b. Mengidentifikasi jenis tindakan stimulasi di rumah atau rujukan lebih mandiri.
 - c. Memperkuat peran keluarga dalam memantau SDIDTK anak.
 - d. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dilakukan mandiri di rumah dengan buku KIA:
 - 1) Mendapatkan pengukuran berat badan/umur (BB/U), tinggi badan/umur (TB/U), indeks massa tubuh (IMT) dan lingkaran kepala Balita sesuai standar pengukuran yaitu 8x pertahun lebih mandiri.
 - 2) Memantau pertumbuhan BALITA sesuai umur.
 - 3) Mengetahui deteksi dini pertumbuhan balita melalui hasil pengukuran berat badan lebih mandiri.

Catatan RISKESDAS, 2018 menunjukkan bahwa Jika ibu menggunakan buku KIA, maka ibu memiliki 2x lebih tinggi akses penimbangan standar 8x per tahun, hal ini akan memberikan data pemantauan tumbuh kembang balita.
 - e. Pemantauan balita berisiko, pelayanan vitamin A, imunisasi, triple eliminasi dilakukan dengan janji temu/tele konsultasi/kunjungan rumah.
6. Mengingat mendapatkan jadwal imunisasi dengan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan. Penting untuk tidak menunda imunisasi, imunisasi yang tertunda harus segera dijadwalkan kembali dengan pengaturan tertentu di daerah positif Covid-19 (IDAI, 2020) yaitu :
- a. Janji temu telah disepakati sebelum hari pelayanan.
 - b. Pemisahan ruangan pelayanan.
 - c. Lakukan beberapa kegiatan dalam sekali temu misalnya;
 - DPT-HB-HiB1 + observasi sifilis pada bayi dari ibu sifilis
 - DPT-HB-HiB2 + EID bagi bayi dari ibu HIV AIDS
 - Campak + pemeriksaan HBsAg bagi bayi dari ibu hepatitis.

- d. Tenaga kesehatan dan sasaran anak serta pendamping menggunakan masker (minimal masker kain atau pelindung mulut dan hidung)
 - e. Pelayanan kesehatan hendaknya memisahkan antara anak sakit dan anak sehat yang untuk mendapatkan imunisasi (Kemenkes, 2020).
7. Membatasi gadget pada anak balita karena berisiko memberi dampak negatif pada kesehatan anak. Jika diperkenankan maka gadget dibatasi 60 menit/hari

Pemberian pola asuh pada anak balita (1,5-3 tahun) dan anak dengan disabilitas yang harus minimal wajib diberikan meliputi:

1. Menghargai dan mengakui kemampuan anak.
2. Mendorong anak bergerak bebas, namun orang tua melindungi dari bahaya.
3. Mengajak anak bermain dan berbicara dengan kalimat pendek-pendek.
4. Pembentukan karakter sopan santun dan disiplin secara sederhana.
5. Pola asuh kebutuhan nutrisi.
6. Pola asuh kebutuhan pemenuhan kebutuhan tidur.
7. Pola asuh penggunaan gawai:
 - a. Memilih konten berkualitas dan tidak lebih dari 1 jam.
 - b. Didampingi dan dimainkan orangtua.
 - c. Hendaknya didampingi orang tua.
 - d. Jangan menggunakan gawai saat makan dan 1 jam sebelum tidur.
 - e. Matikan tv dan perangkat media saat tdk dipakai.
 - f. Jangan menggunakan gawai dengan tujuan menenangkan perilaku anak.
 - g. Berupaya agar kamar tidur, waktu makan, waktu bermain terbebas dari gadget.

8. Kerjasama orang tua dan anggota keluarga dalam menjalani tahap usia dini.
9. Pola asuh menghindari kekerasan dan pelecehan seksual.
10. Pemenuhan kebutuhan anak secara materil-nonmateril.
11. Pola asuh memupuk kemandirian.
12. Pola asuh pemenuhan kebutuhan nutrisi.
13. Pola asuh pemenuhan kebutuhan tidur.

Upaya alternatif dalam pelaksanaan pola asuh di atas. Maka ibu, ayah, keluarga diharapkan dapat ikut kelas balita secara online untuk:

1. Memperoleh informasi tentang pola asuh, tumbuh kembang dan stimulasinya, imunisasi, gizi, perawatan bayi dan balita serta penyakit yang ditemukan.
2. Mendapat teman berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan dan informasi tentang materi materi kelas ibu balita.
3. Mencentang ceklist setelah mengikuti kelas ibu balita dan telah mendapatkan informasi tentang modul modul dari petugas kesehatan.

Modul –modul yang wajib diketahui dan dimiliki oleh orang tua/keluarga yaitu :

1. Untuk kelompok usia bayi 0-1 tahun:
 - a. Modul pemberian ASI.
 - b. Modul pemberian imunisasi.
 - c. Modul Pemberian MP-ASI usia 6-12 bulan.
 - d. Modul tumbuh kembang bayi.
 - e. Penyakit terbanyak pada bayi.
2. Untuk kelompok usia 1-2 tahun:
 - a. Modul merawat gigi anak.
 - b. Modul MP ASI sesuai usia.
 - c. Tumbuh kembang anak.



- d. Permainan anak.
 - e. Stimulasi pijat.
3. Kelompok usia 2-5 tahun:
- a. Modul tumbuh kembang anak.
 - b. Modul pencegahan kecelakaan.
 - c. Modul gizi seimbang.
 - d. Modul penyakit pada anak.
 - e. Modul obat pertolongan pertama.
 - f. Modul perilaku hidup bersih dan sehat.

Akhir kata kami sampaikan untuk semua keluarga Indonesia unatuk menjawab “Peran dan Tantangan Orang Tua Menjaga Kesehatan Anak Balita di Era Pandemi COVID-19”

“Selamat Berjuang merawat anak balita di eras pandemi Covid-18”. Perjuangan tersebut sangat membutuhkan sebuah ketahanan pada keluarga. Menurut Undang-Undang no 10 Tahun 1992 bahwa ketahanan keluarga adalah kondisi dinamik suatu keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik-materiil dan psikis-mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

Daftar Pustaka :

- COVID-19 dan Anak-Anak di Indonesia Agenda Tindakan untuk Mengatasi Tantangan Sosial Ekonomi, 11 May 2020, https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-05/COVID-19-dan-Anak-anak-di-Indonesia-2020_1.pdf
- D. L. Wong, M. Hockenberry, M. Winkelstein, and D. Wilson, "Buku Ajar Keperawatan Pediatrik," in Jakarta, EGC, A. Hartono, S. Kurnianingsih, and Setiawan, Eds. 2009.
- Pedoman Umum perlindungan Anak Penanganan Covid-19, KPPA (2020), file:///C:/Users/User/Downloads/Pedoman_Umum_Perlindungan_Anak_Penanganan_COVID-19_versi_2.pdf
- Pedoman Petunjuk Teknis Buku KIA 2016, <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/JUKNIS%20BUKU%20KIA%202016.pdf>
- Poster Poster Kemenkes (2020), file:///C:/Users/User/Downloads/Media_KIE_Kesga_Covid19.pdf
- Riskesdas (2018), Hasil Utama Riskesdas 2018 Provinsi Jawa Timur, <https://dinkes.kedirikab.go.id/konten/uu/22033-hasil-riskesdas-jatim-2018.pdf>,
- Sosialisasi BUKU KIA VERSI 2020, Kemenkes 18 Juni 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=HumdfjevR04>
- UU no. 10 Tahun 1992, http://hukum.unsrat.ac.id/uu/uu_10_1992.htm#:~:text=UU%2010%2F1992%2C%20PERKEMBANGAN%20KEPENDUDUKAN%20DAN%20PEMBANGUNAN%20KELUARGA%20SEJAHTERA&text=Penduduk%20adalah%20orang%20dalam%20matranya,wilayah%20negara%20pada%20waktu%20tertentu.





Kewajiban Negara Terhadap Warga Negara Pada Masa Pandemi Covid-19

Oleh: Al Qodar Purwo S.

Universitas Muhammadiyah Surabaya

Pengantar

Hak asasi manusia atau yang sering disebut HAM merupakan hak dasar yang melekat pada diri manusia sejak ia lahir. HAM merupakan pemberian dari Tuhan Yang Maha Esa. Hak asasi manusia yang ada di setiap manusia bersifat universal, berarti semua manusia yang terlahir di dunia ini memiliki sebuah hak dasar yang paling utama, yaitu hak untuk hidup[1].

Negara yang berkewajiban mengatur hak-hak dasar ini dalam kehidupan warga negaranya untuk memastikan hak-hak ini bisa terpenuhi, serta tidak ada pelanggaran di dalamnya[2]. Oleh karena itu negara berkewajiban membentuk sebuah instrumen hukum baik instrumen hukum internasional maupun instrumen hukum nasional.

Bagi warga negara Indonesia, hak asasi manusia diatur dalam Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 27 sampai dengan Pasal 34. Dalam Pasal 28H ayat (1) secara garis besar mengatur tentang hak setiap orang untuk mendapatkan kesejahteraan lahir dan batin, mendapat tempat tinggal yang layak serta mendapatkan pelayanan kesehatan dan jaminan sosial yang layak[3].

Sejak awal tahun 2020, hampir semua negara di dunia menghadapi virus yang disebut dengan *Corona Virus Disease-19* (Covid-19) atau biasa disebut virus *corona*. Saat ini hampir bisa dikatakan tidak ada satupun negara yang tidak terkena dengan virus yang menular dan mematikan ini. Di mana penyebaran virus

ini sangat cepat dapat menyerang beberapa orang sekaligus bahkan seluruh penduduk atau masyarakat yang ada di dalamnya.[4]

Indonesia termasuk negara yang juga mengalami pandemi paling parah saat ini, sejak diumumkan oleh pemerintah mengenai pasien pertama yang tertular Covid-19. Tepat pada tanggal 10 April 2020 merupakan hari ke 40 setelah presiden mengumumkan adanya pasien yang terjangkit Covid-19 untuk pertama kalinya di Indonesia. Kasus Positif Covid-19 terus mengalami peningkatan seperti yang telah terkonfirmasi bahwa jumlah kasus positif hingga Senin (13/4/2020) mencapai 4.557 kasus [5].

Dalam masa pandemi ini, di mana aktivitas sosial masyarakat sangat dibatasi guna memutus penyebaran rantai Covid-19. Untuk saat ini langkah yang diambil Pemerintah Indonesia sebagai pemangku kebijakan adalah menerapkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) [6]. Pembatasan Sosial Berskala Besar, tertuang dalam Pasal 59 ayat (1) sampai (4) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) [7].

Pada ayat (3) Pembatasan Sosial Berskala Besar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit meliputi:

- a. peliburan sekolah dan tempat kerja;
- b. pembatasan kegiatan keagamaan; dan/atau
- c. pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum.

Dengan diberlakukan PSBB di sebagian besar wilayah dan hampir semua wilayah di Negara Indonesia yang mencakup 34 (tiga puluh empat) provinsi, maka perlu diperhatikan pada huruf a yaitu peliburan sekolah dan tempat kerja. Berarti sektor-sektor vital perekonomian masyarakat untuk sementara ditutup dan dibatasi, akibatnya banyak masyarakat Indonesia yang tidak bekerja karena perusahaannya tempat bekerja berhenti beroperasi, maka akan semakin banyak lagi orang atau masyarakat yang akan menderita kelaparan dan kekurangan makanan [8].

Pembatasan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilakukan dengan memperhatikan pemenuhan kebutuhan dasar penduduk. Untuk itu maka negara harus hadir sebagai bagian dari kewajiban negara dalam pemenuhan HAM bagi warga negaranya terutama dalam hal pemenuhan hak atas pangan karena hak atas pangan merupakan hak dasar yang harus terpenuhi sebagaimana tercantum dalam konsep hak asasi manusia [9].

Dalam Pasal 2 ayat (1) Kovenan hak ekonomi, sosial dan budaya merupakan aturan hukum internasional tentang kewajiban pemerintah dalam memenuhi hak konstitusional masyarakat atas kesehatan [10]. Secara konstitusional pemerintah wajib memberikan pelayanan kesehatan yang memadai, dan masyarakat berhak untuk mendapatkan perlindungan sebagai hak yang melekat, maka perlindungan serta jaminan kesehatan setiap orang merupakan garda terdepan [11].

Kemudian konstitusi nasional pun telah menyebutkan dalam Pasal 28 I ayat (4) UUD 1945 menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah. Kewajiban pemerintah ini juga ditegaskan dalam Pasal 8 UU HAM, kemudian Pasal 7 UU Kesehatan yang menyatakan bahwa pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh setiap masyarakat. Kemudian Pasal 9 UU Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pembahasan.

1. Hak Atas Pangan.

Pangan adalah segala sesuatu yang berasal dari sumber hayati produk pertanian, perkebunan, kehutanan, perikanan, peternakan, perairan, dan air, baik yang diolah maupun tidak diolah yang diperuntukkan sebagai makanan atau minuman bagi konsumsi manusia. Termasuk bahan tambahan pangan, bahan baku pangan, dan bahan lainnya yang digunakan dalam proses persiapan,



pengolahan, dan/atau pembuatan makanan atau minuman [12].

Prinsip umum dari hak atas pangan adalah: *Pertama*, bahwa pemenuhan hak atas pangan rakyat adalah tanggung jawab negara. *Kedua*, ketahanan pangan hanya bisa dicapai jika ada kecukupan lahan bagi produksi pangan, distribusi yang baik, produksi pangan dan ketersediaan pangan yang dikonsumsi. Sementara ketahanan pangan diartikan sebagai kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik mutu dan jumlahnya, aman, merata dan terjangkau [13].

Oleh karena itu negara memiliki kewajiban untuk memenuhi hak atas pangan masyarakatnya sebagaimana hak asasi manusia lainnya [14]. Negara dibebani kewajiban untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pangan dan gizi yang terjangkau dan memadai. Oleh karena itu, pengabaian terhadap pangan dan gizi ini sendirinya bisa dianggap sebagai pelanggaran hak-hak asasi manusia oleh negara [15].

Di masa pandemi ini, di mana semua sektor kehidupan terdampak, tentunya pemenuhan hak atas pangan bagi masyarakat juga akan sangat besar dampaknya, bagi sebagian masyarakat Indonesia terutama masyarakat pada level ekonomi menengah ke bawah [16].

Kehilangan pekerjaan berarti kehilangan sumber penghasilan, dan hal ini berarti berdampak pada akses masyarakat terhadap bahan pangan, bagi sebagian besar masyarakat Indonesia, cara mereka mendapatkan bahan makanan ataupun makanan dengan cara membeli, sehingga dengan tidak adanya pekerjaan maka akan berdampak pada daya beli masyarakat terhadap bahan makanan terutama makanan pokok [17].

Karena masyarakat yang tidak lagi memiliki pekerjaan maka tidak lagi mendapatkan uang untuk membeli bahan makanan, dan jika ini dibiarkan maka akan terjadi kelaparan bagi sebagian masyarakat yang tidak mampu lagi membeli bahan makanan [18].

Untuk menghindari terjadinya kelaparan secara besar-besaran pada masyarakat Indonesia [19], maka pemerintah harus hadir

dengan upaya dan segala kebijakannya untuk memastikan tidak ada masyarakat yang menderita kelaparan di tengah wabah yang sedang berlangsung ini.

Pemerintah harus memastikan masyarakat atau penduduknya untuk tidak menderita kelaparan di masa pandemi ini dengan memfasilitasi dan menyediakan bahan makanan yang cukup [20]. Tidak hanya jumlah pasokan makanan yang cukup di pasaran, tapi pemerintah harus memastikan bahwa semua orang yang berada di wilayahnya dapat mengakses bahan makanan ini dengan mudah, dapat membeli atau memperoleh bahan makanan ini dengan mudah [21].

Jika masyarakat yang terdampak akibat pandemi ini, maka sebisa mungkin pemerintah memberikan bantuan bahan makanan pokok untuk mereka peroleh secara cuma-cuma untuk mengatasi ketidakmampuan membeli makanan dikarenakan tidak lagi memiliki pekerjaan dan penghasilan di masa pandemi ini [22].

Pemerintah Indonesia juga sudah meratifikasi kovenan internasional mengenai hak ekonomi sosial dan budaya ini kedalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 dan Kovenan internasional hak sipil dan politik ke dalam Undang-Undang No 12 Tahun 2005 [23]. Dengan meratifikasi kedua kovenan ini berarti Indonesia sudah menjadi *state party* atau negara yang ikut serta dan menjadi bagian yang harus menerapkan aturan kovenan tersebut untuk memenuhi hak asasi manusia bagi warga negara Indonesia [24].

Pasal 11 Kovenan ICESCR yang menyebutkan: *“The State Parties to the present covenant recognize the right of everyone to an adequate standard living for himself and his family, including adequate food, clothing and housing to continuous improvement living conditions. The State Parties will take appropriate steps to ensure the realization of this right, recognizing to this effect, the essential importance of international cooperations based on free consent.”*

Yang dapat diartikan bahwa negara penandatanganan kovenan mengakui hak setiap orang atas standar hidup yang layak untuk dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, makanan

yang layak dan bergizi, pakaian serta perumahan untuk dapat melanjutkan hidupnya negara pihak akan mengambil langkah-langkah untuk memastikan terealisasinya hak ini, mengakui efek dan kerjasama yang penting dengan berdasar pada kepentingan yang bebas.

Seperti yang tercantum dalam Pasal 1 ayat (27), Undang-Undang Pangan Nomor 18 Tahun 2012 mengenai bantuan pangan bahwa: "*Bantuan Pangan adalah bantuan pangan pokok dan pangan lainnya yang diberikan oleh pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat dalam mengatasi masalah pangan dan krisis pangan, meningkatkan akses pangan bagi masyarakat miskin dan/atau rawan pangan dan gizi, dan kerja sama internasional.*"

2. Hak Kesehatan Masyarakat.

Upaya pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, yaitu dengan pencegahan dan penyembuhan. Upaya pencegahan meliputi penciptaan kondisi yang layak bagi kesehatan, baik menjamin ketersediaan pangan dan pekerjaan, perumahan yang baik, dan lingkungan yang sehat. Sedangkan upaya penyembuhan dilakukan dengan penyediaan pelayanan kesehatan yang optimal [25].

Pada Pasal 12 Kovenan tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya telah diuraikan tata cara dan langkah yang bisa diambil oleh pemerintah dalam memenuhi hak atas kesehatan warga negaranya, yaitu dengan cara mewujudkan standar paling tinggi untuk kesehatan fisik dan kesehatan mental warga negaranya, [26] yaitu:

1. Peningkatan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri.
2. Pencegahan, perawatan dan pengendalian segala penyakit menular endemik, penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan dan penyakit lainnya.
3. Penciptaan kondisi yang menjamin adanya semua pelayanan dan perhatian medis ketika penyakit timbul.

Dalam hal ini, pemerintah bertanggung jawab dalam hal penanggulangan bencana termasuk dalam melindungi masyarakat terhadap dampak bencana, menjamin pemenuhan hak masyarakat terdampak bencana yang sesuai standar pelayanan minimum secara adil dan merata, serta mengurangi risiko bencana [27]. Kewajiban Pemerintah tersebut tercantum dalam Pasal 6 UU No.24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.

Penetapan Status Bencana Oleh Pemerintah.

Bencana wabah *Corona Virus Disease 19* (Covid-19) dapat diartikan sebagai ketidaksiapan pemerintah terhadap penanggulangan bencana nasional. Pemerintah wajib mengumumkan wilayah mana saja yang menjadi sumber atau titik utama penyebaran dan penularan wabah ini sebagaimana diatur dalam Pasal 154 UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Dengan demikian pemerintah wajib mengumumkan dan mengungkapkan jenis dan cara penyebaran penyakit yang menular dalam waktu yang cepat dan singkat serta menyebutkan daerah yang menjadi titik pusat utama penyakit itu yang menjadi sumber penularan. Penetapan status bencana ini dilaksanakan oleh pemerintah sesuai dengan skala bencana yang dialami masing-masing daerah.

Untuk skala nasional, penetapan status bencana ini dilakukan oleh presiden, untuk skala provinsi dilakukan oleh gubernur dan skala daerah dilakukan oleh bupati/Wali kota sesuai dengan daerah otonom masing-masing. Penetapan status keadaan tertentu darurat bencana wabah penyakit akibat Covid-19 didasari oleh keputusan pada rapat koordinasi antar kementerian/lembaga di Kantor Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan pada 28 Januari 2020. Pemerintah telah menetapkan Covid-19 sebagai keadaan tertentu darurat bencana wabah penyakit [28].

Adapun yang dimaksud dengan keadaan tertentu adalah suatu keadaan belum ditetapkan atau status keadaan darurat bencana telah hilang dan/atau tidak diperpanjang (dalam waktu yang tidak



dapat ditentukan), namun masih diperlukan guna mengurangi risiko bencana yang berdampak luas. Dalam catatan, World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa pendeteksian yang lemah pada tahap awal wabah menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam jumlah kasus kematian beberapa negara [29].

Lambatnya respon dan penanganan pemerintah dapat dilihat dari berbagai macam komentar yang dilontarkan para pejabat “Promosi wisata, makan nasi kucing, jamu resep Jokowi, duta imun, makan taugé *corona* tidak tahan panas di Indonesia.” Komentar tersebut tidak memberikan penjelasan ilmiah dalam penanganan kasus Covid-19 dan dinilai meremehkan wabah yang jelas mematikan [30].

Dalam hal ini pemerintah dapat dijadikan subjek hukum perdata. Berdasarkan Pasal 1365, 1366 dan 1367 KUH Perdata, pasal ini dapat digunakan dalam rangka melakukan penegakan hukum atas tanggung jawab terhadap perbuatan melawan hukum dan membawa kerugian, kelalaian atau kesembronon dalam memberikan kebijakan, serta tanggung jawab terhadap perbuatan orang yang berada di bawah tanggungannya.

Unsur yang harus terpenuhi adalah:

1. Adanya suatu perbuatan.
2. Melawan Hukum.
3. Adanya kesalahan.
4. Adanya kerugian.
5. Adanya hubungan sebab-akibat (kausal) antara perbuatan dan kerugian.

Kelima unsur tersebut bersifat kumulatif/saling berhubungan, apabila salah satu unsur tersebut tidak terpenuhi maka aturan tersebut tidak berlaku.

Dengan adanya Peraturan Mahkamah Agung Nomor 2 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyelesaian Sengketa Tindakan Pemerintah dan Kewenangan Mengadili Perbuatan Melanggar Hukum oleh badan dan/atau pejabat pemerintah (*onrechtmatige overheidsdaad*),

menjadi panduan bagi masyarakat untuk mengajukan gugatan terhadap badan dan/atau pejabat pemerintahan, untuk menyatakan sah atau batalnya tindakan pejabat pemerintah, serta ganti rugi yang ditimbulkan oleh tindakan badan dan/atau pejabat pemerintah. Adapun tindakan pemerintah yang dimaksud adalah perbuatan pejabat atau penyelenggara negara untuk melakukan dan/atau tidak melakukan perbuatan nyata dalam rangka penyelenggaraan pemerintah.

Dalam kasus wabah Covid-19 ini harusnya pemerintah bisa dituntut secara perdata maupun pidana. Namun dengan terbitnya Perppu No. 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan, kemudian dijadikan UU No. 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang, yang konsentrasi awalnya adalah menjaga stabilitas dan kesehatan perekonomian negara, dengan fokus belanja kesehatan, menciptakan jaring pengaman sosial (*safety net sosial*) maka pejabat yang terlibat dalam penanganan virus *corona* ini tidak dapat dituntut secara perdata maupun pidana. Semua tindakan yang didasari dengan itikad baik guna menyelesaikan kasus wabah virus *corona* ini bukan merupakan objek gugatan secara tata usaha negara (TUN).

Poin penting terdapat pada Pasal 27 UU No.2 Tahun 2020 ini, menjadi suatu hak imunitas pemerintah/pejabat dalam melakukan tugasnya yang dianggap tidak pernah melakukan kesalahan. Dalam peraturan ini terdapat celah untuk pejabat/pemerintah melakukan penyelewengan dana yang harusnya digunakan untuk menjaga stabilitas perekonomian negara dan fokus dengan belanja kesehatan, malah digunakan untuk kepentingan pribadinya.



Penutup

Pemerintah diharapkan dapat menjaga stabilitas harga pokok pangan yang menjadi kebutuhan masyarakat sebagai pemenuhan kewajiban negara terhadap hak warga negara atas pangan sesuai dengan amanat Pasal 28H Undang-undang Dasar Negera Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa setiap orang berhak atas kesejahteraan, kesehatan dan jaminan sosial yang adil dan merata. Diharapkan semua hak warga negara terpenuhi selama masa pandemi wabah virus *corona* termasuk hak atas pangan dan hak atas kesehatan.

Indonesia telah menjadi *state party* dalam berbagai perjanjian multilateral terkait dengan kesejahteraan masyarakat. Contohnya dalam kovenan hak ekonomi sosial, dan budaya dan kovenan hak sipil politik yang telah diratifikasi dalam bentuk undang-undang. Hak warga negara yang paling utama dalam masa pandemi ini adalah hak atas pangan dan hak atas kesehatan masyarakat.

Hak atas pangan pada prinsipnya merupakan kebutuhan dasar manusia untuk hidup dengan pangan yang layak dikonsumsi yang mencakup bahan dasar pokok makanan. Seperti beras, lauk pauk dan kebutuhan pelengkap lainnya sehingga menjadi suatu kesatuan makanan yang sesuai dengan nilai angka kecukupan gizi (AKG).

Negara berkewajiban menjamin kebutuhan pokok pangan masyarakat terpenuhi secara adil dan merata agar tidak terjadi kelaparan besar-besaran yang disebabkan penutupan perusahaan tempat masyarakat bekerja akibat wabah *corona virus*.

Hak warga negara pada masa pandemi yang lain adalah hak atas kesehatan masyarakat. Pemerintah wajib memenuhi hak tersebut selama masa pandemi virus *corona* ini. Disebutkan dalam konsideran Perppu No.1 Tahun 2020 kemudian diubah menjadi UU No. 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau

Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang. Fokus UU ini adalah penyelamatan kesehatan dan perekonomian nasional, dengan fokus pada belanja untuk kesehatan, jaring pengaman sosial (sosial safety net), serta pemulihan perekonomian termasuk untuk dunia usaha dan masyarakat yang terdampak.

Perlu digaris bawahi, bahwa salah satu tujuan dibentuknya UU ini adalah untuk fokus dengan belanja kesehatan. Di mana sebagian besar APBN dialihkan untuk menjamin terpenuhinya hak kesehatan warga negara Indonesia. Salah satu upaya yang dapat ditempuh adalah dengan menyediakan pengobatan gratis terhadap masyarakat yang positif virus *corona*, dan menyediakan tes *Swab dan PCR* secara gratis yang biayanya telah ditanggung dan masuk kedalam APBN Indonesia.

Rujukan

- [1] A. E. De Paepe *et al.*, "Hukum Hak Asasi Manusia," *J. Chem. Inf. Model.*, 2019, doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- [2] International Law Making, "Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia," *Indones. J. Int. Law*, 2006, doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- [3] F. S. Isriawaty, "Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945," *J. Ilmu Huk. Leg. Opin.*, 2015.
- [4] R. Widiyani, "Latar Belakang Virus Corona, Perkembangan hingga Isu Terkini," *News.Detik.Com*. 2020.
- [5] M. Arnani, "4.557 Orang Positif Corona di Indonesia, Lonjakan Kasus Tertinggi di DKI Jakarta," *Kompas.com*, 2020. [Online]. Available: <https://www.kompas.com/tren/read/2020/04/13/174836965/4557-orang-positif-corona-di-indonesia-lonjakan-kasus-tertinggi-di-dki>.
- [6] P. J. Hairi, "Implikasi Hukum Pembatasan Sosial Berskala Besar Terkait Pencegahan COVID-19," *Info Singk. Bid. Huk.*, 2020.
- [7] S. H. Thorik, "Efektivitas Pembatasan Sosial Berskala Besar Di Indonesia Dalam Penanggulangan Pandemi Covid-19," *J. Adalah Bul. Huk. dan Keadilan*, 2020.
- [8] R. Nasruddin and I. Haq, "Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Masyarakat Berpenghasilan Rendah," *SALAM J. Sos. dan Budaya Syar-i*, 2020, doi: 10.15408/sjsbs.v7i7.15569.
- [9] Iin Karita Sakharina, "Hak Atas Pangan di Masa Pandemi Coronavirus Disease Covid-19," *Legislatif*, 2020.
- [10] A. Kahpi, "Jaminan Konstitusional Terhadap Hak atas Lingkungan Hidup di Indonesia," *Al-Daulah*, 2013.
- [11] M. Imanuddin, T. Karim, A. P. Moenta, and M. Riza, "Implementasi Kebijakan Pemerintah Daerah di Bidang Kesehatan Masyarakat Melalui Jaminan Kesehatan Nasional," *Amanna gappa*, 2018.

- [12] Badan Pengawas Obat dan Makanan, *Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia Nomor HK 00.05.52.0685 Tentang Ketentuan Pokok Pengawasan Pangan Fungsional*. 2005.
- [13] I. Isharyanto, "Penetapan Harga Eceran Tertinggi Komoditas Pangan sebagai Hak Konstitusional dalam Perspektif Negara Kesejahteraan," *J. Konstitusi*, 2018, doi: 10.31078/jk1534.
- [14] C. Diwangkara, "UPAYA BELA NEGARA MELALUI KETAHANAN PANGAN DIMASA PANDEMI COVID-19 (Efforts to Defend Countries through Food Security in the Pandemic COVID-19)," *SSRN Electron. J.*, 2020, doi: 10.2139/ssrn.3621404.
- [15] S. Ika, "Kedaulatan Pangan dan Kecukupan Pangan: Negara Wajib mewujudkannya," *Rubr. Edukasi Fiskal*, 2013.
- [16] R. W. Yuniar, "Virus corona: Kelas menengah 'rentan miskin', belum tersentuh bantuan pemerintah," *BBC NEWS Indonesia*, 2020. [Online]. Available: <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-52139282>.
- [17] R. A. M. dan R. N. Nurwati, "Dampak pandemi Covid-19 terhadap peningkatan angka pengangguran di indonesia," *Kesejaht. Sos.*, 2020.
- [18] R. Rohaya and N. A. Wahid, "PENGARUH STABILITAS UANG KERTAS TERHADAP INFLASI DITINJAU MENURUT FIQH MUAMALAH," *Share J. Ekon. dan Keuang. Islam*, 2014, doi: 10.22373/share.v3i1.1055.
- [19] N. Nurwati, "Kemiskinan : Model Pengukuran, Permasalahan dan Alternatif Kebijakan," *J. Kependud. Padjadjaran*, 2008.
- [20] Dinas Kesehatan Republik Indonesia, "Riset Kesehatan Dasar," *Diabetes Mellit.*, 2013, doi: 1 Desember 2013.
- [21] I. P. Andriyani, "Kelayakan Negara Indonesia Sebagai Negara Agraris," *J. Ilm.*, 2013.
- [22] P. P. Siregar and A. H. Zahra, "Bencana Nasional Penyebaran COVID-19 sebagai Alasan Force Majeure, Apakah Bisa?," *Direktorat Jenderal Kekayaan Negara Kementerian Keuangan*, 2020. .



- [23] Y. Sabila, K. Bustamam, and B. Badri, "LANDASAN TEORI HAK ASASI MANUSIA DAN PELANGGARAN HAK ASASI MANUSIA," *J. Justisia J. Ilmu Hukum, Perundang-undangan dan Pranata Sos.*, 2019, doi: 10.22373/justisia.v3i2.5929.
- [24] Z. Zulfirman, "EBIJAKAN NEGARA TERHADAP HUBUNGAN KONTRAKTUAL SEBAGAI HAK ASASI MANUSIA DI INDONESIA," *J. Rechts Vinding Media Pembn. Huk. Nas.*, 2013, doi: 10.33331/rechtsvinding.v2i3.68.
- [25] Widayatun and Z. Fatoni, "Permasalahan Kesehatan Dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas Kesehatan dan Partisipasi Masyarakat," *J. Kependud. Indones.*, 2013.
- [26] Komnasham, *Komentar Umum Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik; Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya*, no. 4. 2009.
- [27] L. Nasution, "Hak Kesehatan Masyarakat dan Hak Permintaan Pertanggungjawaban Terhadap Lambannya Penanganan Pandemi Global," *J. Adalah Bul. Huk. dan Keadilan*, vol. 4, pp. 19–28, 2020.
- [28] R. Widiyani, "Tentang New Normal di Indonesia: Arti, Fakta dan Kesiapan Daerah," *detiknews*, 2020. .
- [29] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Corona virus Disease (Covid-19)," *Direktorat Jenderal Pencegah. dan Pengendali. Penyakit*, 2020.
- [30] F. C. Farisa, "LP3ES Catat Ada 37 Pernyataan Blunder Pemerintah soal Covid-19," *Kompas.com*, 2020. [Online]. Available: <https://nasional.kompas.com/read/2020/04/06/17522121/lp3es-catat-ada-37-pernyataan-blunder-pemerintah-soal-Covid-19?page=all>.

Strategi Intervensi Edukasi Berbasis Pemberdayaan Komunitas di Masa Pandemi Covid-19

Oleh: **Pipit Festi Wiliyanarti**

Departemen Keperawatan Komunitas dan Keluarga
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya
Pipitfesti@fik.um-surabaya.ac.id

ABSTRAK

Pandemi Covid-19 merupakan suatu fenomena sosial yang menjadimasalahkesehatandiseluruhDunia.Kurangnyapengetahuan masyarakat tentang pencegahan penularan Covid-19 dan perilaku tidak menaati protokol kesehatan sangat berisiko kepada status kesehatan masyarakat. Kondisi yang terjadi adanya stigma sosial kepada seseorang yang mengalami atau memiliki gejala Covid-19 berdampak pada segala aspek. Tujuan dari penulisan ini adalah memberikan gambaran tentang strategi intervensi edukasi berbasis pemberdayaan komunitas di masa pandemi Covid-19. Masalah yang tidak segera diatasi akan berdampak pandemi di Indonesia tidak segera berakhir. Maka dibutuhkan suatu strategi yang tepat dalam mengatasi penyebaran Covid-19 ini dengan berbasis modal sosial masyarakat dan pemberdayaan masyarakat. Masyarakat Indonesia yang memiliki karakteristik dan jiwa kekeluargaan, gotong royong menjadi modal sosial untuk mengatasi masalah ini. Selain itu pemberdayaan berbasis komunitas menjadi solusi yang tepat agar masyarakat mampu berdaya dan berpartisipasi mengatasi masalah Covid-19 ini. Diharapkan masyarakat mampu melakukan edukasi sehingga timbul kesadaran dalam berperilaku hidup sehat untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian Covid-19.

Kata Kunci: edukasi, pemberdayaan, masyarakat, Covid-19.

PENGANTAR

Wabah virus *corona* (Covid-19) yang menginfeksi hampir seluruh negara di dunia. WHO semenjak Januari 2020 telah menyatakan dunia masuk ke dalam darurat global terkait virus ini [1]. Pandemi Covid-19 berdampak pada semua segi kehidupan masyarakat. Covid-19 merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Virus *corona* merupakan virus RNA rantai tunggal yang dapat ditularkan melalui hewan ke manusia (zoonosis) dan antar manusia melalui droplet, kontak erat dan aerosol [2]. Virus yang keluar melalui droplet dapat menempel di permukaan benda dan dapat menulari orang lain bila orang tersebut menyentuh mata, hidung atau mulut dengan tangan yang berkontak pada benda yang terkontaminasi virus [1, 3,4].

Munculnya Covid-19 merupakan suatu fenomena sosial yang berpotensi memperparah situasi. Kondisi terjadinya stigma sosial yang terjadi kepada seseorang yang mengalami atau memiliki gejala Covid-19 [5].

Fenomena sosial saat ini menjadi menarik karena tidak semua lapisan masyarakat mengerti tentang wabah penyakit ini. Masyarakat harus beraktivitas kembali adanya penyebaran virus *corona* untuk menciptakan kenormalan baru dalam kehidupan. Diperlukan berbagai macam pencegahan dan juga adaptasi kebiasaan bersih bagi seluruh warga Indonesia agar tidak terjangkit penyakit tersebut. Banyak warga di wilayah pedesaan yang belum mengetahui tata cara pencegahan Covid-19 beserta kebiasaan-kebiasaan yang harus dilakukan [6].

Penambahan dan penyebaran kasus Covid-19 secara global berlangsung cukup cepat. Pada tanggal 28 Maret 2020 WHO *risk assessment* memasukkannya dalam kategori *very high* di mana pada saat itu telah dilaporkan total temuan kasus infeksi sebesar 571.678 kasus dengan total 26.494 kematian. Kasus konfirmasi Covid-19 di Indonesia pertama kali ditemukan pada 2 Maret 2020,

kasus ini terus bertambah hingga pada hari ke 62, yaitu tanggal 3 Mei 2020 total kasus positif sebanyak 11.192 kasus, 1.876 kasus sembuh dan 845 kasus meninggal [7].

Data perkembangan kasus Covid-19 di Jawa Timur periode Agustus 2020 diketahui bahwa data terkonfirmasi 30.998 orang, pasien sembuh 24.301 orang. Pasien meninggal 2.222 orang, pasien dirawat 447 orang dan *suspect* 8275 orang. Data Kota Surabaya 11.628 orang diketahui sembuh 8.968 dan meninggal 900 orang. Berdasarkan data survei aspek perilaku kesehatan di Surabaya kebiasaan cuci tangan 40% -50%, penggunaan masker 53% , pelaksanaan jaga jarak/*physical distancing* 45% [8].

Berdasarkan hasil survei Badan Pusat Statistik (BPS) bahwa terdapat 17 persen masyarakat percaya tidak mungkin tertular Covid-19. Hal ini berdasarkan hasil survei perilaku masyarakat di masa pandemi yang diadakan oleh BPS selama 7 hingga 14 September 2020. sebanyak 12,5 persen responden menyatakan tidak mungkin tertular Covid-19. Sementara 4,5 persen lainnya justru menyebut sangat tidak mungkin untuk terinfeksi Covid-19. Sebanyak 17 dari 100 responden menyatakan sangat tidak mungkin dan tidak mungkin terinfeksi/tertular Covid-19, Presentase responden menurut jenis kelamin yang menyatakan sangat tidak mungkin dan tidak mungkin tertular Covid-19 adalah 16,9 persen laki-laki dan 17 persen perempuan. Sedangkan menurut kelompok umur mayoritas adalah usia 17-30 tahun sebanyak 20,2 persen. Adapun untuk tingkat kepatuhan responden untuk menerapkan protokol kesehatan dalam upaya pencegahan Covid-19 terbilang sudah cukup baik. Terutama untuk memakai masker yang mencapai 91,98 persen selama pandemi [9]. Berdasarkan data tersebut di atas diketahui bahwa perilaku masyarakat Surabaya masih tergolong rendah dalam melaksanakan protokol kesehatan. Dengan potensi penularan tersebut didapatkan data masyarakat kurangnya pengetahuan terhadap risiko penularan yang dibuktikan dengan keluarga yang tidak mengetahui cara penularan dan pencegahan penularan Covid-19. Selain itu juga banyak masyarakat yang tidak menggunakan masker, serta masyarakat yang berkerumun pada



tempat tempat umum pun masih sering kali kita temui.

Perawat komunitas sebagai salah satu petugas kesehatan bersama tenaga medis lain juga memiliki peran penting terhadap pencegahan penularan Covid-19 dengan memberikan edukasi tentang penyakit yang diderita, cara pencegahan, dan cara penularan. Selain itu juga membantu keluarga untuk memahami kondisinya, mendukung penyembuhan dan mengurangi faktor risiko terjadinya penularan agar bisa melakukan perawatan secara mandiri [10]. Peran perawat dalam keperawatan keluarga di antaranya adalah sebagai pendidik, fasilitator, koordinator, pemberi asuhan keperawatan, advokasi keluarga, konsultan/konselor, *clarifier*, modifikasi lingkungan, peneliti, role model, manajer khusus. Peran sebagai pendidik misalnya mengajarkan dan memberikan edukasi kepada keluarga tentang kesehatan, penyakit yang diderita, dan cara penularan penyakit yang diderita. Peran perawat komunitas yang merupakan salah satu garda terdepan dalam mengatasi penyebaran *corona virus* ini dapat dilakukan sebagai salah satu upaya promotif kesehatan.

Tingginya angka kematian pasien Covid-19 membutuhkan berbagai kebijakan dari pemerintah. Peran pemerintah dalam mengatasi dampak dari Covid-19 tidak bisa maksimal. Namun perlu dilakukan terobosan berupa strategi intervensi berbasis pemberdayaan komunitas di masa pandemi yang bertujuan untuk menekan penyebaran Covid-19 secara meluas. Upaya promotif dan preventif perlu dilakukan untuk pencegahan pengendalian Covid-19. Pandemi virus *Corona* (Covid-19) berpengaruh sangat beserta terhadap kehidupan masyarakat oleh karena itu penanganan dan pencegahan dapat dari semua elemen antara lain peran serta masyarakat. Berdasarkan uraian masalah diatas maka penulisan ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang pentingnya strategi edukasi yang dapat diterapkan di masyarakat untuk mencegah risiko penularan Covid-19. Sehingga pelaksanaan pencegahan kematian dapat dilakukan dengan tepat [7].

PEMBAHASAN

Modal Sosial Budaya Masyarakat Indonesia di Era Pandemi.

Konsep modal sosial muncul dari pemikiran bahwa anggota masyarakat tidak mungkin dapat secara individu mengatasi berbagai masalah yang dihadapi. Diperlukan adanya kebersamaan dan kerja sama yang baik dari segenap anggota masyarakat yang berkepentingan untuk mengatasi masalah tersebut. Modal sosial muncul dari hasil interaksi di dalam masyarakat dengan proses yang lama. Meskipun interaksi terjadi karena berbagai alasan, orang-orang berinteraksi, berkomunikasi, dan kemudian menjalin kerja sama pada dasarnya dipengaruhi oleh keinginan dengan berbagai cara untuk mencapai tujuan bersama yang tidak jarang berbeda dengan tujuan dirinya sendiri. Interaksi semacam ini melahirkan modal sosial yang berupa ikatan-ikatan emosional yang menyatukan orang untuk mencapai tujuan bersama, yang kemudian menumbuhkan kepercayaan dan keamanan yang tercipta dari adanya relasi yang relatif panjang [11,12].

Modal sosial bukanlah modal dalam arti biasa seperti harta kekayaan atau uang, tetapi lebih mengandung arti kiasan. Namun, itu merupakan aset atau modal nyata yang penting dalam hidup bermasyarakat. Menurut para ahli modal sosial dapat didefinisikan sebagai kemampuan masyarakat untuk bekerja bersama, demi mencapai tujuan-tujuan bersama, di dalam berbagai kelompok dan organisasi. Modal sosial juga dapat dilembagakan dalam bentuk kelompok sosial paling kecil atau paling mendasar dan juga kelompok-kelompok masyarakat paling besar seperti halnya negara (bangsa). Dimensi modal sosial tumbuh di dalam suatu masyarakat yang di dalamnya berisi nilai dan norma serta pola-pola interaksi sosial dalam mengatur kehidupan keseharian anggotanya. Oleh karena modal sosial dapat dinyatakan dimensi modal sosial adalah merupakan gambaran dari keterikatan internal yang mewarnai struktur kolektif dan memberikan keterkaitan satu sama lain dan keuntungan bersama dari proses dinamika sosial yang terjadi di dalam masyarakat. Beberapa acuan nilai dan unsur yang merupakan



modal sosial antara lain: sikap yang partisipatif, sikap yang saling memerhatikan, saling memberi dan menerima, saling percaya mempercayai dan diperkuat oleh nilai-nilai dan norma-norma yang mendukungnya. Unsur lain yang memegang peranan penting adalah kemauan masyarakat untuk secara terus menerus proaktif baik dalam mempertahankan nilai, membentuk jaringan kerja sama maupun dengan penciptaan kreasi dan ide-ide baru. Inilah bentuk dari jati diri modal sosial yang sebenarnya yang mampu menopang kekuatan dalam kehidupan bermasyarakat [1, 131].

Dimensi inti dari modal sosial terletak pada bagaimana kemampuan masyarakat untuk bekerja sama membangun suatu jaringan guna mencapai tujuan bersama. Kerja sama tersebut diwarnai oleh suatu pola hubungan timbal balik dan saling menguntungkan antara sesama individu yang dibangun di atas kepercayaan dan ditopang oleh aturan norma-norma dan nilai-nilai sosial yang positif dan kuat. Kekuatan tersebut akan maksimal jika didukung oleh semangat proaktif membuat jalinan hubungan di atas prinsip-prinsip sikap yang partisipatif, sikap yang saling memerhatikan, saling memberi dan menerima, saling percaya mempercayai dan diperkuat oleh nilai-nilai dan norma-norma yang mendukungnya.

Masyarakat Indonesia memiliki modal sosial berupa rasa kekeluargaan, jiwa kebersaan yang sangat erat. Pada masa pandemi jiwa persaudaraan dan kekeluargaan dan jiwa kebersamaan merupakan modal sosial dalam pencegahan Covid-19. Meskipun pemerintah pusat dan daerah sudah memberikan banyak bantuan bagi korban Covid-19. Baik bagi masyarakat yang terdampak langsung maupun tidak langsung, kita menyaksikan dengan rasa bangga dan apresiasi tinggi bahwa semua elemen masyarakat bahu-membahu membantu korban terdampak wabah Covid-19 ini. Mereka bergerak cepat dengan memberikan bantuan, baik dalam bentuk uang maupun barang. Kita melihat solidaritas sosial masyarakat Indonesia begitu tinggi dan sangat responsif. Dengan sigap, setiap ada bencana, masyarakat Indonesia selalu mengulurkan tangan untuk saling membantu dan menolong [14].

Sikap dan perilaku yang suka membantu dan menolong sesama merupakan bagian dari modal sosial (*sosial capital*) yang dimiliki oleh bangsa Indonesia. Francis Fukuyama mendefinisikan modal sosial sebagai rangkaian nilai-nilai atau norma-norma informal yang dimiliki bersama di antara anggota suatu kelompok yang memungkinkan terjalinnya kerja sama di antara mereka [15]. Modal sosial senantiasa diwarnai oleh kecenderungan saling tukar kebaikan antar-individu. Perilaku itu bisa disebutkan sebagai suatu tindakan altruisme, yaitu semangat untuk membantu dan mementingkan kepentingan orang lain [16]. Mereka saling membantu tanpa mengharapkan imbalan orang lain, tanpa pamrih, dan kepentingan tertentu. Atas dasar itu kita menyaksikan bagaimana kisah-kisah altruisme dan heroik yang dilakukan oleh para tenaga medis (dokter dan perawat) berjibaku hingga tidak sedikit dari mereka yang meninggal dunia. Demi kesembuhan warga masyarakat yang terpapar Covid-19, mereka mengorbankan tenaga, waktu, keluarga, dan bahkan nyawa [14].

Strategi Intervensi Edukasi Keperawatan Komunitas.

Strategi intervensi edukasi keperawatan komunitas meliputi hal hal sebagai berikut: edukasi pada proses Kelompok. Kelompok terdiri dari orang-orang yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan dan mendorong praktik kesehatan. Proses kelompok menggambarkan prosedur yang selalu berkembang dan dapat menyesuaikan diri pada setiap perubahan kondisi. Dalam pelaksanaan intervensi keperawatan komunitas edukasi bisa dilakukan pada kelompok [10].

Selain itu *health promotion* merupakan proses untuk perubahan perilaku dinamis. Dapat diartikan sebagai upaya pembelajaran masyarakat agar bersedia melakukan tindakan guna meningkatkan dan memelihara kesehatannya. Perubahan perilaku tersebut dapat terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok maupun masyarakat. Secara umum pendidikan kesehatan memiliki tujuan utama agar seseorang mampu menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri (ditambahkan dukungan dari luar).



Pengembangan kesehatan masyarakat menjadi salah satu bentuk dari *health promotion* yang dilakukan di lingkungan masyarakat [17].

Pada kondisi pandemi Covid-19 perlu dilakukan promosi kesehatan sehingga perilaku pencegahan tetap bisa dijalankan sesuai dengan protokol kesehatan. Upaya peningkatan kesehatan pada masyarakat pada masa pandemi bertujuan mengubah perilaku individu, keluarga, dan masyarakat untuk melaksanakan pencegahan penyakit. Sebuah penyakit dapat digambarkan sebagai gangguan tertentu yang dapat dicegah oleh tindakan kesehatan. Namun, perlu diperhatikan bahwa setiap penyakit memiliki tindakan yang berbeda. Hal ini dapat dijelaskan dalam pencegahan penyebaran penyakit Covid-19. Bahwa penyebaran penyakit ini dapat dilakukan pencegahan yang tentunya bersumber pada perilaku individu, keluarga, dan Masyarakat.

Adanya promosi kesehatan membentuk perilaku sehat antara lain menggunakan masker, menjaga jarak, menghindari kerumunan, makan makanan yang bergisi, dan melakukan olah raga. Banyak faktor yang memengaruhi perilaku sehat pada masa pandemi antara lain informasi yang diterima oleh masyarakat tentang Covid-19 dan bahayanya. Adanya persepsi yang kurang tepat memengaruhi adopsi masyarakat terhadap adanya pesan baru. Faktor pendidikan menjadi salah satu faktor berperilaku sehat. Pada golongan pendidikan rendah yang memiliki persepsi dan budaya tersendiri dalam membentuk perilaku juga sangat berpengaruh dalam keberhasilan perubahan perilaku hidup sehat.

Salah satu model yang dapat menjelaskan pencegahan pada Covid-19 adalah menggunakan model keperawatan komunitas. Model keperawatan komunitas sebagai salah satu model yang sesuai dengan teori pengembangan komunitas. Model yang bisa dijelaskan dalam *Model Enviromental Model* (Floranrence Nightingale, 1859) Model ini menekankan bahwa lingkungan sebagai fokus mengatasi masalah kesehatan, personal dan *health*. Kesehatan dapat tercapai dari interaksi manusia (individu, keluarga dan masyarakat)

dan mencakup lingkungan. Dalam menjalankan model ini dapat digunakan pada penerapan pemberdayaan masyarakat [18, 19].

Hal yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan pemberdayaan adalah prinsip-prinsip pemberdayaan. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dalam penanggulangan darurat kesehatan dilaksanakan dengan prinsip prinsip: 1. Penyadaran proses masyarakat menjadi sadar akar permasalahan bersamanya, risiko kesehatan, kelemahan, kekuatan, peluang dan memanfaatkannya, dan mengenali sumber dayanya. 2. Pengorganisasian masyarakat membentuk organisasi dan berbagi peran dalam mencapai tujuan bersama dengan cara yang disepakati bersama. 3. Berpusat pada masyarakat para pemangku kepentingan dan masyarakat mengambil keputusan berdasarkan kebutuhan masyarakat sesuai kemampuan masyarakat. 4. Kemanusiaan menolong sesama yang membutuhkan 5. Inklusif melibatkan seluruh pihak yang ada, laki-laki dan perempuan, tua dan muda, mayoritas-minoritas, termasuk kelompok yang berkebutuhan khusus (disabilitas) 6. Kesukarelaan keterlibatan dengan kesadaran dan motivasi sendiri untuk memperbaiki dan memecahkan masalah kehidupan yang dirasakan. 7. Kesetiakawanan kepedulian terhadap sesama 8. Kemandirian/keswadayaan kemampuan untuk menggunakan modal yang dimiliki mandiri atau melepaskan diri dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok [20].

Pemberdayaan Masyarakat dalam pencegahan Covid -19

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya memfasilitasi yang bersifat musyawarah, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan penyelesaiannya dengan memanfaatkan potensi masyarakat setempat. Pemberdayaan masyarakat diartikan sebagai suatu proses yang membangun manusia atau masyarakat melalui pengembangan ke mampuan masyarakat, perubahan perilaku masyarakat dan pengorganisasian masyarakat. Adapun dari definisi tersebut ada tiga tujuan utama, yaitu: 1). Mengembangkan



kemampuan masyarakat 2). Mengubah perilaku masyarakat; dan 3). Mengorganisasikan masyarakat [20].

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan merupakan suatu proses aktif. Masyarakat menjadi pelaku utama dan pusat dalam kegiatan dan program penanggulangan krisis kesehatan. Masyarakat terlibat dan bermitra dengan fasilitator (pemerintah, LSM) dalam pengambilan keputusan, pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian kegiatan dan program kesehatan serta memperoleh manfaat dari keikutsertaannya dalam rangka membangun kemandirian masyarakat. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dalam penanggulangan krisis kesehatan dilakukan melalui upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang ada. Kegiatan UKBM dilakukan sejak saat sebelum, saat dan pasca krisis kesehatan.

Hal ini penting, karena masyarakat merupakan orang terdampak dan penolong pertama (*first responder*) dalam situasi krisis kesehatan secara mandiri. Cara pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan krisis kesehatan diawali dengan pengenalan kondisi desa/kelurahan. Kondisi-kondisi geografis, klimatologi, demografis, politik, ekonomi, sosial, budaya, dan keamanan desa atau kelurahan dikenali, terutama yang terkait dengan bidang kesehatan atau risiko kesehatan. Biasanya hal ini dilakukan oleh fasilitator/kader kesehatan desa bersama perwakilan warga. Pada tahap selanjutnya bersama perwakilan warga dalam suatu pertemuan informal atau formal dilakukan pengenalan (identifikasi) ancaman, kerentanan, kemampuan sumber daya kesehatan, serta perilaku hidup bersih dan sehat dalam komunitas. Hasil temuan ini disampaikan pada tahap ke-3, yaitu musyawarah desa/kelurahan.

Dalam musyawarah disepakati prioritas masalah/risiko kesehatan yang ingin *pedoman pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan krisis kesehatan*. Konsep ditangani berdasarkan hasil kajian yang dilakukan pada tahap 2. Pada tahap ke-4,

berdasarkan prioritas masalah, pengenalan akar masalah dan pencetus munculnya masalah, dilakukan perencanaan bersama-sama warga, yang melibatkan perwakilan warga, laki-laki, perempuan, termasuk perwakilan kelompok rentan, agar suara dan kebutuhan mereka dapat dipenuhi dalam pelaksanaannya. Rencana yang dibuat, dapat merupakan rencana aksi langsung, atau rencana kesiapsiagaan untuk jenis risiko kesehatan tertentu atau rencana kontinjensi, bila sudah diidentifikasi risiko kesehatan yang bakal terjadi. Perencanaan ini tentunya memperhitungkan kemampuan komunitas dalam melaksanakan kegiatan. Tahap ke-5 dilakukan pembagian peran dan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan tugas dan jadwal pelaksanaan yang sudah disepakati bersama. Tahap ke-6 diadakan pembinaan keberlanjutan, untuk memastikan upaya bersumber daya masyarakat ini dapat berlangsung. Tahap ke-7 adalah memantau perkembangan, atau mengevaluasi bila kegiatan sudah selesai, memetik pembelajaran dari kegiatan, lalu membuat pelaporannya untuk disampaikan kepada semua pihak yang terlibat dalam kegiatan.

Secara ringkas tahapannya meliputi 1). Membuat profil desa/kelurahan 2). Mengidentifikasi ancaman, kerentanan, dan kemampuan menangani risiko kesehatan dan bencana 3). Menentukan prioritas risiko, akar masalah dan strategi bersama 4). Menyepakati rencana bersama 5). Menggalang sumber daya masyarakat 6.) Membagi peran dan melaksanakan kegiatan bersama 7). Membina berkelanjutan pedoman pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan krisis kesehatan 8). Memantau perkembangan, mengevaluasi pencapaian, pembelajaran dan melaporkan hasil [7, 20].

Salah satu contoh pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan Covid-19 adalah pembentukan Kampung Tangguh. Kampung Tangguh ini berbasis komunitas RT/RW yang bersifat pemberdayann masyarakat, di mana semua unsur masyarakat terlibat, baik ketua RT/RW, tokoh masyarakat, kader kesehatan, warga masyarakat yang potensial serta didukung/kerjasama dengan Babinsa, Babinkamtimas serta Puskesmas.



Pemberdayaan Kampung Tangguh Sebagai Strategi Edukasi

Penerapan pemberdayaan masyarakat melalui program Kampung Tangguh. Kampung Tangguh dirancang masyarakat memaski era kenormalan baru di masa pandemi Covid-19 dan keberlanjutan kehidupan bermasyarakat dengan solidaritas yang tinggi dengan membangun ketangguhan dilini paling bawah baik katangguhan sosial, ekonomi, dan ketahanan pangan [20].

Salah Satu Kampung Tangguh di wilayah RW 04 Kelurahan Sidotopo, Kecamatan Semampir Kota Surabaya. Kampung ini menerapkan protokoler Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) bagi setiap warga yang keluar masuk kampung. Di gerbang masuk kampung, didirikan posko pengecekan yang dijaga warga setempat. Setiap tamu atau pendatang yang masuk diukur suhu tubuhnya, wajib mencuci tangan dan mengisi identitas daftar tamu. Aparat setempat akan mengantarkan ke rumah yang dituju. Bagi tamu atau pendatang tanpa identitas mereka tetap akan menjalankan prosedur protokol kesehatan yang sama. Namun, mereka diarahkan untuk putar balik dan kembali tidak bisa datang ke alamat yang dituju.

Mekanisme pemenuhan kebutuhan pokok masyarakat terdampak Covid-19. Adapun mekenisme pendistribusian sembako warga terdampak, sembako dihimpun dari bantuan-bantuan warga yang dikumpulkan di lumbung pangan yang didirikan di Kampung Tangguh. Bantuan akan diregistrasi selanjutnya disalurkan kepada warga yang membutuhkan. Petugas lumbung pangan pun menyiapkan makanan siap saji berupa nasi bungkus yang akan dibagikan kepada warga terdampak Covid-19. Para kader Covid-19 yang telah dibentuk akan melakukan kegiatan pendataan pada keluarga yang terdampak. Untuk mekenisme penanganan orang sakit, warga yang melapor dilakukan pengecekan suhu tubuh dan mencuci tangan dengan *hand sanitizer*. Petugas dari Unit Reaksi Cepat (URC) Kampung Tangguh mendatangi rumah warga yang sakit. Setelah dilakukan diagnosa awal, petugas kemudian membawa pasien ke rumah sakit.

Pelaksanaan kegiatan sehari-hari Kampung Tangguh ini menggunakan pendekatan partisipatif aktif dari seluruh lapisan masyarakat. Pelaksanaan edukasi pada Kampung Tangguh bekerjasama dengan lintas sektoral yaitu kelurahan dan beserta pihak Puskesmas di wilayah Sidotopo. Puskesmas melaksanakan pembinaan pada beberapa Kampung Tangguh secara periodik dan terjadwal. Adapun pembinaan meliputi pendampingan kepada RT dan RW, kader kesehatan, pendampingan musyawarah dalam menentukan kegiatan terkait penekanan penyebaran Covid-19. Kegiatan yang rutin dilakukan adalah penyemprotan desinfektan di area lingkungan kampung, pengadaan bahan cuci tangan, pengelolaan limbah rumah tangga yang bisa digunakan untuk aktifitas kebersihan lingkungan, penggalangan dana sosial masyarakat bagi masyarakat yang terdampak. Kegiatan lain yang dilaksanakan adalah membudayakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di lingkungan Kampung Tangguh. Selain itu kader berkasama dengan Puskesmas untuk melakukan pemantauan dan memperhatikan kelompok risiko tinggi antara lain yaitu lansia, ibu hamil, ibu Menyusui, dan baduta, usia produktif dengan penyakit/risiko penyerta. Pelaksanaan perhatian dengan melakukan edukasi pada kelompok risiko tinggi tersebut. Kegiatan edukasi yang dilakukan pada kelompok risiko lansia adalah: tetap tinggal di rumah, tetap lakukan kegiatan rutin (seperti berjemur). Istirahat cukup dan tidur 6-8 jam/hari. Makanan bergizi seimbang, minum multi vitamin (jika perlu). Menjaga jarak 1-2 meter, hindari bersalaman/bersentuhan, sering cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir, jauhi orang sakit, jaga lingkungan tetap bersih.

Kegiatan pemantauan pada ibu hamil; anjuran tetap melakukan pemeriksaan dengan petugas kesehatan sesuai protokol kesehatan, segera periksa ke fasilitas pelayan kesehatan jika ada tanda bahaya kehamilan. Kegiatan lain pada ibu meyusui adalah menganjurkan cuci tangan pakai sabun sebelum menyentuh bayi, payudara, pompa ASI, gunakan masker saat menyusui, serta cuci pompa ASI setiap habis digunakan. Kegiatan edukasi pada keluarga dengan anak balita adalah anjuran anak tetap di rumah, mengajari anak tidak



menyentuh hidung, mata, dan mulut sebelum mencuci tangan karena dapat menjadi pintu masuknya virus, serta jaga jarak saat bermain [7].

PENUTUP

Intervensi edukasi berbasis pemberdayaan komunitas membutuhkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral. Pelaksanaan edukasi pemberdayaan komunitas ini meliputi pendataan kesehatan di RT dan RW, pendampingan penyebab penularan Covid-19, musyawarah mufakat pada tingkat warga, pendampingan penyusunan rencana kegiatan, pelaksanaan kegiatan, keberlangsungan kegiatan. Pemberdayaan masyarakat memegang peranan penting dalam melaksanakan tindakan pencegahan Covid-19 secara berkelanjutan. Kampung Tangguh merupakan suatu implementasi pelaksanaan edukasi pada masyarakat yang menggunakan pendekatan partisipatif. Setelah dilakukan edukasi diharapkan terjadi dampak pada penurunan angka penularan Covid-19.

RUJUKAN

- [1] World Health Organization (WHO). (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 76 [Internet]. WHO. 2020. Available from: <https://pers.droneempnit.id/Covid-19/>
- [2] Guan, Wei-jie.,Zheng-yi.N.,Yu.H.,Wen-hua.L,et al. (2020) Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The England Journal of Medicine*. February 28, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
- [3] Chen, Nanshan, Min Zhou, Xuan Dong,Jieming Qu, et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. Published : January 30, 2020.DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- [4] Fu,Lin,Jun Fei,Hui-Xian Xiang,Ying Xiang, et al. (2020). Influence faktors of death risk among COVID-19 patients in Wuhan, China: a hospital-based case-cohort study. *medRxiv*. Posted March 16, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.13.20035329>
- [5] Israfil,. Wiliyanarti,. FP,. Selasa,. Pius. 2020. Literatur Review: risk of Death in Covid -19 Patients . *Unnes Journal of Public Health*.9(2) (2020)
- [6] Lathifah, Af'idatul., Kistanto, Nurdien H. (2020). Penyusunan dan sosialisasi buku saku rw tangguh bencana wabah Covid-19 di rw 04 kelurahan candirejo, kecamatan ungaran barat kabupaten semarang, *Jurnal HARMONI*, Volume 4, Nomor 1, Juni 2020 Departemen Linguistik FIB UNDIP
- [7] Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Coronavirus Diseases (COVID-19)*. Direktur Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Februari 2020 : Jakarta
- [8] Kompas, (2020). Data perkembangan kasus Covid di Jawa Timur periode Agustus 2020
- [9] Badan Pusat Statistik. (2020). *Survei Perilaku Masyarakat selama Pandemi*. Jakarta.



- [10] Rahmawati, Emmelia. (2017). *Keperawatan Komunitas*. Pt Pustaka Baru: Yogyakarta.
- [11] Ritzer, George.(2012). *Teori Sosiologi*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar
- [12] Nurhayati, Lalis. (2016). *Studi Kasus Modal Sosial Dalam Komunitas*. Diakses tanggal 11
- [13] Ancok, J. (2003). *Modal Sosial dan Kualitas Masyarakat*. Yogyakarta. Fakultas Psikologi UGM.
- [14] Romli, Lili. (2020). *Konflik dan Modal Sosial*, Pusat Penelitian Politik, *LIPI, Lembaga Ilmu Penelitian Indonesia*, Jakarta. <http://www.politik.lipi.go.id/kolom/kolom-2/politik-nasional/1401-Covid-19-dan-modal-sosial>
- [15] Francis Fukuyama, *The Great Disruption: Hakikat Manusia dan Rekonstitusi Tatanan Sosial*, Yogyakarta: Penerbit Qalam, (2014), hal. 22.
- [16] Jousairi., Hasbullah, *Sosial Capital, Menuju Keunggulan Budaya Manusia Indonesia*, Jakarta, Penerbit MR-United Presss, (2006);, hal. 10.
- [17] Notoatmodjo S.(2010). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- [18] Wang,W, Jianming Tang, Fangqiang Wei. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal Of Medical Virology*. Published: 29 January 2020. DOI :<https://doi.org/10.1002/jmv.25689>
- [19] Mary A. Nies & Melanie Mc Ewen. (2019). *Community / Public Health Nursing : Promoting the Health of Population*. Elsevear: Singapore Pte.Ltd.
- [20] Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Pemberdayaan Nasional dalam Penanganan Krisis Kesehatan*. Pusat penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Kesehatan : Jakarta.
- [21] Republik, 18 Juni (2020). *Penerapan pemberdayaan masyarakat melalui program kampung tangguh*

Tingkat Keberagaman Dalam Menghadapi Serangan Covid-19

Oleh: **Tjatur Prijambodo**

Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya

Email: tjatur.rsm@gmail.com

ABSTRAK

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Saat ini penyakit Covid-19 telah menyebar ke seluruh dunia, termasuk Indonesia. Penyakit Covid-19 dapat menyebabkan gejala ringan sampai berat. Infeksi Virus Corona dipengaruhi tiga hal yaitu host, agen infeksi dan lingkungan. Penyakit Covid-19 tidak hanya berdampak pada bidang kesehatan, tetapi juga terhadap berbagai bidang seperti pendidikan, ekonomi, sosial dan lain-lain. Oleh karena itu penting untuk berkontribusi dalam penanggulangan penyakit Covid-19. Berbekal pemahaman yang benar tentang pandemi Covid-19, selain pemerintah, peran serta masyarakat sangat dibutuhkan untuk memperkecil penularan. Pemahaman masyarakat menjadi kunci utama berhasil atau tidaknya langkah yang dilakukan pemerintah sebagai pembuat kebijakan.

Kata kunci: Covid-19, pemahaman, penularan

ABSTRACT

Covid-19 (Corona Virus Disease 2019) is a respiratory infection caused by a new coronavirus, SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2). Currently, Covid-19 has spread throughout the world, including Indonesia. Covid-19 disease can cause mild to severe symptoms. Corona Virus Infection is influenced by three things; host, infectious agent and environment. Covid-19 not only

affects the health sector, but also various fields such as education, economics, social and others. Therefore it is important to contribute in overcoming the Covid-19 disease. With a correct understanding of the Covid-19 Pandemic, apart from the Government, community participation is needed to reduce transmission. Public understanding is the key to the success or failure of steps taken by the Government as a policy maker.

Keywords; Covid-19, understanding, transmission

PENDAHULUAN

Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) merupakan penyakit infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). Penyakit ini ditemukan pertama kali di Wuhan, Cina pada akhir bulan Desember 2019 dan kemudian meluas secara global. Pada Tanggal 11 Maret 2020, WHO (World Health Organization) menetapkan penyakit Covid-19 ini sebagai pandemi global karena terdapat 1.942.360 kasus di 185 negara. Kasus Covid-19 ditemukan pertama kali di Indonesia tanggal 2 Maret 2020 di Depok, Jawa Barat.

Per tanggal 1 Juni 2020, jumlah kasus yang terkonfirmasi positif secara global adalah 6.057.853 kasus dengan angka kematian sebanyak 371.166 orang. Sedangkan di Indonesia sebanyak 26.940 kasus yang terkonfirmasi positif, pasien yang sembuh sebanyak 7.637 orang dan pasien yang meninggal sebanyak 1.641 orang.

Penyakit Covid-19 tidak hanya berdampak pada bidang kesehatan, tetapi juga terhadap berbagai bidang seperti pendidikan, ekonomi, sosial, dan lain-lain. Oleh karena itu penting untuk berkontribusi dalam penanggulangan penyakit Covid-19. Berbekal pemahaman yang benar tentang pandemi Covid-19, selain pemerintah, peran serta masyarakat sangat dibutuhkan untuk memperkecil penularan. Pemahaman masyarakat menjadi kunci utama berhasil atau tidaknya langkah yang dilakukan pemerintah sebagai pembuat kebijakan.

KAJIAN TEORI

Berhasil tidaknya penanganan pandemi Covid-19 di Indonesia, selain tergantung kepada kebijakan pemerintah, sangat dipengaruhi oleh peran serta masyarakat. Ikut andil atau tidaknya masyarakat bergantung kepada seberapa paham tentang pandemi ini. Teori *Epidemiologic Triangle* John Gordon mengemukakan bahwa timbulnya suatu penyakit sangat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu agen (*Agent*), pejamu (*Host*), dan lingkungan (*Environment*). *Agent* yang dimaksud adalah virus *corona* meliputi *virulensi* (daya serang), sifat, masa inkubasi, vaksin, terapi, dan lain lain. *Host*-nya adalah manusia, yaitu faktor risiko, kerentanan (genetik, status gizi, status imunologi, psikologi) dan kontak antar manusia. Serta *environment* yang dimaksud adalah fisik, biologi, sosial, budaya, sanitasi, pelayanan kesehatan.

Analogi dengan teori itu, pemahaman masyarakat sebagai kunci keberhasilan penanganan Pandemi Covid-19, juga tergantung pada pengetahuan tentang *agent*, *host* dan *environment*.

Faktor *Agent* (Virus *Corona*)

Berbagai aspek Pengetahuan atau Informasi tentang virus *corona*, vaksin dan terapinya menjadi isu terkini dan menggemparkan dan selalu mendapatkan perhatian publik dengan beragam reaksi persepsi dan tingkah lakunya. Beragamnya persepsi atau sudut pandang masyarakat juga dianggap sebagai aktivitas menyuarakan ide atau pengetahuan mereka tentang krisis yang saat ini dihadapi. Dari penyebaran Covid-19, di mana penyebaran virus ini telah mengekspansi lebih dari 250 negara termasuk Indonesia, maka perlu ditelaah kenapa terjadi perbedaan yang sangat lebar di masyarakat. Ada yang beranggapan bahwa tidak ada Covid-19, yang ada adalah konspirasi. Di kubu yang lain meyakini bahwa Covid-19 nyata adanya dan akan terus berkembang sampai pada satu titik kejenuhan karena 75% penduduk sudah ter-infeksi Covid-19. Selama vaksin belum ditemukan, maka persepsi masyarakat tentang Covid-19 masih akan sangat tajam. Belum lagi bicara tentang obat yang cespleng untuk Covid-19.

Faktor *Host* (Manusia)

Faktor ini meliputi: kesadaran diri, keinginan-tahuan, latar belakang dan ke-ego-an diri.

Individu di masyarakat merupakan tentara pertama yang harus menghadapi virus *corona* ini. Dokter dan para ahli kesehatan lainnya merupakan tentara akhir dalam menghadapi virus ini. Modal utama untuk menghadapi pandemi ini adalah kesadaran pada diri masing-masing. Sebelum kita perang hendaknya kita mengetahui musuh yang dihadapi merupakan hal apa, agar dapat mengetahui apa saja yang disiapkan untuk memusnahkannya. Bukan sebaliknya, dokter menjadi tentara pertama sekaligus tentara akhir untuk memusnahkan pandemi ini dan masih ada masyarakat tidak peduli tentang hal tersebut. Masih banyak masyarakat masih belum menyadari bahaya *corona* dan menyepelekan virus ini, bahkan ada saja menjadikannya bahan candaan.

Sebagai sumber informasi, media massa tidak boleh melupakan kewajiban utamanya untuk mengedukasi masyarakat. Tidak hanya dengan memberikan data statistik korban Covid-19, edukasi yang dimaksud juga termasuk mengomunikasikan penelitian dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Keingintahuan masyarakat juga berperan penting dan yang menjadi jujugan untuk mendapatkan informasi adalah media. Menjadi runyam ketika media punya 'kepentingan' lain. Media berperan penting dalam membentuk persepsi dan keputusan publik tentang kesehatan. Kepiawaian media dalam menyampaikan informasi yang mencerdaskan masyarakat terkait Covid-19 akan memengaruhi keputusan publik terkait peningkatan kesehatan. Optimisme publik juga harus dibangun lewat media. Informasi terkini memang harus disampaikan. Namun, mari tetap berimbang dalam pemberitaan. Misalnya berita kenaikan jumlah pasien teridentifikasi positif dapat diimbangi dengan kabar naiknya jumlah pasien yang sembuh.

Latar belakang individu juga menjadi poin penting sikap masyarakat terhadap Covid-19. Dengan latar belakang yang 'kurang

menyenangkan', maka kecenderungan menolak keberadaan Covid-19 menjadi hal yang lumrah. Ditunjang dengan 'kondisi ekonomi' keluarga, maka *mindset* penolakannya semakin kencang.

Islam mengajarkan kita untuk tak hanya memikirkan diri sendiri. Setiap hak asasi yang kita miliki, dibatasi dengan hak asasi orang lain. Jadi mengapa kita masih begitu egois untuk hanya memikirkan diri sendiri? Banyak yang berkoar-koar dengan mengatakan jangan takut dengan virus yang berukuran sangat kecil ini dan lebih takut pada penciptanya. Tak ada yang salah dengan kalimat tersebut. Tapi menyikapi itu bukan dengan lantang tetap bepergian sesuka hati, kumpul dengan banyak orang dan sesuka hatinya tidak memakai masker. Saat ini keikhlasan dan menerima ketetapan untuk diam di rumah sementara sedang diuji. Pemerintah mengupayakan banyak cara mengatasi pandemi ini. Mulai dari perintah pembatasan, pengadaan alat kesehatan hingga pembelian obat penangkal. Tapi semua upaya itu, dengan segala keterbatasannya, akan sia-sia jika masyarakat tak ikut membantu.

Faktor Environment (Lingkungan)

Lingkungan, meliputi: budaya, komunitas, informasi tentang pandemi Covid-19 (pemerintah, wag, FB dan medsos lain).

Kebaragaman pemikiran masyarakat bergantung pada budaya yang berkembang. Penanganan Covid-19 memerlukan budaya disiplin yang ketat. Negara yang memiliki budaya disiplin yang tinggi relatif bisa mengendalikan penyebaran virus ini secara baik. Yang mengejutkan adalah perilaku masyarakat di negara maju yang terkesan menyepelkan dan tidak disiplin, seperti dikabarkan berbagai media internasional. Mengambil contoh di Italia ataupun Spanyol, atau bahkan Amerika Serikat, yang memerlukan waktu lama untuk membuat masyarakatnya sadar akan penularan virus ini yang sangat cepat. Berbeda dengan masyarakat Jepang atau Korea Selatan, juga Singapura yang disiplin dan taat menerapkan kebijakan yang diterapkan oleh pemerintahnya. Tiga negara ini merupakan negara yang memiliki tingkat kedisiplinan dan kebersihan yang sangat tinggi. Hasilnya tingkat penyebaran virus



corona di Korea Selatan dan Jepang yang populasinya lebih besar dibanding Singapura, tidak separah di Spanyol, Italia ataupun di Amerika Serikat. Banyak orang terkaget-kaget, ternyata penduduk Eropa (dan Amerika Serikat) tidak seterpelajar yang dikira selama ini. Soal budaya disiplin masyarakatnya kalah sama bangsa Korea Selatan dan Jepang. Di Indonesia, sepertinya lebih parah, negara tidak maju dan tidak disiplin, klop sudah. Maka dituntut 'regulasi' yang jelas dari pemerintah untuk menjalankan budaya disiplin disertai sanksinya. Disiplin memakai masker, mencuci tangan dan menjaga jarak.

Komunitas, juga memengaruhi kebaragaman pemikiran masyarakat terhadap pandemi Covid-19. Seseorang yang berada di komunitas yang *mindset*-nya kurang benar, maka berpotensi besar mempunyai pemikiran yang sama. Komunitas merupakan pelaku utama dalam upaya pencegahan risiko penyebaran infeksi Covid-19, dalam hal ini seluruh lapisan masyarakat yang terdampak di segala aspek kehidupan. Pandemi yang terus menerus akan mengganggu berjalannya kehidupan masyarakat secara utuh. Maka dari itu pencegahan berbasis komunitas menjadi penting terutama dalam hal kesadaran akan risiko. Komunitas akan tergerak jika didalamnya terorganisasi, sehingga perlu ada dorongan terhadap masyarakat untuk mengenali secara penuh bagaimana risiko Covid-19 yang ada di lingkungan mereka dan bagaimana pencegahannya. Maka, pendampingan secara masif terhadap masyarakat yang berpikiran salah, menjadi hal yang harus dijalankan. Upaya pencegahan risiko penyebaran Covid-19 skala komunitas ini akan berjalan efektif jika dilakukan secara berulang dan bertahap melalui proses sosialisasi dan juga edukasi terhadap masyarakat. Hal ini disebabkan oleh protokol Kesehatan yang harus dilaksanakan beriringan dengan kebutuhan hidup masyarakat yang harus dipenuhi, maka *living harmony* dengan Covid-19 menjadi kunci.

Informasi dari pemerintah, medsos, WAG (Whats App Group) tentang Covid-19 yang didapatkan masyarakat juga menjadi penyebab beragamnya penerimaan masyarakat terhadap Covid-19.

Informasi yang diperoleh masyarakat sudah seharusnya mencerahkan, mampu menggerakkan masyarakat dan harus mampu meredam stigma negatif dan diskriminasi. Informasi, harus memosisikan diri sebagai sarana kontrol masyarakat terhadap kebijakan publik terkait Covid-19. Sudah selayaknya informasi dari manapun bersatu dalam keberpihakan pada kepentingan publik. Dengan kekuatannya yang sedemikian besar, informasi menjadi jembatan untuk mendorong pemerintah agar mengeluarkan kebijakan yang berdampak positif sekaligus mengedukasi masyarakat. Sebagai pemegang informasi tertinggi, pemerintah khususnya lewat Kementerian Komunikasi dan Informatika (KOMINFO) harus jadi garda terdepan dalam pemberitaan Covid-19. Pemerintah perlu memberikan informasi lewat portal resmi tersendiri. Dengan demikian masyarakat setidaknya memiliki satu sumber informasi yang terpercaya. Selain itu, keresahan masyarakat akibat berita palsu juga dapat berkurang. Dengan catatan, pemerintah juga harus terbuka dalam melakukan pemberitaan.

Keberagaman Sikap Masyarakat

Dengan berbagai ‘paparan’ yang menghinggapikan pikiran masyarakat, maka tingkat keberagaman dalam menghadapi pandemi Covid-19 dibagi menjadi:

1. Orang pintar, paham ilmu tentang *corona*, patuh pada himbauan, menjalankan protokoler kesehatan, berusaha menjaga diri keluarga dan lingkungannya, serta tak lupa berserah diri pada Allah Swt.
2. Orang setengah pintar, kadang percaya kadang tidak. Saat berkumpul dengan orang yang pintar, menjalankan protokoler kesehatan dengan baik. Tapi di saat yang lain lalai menjaga diri keluarga dan lingkungannya.
3. Orang sok pintar, begitu lancar menuduh pandemi ini konspirasi global, rekayasa petugas medis, *settingan* rumah sakit, dll. Dasar yang dipakai, biasanya informasi ‘katanya’ tanpa bisa diberikan penjelasan secara ilmiah.



4. Orang bodoh beneran, yaitu mereka yang memang buta ilmu pandemi Covid-19 dan tidak mengerti bagaimana harus bersikap.

Dengan berbagai keberagaman sikap yang terjadi di masyarakat, kita berharap bahwa presentase masyarakat yang pintar lebih dominan. Lalu apa yang harus kita lakukan sebagai masyarakat?. Satu hal yang pasti, di tengah kalut pandemi Covid-19, mari bersama untuk tidak memperburuk keadaan. Alih-alih menerima informasi bulat-bulat, mengapa kita tidak menganalisis dan mencari tahu kebenarannya terlebih dahulu. Sama halnya saat kita hendak menyampaikan informasi kepada orang lain, pastikan kebenaran informasi tersebut. Ingatkan teman, saudara, atau orang tua kita jika tahu mereka menyebarkan informasi yang tidak jelas kebenarannya. Mari gunakan media sosial untuk saling berbagi informasi yang mencerdaskan, bukan saling menjatuhkan. Mari satukan kekuatan karena kita sedang menghadapi musuh kecil yang tidak tampak ini. Kita semua berharap dan berdoa agar pandemi Covid-19 ini segera berakhir. Amin.

KESIMPULAN

Penyakit Covid-19 disebabkan oleh virus *corona* baru yaitu SARS-CoV-2. Penyakit infeksi ini dipengaruhi oleh *host*, *agent* infeksi dan lingkungan. Analog dengan itu, tingkat keberagaman masyarakat menghadapi serangan Covid-19 bergantung kepada pemahaman kelimuan tentang *agent* (virus *corona*), *host* (kesadaran diri, keinginan-tahuan, latar belakang dan ke-ego-an diri) serta *environment* (budaya, komunitas, informasi tentang pandemi Covid-19 dari pemerintah, WAG, FB dan medsos lain). Dengan segala paparannya, tingkat keberagaman masyarakat terbagi menjadi: pintar, setengah pintar, sok pintar dan bodoh.

REFERENSI

1. Novel coronavirus situation report -133 [Internet]. World Health Organization; 2020 Jun. Tersedia pada: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200601-covid-19-sitrep-133.pdf?sfvrsn=9a56f2ac_4
2. Data sebaran kasus Indonesia. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID 19; Juni 2020. Tersedia pada: <https://covid19.go.id/>
3. Isbaniah F, Saputro DD, Sitompul PA, Manalu R, Setyawaty V, Kandun IN, dkk. Pedoman pencegahan dan pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
4. Serba-serbi Corona, Ini Persepsi dan Pengetahuan Masyarakat Indonesia, <https://www.kompas.com/sains/read/2020/04/01/190300723/serba-serbi-corona-ini-persepsi-dan-pengetahuan-masyarakat-indonesia?page=all>.
8. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Pedoman penanganan cepat medis dan kesehatan masyarakat COVID-19 di Indonesia. Jakarta: Gugus Tugas COVID-19; 2020.
9. <https://www.kompas.com/tren/read/2020/10/03/072800465/apa-itu-self-limiting-disease?page=all>
10. <http://m.muhammadiyah.or.id/id/news-19247-detail-pemberdayaan-komunitas-sebagai-upaya-kurangi-risiko-penyebaran-covid19.html>





Peran Akademisi Dalam Mengedukasi Masyarakat untuk Menghadapi Pandemi Covid-19

Oleh: **Badruli Martati**

badruli.martati@fkip.um-surabaya.ac.id
Universitas Muhammadiyah, Surabaya

Pengantar

Anak bukan orang dewasa dalam badannya yang kecil, mereka adalah pribadi dengan karakteristik tersendiri. Memiliki dunia yang berbeda dengan orang dewasa, sesuai dengan pertumbuhan fisik dan perkembangan jiwanya. Dalam pertumbuhan dan perkembangannya, anak mendapatkan pendidikan pertama dan utama di keluarga. Pendidikan keluarga membawa pengaruh kuat atau mewarnai anak sampai dewasa bahkan sampai maut menjemput. Artinya pendidikan dalam keluarga akan membentuk karakter, watak atau sifat pada anak, sehingga peran orang tua sangat dibutuhkan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan tersebut. Pendidikan dalam keluarga dapat diberikan dengan bermain, demikian juga di sekolah. Anak perlu bermain dan belajar secara seimbang, sebagai cara melakukan sosialisasi di masyarakat. Sosialisasi merupakan kebutuhan pokok manusia sebagai makhluk sosial. Dengan kemampuan sosialisasi yang baik maka dimungkinkan anak akan sukses di dalam kehidupannya, dapat mewujudkan individu yang memberikan manfaat seluas-luasnya bagi sesama. Belajar disebut juga sebagai basis kemajuan masyarakat di masa depan. Perkembangan diciptakan oleh individu dengan didasari oleh kemampuan belajar dan kapasitas untuk menciptakan penemuan baru yang perlu diwariskan dari satu generasi ke generasi selanjutnya. Sebagai contoh penemuan komputer dan sistem pengendali jarak jauh membuka peluang baru

untuk menjangkau ruang angkasa, analisis sel membuka jalan untuk melakukan eksplorasi terapi penggantian genetik untuk mengatasi penyakit. Oleh karena arti penting belajar bagi masyarakat dan individu, maka masyarakat tidak membiarkan begitu saja. Diciptakan sistem pengajaran tertentu untuk mewariskan kultur kepada generasi muda dan mempersiapkan mereka untuk mengambil alih peran produktif pada pendahulu. Pada masyarakat dahulu (kuno), kebijaksanaan kolektif dan *folklore* umumnya didapatkan dari mulut ke mulut (secara lisan). Pada masyarakat teknologi, pengetahuan dan informasi yang tersedia sangat banyak sehingga tidak ada satu individu pun yang sanggup mempelajarinya. Maka diciptakan sistem pendidikan formal dengan tujuan untuk menangani area pengetahuan yang dan area keahlian khusus yang menjadi pilihan individu untuk dipelajari secara mendalam. Misal, kimia untuk studi farmasi dan sistem kerangka manusia untuk studi terapi fisik (Gredler, 2011). Bencana pandemi Covid-19 yang melanda seluruh dunia, juga Indonesia membawa dampak perubahan dalam berbagai sektor kehidupan. Demikian juga dengan pendidikan dalam berbagai tingkat satuan pendidikan (PGPAUD, TK sampai PT). Kondisi semula, di mana setiap hari terlihat hiruk pikuk anak-anak berangkat sekolah untuk belajar dan bermain bersama teman sebaya. Keceriaan anak-anak yang berbalut baju seragam sekolah, bercanda bahkan kadang menangis pula. Sungguh indah dunia anak-anak, wajah-wajah berseri dan jiwa-jiwa bersih yang membutuhkan sentuhan pendidikan agar menjadi manusia yang berakhlak mulia, cerdas dan terampil dalam menghadapi hidup. Semua itu berubah total dengan adanya pandemi Covid-19. Untuk itu dibutuhkan refleksi ulang tentang bagaimana pelaksanaan pembelajaran bagi anak di masa pandemi Covid-19.

Muhammadiyah Command Center (MCCC) Pimpinan Pusat Muhammadiyah, mengeluarkan Surat Edaran No. 01/EDR/Covid-19/2020 Tentang Pelarangan Pembelajaran/Perkuliahan Tatap Muka di Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Pendidikan pada bulan September 2020 hingga waktu yang belum bisa ditentukan. Inisiatif pembukaan kegiatan pembelajaran/perkuliahan saat ini

dikhawatirkan tidak akan banyak membantu dari sisi kelangsungan Amal Usaha Muhammadiyah. Namun, dapat menimbulkan krisis yang lebih panjang akibat kemungkinan terjadinya penularan di lingkungan sekolah/madrasah/pesantren/ perguruan tinggi yang akan menjadi tanggung jawab penuh bagi pimpinan Amal Usaha Muhammadiyah tersebut.

Pembahasan

Pandemi Covid-19 merupakan ujian bagi warga Muhammadiyah dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Khususnya dalam penyelenggaraan pendidikan di Amal Usaha Muhammadiyah. Pendidikan dalam Muhammadiyah hendak menuju terwujudnya masyarakat Islam yang sebenar-benarnya. Apakah yang dinamakan masyarakat itu? Menurut faham Muhammadiyah tentang apa yang dinamakan masyarakat itu pada umumnya tidaklah jauh berbeda dengan faham-faham yang sekarang ada. Perumusan mengenai definisi kata masyarakat yang dirumuskan oleh para ahli ilmu kemasyarakatan hanyalah mengkonstatisasi apa yang selama ini telah berjalan sejak manusia ada. Muhammadiyah mempunyai keyakinan bahwa hidup bermasyarakat itu adalah sunah Allah atas kehidupan manusia di muka bumi ini. Sunah Allah artinya hukum *Qodrat* dan *Irodad* Allah. Kekuasaan dan kehendak Allah. Kalau orang-orang yang belum menyadari adanya Allah mereka sering mengatakan sunah Allah itu dengan kata-kata undang-undang alam. Manusia hidup bermasyarakat cara mudahnya saling mengawani, saling menghajatkan, saling memerlukan dalam kehidupan sehari-hari baik lahir maupun batin. Pada lazimnya manusia tidak mungkin hidup dengan tidak menghajatkan kepada teman (Fakhrudin, 2005).

Pendidikan dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat,

bangsa, dan negara. Tokoh pendidikan nasional Indonesia, Ki Hadjar Dewantara, pendidik adalah “pamong” (menurut istilah dalam Taman Siswa) berkewajiban mendidik dan mengajar. Mendidik berarti memberi ilmu-pengetahuan, menuntun gerak-pikiran serta melatih kecakapan atau kepandaian anak-anak kita, agar mereka kelak menjadi orang pintar dan pandai, berpengetahuan dan cerdas. “Mendidik” berarti menuntun tumbuhnya budi-pekerti dalam hidup anak-anak kita, supaya mereka kelak menjadi manusia berpribadi yang beradab dan bersusila (Dewantara, 1977).

Strategi pembelajaran menurut Kemp adalah suatu kegiatan pembelajaran yang harus dikerjakan oleh guru dan siswa agar tujuan pembelajaran dapat dicapai secara efektif dan efisien. Dick and Carey, sebagai suatu materi dan prosedur pembelajaran yang digunakan secara bersama-sama untuk mendapatkan hasil belajar siswa. Selanjutnya Sumantri menyatakan dalam penyampaian isi pembelajaran sekurang-kurangnya ada 2 (dua) fungsi yaitu menyampaikan isi pembelajaran kepada siswa dan menyediakan bahan yang dibutuhkan siswa untuk menampilkan perilaku. Penyampaian isi pembelajaran terkait dengan penggunaan media dan sumber belajar. Adapun strategi pengelolaan pembelajaran berkaitan dengan bagaimana menata interaksi antara siswa dengan variabel metode pembelajaran lainnya. Setidaknya ada tiga hal penting yaitu: penjadwalan, pembuatan catatan kemajuan siswa, motivasi belajar dan kontrol belajar (Sumantri, 2015).

M. Atwi Suparman mengatakan strategi pembelajaran sebagai strategi instruksional, dikatakan sebuah pendekatan dalam mengelola isi dan proses instruksional secara komprehensif untuk mencapai satu atau sekelompok tujuan instruksional. Semua komponen yang termasuk dalam konsep strategi instruksional terdiri: (1) tujuan instruksional yang berisi kompetensi yang diharapkan dicapai peserta didik pada akhir kegiatan instruksional; (2) urutan kegiatan instruksional; (3) isi atau materi instruksional dengan urutan yang sesuai dengan urutan tujuan instruksional; (4) metode, media, dan alat yang biasanya tercermin dalam peluncuran (*delivery systems*); (5) waktu belajar (*time required*) yang diperlukan peserta didik (Suparman, 2014).

Strategi pembelajaran diperlukan untuk menyelenggarakan proses belajar mengajar di sekolah untuk mencapai tujuan belajar yang ditetapkan. Strategi pembelajaran adalah upaya yang perlu dipilih guru dalam rangka menyelenggarakan proses belajar mengajar, baik yang diselenggarakan di dalam kelas maupun luar kelas. Ketika membuat perencanaan pembelajaran seorang guru perlu memikirkan metode pembelajaran yang sesuai dengan materi yang akan diajarkan. Salah satu metode yang dapat dipilih adalah bermain, di mana bermain merupakan kegiatan yang sesuai dengan karakteristik anak sekolah dasar.

Dalam bermain ada kegiatan belajar yang direncanakan. Belajar dapat dilakukan melalui bermain, yang dapat didesain dengan sengaja untuk mencapai tujuan pembelajaran (*games based learning*). Belajar merupakan proses multisegi yang umumnya dipandang biasa saja, sampai individu menemukan kesulitan dalam menghadapi tugas yang kompleks. Menurut Goldberg, dengan otak yang dimilikinya yang membedakan manusia dengan makhluk lainnya. Perkembangan otaknya digunakan untuk perilaku yang bertujuan. Kemampuan tersebut meliputi: mengidentifikasi objek, merancang tujuan, menyusun rencana, mengorganisasi sumber daya, dan memonitor konsekuensi. Gredler menuliskan arti belajar bagi individu adalah pemerolehan beragam kemampuan dan ketrampilan tentang strategi dalam menjalankan peran di dunia, sikap dan nilai yang menjadi pedoman seseorang. Kapasitas untuk belajar kontinu atau secara terus menerus dapat memperkaya keragaman gaya hidup. Kedua, arti peran belajar adalah penting bagi masyarakat, di mana salah satu tujuannya adalah mempelajari tentang nilai, bahasa, dan perkembangan kultur-pengalaman yang diwariskan. Selanjutnya, belajar adalah basis untuk kemajuan masyarakat di masa depan. Perkembangan diciptakan individu dengan didasari kemampuan belajar mereka dan kapasitasnya untuk menciptakan penemuan baru yang diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Gredler, 2011). Menurut Heinich, dkk. (2005) belajar adalah proses pengembangan pengetahuan baru, keterampilan atau sikap yang terjadi dalam interaksi dengan sumber-sumber belajar. Sebagaimana pernyataan berikut “... *development of new knowledge, skills or attitudes as individual interact with learning resources.*” (Pribadi, 2009).

Menurut Pivec, Koubec & Dondi bahwa kegiatan belajar dan bermain adalah dua hal yang sangat berkaitan erat. Dalam *game-based learning*, tujuan pembelajaran diukur berdasarkan *game* yang dimainkan itu, misalnya kemampuan mengucapkan kalimat dalam permainan. Seorang anak yang sedang bermain sesungguhnya ia sedang belajar. Kadangkala seorang anak sedang belajar sesuatu, ia pun makin pintar dalam bermain. Sebagai contoh seorang anak bermain kelereng bersama teman-temannya. Sebenarnya dapat dikatakan ia belajar: 1) berhitung jumlah kelereng, warna kelereng, ukuran kelereng; 2) ketelitian yang diperlukan dalam menembak sasaran dalam permainan; 3) taat pada aturan permainan misalnya jika kalah dihukum dengan membayar sejumlah kelereng, 4) toleransi, saat menunggu giliran bermain dan lain-lain. Keuntungan lain *game* dalam pembelajaran dapat dipergunakan untuk menjelaskan konsep dan memperkuat pembelajaran. Contohnya: Bu Ina mengajarkan sopan santun kepada siswa kelas satu sekolah dasar, Bu Ina memainkan *game* dengan berperan sebagai orang tua, kemudian anak-anak melaksanakan *game* untuk mengajarkan tata cara dan sopan santun kepada orang tua. Berbeda bila *game* sebagai sarana, maka guru mengajak anak bermain “*hompimpah*”. Anak yang kalah harus menjelaskan materi yang telah diberikan guru. Dalam *game*, anak justru menemukan bahwa belajar merupakan proses pengembangan kemampuan kognitif dan sosial secara bersamaan (Setyawan, 2015).

Teori perkembangan kognitif dari Jean Piaget's Phases of Cognitif Development, Fase Operational Konkrit (7-11 tahun) dengan karakteristik. Anak dapat bernalar secara logis tentang kejadian konkret atau nyata serta dapat melakukan klasifikasi objek yang beragam dalam dunianya. Hal terbaik akan diperoleh dari eksperimen intelektual melalui bermain aktif. Dengan melakukan permainan aktif selama fase ini maka anak akan berkembang baik fisik maupun sosialnya. Regulasi dan peraturan yang diterapkan menjadikan permainan menarik. Bagaimanapun bermain, karakteristik asimilasi akan hilang dan menjadi subordinat dalam proses berpikir kognitif. Membawa akibat dalam menemukan ekspresi perasaan pada

eksperimen intelektual dari aktifitasnya sendiri dalam bermain (Setyawan, 2015).

Siswa sekolah dasar memiliki karakteristik berdasarkan pengalaman yang dimiliki yang memiliki pengaruh dalam proses belajar. Misalnya tingkat kecerdasan, gaya belajar, motivasi, ketertarikan terhadap pembelajaran, ciri-ciri jasmani juga emosi siswa. Secara umum siswa sekolah dasar mengalami proses: (1) Perkembangan Fisik pada anak usia sekolah dasar merupakan perubahan perkembangan fisik yang sangat drastis baik secara fisik maupun mental. Menurut Seifert dan Haffung terdapat tiga jenis perkembangan yang dialami oleh anak sekolah dasar yaitu pertumbuhan biologis seperti tumbuhnya otak, otot, dan tulang manusia. Pada usia awal masuk SD/MI anak dalam masa periode pertumbuhan yang cepat di masa-masa awal pertumbuhan menuju pada masa yang lebih lambat. Perkembangan fisik, menurut Kuhlen dan Thompson bahwa perkembangan fisik individu meliputi empat aspek, yaitu pertama sistem saraf, yang sangat memengaruhi perkembangan kecerdasan dan emosi; kedua, otot-otot, yang memengaruhi perkembangan kekuatan dan kemampuan motorik; ketiga kelenjar endokrin, yang menyebabkan munculnya pola-pola tingkah laku baru, seperti pada usia remaja berkembang perasaan senang untuk aktif dalam suatu kegiatan, yang sebagian anggotanya terdiri atas lawan jenis; dan keempat, struktur fisik/tubuh, yang meliputi tinggi, berat, dan proporsi. (2) Perkembangan kognitif, terdiri dari adanya perubahan-perubahan dalam pola pikir. Menurut Piaget terdapat empat tahap perkembangan: sensorimotor (umur 0-2 tahun), pra-operasional (umur 2-7 tahun), operasional konkrit (umur 7-11 tahun). (3) Perkembangan psikomotorik. Menurut Loree terdapat dua macam perilaku psikomotorik utama yang bersifat universal harus dikuasai oleh setiap individu pada masa bayi atau awal masa kanak-kanaknya ialah berjalan (*walking*) dan memegang benda (*prehension*). Kedua jenis keterampilan psikomotorik ini merupakan basis bagi perkembangan keterampilan yang lebih kompleks seperti yang kita kenal dengan sebutan bermain (*playing*) dan bekerja (*working*). Sementara Gessel menjelaskan bahwa perilaku motorik



itu meliputi gerakan tubuh, koordinasi, dan keahlian motorik khusus (Alfin, n.d.).

Agoes Dariyo mengatakan bahwa perkembangan fisik individu yang paling menonjol pada anak adalah perkembangan fisik motorik. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan memperhatikan perkembangan setiap individu sejak terjadinya konsep di dalam rahim seorang ibu hingga masa kelahirannya. Selanjutnya perkembangan fisik terjadi dimulai pada masa bayi, anak-anak, remaja hingga dewasa. Keadaan fisik manusia merupakan sistem organ yang sangat kompleks dan mengagumkan. Adapun gerakan motorik adalah suatu istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku gerakan yang dilakukan oleh tubuh manusia. Pengendalian motorik biasanya digunakan dalam bidang ilmu psikologi, fisiologi, neurofisiologi maupun olah raga. Proses tumbuh kembang kemampuan gerak seorang anak. Pada dasarnya, perkembangan motorik ini berkembang sejalan dengan kematangan saraf dan otot anak. Sehingga, setiap gerakan sesederhana apapun, adalah merupakan hasil pola interaksi yang kompleks dari berbagai bagian dan sistem dalam tubuh yang dikontrol oleh otak (Hasanah, 2016).

Perkembangan motorik manusia dibedakan menjadi dua yaitu motorik kasar dan motorik halus: pertama, motorik kasar merupakan bagian dari aktivitas motorik yang mencakup keterampilan otot-otot besar. Misalnya berjalan, berlari, melompat, berguling, merangkak, tengkurap, mengangkat leher dan duduk. Kedua, motorik halus merupakan bagian dari aktivitas motorik yang melibatkan gerak otot-otot kecil. Misalnya menulis, melukis, menggambar, mengambil benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk. Dalam tugas perkembangan jasmani, perkembangan motorik kasar merupakan koordinasi gerakan tubuh, seperti berlari, berjinjit, melompat, bergantung, melempar dan menangkap, serta menjaga keseimbangan. Kegiatan ini diperlukan dalam meningkatkan keterampilan koordinasi gerakan motorik kasar. Pada anak usia 4 tahun, anak sangat menyenangi kegiatan fisik yang menantang baginya, seperti melompat dari tempat tinggi atau bergantung dengan kepala menggantung ke bawah. Pada usia 5 atau 6 tahun

keinginan untuk melakukan kegiatan tersebut bertambah. Anak pada masa ini menyenangi kegiatan lomba, seperti balapan sepeda, balapan lari atau kegiatan lainnya yang mengandung bahaya.

Adapun perkembangan motorik halus anak usia dini ditekankan pada koordinasi gerakan motorik halus. Hal tersebut dikaitkan dengan kegiatan meletakkan atau memegang suatu objek dengan menggunakan jari tangan. Perkembangan koordinasi gerakan motorik halus anak sangat berkembang bahkan hampir sempurna pada anak usia 4 tahun. Tetapi masih ada hal yang perlu diperhatikan bahwa pada usia ini anak masih mengalami kesulitan dalam menyusun balok-balok menjadi suatu bangunan. Hal ini disebabkan oleh keinginan anak untuk meletakkan balok secara sempurna sehingga kadang-kadang meruntuhkan bangunan itu sendiri. Pada usia 5 atau 6 tahun koordinasi gerakan motorik halus berkembang sangat pesat. Untuk itu orang tua dan guru perlu memberikan stimulus yang tepat agar anak mencapai perkembangan secara optimal. Selanjutnya anak mampu mengkoordinasikan gerakan visual motorik, seperti mengkoordinasikan gerakan mata dengan tangan, lengan, dan tubuh secara bersamaan, antara lain dapat dilihat pada waktu anak menulis atau menggambar. Dengan memiliki ketrampilan motorik, anak dapat terhibur dan mampu mendapatkan kesenangan dari apa yang dapat dilakukannya. Contohnya anak senang memiliki keterampilan dalam memainkan boneka yang dimilikinya. Mampu melempar bola dengan baik dan bermain dengan alat-alat permainan yang ada. Dengan keterampilan motorik anak dapat beranjak dari kondisi tidak berdaya pada bulan-bulan pertama dalam kehidupannya, kondisi yang independen. Anak dapat bergerak dari satu tempat ketempat yang lain, dan dapat berbuat sendiri untuk dirinya sendiri.

Perkembangan motorik kasar dan motorik halus anak akan memengaruhi rasa percaya diri anak. Dengan berkembangnya potensi anak dalam motorik maka akan berpengaruh terhadap penyesuaian diri anak dengan lingkungan sekolah. Oleh karena itu perlu dilakukan melatih anak sebelum masuk sekolah dasar, yaitu kemampuan untuk menulis, melukis dan menggambar serta



baris berbaris. Perkembangan potensi motorik halus dan motorik kasar anak berdampak pula pada kemampuan anak dalam bergaul dan bermain dengan teman sebaya sehingga ia tidak menjadi anak yang dikucilkan atau ditolak keberadaannya oleh teman-teman sebayanya. Selanjutnya perkembangan konsep diri dapat pula berkembang dengan baik. Kondisi tersebut dapat dioptimalkan jika diciptakan lingkungan yang mendukung seluruh perkembangan anak. Memberikan mereka kebebasan untuk bergerak secara leluasa, baik di dalam ruangan terlebih di luar ruang yang aman. Kegiatan di luar ruangan mampu membawa stimulasi bagi perkembangan otot anak. Namun, jika disediakan kegiatan dalam ruangan juga perlu diperhatikan penyediaan tempat agar anak dapat berlari, melompat, berjalan maju ataupun berjalan mundur. Menjadi lebih baik dengan disediakan alat-alat permainan yang mendukung seluruh perkembangan motorik anak (Sujarwo & Widi, 2015).

Pencapaian perkembangan motorik kasar dan halus pada anak usia dini dan kemampuan pada setiap anak bisa berbeda-beda. Namun, demikian ada patokan umur tentang kemampuan apa saja yang perlu dicapai seorang anak pada usia tertentu.

Tabel 1. Perkembangan motorik kasar dan motorik halus usia < 3 bulan – 12 bulan

No	Lingkup Perkembangan	Tingkat Pencapaian Perkembangan			
		Usia < 3 bulan	3 – < 6 bulan	6 – < 9 bulan	9 – 12 bulan
1	Motorik Kasar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refleks mengenggam benda yang menyentuh telapak tangan. 2. Menegakkan kepala saat ditelungkupkan. 3. Tengkurap. 4. Berguling ke kanan dan ke kiri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meraih benda di depannya. 2. Tengkurap dengan dada diangkat dan kedua tangan menopang. 3. Duduk dengan bantuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melempar benda yang dipegang 2. Merangkak ke segala arah. 3. Duduk tanpa bantuan. 4. Berdiri dengan bantuan. 5. Bertepuk tangan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik benda yang terjangkau. 2. Berjalan dengan berpegangan. 3. Berjalan beberapa langkah tanpa bantuan. 4. Melakukan gerak menendang bola.
2	Motorik Halus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memainkan jari tangan dan kaki. 2. Memegang benda dengan lima jari. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memasukkan benda ke dalam mulut. 2. Memindahkan mainan dari satu tangan ke tangan yang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memegang benda dengan ibu jari dan jari telunjuk (menjempuk) 2. meremas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggaruk kepala. 2. Memegang benda kecil atau tipis (misal: potongan buah atau biskuit). 3. Memukul-mukul atau mengetuk-ngetuk mainan

Sumber: Permendiknas No. 58 Tahun 2009 tanggal 17 September 2009 Tentang Standar Pendidikan Anak Usia Dini.

Hasil penelitian Sujarwo dan Widi menunjukkan kemampuan motorik anak usia 4 s.d 6 tahun, di TK Pembina Kecamatan Bantul kelompok A dan B tahun 2015 memiliki kategori sangat tinggi dan cukup tinggi. Sehingga bisa dikategorikan sangat baik untuk kemampuan motorik anak usia 4 s.d 6 tahun di sekolah ini. Perkembangan kemampuan tersebut dipengaruhi oleh beberapa hal yang dilakukan oleh para guru dengan memberikan kesempatan gerak dan juga pengalaman gerak sesuai dengan program atau silabus. Selain pihak sekolah dalam hal ini guru yang mengupayakan, ada faktor lain juga sarana prasarana dan juga fasilitas untuk merangsang dan juga menstimulasi yang ada di sekolah TK Pembina Kecamatan Bantul sangat lengkap. Sehingga kemampuan motorik baik halus maupun kasar anak selalu terasah. Dengan demikian dapat dibuktikan bahwa perkembangan motorik dapat dilakukan dengan memberikan stimulus dan menyediakan fasilitas untuk mendukung perkembangan anak secara optimal (Sujarwo & Widi, 2015).

Ketika berbicara perkembangan kognitif anak, maka tidak dapat dilepaskan dengan pentingnya pembahasan tentang kecerdasan. Kecerdasan sebagai kemampuan mental seseorang dalam menghadapi dan merespon permasalahan. IQ adalah ukuran kecerdasan atau intelegensi yang merupakan perbandingan antara umur mental terhadap umur kronologis. EQ atau kecerdasan emosional merupakan kecerdasan untuk mengenal diri sendiri dan sesamanya. Untuk menghadapi era milenial bukan hanya IQ dan EQ, tetapi agar anak memiliki karakter kreativitas, inovasi, dan inspirasi untuk melahirkan karya-karya maka dibutuhkan SQ. Sebagai energi spiritual yaitu kesadaran tentang iman dan iman yang disadarinya sendiri. Memiliki SQ akan menuntun manusia pada visi dan tujuan hidup yang benar. Juga memiliki dan mengaplikasikan standar serta nilai-nilai kehidupan yang benar. Sesungguhnya manusia dikaruniai kecerdasan oleh Allah Sw., tetapi meremehkan pentingnya visi dan tujuan hidup yang benar, maka layak disebut orang-orang “bodoh” sebagaimana disebutkan dalam Q.S. Al Baqaroh ayat 13 (Suharsono, 2004).

Sebagai orang tua, berkewajiban untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan IQ, EQ, dan SQ tersebut. Agar tidak meninggalkan keturunan yang lemah dan bodoh dikemudian hari. **Insyallah**. Karena dengan pendidikan yang baik, yang memungkinkan anak-anak menjadi cerdas, kita telah memberikan “aroma surgawi” di dunia ini. Sebagaimana perintah dalam Alquran agar kita melindungi diri, anak-anak serta keluarga lainnya dari api neraka, maka upaya mencerdaskan anak merupakan pemenuhan perintah tersebut. Untuk itu diperlukan semangat, kepedulian, kerja keras, pengorbanan, dan pemahaman yang baik tentang pendidikan dari orang tua. Doa dan upaya merupakan kewajiban kita. Namun perlu diingat tugas manusia berproses dan yang dinilai adalah prosesnya, sedangkan hasilnya merupakan takdir atau ketentuan Allah Swt.

Paradigma yang ada pada sebagian orang bahwa yang paling penting kecerdasan otak, sedangkan kemampuan yang lain tidak penting. Namun, perkembangan pengetahuan mengatakan hal yang lain, beberapa bukti mampu memberikan sanggahan bahwa yang menentuka sukses dalam hidup seseorang adalah kecerdasan emosinya. Oleh karena kecerdasan otak sangat bergantung pada faktor genetik dan sulit untuk diubah, tetapi berbeda dengan kecerdasan emosi yang dapat ditingkatkan untuk meraih kesuksesan. Keluarga memiliki kesempatan emas dalam meningkatkan kecerdasan emosi. Merupakan salah satu tempat yang baik untuk melatih kecerdasan emosi. Menurut Goleman ada tujuh kemampuan yang berkaitan erat dengan kecerdasan emosi. Kemampuan tersebut yaitu: keyakinan, rasa ingin tahu, niat, kendali diri, keterkaitan, kecakapan berkomunikasi, kooperatif. Selanjutnya dikatakan oleh Goleman suatu kerugian jika seseorang “buta emosi” yang dapat dikenalkan dengan pendidikan emosi. Pendidikan emosi yang di dalamnya ada pelajaran untuk bekerja sama, mengembangkan pendirian, pertikaian yang tidak menimbulkan perpecahan, keprihatinan masa kini serta kurikulum kecerdasan emosi (Prawitasari, 1998).



Penelitian tentang kecerdasan yang dilaksanakan Afero & Adman yang mempunyai tujuan untuk menganalisis pengaruh kecerdasan emosional terhadap kemandirian belajar siswa. Metode penelitian menggunakan metode survei eksplanasi. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara dan angket (kuesioner) dengan model skala likert. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan responden adalah siswa salah satu Sekolah Menengah Kejuruan di Kota Cimahi sebanyak 264 orang didapat dari teknik pengambilan sampel jenis sampel acak sederhana (*random sampling*). Teknik analisis data menggunakan regresi sederhana. Hasil penelitian menunjukkan kecerdasan emosional memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap kemandirian belajar siswa. Adapun pengaruh kecerdasan emosional terhadap kemandirian belajar siswa sebesar 21,85%. Dengan demikian kemandirian belajar siswa dapat ditingkatkan melalui peningkatan kecerdasan emosional. (Afero & Adman, 2016)

Untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal, maka orang tua perlu memenuhi kebutuhan fisik dan jiwa anak. Pertumbuhan jasmaniah atau fisik anak perlu didukung gizi seimbang dan gerak badan yang sesuai dengan usia kronologis. Oleh karena pada usia tertentu maka pertumbuhan jasmani manusia akan terhenti. Adapun perkembangan merupakan proses berlangsungnya perubahan-perubahan dalam diri individu yang akan membawa kepada penyempurnaan kepribadiannya. Pertumbuhan yang dimulai sejak terjadi pembuahan yang menyumbangkan struktur jasmaniah yang memungkinan perkembangan mental atau jiwa. Meliputi aspek perkembangan kognitif, perkembangan konatif, perkembangan afektif, perkembangan sosial, dan perkembangan motorik.

Perkembangan kognitif disebut pula sebagai perkembangan intelektual, apabila sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan pemahamannya serta perluasan kemampuan berbahasa. Sebagai contoh anak mengenal benda-benda tertentu yang dapat dipakai sebagai tempat duduk di sekitarnya; selanjutnya dipahami adanya variasi atau keragaman warna dan ukuran tetapi ada

ciri-ciri yang sama tentang tempat duduk. Dengan demikian anak mendapatkan sebuah konsep, yaitu “kursi”. Para psikolog mengkaitkan perkembangan intelektual dengan cara anak sesuai dengan tahap perkembangan jiwanya dengan informasi yang diperoleh dari dunia sekitarnya, serta dirinya mengolah informasi dan mengorganisasikannya sehingga bermakna bagi dirinya. Piaget mengatakan perkembangan intelektual bersumber pada dua kecenderungan dasar, yaitu kecenderungan untuk mengadakan organisasi dan adaptasi. Kecenderungan organisasi adalah kemampuan untuk menghubungkan unsur yang satu dengan lainnya sehingga tercipta satuan-satuan yang bermakna dan melahirkan struktur-struktur yang semakin kompleks. Kecenderungan adaptasi adalah kemampuan untuk melakukan adaptasi dengan lingkungan. Berlangsung dengan dua cara yaitu asimilasi dan akomodasi. Adaptasi yaitu anak menerapkan skema yang dimiliki kepada objek baru yang ditemui, sehingga pengalaman baru dapat tempat dalam dunia mental yang dibangunnya. Sedangkan dalam akomodasi anak mengubah skema yang dimilikinya karena objek baru tidak memiliki tempat; oleh karena skema yang ada tidak cocok lagi.

Perkembangan konatif merupakan penghayatan terhadap berbagai kebutuhan, baik biologis, psikologis dan penentuan diri sebagai makhluk bebas dan rasional penggerak dalam memberikan arah pada keragaman aktifitas. Misalnya, kebutuhan akan makan yang semula sebagai anak perlu dipersiapkan orang dewasa, selanjutnya kebutuhan akan pangan menjadi faktor penggerak untuk memenuhinya sendiri (mandiri) seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya. Perkembangan afektif menyangkut pemerikayaan alam perasaan. Seorang anak pada mulanya hanya tahu rasa senang dan tidak senang, lama kelamaan akan merasakan perasan lainnya, sedih, gembira, puas, kagum, takut, benci dan lain-lain. Perkembangan sosial merupakan kemampuan untuk bergaul dengan seluruh anggota keluarga, teman-teman sekolah dan di masyarakat secara memuaskan. Perkembangan motorik adalah kemampuan untuk menggunakan otot, urat-urat dan persendian-persendian dalam tubuh sedemikian rupa sehingga anak dapat



merawat dan menjaga diri sendiri dan bergerak dalam lingkungan dengan efektif dan efisien (Winkel, 2007).

Bagi seorang anak bermain adalah aktifitas yang sangat menyenangkan dan memiliki manfaat dalam belajar. Keuntungan bermain dan perkembangan anak:

- (a) Perkembangan moral, menurut Santrok bermain memiliki aspek perkembangan moral, meliputi perkembangan pikiran, perasaan, dan perilaku menurut aturan dan kebiasaan tentang hal-hal yang seharusnya dilakukan individu saat melakukan interaksi dengan orang lain. Kegiatan bermain ini dapat dimanfaatkan untuk mengajari anak usia dini tentang moral. Di mana konsep moral adalah abstrak sehingga dengan bermain anak mampu menangkap konsep moral secara baik. Sebagai contoh konsep peraturan etika kepada orang tua, dengan bermain peran anak dapat diajarkan pentingnya untuk berpamit pada orang tua ketika pergi. Ketika mengajarkan agama, tentang huruf hijaiyah atau Gerakan salat dapat dilakukan dengan bermain *puzzle*.
- (b) Bermain dan perkembangan motorik, Aspek motorik sarat dengan kegiatan yang dilakukan dengan gerak, baik gerak kasar atau halus. Pada anak usia dini, aktivitas yang dikerjakan selalu diwarnai dengan gerak. Gerak dapat menyebabkan anak bermain dan bermain membuat anak menggerakkan anggota tubuhnya. Anak yang mendapatkan kesempatan untuk bermain, maka ia akan melatih kemampuan otot-otot yang menjadikan anak kuat dan bugar. Anak yang sehat adalah anak yang aktif ke sana-kemari dan tidak hanya duduk melamun, berdiam diri tanpa reaksi karena sifat dasar anak adalah suka bergerak. Dalam mengembangkan kemampuan motorik, kegiatan bermain dapat dilakukan dengan menggunakan alat atau tanpa alat. Selain itu, bermain juga dapat melatih kemampuan motorik kasar dan motorik halus. Sebagai contoh, bermain petak umpet, lompat tali, lomba memasukkan pensil dalam botol dan lain-lain dapat membantu perkembangan motorik

kasar anak dengan baik. Sedangkan kegiatan mencorat-coret, baik di tempat, buku ataupun tempat-tempat lain adalah contoh dari perkembangan motorik halus anak. Sebaiknya orang tua tidak melarang ketika anaknya mencorat-coret dinding rumah hanya perlu diarahkan atau diberikan tempat yang disukai untuk mengembangkan kreativitasnya. Permainan tradisional dakon merupakan salah satu contoh belajar dengan bermain. Kegiatan bermain tersebut adalah koordinasi mata-tangan yang dilakukan dengan memindahkan biji-biji dari satu lubang ke lubang lain. Secara tidak langsung anak sudah belajar matematika atau berhitung dengan tanpa disadarinya.

- (c) Bermain dan perkembangan kognitif, kognitif dapat dimaknai sebagai pengetahuan, ingatan, kreativitas, daya pikir, serta daya nalar. Bagi anak usia dini untuk pengenalan konsep (pengetahuan) dapat dilaksanakan dengan bermain. Mereka belum mampu untuk menerima pengajaran konsep dengan ceramah seperti pada orang dewasa. Misalnya mengenalkan konsep kubus atau kotak, anak dapat diajak bermain rumah-rumahan. Untuk mengenal warna dapat dilakukan ketika anak melihat TV atau film anak-anak.
- (d) Bermain dan perkembangan bahasa. Dalam kehidupan tidak pernah lepas dari arti penting peran bahasa dalam kehidupan manusia. Dengan bahasa dapat terjadi interaksi antar individu, individu dengan kelompok, ataupun kelompok dengan kelompok. Yang membedakan manusia dengan makhluk lainnya adalah bahasa. Pada saat melakukan interaksi dengan temannya, anak menggunakan bahasa verbal yang semula mereka menggunakan bahasa tubuh. Seiring dengan perkembangan maka makin bertambah kosa kata dan tata bahasa anak yang digunakan dalam berkomunikasi.
- (e) Bermain dan perkembangan sosial, dengan bermain terjadi interaksi sosial anak. Setiap anak suka bermain sebagai bentuk kodrat manusia sebagai makhluk individu dan makhluk sosial.



Hal tersebut juga tidak terlepas dari karakteristik anak. Dengan bermain anak mengembangkan kecerdasan emosi, belajar memahami diri sendiri dan orang lain. Bisa mengurangi sifat egois anak dengan berinteraksi sosial. Selain itu, bermain juga dapat melatih rasa tanggung jawab anak, kedisiplinan, serta kejujuran. Dengan bermain bersama teman lainnya, ia akan bersikap untuk dapat bekerja sama dalam tim (Rohmah, 2016)

Penelitian yang menggabungkan bermain dan belajar untuk memberikan latihan kemampuan dalam berpikir, menggunakan bahasa, dan latihan motorik kasar dan halus pada siswa kelas 1 MIN sejumlah 28 siswa memberikan hasil produk aplikasi pembelajaran yang dibuat layak untuk diterapkan. Tujuan penelitian dalam mengembangkan produk aplikasi android berupa *education games* berbasis budaya lokal Nusa Tenggara Timur dalam keterampilan membaca permulaan siswa kelas 1 SD/MI, telah tercapai. Jenis permainan yang dipilih dalam pembelajaran sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tanpa melupakan kelestarian budaya lokal. Penelitian pengembangan berdasarkan modifikasi dari R2D2 milik Willis dan Assure dari Heinich, dkk. sampai 3 tahap. Validasi ahli pembelajaran bahasa Indonesia SD, ahli media pembelajaran, dan praktisi memberikan penilaian tentang produk aplikasi yang dikembangkan layak diimplementasikan karena memperoleh persentase skor lebih dari 75% (Kharisma & Arvianto, 2019).

Sebelum pandemi Covid-19, anak belajar di sekolah sesuai budaya sekolah yang ada. Budaya sekolah merujuk pada suatu sistem nilai, kepercayaan, dan norma-norma yang diterima secara bersama. Budaya sekolah dilaksanakan dengan penuh kesadaran sebagai perilaku alami yang dibentuk lingkungan yang menciptakan pemahaman yang sama di antara seluruh unsur dan personil sekolah baik kepala sekolah, guru, staf, siswa dan jika perlu membentuk opini masyarakat yang sama dengan sekolah. Budaya sekolah berdampak pada mutu sekolah, yang tercermin dalam iklim lingkungan atau suasana sekolah. De Roche mengatakan sebagai

hubungan antar personil, sosial dan faktor-faktor kultural yang memengaruhi perilaku individu dan kelompok dalam lingkungan sekolah. Suatu lingkungan sekolah di mana rasa kebersamaan sesama guru tinggi, dukungan sarana memadai, target akademik tinggi, dan kemantapan integritas sekolah akan mendukung keberhasilan sekolah dalam pencapaian mutu yang tinggi. Pengembangan budaya sekolah dapat memberikan manfaat:

- 1) menjamin kualitas kerja yang lebih baik;
 - 2) membuka seluruh jaringan komunikasi;
 - 3) lebih terbuka dan transparan;
 - 4) menciptakan kebersamaan dan rasa saling memiliki yang tinggi;
 - 5) meningkatkan solidaritas dan rasa kekeluargaan;
 - 6) jika menemukan kesalahan akan segera diperbaiki;
 - 7) beradaptasi dengan baik terhadap perkembangan IPTEKS.
- (Daryanto & Tarno, 2015)

Terkait dengan pengembangan budaya sekolah, sebuah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pola pendidikan karakter terhadap siswa yang dilaksanakan oleh empat sekolah dasar berkategori unggul di Kota Padang Sumatera Barat. Penelitian menggunakan metode kualitatif melalui pendekatan studi kasus (*qualitative case study design*). Sumber data penelitian diambil dari dua belas orang informan yang terdiri atas kepala sekolah, guru kelas, guru Pendidikan Agama Islam, guru seni dan guru olah raga yang dipilih dari empat sekolah dasar tersebut menggunakan teknik *purposive*. Data penelitian diambil melalui wawancara secara mendalam (*indepth interview*) kepada seluruh informan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat delapan tema penting tentang pola pelaksanaan pendidikan karakter efektif yang dilaksanakan terhadap siswa di empat sekolah tersebut. Delapan tema tersebut dilaksanakan melalui: (1) materi pembelajaran; (2) aturan-aturan sekolah (disiplin, peduli lingkungan, tanggung jawab); (3) perlombaan sains antarsiswa (kreatif, gemar membaca, rasa ingin tahu); (4) ajang penghargaan siswa berprestasi (menghargai,

kerja keras, demokratis, peduli); (5) peringatan hari kebangsaan (semangat kebangsaan, cinta terhadap tanah air, menghargai, peduli); (6) praktik ibadah dan bimbingan kerohanian (jujur, religius, tanggung jawab); (7) kegiatan pramuka (kreatif, peduli sosial, kerja keras, jujur, bersahabat, cinta damai demokratis); (8) adanya kelas talenta dan musik (kreatif dan bekerja keras, menghargai) (Murniyetti et al., 2016).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan bentuk budaya sekolah berprestasi. Proses penanaman nilai dan etos berprestasi kepada peserta didik dan mengetahui implikasi dari pengembangan budaya sekolah berprestasi di SMA Karangturi. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Pengumpulan data menggunakan teknik observasi, wawancara, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa bentuk budaya sekolah berprestasi di SMA Karangturi mencakup empat poin yaitu: keseimbangan antara pembinaan akademik dan nonakademik, penanamankaraktermelalui pelajaran, budayamencintai almamater dan pentingnya nilai kerokhanian. Penanaman nilai dan etos berprestasi pada peserta didik dilakukan melalui kegiatan orientasi sekolah, proses pembelajaran, evaluasi belajar, ekstrakurikuler, penghargaan prestasi, kecintaan terhadap almamater, keteladanan guru, kerjasama dengan orangtua peserta didik dan seragam patriot sebagai media penanaman budaya berprestasi. Implikasi penanaman pengembangan budaya sekolah berprestasi di SMA Karangturi terdapat dalam *input* (penerimaan siswa baru dan pencarian siswa berpotensi), proses (pengembangan program sekolah serta pengembangan kerjasama) dan *output* (prestasi akademik dan nonakademik serta jumlah alumni yang melanjutkan ke perguruan tinggi) (Yuliono, 2011). Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, dapat disimpulkan bahwa budaya sekolah yang dilakukan dalam pengembangan karakter siswa di SD Amaliah Ciawi Bogor ialah berupa kegiatan harian, mingguan, dan tahunan. Kegiatan harian berupa salat duha, membaca asmaulhusna, ikrar/ Syahadatain, surat-surat pendek, dan membaca hadis, pembinaan bahasa Inggris, kegiatan BTAQ (Baca Tulis Alquran), dan pelatihan

guru. Sedangkan kegiatan mingguan ialah berupa upacara bendera, Pramuka, dan olahraga. Kegiatan tahunan dalam budaya sekolah ialah berupa PHBI (Peringatan Hari Besar Islam), Mabit (Malam Bina Iman dan Takwa), dan santunan anak yatim. Karakter yang dikembangkan dari budaya sekolah tersebut ialah karakter disiplin, religius, rasa ingin tahu, cinta tanah air, dan peduli sosial. (Pradana, 2016). Dengan demikian dapat dikatakan budaya sekolah yang baik telah dilakukan. Contoh pengembangan budaya yang baik adalah pengembangan karakter mandiri pada peserta didik, karkater religious, peduli sosial dan lain-lain.

Permasalahan yang ada sekarang dengan pandemi Covid-19 maka proses belajar mengajar dilaksanakan tidak di sekolah. Pertanyaannya bagaimana membawa budaya sekolah ke dalam pembelajaran di rumah, yang notabene, beda banget!. Diperluakaan kolaborasi antara sekolah dalam hal ini guru dan orang tua siswa dalam rangka menransfer budaya sekolah kepada orang tua siswa. Sebagai contoh perbedaan-perbedaan yang dapat dikemukakan dalam pembelajaran di era pandemi Covid- 19, antara lain: waktu belajar, tempat/lokasi, materi yang diberikan, metode, guru, media, sarana dan prasarana, dan lain-lain. Latar belakang pendidikan, status atau pekerjaan orang tua siswa, membawa pengaruh yang luar biasa dalam proses pembelajaran di rumah. Ada orang tua yang melepaskan anaknya untuk mengerjakan tugas belajar sendiri sebagai dampak dirinya harus bekerja. Ada orang tua yang karena latar belakang pendidikannya, tidak mampu mendampingi anak dalam mengerjakan tugas belajar di rumah. Tetapi ada juga orang tua yang “sigap” membantu anak belajar di rumah dengan sepenuh “jiwa raga”. Semua sikap orang tua, baik yang memberikan bantuan pendampingan belajar maupun yang tidak memberikan bantuan anak dalam belajar berdampak pada pendidikan karakter anak.

Dengan adanya pandemi Covid-19, mau tidak mau, siap tidak siap para orang tua harus membimbing anak belajar dari rumah. Seyogyanya orang tua memahami pertumbuhan dan perkembangan anaknya agar dapat membantunya secara optimal. Tugas perkembangan anak pada periode usia 6-12 tahun menurut

Havigust ada delapan yaitu: pertama, belajar keterampilan fisik yang dibutuhkan dalam permainan selama waktu ini anak belajar menggunakan otot-ototnya untuk mempelajari berbagai keterampilan. Oleh karena itu, pertumbuhan otot dan tulang anak berlangsung dengan cepat. Mereka memiliki kebutuhan yang sangat tinggi untuk beraktivitas dan bermain. Mereka dapat melakukan permainan dengan aturan tertentu. 'Makin tinggi tingkat kelas anak di sekolah, 'makin jelas ciri khas aturan permainan yang harus mereka patuhi. Kedua, pengembangan sikap terhadap diri sendiri sebagai individu yang sedang berkembang. Tugas perkembangan ini anak sudah paham dan mampu mengembangkan kebiasaan hidup sehat dengan membiasakan diri memelihara kebersihan, kesehatan, dan keselamatan diri serta lingkungannya atau mengetahui akibat yang akan didapatnya, jika mereka bertingkah laku yang dapat membahayakan diri dan lingkungannya. Ketiga, berkawan dengan teman sebaya. Dengan masuknya anak ke sekolah, akan menuntut anak untuk melakukan interaksi sosial dengan teman sebaya. Anak usia sekolah dasar hendaknya sudah mampu berteman dengan orang lain di luar lingkungan keluarganya, khususnya teman sebaya sebagai bentuk interaksi sosial. Keempat, belajar melakukan peranan sosial sebagai laki-laki dan wanita. Pada usia 9-10 tahun anak mulai menyadari peran sesuai dengan jenis kelaminnya. Anak perempuan menunjukkan tingkah laku sebagai perempuan, demikian pula dengan anak laki-laki. Pada masa ini anak sudah menunjukkan ketertarikan terhadap sesuatu sesuai dengan jenis kelamin mereka. Misalnya, anak perempuan senang bermain boneka dengan anak perempuan lainnya, dan anak laki-laki senang bermain bola dengan teman laki-lakinya. Kelima, belajar menguasai keterampilan dasar membaca, menulis, dan berhitung. Masa ini anak SD sudah mampu untuk membaca dasar, menulis, dan berhitung. Karena perkembangan kognitif dan biologis anak sudah matang untuk bersekolah, maka anak telah mampu belajar di sekolah dan anak sudah mampu mengenali simbol-simbol sederhana. Keenam, pengembangan konsep yang dibutuhkan dalam kehidupan anak. Pada masa ini anak hendaknya mempunyai berbagai konsep

yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Seperti konsep warna, konsep jumlah, konsep perbandingan dan lainnya. Ketujuh, pengembangan moral, nilai dan kata hati. Pada usia sekolah dasar anak hendaknya diajar mengontrol tingkah laku sesuai nilai dan moral yang berlaku. Anak hendaknya dapat menaati peraturan, menerima tanggung jawab dan mengakui adanya perbedaan antara dirinya dan orang lain. Kedelapan, mengembangkan sikap terhadap kelompok dan lembaga-lembaga sosial. Anak telah mampu belajar untuk menyadari keanggotaannya dalam keluarga dan masyarakat sekolah. Anak harus belajar menaati peraturan-peraturan yang ada dalam keluarga dan sekolah (Khaulani et al., 2020).

Sebagai pelaksanaan tujuan pendidikan nasional yang tercantum dalam UU No. 20/2003 tentang Sisdiknas. Hal tersebut itu membawa dampak pada keharusan menyelenggarakan pendidikan secara benar. Artinya guru dan siswa yang terlibat dalam pembelajaran dapat melaksanakan sesuai dengan kaidah-kaidah yang telah disepakati. Guru melaksanakan pembelajaran secara profesional, artinya memiliki kompetensi sebagaimana disyaratkan dalam peraturan perundang-undangan. Sedangkan siswa sebagai pembelajar hendaknya diperhatikan hak-haknya, agar dapat mengembangkan seluruh potensi yang ada pada dirinya (Martati, 2015).

Dalam rangka mendukung tujuan Pendidikan nasional tersebut, dilaksanakan pendidikan karakter di sekolah. Pendidikan karakter dalam Kepmendiknas, dinyatakan sebagai ciri-ciri khusus atau karakteristik nilai-nilai baik (mengetahui nilai kebaikan, mau berbuat baik, bertindak nyata dalam kehidupan yang baik, dan memberikan dampak kebaikan kepada lingkungan), terpatrit dalam diri dan terwujud dalam perilaku. Dalam rangka mewujudkan bangsa yang berbudaya melalui penguatan nilai-nilai religius, jujur, toleransi, disiplin, kerja keras, kreatif, mandiri, demokratis, rasa ingin tahu, semangat kebangsaan, cinta tanah air, menghargai prestasi, bersahabat/komunikatif, cinta damai, gemar membaca, peduli lingkungan, peduli sosial, dan bertanggung jawab, dan lain-lain, maka pemerintah memandang perlu penguatan pendidikan karakter (Kurniasih & Sani, 2017).





Sumber: <https://cerdasberkarakter.kemdikbud>

Dengan dikeluarkannya Peraturan Presiden No. 87 Tahun 2017 tentang Penguatan Pendidikan Karakter (PPK), memiliki dasar hukum sebagai “gerakan pendidikan” di bawah tanggung jawab satuan pendidikan untuk memperkuat karakter peserta didik melalui harmonisasi oleh hati, olah rasa, olah pikir dan olah raga dengan pelibatan dan kerja sama antara satuan pendidikan, keluarga, dan masyarakat sebagai bagian dari Gerakan Nasional Revolusi Mental (GNRM). Nilai-nilai baik tersebut perlu ditanamkan dan dipraktikkan melalui sistem pendidikan nasional agar diketahui, dipahami, dan diterapkan di seluruh sendi kehidupan di sekolah dan di masyarakat.

Penelitian yang dilakukan Estuwardani dan Mustaji dengan judul pengembangan Bahan Ajar Modul Tematik-Integratif Dalam Peningkatan Karakter Peserta Didik Kelas I Sekolah Dasar menunjukkan bahwa, bahan ajar yang dikembangkan dalam penelitian ini layak digunakan dalam pembelajaran tematik-integratif di sekolah dasar. Hasil penilaian ahli materi berkategori ‘sangat baik’ dengan skor 4,5, berdasarkan penilaian ahli media dan bahan ajar berkategori ‘sangat baik’ dengan skor 4,06 dari rentang skor 1-5. Berdasarkan uji coba terbatas, pembelajaran tematik dengan menggunakan bahan ajar ini dapat terlaksana dengan kategori ‘baik’

dalam setiap pertemuan dengan skor rata-rata sebesar 3,97 dari rentang skor 1-5; karakter tanggung jawab peserta didik semakin berkembang melalui pembelajaran tematik dengan menggunakan bahan ajar berkarakter yang ditunjukkan dengan peningkatan persentase perkembangan karakter, yaitu pada pertemuan ke-1 sebesar 52.29%, pertemuan ke-2 sebesar 61.46%, pertemuan ke-3 sebesar 68.33%, pertemuan ke-4 sebesar 71.46%, pertemuan ke-5 sebesar 77.08%, dan pertemuan ke-6 sebesar 84.79%. Karakter disiplin peserta didik semakin berkembang melalui pembelajaran tematik dengan menggunakan bahan ajar terintegrasi nilai karakter yang ditunjukkan dengan peningkatan persentase perkembangan karakter, yaitu pada pertemuan ke-1 sebesar 55%, pertemuan ke-2 sebesar 60.42%, pertemuan ke-3 sebesar 68.54%, pertemuan ke-4 sebesar 71.88%, pertemuan ke-5 sebesar 78.33%, dan pertemuan ke-6 sebesar 85.42%. Respon peserta didik terhadap penggunaan bahan ajar ini dalam pembelajaran tematik pada aspek kelayakan isi mendapatkan skor 17,13 dengan kategori 'sangat baik', aspek kebahasaan mendapatkan skor 16,76 dengan kategori 'baik', aspek penyajian mendapatkan skor 16,88 dengan kategori 'sangat baik', dan aspek kegrafikaan mendapatkan skor 16,88 dengan kategori 'sangat baik'. Bahan ajar tematik-integratif efektif dapat meningkatkan karakter tanggung jawab dan disiplin peserta didik. Hal ini dikarenakan terdapat perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan karakter tanggung jawab dan disiplin pada kelas eksperimen yang menggunakan bahan ajar hasil pengembangan dan kelas kontrol yang menggunakan bahan ajar dari pemerintah. Karakter tanggung pada kelas eksperimen persentase peningkatan sebesar 88%, sedangkan pada kelas kontrol persentase peningkatan sebesar 63,97%. Karakter disiplin pada kelas eksperimen persentase peningkatan sebesar 89%, sedangkan pada kelas kontrol persentase peningkatan sebesar 63,60% (Estuwardani & Mustadi, 2015).

Program PPK yang semula ditujukan siswa di sekolah sebagai tujuan utama “gerakan pendidikan”, dengan adanya pandemi Covid-19, dapat dikatakan bahwa hal tersebut menjadi tanggung jawab orang tua yang menyelenggarakan proses pembelajaran di rumah melalui

pembelajaran jarak jauh (PJJ). Contohnya karakter tanggung jawab, yang dapat dideskripsikan sebagai: “Sikap dan perilaku seseorang untuk melaksanakan tugas dan kewajibannya, yang seharusnya dia lakukan, terhadap diri sendiri, masyarakat, lingkungan (alam, sosial, budaya), negara dan Tuhan Yang Maha Esa.” Dengan demikian tanggung jawab yang dapat ditanamkan kepada anak melalui jenjang pendidikan formal yaitu: a) Berani menghadapi konsekuensi dari pilihan hidup; b) Mengembangkan keseimbangan antara hak dan kewajiban; c) Mengembangkan hidup bersama secara positif (Kurniasih & Sani, 2017).

Dalam rangka menunjang penanaman karakter tanggung jawab siswa dalam jenjang pendidikan formal yaitu di SD, agar peserta didik dapat tumbuh dan berkembang di masyarakat dalam koridor pendidikan nilai secara kontekstual. Jika bertujuan menanamkan pendidikan nilai tentang kejujuran dan disiplin, maka iklim sekolah harus dalam iklim kejujuran dan disiplin. Pembentukan karakter dalam pendidikan nilai membawa pemahaman bahwa budi pekerti, sikap, moral, akhlak bermuara pada tujuan yang sama, yaitu munculnya sikap positif dalam diri siswa sesuai dengan nilai dan norma yang berlaku di masyarakat.

Kontribusi pendidikan nilai moral dalam pembentukan karakter dan kesehatan moral bangsa sangat besar. Di mana pelaksanaan pendidikan tersebut dapat dilakukan melalui sekolah. Menurut Lickona hal-hal yang harus diyakini oleh sekolah bahwa terdapat nilai-nilai universal dalam masyarakat dan sekolah mempunyai kewajiban bukan hanya menyampaikan pengetahuan moral tetapi juga membantu siswa untuk memahami, menghayati dan berperilaku berdasarkan nilai moral yang berlaku di masyarakat (Martati, 2018).

Kualitas karakter merupakan salah satu aspek untuk membangun generasi emas 2045, disertai kemampuan dalam aspek literasi dasar dan kompetensi abad 21. Yang dimaksudkan dengan: (1) Kualitas karakter, yaitu bagaimana siswa beradaptasi pada lingkungan yang dinamis: religiolitas, nasionalisme, kemandirian, gotong royong, integritas. (2) Literasi dasar, bagaimana siswa menerapkan keterampilan dasar sehari-

hari: literasi Bahasa, literasi numerasi, literasi sains, literasi digital (teknologi informasi & komunikasi), literasi finansial, literasi budaya dan kewarganegaraan. (3) kompetensi: bagaimana siswa memecahkan masalah kompleks: berpikir kritis, kreativitas, komunikasi, kolaborasi (Kurniasih & Sani, 2017).

Mendikbud telah melakukan penyesuaian kebijakan pembelajaran di masa pandemi, dengan prinsip kebijakan di masa pandemi Covid 19: (1) kesehatan dan keselamatan peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan, keluarga, dan masyarakat merupakan prioritas dalam menetapkan kebijakan pembelajaran; (2) Tumbuh kembang peserta didik dan kondisi psikososial juga menjadi pertimbangan dalam pemenuhan layanan pendidikan selama masa pandemi Covid-19.

Terkait dengan kebijakan pembelajaran di masa pandemi Covid 19, beberapa penelitian dapat disajikan sebagai berikut: hasil penelitian pelaksanaan pembelajaran *e-learning* dalam rangka membantu pencegahan penyebaran Covid-19, terdapat hambatan yaitu kurangnya sarana dan prasarana yang dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan ketidaksiapan teknologi. Sehingga hasil belajar yang diberikan oleh pemelajar tidak 100% lancar atau efektif (Dwi et al., 2020). Sedangkan penelitian Sadikim & Hamidah menunjukkan bahwa mahasiswa memiliki sarana dan prasarana untuk melaksanakan pembelajaran daring. Pembelajaran daring efektif untuk mengatasi pembelajaran yang memungkinkan dosen dan mahasiswa berinteraksi dalam kelas virtual yang dapat diakses di mana saja dan kapan saja. Pembelajaran daring dapat membuat mahasiswa belajar mandiri dan motivasinya meningkat. Namun, ada kelemahan pembelajaran daring mahasiswa tidak terawasi dengan baik selama proses pembelajaran daring. Lemah sinyal internet dan mahalnya biaya kuota menjadi tantangan tersendiri pembelajaran daring. Akan tetapi pembelajaran daring dapat menekan penyebaran Covid-19 di perguruan tinggi (Sadikin & Hamidah, 2020).

Penelitian yang bertujuan untuk melakukan tinjauan umum terkait pembelajaran pada masa pandemi Covid -19. Penelitian



ini menggunakan metode *descriptive content analysis study*. Analisis dilakukan pada artikel internasional, nasional maupun sumber sejenis terkait solusi pembelajaran pada masa pandemi. Pembelajaran *online* menjadi solusi efektif untuk mengaktifkan kelas meski sekolah telah ditutup mengingat waktu dan tempat menjadi beresiko pada masa pandemi ini. Namun, teknik pembelajaran ini penting untuk dievaluasi sesuai dengan kondisi setempat mengingat sebaran fasilitas dan kemampuan orang tua memberikan fasilitas pembelajaran *online* berbeda kepada peserta didik di Indonesia (Herliandry et al., 2020). Tujuan untuk mengidentifikasi implementasi pembelajaran daring di rumah pada siswa Sekolah Dasar akibat dari adanya pandemi Covid-19. Menggunakan penelitian kepustakaan di mana dalam mengumpulkan informasi data dengan teknik dokumentasi yaitu mencari data mengenai hal-hal yang relevan dari berbagai macam yang ada di perpustakaan seperti dokumen, buku, majalah, berita. Kriteria artikel dan berita yang dipilih yaitu adanya pembahasan tentang dampak Covid-19 dan pembelajaran daring di Sekolah Dasar. Dari 10 Sumber yang didapatkan, kemudian dipilih yang paling relevan dan diperoleh 3 artikel dan 6 Berita yang dipilih. Hasil dalam penelitian, menunjukkan bahwa dampak Covid-19 terhadap implementasi pembelajaran daring di Sekolah Dasar dapat terlaksanakan dengan cukup baik. Hal ini dapat dilihat dari hasil data 3 artikel dan 6 Berita yang menunjukkan bahwa dampak Covid-19 terhadap implementasi pembelajaran daring di SD dapat terlaksana dengan cukup baik apabila adanya kerjasama antara guru, siswa dan orang tua dalam belajar di rumah (Dewi, 2020).

Dari beberapa hasil penelitian yang dikemukakan tersebut, pembelajaran daring (*online*) menimbulkan banyak masalah. Permasalahan yang perlu dipecahkan bersama antara orang tua, sekolah dan pemerintah. Masalah kuota internet, masalah sumber daya manusia (orang tua) siswa yang beragam kemampuan finansial maupun kemampuan intelektual atau latar belakang pendidikan, perbedaan pekerjaan orang tua siswa membawa dampak yang beragam dalam pelaksanaan belajar dari rumah (BDR).

Hal-hal yang dapat dilakukan dalam meng-edukasi adalah:

- (1) meningkatkan hubungan kemitraan sekolah dan masyarakat;
- (2) menerapkan pola asuh dan perkembangan anak yang positif;
- (3) komunikasi dalam keluarga perlu dibangun secara positif;
- (4) mendidik anak era digital dan melejitkan potensi mereka;
- (5) pelatihan keterlibatan orang tua dalam pembelajaran jarak jauh (PJJ).

Untuk jenjang sekolah dasar telah disiapkan modul pembelajaran untuk guru, orang tua dan siswa untuk mempermudah proses belajar dari rumah (BDR). Modul pendamping guru berisi Petunjuk untuk berkoordinasi dengan orang tua sebagai mitra, serta penjelasan mengenai aktivitas pembelajaran siswa sehingga guru bisa tetap memberikan pendampingan. Modul Pendamping orang tua, petunjuk untuk mendampingi anak belajar dari rumah. Terdapat rangkuman aktivitas pembelajaran mingguan untuk membantu orang tua menyiapkan hal yang dibutuhkan anak dalam pembelajaran. Modul untuk siswa dilengkapi dengan penjelasan aktivitas pembelajaran yang terperinci bagi siswa dan orang tua serta alokasi waktu sehingga memudahkan para siswa terlibat aktif dalam pembelajaran.

Dengan demikian diperlukan kerja sama secara menyeluruh dari semua pihak untuk kesuksesan pembelajaran di masa pandemi Covid-19. Orang Tua untuk aktif berpartisipasi dalam kegiatan proses belajar mengajar di rumah. Guru terus meningkatkan kapasitas untuk melakukan pembelajaran interaktif. Sekolah memfasilitasi kegiatan belajar mengajar dengan metode yang paling tepat. Pemerintah pusat dan daerah bekerja sama menyusun dan menerapkan kebijakan yang berpihak pada anak. Layanan kesehatan memantau dan mengevaluasi risiko di daerah demi mengutamakan kesehatan anak. Masyarakat sipil, lembaga sosial dan masyarakat bersama-sama membantu mendukung kegiatan anak. Kerja sama tersebut dilakukan untuk memastikan anak dapat terus belajar dengan sehat dan selamat.



Penutup

Proses pembelajaran atau proses belajar mengajar agar dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan maka diperlukan strategi pembelajaran. Seorang guru yang profesional sangat perlu untuk menguasai strategi pembelajaran dengan melakukan berbagai persiapan untuk membantu peserta didik, antara lain: materi, metode, media dan sumber belajar agar tercapai tujuan yang ditetapkan. Belajar merupakan proses multisegi yang umumnya dipandang biasa saja, sampai individu menemukan kesulitan dalam menghadapi tugas yang kompleks. Belajar bagi individu memiliki arti sebagai pemerolehan beragam kemampuan dan ketrampilan tentang strategi dalam menjalankan peran di dunia, sikap dan nilai yang menjadi pedoman seseorang. Belajar diperlukan untuk membantu agar pertumbuhan dan perkembangan anak dapat tercapai secara optimal. Anak perlu diperhatikan pertumbuhan dan perkembangan motorik kasar dan motorik halus anak. Perkembangan tersebut akan memengaruhi rasa percaya diri anak dalam tugas perkembangan selanjutnya. Selain itu penting untuk memerhatikan kecerdasan anak, yaitu kecerdasan kognitif, kecerdasan emosi dan kecerdasan spiritual. Jika ketiga kecerdasan tersebut dapat berkembang secara seimbang maka akan tercapai kesuksesan dalam hidup anak. Pengembangan ketiga kecerdasan tersebut sebelum adanya Pandemi Covid-19 dilakukan di sekolah dengan menciptakan budaya sekolah. Budaya sekolah yang dirancang secara baik agar diperoleh prestasi yang baik dari peserta didik. Beberapa karakter yang dapat dibudayakan di sekolah seperti disiplin, tanggung jawab, mandiri, religius. Dengan adanya pandemi Covid-19, pembudayaan karakter di sekolah tidak dapat dilaksanakan. Maka orang tua perlu mengambil alih pembudayaan karakter yang diperlukan, misalnya karakter mandiri. Maka dibutuhkan kerja sama yang baik antara orang tua dan sekolah dalam pelaksanaan BDR.

Rujukan

- Afero, B., & Adman. (2016). Peran kecerdasan emosional sebagai faktor yang memengaruhi kemandirian belajar siswa. *JURNAL PENDIDIKAN MANAJEMEN PERKANTORAN*, 1(1). <https://ejournal.upi.edu/index.php/jpmanper/article/download/3390/2382>
- Alfin, J. (n.d.). Analisis Karakteristik Siswa Pada Tingkat Sekolah Dasar. *Prosiding Halaqoh Nasional & Seminar Internasional Pendidikan Islam Fakultas Tarbiyah Dan Keguruan UIN Sunan Ampel Surabaya*. <http://digilib.uinsby.ac.id/6485/1/15>. Analisis Karakteristik Siswa.pdf
- Daryanto, & Tarno, H. (2015). *Pengelolaan Budaya dan Iklim Sekolah (I)*. Penerbit Gava Media.
- Dewantara, K. H. (1977). *Pendidikan* (2nd ed.). Majelis Luhur Persatuan Taman Siswa.
- Dewi, W. A. F. (2020). Dampak COVID-19 terhadap Implementasi Pembelajaran Daring di Sekolah Dasar. *Edukatif Jurnal Ilmu Pendidikan*, 2(1). <https://edukatif.org/index.php/edukatif/article/view/89>
- Dwi, B., Amelia, A., Hasanah, U., Putra, A. M., & Rahman, H. (2020). Analisis Keefektifan Pembelajaran Online di Masa Pandemi Covid-19. *Mahaguru: Jurnal Guru Pendidikan Dasar*. <https://ummaspul.e-journal.id/MGR/article/download/559/313/>
- Estuwardani, N. A., & Mustadi, A. (2015). Pengembangan Bahan Ajar Modul Tematik-Integratif Dalam Peningkatan Karakter Peserta Didik Kelas I Sekolah Dasar. *Jurnal Pendidikan Karakter*, V(2).
- Fakhrudin, A. (2005). *Mengenal & Menjadi Mahasiswa* (R. Paryanto & A. Budiman (eds.)). Universitas Muhammadiyah Malang.
- Gredler, M. E. (2011). *Learning and Instruction: Teori dan Aplikasi* (Y. Miarso (ed.); 1st ed.).
- Hasanah, U. (2016). Pengembangan Kemampuan Fisik Motorik Melalui Permainan Tradisional Bagi Anak Usia Dini. *Jurnal*

- Pendidikan Anak*, 5(1). <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpa/article/viewFile/12368/8937>
- Herliandry, L. D., Nurhasanah, Suban, M. E., & Kuswanto, H. (2020). Pembelajaran Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Teknologi Pendidikan*, 22(1). <http://journal.unj.ac.id/unj/index.php/jtp/article/download/15286/8695>
- Kharisma, G. I., & Arvianto, F. (2019). Pengembangan aplikasi android berbentuk education games berbasis budaya lokal untuk keterampilan membaca permulaan bagi siswa kelas 1 SD/MI. *Premiere Educandum: Jurnal Pendidikan Dasar Dan Pembelajaran*, 9(2).
- Khaulani, F., Neviyarni, & Murni, I. (2020). Fase Dan Tugas Perkembangan Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Dasar*, 7(1), 57–58.
- Kurniasih, I., & Sani, B. (2017). *Pendidikan Karakter: Internalisasi dan Metode Pembelajaran di Sekolah* (A. Jarot (ed.)). Kata Pena.
- Martati, B. (2015). Internalisasi Nilai Pendidikan Kewarganegaraan Pada Pendidikan Dasar. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Dasar*, 2(2), 98–107.
- Martati, B. (2018). Model Pembelajaran Kooperatif Untuk Menumbuhkan Nilai Moral Siswa Sekolah Dasar. *Elementary School Education Journal*, 2(1). <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/pgsd/article/view/1405>
- Murniyetti, M., Engkizar, E., & Anwar, F. (2016). Pola Pelaksanaan Pendidikan Karakter Terhadap Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Pendidikan Karakter*, 2.
- Pradana, Y. (2016). Pengembangan Karakter Siswa Melalui Budaya Sekolah (Studi Deskriptif di SD Amaliah Ciawi Bogor). *Untirta Civic Education Journal*, 1(1). <http://jurnal.untirta.ac.id/index.php/UCEJ/article/view/1883>
- Prawitasari, J. E. (1998). Kecerdasan Emosi. *BULETIN PSIKOLOGI*, 1, 21–31. <https://journal.ugm.ac.id/buletinpsikologi/article/>

viewFile/13280/9503

- Pribadi, B. A. (2009). *Model Desain Sistem Pembelajaran*. PT Dian Rakyat.
- Rohmah, N. (2016). Bermain dan Pemanfaatannya Dalam Perkembangan Anak Usia Dini. *Jurnal Tarbawi*, 13(2). <https://ejournal.unisnu.ac.id/JPIT/article/download/590/880>
- Sadikin, A., & Hamidah, A. (2020). Pembelajaran Daring di Tengah Wabah Covid-19. *BIODIK: Jurnal Ilmiah Pendidikan Biologi*, 6(02). <https://online-journal.unja.ac.id/biodik/article/download/9759/5665/>
- Setyawan, S. (2015). *Kelas asyik dengan Games; 30 Games untuk Pembelajaran* (A. F. Susanto (ed.); Pertama). PT Grasindo.
- Suharsono. (2004). *Melejitkan IQ, IE & IS*. Inisiasi Press.
- Sujarwo, & Widi, C. P. (2015). Kemampuan Motorik Kasar Dan Halus Anak Usia 4-6 Tahun. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 11(2). <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpji/article/download/8185/6856>
- Sumantri, M. S. (2015). *Strategi Pembelajaran: Teori dan praktik di Tingkat Pendidikan Dasar*. Rajagrafindo Persada.
- Suparman, M. A. (2014). *Desain Instruksional Modern: Panduan Para Pengajar dan Inovator* (4th ed.). Erlangga.
- Winkel. (2007). *Psikologi Pengajaran*. Media Abadi.
- Yuliono, A. (2011). Pengembangan Budaya Sekolah Berprestasi: Studi Tentang Penanaman Nilai Dan Etos Berprestasi Di SMA Karangturi. *JURNAL KOMUNITAS*, 3(2). <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/komunitas/article/view/2313>



Biodata Kontributor Penulis

(1) Assoc. Profesor, **Dr. Didin Fatihudin, SE., M.Si**, S1-Universitas Siliwangi, UWP, S2-Universitas Airlangga, S3-Universitas Airlangga (Unair). dienafdloka@gmail.com. dan didin.fatihudin@fe.um-surabaya.ac.id (2) **Anita Roosmawarni, SE., M.SE.** S1-Universitas Brawijaya, S2-Universitas Airlangga. anita.roosmawarni@fe.um-surabaya.ac.id (3) **Nurullaili Mauliddah, S.Pd., M.SE.** S1-UIN Maulana Malik Ibrahim Malang, S2- Univ. Airlangga. nurullaili-mauliddah@fe.um-surabaya.ac.id (4) **Budi Mahardhika, SE., MM.,** S1-Universitas Airlangga, S2 - Universitas Negeri Solo (UNS). budi.wahyu.m@fe.um-surabaya.ac.id (5) Assoc. Profesor **Dr. Murpin Josua Sembiring, SE., M.Si**, S1-Universitas Negeri Cendrawasih, Jayapura. S2 - Universitas Airlangga, S3-Universitas Airlangga. murpin.sembiring@machung.ac.id. (6) **dr. Nurma Yuliyanasari, M.Si**, S1-FK Universitas Sebelas Maret Surakarta, S2-FK-Universitas Airlangga Surabaya. nurmayuliyanasari@fk.um-surabaya.ac.id (7) **Dr. Thoat Setiawan, M.H.I**, S1-Universitas Muhammadiyah Surabaya, S2- UIN Sunan Ampel Surabaya, S3-UIN SUSKA Riau. thoatsetiawan07@gmail.com. (8) **Nur Fatwikiningsih** (9) **Dr. Indah Kurniawati, ST, MT.**, S1-Elektro, Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS), S2-Elektro-ITS, S3-Elektro-ITS. indah.kurniawati@ft.um-surabaya.ac.id (10) **Tining Haryanti, S.Kom., MM., M.Kom.** S1-Sistem Informasi STIKOM, S2MM Universitas Terbuka, S2-Sistem Informasi Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS). tinging.haryanti@ft.um-surabaya.ac.id. (11). **Israfil., S.Kep.,Ns., M.Kes.** S1-Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, S2 - Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Universitas Nusa Cendana Kupang Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang. ahmadisrafil6@gmail.com. (12) **Muhamad Reza Utama**, S1-FK

UNAIR Surabaya, S2-FKKMK UGM DIY Fakultas Kedokteran. m.reza.utama@fk.um-surabaya.ac.id (13) **dr. Yelvi Levani, M.Sc.** S1-FK-Universitas Airlangga. S2-Erasmus MC.Rotterdam. yelvillevani@fk.um-surabaya.ac.id. (14) **Uswatun Hasanah,S.Kep.,M.Kep.,Sp. Kep.J.** S1-Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya, Profesi Ners UMSurabaya. S2-Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Profesi Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia. uswatunhasanah@fik.um-surabaya.ac.id (15) **Dr. M.Arfan Muammar,M.Pdi.** S1-UMSurabaya, S2-UMSurabaya, S3-UIN Sunan Ampel Surabaya. (16) **Dr. Dra. Sujinah,M.Pd.** S1-IKIP Negeri Surabaya, S2-Universitas Negeri Surabaya (Unesa), S3-Unesa. Sujinah@pps.um-surabaya.ac.id. (17) **A'im Matun Nadhiroh, S.Si.T., M.P.H.** D4-Stikes Ngudi Waluyo Ungaran Semarang. S2-MKIA-KR UGM Yogyakarta. aim.ums19@gmail.com. (18) **Gita Marini, S.Kep.Ners.,M.Kes.** S1 Keperawatan Universitas Airlangga, Profesi Ners Universitas Airlangga, S2-Magister Kedokteran Keluarga, Universitas Sebelas Maret Surakarta (UNS). gita.ners82@gmail.com. (19) **Al Qodar Purwo Sulistyoo., SH., MH.** S1 Ilmu Hukum Universitas Wijaya Kusuma Surabaya, S2-Magister Hukum Universitas Wijaya Kusuma Surabaya. (20) **Dr. Dra. Badruli Martati, SH., MA., M.Pd** S-1 IKIP Malang, S-1 Unsuri Surabaya, S-2 Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, S-2 Universitas Negeri Surabaya, S-3 Universitas Negeri Jakarta. badruli.martati@fkip.um-surabaya.ac.id. (21) **Tjatur Prijambodo,** S1 FK Universitas Brawijaya Malang, S2 FKM Universitas Airlangga Surabaya, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya, tjatur.rsm@gmail.com. (22) **Dr. Pipit Festi Wiliyanarti,** S.Kep.Ns.S.KM.M.Kes. S1 Keperawatan dan Profesi Ners Husada Jombang,S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, S3 Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga. pipitfesti@fik.um-surabaya.ac.id

* * *

