



inside

MEDIA INSPIRASI DAN IDE LITBANGKES

ENTEUT
BUKAN PENYAKIT
KUTUKAN

Riskesdas:
COMMUNITY-BASED
DATA

Tuberkulosis Resisten:
KENALI
FAKTOR RISIKONYA

Renungan:
HISTORI
MISTERI

SEKELUMIT
CERITA RISKESDAS 2018

ISSN: 1978-1253





WHAT DO DRUG ADDICTS AND COMPUTER GAMERS HAVE IN COMMON?

THEY'RE BOTH CALLED USERS.

NO ONE WANTS TO BECOME ADDICTED TO COMPUTER GAMING, BUT IT CAN SLOWLY TAKE OVER YOUR LIFE. WHAT STARTS AS SIMPLE ENTERTAINMENT, GRADUALLY BECOMES THE MOST IMPORTANT THING IN LIFE, AND THE WORST PART IS, MOST ADDICTED GAMERS DON'T EVEN REALIZE IT'S HAPPENING.

IF YOU SPEND MORE THAN 10 HOURS A WEEK PLAYING COMPUTER GAMES, YOU COULD HAVE A SERIOUS PROBLEM.

GET HELP BEFORE IT'S TOO LATE.



PIMPINAN REDAKSI

Endang Puji Astuti, S.KM, M.Si

Sapa Redaksi

Salam hangat dan selalu semangat untuk para pembaca Inside dimanapun berada.....Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, buletin Inside dapat hadir kembali menemani pembaca. Kali ini, Inside hadir dengan topik Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang mengupas tentang serba-serbi pelaksanaan Riset Nasional tersebut, mulai dari "Sekelumit Cerita Riskesdas 2018", "Enumerator dan Kualitas Data Riskesdas" dan langkah awal mewujudkan "one-data" bidang kesehatan akan mengisi rubrik Fokus Utama.

Selanjutnya, rubrik Cakrawala Daerah menampilkan hal yang sangat menarik tentang penyakit filariasis di Aceh "Enteut", penulis membahas tentang mitos dimana masyarakat disana menganggap filariasis adalah penyakit kutukan serta tentang cara pencegahan filariasis (kewaspadaan dan deteksi dini).

Riskesdas tidak hanya di kupas di Fokus Utama, di Rubrik Pendidikan kali ini juga dibahas tentang data yang digunakan dalam Riskesdas yaitu "*Community Based-Data*". Selain itu, Rubrik pendidikan juga menampilkan tentang nyamuk *Anopheles vagus*, yang keberadaanya menjadi salah satu tersangka vektor penyakit. Artikel ini dapat menjadi bahan referensi yang terkait dengan spesies nyamuk.

Artikel inspiratif kali ini juga tidak kalah menarik, artikel yang tersajikan bervariasi yaitu tentang "Mangrove terdegradasi", "Sekelebat info Mitos atau Fakta" sangat bagus untuk dinikmati. Sisi lain, artikel Investigasi menyuguhkan survei pre-TAS Filariasis di Kabupaten Karawang, penulis membagikan hasil kegiatan Pre-TAS filariasis di Karawang untuk pelaksanaan tahap TAS-1 dalam rangka program eliminasi filariasis di Indonesia. Artikel ini dapat dijadikan sebagai salah satu referensi program eliminasi filariasis.

Rubrik Organisasi saat ini menampilkan tentang "Pengembangan dan Implementasi Jiwa Korsa dan Kode Etik PNS". Artikel ini menyuguhkan tentang menumbuhkan karakter dan watak PNS untuk membina persatuan dan kesatuan. Sangat menarik tentunya.....

Rubrik yang terakhir adalah artikel yang berjudul "Histori dan Misteri", tulisan ini mengungkapkan tentang kejadian yang telah kita alami dan apa yang belum terjadi, semuanya akan menjadi catatan dalam kehidupan setiap manusia...Rubrik Renungan ini tampil sebagai bahan tafakur bagi kita semua.

Harapan kami, Rubrik Inside edisi ini dapat bermanfaat dan tidak lupa kami selaku redaksi memohon maaf dan tetap mengharapkan kritik, saran serta kontribusi artikel dari pembaca agar buletin Inside semakin berwarna, menginspirasi dan lebih baik untuk edisi-edisi selanjutnya.

Redaksi

DAFTAR ISI

15 FOKUS UTAMA



Sekelumit Cerita Riskesdas 2018

Kegiatan Riskesdas lainnya yang tidak kalah penting adalah kegiatan biomedis yang dilaksanakan bersamaan waktunya dengan pemeriksaan gigi dan mulut.

20 CAKRAWALA DAERAH



Enteut Bukan Penyakit Kutukan

Menurut penduduk setempat, saat mereka kecil dulu hampir semua pernah mengalami kondisi tersebut

Artikel Lainnya

FOKUS UTAMA

Integrasi Riskesdas dan Susenas 2018: Langkah Awal Mewujudkan One Data Bidang Kesehatan..**8**

Enumerator dan Kualitas Data Riskesdas..**12**

PENDIDIKAN

Riskesdas: *Community-based Data*..**27**

INSPIRASI

Dilema Fogging..**30**

Mandi Malam dan Rematik: Mitos atau Fakta..**33**

Sejarah Vaksinasi: Kemenangan Melawan Penyakit Cacar..**38**

Mangrove Terdegradasi...Wow!!!..**42**

RENUNGAN

Histori dan Misteri..**55**

Redaksi menerima artikel semipopuler dengan panjang halaman maksimal 3 halaman, times new roman, font 12 dan spasi 1,5. pengiriman tulisan disertai no. telepon yang bisa dihubungi dan alamat pos elektronik. Artikel dapat dikirim ke alamat redaksi inside melalui email: sekretariat.inside@gmail.com

24 PENDIDIKAN



Mengenal Anopheles vagus

Anopheles vagus adalah salah satu spesies dari genus *Anopheles* yang menjadi tersangka bisa menimbulkan penyakit malaria. *An. vagus* banyak terdapat di Indonesia.

48 INVESTIGASI

SURVEILANS *Pre-TAS (TRANSMISSION ASSESMENT SURVEY)* FILARIASIS TERPADU DI KABUPATEN KARAWANG TAHUN 2018

Dari hasil pemeriksaan mikroskopis, semua sampel negatif sehingga Kabupaten Karawang dinyatakan lulus Survei Pre TAS dan akan dilanjutkan dengan Survei Evaluasi Penularan Filariasis (TAS) yang akan dilaksanakan pada bulan Oktober 2018.



PENANGGUNG JAWAB:
Rosiana Kali Kulla, SKM

PIMPINAN REDAKSI:
Endang Puji Astuti, SKM., M.Si

REDAKTUR PELAKSANA:
Yuneu Yuliasih, S.KM., M.Sc
Joni Hendri, S.KM, M.Biotech

SEKRETARIS:
Yoke Astriani, S.Si

EDITOR:
Mara Ipa, S.KM, M.Sc
Mutiara Widawati, S.Si., M.PH
drh. Tri Wahono, M.Sc
M. Ezza A.F, S.KM, M.KM
Rohmansyah, W.N, S.Sos
Dewi Nur Hodijah, S.KM

DESAIN GRAFIS:
Usman Syarifudin

FOTOGRAFER:
Yandi A Sachli, SE
M. Umar Riandi, S.Si, M.Si

ALAMAT REDAKSI

LOKA LITBANGKES PANGANDARAN
Jl. Raya Pangandaran KM.3
Pangandaran 46396, Jawa Barat
Tlp/Fax: (0265) 639375
Email:sekretariat.inside@gmail.com

52 ORGANISASI



Pengembangan dan Implementasi Jiwa Korsa dan Kode Etik Pegawai Negeri Sipil

Pengembangan jiwa korsia dan kode etik dapat dilakukan melalui keinginan yang timbul dalam dan luar organisasinya

45 INSPIRASI



Tuberkulosis Resisten: Kenali Faktor Risikonya

Ancaman terhadap ekosistem hutan mangrove terus berlangsung dan mengakibatkan terjadinya degradasi hutan mangrove baik secara kualitatif maupun kuantitatif

Para pembaca yang memerlukan soft file INSIDE Edisi 24 DESEMBER 2018 bisa mengunduh dengan cara scanning QR Code yang ada di sampul majalah

RISKESDAS 2018 DAN KEBIJAKAN ONE DATA



PENANGGUNGJAWAB INSIDE

Rosiana Kali Kulla, S.KM

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) adalah salah satu riset skala nasional yang di laksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang berbasis komunitas dengan unit analisis Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga langsung di masyarakat. Kegiatan Riskesdas pertama kali dilaksanakan pada tahun 2007 kemudian di laksanakan lagi pada tahun 2010, 2013 dan tahun 2018. Adapun tujuan pelaksanaan Riskesdas adalah untuk menilai status kesehatan masyarakat dan determinan yang mempengaruhinya, menilai perubahan indikator status kesehatan masyarakat dan determinan yang mempengaruhinya, serta menilai perubahan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) hasil pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota.

Foto: Yandi /Redaksi

Pelaksanaan Riskesdas pada tahun 2018 berbeda dengan pelaksanaan Riskesdas pada tahun-tahun sebelumnya, pelaksanaan kali ini berintegrasi dengan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Badan Pusat Statistik (BPS). Hasil Riskesdas tahun 2018 akan digunakan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dalam menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) Tahun 2019-2024. Menteri Kesehatan Prof. dr. Nila F. Moeloek, Sp.M(K) menyatakan bahwa hal ini merupakan momentum yang sangat penting sebagai upaya mendukung kebijakan “*one data*” dari Presiden Jokowi yang baru pertama kali di lakukan di Indonesia bahkan di Asia. Harapannya, analisis hasil dapat dilakukan lebih komprehensif dan dapat mengungkap faktor-faktor di luar kesehatan yang berpengaruh terhadap kesuksesan pembangunan kesehatan, dengan harapan para penentu kebijakan dapat melihat korelasi kesehatan dengan sosial ekonomi sebagai salah satu faktor determinan yang turut mempengaruhi kesehatan masyarakat, sehingga bisa dipikirkan solusi yang lebih beragam dan tepat sasaran.

Pelaksanaan Riskesdas pada tahun 2018 telah dilaksanakan pada bulan April-Juni. Riset ini dilakukan serentak pada 34 Provinsi, 514 kabupaten/kota, 30.000 Blok Sensus (BS), 300.000 rumah tangga atau sekitar 1,2 juta penduduk pada semua kelompok umur. Desain penelitian yang digunakan potong lintang (*Cross Sectional*) dengan kerangka sampel BS dari Susenas bulan Maret 2018 oleh BPS sedangkan pengumpulan data dilakukan melalui metode wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan gigi dan biomedis yang di laksanakan oleh Kementerian Kesehatan kepada semua anggota keluarga yang terpilih menjadi sampel.

Indikator pada Riskesdas 2018 merupakan indikator prioritas (SPM, RPJMN, Renstra, IPKM, PIS-PK, Germas dan program) yang mencakup pelayanan (yankes) kesehatan meliputi akses ke yankes, JKN, pengobatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tradisional; indikator perilaku kesehatan meliputi merokok, aktivitas fisik, minuman beralkohol, konsumsi makanan, pencegahan penyakit tular nyamuk, penggunaan helm; indikator lingkungan meliputi penyediaan dan penggunaan air, penggunaan jamban, pembuangan sampah, pembuangan limbah, rumah sehat, penggunaan bahan bakar; dan indikator biomedis meliputi pemeriksaan malaria, HB, glukosa darah, kolesterol, trigliserida, Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I); serta indikator status kesehatan meliputi penyakit menular, penyakit tidak menular, gangguan jiwa-defresi-emosi, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan ibu-bayi-balita dan anak remaja , status gizi dan disabilitas

Data dan informasi dari hasil Riskesdas ini akan diolah menjadi informasi yang bermanfaat dan kemudian di analisis untuk merumuskan kebijakan. Besar harapan kegiatan Riskesdas ini dapat memberikan manfaat nyata untuk program kesehatan sehingga dapat membantu dalam memetakan masalah sehingga menjadi dasar pengambilan kebijakan baik setingkat kabupaten/kota hingga nasional untuk menuju Indonesia yang sehat, makmur dan sejahtera. SALAM SEHAT.



DAPATKAN SEGERA BUKUNYA

Hubungi:

Perpustakaan Loka Litbangkes Pangandaran
Jl. Raya Pangandaran KM. 3 Pangandaran
Tlp: (0265) 639375

SEPUTAR DENGUE DAN MALARIA

DAPATKAN SEGERA BUKUNYA

Hubungi: Perpustakaan Loka Litbangkes Pangandaran
Jl. Raya Pangandaran KM. 3 Tlp. (0265) 639375



INTEGRASI RISKESDAS DAN SUSENAS 2018: *Langkah Awal Mewujudkan One Data Bidang Kesehatan*



Integrasi Riskesdas dan Susenas 2018 resmi dimulai pada tanggal 29 Januari 2018 saat pertemuan Rapat Koordinasi Teknis (Rakornis) tingkat pusat dalam rangka persiapan pelaksanaan Riskesdas tahun 2018 di Bekasi

OLEH:
TRI WAHONO



LATAR BELAKANG MUNCULNYA KEBIJAKAN SATU DATA

Belakangan ini permasalahan mengenai “data” mendapat banyak perhatian khusus di berbagai kalangan baik aparatur negara, penegak hukum, masyarakat bisnis, maupun masyarakat sipil. Namun demikian dalam prakteknya banyak ditemukan data yang tidak dikelola secara serius. Seringkali kita menemukan berbagai versi data, beragam hasilnya bahkan ada data yang kontradiktif antara satu sumber dengan sumber yang lain.

Ada berbagai kendala dan permasalahan yang dihadapi publik sebagai pengguna data di antaranya adalah masalah sulitnya mencari data yang dibutuhkan dan permintaan data yang tidak dihiraukan oleh Kementerian/Lembaga/Departemen/Instansi (K/L/D/I). Pengguna data juga dihadapkan pada masalah tidak bisa mengakses data karena harus membayar sejumlah tarif, keterbukaan data yang tidak konsisten (ada pihak tertentu yang bisa mengakses data sedangkan yang lain tidak bisa), dan data yang tidak konsisten antar lembaga. Data yang disediakan secara daring juga seringkali hanya bisa dibaca tanpa bisa diunduh. Pengguna data juga kesulitan memahami data karena tidak ada informasi yang jelas mengenai data dan siapa yang memproduksi data tersebut. Data yang disediakan sering tidak dapat diolah kembali dengan berbagai metode pengolahan data.

Berbagai masalah tersebut mendorong pemerintah untuk membenahi penyelenggaraan dan pengelolaan data pemerintah. Inisiatif Satu Data, atau yang biasa disebut Satu Data Indonesia, merupakan upaya pemerintah untuk mengatasi masalah-masalah terkait data tersebut. Melalui inisiatif Satu Data, Kantor Staf Presiden (KSP) bersama Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (PPN) / Bappenas serta didukung oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Badan Informasi Geospasial (BIG) berupaya penuh untuk melakukan pembenahan atas data pemerintah Indonesia. Data tersedia dalam format terbuka yang mudah digunakan kembali dengan tujuan untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pemerintah serta untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mengawal pembangunan.

RISET KESEHATAN DASAR (RISKESDAS)

Riset Kesehatan Dasar atau yang sering disebut dengan Riskesdas ini mungkin terdengar asing bagi sebagian besar masyarakat. Apa sebenarnya Riskesdas ini? Riset ini merupakan riset kesehatan berbasis komunitas berskala nasional sampai tingkat Kabupaten/Kota yang dilakukan setiap 5 - 6 tahun sekali. Riset ini dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) Kementerian Kesehatan RI dengan penentuan kerangka sampel dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

Sumber: <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/>



Keunggulan Riskesdas terletak pada jumlah sampel yang digunakan yang mampu menggambarkan situasi di tingkat nasional, provinsi, bahkan Kabupaten/Kota. Hasil Riskesdas telah dimanfaatkan oleh berbagai pihak, terutama Kemenkes dan Bappenas, untuk evaluasi program pembangunan dan pengembangan rencana kebijakan pembangunan kesehatan jangka menengah. Hasil Riskesdas juga dimanfaatkan oleh beberapa Kabupaten/Kota dalam merencanakan, mengalokasikan anggaran, melaksanakan, memantau dan mengevaluasi program-program kesehatan berbasis bukti (*evidence-based planning*).

Foto: EPA/Redaksi

Riskesdas pertama kali dilaksanakan pada tahun 2007 meliputi semua indikator kesehatan utama yaitu status kesehatan (penyebab kematian, angka kesakitan, angka kecelakaan, angka disabilitas, dan status gizi), kesehatan lingkungan (lingkungan fisik), konsumsi rumah tangga, pengetahuan-sikap-perilaku kesehatan (Flu Burung, HIV-AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, minum alkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi makanan) dan berbagai aspek mengenai pelayanan kesehatan (akses, cakupan, mutu layanan, pembiayaan kesehatan). Riskesdas kedua dilaksanakan pada tahun 2010 dengan tujuan khusus yaitu untuk memberikan informasi terkait indikator MDGs bidang kesehatan. Berbeda dengan Riskesdas 2007, sampel Riskesdas 2010 hanya mewakili tingkat provinsi dan nasional.

Riskesdas ketiga dilaksanakan pada tahun 2013 dengan tujuan untuk melakukan evaluasi hasil Riskesdas 2007. Riskesdas 2013 sangat penting mengingat informasi hasilnya akan dijadikan dasar untuk menilai keberhasilan pelaksanaan pembangunan jangka menengah. Selain itu, juga sebagai sarana untuk mengevaluasi perkembangan status kesehatan masyarakat Indonesia di tingkat nasional, provinsi dan Kabupaten/Kota dalam enam tahun terakhir. Riskesdas terakhir dilaksanakan pada tahun 2018. Riskesdas 2018 berbeda dengan tiga riskesdas sebelumnya karena merupakan hasil integrasi dengan BPS menggunakan sampel Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2018.

SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL (SUSENAS)

Apa sih Survei Sosial Ekonomi Nasional atau Susenas? Susenas merupakan salah satu survei yang diselenggarakan oleh BPS secara rutin setiap tahun. Secara umum ada dua tujuan diselenggarakannya Susenas. Pertama menyediakan data yang berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat meliputi kondisi kesehatan, pendidikan, fertilitas, keluarga berencana, perumahan dan kondisi sosial ekonomi lainnya. Kedua memenuhi kebutuhan pemerintah khususnya untuk penyediaan data tingkat kemiskinan dalam interval waktu yang lebih pendek.

Susenas pertama kali dilaksanakan pada tahun 1963 dengan mengumpulkan data konsumsi pengeluaran rumah tangga. Sejak tahun 2015 Susenas telah mengalami beberapa kali pengembangan. Pencacahan Susenas dilaksanakan 2 (dua) kali setahun pada bulan Maret dan September. Pencacahan bulan Maret dengan jumlah sampel besar untuk menghasilkan data yang representatif sampai tingkat kabupaten/kota, sedangkan bulan September dengan ukuran sampel kecil untuk menghasilkan data yang representatif untuk estimasi provinsi dan nasional. Pencacahan bulan Maret menggunakan kuesioner Kor (inti) dan kuesioner Konsumsi/Pengeluaran, sedangkan pencacahan bulan September menggunakan kuesioner Konsumsi/Pengeluaran dan kuesioner Modul (Pendidikan dan Sosial Budaya, Kesehatan dan Perumahan, atau Ketahanan Sosial).

Terdapat dua data statistik yang dihasilkan dari Susenas 2015 yaitu statistik/indikator kesejahteraan rakyat (Kesra) yang dapat disusun dari hasil pengumpulan data Kor dan statistik konsumsi dan pengeluaran yang dapat disusun dari hasil pengumpulan data konsumsi.

INTEGRASI RISKESDAS DAN SUSENAS 2018.

Menteri Kesehatan mengaku bangga dan mengapresiasi karena pelaksanaan Riskesdas 2018 yang berbeda dengan adanya integrasi dengan Susenas BPS. "Kita harus melakukan revolusi data, agar bisa lebih kita manfaatkan dalam pengambilan keputusan dalam (melakukan) intervensi", tutur Menkes. Menkes menyatakan bahwa hal ini merupakan momentum yang sangat penting dalam upaya mendukung kebijakan "one data" dari Presiden Joko Widodo.

Adapun integrasi antara Riskesdas dan Susenas dilakukan dalam hal:

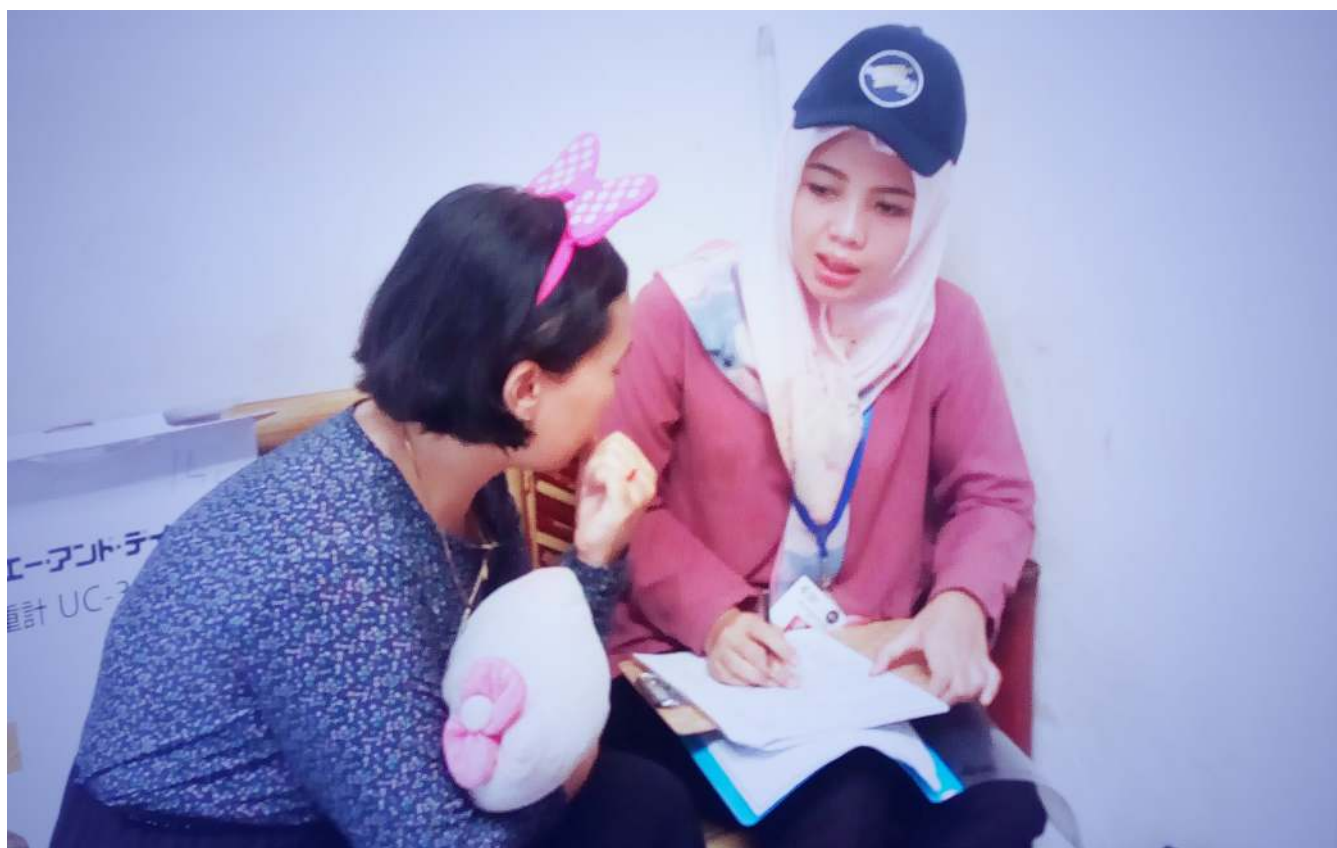
1. Sampel yang ditemui Susenas pada bulan Maret 2018 akan dikunjungi kembali oleh Riskesdas 2018.
2. Indikator spesifik kesehatan yang rinci dikumpulkan Badan Litbang Kesehatan sedangkan indikator umum kesehatan, perumahan, pengeluaran rumah tangga dikumpulkan BPS.
3. Indikator kesehatan yang dikumpulkan Riskesdas dilaporkan oleh Badan Litbang Kesehatan yang dilengkapi beberapa karakteristik yang dikumpulkan di Susenas 2018 begitu juga sebaliknya.

Integrasi ini diharapkan dapat menghasilkan analisis yang lebih komprehensif dan dapat mengungkap faktor-faktor di luar kesehatan yang berpengaruh terhadap kesuksesan pembangunan kesehatan. Selain itu nantinya diharapkan dapat dilakukan analisis situasi derajat kesehatan masyarakat yang bisa dikaitkan dengan kondisi sosial ekonomi rumah tangga.

REFERENSI

- Balitbangkes Kemenkes RI. 2018. Riset Kesehatan Dasar. <http://labdata.litbang.depkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-riskesnas/menu-riskesdas/374-rkd-2013>.
- BKKBN Kalbar. 2016. Mengenal Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) BPS. http://kalbar.bkkbn.go.id/_layouts/mobile/disppform.aspx?List=8c526a76-8b88-44fe-8f81-2085df5b7dc7&View=69dco83c-a8aa-496a-9eb7-b54836a53e40&ID=214.
- KSP Republik Indonesia. 2017. Rancangan Peraturan Presiden Tentang Satu Data Indonesia (Versi 9). https://opengovindonesia.org/files/180516-Rangkuman_Ranperpres_Satu_Data.pdf
- Kemenkes RI. 2018. Menkes Apresiasi Integrasi Riskesdas 2018 dengan Susenas BPS. <http://www.depkes.go.id/article/print/18013000003/menkes-apresiasi-integrasi-riskesdas-2018-dengan-susenas-bps.html>.
- Open Government Indonesia. 2017. Apa Kabar "Satu Data" Indonesia. <https://opengovindonesia.org/news/211/apa-kabar-satu-data-indonesia>.

Foto: EPA/Redaksi



ENUMERATOR

DAN KUALITAS DATA RISKESDAS



Hal yang tidak kalah penting dalam menjaga kualitas data Riskesdas adalah motivasi enumerator dalam kegiatan Riskesdas.

OLEH:
HENI PRASETYOWATI



Maraknya riset-riset nasional yang dilakukan pemerintah melalui berbagai kementerian, termasuk didalamnya kementerian kesehatan membutuhkan banyak tenaga pengumpul data. Tenaga pengumpul data atau lebih sering disebut enumerator di rekrut melalui mekanisme dan persyaratan tertentu. Sebagai ujung tombak kualitas data di lapangan, enumerator perlu memiliki spesifikasi yang khusus sesuai dengan riset yang akan dilaksanakan.

Pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, spesifikasi enumerator yang disyaratkan harus memiliki latar belakang pendidikan kesehatan seperti perawat, bidan, kesehatan lingkungan maupun analis kesehatan. Syarat ini mutlak karena dalam Riskesdas, data yang dikumpulkan adalah data kesehatan. Dengan latar belakang pendidikan kesehatan maka diharapkan enumerator sudah memiliki dasar pengetahuan kesehatan untuk pengumpulan data di lapangan.

Selain latar belakang pendidikan, enumerator dalam Riskesdas haruslah memiliki kemampuan dasar bertanya dan mendengar yang baik serta mencatat dengan rapi. Hal ini dikarenakan enumerator akan menanyakan banyak pertanyaan kepada responden. Teknik bertanya yang monoton, cenderung membuat responden merasa bosan dan menjawab semaunya, sehingga data yang diharapkan kadang tidak sesuai.

Kemampuan menggali jawaban melalui teknik wawancara yang baik dan benar, tidak monoton serta terkesan menginterogasi diperlukan agar responden merasa nyaman, sehingga dapat diperoleh jawaban yang diharapkan. Dalam melakukan wawancara, seorang enumerator juga harus bisa mencatat dengan rapi jawaban responden sehingga tidak ada pertanyaan yang terlewat untuk ditanyakan.

Untuk mencapai kemampuan wawancara yang baik dan penguasaan materi, perlu adanya pembekalan atau pelatihan terhadap enumerator sebelum turun ke lapangan.

Pelatihan enumerator bukan hanya diperuntukan kepada mereka yang belum pernah melakukan kegiatan Riskesdas, melainkan juga bagi mereka yang telah memiliki pengalaman melakukan kegiatan Riskesdas sebelumnya.

Pelatihan akan memberikan pemahaman mengenai teknik bertanya dan teknik mendengar yang baik serta teknik mencatat yang rapi. Pelatihan ini juga akan memberikan informasi mengenai substansi dari pertanyaan-pertanyaan yang ada pada kuesioner. Persepsi terhadap materi pertanyaan dalam kuesioner pada pelatihan enumerator haruslah sama sehingga ketika di lapangan tidak ada keraguan lagi dalam melakukan pengumpulan data.

Motivasi sangat penting dalam suatu kegiatan karena menentukan motif seseorang mengikuti suatu kegiatan. Motif keikutsertaan seorang enumerator tentunya berlainan dengan enumerator lain. Motif tersebut bisa karena materi, mencari pengalaman, mencari tantangan, tugas maupun mencari kesibukan.

Foto: Hendrijoni/Redaksi

Beda motif beda pula persepsi yang dibangun dan aktivitas yang dilakukan selama mengikuti Riskesdas. Motivasi positif perlu dibangun dalam diri enumerator selama keikutsertaannya dalam kegiatan Riskesdas. Penanaman pemahaman bahwa kegiatan Riskesdas merupakan riset negara yang hasilnya menjadi dasar kebijakan. Dalam hal ini, enumerator bertindak sebagai perpanjangan tangan pemerintah untuk mengumpulkan data kesehatan masyarakat di Indonesia. Dengan menyadari hal tersebut, meskipun motif yang mendasari keikutsertaan enumerator berbeda-beda, diharapkan enumerator mampu bekerja dengan jujur, sabar dan melakukan pengumpulan data baik-baiknya sesuai metodologi yang ditetapkan dalam riset ini.

Tugas enumerator bukanlah hal yang mudah. Banyak tantangan dan hambatan yang harus dihadapi. Tantangan tersebut tidak hanya tentang bagaimana melakukan wawancara atau pengumpulan data dengan baik, tapi bisa juga kekompakan tim, medan yang harus dilewati, responden yang sulit bekerjasama, responden yang menolak, birokrasi di wilayah pengumpulan data sampai manajemen waktu pengumpulan data. Butuh orang yang tangguh secara fisik dan mental untuk mengatasi tantangan dan hambatan tersebut. Bukan hal yang tidak mungkin terjadi, karena motivasi yang tidak kuat, jika ada halangan atau rintangan di lapangan, enumerator

cenderung akan menyerah dan mengambil data seadanya. Hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap kualitas data yang dikumpulkan.

Mengingat tugasnya yang berat, *reward* sangatlah diharapkan bagi seorang enumerator. *Reward* ini bisa berupa gaji yang sepadan dengan pekerjaan yang dilakukan serta adanya fasilitas pengumpulan data. Umumnya enumerator Riskesdas akan dibekali oleh kit pengumpul data yang berupa tas, jaket/rompi, topi, alat tulis, mantel hujan atau bahkan payung. Variasi kit yang diberikan sangat tergantung pada pendanaan yang tersedia dalam Riskesdas ini. Selain itu enumerator akan diberikan gaji sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah. Adanya *reward* ini tentunya akan menambah motivasi keikutsertaan enumerator dalam Riskesdas. Enumerator harus tetap menjaga kualitas data yang dikumpulkan sampai pelaksanaan Riskesdas selesai. Memang tidak mudah menjadi seorang enumerator yang baik, tapi untuk sebuah riset nasional seperti Riskesdas peran enumerator sangat menentukan hasilnya. Semoga masih banyak enumerator-enumerator yang baik dan handal yang akan siap bergabung kembali dalam kegiatan Riskesdas di tahun-tahun mendatang. Bravo enumerator Riskesdas.....



Foto: Hendrijoni/Redaksi

Sekelumit Cerita Riskesdas 2018



Kegiatan Riskesdas lainnya yang tidak kalah penting adalah kegiatan biomedis yang dilaksanakan bersamaan waktunya dengan pemeriksaan gigi dan mulut.

**OLEH:
LUKMAN HAKIM**

Kalau mendengar kata Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), yang terpikir pastilah sekumpulan data dari seabrek variabel kesehatan di masyarakat yang dikumpulkan oleh ribuan enumerator dari seluruh wilayah Indonesia. Pikiran itu tidak salah, karena Riskesdas 2018 yang baru saja selesai, telah mengumpulkan data dari sekitar 1,2 juta jiwa responden/sampel yang tersebar pada rumah tangga di Indonesia yang mencakup seluruh provinsi dan kabupaten/kota (34 Provinsi, 416 Kabupaten dan 98 Kota). Responden tersebut terdiri dari 30.000 blok sensus (BS) yang berada pada 300.000 rumah tangga (Ruta).

Foto: YuneuY/dok. pribadi



Banyaknya sampel yang dijadikan responden dimaksudkan agar hasil yang didapat lebih holistik dan komprehensif. Terdapat 5 indikator yang digunakan dalam Riskesdas 2018, yakni (1) pelayanan kesehatan yang meliputi variabel akses terhadap pelayanan kesehatan, kepemilikan jaminan kesehatan, pengobatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional; (2) perilaku kesehatan yang meliputi variabel kebiasaan merokok, aktifitas fisik, konsumsi minuman beralkohol, konsumsi makanan, perilaku higienis, serta upaya pencegahan penyakit tular nyamuk, serta penggunaan helm ketika naik sepeda motor; (3) lingkungan yang meliputi variabel penyediaan dan penggunaan air, penggunaan jamban, pembuangan sampah, serta pembuangan limbah; (4) status kesehatan yang meliputi variabel penyakit menular, penyakit tidak menular, gangguan jiwa/depresi/emosi, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan ibu, bayi, balita dan remaja, cedera, status gizi dan disabilitas; dan (5) biomedis dan gigi mulut yang meliputi variabel penyakit menular (malaria, PD3I, hepatitis), faktor risiko penyakit tidak menular (glukosa darah, profil lipid, kreatinin), gizi (anemia) serta gigi dan mulut (jaringan lunak dan keras).

Pengumpulan data Riskesdas 2018 dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan kesehatan, dan pemeriksaan gigi. Wawancara dilakukan dengan berpedoman pada kuesioner rumah tangga sebanyak 701 pertanyaan serta kuesioner individu sebanyak 623 pertanyaan; sedangkan data biomedis dan gigi mulut dilakukan dengan pemeriksaan. Untuk mendapatkan data biomedis dan gigi



Foto: EPA/dok. pribadi



Foto: Yuneu Y/dok. pribadi

mulut, maka salah satunya dilakukan pengambilan sampel darah dan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut.

Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2018 dilaksanakan di semua Kabupaten/ Kota (27 kab/kota), dengan mendata pada 23.960 ruta dalam 2.396 BS yang 761 di antaranya adalah BS biomedis yaitu di 15 kab/kota. Pengumpulan data dilaksanakan oleh 904 orang enumerator dalam 226 tim, serta melibatkan 2.283 tenaga kesehatan juga 556 dokter gigi sebagai examiner pemeriksaan kesehatan gigi. Berdasarkan perhitungan jumlah ruta yang didata per BS adalah 10 ruta, jumlah yang sangat besar. Kabupaten/kota dengan jumlah BS paling banyak adalah Kabupaten Bogor sebanyak 120 BS, 96 BS di antaranya BS Biomedis yang dilaksanakan oleh 64 enumerator dalam 16 tim serta 288 orang tenaga kesehatan serta 64 orang dokter gigi examiner. Kabupaten/kota dengan jumlah BS paling sedikit adalah Kota

Banjar yaitu sebanyak 52 BS dan tidak ada BS Biomedis yang dilaksanakan oleh 16 orang enumerator dalam 4 tim.

Untuk dapat mengumpulkan data sebanyak itu dengan ruta yang tersebar di berbagai jenis karakteristik daerah, tentunya bukan hal yang mudah. Terdapat banyak kisah yang menyenangkan sampai tidak menyenangkan menemui selama pengumpulan data. Kisah penolakan oleh responden, banyak dialami oleh tim enumerator. Kondisi ini dapat diatasi oleh enumerator dengan cara meyakinkan responden dan terkadang dibantu oleh aparat setempat sehingga akhirnya responden dapat diwawancara, namun ada juga responden yang tetap menolak. Di lain wilayah, seperti yang terjadi di Kabupaten Indramayu, ada warga yang protes kepada enumerator, karena keluarganya tidak diwawancara sedangkan tetangganya dikunjungi, namun kondisi ini dapat diredam oleh enumerator dengan

penjelasan yang dapat mereka terima. Hal-hal kecil seperti ini terkadang jika enumerator tidak bisa menjelaskan dengan baik, maka akan menimbulkan konflik. Selain itu, ada juga kejadian responden yang sebulan sebelumnya telah didata oleh BPS dan masih dalam satu keluarga, ketika dikunjungi oleh tim enumerator Riskesdas ternyata rumahnya kosong karena dua minggu sebelumnya, pasangan suami istri tersebut cerai dan masing-masing telah meninggalkan rumah dan pindah ke luar Jawa. Walaupun begitu, kejadian "suka" dalam kegiatan pengumpulan data Riskesdas tentu lebih banyak dibandingkan dengan kejadian "duka". Antusias dan respon positif warga menjadi hal penting dan merupakan penyemangat enumerator dalam kegiatan ini.

Kegiatan biomedis selain melibatkan enumerator, juga melibatkan tenaga kesehatan dari Puskesmas yang wilayah kerjanya termasuk Blok Sensus Biomedis. Tenaga kesehatan

terdiri dari tiga orang tiap BS yaitu dokter, analis kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya (bidan, perawat dll). Kegiatan pemeriksaan gigi dan mulut juga dilakukan oleh para exnumerator sebanyak empat orang dengan latar belakang pendidikan dokter gigi.

Pengambilan spesimen didesain pada hari ke-4 pada tiap BS setelah wawancara kuesioner kesmas dilaksanakan. Sehingga pada hari libur pun kegiatan pengumpulan biomedis tetap dilakukan. Di Jawa Barat karena mayoritas penduduknya beragama Islam, maka diambil kebijakan BS dengan sampel biomedis, dilakukan pendataan di awal kegiatan. Tujuannya supaya selesai sebelum

bulan Ramadhan sehingga tidak mengganggu kegiatan ibadah puasa.

Dalam proses pengumpulan dan pengiriman spesimen darah juga terjadi beberapa kendala di lapangan. Mulai dari hal teknis seperti kondisi geografis pada wilayah-wilayah terpencil yang sulit untuk dijangkau, tidak adanya listrik dilapangan sehingga tidak dapat melakukan proses *sentrifuge*, pembekuan gel "*thermal freeze*" yang lengket atau kurang padat serta hal teknis lainnya. Selain itu, dari segi sumber daya manusia (SDM) juga terdapat kendala seperti kurangnya tenaga medis dilapangan serta penyesuaian jadwal beberapa tenaga yang terkadang berbeda. *Respon rate* responden yang

datang ke laboratorium lapangan untuk pengambilan darah di beberapa wilayah sangat bervariasi, beberapa lokasi *respon rate*-nya sangat rendah dari jumlah target yang ditentukan namun ada juga beberapa wilayah yang *respon rate*-nya sangat tinggi. Kondisi-kondisi tersebut dapat teratasi dengan kerjasama tim, baik itu enumerator, PJT kabupaten/kota dan PJT Provinsi serta didukung oleh tim dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Pengumpulan data Riskesdas tahun 2018 telah berjalan lancar dan optimal, hasilnya sedang dianalisa di Badan Litbangkes Kemenkes RI. Harapannya hasil data tersebut dapat bermanfaat sebagai bahan kebijakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.



Foto: Yuneu Y/Dok. pribadi

Jalan Raya Pangandaran KM.3
Kp. Kamurang, Ds. Babakan, PANGANDARAN

WISATA ILMIAH

LITBANGKES



THEATRE
NYAMUK



MUSIUM



TOMPEN



INSEKTARIUM



FIRDA YANUAR
(0265) 639375



lokaciamis.litbangkes.depkes.go.id



loka_ciamis@gmail.com



[@museumnyamuk](https://www.instagram.com/museumnyamuk)

ENTEUT

Bukan Penyakit Kutukan



Menurut penduduk setempat, saat mereka kecil dulu hampir semua pernah mengalami kondisi tersebut

**OLEH:
YULIDAR**



Desa Ligan dan Desa Lhok Bout merupakan salah satu desa di Kabupaten Aceh Jaya. Untuk menuju ke lokasi, kita akan melintasi kawasan Gunung Geurutee yang menyimpan segudang panorama alam yang indah. Keindahan alam Geurutee dapat dinikmati oleh pengendara dengan duduk beristirahat di pondok-pondok kecil waung kopi berjejer dipinggiran jalan dengan "view" langsung ke laut lepas. Di kawasan ini masih terdapat kera ekor panjang. Panorama alam yang indah di Geurutee menjadikan lokasi ini sebagai salah satu kawasan wisata di Kabupaten Aceh Jaya.

Suatu hari, disaat senja menunjukkan kekuasaannya di Desa Ligan nan damai, seorang bapak berusia sekitar 50 tahun tampak berbincang dengan logat khas Aceh bersama seorang enumerator. Keduanya duduk beralaskan tikar pandan lusuh di bale gubuk milik bapak tersebut. Kain sarung yang sedikit terangkat dan posisi duduk yang sudah tidak sempurna lagi, memperlihatkan kedua tungkai kakinya yang membesar.

"Bapak na netepu tentang penyakit nyo? Ureng gampongnyo, pu nan gesebut untuk penyakitnyo?" (Bapak tau penyakit ini? Orang kampung disini menyebutnya penyakit apa?). Enumerator melanjutkan pertanyaannya.

Si bapak sedikit berfikir sebentar. "Long tepu, digampongnyo dikhen enteut, penyakit aki bengkak raya, biasa jih ureng demam brat that" (Tahu, namanya enteut, penyakit yang kakinya bengkak, biasanya ditandai demam tinggi).

Dilain waktu, sang enumerator berbincang bincang bincang juga dengan salah seorang tokoh masyarakat desa..

"Pu keh na, tata krama warga atau nilai nilai moral yang terganggu akibat na program pemerintah lage pengobatan filariasis nyo?" (Adakah nilai-nilai yang dianut masyarakat di daerah ini yang bertentangan dengan program pemerintah seperti pengobatan filariasis?).

Kali ini si Bapak berfikir agak lama namun kemudian ia pun menjawab dengan nada yang sedikit sungkan. "Pemerintah gepeget butnyo hanya mencari keuntungan dengan gejak u gampong-gampong, dan hana gemuphom bahwa penyakitnyo penyakit kutukan han puleh puleh tapeubat, dumpu ubat ka gejeup le ureng saket nyan, agikeh tetap ube raya" (Pemerintah hanya mencari keuntungan, dengan datang ke desa-desa, tidak paham bahwa penyakit ini penyakit kutukan, buktinya tidak sembuh-sembuh walaupun sudah minum obat macam-macam).

Percakapan tersebut merupakan sekelumit dari hasil wawancara oleh tim peneliti saat penelitian multicenter filariasis tahun 2017 dengan beberapa warga masyarakat di Desa Ligan dan Desa Lhok Bout, Kab. Aceh Jaya. Dari hasil tersebut terbukti bahwa masyarakat di wilayah itu ada yang masih percaya bahwa filariasis merupakan penyakit kutukan. Mereka melihat adanya kesan keturunan pada penderitanya. Kebetulan, di satu wilayah tersebut, penderita kaki gajah adalah kakak beradik.

Warga yang lain juga mengatakan hal yang sama, bahkan beranggapan bahwa penderita dikutuk karena telah melanggar pantangan atau melewati wilayah yang



dianggap angker. "Beliau terkena penyakit ini karena sering melewati paya, sedangkan kami-kami disini dulu-dulunya tidak pernah melewati paya tersebut, angker !!". Paya yang dimaksud oleh warga ini adalah genangan air ditengah hutan yang ditumbuhi semak belukar.

Namun, demikian ada juga warga yang mengatakan bahwa penyakit ini bukan mitos, hanya saja mereka tidak tahu cara mengobatinya dan tenaga kesehatan yang mereka jumpai untuk berobat juga tidak punya obat untuk mengecilkan kaki yang sudah terlanjur bengkak.

"Enteut", atau "Barah" merupakan salah satu gejala awal dari Penyakit Kaki Gajah atau filariasis. "Enteut", atau "Barah" merupakan benjolan yang muncul berwarna merah di selangkangan atau di bagian ketiak. Benjolan ini dapat hilang dengan sendirinya atau ada juga hilang karena mereka sering bergelantungan (itu bila benjolan di ketiak). Sedangkan benjolan yang diselangkangan paha, hilang dengan sendirinya. Sehingga, masyarakat lebih mengenal penyakit filaria adalah penyakit "Enteut" atau "Barah".

Hal yang dapat diluruskan dari pendapat masyarakat yang keliru terhadap filariasis adalah penjelasan apa sebenarnya penyakit ini. Penyakit ini bukan penyakit kutukan, Filariasis atau dikenal juga dengan penyakit kaki



Foto: Yulidar/Dok. Pribadi

gajah merupakan penyakit tular vektor. Nyamuk merupakan vektor yang menularkan penyakit ini. Pada Tahun 2017, terdapat 528 penderita di Provinsi Aceh yang tersebar di 23 Kabupaten namun hanya 11 Kabupaten yang tergolong endemis filariasis (mf rate >1%). Cacing filaria yang sudah terkonfirmasi infeksi pada masyarakat di Provinsi Aceh adalah *Wuchereria bancrofti* dan *Brugia malayi*.

Mikrofilaria atau anak cacing filaria masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk yang sudah terinfeksi. Nyamuk yang sudah terkonfirmasi sebagai vektor filariasis di Aceh adalah *Armigeres subalbatus* dan *Culex vishnui*. Cacing filaria mampu bertahan hidup selama 6-8 tahun, dan terus berkembang biak dalam jaringan limfa manusia. Infeksi ini umumnya dialami sejak masa kanak-kanak dan menyebabkan kerusakan pada sistem limfatik (filariasis limfatik) yang tidak disadari sampai akhirnya terjadi pembengkakan yang parah dan menyakitkan. Pembengkakan tersebut kemudian dapat menyebabkan cacat permanen.

Filariasis limfatik terbagi menjadi 3 kelompok yaitu meliputi kondisi tanpa gejala, akut, dan kronis. Sebagian besar infeksi filariasis limfatik terjadi tanpa menunjukkan gejala apa pun.

Meski demikian, infeksi ini tetap menyebabkan kerusakan pada jaringan limfa dan ginjal sekaligus mempengaruhi sistem kekebalan tubuh. Filariasis limfatik akut terbagi lagi menjadi 2 jenis, yaitu adenolimfangitis akut (ADL) dan limfangitis filaria akut (AFL).

Pada kasus filariasis limfatik kronis, limfedema atau penumpukan cairan menyebabkan pembengkakan pada kaki dan lengan. Penumpukan cairan dan infeksi-infeksi yang terjadi akibat lemahnya kekebalan tubuh akhirnya akan berujung pada kerusakan dan penebalan lapisan kulit. Kondisi ini disebut sebagai elefantiasis. Selain itu, penumpukan cairan bisa berdampak pada rongga perut, testis pada penderita laki-laki dan payudara pada penderita wanita.

Adanya persepsi yang salah mengenai suatu penyakit tentunya dapat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat di lokasi tersebut. Pada tahun 2016 Kabupaten Aceh Jaya merupakan salah satu kabupaten endemis filariasis yang gagal TAS (*Transmission Assessment Survey*), yang merupakan program evaluasi pengobatan massal penyakit tersebut.

Berdasarkan hasil evaluasi pada saat penelitian multisenter filariasis oleh Balai Litbangkes Banda Aceh Tahun

2017 di Desa Ligan dan Desa Lhok Bout, dapat disimpulkan bahwa salah satu faktor kegagalan uji TAS adalah minimnya partisipasi masyarakat yang mau minum obat terutama didepan petugas. Disamping itu masyarakat disana juga kurang aktif mendukung dalam pemeriksaan survei darah jari. Banyak masyarakat yang enggan memeriksakan darahnya. Hal ini berkaitan dengan bentuk pesimistis yang muncul akibat adanya anggapan bahwa penyakit ini merupakan penyakit kutukan dan tidak mungkin dapat dicegah atau disembuhkan dengan minum obat semata.

Perlu pemahaman kepada masyarakat bahwa filariasis merupakan penyakit yang ditularkan oleh nyamuk, sehingga salah satu cara mencegah penularannya adalah dengan menghindari gigitan nyamuk seminimal mungkin. Selain itu, bila kita merasakan adanya benjolan dan disertai demam yang berulang-ulang sebaiknya segera konsultasikan ke fasilitas kesehatan terdekat misalnya ke puskesmas. Yang tak kalah penting, saat ini pemerintah sedang melaksanakan program pemberian obat pencegahan massal filariasis, maka diharapkan kepada semua warga masyarakat berperan aktif dengan meminum obat ini sesuai anjuran petugas.



ILUSTRASI WAWANCARA, Foto: Yulidar/Dok. Pribadi



MENGENAL *Anopheles vagus*

Anopheles vagus adalah salah satu spesies dari genus *Anopheles* yang menjadi tersangka penular penyakit malaria. *An. vagus* banyak terdapat di Indonesia.

**OLEH:
ASEP JAJANG K**

Indonesia sangat kaya akan keanekaragaman jenis nyamuk. *Anopheles vagus* adalah salah satu dari sekian banyak spesies dari genus *Anopheles* yang bisa didapatkan di Indonesia. Tahukah *guys* nyamuk di seluruh dunia itu ada 2960 spesies nyamuk?.

Di Indonesia sendiri ada 457 spesies dalam 18 genera dan meliputi 80 spesies *Anopheles*, 82 spesies *Culex*, 5 spesies *Aedes* dan 8 spesies *Mansonia* sedangkan sisanya merupakan anggota genera-genera yang belum diketahui peranannya dalam penularan penyakit pada manusia¹.

Dalam kehidupan sehari-hari di rumah maupun diluar rumah baik siang maupun malam tentunya kita dihadapkan dengan adanya nyamuk di sekeliling kita. Terkadang kita dibuat pusing dengan adanya nyamuk, tahu-tahu nyamuk udah hinggap di bagian tubuh dan menghisap darah kita. Bentol di bagian tubuh kita yang digigit nyamuk akan terasa gatal, dan pastinya hal-hal seperti itu akan dirasakan sama oleh setiap orang yang pernah digigit nyamuk.

Mengapa bekas gigitan nyamuk menimbulkan bentol dan gatal di bagian tubuh kita, tentunya sangat menyenangkan bila digaruk. Gatal dan bentol dari bekas gigitan nyamuk sebenarnya bukan dari gigitan nyamuk atau air liur nyamuk, melainkan respon dari sistem imun tubuh terhadap air liur nyamuk tersebut. Air liur nyamuk mengandung kadar enzim dan protein yang melewati sistem pembekuan darah alami tubuh kita. Antikoagulan ini langsung menyebabkan reaksi alergi ringan pada tubuh kita. Sistem kekebalan tubuh manusia merespon alergen tersebut dengan melepaskan histamin. Histamin menyebabkan pembuluh darah di sekitar area bekas gigitan nyamuk meradang sehingga kemudian timbul bentol merah di kulit. Histamin juga mengiritasi ujung-ujung saraf dalam kulit dan menyebabkan rasa gatal.

Sebenarnya bukan hanya bentol dan rasa gatal aja dari bekas gigitan nyamuk tapi apakah dari gigitan

Yasser/Courtesy: cdc.gov/Flicker.com



Nyamuk Anopheles

nyamuk itu akan menimbulkan penyakit pada kita? Pastinya iya guys...! Banyak penyakit di Indonesia yang ditimbulkan oleh gigitan nyamuk. Seperti contoh penyakit demam berdarah yang lagi ngetren, malaria, filariasis atau kaki gajah, chikungunya, *japanese encephalitis* dan zika.

Seperti nyamuk pada umumnya *An. vagus* mengalami metamorfosa sempurna mulai dari telur, jentik, pupa sampai menjadi nyamuk dewasa. Telur-jentik-pupa itu merupakan fase kehidupan di air (*aquatic*). Telur menetas beberapa saat setelah terkena air sampai

2-3 hari. Pada masa stadium larva mengalami pergantian kulit sebanyak 4 kali yaitu mulai dari instar 1 sampai dengan instar 4, masing-masing instar membutuhkan waktu kurang lebih 1-2 hari. Pada fase pupa sampai menjadi nyamuk dewasa membutuhkan waktu 1-2 hari².

Air sangat dibutuhkan oleh nyamuk untuk berkembang biak, tipe air juga bisa mempengaruhi kehidupan nyamuk. Nyamuk memilih air atau perindukan untuk berkembang biak sesuai dengan kebutuhan dan kesukaannya. Nyamuk *An. vagus* dapat hidup di air tawar maupun payau.



Proboscis dengan daerah pucat di *subapical*, daerah *prehumeral* dari *costa* sayap ada bagian dengan sisik pucat

Secara morfologi *An. vagus* betina yang ditemukan pada habitat air tawar dan air payau tidak menunjukkan perbedaan. Namun ditemukan variasi ukuran dan variasi jumlah cabang rambut dan filament. Variasi intra dan interpopulasi *An. vagus* betina habitat air tawar dan air payau terjadi karena perbedaan letak geografi (*allopatric speciation*)³.

Tak kenal maka tak sayang, untuk lebih sayang dan mengenali morfologi nyamuk *An. vagus* dimulai dari sayap dengan ciri-ciri bintik pucat, *proboscis* sama panjang dengan palpi, femur tanpa sikat, pada *costa* dan urat 1 ada 4 atau lebih noda pucat, pada persambungan tibia tarsus kaki belakang tidak ada gelang pucat, tarsus kaki ke 5 kaki belakang sebagian atau seluruhnya gelap, femur dan tibia tidak berbercak, gelang pucat di ujung palpi panjangnya sekurang-kurangnya 3 kali panjang gelap dibawahnya, *proboscis* mempunyai bagian pucat diujungnya¹.

Setiap spesies dari genus *Anopheles* maupun genus lainnya mempunyai ciri khas tersendiri. Begitu pula dengan *An. vagus*. Noda pucat pada *apical* atau *sub apical proboscis* merupakan ciri khas *An. vagus*. Hasil pengamatan menunjukkan bahwa noda pucat pada *apical* atau *sub apical proboscis* ternyata bervariasi pada ukuran kejelasan dan letak. Noda pucat pada *apical proboscis* *An. vagus* pada habitat air payau dan air tawar ditemukan ada yang lebar atau sempit, jelas atau samar⁴.

Jadi tidak hanya dapat merasakan gigitan nyamuk dengan bentol dan gatalnya saja *guys*. Dengan tulisan ini setidaknya bisa membantu mengenali salah satu spesies nyamuk dari keberagaman *Anopheles* yang ada di Indonesia. Dan juga dengan memahami dan mengenali nyamuk berarti harus juga memahami dampak dari penyakit yang bisa ditimbulkannya.

DAFTAR RUJUKAN:

1. Buku Kunci Bergambar Nyamuk *Anopheles* Dewasa Di Indonesia: C.T. O'Connor dan Arwati Soepanto.1999
2. Depkes RI. Dirjen PPM dan PL. Pedoman Ekologi dan Aspek Perilaku Vektor. Jakarta. 2001.)
3. Variasi Morfologi *Anopheles Vagus* Donitz, 1902 dari Habitat Air Tawar dan Payau. Siti Alfiah, Mujiyono. 2014
4. Reid, 1968 and Rao, 1981. Rao T.R The Anophelines of India. Indian Council Of Medical Research. New Delhi. 1981. Reid J.A. Anopheline Mosquitoes of Malaya and Borneo. Government of Malaysia. 1968)

RISKESDAS: *Community-based Data*

Data merupakan catatan atas kumpulan fakta. Data merupakan bentuk jamak dari datum, berasal dari bahasa Latin yang berarti “sesuatu yang diberikan”.



DATA BERBASIS KOMUNITAS

Ketika membicarakan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) maka penjelasan yang muncul biasanya menyatakan bahwa Riskesdas merupakan Riset berbasis komunitas, yang berarti data yang dihasilkan merupakan data berbasis komunitas. Apa itu data berbasis komunitas?

Dalam penggunaan sehari-hari data berarti suatu pernyataan yang diterima secara apa adanya dan merupakan hasil pengukuran atau pengamatan suatu variabel yang bentuknya dapat berupa angka, kata-kata, atau citra.

OLEH:
M. EZZA AZMI FUADIYAH



Data harus diolah terlebih dahulu agar menjadi informasi yang siap digunakan. Data berbasis komunitas merujuk pada sumber atau bagaimana data tersebut diperoleh yaitu berasal dari komunitas atau masyarakat. Istilah berbasis komunitas dipergunakan pada Riskesdas karena Riskesdas merupakan penelitian kesehatan yang dilakukan dengan melakukan wawancara terhadap responden terpilih (sampel) yang mewakili penduduk/masyarakat wilayah administrasi di seluruh Indonesia. Selain data berbasis komunitas, data kesehatan juga dapat berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan dan instansi kesehatan yang disebut data berbasis fasilitas.

PENTINGNYA DATA BERBASIS KOMUNITAS

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan, data kesehatan terdiri atas data rutin dan data non rutin. Data yang dihasilkan oleh Riskesdas merupakan data non rutin hasil penelitian yang

lebih menggambarkan keadaan/status kesehatan masyarakat yang sebenarnya sedangkan data berbasis fasilitas tergolong dalam data rutin yang dikumpulkan secara teratur oleh penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, instansi pemerintah daerah, dan instansi pemerintah lain melalui pencatatan dan pelaporan atau cara lain. Data rutin tersebut, seringkali tidak menggambarkan keadaan sebenarnya di masyarakat karena merupakan data yang dikumpulkan berdasarkan kunjungan masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan atau hasil dari program instansi pemerintah.

Pelaporan data rutin berbasis fasilitas dilakukan secara berjenjang dari fasilitas pelayanan kesehatan/instansi kesehatan sehingga membentuk profil kesehatan daerah (Kabupaten/Kota, Provinsi, Nasional). Namun ada kelemahan dalam sistem pelaporan berjenjang tersebut yaitu kemungkinan hilangnya data pada saat pelaporan yang mengakibatkan perbedaan data antara satu tingkat dengan tingkat lain. Contohnya adalah perbedaan data jumlah kasus/

kejadian suatu penyakit antara yang tertera di Profil Kesehatan Kabupaten/Kota dengan Profil Kesehatan Nasional. Selain itu, perbedaan data yang menjadi ukuran seperti data jumlah penduduk dalam penghitungan *rate/rasio* juga dapat menimbulkan perbedaan data yang tercantum dalam profil kesehatan tingkat kabupaten/kota dengan profil kesehatan provinsi maupun nasional.

Kelemahan data berbasis fasilitas yang dilaporkan secara berjenjang dan dituangkan dalam profil kesehatan tersebut menjadikan data komunitas menjadi sangat penting dalam menyediakan data yang lebih menggambarkan keadaan/status kesehatan masyarakat yang sesungguhnya. Data Riskesdas yang dikumpulkan setiap lima tahun sekali diharapkan menjadi data yang dapat menjadi dasar penyusunan RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah) Bidang Kesehatan. Rencana strategis yang dihasilkan tersebut dapat diarahkan untuk mengatasi masalah kesehatan yang menjadi prioritas berdasarkan informasi besaran masalah dan faktor

risiko yang dihasilkan dari pengolahan data berbasis komunitas.

CARA MENDAPATKAN DATA BERBASIS KOMUNITAS

Sumber data berbasis komunitas sudah jelas yaitu komunitas atau masyarakat, lalu bagaimana cara kita mendapatkan data berbasis komunitas? Ada berbagai cara mendapatkan data dari komunitas/masyarakat seperti *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara terhadap tokoh kunci di masyarakat, survei komunitas, Forum Komunitas, Observasi, *Participatory Action Research* (PAR) dan lain sebagainya. Riskesdas merupakan contoh dari pengumpulan data berbasis komunitas melalui survei komunitas.

Cara atau metode pengumpulan data berbasis komunitas dapat ditentukan dengan mempertimbangkan maksud/tujuan, responden yang menjadi sumber data, budaya dan kebiasaan yang berlaku, sumber daya yang tersedia, jenis data yang akan dikumpulkan serta kelebihan dan

kekurangan dari berbagai alternatif metode. Kelebihan dan kekurangan beberapa metode pengumpulan data berbasis komunitas dapat dilihat pada Tabel berikut.

REFERENSI

Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan

Winsconsin Community Health Improvement Plans and Process (CHIP) Infrastructure Project. 2015. *Listening To The Community's Input : A Guide to Primary Data Collection*. http://www.countyhealthrankings.org/sites/default/files/resources/Listening_to_the_Community.pdf

West Virginia Department of Health & Human Resources. *Primary Data Collection Resources*. https://dhhr.wv.gov/localhealth/data_qi/CHA/Pages/Primary-Data-Sources.aspx

METODE	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Survei	- Memungkinkan kerahasiaan identitas responden - Dapat dilakukan pada banyak responden dalam satu waktu - Dapat efisien dan <i>cost effective</i>	- Pertanyaan tertutup dapat menyebabkan hilangnya kemungkinan jawaban lain - Pemilihan kata dapat menyebabkan salah persepsi - Impersonal
Wawancara (<i>Individu/in-depth</i>)	- Dapat menjalin <i>rapport</i> (hubungan baik) dengan responden - Memungkinkan didapatkannya informasi tambahan yang penting - Memungkinkan didapatkannya informasi yang luas dan mendalam	- Memakan waktu - Mahal - Gaya wawancara dan pemilihan kata dapat mempengaruhi jawaban
<i>Focus Group</i>	- Memungkinkan didapatkannya pandangan umum secara cepat - Bisa merupakan cara yang efisien dan cepat dalam mendapatkan informasi yang luas dan mendalam	- Memerlukan fasilitator yang berpengalaman - Akan sulit dan membutuhkan biaya untuk menjadwalkan pertemuan yang dihadiri 6-8 orang - Membutuhkan waktu yang lama untuk menganalisis respon partisipan
Observasi	Dapat mengamati kejadian saat berlangsung	- Kesulitan untuk menginterpretasikan perilaku yang diamati - Dapat mempengaruhi perilaku partisipan yang diobservasi - Dapat menghabiskan banyak waktu dan biaya untuk mengobservasi setiap individu

DILEMA FOGGING



Sekian lama demam fogging ini berlangsung sehingga masyarakat memiliki pemahaman yang keliru tentang fogging. Ketika ada kasus DBD di lingkungannya, maka yang difikirkan setelah melakukan pencarian pengobatan adalah permintaan fogging

OLEH:
FIRDAYANUAR

Selama ini, mindset kebanyakan masyarakat kita menganggap bahwa fogging adalah sebuah solusi yang tepat untuk mencegah DBD (Demam Berdarah Dengue). Masyarakat menganggap dengan fogging nyamuk penular DBD akan mati dan lingkungan mereka bebas serta aman dari penyakit tersebut. Hal ini tidak terlepas dari gencarnya "propaganda" *fogging* beberapa tahun yang lalu.

Gencarnya pelaksanaan *fogging*, salah satunya karena digunakan sebagai penarik simpati masyarakat oleh individu atau partai politik. Mereka melakukan hal ini sebagai alat publikasi dan promosi yang dianggap efektif.

Dilain pihak, pengusaha swasta penyedia jasa *fogging* melihat ini sebagai sebuah peluang agar produk mereka laku. Akhirnya, dengan kolaborasi kepentingan tersebut, *fogging* gencar dilakukan dan ditawarkan secara luas kepada masyarakat. Celakanya, *fogging* kemudian dilakukan dengan mengabaikan kaidah *fogging* yang seharusnya. Dimana-mana masyarakat meminta *fogging* dengan alasan yang sederhana. Karena seringkali permintaan *fogging* ini, muncul istilah “demam *fogging*”.

Tidak sedikit masyarakat yang harus mengeluarkan uang dengan sukarela, sebagai bagian dari “partisipasi” pelaksanaan *fogging* di lingkungan mereka. Beberapa orang mungkin akan menolak dilakukan *fogging*, terutama ibu-ibu. Tetapi, hal ini lebih berkaitan dengan kondisi setelah pelaksanaan, ketika lantai rumah mereka menjadi lengket berminyak dan harus di pel atau asap *fogging* meninggalkan bau yang awet pada perabot rumah tangga bukan karena pertimbangan bahwa *fogging* itu ada efek sampingnya. Satu sisi positif yang muncul adalah masyarakat mau bekerjasama dan bergotong royong dalam upaya pencegahan penularan DBD di lingkungannya masing-masing.

Dinas Kesehatan di berbagai daerah di Indonesia, terutama dengan kasus DBD yang tinggi, juga tidak bisa lepas dari pelaksanaan *fogging*. *Fogging* dilaksanakan sebagai salah satu program pemberantasan nyamuk DBD, meskipun dilaksanakan juga program lain seperti abatisasi untuk pengendalian jentik nyamuk, dan penyuluhan-penyuluhan meskipun hingga saat ini, belum berhasil menurunkan angka kasus DBD sampai nol (0). Sementara itu, anggaran yang dikeluarkan oleh masing-masing dinas kesehatan tidaklah sedikit, dan dana sebesar itu harusnya bisa digunakan untuk kegiatan lain seperti pemberdayaan masyarakat yang manfaatnya akan lebih berkesinambungan daripada habis “dibakar” untuk *fogging*.

BERLOGIKA DENGAN FOGGING

Fogging atau sebagian masyarakat menyebutnya dengan penyemprotan adalah salah satu cara memberantas nyamuk dengan cara menyemprotkan insektisida yang dicampur air atau solar, menggunakan mesin khusus yang bisa merubah bahan cair menjadi kabut asap.

Tujuan penyemprotan ini adalah mematikan nyamuk dewasa. Selama ini pelaksana kegiatan *fogging* dari pemerintah “hanya” berpatokan bahwa ketika ada permintaan dari “masyarakat”, setelah dilakukan terlebih dahulu penyelidikan epidemiologis (PE). Pertanyaan yang sangat mendasar ketika setelah pelaksanaan *fogging* adalah “Apakah sudah dilaksanakan dengan benar? Seberapa efektifkah *fogging* dalam menekan jumlah kasus?”. Pertanyaan

tersebut bisa dijawab apabila dilakukan evaluasi.

Selama ini prosedur pelaksanaan *fogging* berhenti sampai dengan ketika *fogging* selesai dilakukan. Tidak pernah ada pemantauan kembali ke lingkungan yang sudah difogging. Apakah nyamuk dewasa yang ada merupakan nyamuk yang baru menetas? Atau malah nyamuk yang sudah “kebal” dengan insektisida yang disemprotkan?.

Caranya bagaimana? Tentunya kita harus mengetahui umur nyamuk dewasa yang ada di lingkungan. Umur nyamuk bisa diketahui dengan melakukan pembedahan ovarium. Jika nyamuknya masih “nuli” maka bisa dipastikan nyamuk tersebut baru menetas. Tetapi sebaliknya, jika nyamuk yang tertangkap “parous” maka ada banyak faktor yang



Foto: Courtesy of WHO



menyebabkan diantaranya nyamuk tersebut sudah resisten atau penyemprotannya tidak dilakukan dengan benar. Jarang sekali pelaksana atau penanggungjawab fogging melakukan evaluasi tersebut.

Salah satu faktor yang memungkinkan ada nyamuk dewasa yang “selamat” dari *fogging* diantaranya karena nyamuk tersebut sudah tahan terhadap insektisida yang disemprotkan. Yang lebih bahaya, sifat ini bisa diwariskan kepada keturunannya. Solusi yang diambil biasanya dengan menaikkan dosis dari insektisida yang dipakai. Selanjutnya yang terjadi adalah sebuah pengulangan yaitu tetap akan ada nyamuk dewasa yang tidak mati. Siklus ini akan terus berlanjut apabila jenis insektisida yang sama digunakan dalam jangka waktu yang lama dan berulang. Ini sudah dibuktikan dari hasil penelitian resistensi yang dilakukan badan litbang kesehatan, dimana ada beberapa wilayah Kab/ Kota yang nyamuknya sudah resisten terhadap insektisida, dan bukan hanya satu jenis insektisida tetapi beberapa jenis insektisida yang pernah digunakan oleh pemerintah daerah setempat untuk *fogging*.

Di Jawa barat sendiri, beberapa daerah sudah menunjukkan gejala resisten terhadap insektisida dari golongan piretroid sintetis seperti *cypermethrin*. Selain itu pernah dilaporkan juga terjadi resistensi terhadap larvasida yaitu *temephos*.

“KEMBALI KE BASIC”

Telah disebutkan sebelumnya bahwa pemerintah melalui dinas kesehatan sebenarnya sudah melakukan berbagai macam program untuk menanggulangi DBD. Salah satunya program yang menitikberatkan pada peran aktif masyarakat untuk menjaga lingkungannya dari nyamuk penular DBD, dimulai dari rumahnya sendiri. Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M+ bisa disebut kegiatan yang paling mudah dan murah. Ya, karena menjaga kebersihan adalah kegiatan yang sudah sehari-hari dilakukan. Oleh siapa saja anggota keluarga di rumah, terutama oleh ibu-ibu rumah tangga. Pengetahuan yang cukup mengenai PSN adalah kebutuhan utamanya. Salah satu tugas dari pemerintah adalah menyediakan informasi mengenai PSN yang mudah diakses oleh masyarakat. Bisa dengan penyuluhan langsung, menggunakan media seperti *pamflet*, *leaflet*, serta iklan layanan masyarakat. Tugas besar dari pelaksanaan PSN adalah bagaimana agar kegiatan ini dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan. Bentuk kegiatan yang bisa diupayakan salah satunya dengan pemucuan, sehingga timbul kesadaran di masyarakat bahwa DBD adalah sebuah masalah besar yang harus diselesaikan bersama. Pemberdayaan masyarakat untuk memberantas nyamuk penular DBD, bisa dimulai dari kebiasaan yang sudah ada di masyarakat itu sendiri.

Sesuatu yang berefek instan, dalam hal ini fogging, terbukti besar dampak negatifnya di kemudian hari. Oleh karena itu, jangan lagi masyarakat disesat pikirkan oleh beragam kepentingan yang efeknya justru merugikan masyarakat itu sendiri.

DAFTAR BACAAN

- Anonim. Kendalikan DBD Dengan PSN 3M Plus. www.depkes.go.id. Diunduh 7 Februari 2018.
- Kusumo, Rika Adi., Setiani, O., Budiyo. Evaluasi Program Pengendalian Penyakit DBD di Kota Semarang Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia* Vol. 13 No. 1/April 2014.
- Sari, Manda Yunita. Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberantasan Penyakit DBD (P2DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Makassar. *Jurnal MKMI*. Juni 2013.
- Karyanti, M.R., Hadinegoro, S.R. 2009. Perubahan Epidemiologi DBD di Indonesia. *Sari Pediatri*. Vol. 10 No. 6
- Pratita, K.S., Malaka, T. 2010. Pengendalian Vektor. *Jurnal Kesehatan Bina Husada*, Vol. 6. No. 1



MANDI MALAM DAN REMATIK

Mitos atau Fakta....?

Penyakit rematik belum diketahui secara pasti penyebabnya. Walaupun begitu, beberapa penelitian menyebutkan bahwa angka kejadian rematik dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti jenis kelamin, usia, hormon, genetik, lingkungan, obesitas, dan kebiasaan merokok

OLEH:
MUTIARA WIDAWATI



Udin, ngapain kamu mandi malam-malam? Nanti rematik loh” Ujar Ibu Udin kepadanya. Ibu Udin mendapatkan info dari salah satu grup di “medsos” bahwa mandi malam dapat menyebabkan rematik.

Benarkah mandi malam dapat menyebabkan rematik? Atau info ini hanya sekedar mitos? Mari kita bahas tentang hal ini lebih dalam.

Rematik merupakan penyakit yang menyerang anggota tubuh yang bergerak, yaitu pada bagian tubuh yang berhubungan antara yang satu dengan yang lain dengan perantaraan persendian. Serangan penyakit pada bagian tersebut menimbulkan rasa nyeri.

Rematik atau *Rheumatoid Arthritis* (RA) juga merupakan suatu keadaan seseorang dimana jaringan tubuh yang sehat diserang oleh sistem imunnya. Padahal sistem imun seharusnya menyerang jaringan tubuh yang terinfeksi. Rematik berbeda

dengan radang sendi (Osteoarthritis), Osteoarthritis adalah suatu penyakit yang merusak jaringan tubuh. Penyakit ini menyebabkan tulang rawan di antara dua sendi terkikis dikarenakan beberapa hal sehingga menyebabkan rasa nyeri sendi, kaku sendi, peradangan sendi, dan terbatasnya pergerakan sendi setelah suatu aktivitas fisik.

Berdasarkan analisis lanjut Riset Kesehatan Dasar 2009, perempuan lebih berisiko terkena rematik dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu, usia 65 tahun keatas juga lebih berisiko terkena rematik dibandingkan dengan usia dibawah itu.

Pada orang yang berusia lanjut, lapisan pelindung persendian yang melindungi tulang saat terjadinya gesekan mulai menipis dan cairan tulang yang digunakan sebagai pelumas untuk bergerak mulai mengental, sehingga pergerakan lebih terasa kaku dan sakit.

Obesitas merupakan salah satu faktor resiko rematik. Lutut dan panggul yang terbebani terlalu berat dapat mengakibatkan kerusakan kartilago, kegagalan ligamen dan dukungan struktural lain. Setiap penambahan berat 0,5 kg tekanan total pada satu lutut meningkat sebesar 1 hingga 1,5 kg. Obesitas dapat juga meningkatkan resiko terjadinya Osteoarthritis. Penambahan 1 kg berat badan meningkatkan resiko terjadinya Osteoarthritis sebesar 10%.¹ Hingga kini belum ada penelitian yang membuktikan hubungan mandi malam dengan angka kejadian rematik.

Jika kita biasa mandi pada malam hari, sebaiknya gunakanlah air hangat, karena air hangat dapat merelaksasi tubuh serta otot dan sendi yang kaku. Namun mandi di malam hari tidak dianjurkan bagi bayi karena pengaturan suhu pada bayi belum sempurna dan ditakutkan akan menyebabkan hipotermia (penurunan suhu tubuh di bawah normal).

1. Nainggolan, Olwin. Prevalensi dan Determinan Penyakit Rematik di Indonesia. Majalah Kedokteran Indonesia. Volum 59 no.12. 2009.

ANTIBIOTIC RESISTANCE



Antibiotic resistance happens when bacteria change and become resistant to the antibiotics used to treat the infections they cause. This is compromising our ability to treat infectious diseases and undermining many advances in medicine.

We must handle antibiotics with care so they remain effective for as long as possible.

WHAT YOU CAN DO



- 1 Only use antibiotics when **prescribed** by a certified health professional
- 2 Always take the **full prescription**, even if you feel better
- 3 Never use **left over** antibiotics
- 4 Never **share** antibiotics with others
- 5 **Prevent infections** by regularly washing your hands, avoiding close contact with sick people and keeping your vaccinations up to date

www.who.int/drugresistance

#AntibioticResistance

PERJALANAN RISKESDAS 2018 DI PROVINSI JAWA BARAT

Foto: Dokumentasi Pribadi



Riskesdas 2018 telah selesai dilaksanakan. Sebagai salah satu provinsi yang masuk dalam tahap pertama pelaksanaan Riskesdas, Kegiatan tersebut dipandang sukses terlaksana di Jawa Barat. Tentunya hal ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak terkait, termasuk peranan yang luar biasa dari Penanggungjawab Teknis (PJT) tingkat provinsi, salah satunya adalah dra. Athena Anwar, M.Si. Tak mengherankan memang, dengan pengalaman riset serupa yang segudang, beliau dipandang cukup kredibel untuk mengemban tugas sebagai salah satu PJT Riskesdas 2018 Provinsi Jawa Barat. Berikut beberapa petikan wawancara terkait kegiatan tersebut:

Sebagai salah satu PJT provinsi Jawa Barat, bagaimana pandangan ibu tentang Riskesdas 2018 ?

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) adalah salah satu riset skala nasional yang berbasis komunitas dan dilaksanakan secara berkala oleh Badan Litbangkes Kemenkes RI, mulai tahun 2007, 2013 dan 2018. Tahun 2010 dilakukan juga Riskesdas, untuk mengevaluasi pencapaian indikator *Millenium Development Goals* (MDGs) bidang kesehatan di tingkat nasional dan provinsi.

Riskesdas tahun 2018 sedikit berbeda dengan Riskesdas sebelumnya, karena terintegrasi

dengan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) BPS; dan pada tahap *training centre*; Dalam Riskesdas yang lalu fasilitator adalah penanggungjawab kabupaten/kota, sedangkan pada Riskesdas 2018 fasilitator merupakan tenaga hasil rekrutmen yang berasal dari dalam dan luar Badan Litbangkes. Dalam kegiatan pelaksanaannya, tidak berbeda dari Riskesdas sebelumnya.

Riset berbasis komunitas yang dilakukan secara berkala ini dilakukan serentak di seluruh wilayah Indonesia, termasuk Provinsi Jawa Barat. Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu provinsi dengan jumlah penduduk yang besar sehingga Blok Sensusnya

lebih banyak dibandingkan dengan provinsi lainnya yaitu 23.960 rumah tangga.

Dapatkah dijelaskan untuk Provinsi Jawa Barat sendiri mendapat berapa Blok sensus dan berapa sampel yang harus dikunjungi ?

Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu provinsi dengan jumlah penduduk yang besar sehingga Blok Sensusnya lebih banyak dibandingkan dengan provinsi lainnya yaitu 23.960 rumah tangga (2.396 blok sensus kesmas dan 761 blok sensus biomedis) yang tersebar di 27 kabupaten/kota.

Provinsi Jawa Barat mempunyai jumlah penduduk yang cukup banyak sehingga jumlah Blok sensusnya juga lebih banyak dibandingkan provinsi lain, bagaimana proses pengorganisasiannya ?

Karena jumlah Blok Sensusnya banyak otomatis jumlah anggota tim cukup banyak, yaitu 924 orang yang terdiri dari 36 penanggung jawab teknis, 880 orang enumerator, dan 8 orang penanggung jawab administrasi dan logistik. Dalam pengorganisasiannya mengacu pada pedoman telah disusun oleh tim manajemen pusat.

Bisa diceritakan suka duka dalam puldata di Provinsi Jawa Barat dengan BS kesmas dan BS biomedis terbanyak dan kondisi beberapa wilayah yang termasuk daerah sulit?

Dilihat dari tim yang cukup besar, jumlah blok sensus biomedis banyak, dan lokasi yang tersebar, maka perlu perencanaan yang matang

baik dalam persiapan maupun pelaksanaan pengumpulan data. Kendala yang dihadapi dalam tahap persiapan adalah sulitnya koordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota, mengingat jumlahnya yang cukup banyak. Demikian juga dalam rekrutmen tenaga enumerator yang terdaftar di beberapa dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga perlu koordinasi tidak hanya dengan dinas kesehatan kabupaten/kota provinsi Jawa Barat; tetapi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota lainnya (terutama yang berdekatan). Kendala lain yang dihadapi adalah pada saat pengumpulan data di lapangan. Selain lokasi yang tersebar, beberapa blok sensus secara geografis berada di posisi yang sulit. Sebagai contoh rumah tangga yang berada di blok sensus di Kabupaten Cianjur. Waktu tempuh untuk sampai ke rumah tangga terpilih sampai 8 jam dengan menggunakan kendaraan roda dua dan harus menyeberangi danau menggunakan rakit, masalah lain adalah penanganan sampel biomedisnya.

Secara anggaran dan waktu, untuk beberapa lokasi sejenis (Kabupaten Garut) sedikit berubah dari perencanaan awal, sehingga dalam pelaksanaannya perlu adanya perubahan; dimana dalam melakukan perubahan tersebut perlu keterlibatan seluruh pihak (pusat dan daerah). Dengan kerjasama yang baik antara tim pusat dan daerah (provinsi maupun kabupaten/kota) termasuk PJT dan enumerator, semua kendala yang dihadapi dapat diatasi.

Harapan ibu untuk Riskesdas selanjutnya manfaat apa yang dapat diperoleh masyarakat Indonesia terutama masyarakat jawa barat ?

Ke depan, kami berharap Riskesdas yang akan datang akan lebih baik lagi, agar kualitas data yang dikumpulkan semakin terjaga dan baik, sehingga bermanfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan yang berbasis bukti.

BIODATA	
Nama	Dra. Athena Anwar, M.Si
Tempat/Tgl Lahir	Bandung, 26 Januari 1960
Jabatan	Peneliti Madya
Instansi	Pusat Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI
Alamat Instansi	Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
Riwayat Riset Nasional	* Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 sebagai Penanggungjawab Teknis (PJT) Kota Batam. * Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 sebagai Penanggungjawab Teknis (PJT) Provinsi Banten. * Riset Fasilitas Kesehatan (RIFASKES) 2011 sebagai Penanggungjawab Teknis (PJT) Provinsi Banten. * Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 sebagai Tim Teknis (Penanggungjawab Blok Kesling). * Survai Indikator Kesehatan Nasional (SIRKESNAS) tahun 2016, sebagai Tim teknis Provinsi Jawa Barat * Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 sebagai Penanggungjawab Teknis (PJT) Provinsi Jawa Barat.



Foto: Dokumentasi Pribadi

SEJARAH VAKSINASI: Kemenangan Melawan Penyakit Cacar

Asal usul penyakit cacar sebagai penyakit yang berasal dari alam mungkin dimulai sejak zaman prasejarah. Bukti paling awal terjadinya wabah cacar ditemukan pada kulit wajah mumi dinasti Mesir ke-18 dan 20 (1570-1085 SM)

**OLEH:
M. UMAR RIANDI**

Foto: courtesy of WHO



Di tengah munculnya kembali ancaman senjata biologis dan bioterorisme serta penolakan terhadap vaksin yang semakin marak, ada baiknya untuk membuka kembali sejarah vaksinasi dan penyakit cacar yang mungkin sedikit diketahui masyarakat abad ke-21. Vaksinasi atau dikenal juga dengan imunisasi, merupakan cara mengaktifkan kekebalan tubuh terhadap patogen tertentu. Adapun zat yang di masukkan ke dalam tubuh disebut vaksin, terbuat dari mikroba yang dilemahkan atau dimatikan, zat toksinnya, atau bagian protein permukaannya. Sistem kekebalan manusia memiliki mekanisme yang unik, ia harus mengenali agen penyakit sebagai ancaman untuk dapat menghancurkannya, serta mengenali dan menghancurkan segala hal yang berkaitan dengan agen tersebut yang mungkin didapatkan tubuh dikemudian hari. Hingga saat ini, vaksinasi dianggap sebagai metode paling efektif untuk mencegah penyakit menular¹, terutama terhadap jenis patogen virus.

Selama berabad-abad lampau, penyakit cacar (*smallpox*) telah menghancurkan peradaban manusia. Cacar ini mudah menular dan menyebabkan kematian. Jenis cacar ini disebabkan oleh virus *Variola minor* dan *Variola mayor*, berbeda dengan cacar air (*chickenpox*) yang disebabkan virus *Varicella zoster*. Adalah seorang Edward Jenner, tokoh yang dianggap sebagai bapak pembangun dasar imunologi karena kontribusinya terhadap imunisasi dan eradikasi penyakit cacar. Meskipun demikian, faktanya, beliau bukanlah orang pertama yang menyarankan vaksinasi atau yang pertama melakukan inokulasi cacar sapi kepada manusia untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit cacar².

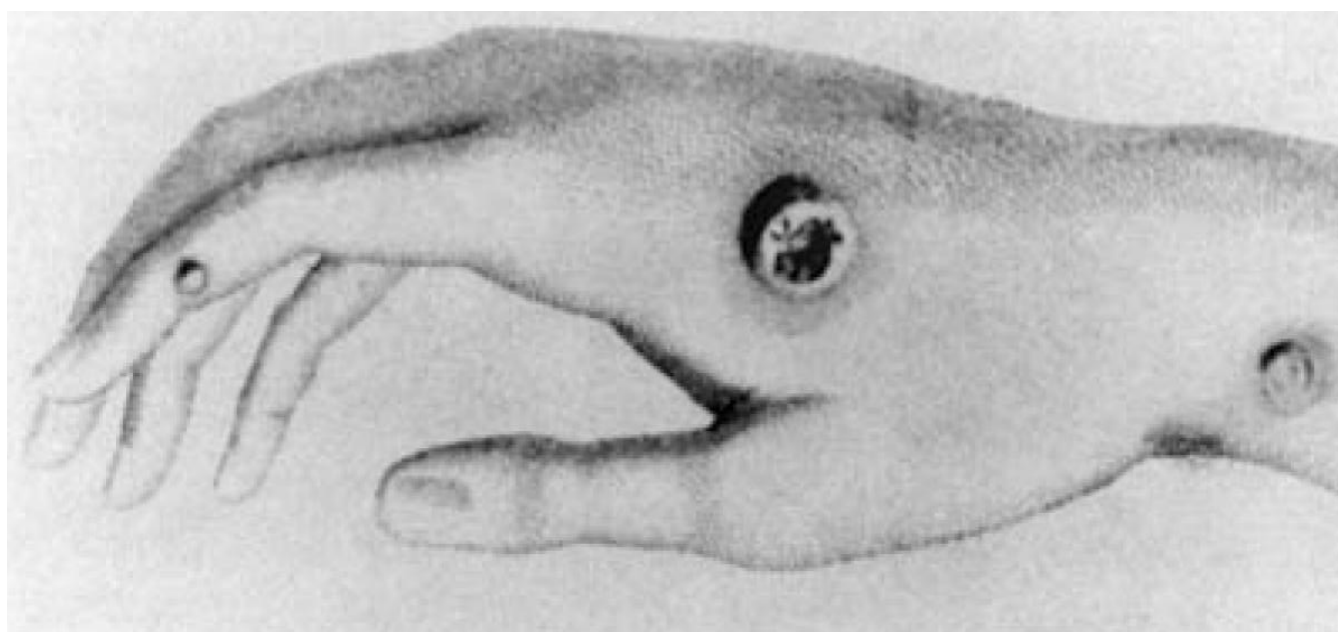
Luka cacar pada kepala mumi Firaun Ramses V (wafat 1156 SM) memperlihatkan bukti adanya penyakit tersebut. Penyakit cacar dijelaskan pada 1122 SM di China dan disebutkan dalam naskah kuno Sankrit dari India³.

Cacar diperkirakan masuk ke Eropa sekitar abad ke 7-8 Masehi dan sering menjadi epidemi selama Abad Pertengahan. Stadium awal keruntuhan Kekaisaran Romawi (108 M) bertepatan dengan epidemi skala besar yang menyebabkan kematian hampir 7 juta orang. Penyebaran cacar ke Benua Amerika terjadi karena penjelajahan Spanyol dan Portugis ke benua tersebut. Penyakit ini menurunkan populasi masyarakat lokal dan sebagai "alat" kejatuhan Kerajaan Aztec dan Inca. Di wilayah pesisir timur Amerika Utara, cacar disebarkan oleh koloni awal yang menetap dan menyebabkan turunya populasi penduduk asli. Penggunaan penyakit cacar sebagai senjata biologis pertama dimulai ketika Sir Jeffery Amherst, Komandan pasukan Inggris di Amerika Utara, menggunakannya untuk menurunkan populasi Indian Amerika. Faktor lain penyebaran cacar di Amerika Utara adalah adanya penjualan budak dari Afrika yang merupakan wilayah endemis cacar.



Edward Jenner (1749–1823)

Foto: courtesy of the National Library of Medicine



Lengan Sarah Nelm dengan bisul cacar sapi yang dijadikan sumber vaksinasi pertama Edward Jenner

Pada abad ke-18 di Eropa, sekitar 400.000 orang meninggal akibat cacar setiap tahun dan satu pertiga yang selamat mengalami kebutaan. Tingkat kematian penderita cacar bervariasi dari 20% hingga 60% dan yang selamat, mengalami luka parut yang buruk. Adapun tingkat kematian penderita anak-anak lebih tinggi, mendekati 80% di London dan 98% di Berlin selama akhir 1800an.

UPAYA PENCEGAHAN CACAR SEBELUM VAKSINASI

Sejak awal masyarakat sudah mengetahui jika penderita yang selamat dari cacar menjadi kebal terhadap penyakit tersebut. Sejak 1647, para penderita yang selamat diminta untuk merawat penderita cacar lainnya. Usaha mengobati cacar dilakukan menggunakan berbagai ramuan herbal, perawatan, bahkan menggunakan pakaian khusus. Akan tetapi, cara paling ampuh melawan cacar sebelum penemuan vaksinasi adalah inokulasi. Kata ini berasal dari bahasa latin, *inoculare*, yang artinya mencangkok. Inokulasi mengacu kepada pengolesan virus cacar secara subkutan, dari penderita kepada individu sehat tanpa imunitas terhadap cacar. Proses ini biasanya dilakukan menggunakan pisau bedah yang dibasahi cairan bisul cacar matang penderita. Praktek ini bermunculan di beberapa negara ketika mereka dihadapkan dengan cara mengatasi wabah cacar. Praktek ini memiliki risiko, penerima dapat terjangkit cacar dan menjadi sumber penularan, serta kemungkinan penularan penyakit lain seperti sifilis melalui praktek inokulasi ini².

Inokulasi atau disebut juga variolasi (berasal dari kata Variola) dilakukan di Afrika, India, dan China sejak lama sebelum abad ke-18. Para pedagang mengenalkan variolasi kepada Kekaisaran Ottoman Turki pada tahun 1670. Para wanita dari Kaukasus yang karena kecantikannya banyak diminati menjadi selir bagi kekaisaran Turki di Istanbul, telah diinokulasi sejak kanak-kanak sehingga kulitnya tidak ada luka bekas cacar. Wanita-wanita ini pastinya membawa praktek variolasi ke istana di Sublime Porte, pusat kekaisaran Ottoman.

MASUKNYA VARIOLA KE EUROPA

Variolasi masuk ke Eropa pada awal abad ke-18 bersamaan datangnya para pengembara dari Istanbul. Pada 1714, Royal Society London menerima surat dari Emanuel Timoni menjelaskan teknik variolasi yang ia saksikan di Istanbul. Surat yang mirip dikirimkan juga oleh Giacomo Pilarino pada 1716. Laporan ini menjelaskan praktek inokulasi subkutan, namun tetap tidak mengubah cara konservatif dokter-dokter Eropa dalam menghadapi penyakit cacar.

Lady Mary Montague menjadi kunci masuknya praktek variolasi ke Inggris⁴. Pada 1715, Lady Montague menderita penyakit cacar yang menyebabkan kerusakan pada wajahnya. Sementara itu, adik laki-lakinya meninggal dunia karena penyakit ini. Pada 1717, Lady Montague pindah ke Turki mengikuti suaminya. Beberapa minggu setelah tiba di Istanbul, Lady Montague menyurati temannya mengenai praktek variolasi yang dilakukan di



Mary Wortley Montagu (1689-1762)

Foto: courtesy of the National Library of Medicine

Istana Ottoman. Ia meminta ahli bedah kedutaan, Charles Maitland, untuk melakukan prosedur inokulasi terhadap anak laki-lakinya yang berusia 5 tahun. Sekembalinya ke London pada April 1721, Lady Montague meminta Charles Maitland menginokulasi anak perempuannya yang berusia 4 tahun dihadapan para dokter di lingkungan kerajaan Inggris. Berita prosedur variolasi profesional ini tersebar ke beberapa anggota keluarga kerajaan. Charles Maitland diberi kewenangan oleh pihak kerajaan untuk melakukan percobaan variolasi terhadap enam tahanan di Newgate pada 9 Agustus 1721 diamati oleh beberapa dokter istana, anggota Royal Society, dan anggota Sekolah Tinggi Kedokteran. Semua tahanan bertahan hidup pada percobaan tersebut dan semua yang terdedah cacar terbukti memiliki imun terhadap cacar. Beberapa bulan setelah keberhasilan percobaan pertama, Maitland sukses mengulang percobaan terhadap anak-anak yatim piatu dan dua anak perempuan Ratu Wales.

Metode variolasi akhirnya banyak diketahui oleh para dokter di Eropa dan mereka melakukan praktek variolasi dalam skala besar. Meskipun 2 – 3% individu yang mendapatkan variolasi mati karena penyakit cacar, menjadi sumber penularan baru, atau menjadi sakit karena praktek variolasi, namun praktek variolasi semakin populer. Praktek variolasi ini sampai ke Dunia Baru pada tahun 1721, masuk melalui koloni-koloni baru ke Amerika Utara. Cotton Mather (1663-1728) dan Dr. Zabdiel Boylston (1679-1766)

adalah dua orang tokoh yang mempopulerkan praktek variolasi untuk mencegah penyakit cacar, meskipun dengan kontroversi publik dan kalangan medis setempat. Mather dan Boylston membandingkan *fatality rate* antara penderita cacar sebesar 14% dan orang-orang yang dilakukan variolasi hanya 2%. Meskipun banyak dokter Inggris bersikap skeptis, namun data yang dipublikasikan Mather memiliki pengaruh, variolasi diadopsi di Inggris dan berkembang hingga Eropa Barat.

“In science credit goes to the man who convinces the world, not the man to whom the idea first occurs”. (FRANCIS GALTON)

VAKSINASI OLEH EDWARD JENNER

Lahir pada tanggal 17 Mei 1749 di Berkeley, Gloucester Inggris, anak dari Stephen Jenner, Edward Jenner merupakan seorang yatim piatu sejak usia 5 tahun. Pada usia 8 tahun Jenner diinokulasi cacar dan berhasil menjadi imun. Pada umur 13 tahun, Jenner mengetahui bahwa wanita pemerah susu tidak pernah terkena cacar karena pernah terkena penyakit cacar sapi (*cowpox*) dan ini sudah menjadi rahasia umum^{1,2}. Beranjak remaja, Jenner menjadi siswa magang George Harwicke, seorang ahli bedah. Pada usia 21 tahun, Jenner pergi ke London dan menjadi siswa dari John Hunter, seorang staff Rumah Sakit St. George di London yang membuatnya tertarik terhadap ilmu alam.

Pada Mei 1796, Edward Jenner mengetahui seorang wanita pemerah susu, Sarah Nelm, memiliki luka cacar sapi di lengannya³. Pada 14 Mei 1796, menggunakan materi dari luka wanita tersebut, Jenner menginokulasi seorang anak 8 tahun bernama John Phipps. Anak tersebut mengalami demam ringan dan rasa tidak nyaman di persendian. Sembilan hari kemudian, ia merasa kedinginan dan kehilangan nafsu makan, namun sembuh keesokan harinya. Pada Juli 1796, Jenner menginokulasi anak itu lagi, namun dengan penyakit cacar. Hal itu tidak menyebabkan anak tersebut sakit sehingga disimpulkan bahwa kekebalan telah terbentuk pada anak tersebut. Beliau mengirimkan naskah komunikasi pendek kepada Royal Society mengenai penelitian dan observasinya, namun ditolak. Setelah itu, pada 1798 Jenner mempublikasikan sebuah booklet kecil berjudul *“An Inquiry into The Causes dan Effect of The Variole Vaccinae, a disease discovered in some of the western countries of England, particularly Gloucestershire and known by the Name of Cow Pox”*. Publikasi mengenai penyelidikan ini mendapatkan beragam reaksi dari komunitas kedokteran. Bahasa latin untuk sapi adalah *vacca*, dan cacar sapi (*cowpox*) adalah *vaccinia*, Jenner menamai prosedur baru ini *vaccination* (vaksinasi)^{2,4}. Pada buku tersebut disajikan hipotesis bahwa infeksi cacar sapi melindungi dari penyakit cacar yang akan datang.

Di London, praktek vaksinasi populer berkat aktivitas teman sejawat lain seperti Henry Cline, Drs. George Pearson, dan William Woodville. Meskipun terdapat kesalahan, penipuan, dan kontroversi, penggunaan

vaksinasi menyebar di Inggris. Pada tahun 1800, praktek vaksinasi mencapai hampir semua negara-negara Eropa. Sedikit kesulitan memenuhi permintaan, Jenner mengirimkan vaksin secara sukarela kepada rekan sejawat dan orang yang memintanya. Setelah mendapatkan pengakuan secara nasional, terbentuklah Institut Vaksin Nasional, organisasi yang mengimplementasikan program vaksinasi di Amerika pada tahun 1800. Setelah beberapa tahun mendapatkan sejumlah penghargaan atas jasanya, Edward Jenner berangsur-angsur menarik diri dari kehidupan publik dan kembali ke praktek pengobatan di Berkeley. Setelah kematian anak tertua dan istrinya akibat tuberkulosis, Jenner semakin menarik diri dari publik hingga kematiannya pada 26 Januari 1823¹⁻³.

Meskipun Edward Jenner bukan secara teknis sebagai orang pertama yang menemukan vaksinasi untuk mengendalikan penyakit menular cacar, namun beliau merupakan orang pertama yang memberikan status ilmiah dan melakukan penyidikan ilmiah terhadap prosedur tersebut. Faktanya, penggunaan cacar dan cacar sapi untuk mencegah penularan cacar telah dikenal luas diantara dokter-dokter pedesaan di daerah penghasil susu di Inggris pada abad ke-18. Kerja keras dan determinasinya terhadap penelitian vaksinasi inilah yang mengubah cara pengobatan terhadap penyakit menular. Pada tahun 1950 an, beberapa kontrol program vaksinasi dilakukan dan penyakit cacar dieradikasi di banyak negara Eropa dan Amerika Utara⁵. Pada 1967, kampanye global eradikasi cacar dilakukan di bawah pengawasan *World Health Organization* dan dinyatakan berhasil pada satu tahun kemudian. Semua ini adalah pembuktian dan warisan yang diberikan oleh Edward Jenner bagi dunia medis.

“Jangan sekali-kali menginggalkan sejarah....”
(IR. SOEKARNO)

PUSTAKA

1. Wikipedia. Vaccine. <https://en.wikipedia.org/wiki/Vaccine>. Published 2018. Accessed January 29, 2018.
2. Riedel S. Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. *BUMC Proceeding*. 2005;18(1):21-25. doi:10.1159/000322101.
3. Willis NJ. Edward Jenner and the eradication of smallpox. *Scott Med J*. 1997;42(4):118-121. doi:10.1177/003693309704200407.
4. Zaimeche S, Al-Hassani S, Salem A. Lady Montagu and the Introduction of Smallpox Inoculation to England. <http://www.muslimheritage.com/article/lady-montagu-and-introduction-smallpox-inoculation-england>. Accessed January 29, 2018.
5. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2014;369(1645):20130433-20130433. doi:10.1098/rstb.2013.0433

MANGROVE TERDEGRADASI..WOW.!!



Ancaman terhadap ekosistem hutan mangrove terus berlangsung dan mengakibatkan terjadinya degradasi hutan mangrove baik secara kualitatif maupun kuantitatif

**OLEH:
ANDRI RULIANSYAH**

Ekosistem mangrove merupakan sumber daya alam terbuka (*open access resources*) yang unik karena berada di kawasan pesisir yang memiliki kekayaan sumber daya alam yang tinggi sehingga berbagai aktivitas ekologis dan ekonomi bersatu sehingga mengancam keberadaan ekosistem mangrove tersebut.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya degradasi ekosistem hutan mangrove disebabkan oleh erosi dan sedimentasi yang berlebihan, badai dan gelombang, salinitas yang terlalu tinggi (*hipersalinity*) dan degradasi yang diakibatkan oleh aktivitas manusia dalam mengkonversi hutan mangrove menjadi tambak dan lahan pertanian, serta adanya pencemaran minyak dan limbah beracun. Ancaman paling utama terhadap ekosistem hutan mangrove adalah perubahan fungsi lahan menjadi tempat permukiman dan tambak. Selain itu ancaman perambahan hutan mangrove untuk diambil kayunya

merupakan masalah serius yang terus terjadi sampai saat ini.

Hutan mangrove dapat dikembangkan apabila memenuhi 5 syarat yaitu temperatur di atas 20 °C, tanah berjenis aluvium yang berbutir halus, pantai yang tenang, airnya payau dan pasang surut. Jika beberapa faktor di atas berubah, maka mangrove berada pada kondisi yang rawan mengalami degradasi. Ancaman degradasi dapat terjadi karena komunitas mangrove hidup di lingkungan yang rawan (*stressed ecosystem*). Kerawanan ekosistem tersebut antara lain salinitas tanah tinggi, sehingga memerlukan suplai air tawar yang banyak; arus pasang surut, menyebabkan banyaknya terkumpul sampah organik terlarut; adanya gelombang yang dapat menyebabkan erosi; dan badai yang dapat menghancurkan ekosistem daerah mangrove.

Semua faktor tersebut memberikan pengaruh terhadap seluruh organisme yang hidup di kawasan hutan

mangrove, organisme yang bisa bertahan terhadap faktor-faktor tersebut akan bertahan, sedangkan yang tidak dapat bertahan akan punah. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pertumbuhan mangrove serta dapat mengakibatkan terjadinya degradasi ekosistem mangrove yaitu :

PASANG SURUT DAN SALINITAS

Di daerah pantai, pasang surut menentukan zonasi dari komunitas tanaman dan hewan yang ditemukan pada hutan mangrove. Durasi pasang surut mempunyai pengaruh besar terhadap perubahan salinitas di daerah mangrove. Pengaruh pasang surut terhadap vegetasi ditunjukkan dengan adanya periodisitas penggenangan hutan. Komposisi dan distribusi spesies pada area yang tergenang berbeda tergantung durasi dari pasang surut, dan frekuensi dari genangan.

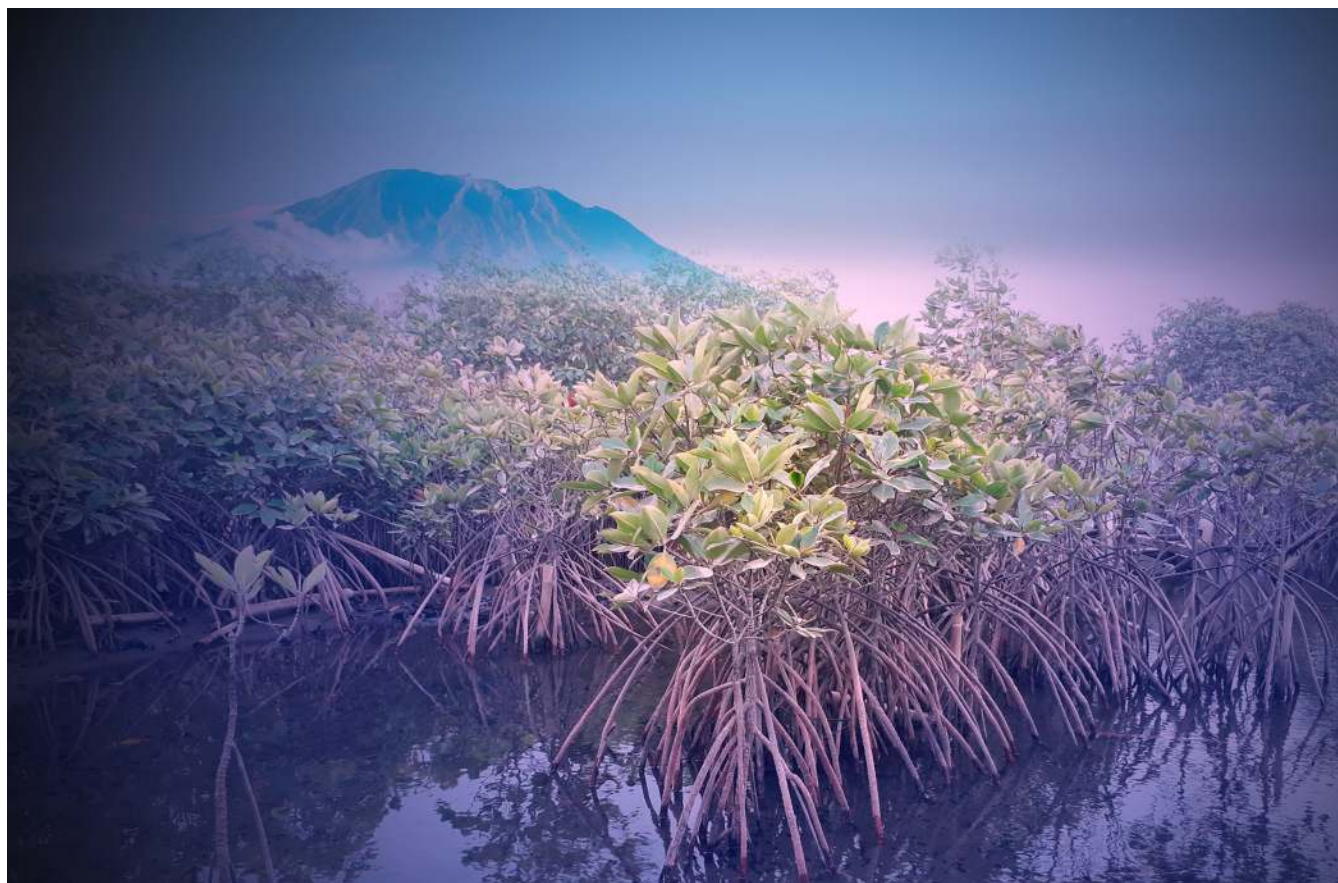


Foto: Hendrijoni/redaksi

Tumbuhan mangrove akan tumbuh dengan baik di daerah estuaria (badan air yang setengah tertutup) dengan kisaran salinitas antara 10-30 ppt (*part per thousand*). Klasifikasi zonasi untuk komunitas mangrove dibagi menjadi dua divisi yaitu pertama zona air payau ke air laut, dengan kisaran salinitas antara 10-30 o/oo dan kedua adalah zona air tawar ke air payau dengan salinitas antara 0-10 o/oo, pada waktu air pasang.

GELOMBANG, ARUS DAN SEDIMENTASI

Pantai selalu menyesuaikan bentuknya sedemikian rupa sehingga mampu menghancurkan energi gelombang yang datang. Ada dua tipe penyesuaian pantai terhadap gerak gelombang, yaitu penyesuaian terhadap kondisi gelombang normal dan penyesuaian terhadap kondisi gelombang badai. Gelombang dan arus di daerah mangrove dapat merubah langsung dan tidak langsung karakteristik struktur dan fungsi dari ekosistem mangrove. Gelombang dan arus memiliki pengaruh langsung pada distribusi dari spesies tanaman. Selain itu gelombang dan arus juga mempengaruhi kelangsungan hidup organisme akuatik, membawa transport nutrisi yang bermanfaat dari area mangrove ke laut terbuka.

KONDISI TANAH (SUBSTRAT)

Jenis tanah yang mendominasi kawasan mangrove dan baik untuk pertumbuhan biasanya adalah jenis lumpur mengandung pasir yang tinggi, bahkan dominan pecahan-pecahan karang. Nilai pH tanah di kawasan mangrove berbeda-beda, tergantung pada tingkat kerapatan vegetasi yang tumbuh di kawasan tersebut. Jika kerapatan vegetasi rendah, tanah akan mempunyai nilai pH yang tinggi. Secara umum, berdasarkan pengamatan terhadap kawasan-kawasan mangrove, nilai pH tidak banyak berbeda, yaitu antara 4,6 - 6,5.

KERAPATAN VEGETASI

Dari keadaan vegetasi, kerapatan kanopi berhubungan erat dengan umur tumbuhan, jenis dan kerapatan tegakan. Kerapatan tersebut dapat pula mengindikasikan kondisi baik atau jelek suatu tegakan hutan mangrove. Karakteristik struktural kerapatan tegakan hutan mangrove berbeda menurut tipe dan tingkat pertumbuhan hutan mangrove. Populasi suatu spesies dapat mempengaruhi fungsi suatu komunitas, distribusi individu antar spesies dalam komunitas, bahkan dapat memberikan pengaruh pada keseimbangan sistem yang ada di ekosistem hutan mangrove dan berpengaruh pada stabilitas komunitas.

AKTIVITAS MANUSIA

Kerusakan mangrove selain faktor alamiah (bio-fisik) dapat juga disebabkan oleh adanya aktivitas manusia. Aktivitas yang bertujuan melakukan perubahan lahan secara sengaja, yaitu mengkonversi lahan hutan mangrove menjadi lahan tambak dan pertanian, membendung aliran sungai yang menuju ke daerah estuaria sehingga tidak adanya sirkulasi air payau yang dapat mengakibatkan

salinitas tinggi, pengambilan bahan batu karang pantai dan pembangunan fasilitas infrastruktur secara permanen.

PENUTUP

Masalah degradasi ekosistem hutan mangrove perlu ditangani secara terpadu, terintegrasi dan komprehensif yang melibatkan semua pihak mulai dari pemerintah, masyarakat dan pengusaha sebelum terjadi kerusakan yang mengakibatkan kepunahan. Pengelolaan kawasan dilakukan dengan selalu memperhatikan aspek konservasi dan kearifan lokal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Jimenez JA, Lugo AE, Cintron G. Tree Mortality in Mangrove Forests. *Biotropica* [Internet]. 1985;17(3):177–85. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2388214>
2. Tandjung SD. *Ekologi dan Pengantar Ilmu Lingkungan*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Lingkungan Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta; 1992.
3. Hartono. Identifikasi Lahan Potensial untuk Rehabilitasi Mangrove di Jawa Tengah. *Terapan Teknik Penginderaan Jauh dan Sistem Informasi Geografi*. *Bul Ilm Instiper*. 1993;4(2).
4. Lugo AE. Mangrove Ecosystems: Successional or Steady State? *Biotropica* [Internet]. 1980;12(2):65–72. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2388158>
5. Aksornkoae S. *Ecology and Management of Mangroves*. Bangkok: IUCN, Wetlands Programme; 1993.
6. Supriharyono. *Konservasi Ekosistem Sumberdaya hayati di Wilayah Pesisir dan Laut Tropis*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar; 2007.
7. Triatmodjo B. *Teknik Pantai*. Yogyakarta: Beta Offset; 1999.
8. Poedjiastoeti H. *Studi Efektivitas Mangrove terhadap Erosi Pantai di Lingkungan Pesisir Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara Jawa Tengah*. Universitas Gadjah Mada; 1998.
9. Arief A. *Hutan Mangrove Fungsi dan Manfaatnya*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius; 2007.
10. Dewanti. R C, Kusmana T, Gantini S, Utaminingsih, Munyati, Ismail N, et al. *Pengembangan Model Aplikasi Pembangunan Data Inderaja Satelit untuk Inventarisasi dan Kerapatan Hutan Bakau*. Jakarta; 1996.
11. Day J, Yáñez-Arancibia A, Michael Kemp W, C. Crump B. *Estuarine Ecology, Second Edition*. New York: A John Wiley & Sons, Inc; 2012. p. 1–18.

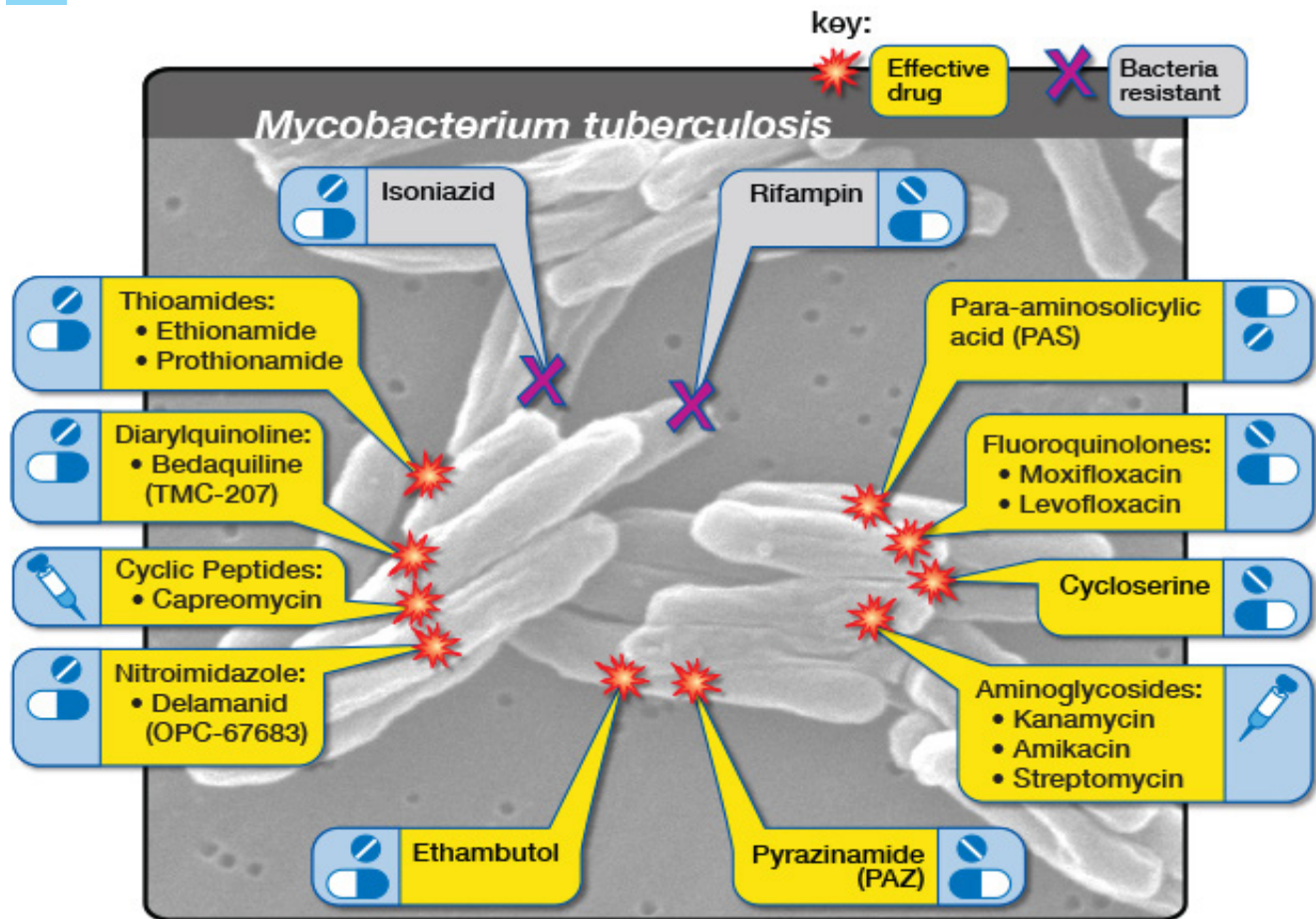
TUBERKULOSIS RESISTEN: *Kenali Faktor Risikonya*



Masalah resisten Obat Anti Tuberkulosis (OAT) perlu segera ditanggulangi karena angka kejadian resisten selalu mengalami peningkatan dari waktu ke waktu

OLEH:
WAWAN RIDWAN

Tuberkulosis (TB) yang lebih dikenal dengan nama TBC, adalah penyakit menular paru-paru yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*. Penderita TB aktif menularkan penyakit tersebut ketika batuk yang mengeluarkan titik-titik kecil air liur dan kemudian terhirup oleh orang sehat yang tidak memiliki kekebalan tubuh terhadap penyakit ini. Tuberkulosis menjadi masalah kesehatan global, penyebab kesakitan jutaan penduduk setiap tahun dan menempati peringkat kedua penyebab kematian karena penyakit infeksi di dunia setelah HIV-AIDS. Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penderita TB cukup besar, sekitar 5,8% dari total TB dunia dan menduduki peringkat terbanyak ke-4 dunia (WHO, 2013).



Kriteria Terduga TB RO :

1. Pasien TB gagal pengobatan OAT kategori 1
2. Pasien TB yang tidak konversi pengobatan OAT kategori 1
3. Pasien TB gagal pengobatan OAT kategori 2
4. Pasien TB yang tidak konversi pengobatan OAT kategori 2
5. Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB yang tidak standar
6. Pasien TB kambuh pengobatan OAT kategori 1 atau OAT kategori 2
7. Pasien TB yang kembali setelah putus berobat (loss to follow-up)
8. Terduga TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB RO
9. Pasien ko-infeksi TB-HIV yang tidak respons secara klinis maupun bakteriologis terhadap pemberian OAT
10. Kriteria Lain-lain (TB dengan Diabetes Melitus, TB primer)

Secara umum, pengobatan TB saat ini dijalankan dengan memberikan Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Obat khusus tersebut terdiri dari beberapa jenis antibiotik yang diberikan kepada Penderita TB dengan dosis yang tepat, serta dalam jangka waktu tertentu. OAT dibagi menjadi beberapa kategori tergantung dari klasifikasi

penderita TB termasuk ke kategori mana. Kategori OAT berbeda-beda baik jenis obat maupun dosisnya, semakin tinggi kategori semakin tinggi dosisnya. Begitu juga semakin tinggi kategorinya, jenis obatnya pun semakin keras. Jadi, Penderita TB dapat disembuhkan dengan pengobatan yang benar dan tepat.

Pada kenyataannya, penderita TB banyak yang "sudah" resisten terhadap obat anti TB yang diberikan. Apa artinya resisten obat? resisten obat adalah bentuk perlawanan dari bakteri, virus, dan parasit yang terjadi secara bertahap dimana agent penyakit tersebut kehilangan kepekaan terhadap obat tersebut.

Image: Courtesy of NIAID/Flicker.com

Sedangkan, definisi TB Resisten Obat (TB RO) adalah TB yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang telah resisten terhadap OAT. Hasil survei secara global menemukan bahwa OAT yang resisten terhadap *Mycobacterium tuberculosis* sudah menyebar dan mengancam kegiatan program pemberantasan dan penanggulangan tuberkulosis di berbagai negara di seluruh dunia (Ducati, 2006).

Terdapat 5 kategori resisten terhadap obat anti TB, yaitu :

- Monoresistan : Resisten terhadap salah satu OAT, misalnya resisten isoniazid (H)
- Poliresistan: Resisten terhadap lebih dari satu OAT, selain kombinasi isoniazid (H) dan rifampisin (R),
- *Multi Drug Resistance* (MDR): Resisten terhadap isoniazid dan rifampisin, dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalnya resisten HR, HRE, HRES
- *Extensively Drug Resistance* (XDR): TB MDR disertai resisten terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon dan salah satu dari OAT injeksi lini kedua (capreomisin, kanamisin dan amikasin).
- Resistan Rifampisin (TB RR): Resisten terhadap rifampisin (monoresistan, poliresistan, TB MDR, TB XDR) yang terdeteksi menggunakan metode fenotip atau genotip dengan atau tanpa resisten OAT lainnya (WHO, 2018).

Ada dua prinsip utama yang menjadi penyebab pada resisten obat TB, yaitu:

a. Resisten obat sekunder

Resisten obat sekunder adalah resisten yang terjadi pada penderita yang “pernah” mendapat OAT sebelumnya (Aditama, 1995). Resistensi obat sekunder muncul dari pengobatan yang tidak memadai, tidak lengkap atau kualitas perawatan yang buruk yang memungkinkan terjadinya mutasi strain baru yang resisten obat. Jika pasien TB RO diobati dengan rejimen (sebuah protokol pengobatan yang spesifik, termasuk apa obat yang diambil dan berapa dosis) secara eksklusif berdasarkan satu obat TB yang efektif, ada risiko bahwa bakteri dengan mutasi resisten akan dipilih dan berkembang biak lebih lanjut selama jalannya pengobatan, dan akhirnya menjadi strain yang dominan. Jika seseorang terinfeksi strain dimana awalnya resisten terhadap obat tertentu dan kemudian diobati dengan obat plus yang baru (obat tambahan), maka ada risiko mengembangkan resisten terhadap obat tambahan. Langkah-langkah tambahan obat pada akhirnya dapat menyebabkan pola resisten obat yang lebih berat dan akhirnya menjadi jenis TB yang tidak dapat diobati.

Mutasi alami secara simultan pada *Mycobacterium tuberculosis* menghasilkan resisten terhadap lebih dari satu obat TB adalah sangat jarang. Karena itu, perawatan yang tepat dengan kombinasi beberapa obat TB yang terjamin kualitasnya akan mengurangi risiko resisten strain.

Ini adalah alasan untuk menggunakan kombinasi obat-obatan yang terjamin kualitasnya saat merawat TB, sambil memastikan kepatuhan yang baik.

b. Resistensi obat primer

Resistensi obat primer adalah keadaan resisten terhadap OAT pada penderita yang “belum pernah” mendapat pengobatan dengan OAT sebelumnya. Faktor risiko terjadinya resistensi ini adalah kasus infeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang sudah resisten OAT. Keadaan penderita ini dijumpai secara geografis pada tempat yang mempunyai risiko tinggi untuk resisten OAT, atau secara etnis pada orang bukan kulit putih, pada orang muda, pada infeksi HIV, atau pada pemakaian berbagai obat-obat suntik (*American Society of Microbiology*. pp. 131-134). Mirip dengan TB yang rentan terhadap obat, TB RO hanya berkembang menjadi penyakit aktif pada minoritas dari mereka yang terinfeksi. Infeksi TB RO dapat tetap laten untuk jangka waktu yang lama.

Faktor yang berkontribusi pada penyebaran TB RO yaitu kelemahan sistem kesehatan. Sistem kesehatan umum yang tidak berfungsi dengan baik, berkontribusi pada terdiagnosis TB dan hasil pengobatan yang dapat mengarah pada pengembangan dan penyebaran obat-obatan yang resisten terhadap TB.

DAFTAR ACUAN

- Aditama, T.Y., Chairil A.S., dan Herry B.W. 1995. “Resistensi primer dan sekunder mikobakterium tuberkulosis”. Cermin Dunia Kedokteran. 101:48-49. Jakarta.
- American Society of Microbiology. pp. 131-134.
- Ducati, R.G., Netto A.R., Basso L.A. 2006. The resumption of consumption ñ A review on tuberculosis. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 101 (7): 697-714
- WHO. 2013. “Global Tuberculosis Report 2012”. Switzerland.
- WHO. 2018. “TB Drug Resistance Types 2018”. <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/types/en/>.
- Nugrahaeni, Dyan Kunthi, Upep Saiful Malik. 2015. “Analisis Penyebab Resistensi Obat Anti Tuberkulosis.Pdf.”. <https://www.researchgate.net/publication/283174604/download>.

SURVEILANS *Pre-TAS* (*TRANSMISSION ASSESMENT SURVEY*) FILARIASIS TERPADU DI KABUPATEN KARAWANG TAHUN 2018

SUBHAN¹

¹Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit Jakarta

Abstrak: Kabupaten Karawang telah selesai Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) selama 5 putaran mulai dari tahun 2013 - 2017 dengan angka cakupan pengobatan pada tahun 2017 sebesar 79%, sehingga akan dilanjutkan dengan survei *Transmission Assessment Survey* (TAS) untuk melihat apakah rantai penularan filariasis telah terputus. Namun, sebelum TAS dapat dilaksanakan, harus dilakukan survei *pre-TAS* yaitu pemeriksaan Mikrofilaria berbasis masyarakat di desa sentinel dan *spot check*. Kegiatan dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2018, di desa sentinel adalah Desa Payung Sari Kecamatan Pedes sedangkan Desa *spot check* adalah Desa Gempol Kolot Kecamatan Banyusari. Survei dilaksanakan mulai pukul 22.00 sampai 02.00 dini hari. Hasil pemeriksaan mikroskopis, semua sampel negatif sehingga Kabupaten Karawang dinyatakan lulus Survei *Pre-TAS* dan bisa dilanjutkan dengan penilaian TAS.

Kata kunci : *Pre-TAS*, Filariasis, POMP, Kabupaten Karawang

PENDAHULUAN

Filariasis adalah penyakit menular yang disebabkan infeksi cacing filaria yang ditularkan melalui gigitan berbagai jenis nyamuk. Penyakit ini tersebar luas di perdesaan dan perkotaan serta dapat menyerang semua golongan tanpa mengenal usia dan jenis kelamin. Pada tahun 2014 kasus filariasis menyerang 1.103 juta orang di 73 negara yang berisiko filariasis. Kasus filariasis menyerang 532 juta (57%) penduduk yang tinggal di Asia Tenggara (9 negara endemis) dan 410 juta (37%) penduduk yang tinggal di wilayah Afrika (35 negara endemis). Sedangkan sisanya (6%) di derita oleh penduduk yang tinggal di wilayah Amerika (4 negara endemis), Mediterania Timur (3 negara endemis) dan wilayah barat Pasifik (22 negara endemis). (Kementerian Kesehatan, 2016)

Di Indonesia pada tahun 2016 dilaporkan sebanyak 29 Provinsi dan 239 Kabupaten/Kota endemis filariasis, sehingga diperkirakan 102.279.739 orang yang tinggal di kabupaten/kota endemis tersebut berisiko terinfeksi filariasis. Kasus kronis Filariasis di Provinsi Jawa Barat (Jabar) tahun 2015 terbanyak 75 orang tersebar di 11 Kab/Kota meliputi : Kab. Bogor 37 orang, Kab. Kuningan 9 orang, Kab. Purwakarta 6 orang, Kota Depok 6 orang, Kab. Subang 3 orang, Kab. Karawang 3 orang, Kota Bandung 3 orang, Kab. Garut 2 orang, Kab. Sumedang 2 orang, Kota Sukabumi 2 orang, dan Kota Bekasi 2 orang. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2016)

Kabupaten Karawang merupakan salah satu wilayah di Provinsi Jabar yang tercatat adanya kasus filariasis dengan *Microfilaria rate* (Mf) sebesar 1,90 pada tahun 2006. Untuk jumlah kasus filariasis di Kabupaten Karawang secara kumulatif dari tahun 2012 (41 kasus), tahun 2013 sebanyak 43 kasus, tahun 2015 sebanyak 47 kasus. (Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2016). Kabupaten Karawang telah selesai melakukan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) selama 5 putaran mulai dari tahun 2013 sampai 2017 dengan angka cakupan pengobatan pada tahun 2017 sebesar 79%. Setelah pengobatan selama 5 tahun maka dilanjutkan dengan melakukan *Transmission Assessment Survey* (TAS) untuk melihat apakah rantai penularan filariasis telah terputus dengan telah dilaksanakannya POMP. Namun sebelum TAS dapat dilaksanakan, harus dilakukan survei pemeriksaan Mf berbasis masyarakat di desa sentinel dan *spot check* (survei Pre-TAS).

METODE

Penetapan lokasi survei hasil koordinasi Subdit Filariasis dan Kecacingan, BBTCLPP Jakarta bersama dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota sehingga terpilih desa sentinel adalah Desa Payung Sari, Kecamatan Pedes sedangkan Desa *spot check* adalah Desa Gempol Kolot Kecamatan Banyusari

Desa sentinel dipilih berdasarkan desa yang memberikan nilai Mf >1% pada saat pre-TAS awal untuk menentukan status endemisitas, sedangkan

desa *spot-check* dipilih desa yang paling memungkinkan bisa memberikan gambaran yang merata dan mewakili terhadap dampak pengobatan masal LF di Kabupaten Karawang.

Jumlah sampel yang dibutuhkan setidaknya 300 penduduk dari setiap desa sentinel/*spot-check*. Untuk kriteria responden diutamakan mereka yang berusia produktif yakni berusia dari >5-50 tahun. Survei dilaksanakan pada bulan Juni 2018 mulai pukul 22.00 sampai 02.00 WIB.

Sebelum survei dilaksanakan dilakukan *On The Job Training* (OJT) diberikan kepada petugas pre-TAS yang dilakukan di masing-masing Puskesmas. Pelaksanaan OJT diharapkan dapat memperdalam teknis pelaksanaan survei di tiap desa. Pelaksanaan OJT juga diikuti oleh para pendamping survei (tokoh masyarakat dan kader).

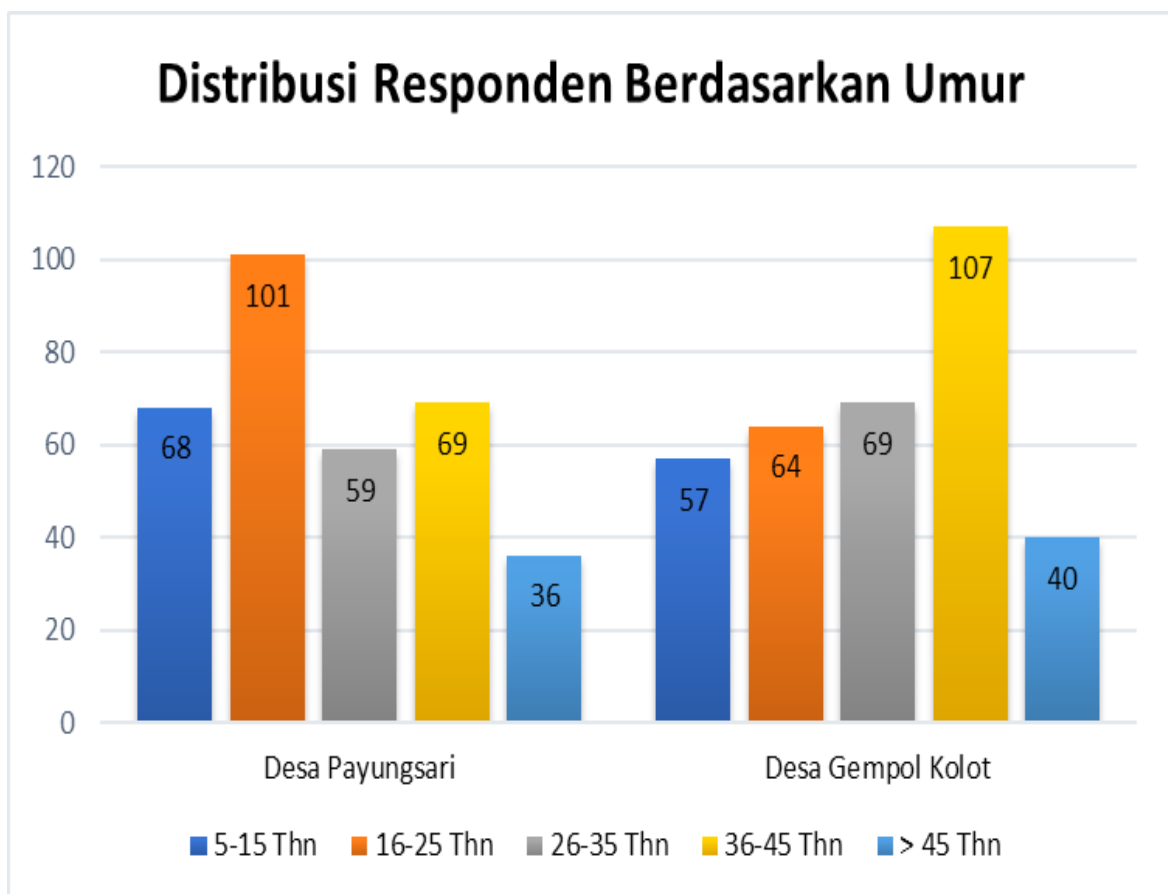
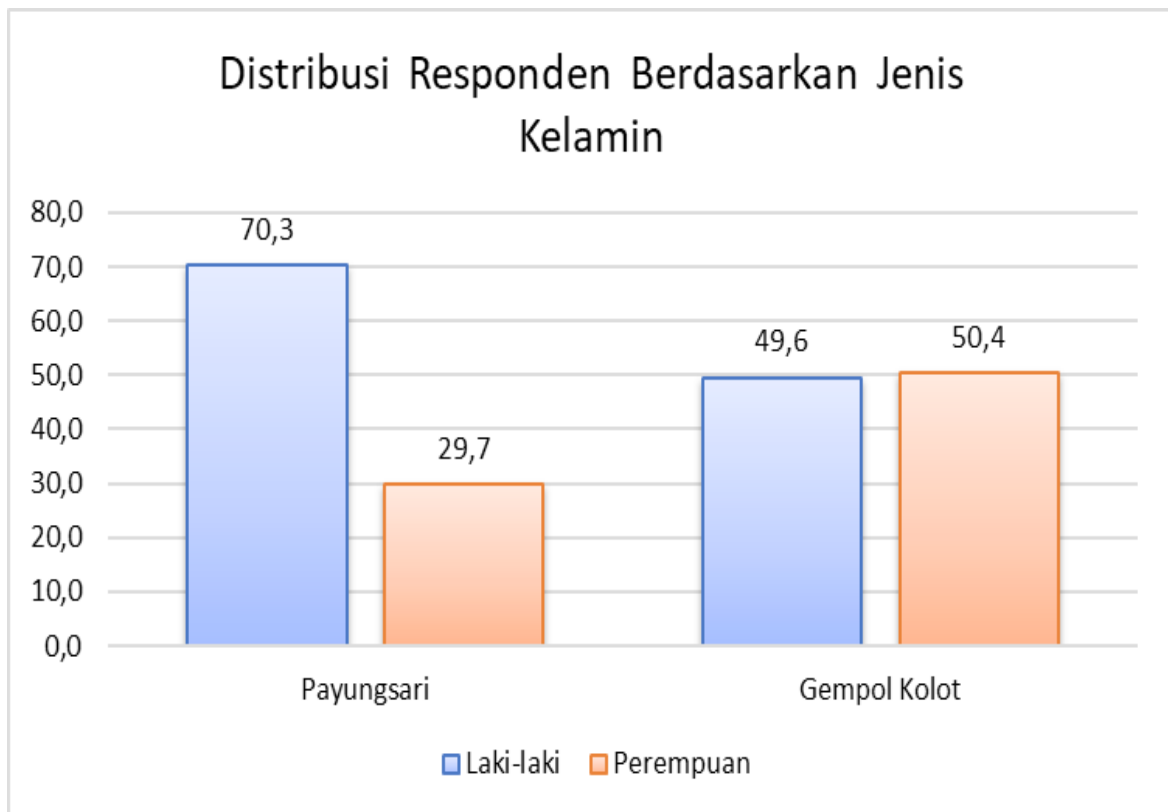
HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pelaksanaan survei didapat 670 sampel yang terdiri 333 sampel berasal dari Desa Payungsari dan 337 sampel dari Desa Gempol Kolot. Untuk topografi wilayah Desa Payungsari merupakan daerah pesawahan dekat dengan pantai sedangkan desa Gempol Kolot merupakan dataran rendah daerah pesawahan.

Berdasarkan jenis kelamin, di desa Payungsari mayoritas responden yang berpartisipasi pada survei Pre-TAS berjenis kelamin laki-laki (70,3%) sedangkan pada desa Gempol Kolot proporsi jenis kelamin laki-laki dan perempuan yang ikut dalam survei berimbang 50%. Responden di Desa Payungsari, termuda berusia 8 tahun dan yang tertua berusia 50 tahun dengan *mean* 27,87 tahun dan Standar Deviasi (SD) 12,359. Responden termuda di Desa Gempol Kolot berusia 5 tahun, tertua berusia 51 tahun dengan *mean* 30,62 tahun dan Standar Deviasi 12,718. Berdasarkan sebaran umur ini, berdasarkan usia, responden telah sesuai dengan prosedur yang ada yaitu berusia 5-50 tahun. Jika dilihat dari kelompok usia, di Desa Payungsari mayoritas responden berusia 16-25 tahun, sedangkan di Desa Gempol Kolot, mayoritas responden berusia 36-35 tahun. Berdasarkan sebaran umur ini, pengambilan

Tabel 1. Sebaran Umur Responden Survei Pre-TAS Filariasis di Kabupaten Karawang, 2018

Desa	Min	Max	Mean	SD
Payung	8	50	27,84	12,359
Gempol Kolot	5	51	30,62	12,718



Grafik 1. Distribusi Responden Survei Pre-TAS Filariasis di Kabupaten Karawang, 2018 Berdasarkan Jenis Kelamin [Atas]; Berdasarkan Umur [Bawah].

responden sudah cukup merata di tiap kelompok umur.

Hasil pemeriksaan mikrofilaria secara mikroskopis dari total sampel yang diperiksa adalah negatif. *Mf rate* survei pre-TAS di Kabupaten Karawang adalah 0% yang berarti tidak ditemukan adanya positif *Mf* di Kabupaten Karawang. Hasil ini sama dengan survei pre TAS lainnya di Jawa Barat yaitu Kab Tasikmalaya pada tahun 2018 yang juga didapatkan hasil negatif semua.

Secara umum, tidak ada kendala yang berarti pada saat pelaksanaan survei. Dukungan aparat pemerintah mulai dari Lurah sampai RT/RW setempat mempermudah mobilisasi masyarakat untuk datang ke posko-posko pengambilan darah. Desa payungsari dan Gempol Kolot merupakan desa yang juga menjadi lokasi Pre-TAS pertama tahun 2016 sehingga aparat pemerintah setempat sudah paham dengan tujuan dan mekanisme pelaksanaan survei.

Petugas-petugas yang terlibat baik dari Dinkes Kabupaten Karawang, Labkesda Kabupaten, serta Puskesmas setempat umumnya petugas yang juga ikut dalam survei darah jari (SDJ) sebelumnya, cukup paham mekanisme survei sehingga sudah cukup memahami tahapannya. Kendala yang ditemui di lapangan hanya sebatas kurangnya penerangan di beberapa posko serta meja dan bangku yang tidak ergonomis dalam proses pengambilan sampel. Hal ini menyebabkan petugas bekerja lebih ekstra untuk menyesuaikan kondisi tersebut.

KESIMPULAN

Dari hasil pemeriksaan mikroskopis, semua sampel negatif sehingga Kabupaten Karawang dinyatakan lulus Survei Pre TAS dan akan dilanjutkan dengan Survei Evaluasi Penularan Filariasis atau lebih dikenal dengan TAS yang akan dilaksanakan pada bulan Oktober 2018.

PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan. Infodatin Situasi Filariasis di Indonesia Tahun 2015, Pusdatin Kemenkes 2016
- Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 94 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Filariasis.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2016.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2016.

PENGEMBANGAN DAN IMPLEMENTASI JIWA KORSA DAN KODE ETIK PEGAWAI NEGERI SIPIL



Pengembangan jiwa korsa dan kode etik dapat dilakukan melalui keinginan yang timbul dalam dan luar organisasinya

OLEH:
FERY JELITAWATI

Jiwa korsa atau *corps greest* adalah semangat keakraban dalam korps, yang terimplementasi dalam kecintaan terhadap perhimpunan atau organisasi.

Ciri jiwa korsa yang baik antara lain : antusiasme dan rasa kebanggaan segenap anggota terhadap organisasinya, reputasi yang baik terhadap organisasi lain, semangat persaingan secara sehat dan bermutu, adanya kemauan anggota untuk berpartisipasi dalam disetiap kegiatan, dan kesediaan anggota untuk saling menolong.

Foto: Courtesy of Loka Litbangkes Pangandaran

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor: 42 tahun 2004 tentang pembinaan jiwa korps dan kode etik Pegawai Negeri Sipil (PNS) antara lain diatur mengenai nilai-nilai dasar yang terkandung di dalam pembinaan jiwa korps dan kode etik yang memuat kewajiban PNS terhadap negara dan pemerintah, organisasi, masyarakat, diri sendiri, sesama PNS serta penegakan kode etik.

Kode etik PNS adalah pedoman sikap, tingkah laku dan perbuatan PNS dalam melaksanakan tugasnya dan pergaulan hidup sehari-hari. Dalam pelaksanaan tugas kedinasan dan kehidupan sehari-hari setiap PNS wajib bersikap dan berpedoman pada etika dalam bernegara, dalam penyelenggaraan pemerintahan, berorganisasi dan bermasyarakat.

Pelanggaran kode etik adalah segala bentuk ucapan, lisan, atau perbuatan PNS yang bertentangan dengan butir-butir jiwa korps dan kode etik PNS. PNS yang melakukan pelanggaran kode etik dikenakan sanksi moral. Sanksi moral dibuat secara tertulis dan dinyatakan oleh pejabat yang berwenang. Sanksi moral berupa pernyataan secara tertutup atau pernyataan secara terbuka.

Pernyataan secara tertutup yaitu pernyataan yang disampaikan oleh pejabat yang berwenang atau pejabat

lain yang ditunjuk dalam ruang tertutup. Pengertian dalam ruang tertutup yaitu bahwa penyampaian pernyataan tersebut hanya diketahui oleh PNS yang bersangkutan dan pejabat yang menyampaikan pernyataan serta pejabat lain yang terkait dengan catatan pejabat terkait tersebut tidak boleh berpangkat lebih rendah dari PNS yang bersangkutan. Pernyataan secara terbuka yaitu pernyataan dapat disampaikan melalui forum-forum pertemuan resmi PNS, upacara bendera, media masa dan forum lainnya yang dipandang sesuai.

Dalam pemberian sanksi moral harus disebutkan jenis pelanggaran kode etik yang dilakukan PNS. PNS yang melakukan pelanggaran kode etik selain dikenakan sanksi moral, tidak menutup kemungkinan yang bersangkutan dijatuhi hukuman disiplin PNS atau tindakan administrasi lainnya oleh pejabat yang berwenang menghukum berdasarkan rekomendasi dari Majelis Kode Etik. Penjatuan hukuman disiplin bagi PNS harus berdasarkan ketentuan yang diatur dalam Peraturan disiplin PNS.

Tujuan pembinaan jiwa korps PNS adalah membina karakter / watak PNS; memelihara rasa persatuan dan kesatuan secara kekeluargaan guna mewujudkan kerjasama dan semangat pengabdian kepada masyarakat serta meningkatkan kemampuan dan keteladanan PNS;

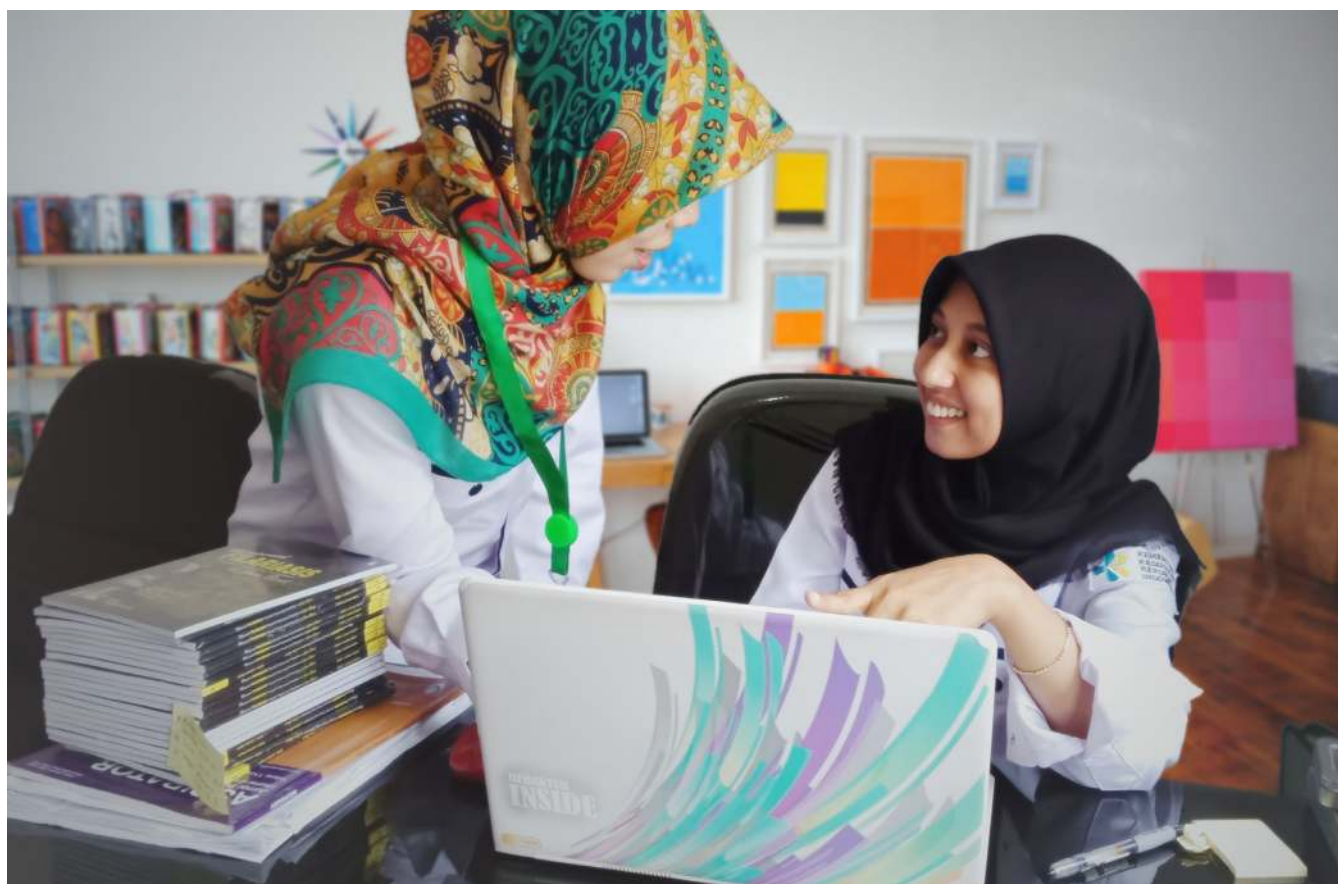


Foto: Hendrijoni/Redaksi



mendorong etos kerja untuk mewujudkan PNS yang bermutu tinggi dan sadar akan tanggungjawabnya sebagai abdi masyarakat dan abdi negara; menumbuhkan dan meningkatkan semangat kesadaran dan wawasan kebangsaan PNS sehingga dapat menjaga persatuan dan kesatuan dalam Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Berikut ini beberapa contoh ruang lingkup pembinaan jiwa korsa PNS yaitu mencakup : Pertama, peningkatan etos kerja dalam rangka mendukung produktivitas kerja dan profesionalitas PNS. Etos kerja aparatur yang dimaksud adalah kegiatan atau upaya-upaya untuk menggali dan menerapkan nilai-nilai positif dalam organisasi/instansi pemerintah yang disepakati oleh para anggota (PNS) untuk meningkatkan produktivitas kerja. Lingkup kegiatan etos kerja aparatur ialah bersifat *off job relation*. Artinya, kegiatan itu berada diluar kewenangan-kewenangan formal dalam mendukung pencapaian tujuan organisasi. Kedua, partisipasi dalam penyusunan kebijakan pemerintah yang terkait dengan PNS.

Ketiga, peningkatan kerjasama antara PNS untuk memelihara dan memupuk kesetiakawanan dalam rangka meningkatkan jiwa korps PNS. Keempat, perlindungan terhadap hak-hak sipil atau kepentingan PNS sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dengan tetap mengedepankan kepentingan rakyat, bangsa dan Negara.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang nomor 5 Tahun 2010 tentang Aparatur Sipil Negara.
2. Peraturan Pemerintah nomor : 42 tahun 2004 tentang Pembinaan Jiwa Korps dan Kode Etik PNS

Foto: Courtesy of Loka Litbangkes Pangandaran



Histori dan Misteri

“Sesungguhnya Allah, hanya pada sisi-Nya sajalah pengetahuan tentang Hari Kiamat; dan Dia-lah Yang menurunkan hujan, serta mengetahui apa yang ada dalam rahim. Dan tiada seorangpun yang dapat mengetahui (dengan pasti) apa yang akan diusahakannya besok. Tiada seorangpun yang dapat mengetahui di bumi mana dia akan mati. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui lagi Maha Mengenal.” (QS. Luqman: 34)

OLEH:
YOKE ASTRIANI



Dua kata diatas adalah bagian dari perjalanan hidup. Bagian hidup yang telah menjadi masa lalu dan bagian hidup yang tak pernah kita tau bagaimana dan apa yang akan terjadi. Setiap orang pasti memiliki masa lalu yang berbeda karna setiap warna yang terlukis di perjalan hidup memiliki cerita yang berbeda bak pelangi “mejikuhibiniu” yang muncul setelah hujan turun.

Kehidupan yang sudah kita lalui akan tercatat sebagai histori atau sejarah yang menyimpan banyak kenangan dan tak bisa kita ulang sama persis. Setiap orang punya masa lalu, entah itu masa lalu yang manis maupun yang pahit. Kita tidak akan pernah bisa merasakan kesedihan ataupun kegembiraan yang persis sama dengan satu minggu yang lalu, satu hari yang lalu bahkan 1 detik yang lalupun kita tidak akan bisa, karena waktu akan terus berjalan maju dan tidak akan pernah mengizinkan sedikitpun detiknya untuk berhenti. Masa lalu itu “pembelajaran hidup” karena guru yang terbaik dalam hidup kita adalah pengalaman bukan? So...Setiap masa lalu harus membuat hari ini menjadi lebih baik.

Perihal masa depan itu sebuah misteri karena kita tidak akan pernah tau apa yang akan terjadi pada kita hari esok bahkan untuk satu menit didepan kita saja kita tidak tau karena masa depan kita ada dalam genggamannya Allah. Kita hanya diberi kemampuan untuk merencanakan sesuatu di masa depan tapi hanya Allahlah yang Maha Menentukan apa yang akan terjadi esok seperti dalam firmanNya, Q.S Luqman: 34.

Karena penuh misteri, kadang sebagian orang cemas dan khawatir akan masa depan, sehingga mengganggu kehidupan saat ini. Padahal itu adalah hal yang sia-sia belaka. Kenapa??? Karena kita disibukkan dengan sesuatu

yang belum terjadi, padahal untuk hari ini banyak sekali yang bisa kita lakukan dan lebih bermanfaat tentunya... Lihatlah masa depan dengan selalu bekerja keras dan tidak lupa meningkatkan iman dan taqwa. Meskipun sebuah misteri tapi hati akan terasa tenang dan bahagia..

Kemarin adalah kenangan, hari esok adalah misteri yang belum tentu akan menghampiri, yang nyata hanyalah hari ini. Pada saat ini kita memiliki kesempatan yang sangat besar untuk melakukan banyak hal yang bermanfaat, berusaha memperbaiki kesalahan apapun yang telah diperbuat di masa lalu dan mempersiapkan masa depan. Bersyukurlah atas kesempatan untuk hidup di hari ini. Nikmatilah setiap momen yang kita alami hari ini, karena momen ini akan menjadi kenangan manis dan buruknya hari ini hanya menjadi coretan kecil di masa depan, tentunya sebagai pembelajaran.

Dalam sebuah kehidupan yang masih menjadi misteri ini mungkin ada janji yang belum tertepati, mungkin ada tugas yang belum terselesaikan, mungkin ada pertemuan yang belum sempat dilakukan, mungkin ada pesan yang belum sempat tersampaikan, mungkin ada mimpi yang belum terwujudkan, mungkin ada pembicaraan yang belum terselesaikan, mungkin ada kesempatan yang terlewatkan, mungkin ada ruang yang belum terisi, mungkin ada rasa yang tak terhiraukan, mungkin ada kesemrawutan yang belum di susun hingga bisa menjadi deretan histori yang indah. Sebandingkah semua itu dengan hembusan nafas yang masih menjadi misteri untuk kita?

~ Wallahu A'lam bishawab, Hanya Allah yang Maha Mengetahui. ~



World
AIDS
Day

DECEMBER 1



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
Badan Litbang Kesehatan
Loka Litbangkes Pangandaran
© 2018