

KOTA SEHAT

***RANCANGAN INOVASI PROGRAM
BERBASIS ILMU KEPERAWATAN***

Anung Ahadi Pradana, Fertin Mulyanasari,
Rizkiyani Istifada, Sri Ayu Rahayu S. Paneo,
dkk.

Infermia Publishing

KOTA SEHAT: RANCANGAN INOVASI PROGRAM BERBASIS ILMU KEPERAWATAN

@Anung Ahadi Pradana, Fertin Mulyanasari, Rizkiyani Istifada,
Sri Ayu Rahayu S. Paneo, dkk.

ISBN 978-623-91713-6-0

EDITOR KEPALA

Agus Setiawan, S.Kp., M.N., D.N.

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok

TIM EDITOR

Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok
Instruktur Klinik Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga–Bekasi

Ns. Fertin Mulyanasari, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok
Dosen Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa–Serang

Ns. Rizkiyani Istifada, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok

Ns. Sri Ayu Rahayu S. Paneo, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok

KONTRIBUTOR

Ns. Annisa Febriana, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Dosen Program Studi DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura–Banjarmasin

Ns. Ema Dessy Naediwati, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan

Universitas Lambung Mangkurat–Banjarmasin

Ns. Evanny Indah Manurung, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Clinical Educator Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Pelita Harapan–Tangerang

Ns. Filia Sofiani Ikasari, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Dosen Program Studi DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura–Banjarmasin

Ns. Ni Luh Putu Dian Yunita Sari, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Dosen Program Studi S1 Keperawatan dan Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Usada Bali–Bali

Ns. Rezky Mulyana, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Ns. Rizki Kurniadi, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia–Depok

Perawat Puskesmas Pangkalan Lesung

Kabupaten Pelalawan–Riau

Ns. Saras Anindya Nurhafid, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok

Ns. Ummi Malikal Balqis, M.Kep.

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia–Depok
Kepala Bagian Kesehatan
Sasana Tresna Werdha RIA Pembangunan–Jakarta

DESAIN COVER DAN LAYOUTER

Ns. Moh. Heri Kurniawan, M.Kep.

Cetakan Pertama, Februari 2020

PENERBIT:

INFERMIA PUBLISHING

Jl. Kedoya Raya No.29, RT.04/RW02,
Pondok Cina, Beji, Depok, Jawa Barat, 16424
Email: infermiapublishing@gmail.com.

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, sehingga buku Kota Sehat: Rancangan Inovasi Program Berbasis Ilmu Keperawatan dapat diterbitkan. Peningkatan jumlah penduduk Indonesia yang telah mencapai 260 juta dalam satu dekade terakhir membawa sisi positif dan negatif terhadap perkembangan manusia Indonesia dalam tahun-tahun yang akan datang. Peningkatan kemampuan pemerintah dalam memenuhi kebutuhan dasar yang meliputi makanan, perumahan, pekerjaan, pendidikan, serta kesehatan menjadi satu hal krusial yang juga berpengaruh terhadap kualitas individu negara ini.

Kondisi pemerataan pembangunan Negara Indonesia sejak era reformasi mengalami perubahan cukup signifikan, di antaranya terkait perubahan konsep sentralisasi menjadi desentralisasi yang mengutamakan peran aktif dari pemerintah daerah beserta seluruh masyarakat untuk berperan serta dalam pengembangan pembangunan di daerahnya. Dalam konsep kesehatan, perubahan paradigma yang awalnya berfokus kepada kuratif hingga berubah menjadi promotif preventif yang utama patut mendapat apresiasi dan dukungan dari berbagai pihak.

Pemenuhan kebutuhan kuratif dapat memperberat beban jaminan kesehatan serta pola pikir masyarakat yang menganggap bahwa pelayanan kesehatan hanya berfungsi saat kondisi sakit melanda. Di lain sisi, pemenuhan paradigma promotif preventif yang semakin aktif didengungkan pemerintah melalui program Germas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) merupakan paradigma

kesehatan baru yang diusung oleh negara-negara maju yang mengutamakan peran aktif warga masyarakat untuk menjaga kesehatannya.

Kondisi kesehatan maksimal yang dimiliki masyarakat tentunya tidak dapat tercapai apabila tidak ada peran aktif dari pemerintah daerah, pihak swasta, serta masyarakat sendiri. Pemerintah daerah memiliki peran dalam menentukan kebijakan yang mendukung peningkatan kondisi kesehatan warganya serta melakukan evaluasi secara rutin dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. Pihak swasta dapat juga berperan serta untuk mendukung kebijakan yang telah dibuat melalui pelaksanaan berbagai event-event kesehatan maupun mendukung proses kegiatan masyarakat melalui sumbangan dan bantuan dana dari Corporate Social Responsibility (CSR) yang dimiliki. Pihak terakhir yang turut berperan penting yakni masyarakat melalui peran aktif dalam menjalankan kebijakan yang tersedia serta mengkritisi berbagai kebijakan pemerintah yang tidak berpihak akan peningkatan kesehatan masyarakat.

Kota Sehat merupakan inisiatif yang dikembangkan untuk mendukung dan mewujudkan tatanan serta lingkungan yang bersih, nyaman, aman, dan sehat di mana individu dapat hidup dan berinteraksi untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perwujudan Kota Sehat menjadikan setiap pemangku kepentingan turut memiliki andil untuk ikut berperan dalam pelaksanaannya. Permasalahan kesehatan yang terjadi di komunitas perkotaan sangat beragam, keadaan ini dapat dilihat pada permasalahan kesehatan sepanjang daur kehidupan mulai dari permasalahan kesehatan pada anak, remaja, dewasa,

dan lansia, sehingga dibutuhkan pengembangan inovasi strategi khusus dalam mengembangkan Kota Sehat.

Buku berjudul Kota Sehat: Rancangan Inovasi Program Berbasis Ilmu Keperawatan ini merupakan hasil rangkuman diskusi berdasarkan penugasan terkait Kota Sehat dari para mahasiswa yang saya ampu di Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, tempat saya mengajar. Hasil pemikiran-pemikiran kritis yang dihasilkan melalui rancangan inovasi program yang berbasis Evidence based kebijakan yang sudah ada di lapangan, dianalisis melalui strategi analisis Strength, Weakness, Opportunity, dan threat (SWOT), telah didiskusikan bersama dan dibentuk dalam suatu kerangka buku.

Melalui buku ini, para penulis berusaha menyajikan konsep Kota Sehat dan berbagai inovasi yang ditinjau dari isu kesehatan sepanjang daur kehidupan dan dilihat dari perspektif Keperawatan Komunitas. Keperawatan Komunitas merupakan keilmuan yang berfokus pada kesehatan di masyarakat melalui pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat. Perawat komunitas memiliki peran untuk dapat mewujudkan Kota Sehat di Indonesia. Besar harapan kami agar buku ini dapat menjadi salah satu referensi yang dapat digunakan oleh sejawat perawat maupun profesi lain dalam upaya mengembangkan Kota Sehat di Indonesia.

Salam Sehat,

Agus Setiawan, S.Kp., M.N., D.N.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	viii
GLOSARIUM	xi
 BAB 1 PENDAHULUAN.....	 1
 BAB 2 KONSEP KOTA SEHAT	 5
A. Definisi	5
B. Sejarah	7
C. Tujuan dan sasaran	10
D. Kebijakan	11
E. Indikator Kota Sehat	12
F. Kota Sehat dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).....	16
G. Peran Keperawatan Komunitas dalam Pencapaian Kota Sehat	20
H. Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)	22
 BAB 3 ISU KESEHATAN SEPANJANG DAUR KEHIDUPAN	 26
A. Bayi/Balita	26
1. Konsep Bayi/Balita.....	26
2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Bayi/ Balita.....	27
3. Masalah Kesehatan Bayi/Balita di Wilayah Perkotaan	29
B. Anak Usia Sekolah	30
1. Konsep Anak Usia Sekolah.....	30
2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Anak Usia Sekolah.....	30
3. Masalah Kesehatan Anak Usia Sekolah di Wilayah Perkotaan.....	33
C. Remaja	35
1. Konsep Remaja.....	35
2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Remaja.....	36

3. Masalah Kesehatan Remaja di Wilayah Perkotaan.....	39
D. Dewasa.....	41
1. Konsep Dewasa.....	41
2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Dewasa	41
3. Masalah Kesehatan Dewasa di Wilayah Perkotaan	43
E. Lanjut Usia (Lansia).....	43
1. Konsep Lanjut Usia.....	43
2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Lanjut Usia.....	44
3. Masalah Kesehatan Lansia di Wilayah Perkotaan	47
 BAB 4 PROGRAM INOVASI DALAM MENGEMBANGKAN KOTA SEHAT.....	 50
1. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Penanganan Tindakan Kekerasan pada Anak dalam Lingkup Kota/ Kabupaten Pasaman, Sumatera Barat	52
2. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Anti-Bullying menuju Layak Anak Tahun 2030 di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan.....	62
3. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Layak Anak Berbasis Kantin Sehat di Pekanbaru, Riau.....	72
4. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Rumah Remaja di Kota Martapura, Kalimantan Selatan	84
5. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Forum Remaja Peduli Gizi (For-Peg) di Kota Jakarta	94
6. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Sehat Berbasis Pasar Sehat di Kota Serang, Banten	106
7. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Bebas Tuberkulosis di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara	117

8. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kader-Mu Peduli Hipertensi (Kemudi) di Kota Metro, Lampung.....	133
9. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Ramah HIV Bebas Stigma dan Diskriminasi di Kota Gorontalo, Gorontalo.....	145
10. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Perencanaan Skenario Kesehatan Kota untuk Menurunkan Angka Kejadian ISPA di DKI Jakarta	154
11. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Lansia Sehat Berbasis Inovasi Integrasi Program Prolanis, Kartu Sehat Bekasi & Program All - In Care For Elderly (PACE) di Kota Bekasi, Jawa Barat.....	164
12. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Pengembangan Kota Sungai yang Santun Lansia di Kota Martapura, Kalimantan Selatan	175
13. Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Tari Janger Lansia Pendukung Kota Denpasar Ramah Lansia 2030 di Kota Denpasar, Bali	189

BAB 5

PENUTUP	203
DAFTAR PUSTAKA.....	204

GLOSARIUM

Bonus Demografi	Besarnya penduduk usia produktif antara 15 tahun hingga 64 tahun dalam suatu negara.
<i>Bullying</i>	Mengganggu; mengusik terus menerus; menyakiti orang lain baik secara fisik, verbal, dan sosial secara berkali-kali.
Degeneratif	Perubahan menjadi sesuatu yang rusak.
Era <i>baby boom</i>	Periode yang ditandai dengan peningkatan angka kelahiran yang signifikan.
<i>Golden period</i>	1.000 pertama hari kehidupan yang dimulai saat pembuahan sampai anak berusia 2 tahun.
Kartu Menuju Sehat (KMS)	Kartu yang digunakan untuk memonitor status gizi berdasarkan berat badan dan tinggi badan yang diukur setiap bulan di posyandu/pelayanan kesehatan primer
Kuantitatif	Berdasarkan jumlah atau banyaknya.
Lingkungan Fisik	Keadaan yang terdapat di sekitar tempat hidup yang memengaruhi individu secara langsung ataupun tidak langsung.
Obesitas	Penumpukan lemak yang berlebihan di dalam badan atau kegemukan.
Penyakit Menular	Penyakit yang disebabkan mikroorganisme baik bakteri, virus, maupun jamur yang bisa ditularkan dari satu orang penderita kepada orang sehat sehingga menyebabkan sakit.
<i>Reward and Punishment</i>	Penghargaan dan hukuman.
Standar Pelayanan Minimal	Ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
Urbanisasi	Pergeseran populasi dari perdesaan menuju perkotaan.
Usia Produktif	Usia ketika seseorang masih mampu bekerja dan menghasilkan sesuatu.

BAB 1

PENDAHULUAN

Pertumbuhan penduduk di dunia saat ini menunjukkan peningkatan signifikan, khususnya penduduk kota di negara berkembang (Kemendagri dan Kemenkes RI, 2005). Peningkatan jumlah penduduk berdampak pada bonus demografi yang dapat diartikan sebagai keuntungan ekonomis, karena menurunnya rasio ketergantungan (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2015). Bonus demografi sudah dinikmati negara-negara di Asia Timur, seperti China, Jepang, dan Korea yang ditandai dengan peningkatan pendapatan per kapita (Bloom & Finlay, 2009). Pada negara berkembang, bonus demografi diprediksi akan terjadi pada 2020 dan 2030 (Assistance Team on Fiscal Decentralization for the Minister of Finance, 2011).

Kondisi bonus demografi tidak secara otomatis mudah terjadi pada suatu negara, tetapi bonus demografi memberikan dampak pada kondisi beban demografi yang justru menimbulkan berbagai masalah, salah satunya masalah kesehatan. Keragaman jumlah usia penduduk di Indonesia dapat menjadi faktor penting yang memicu masalah terjadinya dampak dari beban demografi. Hal ini dibuktikan dengan kondisi era baby boom yang terjadi pada kurun 1950-1970 ketika terjadi transformasi peledakan jumlah penduduk, khususnya pada lansia. Hasil proyeksi Sensus Penduduk tahun 2010 memprediksi persentase lansia Indonesia pada tahun 2035 akan mencapai 15% dari total penduduk Indonesia (BPS, 2017). Hal ini menjadi

tanda-tanda awal terjadinya pergeseran struktur penduduk di dunia maupun Indonesia yang akan menciptakan tantangan tersendiri. Tidak hanya itu, prediksi ledakan bonus demografi pada tahun 2020 dan 2030 ini membuat Indonesia diprediksi akan mengalami rasio ketergantungan berada pada tingkat terendah, karena penduduk usia kerja lebih dari dua kali lipat penduduk usia nonkerja, yakni mereka yang berada pada usia dewasa yang merupakan usia produktif.

Berbagai masalah yang muncul karena pertumbuhan penduduk tidak disertai dengan pembangunan manusia berkualitas, seperti terjadinya kepadatan lalu lintas, pencemaran udara, perumahan kurang sehat, pelayanan masyarakat tidak layak, serta meningkatnya angka kriminal, kekerasan, dan penggunaan obat terlarang (Kemendagri dan Kemenkes RI, 2005). Beberapa hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu yang memungkinkan terjadinya masalah kesehatan pada setiap rentang usia yang ada di Indonesia, tidak hanya masalah kesehatan fisik, tapi juga psikis. Survei yang dilakukan di tahun 2018 menunjukkan masalah kesehatan baik berupa penyakit menular dan tidak menular, kecelakaan kerja, kesehatan lingkungan maupun kesehatan jiwa, lebih banyak terjadi di wilayah perkotaan dibandingkan perdesaan (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Percepatan pertumbuhan urbanisasi yang terjadi saat ini merupakan masalah paling penting pada kehidupan kota, seperti meningkatnya kebutuhan makanan dan ketersediaan air bersih, rumah yang aman, pembuangan limbah yang baik, dan pelayanan kesehatan yang memadai. Semua masalah ini berpengaruh terhadap kesehatan

dan menyebabkan meningkatnya penyakit menular, kekurangan gizi, gangguan mental, dan penyakit saluran napas kronis. Kesehatan perkotaan mempertimbangkan karakteristik-karakteristik lingkungan. Faktor-faktor yang bertanggung jawab terhadap kesehatan penduduk perkotaan di antaranya adalah lingkungan fisik, lingkungan sosial, dan akses ke layanan kesehatan dan sosial. Lingkungan dalam kota sering diamati melalui tingkat pengangguran yang tinggi, kurangnya keterampilan pendidikan dan pekerjaan, keluarga berantakan, konsumsi alkohol dan penyalahgunaan narkoba, dan pendapatan rendah bagi masyarakat.

Masyarakat perkotaan dapat ditandai dengan dukungan sosial negatif, seperti yang ditemukan terkait dengan penyalahgunaan narkoba yang tinggi di kalangan masyarakat perkotaan. Selain itu, tingginya tingkat stres yang dialami masyarakat perkotaan semakin menambah buruknya kesehatan masyarakat perkotaan jika dibiarkan begitu saja. Healthy People 2020 mencatat bahwa faktor penentu kesehatan masyarakat perkotaan mencakup fisik dan lingkungan sosial (Allender, Rector, & Warner, 2014).

Ilmu keperawatan berfokus pada pemenuhan kebutuhan individu, kelompok dan keluarga, serta komunitas. Florence Nightingale beserta pendiri keperawatan lainnya telah menyadari tentang pentingnya nutrisi, istirahat yang cukup, dan kebersihan dalam perlindungan dan memaksimalkan status kesehatan individu maupun komunitas (Nies & McEwen, 2014). Perawat kesehatan komunitas menggunakan seluruh prinsip-prinsip dan keterampilan keperawatan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan komunitas dan mengembangkan solusi untuk peningkatan kesehatan komunitas dengan menjadikan masyarakat sebagai mitra

pelayanan kesehatan (Allender, Rector, & Warner, 2014). Tujuan utama perawat kesehatan komunitas ada pada pencegahan primer, yaitu menjaga kesehatan masyarakat dan mencegah penyebaran penyakit. Selain mencegah penyebaran penyakit pada individu, perawat kesehatan komunitas juga berorientasi pada populasi di mana harus menentukan dan memeriksa agregat yang lebih besar dalam struktur lingkungan dan risiko terhadap kesehatan untuk mengembangkan program pencegahan primer (Stanhope & Lancaster, 2016).

Keperawatan kesehatan komunitas adalah perpaduan antara praktik keperawatan dan kesehatan masyarakat. Fokusnya pada peningkatan kesehatan komunitas serta populasi sekitarnya dengan melakukan pendekatan promosi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat. Pengkajian data yang komprehensif adalah hal yang penting untuk mengarahkan intervensi pencegahan primer yang efektif dalam sebuah komunitas (Nies & McEwen, 2014). Perawat kesehatan komunitas berpartisipasi penuh terhadap kesehatan komunitas dan dituntut kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan komunitas. Kontribusi aktif perawat sangat bermanfaat untuk pengembangan kebijakan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2016).

BAB 2

KONSEP KOTA SEHAT

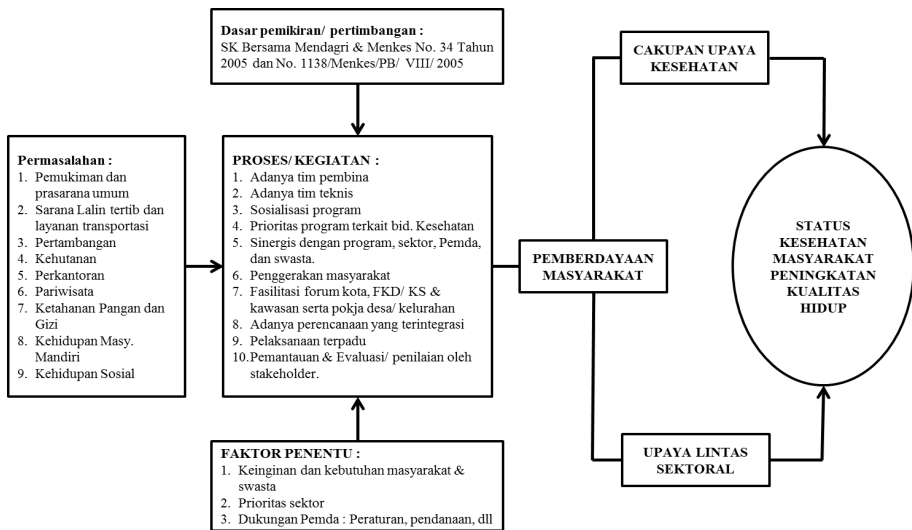
A. Definisi

Peraturan Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/MENKES/PB/VIII/2005 mendefinisikan Kota Sehat sebagai suatu kondisi kabupaten/kotayangbersih,nyaman,aman,dansehatuntuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Menurut Leeuw (2014), kota yang sehat adalah kota yang terus menciptakan dan meningkatkan lingkungan fisik dan sosial serta pengembangan sumber daya komunitas yang memungkinkan orang untuk saling mendukung dalam menjalankan semua fungsi kehidupan dan dalam mengembangkan potensi maksimalnya. Kota seharusnya merupakan suatu kesatuan yang kokoh antara masyarakat dengan lingkungan fisiknya. Dengan demikian, penduduk harus merasakan kota sebagai kebanggaannya. Ikatan ini merupakan sumber utama yang dapat menggerakkan masyarakat secara bersama-sama untuk menanggulangi masalah-masalah perkotaan, (Hidayat, Abikusno, Kusumaratna, & Surjawidjaja, 2010)

Gerakan Kota Sehat merupakan upaya mengidentifikasi berbagai determinan kesehatan yang melibatkan berbagai sektor dan peran, serta seluruh masyarakat yang berfokus untuk mengurangi ketidakmerataan kesehatan (Anderson & McFarlane, 2000). Gerakan Kota Sehat bertujuan untuk menyediakan lingkungan fisik yang bersih dan aman untuk

mendapatkan informasi kesehatan, serta mengembangkan ekonomi kreatif dan inovatif (Hancock & Duhl, 1988 dalam Anderson & McFarlane, 2000). WHO (1992) mengemukakan bahwa Kota Sehat membutuhkan tiga fokus yang memengaruhi kebijakan publik, seperti (1) mengenal manfaat kebijakan terkait kesehatan yang memberikan dukungan terhadap budaya setempat; (2) berperan serta dalam diskusi kebijakan di berbagai sektor yang ada di masyarakat; dan (3) menyusun prioritas kebijakan yang jelas terhadap situasi ekonomi dan sosial.

Pengembangan Kota/Kabupaten Sehat adalah bagian dari dinamika dan semangat warga, pemerintah daerah, serta lembaga legislatif di daerah tersebut. Pemerintah pusat hanya berperan membina dan memfasilitasi potensial yang ada. Berbagai kegiatan untuk mewujudkan Kota Sehat adalah melalui pemberdayaan masyarakat dan forum yang difasilitasi pemerintah kota. Forum adalah wadah bagi masyarakat untuk menyalurkan aspirasinya dan berpartisipasi. Forum Kota Sehat berperan untuk menentukan arah, prioritas, perencanaan pembangunan wilayahnya yang mengintegrasikan berbagai aspek, sehingga dapat mewujudkan wilayah yang bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk dihuni warganya (Departemen Kesehatan, 2004). Adapun konsep Kota Sehat dijelaskan secara ringkas dalam gambar 2.1 :



Gambar 2.1. Pedoman Kabupaten/Kota Sehat dalam Bidang Kesehatan.
Sumber: Departemen Kesehatan, 2004

Peraturan Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/MENKES/PB/VIII/2005 telah disusun untuk penyelenggaraan Kabupaten/ Kota Sehat di Indonesia. Tujuannya untuk mencapai kondisi kabupaten/kota untuk hidup dengan bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk dihuni dan sebagai tempat bekerja bagi warganya dengan cara terlaksananya berbagai program-program kesehatan dan sektor lain, sehingga dapat meningkatkan sarana, produktivitas, dan perekonomian masyarakat. Perencanaan dalam program Kota Sehat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus. Pemilihan tatanan berdasarkan prioritas sesuai kondisi, potensi, dan kemampuan masyarakat dan pemerintah. Keputusan pemilihan tatanan ditetapkan oleh pemerintah dengan dukungan forum Kabupaten/Kota Sehat.

Pelaksanaan program Kota Sehat dapat dilakukan dengan menyelenggarakan pembangunan setempat atas dasar usulan dan kesepakatan yang berasal dari seluruh Warga Kota, LSM, tawaran atau ajakan pemerintahan daerah ke masyarakat, LSM, tokoh masyarakat, dan lain-lain. Gubernur melalui Bappeda dan sektor terkait memberikan dukungan teknis dan administrasi, serta pendanaan yang tidak mungkin dilakukan masyarakat. Pemerintah daerah mengambil prakarsa untuk mengundang semua organisasi masyarakat, TOMA, dan stakeholder lainnya untuk membentuk forum. Setelah forum terbentuk, diharapkan forum tersebut dapat membentuk pokja kota/desa sehat sesuai dengan kegiatan dan kebutuhan masyarakat setempat (Menkes RI & Mendagri RI, 2005).

B. Sejarah

Pendekatan Kota Sehat pertama kali dikembangkan di Eropa oleh WHG pada tahun 1980-an sebagai strategi menyongsong Ottawa Charter sebagai upaya mempromosikan perspektif holistik kesehatan yang mencari peningkatan kesejahteraan pada semua aspek, baik fisik, sosial, ekonomi, lingkungan, dan budaya dalam lingkup perkotaan. Stanhope & Lancaster (2016) menyebutkan istilah awal yang digunakan adalah Kota Sehat, kemudian Centers for Disease Control and Prevention (CDC) menyebutkan program mereka menjadi komunitas sehat. Komunitas dan Kota Sehat ditemukan pada banyak wilayah di dunia. Prasyarat kota dikategorikan sebagai Kota Sehat adalah adanya unsur kedamaian, perumahan, pendidikan, makanan, penghasilan, ekosistem yang stabil, sumber daya yang berkelanjutan, keadilan sosial, dan kesetaraan.

Konsep Kota Sehat tidak hanya fokus pada pelayanan kesehatan yang lebih ditekankan pada suatu pendekatan kondisi sehat dan problem sakit, tetapi juga pada aspek menyeluruh yang memengaruhi kesehatan masyarakat, baik jasmani maupun rohani (McFarlane, 2011). Perkembangan Gerakan Kota Sehat di setiap negara berbeda satu sama lain, tergantung permasalahan yang dihadapi dan tidak dapat diperbandingkan (Peraturan Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan, 2005; Soedirham, 2012). Kota Sehat adalah konsep lama sekaligus baru. “Lama” dalam arti bahwa manusia telah lama berusaha membuat kota lebih sehat sejak awal peradaban perkotaan (urban civilization). “Baru” dalam manifestasi sebagai satu sarana utama untuk promosi kesehatan pada kesehatan masyarakat baru (new public health) dalam pencarian Sehat untuk Semua (Health for All).

WHO European Healthy Cities Network menekankan bahwa Kota Sehat melibatkan pemerintah lokal dalam mengembangkan kesehatan melalui proses komitmen politik, perubahan kelembagaan, pengembangan kapasitas, perencanaan berbasis kemitraan dan proyek-proyek inovatif. Hal ini dilaksanakan dengan mempromosikan kebijakan dan perencanaan yang komprehensif dan sistematis dengan penekanan khusus pada ketidaksetaraan dalam kesehatan dan kemiskinan perkotaan, kebutuhan kelompok rentan, pemerintahan partisipatif dan faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan kesehatan. Ini berusaha untuk memasukkan pertimbangan kesehatan dalam upaya ekonomi, regenerasi dan pengembangan perkotaan (Edwards & Tsouros, 2008; Hancock, 1993).

Di Indonesia, Kota Sehat dicanangkan Menteri Dalam Negeri pada tanggal 26 Oktober 1998 di Jakarta dan pertama kali diluncurkan di enam kota, yaitu Kabupaten Cianjur, Kota Balikpapan, Bandar Lampung, Pekalongan, Malang, dan Jakarta Timur. Kemudian, diikuti pengembangan kabupaten/kota sehat, khususnya di bidang pariwisata di enam kota, yaitu Kawasan Anyer di Kabupaten Serang, Kawasan Batu Raden di Kabupaten Banyumas, Kotagede di Kota Yogyakarta, Kawasan Wisata Brastagi di Kabupaten Karo, Kawasan Pantai Senggigi di Kabupaten Lombok Barat, dan Kawasan Pantai, (Soedirham, 2012).

Penyelenggaraan Kota Sehat di Indonesia diusulkan sebagai bentuk reformasi bidang kesehatan. Masalah kesehatan masyarakat Indonesia yang terus-menerus meningkat disertai pertumbuhan penduduk yang juga terus bertambah, didukung kondisi wilayah perkotaan, membuat permasalahan semakin kompleks. Permasalahan seperti kepadatan lalu lintas, pencemaran udara, perumahan dan pelayanan masyarakat yang kurang layak, kriminalitas, kekerasan dan penggunaan obat-obat terlarang, menjadi hal yang perlu menjadi perhatian, karena apabila tidak dikendalikan pasti akan berdampak pada kesehatan masyarakat. Kota Sehat menjadi salah satu upaya yang dibentuk untuk menciptakan dan meningkatkan kualitas lingkungan, baik fisik, sosial, dan budaya. Ekonomi masyarakat dapat dikembangkan dengan memanfaatkan potensi-potensi masyarakat dengan cara memberdayakan fungsi-fungsi kehidupan dalam membangun potensi maksimal suatu kota atau desa (Hapsari et al, 2007; Bappeda, 2004).

C. Tujuan dan sasaran

Tujuan dilaksanakannya Kota Sehat antara lain untuk terwujudnya kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk dihuni dan dijadikan tempat bekerja bagi warganya. Cara pelaksanaannya adalah dengan mencanangkan berbagai program kesehatan dan sektor lain, sehingga dapat meningkatkan sarana, produktivitas, dan perekonomian masyarakat. Adapun sasarannya adalah:

1. Terlaksananya Program Kesehatan dan sektor terkait yang sinkron dengan kebutuhan masyarakat, melalui pemberdayaan forum yang disepakati masyarakat.
2. Terbentuknya forum masyarakat yang mampu menjalin kerja sama antarmasyarakat, pemerintah daerah dan pihak swasta, serta dapat menampung aspirasi masyarakat dan kebijakan pemerintah secara seimbang dan berkelanjutan dalam mewujudkan sinergi pembangunan yang baik. (Forum berperan menentukan arah, sasaran, tujuan, kegiatan, dan langkah-langkah, termasuk dalam menggerakkan, mendorong, dan mengupayakan berbagai kegiatan pemerintah, swasta, dan masyarakat untuk mewujudkan Kabupaten/Kota Sehat.)
3. Terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial dan budaya, serta perilaku dan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara adil, merata, dan terjangkau dengan memaksimalkan seluruh potensi sumber daya di Kabupaten/Kota tersebut secara mandiri.
4. Terwujudnya kondisi yang kondusif bagi masyarakat untuk meningkatkan produktivitas dan ekonomi wilayah dan masyarakatnya sehingga mampu meningkatkan

kehidupan dan penghidupan masyarakat menjadi lebih baik.

Tatanan Kabupaten/Kota Sehat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, terdiri dari:

1. Kawasan Permukiman, Sarana, dan Prasarana Umum
2. Kawasan Sarana Lalu Lintas Tertib dan Pelayanan Transportasi
3. Kawasan Pertambangan Sehat
4. Kawasan Hutan Sehat
5. Kawasan Industri dan Perkantoran Sehat
6. Kawasan Pariwisata Sehat
7. Ketahanan Pangan dan Gizi
8. Kehidupan Masyarakat Sehat yang Mandiri
9. Kehidupan Sosial yang Sehat

D. Kebijakan

1. Pelaksanaan Kabupaten/Kota Sehat diwujudkan dengan menyelenggarakan semua program yang menjadi permasalahan di daerah secara bertahap, dimulai dari kegiatan prioritas bagi masyarakat di sejumlah kecamatan pada sejumlah desa/kelurahan atau bidang usaha yang bersifat sosial-ekonomi dan budaya di kawasan tertentu.
2. Pelaksanaan Kabupaten/Kota Sehat dilaksanakan dengan menempatkan masyarakat sebagai pelaku pembangunan, yaitu melalui pembentukan atau pemanfaatan Forum Kota atau nama lainnya yang disepakati masyarakat, dengan dukungan pemerintah daerah dan mendapatkan fasilitasi dari sektor terkait melalui program yang telah direncanakan daerah.

3. Setiap kabupaten/kota menetapkan kawasan potensial, sebagai “entry point”, yang dimulai dengan kegiatan sederhana yang disepakati masyarakat, kemudian berkembang dalam satu kawasan atau aspek yang lebih luas, menuju Kabupaten/Kota Sehat.
4. Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat lebih mengutamakan proses dan target, berjalan terus-menerus, dimulai dengan kegiatan prioritas dalam satu tatanan kawasan, dan dicapai dalam waktu yang sesuai dengan kemampuan masyarakat dan semua stakeholder yang mendukung.
5. Kesepakatan tentang pilihan tatanan Kabupaten/Kota Sehat dengan kegiatan yang menjadi pilihan, serta jenis dan besaran indikatornya ditetapkan oleh forum Kabupaten/Kota Sehat bersama-sama dengan pemerintah daerah.
6. Pemerintah daerah memfasilitasi kegiatan yang menjadi pilihan masyarakat, termasuk penggalan sumber daya masyarakat yang diperlukan.
7. Program-program yang belum menjadi pilihan masyarakat diselenggarakan secara rutin oleh masing-masing sektor dan secara bertahap program-program tersebut disosialisasikan secara intensif kepada masyarakat dari sektor terkait melalui pertemuan-pertemuan yang diselenggarakan oleh Forum Kabupaten/Kota.
8. Pelaksanaan kegiatan Kota/Kabupaten Sehat sepenuhnya dibiayai dan dilaksanakan daerah yang bersangkutan dan masyarakat dengan menggunakan mekanisme pendekatan konsep pemberdayaan masyarakat dari, oleh, dan untuk masyarakat.

E. Indikator Kota Sehat

Untuk mengukur kemajuan kegiatan pada setiap tatanan yang dipilih masyarakat, dibutuhkan indikator. Indikator merupakan alat bagi semua pihak yang ikut terlibat untuk dapat menilai sendiri kemajuan yang sudah dilakukan dan menjadi tolok ukur untuk merencanakan kegiatan selanjutnya. Penilaian terhadap indikator adalah untuk mengetahui tingkat keberhasilan atau pencapaian kegiatan dari segi jangkauan dan output. Sumber data untuk menilai keberhasilan ini adalah daftar masalah yang dapat diatasi dari daftar yang disusun pada lokakarya perencanaan (Peraturan Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan, 2005).

Untuk penetapan pemilihan indikator agar memerhatikan hal sebagai berikut:

1. Setiap daerah dapat memilih, menetapkan indikator sesuai dengan kegiatan, kondisi dan kemampuannya, dan kesepakatan bersama dengan pemerintah daerah. Setiap tahun sasaran indikator dan sasaran berkembang sesuai kondisi yang ada.
2. Forum bersama Pemerintah Daerah dapat memilih besaran indikator yang sesuai dengan kapasitasnya.
3. Pencapaian pendekatan Kabupaten/Kota Sehat tergantung dari kemampuan dari masing-masing daerah.
4. Indikator proses adalah cara mengukur seberapa jauh langkah-langkah Kabupaten/Kota Sehat sudah dilaksanakan di masing-masing daerah: dengan cara dukungan pemerintah daerah dalam bentuk kebijakan, Perda, penerapan dan pelibatan masyarakat dan aktivitas kelembagaan yang ada, yaitu Forum Kabupaten/Kota

Sehat, Forum Komunikasi Kelurahan/Desa Sehat, Pokja dan Tim pembina.

5. Indikator output adalah pencapaian sasaran kegiatan yang telah disepakati masyarakat.
6. Indikator gerakan masyarakat antara lain ditunjukkan dengan adanya program percontohan; dana berputar, keterlibatan forum dan masyarakat terhadap program yang dilaksanakan sector, adanya kegiatan penyuluhan rutin/penyebarluasan informasi melalui media masa/ pembuatan media (poster, leaflet, kesenian tradisional, dll.) atau pertemuan/ seminar/ workshop, dll.) atau forum menyampaikan konsep pemecahan masalah kepada Pemerintah Daerah/sektor tentang program yang disepakati.

Menurut Takano (2003), ada beberapa pendekatan diambil dalam pengembangan indikator Kota Sehat (Webster & Harga, 1997; Doyle dkk., 1999; WHO Western Pacific Region, 2000 dalam Takano, 2003). Indikator-indikator ini dikumpulkan berbasis komunitas dan evaluasi dapat menggambarkan pandangan masyarakat terkait Kota Sehat, yaitu:

1. Kesehatan populasi
2. Infrastruktur kota
3. Kualitas lingkungan
4. Permukiman, lingkungan hidup, dan sanitasi
5. Aktivitas komunitas
6. Gaya hidup dan upaya preventif
7. Tenaga kesehatan, kesejahteraan, dan pelayanan kesehatan
8. Edukasi dan pemberdayaan
9. Ketenagakerjaan dan industri

10. Pendapatan dan pengeluaran keluarga
11. Ekonomi lokal
12. Demografi

Indikator Kota Sehat menurut Peraturan Bersama Mendagri dan Menkes No.34 Tahun 2005 menurut tatanan dan jenis indikator yaitu:

1. Indikator pokok
 - a. Belajar 9 tahun
 - b. Angka melek huruf
 - c. Pendapatan perkapita domestik
 - d. Angka Kematian Bayi Per-1.000 Kh.
 - e. Angka Kematian Balita Per-1.000 Kh.
 - f. Angka Kematian Ibu Melahirkan Per-100.000 Kh.
 - g. Adanya RUTRK (Rencana Detail Tata Ruang Kota)
 - h. Program dana sehat dan jaminan sosial nasional bagi masyarakat miskin.
2. Indikator umum
 - a. Adanya dukungan Pemda.
 - b. Adanya program pendukung di sektor.
 - c. Berfungsinya tim Pembina Kabupaten/Kota dan Kecamatan.
 - d. Berfungsinya Forum Kabupaten/Kota.
 - e. Adanya sekretariat Forum.
 - f. Berfungsinya Forum Komunikasi Desa/Kelurahan.
 - g. Berfungsinya Pokja Kelurahan/Desa.
 - h. Adanya kesepakatan masyarakat dan Pemda tentang pilihan tatanan dan kegiatan.
 - i. Adanya perencanaan forum yang disepakati masyarakat dan Pemda.

- j. Adanya kegiatan yang dilaksanakan oleh masyarakat melalui forum/forum komunikasi/Pokja.

3. Indikator khusus

- a. Kawasan Permukiman Sarana dan Prasarana Sehat
- b. Kawasan Tertib Lalu Lintas dan Pelayanan Transportasi
- c. Kawasan Pariwisata Sehat
- d. Kawasan Industri dan Perkantoran Sehat
- e. Kawasan Pertambangan Sehat
- f. Kawasan Hutan Sehat
- g. Ketahanan Pangan dan Gizi
- h. Kehidupan Masyarakat Sehat dan Mandiri

F. Kota Sehat dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu dari program Nawacita ke-5 yang diusung dalam visi dan misi presiden, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia yang merupakan turunan dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (2015-2019). Program ini berjalan bersama dengan Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Indonesia Sehat menjadi program utama yang tersusun dalam Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 melalui tiga pilar, yakni penguatan paradigma sehat, penguatan layanan kesehatan, dan jaminan kesehatan nasional (Kemenkes RI, 2016). Paradigma sehat memandang orang-orang yang sehat harus tetap sehat dengan menerapkan pendekatan holistik yang mengutamakan upaya menjaga dan

memelihara kesehatan tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Berdasarkan prinsip paradigma sehat, Puskesmas berada dalam garda terdepan dalam mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, kelompok keluarga, dan masyarakat. Puskesmas dalam memiliki peran vital sebagai pelaksana teknis dalam hal manajerial dan wawasan yang jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Efendi & Makhfudli, 2009; Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Prinsip utama paradigma sehat bersumber dari pembangunan kesehatan yang dituangkan dalam UU Kesehatan No. 36 tahun 2009 yang menyatakan bahwa upaya yang dilaksanakan semua komponen bangsa dalam rangka mencapai tujuan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Paradigma sehat mengedepankan prinsip promotif-preventif dalam upaya menjaga kesehatan serta memberdayakan masyarakat dalam berperilaku sehat secara konsisten dan berkesimbangan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 tahun 2015 (Kemenkes RI, 2016; Kementerian Kesehatan RI, 2017b). Paradigma kesehatan inilah menjadi bagian utama gerakan kesehatan masyarakat. Seiring pertambahan usia dan individu yang menderita berbagai penyakit, penting bagi pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), pembuat kebijakan, penyedia

layanan kesehatan, dan masyarakat secara keseluruhan untuk mengatasi dampak buruk ini secara tepat waktu dan efisien (Raghupathi & Raghupathi, 2018).

Adapun kebijakan operasional Indonesia sehat terbagi atas:

a. Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Pendekatan keluarga merupakan sebuah peluang besar untuk mencapai derajat kesehatan tinggi dalam tatanan individu maupun keluarga yang berakhir pada derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Pembaharuan konsep yang semula difokuskan pada layanan kuratif beralih pada layanan promotif dan preventif yang diharapkan mampu mengembalikan stabilitas kesehatan masyarakat demi menekan angka kesakitan dan kematian (Agustina et al., 2018; Kaakinen, Coehlo, Steele, Tabacco, & Hanson, 2014). Pemberdayaan melalui keluarga memberikan efek signifikan bagi peningkatan kesehatan tiap anggota keluarga, di mana efek terapeutik yang diberikan keluarga dapat memperpendek lama rawat di rumah sakit sehingga mencegah kemungkinan infeksi silang. Keluarga juga mampu menjadi anggota yang memberikan perawatan secara maksimal bagi anggota keluarganya yang berada dalam fase terminal di rumah (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010). Strategi pendekatan keluarga menjadi sebuah strategi yang sangat baik dalam tata laksana pencapaian keluarga sehat agar menghasilkan masyarakat yang sehat. Keluarga disebutkan sebagai pemegang kunci utama dalam keberhasilan

pelayanan kesehatan (Furlan, Gonzales, & Marcon, 2015).

Sebagai upaya menciptakan masyarakat sehat, Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PISPK) yang dicanangkan pemerintah dinilai memberikan menjadi solusi dalam menguatkan kemampuan tiap-tiap individu dalam mengatasi sakit. PISPK memiliki empat area prioritas yakni penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan angka prevalensi stunting, penanggulangan penyakit menular, dan penanggulangan penyakit tidak menular. Prioritas tersebut merupakan bagian dari 12 indikator keluarga sehat yang ditetapkan pemerintah (Kumbini & Ismail, 2017; Laelasri, E., Nawar, A., & Soerachman, 2017). Pemerintah saat ini telah menetapkan program prioritas PISPK untuk kesehatan masyarakat dengan tujuan meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan dan mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) Kabupaten/Kota (Sahar, Setiawan, & Riasmini, 2018).

b. Gerakan Masyarakat Sehat (GERMAS)

Germas merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan, dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Kegiatan utama program ini terdiri dari: 1) peningkatan aktivitas fisik, 2) peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

(PHBS), 3) penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, 4) peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, 5) peningkatan kualitas lingkungan; dan 6) peningkatan edukasi hidup sehat. Demi mempercepat upaya promotif dan preventif, program ini diperkuat melalui Instruksi Presiden (Inpres) No.1 tahun 2017 kepada para Menteri Kabinet Kerja, Kepala Lembaga Pemerintah NonKementerian, Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan Para Gubernur dan Bupati/Walikota dan Peraturan Menteri dalam Negeri No 32 tahun 2017 untuk menetapkan kebijakan Germas sebagai perwujudan dukungan pemerintah dalam mewujudkan masyarakat sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2017a, 2017b).

Sebagai bukti pemerintah daerah mensinergikan tindakan hidup sehat, sejak tahun 2017 beberapa daerah di Indonesia telah mengeluarkan edaran kebijakan tentang pelaksanaan Germas yang terdiri dari Provinsi Bali melalui Peraturan Gubernur Bali No.12 tahun 2018, Provinsi Jawa Timur melalui Peraturan Gubernur No.71 tahun 2018, Provinsi Jawa Tengah melalui Peraturan Gubernur No.35 tahun 2017, Provinsi Jambi melalui Peraturan Gubernur No.1 tahun 2018, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta melalui Peraturan Gubernur No.44 tahun 2017, Provinsi Nusa Tenggara Barat melalui Peraturan Gubernur No.46 tahun 2017 dan Peraturan Bupati Dompu No.32 tahun 2018, serta beberapa provinsi di Indonesia lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2017b).

Program Germas menjadi dasar dalam pengembangan masyarakat sehat. Di beberapa daerah yang telah menerapkan kebijakan Germas terbukti mengalami peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Germas menjadi strategi masyarakat Jogokaryan di Yogyakarta dalam mencegah penyakit tidak menular melalui kegiatan edukasi terstruktur yang diselenggarakan secara berkelompok. Strategi ini melibatkan seluruh elemen masyarakat hingga membentuk deklarasi Germas sebagai perwujudan keberlangsungan program (Trisnowati, Marlinawati, & Sumiratsi, 2018). Germas juga terbukti memberi dampak pada kemampuan siswa dalam meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di sekolah. Sebagai dampaknya, Germas menciptakan sikap positif dan melahirkan perilaku orang tua dan siswa yang baik sehingga dapat diterapkan di lingkungan rumah (Ambarwati & Prihastuti, 2019). Dalam cakupan masyarakat Germas mampu meningkatkan kesadaran masyarakat dan membudayakan masyarakat berperilaku sehat, bersih, dan mandiri (Suryani, Nurdjanah, & Jumadil, 2018).

G. Peran Keperawatan Komunitas dalam Pencapaian Kota Sehat

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan dan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kesempatan luas dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat

melalui implementasi yang bersifat holistik. Implementasi keperawatan yang bersifat holistik dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat meliputi berbagai intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kondisi sejahtera dalam segala aspek. Salah satu cara yang dapat digunakan antara lain: (1) mengajak partisipasi masyarakat dalam kegiatan fisik secara rutin, (2) memastikan intake nutrisi yang optimal serta menghindari berbagai makanan yang berisiko menyebabkan penyakit, (3) mengajarkan teknik meredakan stres meliputi yoga, meditasi, dan teknik relaksasi, (4) mengajak masyarakat untuk membangun hubungan saling dukung dengan orang lain, (5) menguatkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pola hidup sehat, meliputi istirahat dan tidur yang cukup dan adekuat, menekuni hobi yang dimiliki, dan menghabiskan waktu bersama teman dan keluarga, serta (6) mengajak masyarakat untuk meningkatkan fokus beribadah.

Meningkatkan kesejahteraan masyarakat merupakan hal ideal yang dapat dilakukan perawat, meskipun begitu perawat harus memerhatikan beberapa hambatan yang dapat memengaruhi pencapaian tersebut, antara lain: (1) masyarakat seringkali merasa bahwa mereka tidak memiliki kemampuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya ke tingkat maksimal; (2) pencapaian kualitas hidup yang berkualitas merupakan suatu rangkaian jangka panjang yang seringkali diabaikan para individu yang berfokus pada kebutuhan dasar dan berbagai masalah kesehatan yang muncul saat ini; (3) pola pelayanan kesehatan di negara yang cenderung masih berfokus pada pelayanan kuratif dibanding preventif dan promotif; dan

(4) tenaga kesehatan seringkali meremehkan kemampuan masyarakat untuk mempelajari dan mencapai perilaku sehat yang mandiri.

Dalam setting komunitas, peran utama perawat adalah untuk bekerja bersama anggota keluarga atau pelaku rawat profesional untuk memberikan asuhan yang tepat dan berfokus pada peningkatan fungsi individu serta meningkatkan kualitas hidup keluarga. Salah satu tindakan efektif yang dapat dilakukan adalah dengan menjadi case manager dan fasilitator dalam pengembangan Kota Sehat dengan menjadi penghubung antara masyarakat, pemerintah daerah, LSM, serta pihak swasta agar mencapai kata sepakat dalam pelaksanaan kota sehat.

Peran perawat dalam menurunkan beban pelaku rawat dapat dibagi menjadi 4 bagian, yaitu (1) informasi dan pelatihan, meliputi informasi kesehatan/pendidikan kesehatan; (2) dukungan profesional, perawat melakukan fungsi advokasi serta konselor yang berfungsi sebagai pendamping masyarakat selama proses pemberdayaan masyarakat dalam mencapai kota sehat; (3) komunikasi efektif, menjadi penghubung antara berbagai pihak yang terkait dalam pengembangan Kota Sehat; (4) dukungan lingkungan dan finansial, peran perawat dalam area ini adalah terkait fungsi kemitraan yang dimiliki perawat untuk bersama masyarakat dan organisasi-organisasi untuk melakukan pendukungan kepada masyarakat.

H. Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) merupakan upaya pelayanan yang terintegrasi dengan Puskesmas. Konsep keperawatan kesehatan masyarakat merupakan konsep pelayanan secara menyeluruh dan berkelanjutan yang menggabungkan keperawatan dan kesehatan masyarakat pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif (Departemen Kesehatan, 2006). Model ini termasuk dalam konsep perspektif WHO dan Health People 2020 untuk meningkatkan kesehatan pada upaya pelayanan tingkat primer (Stanhope & Lancaster, 2016). Model Perkesmas mengacu pada model nursing center yang merupakan kombinasi antara perawatan manusia dan ilmu pengetahuan untuk meningkatkan kesehatan keluarga dan masyarakat melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan manajemen penyakit (Stanhope & Lancaster, 2016).

Proses keperawatan yang dilakukan pada konsep perkesmas ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk meningkatkan tingkat kemandirian masyarakat dalam upaya kesehatannya (Departemen Kesehatan, 2006). Selain itu, strategi model nursing center dalam upaya peningkatan kesehatan berfokus pada populasi rentan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan melalui pelayanan primer yang komprehensif dan promosi kesehatan (Hansen-Turton, Miller, Greiner, & Consortium., 2009; Stanhope & Lancaster, 2016). Hal terpenting pada Perkesmas yaitu membangun hubungan kuat dengan cara melibatkan tokoh masyarakat berpengaruh dalam tatanan kehidupan masyarakat (Stanhope, 2016; Lundeen, 1999).

Proses keperawatan pada Perkesmas terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Widagdo, 2019). Pada penerapan proses keperawatan di Perkesmas terjadi alih peran dari perawat kepada klien secara bertahap hingga klien mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Depkes RI, 2006). Deskripsi alih peran diawali dari peran perawat yang sangat besar dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien, kemudian melalui pendampingan secara bertahap, diharapkan klien mampu mandiri dalam memelihara kesehatannya. Penerapan proses keperawatan pada Perkesmas menggunakan pendekatan epidemiologis dan tiga tingkat pencegahan. Pendekatan epidemiologis mengacu pada penetapan masalah dan sasaran prioritas, sedangkan penetapan kegiatan/program yang akan dilaksanakan mengacu pada tiga tingkat pencegahan (Depkes RI, 2006).

Perkesmas diselenggarakan oleh Puskesmas pada upaya pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Fokus utama kegiatan Perkesmas adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar melaksanakan kebiasaan berperilaku hidup sehat (Departemen Kesehatan, 2006). Konsep nursing center mendeskripsikan fokus pelaksanaannya, meliputi (1) perawatan berbasis budaya masyarakat, seperti akses, penerimaan, dan respons masyarakat, (2) perawatan yang holistik pada biopsikososial, (3) kolaborasi interorganisasi dan interdisiplin, (4) kerja sama dengan masyarakat, serta (5) pemahaman, penerimaan, dan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2016). Karakteristik pelaksanaan Perkesmas

terlihat pada proses alih peran dari perawat kepada klien, sehingga meningkatkan kemandirian masyarakat. Proses Perkesmas berjalan optimal jika adanya kemitraan antara perawat dan masyarakat (Departemen Kesehatan, 2006).

Stanhope dan Lancaster (2016) menjelaskan bahwa model pelayanan pada nursing center terdiri dari wellness center (berorientasi pada promosi kesehatan dan pencegahan kesehatan), comprehensive primary care centers (berorientasi pada pelayanan tingkat primer dan program kesehatan masyarakat), dan special care center (berorientasi pada pelayanan kesehatan spesifik). Konsep Perkesmas di Indonesia berfokus pada penyelenggaraan konsep dalam gedung dan luar gedung melalui pendekatan asuhan keperawatan, meliputi tahap pengkajian, penetapan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pada konsep dalam gedung Perkesmas dilakukan di ruang pemeriksaan ataupun ruang rawat dengan melaksanakan penyuluhan atau pendidikan kesehatan. Pada kegiatan di luar gedung Puskesmas, perawat melakukan kunjungan ke keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat untuk melaksanakan asuhan keperawatan (Departemen Kesehatan, 2006). Bentuk kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat di luar gedung meliputi penemuan kasus, pendidikan kesehatan, kunjungan rumah, pelayanan keperawatan dasar langsung maupun tidak langsung, pemberian konseling kesehatan, memotivasi, membimbing dan pembentukan kelompok, serta pemantauan kader kesehatan (Depkes RI, 2006).

Pelaksana kegiatan Perkesmas adalah semua perawat di Puskesmas. Oleh karena itu, sebagai pelaksana Perkesmas, perawat memiliki enam peran dan fungsi, yaitu sebagai

penemu kasus, pemberi pelayanan, pendidik/penyuluh kesehatan, koordinator dan kolaborator, konselor, dan role model (Departemen Kesehatan, 2006). Namun, pada pelaksanaannya, berdasarkan UU No.38 Tahun 2014 bahwa perawat juga harus melakukan kolaborasi dan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya terkait dengan kemampuan teknis yang bukan kewenangan perawat (Departemen Kesehatan, 2006; Presiden Republik Indonesia, 2014). Kolaborasi dengan masyarakat juga harus terbina dengan melibatkan kader dalam meningkatkan kemandirian masyarakat (Departemen Kesehatan, 2006).

Pengembangan dari kunjungan rumah dalam Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) oleh tenaga kesehatan di Puskesmas merupakan perluasan dari upaya Perkesmas (Kementerian Kesehatan, 2016). Pada program PIS-PK, kunjungan rumah dilakukan secara terjadwal dan rutin sesuai informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga). Strategi penyelenggaraan Perkesmas melalui Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). Oleh karena itu, keterpaduan Perkesmas dengan upaya kesehatan Puskesmas, serta program PIS-PK bertujuan untuk mendukung pencapaian target pembangunan kesehatan yang diukur berdasarkan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) (Widagdo, 2019).

BAB 3

ISU KESEHATAN SEPANJANG DAUR KEHIDUPAN

Manusia merupakan individu sosial yang selalu berinteraksi pada lingkungannya. Pertumbuhan manusia semakin menunjukkan lonjakan yang signifikan, terutama pada masyarakat kota di negara berkembang. Pertumbuhan jumlah penduduk tersebut seringkali menimbulkan berbagai masalah, salah satunya masalah kesehatan. Permasalahan kesehatan ini berkaitan erat dengan lingkungan yang berada di sekeliling manusia, seperti lingkungan sosial, ekonomi, budaya, dan fisik. Pencemaran udara, perumahan yang padat, meningkatnya kekerasan merupakan beberapa contoh masalah sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan masyarakat.

Bagian ini akan membahas isu kesehatan yang terjadi di sepanjang daur kehidupanyang identik terjadi di masyarakat perkotaan. Memahami konsep daur kehidupan manusia dan isu masalah kesehatannya dapat meningkatkan perilaku hidup sehat agar mencegah terjadinya permasalahan kesehatan di perkotaan.

A. Bayi/Balita

1. Konsep Bayi/Balita

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak pasal 1 Ayat 1, anak merupakan seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau di bawah lima tahun. Masa lima tahun pertama kehidupan merupakan

masa yang sangat peka terhadap lingkungan, masa ini berlangsung sangat pendek serta tidak dapat diulang lagi, maka masa balita disebut sebagai “masa keemasan” (golden period), “jendela kesempatan” (window of opportunity), dan “masa kritis” (critical period) (Kusbiantoro, 2015). Balita terbagi dalam dua kategori, yaitu anak usia <3 tahun (batita) rentang usia balita dan usia prasekolah atau dimulai dari dua sampai lima tahun, atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 24 sampai 60 bulan (Merryana & Bambang, 2012). Usia ini juga disebut usia prasekolah. Pada usia prasekolah anak sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah playgroup sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Kejadian ISPA lebih sering terjadi pada anak berusia 2-5 tahun karena pada usia tersebut anak sudah banyak terpapar dengan lingkungan luar dan kontak dengan penderita ISPA lainnya, sehingga memudahkan anak untuk menderita ISPA (Fitriawati, 2012). Umur memiliki pengaruh terhadap kejadian ISPA. Anak berusia 1-3 tahun lebih berisiko terkena ISPA dibandingkan usia 3-5 tahun (Iskandar, Tanuwijaya, & Yuniarti, 2015)

2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Bayi/Balita
Hartono (2008) menjelaskan proses tumbuh kembang balita senantiasa melalui tiga pola yang sama, yaitu:
 - a. Pertumbuhan selalu berasal dari tubuh bagian atas menuju tubuh bagian bawah (sefalokaudal).

Pertumbuhannya dimulai dari kepala hingga ke ujung kaki, anak akan berusaha menegakkan tubuhnya, lalu dilanjutkan belajar menggunakan kakinya

- b. Perkembangan biasa selalu dimulai dari batang tubuh ke arah luar, sebagai contoh balita lebih dulu menggunakan telapak tangan untuk menggenggam benda sebelum ia mampu meraih benda dengan jarinya.
- c. Ketika pola pertama dan kedua yang telah dikuasai dengan baik, maka balita akan mengeksplorasi keterampilan lain seperti melempar, menendang, berlari, dan aktivitas lainnya.

Hartono (2008) menjelaskan pertumbuhan balita merupakan hal yang bersifat kuantitatif. Tubuh anak mengalami perubahan ukuran, jumlah sel, dan jaringan intraseluler. Hal ini menunjukkan adanya proses multiplikasi organ tubuh balita yang disertai penambahan ukuran tubuhnya. Pertumbuhan tersebut dicirikan sebagai berikut:

- a. Peningkatan berat dan panjang badan
- b. Ukuran lingkaran kepala bertambah
- c. Gigi mulai tumbuh
- d. Rambut dan kuku memanjang
- e. Penguatan tulang dan otot membesar.

Penambahan ukuran tubuh tidak terjadi secara cepat tetapi berlangsung perlahan, ada tahapan, dan memiliki pola yang proporsional setiap bulan. Penambahan ukuran dalam batas normal

menunjukkan pertumbuhan yang berlangsung baik dan penurunan ukuran menandakan hambatan proses pertumbuhan. Penentuan pertumbuhan balita dilakukan dengan pengamatan grafik penambahan berat dan tinggi badan yang tercatat di Kartu Menuju Sehat (KMS) balita (Hartono, 2008).

3. Masalah Kesehatan Bayi/Balita di Wilayah Perkotaan

a. Kurang Energi Protein (KEP)

Jika asupan protein berada di bawah kecukupan gizi, maka balita berisiko mengalami kondisi Kurang Energi Protein (KEP) yang dikelompokkan dalam tiga tipe, yaitu marasmus, kwasiorkor, dan kwasiorkor marasmus. Salah satu penyebab terjadinya marasmus adalah balita tidak mendapatkan asupan ASI cukup. Selain itu, penyebab yang seringkali terjadi pada balita yang mengalami KEP karena balita mengalami infeksi, prematuritas, penyakit pada masa neonatus, serta kesehatan lingkungan. Tanda-tanda yang terjadi pada balita marasmus adalah memiliki berat badan sangat rendah, ukuran kepala tidak sebanding ukuran tubuh, anak berwajah lonjong dan tampak lebih tua, kulit kering, dan bentuk perut cekung yang disertai dengan diare kronis (Infodatin: Situasi Kesehatan Anak Balita di Indonesia, 2015). Berbeda halnya dengan marasmus, kwasiorkor ditandai pembengkakan di seluruh tubuh, wajah membulat dan sembab, otot mengecil dan menyebabkan lengan atas kurus, dan seringkali mengalami busung lapar (Infodatin: Situasi Kesehatan Anak Balita di

Indonesia, 2015)

b. Kurang Asupan Vitamin A

Masalah kekurangan vitamin A dapat menyebabkan permasalahan pada organ penglihatan balita. Penyakit mata yang disebabkan kekurangan vitamin A disebut Xeroptalmia. Gejala penyakit ini seringkali terjadi pada balita usia 2-3 tahun (Infodatin: Situasi Kesehatan Anak Balita di Indonesia, 2015).

c. Obesitas

Obesitas seringkali menjadi permasalahan pada balita di Indonesia. Obesitas terjadi karena ketidakseimbangan antara energi yang masuk dan keluar. Risiko balita yang obesitas dapat menyebabkan gangguan fungsi hati, jantung, pembuluh darah, saluran pernafasan, metabolisme glukosa, dan kulit.

d. ISPA dan Pneumonia

ISPA disebabkan oleh virus dan bakteri yang diawali dengan panas disertai dengan sakitnya tenggorokan, adanya lendir di hidung, batuk kering atau berdahak. Pneumonia juga menjadi permasalahan yang banyak terjadi pada balita di Indonesia. Penyakit ini terjadi karena adanya radang paru yang disebabkan bakteri disertai gejala panas tinggi, batuk berdahak, dan napas cepat.

B. Anak Usia Sekolah

1. Konsep Anak Usia Sekolah

Anak diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari delapan belas tahun dan sedang berada dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus, baik kebutuhan fisik, psikologis, social, dan spiritual. Sedangkan, anak usia sekolah dapat diartikan sebagai anak yang berada dalam rentang usia 6-12 tahun, di mana anak mulai memiliki lingkungan lain selain keluarga.

2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Anak Usia Sekolah

a. Perkembangan Fisik

- 1) Periode pertumbuhan secara fisik dan fungsi organ, otak mulai terbentuk dengan baik sehingga perkembangan kecerdasan cukup pesat.
- 2) Parameter umum: Tinggi badan rata-rata anak usia 6 tahun adalah 112,5 cm dan berat badan rata-ratanya mencapai 21 kg. Pertambahan berat badan yaitu 2,5 kg/tahun sedangkan pertambahan tinggi badan yaitu 5 cm/tahun. Selain itu, lingkaran kepala berkembang dari 50 cm menjadi 52-53 cm dari usia 5 sampai 12 tahun.
- 3) Nutrisi: Kebutuhan kalori harian anak menurun berhubungan dengan pertambahan ukuran tubuh dan rata-rata membutuhkan 2.400 kalori per hari.
- 4) Pola Tidur: Kebutuhan tidur setiap anak bervariasi, biasanya memiliki rentang 8-9,5

jam setiap malam.

- 5) Pola Makan: Pada usia ini anak cenderung memiliki kebiasaan pola makan tidak teratur. Maksudnya pada masa ini anak sering makan dan jajan berlebihan, sehingga banyak anak mengalami kegemukan.
- 6) Perkembangan anak usia sekolah masih sangat dipengaruhi lingkungan keluarga

b. Perkembangan Psikologis

1) Kemampuan Motorik

Anak-anak pada masa usia sekolah umumnya sudah dapat menggambar dan melukis dengan baik. Anak juga sudah dapat berlatih dengan baik untuk mendapatkan keahlian yang ia inginkan. Perkembangan motorik kasar pada usia ini anak yaitu dapat bermain sepatu roda, berenang. Kemampuan berlari dan melompat meningkat secara progresif. Sedangkan perkembangan motorik halus yaitu anak mampu menulis dan merangkai kata dengan baik.

2) Kemampuan Kognitif

Menurut Piaget, anak usia 7-12 tahun berada dalam tahap konkrit operasional, maksudnya anak telah berpikir secara logis untuk hal-hal nyata yang ditandai dengan penalaran induktif, tindakan logis, dan pikiran konkret yang reversibel.

3) Kemampuan Bahasa

Kosa kata anak berkembang sampai 2500 kata, mampu menggunakan kalimat kompleks, dan

menggunakan kata-kata dengan baik. Anak dapat mengembangkan pola artikulasi orang dewasa (7-9 tahun), anak belajar bahwa kata-kata dapat dirangkai dalam bentuk terstruktur.

c. Perkembangan Emosional

Pada umumnya, stres pada anak disebabkan rasa cemas dan takut. Sebagian perasaan takut yang terjadi sejak masa kanak-kanak awal dapat terselesaikan atau berkurang, anak dapat menyembunyikan rasa takutnya untuk menghindari dikatakan sebagai pengecut atau bayi, faktor stres yang paling sering menyerang justru berasal dari ekspektasi orang tua yang terlalu tinggi terhadap anak.

d. Perkembangan Intelektual

Menurut Piaget, ada lima faktor yang menunjang perkembangan intelektual, yaitu kedewasaan (maturation), pengalaman fisik (physical experience), pengalaman logika matematika (logical mathematical experience), transmisi sosial, social transmission, dan proses keseimbangan (equilibrium) atau proses pengaturan sendiri (self regulation).

e. Perkembangan Sosial, Moral, dan Sikap

Masa usia sekolah merupakan periode perubahan dinamis dan kematangan seiring dengan peningkatan keterlibatan anak dalam aktivitas yang lebih kompleks, membuat keputusan, dan kegiatan yang memiliki tujuan. Hubungan dengan teman sebaya memegang peranan penting. Aktivitas kelompok biasanya banyak

menghabiskan waktu dan energi. Pada umumnya, anak usia sekolah gemar bermain. Namun, pada masa ini permainan yang dilakukan menjadi lebih kompleks dan kompetitif. Selain itu, sangat baik bagi anak jika orang tua mengajarkan hal-hal yang bersifat positif pada masa perkembangan ini, seperti mengajarkan keterampilan khusus (musik dan seni, olah raga, bahasa), disiplin dan tanggung jawab, dan juga mengajarkan anak tentang konsep reward and punishment.

3. Masalah Kesehatan Anak Usia Sekolah di Wilayah Perkotaan

a. Perilaku bullying pada anak sekolah

Hasil survei Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) di 9 provinsi terhadap lebih dari 1.000 orang siswa siswi, baik dari tingkat Sekolah Dasar/MI, SMP/MTs, maupun SMA/MA menunjukkan 87,6% siswa mengaku mengalami tindak kekerasan. Bentuk kekerasan tersebut adalah fisik maupun psikis, seperti dijewer, dipukul, dibentak, dihina, diberi stigma negatif hingga dilukai dengan benda tajam. Sebanyak 78,3% anak juga mengaku pernah melakukan tindak kekerasan, mulai dari bentuk yang ringan hingga berat.

Faktor- faktor penyebab munculnya perilaku bullying yaitu:

- 1) Dinamika keluarga (bagaimana anggota keluarga berhubungan satu sama lain) mengajarkan hal-hal mendasar dan penting pertama kalinya dan hal tersebut bersifat long term memory pada diri seorang anak.

- 2) Media gambar dan pesan dapat memengaruhi cara seseorang mengartikan suatu tindakan bullying. Bullying sering dipertontonkan dan digambarkan sebagai perilaku lucu sehingga dapat diterima sebagai hal yang wajar.
- 3) Aturan dalam pertemanan sebaya secara aktif maupun pasif dapat meningkatkan pemikiran dan pemahaman bahwa bullying “bukanlah suatu masalah besar”. Seorang anak yang menjadi pengamat dan hanya diam saja ketika ada temannya melakukan bullying kepada teman lain, tanpa disadari anak tersebut membenarkan apa yang dilakukan temannya.
- 4) Teknologi telah memungkinkan bagi pelaku bullying melakukan bullying kepada teman lainnya dengan menggunakan dunia maya.
- 5) Iklim dan budaya sekolah turut berperan dalam tumbuh bahkan berkembangnya perilaku bullying pada siswa.

b. Masalah Obesitas pada Anak Usia Sekolah

Menurut Riskesdas 2010, prevalensi kegemukan pada anak laki-laki umur 6-12 tahun lebih tinggi dari prevalensi anak perempuan, yaitu 10,7% dan 7,7%. Prevalensi kegemukan lebih tinggi terjadi di perkotaan (10,4%) dibanding perdesaan (8,1%). Beberapa faktor penyebab obesitas pada anak antara lain asupan makanan berlebih yang berasal dari jenis makanan olahan serba instan, minuman soft drink, makanan jajanan seperti makanan cepat saji (burger, pizza, hot dog, dll.) dan makanan siap saji lainnya yang tersedia di

gerai makanan. Faktor penyebab obesitas lainnya adalah kurangnya aktivitas fisik, baik kegiatan harian maupun latihan fisik terstruktur.

c. Masalah Gizi Kurang pada Anak Usia Sekolah

Pada tahun 2013, secara nasional prevalensi gizi buruk-kurang pada anak balita sebesar 19,6 %, yang berarti masalah gizi berat-kurang di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat mendekati prevalensi tinggi (Riskesdas, 2013). Banyak faktor yang memengaruhi kejadian gizi kurang pada bayi, balita, dan anak-anak, baik itu penyebab langsung maupun tidak langsung. Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Selain itu, ada pula beberapa penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang, yaitu:

- 1) ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai,
- 2) pola pengasuhan anak kurang memadai,
- 3) pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai,
- 4) kurangnya sistem pelayanan kesehatan yang dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau setiap keluarga yang membutuhkan, dan
- 5) akses masyarakat terhadap pangan yang kurang memadai.

C. Remaja

1. Konsep Remaja

Masa remaja merupakan masa transisi seorang individu dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Kata remaja (adolescence) diambil dari kata Latin yang berarti “menjadi dewasa”, merupakan perumpamaan yang tepat untuk fase ini. Masa remaja diawali dengan masa praremaja, biasanya dimulai dari usia 10 tahun untuk anak perempuan dan 12 tahun untuk anak laki-laki dan memasuki masa remaja di usia 13-18 tahun (Hatfield, 2007). Di Indonesia, usia remaja dikategorikan dalam rentang 10-18 tahun menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No 25 tahun 2014 dan rentang 10-24 tahun menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Menurut Potts dan Mandleco (2011) masa remaja terdiri dari tiga fase, yaitu masa remaja awal (12-14 tahun), remaja tengah (15-17 tahun), dan remaja akhir (18-21 tahun).

Permulaan masa praremaja ditandai dengan pertumbuhan yang pesat yang menandakan dimulainya pubertas atau kematangan reproduksi. Pada masa ini, remaja akan mulai mempunyai tubuh seperti orang dewasa, pembesaran organ seksual primer, munculnya ciri-ciri seks sekunder, dan peningkatan hormon. Awal fase ini diakhiri dengan terjadinya menstruasi pada remaja perempuan dan produksi sperma pada remaja laki-laki. Remaja mengalami perkembangan yang berbeda-beda antara remaja satu dengan yang lainnya setelah masuk masa remaja. Remaja juga akan mengalami pertumbuhan

yang pesat, perkembangan karakteristik seksual sekunder, dan ketertarikan pada lawan jenis. Perubahan terbesar terjadi di berbagai aspek, yaitu fisik, emosional, dan sosial (Hatfield, 2007). Perubahan-perubahan signifikan tersebut membuat remaja cenderung mempunyai perilaku berisiko, sehingga memerlukan bimbingan dari orang tua dan perawat untuk memfasilitasi gaya hidup sehat dan mengurangi perilaku berisiko (Kyle & Carman, 2012).

2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Remaja

a. Perkembangan Fisiologis

Pertumbuhan fisik terjadi sangat cepat pada masa remaja. Remaja perempuan mulai bertumbuh lebih pesat pada masa pra remaja dan mencapai sekitar 98% tinggi orang dewasa pada usia 16 tahun, sedangkan anak laki-laki memulai pertumbuhannya pada usia 13 tahun dan akan terus berlangsung saat mencapai usia 20 tahun. Pada masa ini, remaja perempuan juga akan mengalami menstruasi pertama mereka. Pertumbuhan payudara pada remaja wanita akan berkembang maksimal pada usia 16 tahun dan rambut pubik mulai tumbuh lebat. Perkembangan organ seksual laki-laki akan mulai terlihat pada usia 16 tahun. Penis, testis, dan skrotum akan mencapai ukuran dan bentuk dewasa pada usia ini. Rambut pubik juga akan mulai terlihat dan muncul seperti orang dewasa. Remaja laki-laki juga akan mengalami perkembangan pesat pada kekuatan dan koordinasi otot setelah usia 13 tahun. Laring

dan pita suara akan membesar dan suara akan terdengar lebih dalam, hal tersebut membuat sebagian remaja laki-laki malu karena perubahan yang terjadi tiba-tiba pada suaranya (Hatfield, 2007). Kyle dan Carman (2012) menjabarkan perkembangan fisiologis remaja dalam tiga fase yang akan dipaparkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 3.1 Perubahan Fisiologis Remaja

Fase	Perubahan Remaja Perempuan	Perubahan Remaja Laki-Laki
Remaja Awal (10-13 Tahun)	- Rambut pubik mulai tumbuh dan menyebar di atas <i>mons pubis</i>; pigmentasi di area genitalia meningkat. - Puting payudara dan aerola terus membesar; tidak ada jarak antara kedua payudara. - Menstruasi pertama (rata-rata pada usia 12 tahun, batas normal 9-16 tahun).	- Rambut pubik menyebar secara lateral; pigmentasi meningkat. - Testis dan skrotum tumbuh dan membesar (skrotum menjadi berwarna kemerahan) dan penis terus memanjang. - Terlihat mempunyai kaki yang panjang dikarenakan pertumbuhan ekstremitas lebih cepat dibandingkan dengan pertumbuhan batang tubuh.
Remaja Tengah (14-16 Tahun)	- Rambut pubik menjadi kasar dan terus mengeriting; jumlah rambut bertambah. - Areola dan papila terpisah dari kontur payudara secara keseluruhan dan membentuk seperti gundukan kedua.	- Rambut pubik menjadi kasar dan menyebar. - Testis dan skrotum terus tumbuh; kulit skrotum menjadi lebih gelap; penis tumbuh melebar dan <i>glans</i> penis berkembang. - Mungkin merasakan pembesaran pada payudara.
		Suara berubah menjadi lebih maskulin karena pembesaran laring dan faring.

Remaja Akhir (17-20 Tahun)	Rambut pubik sudah menyerupai orang dewasa.	• Rambut pubik sudah menyerupai orang dewasa. • Pembesaran payudara terhenti. • Bentuk dan ukuran dari testis, skrotum, dan penis sudah menyerupai orang dewasa; kulit skrotum menggelap.
---------------------------------------	---	---

b. Perkembangan Psikososial

Erikson menyatakan tugas utama seorang remaja adalah membangun identitas. Para remaja menghabiskan banyak waktu untuk memikirkan siapa dan bagaimana mereka dan mereka dihadapkan dengan banyaknya pilihan dari sebelumnya. Ketika identitas telah terbentuk, biasanya antara usia 16-18 tahun, para remaja mencari hubungan yang intim dengan lawan jenis. Hubungan yang intim pada masa ini merupakan sebuah persiapan untuk hubungan-hubungan jangka lama ke depannya dan remaja yang gagal mendapatkan keintiman kemungkinan akan mempunyai perasaan-perasaan tersingkirkan dan mengalami kesulitan yang kronis dalam berkomunikasi dengan orang lain (Hatfeld, 2007).

c. Perkembangan Kecerdasan

Pada masa remaja, perkembangan intelegensia masih berlangsung sampai usia 21 tahun. Perkembangan intelegensia menyebabkan remaja lebih suka belajar sesuatu yang mengandung logika untuk mengerti hubungan antara hal

yang satu dengan lainnya. Imajinasi remaja juga menunjukkan kemajuan, hal ini ditandai dengan banyak prestasi. Perkembangan intelektual akan terjadi kemajuan-kemajuan seperti mampu melihat relasi antara hal yang satu dengan lainnya, mampu mengadakan pembicaraan intelektual, senang mengkritik, dan mampu berpikir abstrak (Kemenkes RI, 2007).

4. Masalah Kesehatan Remaja di Wilayah Perkotaan

Masalah kesehatan umum yang sering ditemukan pada remaja di Indonesia adalah gizi. Kurangnya asupan gizi yang mengakibatkan kurang gizi yaitu terlalu kurus dan dapat terkena anemia karena kekurangan zat besi. Selain itu, masalah gizi yang sering muncul adalah kelebihan asupan gizi yang dapat menyebabkan obesitas (Waryana, 2010). Gizi memainkan peran penting dalam tumbuh kembang remaja. Ketidakseimbangan antara makanan yang dikonsumsi dengan kebutuhan pada remaja akan menimbulkan masalah gizi kurang maupun gizi lebih (Sharon et al., 2006). Masalah gizi yang biasa ditemui remaja adalah obesitas, kurang energi kronis dan anemia. Masa remaja dikatakan rentan terhadap masalah gizi karena terjadi percepatan pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang memerlukan energi lebih banyak serta terjadi perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan yang menuntut penyesuaian masukan energi dan zat gizi (Turnham, 2013).

Perilaku rentan gizi pada remaja salah satunya ditunjukkan dengan kebiasaan makan yang kurang

baik. Kebiasaan makan yang kurang baik ini biasanya diawali dengan kebiasaan makan keluarga yang tidak baik yang sudah tertanam sejak kecil kemudian berlanjut hingga remaja. Bentuk kebiasaan makan yang tidak baik ini di antaranya adalah makan seadanya tanpa mengetahui kebutuhan berbagai zat gizi dan dampak akibat tidak terpenuhinya kebutuhan zat gizi tersebut terhadap kesehatan. Selain gizi, remaja rentan mengalami cedera. Penyebab cedera karena kecelakaan sepeda motor menempati peringkat kedua menunjukkan proporsi tertinggi, yaitu 67,4% pada kelompok 15-24 tahun (Risikesdas, 2013). Dorongan seksual merupakan permasalahan seksualitas yang umum dialami remaja. Usia kematangan fisik pada remaja belum diimbangi dengan kematangan psikososial. Kemampuan memahami dan kesiapan menerima risiko perilaku seksualnya, kemampuan mengelola dorongan dan kemampuan mengambil keputusan secara matang. (Bachtiar, 2010). Soeroso (2010) melalui penelitiannya menjelaskan bahwa masalah sosial budaya dan sekolah yang ditemukan adalah sulit belajar, membolos, kenakalan remaja (tawuran), dan pergeseran nilai budaya.

D. Dewasa

1. Konsep Dewasa

Seseorang dapat dikatakan berusia dewasa jika berusia 20-60 tahun (Polan & Taylor, 2007). Seorang individu disebut sebagai dewasa jika telah mampu menyelesaikan dan menerima kedudukan yang sama dalam masyarakat atau orang dewasa lainnya

(Pieter & Lubis, 2010). Menurut Mubin & Cahyadi (2006), seseorang dikatakan dewasa jika telah sempurna pertumbuhan fisiknya dan mencapai kematangan psikologis sehingga mampu hidup dan berperan bersama orang dewasa lainnya. Jadi, dapat disimpulkan bahwa dewasa adalah individu yang memiliki kematangan fisik dan psikologis, sehingga mampu hidup bersama orang dewasa lainnya. Menurut Erickson dalam Upton (2012), usia dewasa dibagi menjadi tiga tahap, yaitu 1) Masa dewasa awal (19-40 tahun), 2) Masa dewasa menengah (40-65 tahun), dan 3) Masa dewasa akhir (65 tahun hingga akhir).

2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Dewasa

Masa dewasa ditandai dengan adanya ketidakketergantungan secara finansial kepada orangtua. Individu diharapkan dapat menjalankan peran barunya sebagai suami-istri pencari nafkah, orang tua yang dapat mengembangkan sikap, keinginan, dan nilai sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Pada tahapan perkembangan dewasa memiliki tugas utama yang harus diselesaikan yaitu meninggalkan rumah, memilih dan mempersiapkan karier, dan membangun hubungan dekat untuk memulai hubungan keluarga (Atwater, E & Duffy, K. G, 2005).

Kelompok usia dewasa identik dengan kondisi sudah menikah dan memiliki karier kerja. Secara tidak langsung kedua kondisi ini akan memengaruhi perkembangan psikologis dari kelompok usia dewasa. Masyarakat memandang kelompok usia dewasa sudah

memiliki karier kerja dan dapat mencari nafkah untuk keluarganya. Sehingga dengan pandangan tersebut, kelompok usia dewasa mayoritas memiliki pekerjaan. Kelompok usia dewasa juga dipandang sebagai usia produktif. Hal ini terjadi karena kelompok usia dewasa dianggap sudah mengalami kematangan secara fisik. Dengan karakteristik produktif dan berada pada fase kehidupan menikah, maka kelompok usia dewasa banyak yang bekerja mencari nafkah untuk keluarganya. Kondisi produktivitas dari kelompok usia dewasa ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan karena dengan kurangnya produktivitas kelompok dewasa secara tidak langsung akan memengaruhi kestabilan fungsi dan perannya di keluarganya.

Sebagai kelompok usia ≥ 20 tahun, kelompok usia dewasa biasanya punya identitas yang kuat, artinya mereka memiliki ego kuat yang dijadikan sebagai identitasnya. Ego di sini digambarkan sebagai penggambaran dari keintiman. Keintiman antarorang dewasa bukan hanya mengenai keintiman seksual, tetapi juga keintiman emosional dengan pasangan, orang tua, anak, dan teman. Sehingga, jika keintimn emosional ini terganggu, kelompok usia dewasa akan mengalami permasalahan psikologis.

Kelompok usia dewasa memiliki berbagai tugas dan tahap perkembangannya dalam siklus kehidupan. Tugas tersebut meliputi aspek sosial, seperti aspek hubungan interpersonal, pekerjaan, dan lainnya. Berikut adalah tugas kelompok usia dewasa (Havighurst dalam Lemme, 1995):

- 1) menentukan pasangan hidup;
- 2) belajar menyesuaikan diri dan hidup bersama pasangan;
- 3) belajar mengasuh anak;
- 4) mengelola rumah tangga;
- 5) meniti karier atau melanjutkan pendidikan;
- 6) memulai bertanggungjawab sebagai warga negara yang taat aturan; dan
- 7) memperoleh kelompok sosial yang sesuai dengan nilai yang dianutnya.

5. Masalah Kesehatan Dewasa di Wilayah Perkotaan

Kelompok usia dewasa juga tidak luput dari penyakit fisik. Data dari Infodatin menjelaskan bahwa usia ≥ 18 tahun memiliki faktor risiko terkena diabetes seperti faktor risiko kegemukan/berat badan berlebihan dan obesitas (Kemenkes RI, 2014). Sumber lain juga menyatakan bahwa penyakit kanker banyak diderita mereka yang berusia 45-54 tahun yang secara klasifikasi usia masih tergolong kelompok dewasa (Kementrian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi Kesehatan, 2015). Dengan demikian, kelompok dewasa sebenarnya memiliki risiko-risiko yang dapat menyebabkan penyakit tidak menular seperti pada dua contoh tersebut. Tak hanya berisiko terhadap penyakit di atas, kelompok usia dewasa juga berisiko mengalami sakit akibat kerjanya.

E. Lanjut Usia (Lansia)

1. Konsep Lanjut Usia

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (“PP No. 43/2004 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia”, 2004). Menurut jenisnya, lanjut usia dibedakan menjadi dua kategori yaitu lanjut usia potensial dan tidak potensial. Lanjut Usia Potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau Jasa, sementara Lanjut Usia Tidak Potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Departemen Kesehatan RI, 1998).

Menurut WHO (2011), jumlah lansia diproyeksikan akan tumbuh dari sekitar 524 juta lansia di tahun 2010 menjadi hampir 1,5 miliar lansia pada tahun 2050. Proyeksi menunjukkan peningkatan proporsi individu usia 60 tahun atau lebih secara global lebih dari 4% selama 15 tahun ke depan, dari 12,3% pada tahun 2015 menjadi 16,5% pada 2030, ini dibandingkan dengan kenaikan yang terjadi antara tahun 2000 sampai 2015 yaitu hanya 2,3% lansia (United Nations, 2015). Sebagian besar peningkatan populasi lansia tersebut terjadi di negara-negara berkembang.

2. Pertumbuhan dan Perkembangan pada Lanjut Usia

Lansia mengalami perubahan-perubahan yang menuntut dirinya menyesuaikan diri secara terus-menerus akibat perkembangan usia. Berdasarkan tugas perkembangan keluarga dengan lansia,

diperlukan penataan kehidupan yang memuaskan sebagai prediktor yang sangat berharga dalam memprediksi kesejahteraan lansia, menyesuaikan dengan penurunan pendapatan, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, dan mempertahankan ikatan keluarga (Friedman, 2010). Kebutuhan lansia disesuaikan dengan perubahan yang terjadi seperti:

a. Perubahan Fisik

Seiring bertambahnya usia, terjadi kemunduran fisik yang mengakibatkan masalah kesehatan pada lansia seperti:

Tabel 3.2 Perubahan Fisik

No	Sistem Organ	Morfologi dan Fungsi
1	Muskuloskeletal	Penurunan massa dan kekuatan otot, penurunan mobilitas sendi, penurunan rentang gerak sendi, dan osteoarthritis.
2	Kardiovaskular	Katup jantung menebal dan menjadi kaku, curah jantung berkurang, pembuluh darah menjadi tidak elastis, dan tekanan darah meningkat.
3	Pekemihan	Penurunan filtrasi renal, nokturia, peningkatan inkontinensia urin, retensi urin, dan aliran darah ke ginjal menurun.
4	Pernafasan	Kekuatan otot pernafasan berkurang, jumlah alveoli berkurang, peningkatan frekuensi pernafasan, penurunan ekspansi paru, dan peningkatan resistensi jalan napas.
5	Gastrointestinal	Kehilangan gigi, indra pengecap menurun, esofagus melebar, rasa lapar menurun, asam lambung meningkat, waktu pengosongan lambung menurun, dan peristaltik melemah.
6	Penglihatan	Lensa menjadi keruh, berkurangnya daya akomodasi mata, penurunan ketajaman penglihatan, dan sensitivitas terhadap cahaya yang menyilaukan.
7	Pendengaran	Penurunan pendengaran, penumpukan serumen, dan berkurangnya kemampuan membedakan nada.
8	Persarafan	Kurang sensitif terhadap sentuhan, kemunduran saraf otonom, reaksi menjadi lambat
9	Daya pengecap dan pembauan	Sensitivitas terhadap rasa menurun sehingga menurunkan nafsu makan.

b. Perubahan Sosial

Perubahan kehidupan yang terjadi akan membuat lansia kurang melakukan kegiatan yang berguna seperti penurunan minat, isolasi dan kesepian, perubahan kognitif, dan perubahan spiritual sehingga lansia memerlukan perlindungan, baik perlindungan dari dampak bencana, kekerasan, perlakuan salah, eksploitasi, ketidakberdayaan dan penelantaran (Kemensos RI, 2014).

c. Perubahan Status Ekonomi

Lansia yang sudah tidak bekerja atau pensiun akan mengalami peningkatan kebutuhan, namun ada penurunan penghasilan. Mayoritas lansia hidupnya banyak bergantung pada anak-anaknya, khususnya untuk memenuhi kebutuhannya. Perubahan status ekonomi juga akan memengaruhi status kesehatan lansia yang berdampak pada pemenuhan gizi lansia yang diakibatkan besarnya kebutuhan lansia, khususnya kebutuhan untuk pelayanan kesehatan (Mubarak & Chayatin, 2009).

d. Perubahan Kognitif

Pada umumnya muncul trauma psikologis dan emosi pada lansia akibat kerusakan kognitif. Perubahan kognitif erat kaitannya dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan dan situasi lingkungan. Perubahan kognitif yang terjadi pada lansia yaitu demensia dan delirium (Potter & Perry, 2005).

e. Perubahan Psikososial

Lansia harus beradaptasi pada perubahan psikososial yang terjadi seperti pensiun. Perubahan psikososial serta reaksi individu terhadap perubahan bergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan. Perubahan yang mendadak dalam kehidupan akan membuat lansia kurang melakukan kegiatan yang berguna seperti penurunan melakukan minat, isolasi dan kesepian, perubahan kognitif, dan perubahan spiritual.

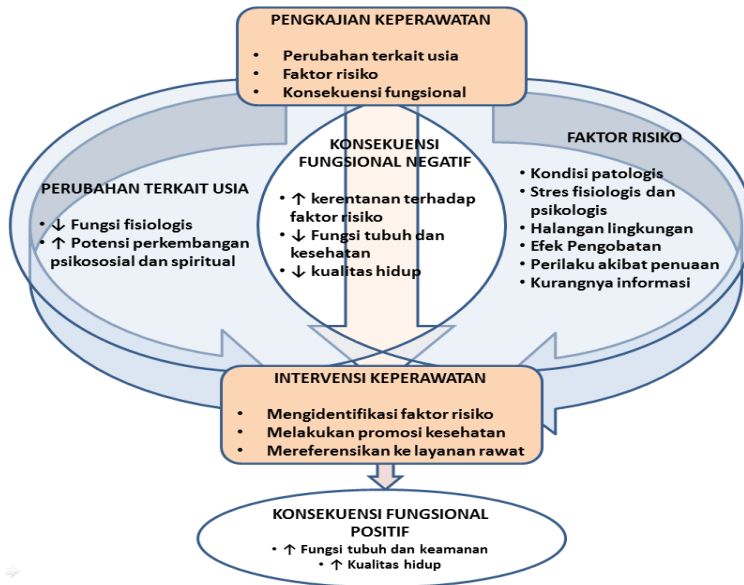
3. Masalah Kesehatan Lansia di Wilayah Perkotaan

Pertambahan usia pada lansia berisiko mengalami permasalahan fisik, jiwa, spritual, ekonomi, dan sosial. Permasalahan utama yang seringkali terjadi pada lansia terjadi akibat proses degeneratif. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2013), penyakit terbanyak pada lanjut usia adalah penyakit tidak menular, seperti hipertensi, osteo artritis, masalah gigi-mulut, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), dan diabetes melitus. Masalah utama bagi lanjut usia adalah pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan (Permenkes 25/2016). Gangguan fungsional yang terjadi pada lansia meningkat dengan ditunjukkan terjadinya disabilitas. Disabilitas kategori ringan diukur berdasarkan kemampuan aktivitas hidup sehari-hari. Pada umumnya, penyakit yang diderita lansia jarang dengan diagnosa tunggal, melainkan hampir selalu dengan multidiagnosis. Kondisi tersebut mengindikasikan lansia membutuhkan perawatan jangka panjang yang disebabkan karena

keterbatasan lansia akibat tidak mampu merawat dirinya. Selain penyakit tidak menular, penambahan usia menyebabkan penurunan daya tahan tubuh, sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular.

Lansia membutuhkan dukungan perawatan keluarga atau caregiver. Oleh karena itu, peran caregiver sangat penting untuk membantu kegiatan sehari-hari lansia. Kondisi ini berisiko menimbulkan permasalahan pada keluarga/caregiver, karena penyakit lansia umumnya merupakan penyakit degeneratif, kronis, dan multidiagnosis yang penanganannya membutuhkan waktu lama dan biaya tinggi. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan psikologis pada lansia juga, karena merasa tidak berdaya akibat keterbatasan fisik yang dialami.

Konsekuensi fungsional adalah suatu efek yang muncul sebagai akibat dari perubahan fisik, faktor risiko, serta perilaku kesehatan individu atau lanjut usia yang dapat diobservasi serta memengaruhi kehidupan sehari-hari lanjut usia. Perilaku kesehatan meliputi seluruh intervensi yang dilakukan pelaku rawat, keluarga, maupun tenaga kesehatan, sementara faktor risiko dapat berasal dari lingkungan eksternal maupun internal individu. Konsekuensi fungsional dapat menjadi negatif apabila perilaku yang ditunjukkan oleh individu meningkatkan risiko ketergantungan terhadap pelaku rawat, sementara menjadi positif jika individu dapat mandiri dalam menjalankan fungsi sehari-harinya (Miller, 2012).



Gambar 3.1. Teori Konsekuensi Fungsional (Miller, 2012)

Konsekuensi fungsional negatif muncul akibat gabungan dari perubahan fisik dan faktor risiko, sebagai contoh kejadian demensia yang dialami lansia diakibatkan karena adanya penurunan volume otak disertai dengan gangguan penyakit seperti alzheimer. Konsekuensi fungsional positif muncul sebagai hasil dari intervensi tenaga kesehatan serta perilaku kesehatan individu, sebagai contoh lansia tetap melakukan kegiatan produktif selepas pensiun karena keinginan untuk menghindari penyakit demensia.

BAB 4

PROGRAM INOVASI DALAM MENGEMBANGKAN KOTA SEHAT

Pengembangan Kota Sehat yang berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/MENKES/PB/VIII/2005 mengatur agar pemerintah daerah bekerja sama dengan seluruh elemen masyarakat untuk mewujudkan kota/kabupaten yang bersih, aman, nyaman, serta sehat bagi penduduknya. Dalam lebih dari satu dekade pelaksanaannya, pengembangan Kota Sehat masih belum dapat mencapai fungsi optimal dalam mewujudkan tujuan utama sebagaimana yang dimaksudkan sebelumnya.

Bab ini berisi beberapa ide pengembangan Kota Sehat di beberapa kota di Indonesia yang berdasarkan atas penggabungan kebijakan yang telah berjalan di kota tersebut dengan beberapa peraturan maupun kebijakan yang telah ada, tapi belum dilaksanakan pada kota spesifik dengan tujuan untuk menawarkan suatu inovasi program berdasarkan program yang telah ada tanpa bermaksud menihilkan atau mendiskreditkan berbagai program, kebijakan, maupun arah pembangunan Kota Sehat yang telah terlaksana.

Adapun topik dari kota-kota yang dijadikan proyek percontohan dari pengembangan inovasi Kota Sehat meliputi:

1. Rancangan pengembangan program penanganan tindakan kekerasan pada anak dalam lingkup Kota/Kabupaten Pasaman, Sumatera Barat.

2. Program anti bullying menuju kota layak anak tahun 2030 di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan.
3. Rancangan pengembangan program kota layak anak berbasis kantin sehat di Kota Pekanbaru, Riau.
4. Rancangan pengembangan program rumah remaja di Kota Martapura, Kalimantan Selatan.
5. Rancangan pengembangan program Forum Remaja Peduli Gizi (For-Peg) di DKI Jakarta.
6. Rancangan pengembangan program Kota Sehat berbasis pasar sehat di Kota Serang, Banten.
7. Rancangan pengembangan program kota bebas tuberculosis di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara.
8. Rancangan pengembangan program Kadermu Peduli Hipertensi (Kemudi) di Kota Metro, Lampung.
9. Rancangan pengembangan program kota ramah HIV/AIDS bebas stigma dan diskriminasi di Kota Gorontalo, Gorontalo.
10. Rancangan pengembangan program perencanaan skenario kesehatan kota untuk menurunkan angka kejadian ISPA di DKI Jakarta.
11. Rancangan pengembangan program lansia sehat berbasis inovasi integrasi program prolanis, kartu sehat berbasis NIK dan Program *All-in care for Elderly* (PACE) di Kota Bekasi, Jawa Barat.
12. Rancangan pengembangan program pengembangan kota sungai yang santun lansia di Kota Martapura, Kalimantan Selatan.
13. Rancangan pengembangan program tari janger lansia pendukung Kota Denpasar ramah lansia 2013 di Kota Denpasar, Bali.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Penanganan Tindakan Kekerasan pada Anak dalam Lingkup Kota/Kabupaten Pasaman, Sumatera Barat

Evanny Indah Manurung

A. Latar Belakang

Percepatan pertumbuhan urbanisasi yang terjadi saat ini merupakan masalah paling penting pada kehidupan kota, seperti meningkatnya kebutuhan akan makanan dan ketersediaan air bersih, rumah yang aman, pembuangan limbah yang baik, dan pelayanan kesehatan yang memadai. Hal ini juga menimbulkan masalah sosial seperti kriminalitas, kekerasan (terutama terhadap perempuan dan anak), penggunaan obat-obat terlarang dan anak jalanan menjadi masalah yang digeluti oleh masyarakat perkotaan. Semua masalah ini berpengaruh terhadap kesehatan dan menyebabkan meningkatnya penyakit menular, kekurangan gizi, gangguan mental, dan penyakit saluran napas yang kronik.

Dilihat dari permasalahan yang timbul akibat pertumbuhan jumlah penduduk dalam suatu kota, berupa tindakan kekerasan. Dalam tatanan Kota Sehat yang dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, terdapat tatanan kawasan dengan kehidupan sosial yang sehat, (Hapsari, Afifah, & Sudani, 2007). Adanya tindakan kekerasan dalam wilayah tersebut membuat kehidupan sosial menjadi tidak sehat. Kekerasan yang marak terjadi dan sangat mengganggu adalah kekerasan terhadap anak. Kasus kekerasan pada anak ini semakin

meningkat di lingkungan masyarakat. Kekerasan pada anak dan penelantaran diartikan sebagai semua tindakan atau gagalnya memenuhi tindakan kewajiban sebagai orang tua atau pengasuh, yang berpotensi meninggalkan luka fisik maupun emosional (Raja, Kaunang, Dundu, & Munayang, 2016).

Pada tahun 2008, jenis tindakan kekerasan yang terjadi pada anak berupa pencabulan 41%, trafficking (perdagangan anak) 3%, pembunuhan 3%, penganiayaan 7%, perkosaan 41%, dan pelecehan seksual 5%. Pencabulan dan pemerkosaan pada anak pada tahun 2008 menjadi kasus yang paling sering terjadi di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Menurut UNICEF Indonesia, sampai tahun 2015, kekerasan terhadap anak yang terjadi di Indonesia yaitu 40% anak berusia 13-15 tahun melaporkan pernah diserang secara fisik sedikitnya satu kali dalam setahun, 26% melaporkan pernah mendapat hukuman fisik dari orang tua atau pengasuh di rumah, 50% anak melaporkan di-bully di sekolah, 45% perempuan dan anak perempuan di Indonesia percaya bahwa suami/pasangan boleh memukul istri/pasangannya dalam situasi-situasi tertentu (Unicef Indonesia, 2015).

Adanya tindakan kekerasan pada anak dapat menghambat tumbuh dan kembang secara fisik dan psikologis. Anak merupakan aset bangsa yang harus dilindungi dan dijaga, oleh karena itu anak harus terpenuhi haknya untuk tumbuh dan berkembang serta mendapatkan perlindungan dari segala bentuk tindak kekerasan, eksploitasi, dan diskriminasi. Pada masa usia dini, anak akan dipersiapkan untuk menjadi SDM yang berkarakter kuat nantinya di

masa depan, sehingga dapat menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi, unggul, berdaya saing, dan menjadi agen perubahan di masa depan (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Jika sejak kecil anak mengalami tindakan kekerasan, akan memengaruhi karakternya di masa depan dan akan terbentuk SDM yang lemah nantinya, sehingga juga akan berpengaruh pada kesejahteraan bangsa.

Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) menemukan 218 kasus kekerasan seksual anak pada 2015. Sementara pada 2016, KPAI mencatat terdapat 120 kasus kekerasan seksual terhadap anak-anak. Di 2017, tercatat sebanyak 116 kasus (KPAI, 2017). Berdasarkan data tersebut, dalam waktu 3 tahun terakhir lebih dari 100 kasus tindakan kekerasan seksual pada anak. Berdasarkan hasil wawancara salah satu Pegawai Dinas Sosial Kabupaten Pasaman, program pemerintah untuk penanganan tindakan kekerasan anak ini sudah ada dan sedang berjalan, seperti melakukan sosialisasi Undang-Undang perlindungan anak, konsultasi melalui Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2N), dan sosialisasi melalui Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga (LK3). Namun, tetap saja, angka kejadian tindakan kekerasan pada anak masih terjadi. Ditambah lagi, kabupaten ini belum menjadi kabupaten layak anak, sehingga perlu dikaji lagi bagaimana kota atau kabupaten ini bisa menjadi tempat yang aman dan nyaman khususnya untuk anak.

Berdasarkan hal tersebut, perlu sekali dibentuk program agar masyarakat terpapar mengenai kekerasan pada anak dan dampaknya terhadap perkembangan dan pertumbuhan anak agar angka kekerasan pada anak dapat diturunkan,

karena melihat tingginya angka kekerasan pada anak usia sekolah. Indikator Kota Sehat adalah terciptanya hubungan sosial yang sehat pada penduduk dalam wilayah tersebut. Berkurangnya angka tindakan kekerasan pada anak dalam wilayah tersebut menjadikan kota sebagai salah satu syarat untuk menuju kota atau kabupaten sehat, sehingga nantinya dapat menciptakan SDM berkualitas yang dapat menjadi generasi unggulan yang membawa perubahan yang baik untuk bangsa.

B. Konsep Program

Kekerasan terhadap anak merupakan semua bentuk tindakan perlakuan menyakitkan secara fisik ataupun emosional, penyalahgunaan seksual, penelantaran, eksploitasi komersial atau eksploitasi lainnya, yang mengakibatkan cedera/kerugian nyata ataupun potensial terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak, yang dilakukan dalam konteks hubungan tanggungjawab, (Depkes RI & UNICEF, 2010).

Menurut Hasil Konsultasi Anak tentang kekerasan terhadap anak di 18 Provinsi dan nasional, ruang lingkup atau lokus terjadinya kekerasan meliputi: 1) rumah dan sekitarnya; 2) sekolah dan taman bermain; 3) kantor polisi, rumah tahanan, dan penjara; 3) jalanan, halte bus, terminal bus, dan kendaraan umum; 4) tempat pariwisata, tepi pantai, dan daerah sepi; dan 5) wilayah konflik/perang. Lokus atau tempat terjadinya kekerasan anak tidak hanya di ruang privat (domestik), melainkan juga di ruang publik, dilakukan oleh orang-orang yang memiliki kedekatan emosional dengan anak, bahkan hubungan darah. Pelaku kekerasan terhadap anak justru adalah

orang yang diharapkan sang anak untuk mendapatkan perlindungan, orang yang mereka patut percaya, seperti orangtua atau kerabat anak, pengasuh, orang di sekitar tempat tinggal anak, dan guru. Menurut data Komnas PA, sebanyak 92% pelaku kekerasan dilakukan orang terdekat, seperti orang tua, guru, kepala sekolah, kakak, nenek, kakek, dan lain-lain (Adawiah, 2015).

Merujuk pada ruang lingkup terjadinya kekerasan pada anak, ada baiknya program yang direncanakan adalah yang melibatkan semua tempat dalam satu kota, dengan pendekatan lokasi-lokasi tersebut, seperti sekolah, fasilitas umum, lingkungan keluarga, serta melibatkan orang yang berada di dalamnya. Penanganan tingkat kota merupakan penanganan yang tepat dalam melakukan pencegahan terhadap kekerasan pada anak dalam lingkup kota atau kabupaten. Kegiatan yang bisa dilakukan untuk penanganan pencegahan tindakan kekerasan pada anak bisa diwujudkan dengan “Kota Sayang Anak” yang mengarah pada Kota Layak Anak yang berbasis pada salah satu Indikator Kota Layak Anak, yaitu Perlindungan Khusus Anak. Kabupaten Pasaman belum bisa dikategorikan sebagai kabupaten dengan layak anak, oleh karena itu program “Kota Sayang Anak” bisa menjadi salah satu kegiatan untuk mewujudkan kota Layak Anak di Kabupaten Pasaman, Sumatera Barat.

Salah satu indikator Kota Layak Anak yaitu adanya perlindungan khusus yang berisi perlindungan khusus hak anak dalam situasi darurat (pengungsi dan konflik bersentaja), bermasalah dengan hukum, anak dalam situasi eksploitasi, dan anak dari kelompok minoritas dan masyarakat adat, seperti korban kekerasan dan

eksploitasi, pornografi, penyandang disabilitas (Kementrian Pendayagunaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2015).

C. Perencanaan Program

Kegiatan “Kota Sayang Anak” didasarkan pada strategi pencegahan tindakan kekerasan pada anak, yaitu diseminasi kekerasan berupa pencegahan primer, sekunder, dan tertier (Adawiah, 2015). Diseminasi (dissemination) adalah suatu kegiatan yang ditujukan kepada kelompok target atau individu agar mereka memperoleh informasi, timbul kesadaran, menerima, dan akhirnya memanfaatkan informasi tersebut. Diseminasi dapat dilaksanakan dalam bentuk seminar dan workshop atau melalui media cetak dan elektronik dalam suasana formal maupun informal. Metode pendekatan pada sasaran diseminasi ada dua, yakni 1) pendekatan kelompok (instansi pemerintah pusat dan daerah serta kelompok masyarakat yang terdiri dari kelompok profesi, LSM, ormas, toga, dan tokoh adat), 2) pendekatan massal melalui media cetak dan elektronik (Adawiah, 2015). Melalui konsep ini, kegiatan yang dilakukan berupa seminar disesuaikan dengan tempat-tempat yang berpotensi terjadinya kekerasan terhadap anak. Oleh karena itu, butuh dukungan dari berbagai pihak dalam lingkup kota, agar kegiatan ini bisa dilaksanakan dengan baik. Dengan adanya bantuan berbagai pihak, dalam suatu kota atau kabupaten, seperti sekolah, pihak yang bertanggung jawab pada fasilitas umum, kemudian melibatkan perawat komunitas untuk melakukan pendekatan keluarga, merupakan salah bentuk kerja sama mewujudkan kegiatan “Kota Sayang Anak”.

Tujuan dari kegiatan ini adalah tercapainya pencegahan primer berupa pencegahan sebelum terjadinya perlakuan salah atau penelantaran anak terjadi. Sasaran dari pencegahan ini adalah semua masyarakat yang ada di wilayah tersebut (Adawiah, 2015). Jika diterapkan pada wilayah Kabupaten Pasaman Sumatera Barat, untuk dapat menjangkau seluruh warga masyarakat, maka perlu kegiatan ini pada tujuan pencegahan primer, menargetkan tempat-tempat umum yang sering digunakan oleh masyarakat, seperti sekolah, yang mana sebagian besar setiap harinya kehidupan anak ada di sekolah. Pelaksanaan di sekolah melibatkan kerja sama dengan guru-guru dan kepala sekolah yang mengajar dalam sekolah tersebut, baik ditingkat Sekolah Dasar hingga Menengah Atas, yang dapat mendidik siswa menumbuhkan rasa saling menghargai terhadap sesama agar ketika besarnya memiliki sifat menghargai yang tinggi. Kemudian, target selanjutnya adalah warga masyarakat luas, dengan melakukan kampanye atau memberikan informasi tentang kekerasan terhadap anak menggunakan media cetak, elektronik, dan sosial media yang menarik perhatian warga. Dalam hal ini, butuh kerja sama bagian hubungan masyarakat dalam daerah Kabupaten Pasaman. Tidak hanya itu, kegiatan ini juga bisa diberikan kepada keluarga-keluarga muda yang baru menikah dan diberikan saat mengikuti kelas pranikah untuk menyiapkan orang tua yang peduli terhadap perilaku kekerasan terhadap anak.

Tujuan kedua dari kegiatan ini berupa pelayanan yang diberikan kepada individu yang berisiko atau rentan untuk melakukan tindakan kekerasan terhadap anak (Adawiah, 2015). Maksudnya sasaran dari pelayanan ini adalah

keluarga yang orang tuanya atau orang dewasa dalam keluarga tersebut menjadi pelaku dan anaknya menjadi korban perilaku kekerasan, baik fisik maupun nonfisik, dengan berbagai status ekonomi. Untuk mencapai tujuan ini, perlu kerja sama antara petugas dari dinas sosial dan keperawatan komunitas dalam lingkup Puskesmas untuk melakukan pengkajian dengan pendekatan keluarga yang berada di wilayah binaan Puskesmas tersebut, agar dapat dilihat keluarga mana yang rentan dan berisiko mengalami –baik menjadi korban atau pelaku tindakan kekerasan—, agar dapat diberikan intervensi dengan segera, sehingga mencegah dampak yang lebih buruk terjadi.

Tujuan yang ketiga adalah pencegahan tersier, berupa tindakan pencegahan yang dilakukan kepada individu yang sudah mengalami dan menjadi korban serta pelaku tindakan kekerasan terhadap anak (Adawiah, 2015). Pencegahan tersier berupa penanganan terhadap korban dan pelaku tindak kekerasan juga melibatkan berbagai pihak, baik itu penanganan pelaku atau korban yang membutuhkan pembinaan secara psikologis. Selain melibatkan tenaga kesehatan untuk korban, diperlukan juga tenaga kesehatan untuk pembinaan pelaku. Tidak hanya itu, pihak kepolisian dan departemen sosial juga dibutuhkan. Untuk pelaporan adanya tindakan kekerasan terhadap anak, masyarakat lingkungan juga diperlukan agar selalu siaga dan terlibat aktif dalam usaha melaporkan adanya tindakan kekerasan. Penanganan dampak yang terjadi akibat kekerasan terhadap anak dilakukan pada pencegahan tersier ini.

Wilayah Kabupaten Pasaman ini, berdasarkan wawancara kepada salah satu Pegawai Dinas Sosial Kabupaten Pasaman,

untuk penanganan tindakan kekerasan anak sudah mengikuti program yang dijalankan pemerintah, seperti melakukan sosialisasi Undang-Undang perlindungan anak, konsultasi melalui Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2N), dan sosialisasi melalui Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga (LK3). Namun, tetap saja, angka kejadian tindakan kekerasan pada anak masih tinggi.

Seperti hasil penelitian yang dilakukan Irma Rumtianing dalam “Kota Layak Anak dalam Pespektif Perlindungan Anak” di daerah Kabupaten Ponorogo, meskipun beberapa program tentang perlindungan anak sudah diimplementasikan, belum dibentuk Gugus Tugas KLA (Kota Layak Anak), belum ada RAD (Rencana Aksi Daerah), dan belum disahkan Perda tentang Perlindungan Perempuan dan Anak menyebabkan Kabupaten Ponorogo belum mendapat anugerah Kota Layak Anak, (Rumtianing, 2014). Hal tersebut sama dengan yang terjadi di Kabupaten Pasaman, yang termasuk wilayah Kabupaten yang masih merintis untuk bisa menjadi Kota Layak Anak. Program yang dilakukan sudah ada terkait kekerasan pada anak, tapi angka kejadian belum bisa menjadi nol. Kerja sama antardepartemen terkait kekerasan pada anak belum ada koordinasi yang jelas, misalnya antara pihak kepolisian dan dinas sosial, begitu juga terhadap tenaga kesehatan. Secara garis besar, pelaksanaan program ini lebih mengacu pada tindakan pencegahan tersier. Oleh karena itu, kegiatan Kota Sayang Anak sangat cocok diterapkan di daerah ini.

D. Analisis **Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats** (SWOT)

Analisis kegiatan mewujudkan Kota Sayang Anak menggunakan analisis SWOT agar kegiatan ini menjadi lebih berkualitas.

Tabel 4.1. Analisis SWOT Kota Sayang Anak.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
Bentuk kerja sama yang dilakukan berbagai sektor membuat kegiatan ini menjadi lebih sempurna karena berbagai lintas sektor akan mengisi kekurangan yang ada. Kemudian, pencapaian targetnya sangat menyeluruh dan melibatkan seluruh agregrat, mulai dari anak hingga dewasa, sehingga seluruh masyarakat yang ada di kabupaten ini akan terpapar bahaya tindakan kekerasan terhadap anak. Dasar dan landasan kegiatan ini mengarah pada indikator “Kota Layak Anak” untuk membentuk kota yang memfasilitasi kenyamanan untuk anak, sehingga di masa depan anak memiliki jiwa SDM yang kuat, berkualitas, dan berjiwa kemanusiaan yang dapat membawa perubahan yang lebih baik terhadap bangsa. Kegiatan dapat menjadi bagian dari program pemerintah, sehingga dalam pelaksanaannya bisa dilakukan bersamaan dengan program pemerintah dan bisa saling terkait dan mendukung.	Badan yang menjadi koordinator untuk kegiatan ini harus memiliki banyak tenaga yang dapat berkoordinasi dengan berbagai lintas sentor yang ada di wilayah Kabupaten Pasaman, oleh karena itu perlu usaha keras dalam menyatukan dan berbagi tugas pada setiap lintas sektor dan mencocokkan kegiatan ini dengan program yang ada pada masing-masing sektor. Pencegahan yang dilakukan lintas sektor terkait penanganan tindakan kekerasan pada anak ini berfokus pada bentuk pencegahan yang berupa pencegahan tertsier, dalam artian baru ada pergerakan jika ada laporan mengenai tindakan kekerasan.

<i>Opportunities (peluang)</i>	<i>Threats (ancaman)</i>
Masyarakat akan terbuka dengan program ini dan mendapat dukungan penuh dalam pelaksanaannya karena terkait dengan perlindungan anak dalam mewujudkan Kota Sehat. Sumber dana pelaksanaan kegiatan ini bisa berasal dari sumbangan pihak swasta dan lembaga masyarakat yang mendukung kegiatan ini, tertuma lembaga resmi perlindungan anak.	Pemahaman masyarakat yang tabu membicarakan tindakan kekerasan pada anak dapat menjadi ancaman karena anggapan masyarakat yang seperti ini dapat mengurangi kesadaran masyarakat. Sikap tertutup dari masyarakat yang mendapat kunjungan dari petugas kesehatan atau sektor lain dapat menghambat terlaksananya kegiatan ini, karena target dari kegiatan ini adalah masyarakat itu sendiri.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program AntiBullying menuju Kota Layak Anak Tahun 2030 di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan

Filia Sofiani Ikasari

A. Latar Belakang

Usia sekolah adalah periode yang sangat menentukan kualitas seorang manusia dewasa nantinya. Banyak ahli menganggap periode ini sebagai masa tenang atau masa laten, apa yang telah terjadi dan dipupuk pada masa-masa sebelumnya akan berlangsung terus pada masa-masa selanjutnya (Gunarsa, 2006). Pada masa ini terjadi perubahan yang beragam pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang akan memengaruhi pembentukan karakteristik dan kepribadian anak. Anak akan diarahkan mulai keluar dari kelompok keluarga menuju ke kelompok yang lebih luas, dengan harapan dapat mencapai perkembangan yang sesuai dengan kelompok usianya melalui peningkatan keterampilan, dasar pengetahuan, serta perluasan lingkungan (Potter dan Perry, 2005). Lingkungan sekolah selain dapat memperluas dunia anak dapat juga menjadi tempat berkembangnya stressor yang bisa mengganggu perkembangan anak, salah satunya adalah kekerasan antarsiswa atau bullying.

Bullying dikarakteristikan sebagai perilaku agresif yang bersifat merusak yang dilakukan dengan sengaja dan berulang-ulang dengan tujuan untuk merugikan korbannya serta dapat disertai dengan adanya perbedaan atau ketidakseimbangan kekuatan antara pelaku dan korban

(Latifah, 2012). Perilaku negatif ini dapat berupa kontak fisik, kontak verbal, isyarat wajah atau seksual, pengucilan dengan sengaja dari kelompok maupun melalui perangkat elektronik atau cyberbullying (Dake, Price dan Telljohann, 2003).

Bullying merupakan fenomena yang tersebar di seluruh dunia. Prevalensi bullying diperkirakan 8-50% di beberapa negara Asia, Amerika, dan Eropa. Belum terdapat data mengenai prevalensi bullying di Indonesia (Soedjatmiko, 2013). Menurut data statistik Pacer's National Bullying Preventing Center, satu dari empat siswa (22%) melaporkan pernah di-bully selama tahun ajaran (National Center for Educational Statistics, 2015) dan 19,6% siswa SMA di Amerika Serikat mengalami bullying di sekolah pada tahun 2013, 14,8% di-bully dengan media online (Center for Disease Control, 2014). Menurut Komisi Perlindungan Anak (KPAI), kasus bullying di sekolah menduduki tingkat teratas pengaduan masyarakat ke KPAI di sektor pendidikan. Dari 2011 sampai agustus 2014, KPAI mencatat ada 369 pengaduan terkait masalah tersebut. Bentuk bullying tersebut beragam, mulai dari ejekan hingga perlakuan kasar yang menyebabkan luka fisik (Setyawan, 2014). Jumlah tersebut sekitar 25% dari total pengaduan di bidang pendidikan sebanyak 1.480 kasus. Kasus yang tercatat tersebut merupakan hanya sebagian kecil dari kasus bullying yang terjadi, karena tidak sedikit tindak kekerasan terhadap anak yang tidak dilaporkan (Setyawan, 2015).

Data KPAI terbaru menyebutkan khusus untuk bullying, tercatat ada sekitar 253 kasus. Jumlah tersebut terdiri dari 122 anak yang menjadi korban dan 131 anak yang menjadi

pelaku (CNN Indonesia, 2017). Direktur Rehabilitasi Sosial Anak Kemensos, Nahar (2017), mengatakan bahwa pihaknya semakin banyak menerima laporan bullying dibandingkan tahun lalu. Total laporan yang diterima sampai bulan Juni 2017 sebanyak 976 kasus. Sekitar 400 kasus mengenai kekerasan seksual dan sekitar 117 kasus mengenai bullying.

Dampak negatif pada korban bullying menjadikan mereka tidak dapat mengaktualisasikan dirinya, apa yang mereka alami dan rasakan tentu saja menjadi penghambat pada perkembangan fisik, psikis, dan akademik. Menurut Maghfirah (2010) selain merasa tidak aman dan nyaman, para korban bullying juga merasa takut dan terintimidasi, rendah diri serta tak berharga, sulit berkonsentrasi dalam belajar, tidak bergerak untuk bersosialisasi dengan lingkungannya, enggan bersekolah, menjadi pribadi yang tidak percaya diri dan sulit berkomunikasi, serta sulit berpikir jernih sehingga prestasi akademisnya dapat terancam merosot. Selain dari kegiatan belajar, korban bullying juga mengalami penurunan prestasi belajar, penelitian yang dilakukan Contreras (2016) mengatakan bahwa korban bullying mengalami penurunan probabilitas pada prestasi akademik, korban yang mendapatkan intimidasi terhadap kasus bullying dengan alasan memiliki budaya yang berbeda di sekolah menjadi sasaran para pelaku bullying, selanjutnya siswa yang dianggap memiliki kemampuan di bawah rata-rata juga menjadi sasaran pelaku bullying yang berdampak pada prestasi belajarnya. Rendahnya motivasi yang dialami korban bullying berdampak pada penurunan prestasi akademiknya, karena ia merasa tidak mampu mengikuti dan mengatasi permasalahan yang dihadapinya.

Kekerasan terhadap anak di Kalimantan Selatan pada tahun 2017 cenderung meningkat. Hingga pertengahan tahun 2017, angkanya mencapai 115 kasus. Data tersebut merupakan data rekap dari kabupaten dan kota yang dilansir Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DPPPA) Provinsi Kalimantan Selatan. Jika dirinci, kekerasan terhadap anak lebih banyak berupa pelecehan seksual dengan angka 78 kasus, disusul kekerasan fisik 21 kasus. Sedangkan, kekerasan psikis sebanyak 9 kasus serta penelantaran 5 kasus. Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Kota Banjarmasin sepanjang tahun 2016 menangani 42 kasus kekerasan termasuk di antaranya anak perempuan.

B. Konsep Program

Program ini dicanangkan penulis setelah melakukan pengkajian mendalam terkait kekerasan yang kerap terjadi di Kalimantan Selatan. Daerah yang pada tahun 2017 angka kasus kekerasannya cenderung meningkat. Hingga pertengahan tahun 2017, angkanya mencapai 115 kasus. Data tersebut merupakan data rekap dari kabupaten dan kota yang dilansir dari Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DPPPA) Provinsi Kalimantan Selatan. Jika dirinci, kekerasan terhadap anak lebih banyak berupa pelecehan seksual dengan angka 78 kasus, disusul kekerasan fisik 21 kasus. Sedangkan kekerasan psikis sebanyak sembilan kasus serta penelantaran lima kasus. Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Kota Banjarmasin sepanjang tahun 2016 menangani 42 kasus kekerasan terhadap anak juga perempuan. Adapun program ini mengedepankan aspek pengembangan lingkungan layak anak berbasis

pemberdayaan masyarakat dengan partisipasi aktif masyarakat, peningkatan kesadaran dan efikasi diri masyarakat dalam mencegah perilaku bully pada anak serta perwujudan anak yang sehat secara biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan kultural.

C. Perencanaan Program

Program Kota Layak Anak di Banjarmasin berfokus pada upaya promotif dan preventif dengan sasaran anak usia sekolah. Program ini dapat dilakukan dengan membuat kegiatan seperti *health promotion service* yang berupa promosi ke pemerintah kota, keluarga dan sekolah tentang bahaya *bullying*. Selain itu, kegiatan Disease Avoidance and Health Protection juga dapat dilakukan untuk memasukan program anti-bullying dalam kurikulum sekolah, memberdayakan siswa dengan terlibat dalam kegiatan pencegahan (misalnya menjadi anggota komite anti-bullying) dan kegiatan intervensi (seperti memanfaatkan keterampilan resolusi konflik), melakukan advokasi pada semua guru di Sekolah Dasar untuk memiliki komitmen secara aktif terlibat dan melaksanakan program anti-bullying dan memberikan pelatihan kepada siswa tentang strategi menghadapi *bullying*.

Kegiatan *early detection and health supervision services* dapat dilakukan dengan cara penjangkaran pada korban bullying, menyediakan layanan konseling pada siswa terkait kasus bullying yang dialami, dan promosi kesehatan tentang *bullying* melalui media komunikasi (aplikasi, internet, baliho, surat kabar, radio dan televisi). *Disease control and monitoring services* dapat dilakukan dengan cara sosialisasi pada masyarakat mengenai fasilitas

pelayanan kesehatan yang dapat membantu mengatasi masalah bullying pada anak usia sekolah dan melakukan edukasi tentang pentingnya memahami ciri-ciri korban bullying pada keluarga agar dapat langsung bertindak jika memperoleh ciri-ciri tersebut pada anak usia sekolah.

Pelaksanaan “Kota Layak Anak” dapat diterapkan sebagai bagian dari program UKS pada setiap sekolah yang ada di Kota Banjarmasin di bawah pengawasan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan serta Dinas Kesehatan Kota. Sumber pendanaan program ini dapat menggunakan dana BOK, dana BOS, dana dari LSM setempat, dan dana dari CS. Adapun tujuan program ini adalah diharapkan setelah dilakukan program anti-bullying selama dua tahun, akan terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku warga sekolah, keluarga, dan masyarakat mengenai bahaya bullying; terbentuknya tim promosi kesehatan tentang bullying dan pelatihan penanganan bullying pada anak usia sekolah; terbentuknya kerja sama lintas program dan lintas sektor untuk mencegah bullying; tersedianya bimbingan konseling yang adekuat untuk anak usia sekolah, serta terbentuknya tim evaluasi yang akan memonitor perkembangan lingkungan sekolah yang aman bagi anak secara berkala.

D. Analisis Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats (SWOT)

Analisis kegiatan mewujudkan Kota Sayang Anak dilakukan menggunakan SWOT agar kegiatan ini menjadi lebih berkualitas.

Tabel 4.2. Analisis SWOT Kota Layak Anak.

<i>Strategi SO</i>	<i>Strategi WO</i>
a. Kota Banjarmasin telah menerima penghargaan sebagai Kota Layak Anak tingkat Pratama dan telah berkomitmen menuju Kota Layak Anak tahun 2030 melalui Peraturan Daerah Nomor 15 tahun 2015 tentang pengembangan kota layak anak memungkinkan integrasi program anti-<i>bullying</i> pada program UKS yang telah berjalan untuk mencapai target kota layak anak tahun 2030. (S1) (S2) (O1). b. Upaya promotif dan preventif pada program anti-<i>bullying</i> pada anak usia sekolah dilakukan dengan meningkatkan nilai keyakinan budi pekerti luhur khas masyarakat Kota Banjarmasin dalam mendukung ketercapaian kota layak anak dari segi kesehatan jiwa anak. (S3) (O2). c. Banyaknya tenaga kesehatan di Kota Banjarmasin dengan sarana pelayanan kesehatan yang mendukung dan media komunikasi yang mendukung memudahkan sosialisasi program anti-<i>bullying</i> pada masyarakat Kota Banjarmasin. Pemanfaatan dana yang dapat diperoleh melalui LSM dan CSR dapat memaksimalkan upaya kampanye program anti-<i>bullying</i> pada masyarakat Kota Banjarmasin (S4) (S5) (S6) (O3) (O4) (O5).	a. Optimalisasi program anti-<i>bullying</i> yang diintegrasikan dalam program UKS, terutama pada bagian pendidikan kesehatan, dapat menyadarkan masyarakat Kota Banjarmasin akan bahaya <i>bullying</i> pada anak usia sekolah. (W2) (O1). b. Penggunaan alat komunikasi yang tinggi di Kota Banjarmasin dapat menjadi media sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya memerhatikan kasus <i>bullying</i> (W2) (O5). c. Pemanfaatan dana CSR sebagai upaya promotif dan preventif dalam program anti-<i>bullying</i> untuk meningkatkan sumber pembiayaan konseling (W4) (O2) (O4). d. Banyaknya jumlah anak usia sekolah di Kota Banjarmasin harus diimbangi dengan rasio guru BK dan keberadaan pusat konseling yang dapat diprakarsai tenaga kesehatan di Puskesmas Kota Banjarmasin. (W1) (W3) (W5) (O3).

Strategi ST	Strategi WT
a. Luasnya Kota Banjarmasin dan pertumbuhan penduduk Kota Banjarmasin memungkinkan dalam tidak meratanya tindakan pencegahan bullying dapat diatasi dengan banyaknya jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kota Banjarmasin, selain itu rasio guru dan murid telah ideal sehingga memungkinkan guru untuk memberikan pengawasan yang optimal untuk mencegah tindakan bullying. (T1) (T2) (S4) (S6) b. Adanya komitmen pemerintah Kota Banjarmasin untuk menuju Kota Layak Anak tahun 2030 melalui Peraturan Daerah Nomor 15 tahun 2015 tentang pengembangan kota layak anak dapat menjadi landasan dalam pengoptimalan kinerja petugas UKS dalam melaksanakan kegiatan UKS sesuai dengan trias UKS terutama dalam penjangkaran dan penanganan kasus bullying di sekolah (S2) (T3).	a. Banyaknya penduduk usia anak sekolah di Kota Banjarmasin disertai dengan luasnya Kota Banjarmasin dan laju pertumbuhan penduduknya memungkinkan peningkatan kasus <i>bullying</i>, sehingga perlu diimbangi peningkatan jumlah guru BK di setiap sekolah dan perlu adanya pusat konseling khusus anak usia sekolah di Kota Banjarmasin, sehingga perlu adanya pendanaan khusus untuk mengadakan fasilitas konseling untuk anak usia sekolah (T1) (T2) (W1) (W3) (W4) (W5).

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Layak Anak Berbasis Kantin Sehat di Pekanbaru, Riau

Rizki Kurniadi

A. Latar Belakang

Usia sekolah merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan. Jajanan memegang peranan penting dalam memberikan asupan gizi pada anak usia sekolah. Apabila terjadi kekurangan gizi pada masa ini, akan terjadi gangguan yang berakibat terhadap gangguan kualitas fisik, mental, dan sosial. Kebiasaan jajan pada anak sekolah penting ditangani sebagai usaha pencegahan terjadinya penyakit di masa mendatang. Jajanan sekolah merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian masyarakat, khususnya orang tua, pendidik, dan pengelola sekolah. Makanan dan jajanan sekolah sangat berisiko terhadap cemaran biologis atau kimiawi (BPOM RI, 2016).

Jajanan di satu sisi bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan energi karena aktivitas di sekolah yang tinggi dan pengenalan berbagai jenis makanan jajanan untuk menumbuhkan penganekaragaman jajan sejak kecil (Harimurti, 2017). Di sisi lain, jajanan dapat menjadi sumber masalah kesehatan apabila diproduksi, disimpan, dan didistribusikan tidak sesuai standar keamanan. WHO (World Health Organization) memperkirakan ada sekitar 2 juta korban, terutama anak-anak, meninggal dunia setiap tahunnya akibat makanan yang tidak aman. Makanan dapat mengandung bakteri, virus, parasit, atau bahan kimia yang berbahaya dan menyebabkan lebih dari 200

jenis penyakit, mulai dari diare hingga kanker (BPOM, 2015). Hasil uji Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) pada 2014 menyebutkan bahwa hampir sepertiga jajanan anak sekolah di 23.500 Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah di Indonesia tercemar mikroba berbahaya. Selain itu, juga ditemukan penggunaan bahan berbahaya dan bahan tambahan jajan yang tidak memenuhi syarat. Risiko mengonsumsi jajan yang tidak aman dapat menimbulkan gangguan kesehatan berupa pusing, mual-muntah, kram perut, dan diare. Masalah makanan jajanan umumnya terjadi karena pengolahan dan penyajiannya yang tidak higienis (Harimurti, 2017).

BPOM Pekanbaru pada tahun 2013 menemukan jajanan anak sekolah yang tidak memenuhi syarat. Hasil pengawasan yang dilakukan secara rutin oleh Badan POM menunjukkan sekitar 40-44% jajanan anak sekolah tidak memenuhi syarat, penyebabnya antara lain masih digunakannya bahan berbahaya yang dilarang, seperti borax, formalin dan rhodamin B, dan Methanyl Yellow. Kasus keracunan makanan pada anak sekolah pernah terjadi, yaitu 10 orang siswa Sekolah Dasar Negeri (SDN) 138 Kelurahan Sidomulyo Timur Kecamatan Bukit Raya Pekanbaru mengalami keracunan massal setelah jajan di kantin sekolah (Goriau, 2015). Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru pada tahun 2016 menyebutkan bahwa terdapat 7.035 kasus diare yang sebagian besar kelompok terkena diare tersebut adalah anak usia sekolah.

Jajanan yang berasal dari bekal, kantin sekolah, maupun pedagang sekolah apabila tidak ditangani secara benar berpotensi menyebabkan penyakit. Penyakit akibat jajan

tentunya akan memengaruhi aktivitas belajar-mengajar, juga mengganggu kesehatan siswa dan guru, mulai dari yang intensitasnya ringan sampai berat, bahkan ada yang menyebabkan kematian. Keamanan jajan yang terjaga dengan baik akan mengurangi masalah-masalah yang timbul terkait terjadinya penyakit akibat jajan. Menyiapkan dan menyajikan jajan yang aman bagi siswa sekolah adalah tanggung jawab orang tua, pengelola kantin maupun pedagang makanan di sekitar sekolah. Kantin atau pedagang makanan sekitar sekolah harus menerapkan standar minimum praktik-praktik manajerial dan operasional penanganan, pengolahan, dan penyajian jajan yang baik untuk menjamin keamanan jajan yang mereka jual. Penjaminan keamanan jajan di sekolah perlu ditunjang oleh suatu sistem manajemen yang dapat memantau pelaksanaan operasional penyediaan jajan yang aman di sekolah. Sistem ini memungkinkan sekolah secara mandiri dapat menjalankan dan memantau kegiatan-kegiatan dalam penanganan, pengolahan, dan penyajian jajan, terutama yang dijual di kantin sekolah (Harimurti, 2017).

Masih adanya kontaminasi pada jajanan anak sekolah menjadikan perlu adanya manajemen khusus yang menangani permasalahan tersebut. Salah satunya melalui kantin sekolah sehat. Dengan adanya kantin sekolah, diharapkan jajanan yang dikonsumsi siswa akan lebih terkontrol. Kantin sekolah berfungsi menyediakan makanan sehat, bergizi dan aman untuk dikonsumsi siswa, serta mendorong siswa memilih makanan yang beragam, bergizi, seimbang, dan aman.

B. Konsep Program

Kabupaten/Kota Layak Anak adalah sistem pembangunan kabupaten/kota yang mengintegrasikan komitmen dan sumber daya pemerintah, masyarakat, keluarga, dan dunia usaha yang terencana secara menyeluruh dan berkelanjutan dalam kebijakan, program, dan kegiatan untuk pemenuhan hak-hak anak (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak, 2015). Guna mempercepat terwujudnya pengembangan Kota Layak Anak (KLA), Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak (2015) menjadikan model KLA sebagai prioritas program dalam bidang kesejahteraan dan perlindungan anak dengan menetapkan 7 (tujuh) aspek penting dalam pengembangan KLA, yaitu: 1) kesehatan; 2) pendidikan; 3) sosial; 4) hak sipil dan partisipasi; 5) perlindungan hukum; 6) perlindungan ketenagakerjaan; 7) infrastruktur.

Kemendikbud (2014) menjabarkan ciri-ciri kantin sehat sebagai berikut:

1. jajanan harus dibungkus dan atau tertutup sehingga terlindung dari lalat, binatang lain, dan debu;
2. makanan tidak kadaluarsa;
3. tempat penyimpanan makanan dalam keadaan bersih, terlindung dari debu, terhindar dari bahan berbahaya, serangga, dan hewan lainnya;
4. tempat pengolahan atau penyiapan makanan harus bersih dan memenuhi syarat kesehatan sesuai ketentuan berlaku;
5. peralatan yang digunakan untuk mengolah dan menyajikan makanan harus bersih dan disimpan pada tempat yang bebas dari pencemaran;
6. peralatan digunakan sesuai peruntukannya;

7. dilarang menggunakan kembali peralatan yang dirancang untuk sekali pakai;
8. penyaji makanan harus selalu menjaga kebersihan, mencuci tangan sebelum memasak dan setelah dari toilet; dan
9. bila tidak tersedia kantin di sekolah, maka harus dilakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penjual makanan di sekitar sekolah. Pembinaan dan pengawasan meliputi jenis makanan/minuman yang dijual, penyajian, kemasan, dan bahan tambahan (pengawet, pewarna, penyedap rasa, dll.).

C. Perencanaan Program

Program ini memiliki visi untuk merwujudkan program kantin sekolah sehat menuju Pekanbaru menjadi kota layak anak dengan misi sebagai berikut:

1. mengembangkan program kantin sekolah sehat dengan partisipasi aktif masyarakat;
2. meningkatkan kesadaran dan efikasi diri anak usia sekolah dalam mengonsumsi jajanan; dan
3. meningkatkan kerja sama lintas sektor dalam mewujudkan program kantin sekolah sehat

Tujuan jangka panjang program ini adalah diharapkan setelah dilakukan program kantin sekolah sehat selama dua tahun, terbentuklah kantin sekolah sehat di setiap sekolah dan meningkatkan kesadaran semua pihak mengenai pentingnya kantin sekolah sehat. Sedangkan, untuk tujuan jangka pendek yaitu:

1. meningkatnya pengetahuan, sikap, dan perilaku warga sekolah mengenai pentingnya kantin sekolah sehat;

2. terbentuknya tim promosi kesehatan dan pelatihan mengenai kantin sekolah sehat;
3. terlaksananya pelatihan mengenai kantin sekolah sehat;
4. terbentuknya kerja sama lintas program dan lintas sektor tentang kantin sekolah sehat;
5. tersedianya layanan konsultasi mengenai kantin sekolah sehat; dan
6. terbentuknya tim evaluasi yang akan memonitor perkembangan kantin sekolah sehat serta memeriksa kondisi kantin secara berkala.

Adapun rencana tindakan dari program ini adalah sebagai berikut:

1. *Health Promotion Service*

- a. Goal: Pemerintah kota, Puskesmas, sekolah, dan masyarakat mengetahui pentingnya kantin sekolah sehat.
- b. Objective: Meningkatkan kemampuan pengetahuan puskesmas, masyarakat, dan sekolah tentang pentingnya kantin sekolah sehat.
- c. Activities:
 - 1) Promosi kesehatan pengawasan kantin sekolah sehat ke puskesmas.
 - 2) Promosi kesehatan pentingnya kantin sekolah sehat ke sekolah.
 - 3) Promosi kesehatan jajanan sehat ke siswa.

2. *Disease avoidance and health protection*

- a. Goal: Mencegah peningkatan insidensi terjadi penyakit menular melalui makanan di sekolah.
- b. Objective: Menurunnya jumlah keluhan sebanyak 50% adanya kasus penyakit menular melalui

makanan di sekolah.

c. Activities:

- 1) Melaksanakan pelatihan ke sekolah tentang penyakit menular melalui makanan.
- 2) Melaksanakan pelatihan ke masyarakat tentang jajanan yang sehat.

3. *Early detection and health supervision services*

- a. Goal: Melakukan deteksi penyakit menular akibat makanan dan supervisi kantin sekolah sehat.
- b. Objective: Meningkatkan 100% deteksi penyakit akibat makanan. dan 100% supervisi kantin sekolah sehat secara berkala.

c. Activities:

- 1) Melakukan pendeteksian penyakit menular akibat makanan;
- 2) Melakukan supervisi kantin sekolah; dan
- 3) Melakukan pembinaan kantin yang belum memenuhi standar

4. *Disease control and monitoring services*

- a. Goal: Mengontrol dan memonitor program kantin sekolah sehat.
- b. Objective: Meningkatkan partisipasi sekolah dalam pelaksanaan program kantin sekolah sehat.

c. Activities:

- 1) Melakukan pemeriksaan makanan rutin di kantin sekolah; dan
- 2) Melakukan screening penyakit menular di sekolah.

Sistem evaluasi untuk menilai pelaksanaan dari program ini menggunakan evaluasi model The Donabedian Paradigm (Ervin, 2002). Evaluasi struktur terkait tim yang telah dibentuk, pemetaan organisasi, aktivitas setiap anggota staf dalam menjalankan tanggung jawabnya, ukuran jumlah staf yang dapat menjalankan program secara efektif, ketersediaan alat dan fasilitas selama program berjalan telah sesuai dengan yang dibutuhkan, ketersediaan sumber daya keuangan, dan program yang direncanakan dapat dihubungkan dengan program-program dari organisasi-organisasi dan komunitas. Evaluasi proses yang dilakukan meliputi evaluasi input, termasuk kelancaran logistik dan dana, aktivitas berjalannya program, berapa kali program diselenggarakan, jumlah kegiatan yang dilakukan, reaksi dari stakeholders dan peserta, jumlah kantin sekolah sehat, dan jumlah sekolah yang mendapat pelatihan kantin sekolah sehat. Evaluasi hasil yang dilakukan dapat berupa evaluasi pada peningkatan jumlah kantin sekolah sehat, peningkatan kesadaran sekolah mengenai kantin sekolah sehat, serta peningkatan kesadaran siswa tentang pentingnya jajan di kantin sekolah sehat.

D. Analisis Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats (SWOT)

Program ini menggunakan analisis SWOT (*Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats*) untuk menganalisis situasi. Analisis SWOT merupakan analisis dalam mengidentifikasi faktor-faktor dalam mencapai rumusan strategi yang berdasarkan pada penalaran kekuatan (*Strengths*) dan peluang (*Opportunities*) dengan meminimalisir kelemahan (*Weaknesses*) dan ancaman

(*Threats*) (Ayuningtyas, Dumilah, 2015).

Tabel 4.3. Analisis SWOT Kota Layak Anak Pekanbaru.

Strength (Kekuatan)	Weakness (Kelemahan)
a. Upaya Pemerintah Kota Pekanbaru melalui Dinas Perberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A) mewujudkan Pekanbaru menuju Kota Layak Anak 2018. (S1) b. Dalam upaya pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak, pemerintah, melalui Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak menetapkan beberapa Peraturan Menteri (Permen) terkait Pengembangan Kota Layak Anak, yakni Permen Nomor 11 Tahun 2011 tentang Kebijakan Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak, Permen Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak, Permen Nomor 13 Tahun 2011, tentang Panduan, Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak, dan Permen Nomor 14 Tahun 2011 tentang Evaluasi Pengembangan Kabupaten/ Kota Layak Anak (S2) c. Pemerintah Kota Pekanbaru melalui BPOM sudah ada melakukan sidak ke kantin-kantin sekolah (S3) d. Dinas Kesehatan Provinsi Riau telah mengadakan pelatihan akselerasi UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) Tahun 2017, diikuti oleh 65 orang peserta yang terdiri dari Penanggung Jawab Program UKS, Pengelola Program UKS, Kepala Puskesmas, Kepala Sekolah Terpilih, dan Guru UKS Terpilih (S4).	a. Kurangnya sosialisasi kepada masyarakat. Sosialisasi yang dilakukan pada masyarakat terkait pengembangan KLA masih belum dilakukan ke seluruh kecamatan di Kota Pekanbaru (W1). b. Minimnya anggaran dari Pemerintah Kota menyebabkan pelaksanaan program pemenuhan hak anak yang dilakukan tim gugus tugas pengembangan terhambat (W2).

e. Pemerintah Kota Pekanbaru juga memanfaatkan media komunikasi sebagai alat untuk melaksanakan program <i>smart city</i> semenjak tahun 2016 (S5). f. Pemerintah Kota (Pemko) Pekanbaru melalui Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DPPPA) Pekanbaru berkoordinasi dengan media massa dalam Mewujudkan Kota Pekanbaru menjadi Kota Layak Anak (S6). g. Pertumbuhan ekonomi Kota Pekanbaru telah mencapai 5,47% pada tahun 2015, sangat jauh dibanding pertumbuhan ekonomi secara nasional yang hanya pada angka 4% (S7). h. Taman Kota Diponegoro dan Stadion Utama Riau menyediakan area wahana anak-anak yang menyewakan berbagai macam permainan. Banyaknya masyarakat berkunjung ke sini setiap harinya membuat para pedagang memiliki berbagai macam lahan bisnis (S8).	c. Masih kurangnya partisipasi masyarakat sebagai akibat masalah <i>mindset</i>/ pola pikir, karena tidak semua berfikir bahwa mulai dari sekarang harus sudah melakukan perubahan terhadap pemenuhan hak anak (W3). d. Belum ada sosialisasi kantin sehat secara berkala dan hasil evaluasi belum ada yang dipublikasikan (W4).
Opportunity (Kesempatan)	Threat (Ancaman)
a. Program kantin sekolah sehat dapat diintegrasikan ke dalam Kota Layak Anak (O1). b. Sinergitas pemanfaatan dana CSR (<i>Corporate Social Responsibility</i>) perusahaan-perusahaan di Kota Pekanbaru (O2). c. Tingginya penggunaan alat media komunikasi di Kota Pekanbaru (O6).	a. Jumlah siswa merupakan populasi terbesar, yaitu 283.409 jiwa. Jumlah Siswa SD 232.41 jiwa (T1) b. Tenaga kesehatan yang mengelola UKS terutama fokus ke pengelolaan kantin sehat masih minim (T2).

d. Program kantin sekolah sehat dapat diintegrasikan dalam program akselerasi UKS (O7).	
e. Terdapat 684 orang tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas (O4).	

Adapun strategi yang dapat dilakukan berdasarkan analisis SWOT di atas yaitu sebagai berikut.

Tabel 4.4. Strategi SWOT Kota Layak Anak.

Strategi <i>Strength-Opportunity</i>	Strategi <i>Weakness-Opportunity</i>
a. Program kantin sekolah sehat dapat diintegrasikan dan diimplementasikan dengan program Kota Layak Anak dan BPOM (S1, S2, S3, O1). b. integrasi program kantin sekolah sehat dilakukan dengan program pemerintah, yaitu UKS dengan dukungan SDM sebanyak 684 orang tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas (S4) (S5) (O4).	a. Penggunaan alat komunikasi yang tinggi di Pekanbaru dapat menjadi media sosialisasi pada masyarakat (W1) (W2) (W5) (O6). b. Terdapat 684 tenaga kesehatan yang diberdayakan untuk melakukan sosialisasi kantin sehat dan evaluasinya (W3) (W4) (O4).
Strategi <i>Strength-Threat</i>	Strategi <i>Weakness-Threat</i>
a. Tenaga kesehatan yang mengelola UKS (terutama yang fokus ke pengelolaan kantin sehat) masih minim dapat diatasi dengan pelatihan akselerasi UKS yang melibatkan berbagai pihak (T2) (S4).	a. Optimalisasi peran tenaga kesehatan yang berfokus ke pengelolaan kantin sekolah sehat harus diatasi, sehingga sosialisasi dan evaluasi kantin sehat dapat lebih optimal (T2) (W4).

b. Jumlah siswa yang merupakan populasi terbesar dan memerlukan penanganan lebih dari tenaga kesehatan, dapat ditangani dengan penerapan peraturan menteri terkait pengembangan kota layak anak dan pemanfaatan media komunikasi untuk sosialisasi kantin sehat layak anak (T1) (S1) (S2) (S5) (S6).	b. Jumlah siswa yang merupakan populasi terbesar memerlukan pendanaan yang cukup besar sehingga penganggaran pendanaanya perlu diantisipasi Pemkot (T1) (W2).
---	--

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Rumah Remaja di Kota Martapura, Kalimantan Selatan

Annisa Febriana

A. Latar Belakang

Remaja masa kini memiliki banyak kerentanan dan masalah-masalah yang mengancam masa depannya. Perubahan fisik yang pesat dan perubahan hormonal merupakan pemicu masalah kesehatan serius remaja. Timbulnya dorongan motivasi seksual menjadikan mereka rawan terhadap penyakit dan masalah kesehatan reproduksi (kespro), kehamilan remaja dengan segala konsekuensinya yaitu hubungan seks pranikah, aborsi, Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV-AIDS, serta narkoba (Margaretha, 2012).

Menurut World Health Organizations (WHO), kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Kesehatan reproduksi juga merupakan suatu keadaan di mana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya, serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman. Sementara itu, menurut Depkes RI, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat, secara menyeluruh mencakup fisik, mental, dan kedudukan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi, serta proses reproduksi.

Kesehatan reproduksi bukan hanya kondisi bebas penyakit, tapi juga bagaimana seseorang dapat memiliki aktivitas

seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sudah menikah. Peraturan Pemerintah nomor 61 tahun 2014 menyebutkan bahwa Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.

Berdasarkan penelitian Nasution SL. (2012), terdapat pengaruh antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual pranikah, maka untuk mencegah dan mengatasi masalah perilaku seksual pranikah yang sering dilakukan oleh para remaja, perlu ditingkatkan pemberian penyuluhan, Pendidikan, dan pengertian yang benar tentang seksualitas. Pengetahuan seksualitas harus dipelajari, bukan datang dengan sendirinya yang hanya berdasarkan pengalaman pribadi, perasaan, atau informasi yang salah dan menyesatkan yang dapat menjadikan para remaja menjadi salah pemahaman tentang seksualitas, serta tidak tahu akibat yang bisa terjadi. Pendidikan mengenai kesehatan reproduksi perlu diberikan sejak dini, agar para remaja mendapatkan informasi yang benar dan akurat. Sudah saatnya para pendidik dan orang tua membicarakan masalah reproduksi dan seksualitas secara jujur, terbuka, dan profesional.

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) yang dilakukan pada tahun 2002-2003 menemukan 2,4% atau sekitar 511.336 orang dari 21.264.000 jumlah remaja berusia 15-19 tahun dan 8,6% atau sekitar 1.727.929 orang dari 20.092.200 remaja berusia 20-24 tahun yang belum menikah di Indonesia pernah melakukan hubungan seks pranikah dan lebih banyak terjadi pada remaja di perkotaan

(5,7%). Secara keseluruhan, persentase laki-laki berusia 15-24 tahun belum menikah melakukan hubungan seks pranikah lebih banyak dibandingkan wanita dengan usia yang sama. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menemukan bahwa kehamilan pada usia kurang dari 15 tahun terutama terjadi di perdesaan, meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,03%). Sementara itu, proporsi kehamilan di usia 15-19 tahun sebesar 1,97%, dengan proporsi di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan.

Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 136, dinyatakan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan remaja harus ditujukan untuk mempersiapkan mereka menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif, baik sosial maupun ekonomi. Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada Pasal 136 ayat (1), bahwa upaya pemeliharaan kesehatan reproduksi remaja dilakukan agar terbebas dari berbagai gangguan kesehatan yang dapat mengambat kemampuan menjalani kehidupan reproduksi secara sehat dan upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tersebut dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat. Peran serta pemerintah diperkuat dalam pasal 137 yang berisi: Pemerintah berkewajiban menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi, dan layanan kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja tentunya menimbulkan efek yang tidak baik dari segi pembangunan maupun perekonomian pemerintahan. Rendahnya pengetahuan remaja akan berdampak pada tingginya

perilaku seksual remaja, dengan tingginya perilaku seks bebas pada remaja menimbulkan penyakit-penyakit seperti PMS, HIV AIDS, dll. yang dapat memperlambat pertumbuhan ekonomi dengan merusak jumlah penduduk yang mempunyai kemampuan produksi. Remaja yang menderita masalah kesehatan reproduksi tidak dapat bekerja, sebaliknya membutuhkan fasilitas kesehatan yang memadai. Selain itu, hal itu juga dapat menguras dana publik yang seharusnya dialokasikan untuk pendidikan dan fasilitas kesehatan lain tetapi akhirnya digunakan untuk mengatasi penyakit seperti HIV/AIDS. Keadaan ini akan membebani keuangan negara dan memperlambat pertumbuhan ekonomi.

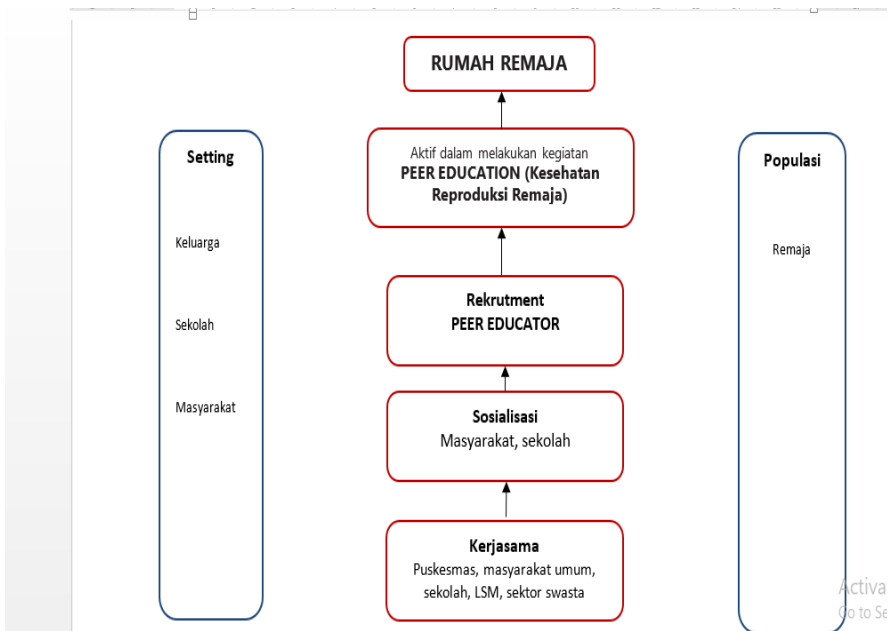
Beberapa metode yang tercantum dalam peraturan PP No.61 tahun 2014 mengenai kesehatan reproduksi diharapkan dapat diaplikasikan dan diperlukan inovasi-inovasi yang dapat mendukung penerapannya, sehingga dapat menjadi solusi dalam permasalahan kesehatan reproduksi remaja. Salah satu inovasi yang dapat dikembangkan untuk mewujudkan kota dengan remaja sehat yaitu dengan penyediaan rumah remaja di berbagai wilayah kota sebagai tempat konseling serta pembinaan para remaja dan sebagai tempat penyaluran kegiatan positif untuk remaja.

B. Konsep Program

Berdasarkan data di sebuah Puskesmas di Kota Martapura Kalimantan Selatan, didapatkan bahwa terdapat program pelayanan kesehatan peduli remaja. Terdapat dua orang tenaga kesehatan yang memegang program PKPR tersebut. Namun, kegiatannya sebatas konseling di Puskesmas serta penyuluhan terkait kesehatan remaja dan pemberian tablet zat besi ke sekolah-sekolah. Sebuah kota yang

sehat bagi remaja harus memuat segala kebutuhan remaja untuk berkembang secara positif sesuai tugas perkembangannya. Untuk mendukung proses tersebut, harus ada sebuah inovasi yang dikembangkan guna mendukung kebutuhan remaja akan pendidikan kesehatan reproduksi serta aktivitas yang positif untuk menghindarkan remaja dari aktivitas negatif terkait reproduksi remaja.

Rumah remaja adalah salah satu bentuk kolaborasi *stakeholder* dalam memberikan pembinaan remaja dalam kesehatan reproduksi. Rumah Remaja menjadi *pilot project* dalam mengembangkan kerja sama dan pemberdayaan remaja. Program perencanaan dimulai ketika sudah ditetapkan tujuan dan sasaran. Rencana kegiatan tertuang dalam *framework* berikut:



Gambar 4.1. Framework Rumah Remaja.

C. Perencanaan Program

Adapun program ini merupakan program yang sudah ada dan dikembangkan oleh penulis untuk medapat capaian Kota Sehat Remaja yang berfokus pada kesehatan reproduksi remaja di Kota Martapura, Kalimantan Selatan. Program Kota Sehat Remaja dapat diimplementasikan dengan membentuk Rumah Remaja. Pelaksana program ini dapat dilakukan pemegang program PKPR di setiap Puskesmas yang ada di Kota Martapura, Kalimantan Selatan. Fokus program ini adalah pada upaya promotif dan preventif. Adapun sasaran program Rumah Remaja ini adalah seluruh remaja yang menjadi Kader Rumah Remaja di Kota Martapura, Kalimantan Selatan. Sumber pendanaan dapat menggunakan dana BOK yang kemudian ditambah dari pendanaan dari LSM atau CSR terkait.

Tercapainya kondisi kota untuk hidup dengan aman, nyaman, dan sehat bagi remaja melalui upaya pembuatan rumah remaja yang dapat mendukung peningkatan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi, peningkatan produktivitas dan kreativitas remaja secara positif. Adapun capaian yang harus didapatkan dalam Rumah Remaja adalah:

- a. menanamkan Konsep Remaja Sehat di kalangan para remaja, terutama dalam kesehatan reproduksinya;
- b. pemberian informasi serta keterampilan seputar hak dan kewajiban remaja sehat;
- c. melakukan pembentukan kader remaja melalui pelatihan-pelatihan yang bertujuan untuk meningkatkan potensi remaja sehat;
- d. melakukan sosialisasi kepada seluruh warga mengenai keberadaan Rumah Remaja dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja

dan HIV & AIDS; dan

- e. membangun pemberdayaan remaja dengan kemitraan dan kerja sama dengan seluruh pihak yang mempunyai visi yang sejalan tentang pengembangan remaja.

Adapun dalam program Rumah Remaja diawali dengan strategi pendekatan yang dilakukan dengan cara melakukan sosialisasi dan kerja sama dengan semua pihak di masyarakat dengan melakukan komunikasi yang efektif dan koordinasi yang terus-menerus untuk membangun komitmen dalam mewujudkan Kota Sehat untuk remaja dengan adanya Rumah Remaja, khususnya diwilayah kerja Puskesmas.

Langkah selanjutnya dilanjutkan dengan membuat telaah tentang urgensi kemanfaatan Rumah Remaja bagi remaja. Konsep ini harus disertai dengan data-data riset dan epidemiologi, khususnya data terkait masalah kesehatan reproduksi remaja dan dampak dari masalah tersebut di masyarakat. Setelah itu, bersama Puskesmas, khususnya pemegang program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja, masyarakat khususnya remaja akan diajak untuk ikut berpartisipasi dan membantu program tersebut melalui proses sosialisasi berkesinambungan. Melibatkan semua potensi yang ada di masyarakat dalam forum dan Pokja Kabupaten/Kota Sehat, sebagai penggerak kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mengkoordinasikan, mengintegrasikan, mensinkronkan, dan mengimplikasikan perencanaan terkait Kota Sehat untuk remaja. Setelah itu, dilakukan advokasi konsep Kabupaten/Kota Sehat kepada penentu kebijakan.

Setelah adanya Rumah Remaja tersebut harapannya sosialisasi terkait keberadaan Rumah Remaja sekaligus perekrutan remaja-remaja yang ingin bergabung sebagai *peer educator* dalam rumah remaja dapat dilakukan. Sosialisasi dapat dilakukan di masyarakat sekitar wilayah Puskesmas, dan sekolah-sekolah di setiap wilayah. Setelah terkumpul remaja-remaja/calon kader Rumah Remaja, remaja tersebut diberi pelatihan sehingga dapat berperan serta sebagai *peer educator*/konselor sebaya, baik di sekolah, masyarakat, maupun di rumah remaja itu sendiri. Selain itu, karena rumah remaja ini juga bekerja sama dengan pihak Puskesmas maka pemegang program PKPR dapat turut serta dalam pembinaan remaja serta pengawasan kegiatan rumah remaja.

Program Rumah Remaja diharapkan: mampu membentuk konsep sehat remaja yang mengarah pada kesehatan reproduksi remaja; mampu membentuk kader-kader remaja yang sehat dan terampil sebagai tata laksana dini dalam usaha preventif dan promotif bagi dirinya sendiri, keluarga, teman sebaya, dan lingkungan sekitarnya; meningkatkan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan tidak hanya pada kesehatan reproduksi remaja namun sekaligus menginformasikan penyakit menular lainnya seperti HIV/AIDS; serta meningkatkan partisipasi keluarga, remaja, dan masyarakat dalam bentuk pemberdayaan demi mewujudkan Kota Sehat untuk remaja.

D. Analisis *Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threats* (SWOT)

Analisis situasi program ini menggunakan analisis SWOT (*Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats*).

Metode ini merupakan analisis dalam mengidentifikasi faktor-faktor dalam mencapai rumusan strategi yang berdasarkan pada penalaran kekuatan (*Strenghts*) dan peluang (*Opportunities*) dengan meminimalisir kelemahan (*Weaknesses*) dan ancaman (*Threats*) (Ayuningtyas, 2015).

Tabel 4.5. Analisis SWOT Kota Sehat Rumah Remaja.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Rumah remaja dapat bekerja sama dengan pihak Puskesmas dalam pelaksanaannya. b. Rumah Remaja meningkatkan pengetahuan remaja terkait kesehatan reproduksi c. Adanya pelatihan untuk calon <i>peer-educator</i> bagi remaja sehingga remaja dapat menyalurkan pengetahuannya ke remaja lain. d. Rumah remaja tidak hanya memberikan edukasi sebaya terkait kesehatan reproduksi, tetapi juga mendorong remaja untuk berkegiatan positif. e. Remaja dapat mandiri dalam melakukan edukasi dan konseling terkait kesehatan reproduksi. f. Adanya dukungan sekolah dalam program promosi kesehatan terkait kesehatan reproduksi remaja. g. Dukungan masyarakat dan orang tua dalam memotivasi anak remaja untuk terlaksananya kegiatan rumah remaja h. Membantu jalannya program UKS di sekolah dengan adanya <i>peer-education</i> dari rumah remaja.	a. Adanya sistem <i>full day school</i> yang mendapat ketidakefektifan dalam kegiatan Rumah Remaja. a. Rumah remaja memerlukan biaya yang banyak dan partisipasi dari remaja. c. Ketidaksediaan program UKS di sekolah-sekolah yang diberi sosialisasi sehingga upaya memaksimalkan pendidikan kesehatan reproduksi remaja dari <i>peer-educator</i> rumah remaja kurang optimal.

<i>Opportunities (peluang)</i>	<i>Threats (ancaman)</i>
a. Adanya area yang bisa digunakan untuk pembangunan Rumah Remaja. b. Adanya kerja sama antara Puskesmas, sekolah, LSM, dan masyarakat. d. Adanya perguruan tinggi di wilayah sekitar yang dapat berkontribusi membantu program Rumah Remaja (sekolah keperawatan maupun psikologi). e. Banyaknya jumlah remaja di wilayah Kota Martapura. Banyaknya remaja yang menyukai aktivitas di luar rumah.	a. Persepsi bahwa biaya terlalu banyak c. Persepsi program yang tidak mungkin untuk berhasil c. Persepsi bahwa minat remaja kurang untuk bergabung di rumah remaja d. Tidak adanya kegiatan yang dilakukan remaja untuk pengembangan fasilitas rumah remaja yang mengakibatkan rumah remaja tidak berkembang.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Forum Remaja Peduli Gizi (For-Peg) di Kota Jakarta

Saras Anindya Nurhafid

A. Latar Belakang

Masa remaja merupakan sebuah periode dari perkembangan manusia. Masa ini merupakan masa perubahan atau peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologi, psikologi, dan sosial. Menurut World Health Organization (WHO) (2014), remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah (Pusdatin Kemenkes RI, 2014).

Menurut WHO (2014) di dunia diperkirakan kelompok remaja berjumlah 1,2 miliar atau 18% dari jumlah penduduk dunia. Diperkirakan pada tahun 2020, remaja pada usia 12-17 tahun mencapai 755 juta jiwa dan umur 18-24 tahun sebanyak 883 juta jiwa. Hal ini berarti jumlah remaja terus mengalami peningkatan. Di Indonesia sendiri terjadi peningkatan jumlah populasi remaja setiap tahunnya. Populasi remaja di tahun 2015 diketahui mencapai 22.403.408 penduduk usia 10-14 tahun dan 22.044.175 jiwa untuk usia 15-19 tahun (2014). Besarnya penduduk remaja akan berpengaruh pada pembangunan dari aspek sosial, ekonomi, maupun demografi baik saat ini maupun di masa yang akan datang (BKKBN, 2011).

Percepatan pertumbuhan dan perkembangan tubuh, perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan, serta

keikutsertaan dalam olahraga, kecanduan alkohol dan obat-obatan membuat remaja termasuk kelompok yang rentan mengalami masalah gizi (Arisman, 2009; Turnham, 2013). Seiring dengan peningkatan populasi remaja di Indonesia, masalah gizi remaja perlu mendapatkan perhatian khusus karena berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan tubuh, serta dampaknya pada masalah gizi dewasa. Permasalahan gizi yang seringkali dihadapi remaja adalah permasalahan gizi ganda, yaitu gizi kurang dan gizi lebih yaitu obesitas, serta kurang energi kronis dan anemia.

Riskesdas RI (2013) menyatakan bahwa prevalensi remaja usia 13-15 tahun yang pendek sebesar 35,1% (13,8% sangat pendek dan 21,3% pendek), prevalensi kurus 11,1% (3,3% sangat kurus dan 7,8% kurus). Sedangkan, prevalensi gemuk pada remaja 13-15 tahun sebesar 10,8% (8,3% gemuk dan 2,5% sangat gemuk atau obesitas). Untuk remaja usia 16-18 tahun, prevalensi remaja pendek secara nasional sebesar 31,4% (7,5% sangat pendek dan 23,9% pendek), prevalensi kurus sebesar 9,4% (1,9% sangat kurus dan 7,5% kurus). Sedangkan, prevalensi gemuk sebanyak 7,3% (5,7% gemuk dan 1,6% obesitas).

Masalah gizi remaja masih ditemukan di kota-kota besar Indonesia, termasuk DKI Jakarta. Prevalensi pendek remaja usia 13-15 tahun di Jakarta sebesar 20% (9% sangat pendek dan 11% pendek). Prevalensi kurus sebesar 9% (2% sangat kurus dan 7% kurus), serta prevalensi gemuk sebesar 15% (10% gemuk dan 5% sangat gemuk). Sedangkan, prevalensi pendek remaja usia 16-18 tahun sebesar 19% (3% sangat pendek dan 16% pendek), prevalensi kurus sebesar 10% (3% sangat kurus dan 7% kurus), serta prevalensi gemuk sebesar 12% (4,2% sangat gemuk dan 7,8% gemuk). Secara

umum, DKI Jakarta memiliki prevalensi tertinggi ketiga remaja dengan gizi lebih (gemuk) pada usia 13-15 tahun dan prevalensi tertinggi kelima remaja kurus pada usia 16-18 tahun (Riskedas, 2013).

Status gizi remaja dipengaruhi beberapa faktor, yaitu faktor lingkungan (tren dan mode makanan, *fast food*, makanan sekolah, peran orang tua, pola makan keluarga, *peer group*, jumlah anggota keluarga dan media masa), faktor sosial ekonomi (tingkat ekonomi, tingkat pendidikan, pengetahuan gizi, uang saku, dan daya beli keluarga), faktor kognitif (*body image* dan *personal health belief*), faktor biologis (status pubertas, pertumbuhan, jenis kelamin, genetik), faktor gaya hidup (kebiasaan merokok, perilaku makan, kebiasaan berolahraga), dan status kesehatan (riwayat penyakit dan infeksi penyakit) (Mardayanti, 2008).

Remaja yang mengalami masalah gizi akan berpengaruh pada kualitas sumber daya manusia (SDM) di mana dapat berakibat pada hilangnya generasi muda (*loss generation*) serta berdampak pada keadaan perekonomian bangsa (*loss economic*) di masa mendatang (Fauzi, 2012). Remaja yang kekurangan asupan gizi tidak hanya terhambat pertumbuhannya, tapi juga meningkatkan risiko terkena penyakit-penyakit degeneratif seperti jantung, kanker, dan lain-lain (WHO, 2005). Begitupun pada remaja dengan obesitas berisiko, memicu komplikasi penyakit seperti hipertensi, stroke, jantung koroner, dan sebagainya. Data Kementerian Kesehatan RI tahun 2016 menyatakan bahwa beban penyakit katastropik menyerap beban anggaran Rp.1,69 triliun atau 29,67% dari total anggaran.

Kekurangan asupan gizi pada remaja juga akan menyebabkan remaja mengalami anemia yang dapat menyebabkan turunnya konsentrasi dan prestasi belajar, serta memengaruhi produktifitas belajar (Depkes, 2010). Selain itu, remaja perempuan yang sudah hamil dan menderita anemia dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, melahirkan bayi dengan berat badan rendah, serta mengakibatkan kematian baik pada ibu dan bayi pada waktu proses persalinan. Hal ini tidak hanya berdampak pada angka kematian bayi dan ibu yang meningkat, namun juga turunnya kualitas sumber daya manusia akibat bayi rentan mengalami gagal tumbuh kembang dan terkena penyakit..

B. Konsep Program

Masalah gizi yang biasa ditemui remaja adalah obesitas, kurang energi kronis, dan anemia. Masa remaja dikatakan rentan terhadap masalah gizi karena terjadi percepatan pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang memerlukan energi lebih banyak, serta terjadi perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan yang menuntut penyesuaian masukan energi dan zat gizi (Turnham, 2013). Perilaku rentan gizi pada remaja salah satunya ditunjukkan dengan kebiasaan makan yang kurang baik. Kebiasaan makan yang kurang baik ini biasanya diawali dengan kebiasaan makan keluarga yang tidak baik, yang sudah tertanam sejak kecil, kemudian berlanjut hingga remaja. Bentuk kebiasaan makan yang tidak baik ini di antaranya adalah makan seadanya tanpa mengetahui kebutuhan berbagai zat gizi dan dampak akibat tidak terpenuhinya kebutuhan zat gizi tersebut terhadap kesehatan. Kekurangan asupan gizi pada remaja juga akan menyebabkan remaja mengalami anemia yang dapat menyebabkan turunnya konsentrasi dan prestasi belajar, serta

memengaruhi produktifitas belajar (Depkes, 2010).

Selain kebiasaan makan yang kurang baik, remaja rentan masalah gizi karena mempunyai rasa ingin tahu terhadap makanan dan sudah mempunyai kemampuan lebih untuk mengkonsumsi makanan apapun yang disukai. Remaja cenderung mengikuti pola makan teman sebayanya dan jenis makanan sesuai perkembangan zaman. Asupan makanan pada remaja dipengaruhi banyak faktor, di antaranya adalah faktor individu dan kondisi sosial lingkungan. Faktor individu yang banyak memengaruhi adalah kondisi psikososial dan pengaruh biologi dari tubuh remaja yang sedang mengalami puncak pertumbuhan, serta pola hidup yang dijalani selama ini. Faktor kondisi sosial lingkungan meliputi pola makan keluarga dan lingkungan tempat tinggal (Ryoo, 2011). Untuk mencegah timbulnya masalah gizi pada remaja, perlu disosialisasikan pedoman gizi seimbang yang bisa dijadikan pedoman makan, aktivitas fisik, hidup bersih, dan mempertahankan berat badan normal. Untuk mengoptimalkan penyampaian pedoman gizi seimbang kepada masyarakat, diperlukan KIE yang tepat dan berbasis masyarakat (Kemenkes, 2014).

Forum adalah sebuah wadah yang disediakan untuk berinteraksi bagi penggunaanya. Pengguna lebih dimudahkan dalam mencari informasi sesuai kategori-kategori yang diberikan dalam sebuah forum (Kuntarti, 2013). Forum Remaja Peduli Gizi (For-Peg) adalah sebuah wadah bagi remaja untuk menyalurkan aspirasinya dan berpartisipasi dalam upaya meningkatkan status kesehatan gizi remaja dengan mensosialisasikan dan mengaplikasikan pedoman gizi seimbang.

C. Perencanaan Program

For-Peg merupakan program inovasi Puskesmas yang melibatkan siswa-siswi SMP dan SMA sederajat di wilayah kerja Puskesmas sebagai bentuk kepedulian Puskesmas terhadap masalah gizi remaja di wilayah kerjanya. Program inovasi ini dengan membentuk kelompok masyarakat dalam hal ini adalah kelompok remaja untuk mengatasi permasalahan gizi remaja di DKI Jakarta.

Pelaksana program terdiri dari anggota For-peg yang diperoleh dari Kader Kesehatan Sekolah (KKR) atau Kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Fokus pelaksanaan program ini adalah upaya promotif dan preventif. Sasaran program ini adalah remaja yang berusia 13-18 tahun atau siswa-siswi kelas 1 dan 2 SLTP dan sederajat, siswa-siswi kelas 1 dan 2 SMU sederajat yang terpilih atau dipilih sekolah yang berada di wilayah kerja Puskesmas. Sumber Pendanaan dapat diperoleh dari APBD dan pengajuan dana proporsal program kepada pihak terkait dan swasta. Pendanaan yang ada dialokasikan untuk penyediaan dan penyegaran materi Penkes, pengadaan gedung dan akomodasi petugas dan pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program. Sementara sumber sponsor yang diterima terkait dengan media atau sarana penunjang aktivitas pendidikan kesehatan seperti alat peraga.

Program For-peg diharapkan mampu menurunkan prevalensi remaja gizi kurang dan lebih; meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja terkait pedoman umum gizi seimbang dan kesehatan lingkungan; mengoptimalkan peran siswa (Kader Kesehatan Remaja) di wilayah kerja Puskesmas serta; mempererat hubungan KKR di wilayah kerja Puskesmas; membentuk forum untuk menjalin kerja sama antarremaja, Pemerintah Daerah, dan pihak swasta, serta dapat menampung

aspirasi remaja dan kebijakan pemerintah secara seimbang dan berkelanjutan dalam mewujudkan sinergi pembangunan yang lebih baik.

Adapun beberapa kegiatan pada program ini dapat berupa:

- a. sosialisasi hasil pengkajian gizi remaja dan dampak yang ditimbulkan kepada pihak sekolah;
- b. mengadakan pemilihan Kader Kesehatan Remaja (KKR) di sekolah wilayah kerja Puskesmas dengan mengadakan *pre-test* tentang materi gizi remaja atau rekomendasi dari sekolah;
- c. membentuk Forum Remaja Peduli Gizi (For-Peg) yang terdiri dari KKR yang telah dipilih;
- d. menganalisis kebutuhan sekolah dan masyarakat serta membuat program kerja minimal satu tahun. Program kerja seperti promosi kesehatan ke sekolah dan masyarakat, konseling teman sebaya, pelatihan *skill edutainment*, kesehatan lingkungan;
- e. merancang evaluasi;
- f. mengadakan bimbingan, pelatihan/*on the job training* promosi kesehatan dengan materi penyuluhan tentang gizi seimbang remaja dan kesehatan lingkungan;
- g. melatih anggota forum terkait penerapan konseling sebaya;
- h. melatih anggota forum terkait *skill edutainment*, misalnya membuat video, komik, dan film secara bertahap; dan
- i. melaksanakan program kerja yang telah dibuat.

Beberapa keuntungan program ini adalah memberikan kesempatan lebih dalam menurunkan angka kejadian masalah kesehatan yang disebabkan oleh gizi yang dapat berupa gizi kurang atau gizi berlebih; keterlibatan siswa dalam pembentukan kader menjadikan remaja lebih berdaya, dengan memahami pengetahuan penting yang mampu memberikan kontribusi aktif tidak hanya untuk dirinya sendiri, tapi juga keluarga maupun

remaja yang lainnya; siswa mampu lebih memahami hal-hal yang sangat penting bagi kesehatannya, yakni tentang gizi remaja dan kesehatan lingkungan serta; meningkatkan partisipasi siswa melakukan kemitraan bersama pihak pemerintah daerah, LSM atau CSR, maupun pihak swasta lain.

D. Analisis *Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threats* (SWOT)

Program ini menggunakan analisis SWOT (*Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats*) untuk menganalisis situasi. SWOT merupakan analisis dalam mengidentifikasi faktor-faktor dalam mencapai rumusan strategi yang berdasarkan pada penalaran kekuatan (*Strenghts*) dan peluang (*Opportunities*) dengan meminimalisir kelemahan (*Weaknesses*) dan ancaman (*Threats*) (Ayuningtyas, Dumilah, 2015).

Tabel 4.6. Analisis Kota Sehat For-Peg.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Terdapat kebijakan yang mengatur kesehatan remaja. Kebijakan tersebut di antaranya UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 136 dan 137, serta UU perlindungan anak No. 23 tahun 2002. b. Terdapat program PKPR yang diampu Dinas Kesehatan tingkat Provinsi. c. Tersedianya UU No. 29 tahun 1992 Pasal 45, bahwa kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.	1. Kurang mempromosikan pedoman gizi seimbang kepada keluarga. Padahal, keluarga juga memengaruhi remaja dalam hal penyediaan makanan.

d. Mampu mengikat kuat komitmen remaja karena pelatihan yang diberi menarik dan dapat meningkatkan <i>skill</i> remaja, ditambah karakteristik remaja yang memiliki minat kuat dalam kemampuan berpikir, keinginan ego untuk bergabung dengan orang lain dan mengalami pengalaman baru. e. Visi-misi DKI Jakarta.	
<i>Opportunities (peluang)</i>	<i>Threats (ancaman)</i>
a. Tingginya kesadaran kesehatan gizi remaja yang tidak hanya dirasakan pemerintah, tapi juga masyarakat. b. Meningkatkan jumlah populasi remaja dan dampak masalah gizi remaja memungkinkan For-Peg menjadi salah satu program unggulan untuk menjawab permasalahan gizi remaja. 1. Tersedianya Kader Kesehatan Remaja atau Kader UKS di beberapa sekolah.	a. Obsesi remaja wanita yang ingin memiliki tubuh langsing dengan diet yang tidak tepat. 1. Perubahan legislasi yang memungkinkan adanya kebijakan atau peraturan terkait kesejahteraan dan kebijakan remaja berubah di semua lini pemerintahan.

Adapun strategi yang dapat dilakukan berdasarkan analisis SWOT di atas yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.7. Strategi Analisis SWOT Kota Sehat For-Peg.

Strategi <i>Strength-Opportunity</i>	Strategi <i>Weakness-Opportunity</i>
a. Menjalin kerja sama lintas sektor, seperti sekolah, Pemprov DKI, Dinkes, LSM, Ormas, dan atau kalangan swasta lain untuk mendukung kebijakan dan pelaksanaan For-Peg. b. Memperkuat dukungan sekolah dan koordinasi dengan pihak UKS sekolah. c. Mempertahankan pengawasan terhadap terlaksananya kegiatan For-Peg. d. Mengadakan program For-Peg sesuai dengan kondisi sekolah dan masyarakat.	a. Kerja sama dengan sekolah untuk dapat memberikan promosi kesehatan kepada orang tua di acara yang melibatkan orang tua misalnya pembagian rapor atau daftar ulang sekolah.
Strategi <i>Strength-Threat</i>	Strategi <i>Weakness-Threat</i>
a. Penguatan kebijakan dan aturan agar program terus berjalan. b. Penguatan peran Kader Kesehatan Remaja diperlukan karena dapat menjadi <i>role model</i> bagi remaja di sekolah dan masyarakat tentang pentingnya gizi seimbang.	a. Memberdayakan kader dan sektor masyarakat untuk mengoptimalkan promosi kesehatan. b. Sosialisasi yang baik dapat menghindari rendahnya kesadaran pentingnya gizi seimbang.

Penjabaran analisis SWOT menunjukkan bahwa perawat komunitas perlu melibatkan berbagai sektor dalam menjawab permasalahan gizi remaja di DKI Jakarta. Strategi yang dapat diambil perawat komunitas adalah menjalin kemitraan dengan berbagai pihak. Depkes RI

(2007) menyatakan kemitraan adalah hubungan (kerja sama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan (memberikan manfaat). Sedangkan Allender (2010) menyatakan, kemitraan adalah suatu bentuk perjanjian/persetujuan yang dibuat di antara seseorang dengan orang lain (dan suatu lembaga/agensi) yang dapat memberi manfaat dari tujuan yang dibuat bersama-sama.

Langkah awal dalam menjalin kemitraan yang dilakukan perawat adalah menginformasikan pentingnya gizi seimbang pada remaja kepada berbagai pihak sekolah yang diikutsertakan dalam kerja sama. Setelah itu, perawat perlu menekankan bahwa permasalahan ini bersifat menyeluruh sehingga pihak yang bermitra memiliki perasaan yang sama tentang pentingnya penyelesaian masalah tersebut. Setelah hal ini dilakukan, maka akan terbentuk kesepakatan bermitra dan kegiatan atau aktivitas untuk meningkatkan dan menjawab permasalahan bersama. Evaluasi perlu dilakukan dalam setiap kegiatan yang berlangsung.

Tiga institusi kunci organisasi atau unsur pokok yang dapat dijadikan mitra oleh perawat komunitas, yaitu pemerintah, swasta atau dunia usaha (*private sector*) atau kalangan bisnis, serta organisasi nonpemerintah atau *nongovernment organization* (NGO), meliputi dua unsur penting yaitu Lembaga swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Masyarakat (ORMAS), termasuk yayasan di bidang kesehatan. Dengan menjalin kemitraan, diharapkan akan meningkatkan pelayanan kesehatan gizi remaja. Strategi lain selain kemitraan yang dapat dilakukan perawat komunitas adalah pemberdayaan dengan memberdayakan KKR yang terlibat dalam For-Peg. Pemberdayaan adalah

mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan untuk diri mereka sendiri (Notoatmodjo, 2007). Perawat komunitas dapat memberdayakan KKR dengan memberikan pelatihan-pelatihan yang dibutuhkan KKR, terutama konseling dan *skill edutainment*.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Sehat Berbasis Pasar Sehat di Kota Serang, Banten

Fertin Mulyanasari

A. Latar Belakang

Pemerintah Indonesia mengeluarkan peraturan bersama antara Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan untuk menyelenggarakan Kota Sehat di wilayah Indonesia. Peraturan tersebut tertuang di Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat. Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat tentunya tidak luput dari partisipasi masyarakat. Tatanan Kabupaten/Kota Sehat berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus salah satunya adalah kawasan permukiman, sarana, dan prasarana umum. Kawasan permukiman, sarana, dan prasarana sehat dinilai dari indikator pengelolaan pasar yang sehat dan penataan sektor informal (pedagang kaki/asongan atau industri rumah tangga). Pasar di perkotaan tidak jarang mengalami kondisi yang kotor, semerawut, bau busuk dan sampah. Hal ini dapat mengganggu kesehatan para pedagang tersebut. Tidak hanya itu, masalah kesehatan juga perlu mendapatkan perhatian bagi para pedagang ini. Sangat membahayakan jika pedagang tersebut tidak memerhatikan kesehatannya saat bekerja. Timbulnya penyakit para pedagang dapat diakibatkan karena kurang memerhatikan aspek kesehatan kerja saat mereka bekerja sebagai pedagang.

Kesehatan kerja adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap pekerja dapat bekerja produktif secara sosial ekonomi tanpa membahayakan diri sendiri, teman sejawat, keluarga, masyarakat, dan lingkungan sekitarnya. Pengabaian kesehatan kerja dapat menimbulkan penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja. Penyakit akibat kerja atau penyakit akibat hubungan kerja (*occupational disease*) adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan atau lingkungan kerja. Penyakit berhubungan dengan pekerjaan atau penyakit terkait kerja (*work related disease*) dapat diartinya sebagai penyakit yang dipermudah timbulnya, diperberat atau diperparah oleh pekerjaan dan atau lingkungan kerja (Badraningsih & Zuhny, 2015; Dirjen Pembinaan Pengawas Ketenagakerjaan, 2008). Penyakit atau kecelakaan akibat kerja tidak menutup kemungkinan terjadi di lingkungan pasar tradisional. Fasilitas sarana dan prasarana yang kurang, tempat yang basah, dan lembab, jalan yang tidak aman dapat mendukung terjadinya kecelakaan akibat kerja pada para pedagang.

Kecelakaan kerja yang disebabkan perbuatan yang tidak selamat memiliki porsi 80% dan kondisi yang tidak selamat sebanyak 20%. Perbuatan berbahaya biasanya disebabkan oleh sikap dalam pengetahuan, keterampilan dan sikap, kelelahan dan gangguan psikologis (Badraningsih & Zuhny, 2015). Penelitian di pedagang Pasar Tradisional Blimbing Kota Malang menunjukkan bahwa terdapat 40% pedagang di sana merasa dirinya sakit. Jenis penyakit yang dikeluhkan para pedagang pasar di antaranya dermatitis, scabies, insomnia, hipertensi, asma, diabetes melitus, kecelakaan perjalanan, ISPA, dan sakit perut. Keluhan kesakitan

ini dapat terjadi kepada para pedagang daerah lainnya mengingat sarana dan prasarana yang kurang, sanitasi yang tidak bersih, lingkungan yang tidak nyaman, dan perilaku yang tidak sehat (Larsi, Dewi, & Prihatiningtyas, 2016).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Kesehatan Kerja dan Olahraga telah merancang program-program dalam meningkatkan upaya kesehatan kerja yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Bab XII Kesehatan Kerja pasal 164-166 menyebutkan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan pekerjaan (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Seiring dengan peningkatan risiko cacat atau penyakit akibat kerja dan pelaksanaan amanat Undang-Undang, maka diperlukan adanya upaya kesehatan kerja bagi para pekerja. Sehingga, pekerja dapat melakukan pekerjaannya dalam kondisi sehat serta tidak membawa penyakit setelah bekerja.

Kota Serang merupakan salah satu kota di Provinsi Banten yang cukup banyak memiliki pasar tradisional. Salah satu pasar terbesar di Kota Serang adalah Pasar Rau (*Rau Trade Center*). Pasar ini didesain menjadi pusat induk di Kota Serang. Pasar Rau memiliki gedung permanen dengan tiga lantai. Diperkirakan pasar ini dapat menampung 3.000 pedagang. Sedangkan, Kota Serang sendiri memiliki enam lokasi pasar tradisional dengan total jumlah pedagang keseluruhan adalah 16.131 pedagang (Badan Pusat Statistik Kota Serang, 2017). Banyaknya jumlah pedagang dan pasar tradisional di Kota Serang belum diimbangi dengan sarana dan prasarana yang memadai yang dapat meningkatkan

kesehatan pedagang maupun masyarakat secara umum yang beraktivitas di lingkungan pasar. Penelitian menunjukkan kurangnya sarana dan prasarana guna kebersihan sampah di sekitar pasar menimbulkan dampak kerugian dalam bidang kesehatan, seperti menimbulkan tempat perkembangbiakan kuman penyakit yang menjadi sumber infeksi dan tempat perkembangbiakannya vektor penyakit menular melalui makanan dan minuman (Rinaldi, 2014).

B. Konsep Program

Tatanan Kabupaten/Kota Sehat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, salah satunya adalah kawasan permukiman, sarana, dan prasarana umum. Kawasan permukiman, sarana, dan prasarana sehat adalah adanya pengelolaan pasar dan penataan sektor informal seperti pedagang kaki lima, pedagang asongan, atau industri rumah tangga. Kota Sehat dengan tatanan kawasan permukiman sarana dan prasarana sehat dituntut untuk dapat mengelola pasar agar terjaminnya keamanan dan kenyamanan, terpeliharanya kebersihan oleh pedagang, tersedianya sarana untuk mencegah kebakaran, terjaga kebersihan toilet umum, adanya pasar sesuai dengan persyaratan, terlaksananya program jaminan kesehatan pada pedagang, aktivitas perdagangan tidak menimbulkan pencemaran, adanya program untuk meningkatkan perekonomian pedagang, dan terselenggaranya jaminan pelayanan kesehatan bagi pekerja (Menteri Dalam Negeri & Menteri Kesehatan, 2010).

Pasar tradisional adalah tempat yang berlokasi permanen (kios, gerai, los, dasaran terbuka), sebagian besar barang yang diperjualbelikan adalah kebutuhan dasar sehari-hari

(bahan makanan, kain, barang elektronik, jasa dan lainnya) dengan praktik perdagangan dan fasilitas infrastruktur yang sederhana, dan ada interaksi langsung antara penjual dan pembeli (Kementerian Kesehatan RI, 2008; Malano, 2011). Pasar yang sehat adalah pasar yang kondisinya bersih, aman, nyaman, dan sehat yang terwujud melalui kerja sama seluruh *stakeholder* terkait dalam menyediakan bahan pangan yang aman dan bergizi bagi masyarakat. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 295/Menkes/SK/VI/2008 tentang pedoman penyelenggaraan pasar sehat merupakan tindak lanjut dari pengembangan program Kabupaten/Kota Sehat. Keputusan ini juga mengantisipasi terjadinya penyebaran dan penularan penyakit berpotensi wabah yang bersumber dari pasar yang tidak bersih, aman, nyaman, dan sehat, khususnya pasar tradisional.

Pengembangan pasar sehat merupakan strategi sebagai upaya meningkatkan keamanan terhadap risiko pangan terkontaminasi silang seperti penularan flu burung dan penyakit lainnya yang dihantarkan pangan dan perilaku berisiko tinggi (Kementerian Kesehatan RI, 2008). Pengelolaan pasar dengan baik akan memberikan manfaat kepada pedagang untuk dapat meningkatkan penjualan, lingkungan kerja lebih sehat, kepuasan bekerja meningkat, serta melestarikan tradisi pasar tradisional. Beberapa strategi untuk mengelola pasar dengan baik adalah melakukan advokasi kepada pimpinan untuk meningkatkan sarana dan prasarana pasar, meningkatkan profesionalisme pedagang dengan mengembangkan teknologi, memberikan penyuluhan, dan promosi kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2008).

Dari pemaparan Kota Sehat pada kawasan permukiman sarana dan prasarana sehat yang salah satu indikatornya adalah adanya pengelolaan pasar dan penataan sektor informal seperti pedagang kaki lima, pedagang asongan atau industri rumah tangga, tentu Kota Serang belum dapat dikatakan sebagai kawasan permukiman sarana dan prasarana sehat jika dilihat dari indikator pengelolaan pasar dan penataan sektor informal seperti pedagang kaki lima, pedagang asongan, dan industri rumah tangga. Dasarnya adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/ Menkes/ SK/VI/2008 tentang Penyelenggaraan Pasar Sehat sebagai wujud pengembangan Program Kabupaten/Kota Sehat.

Terwujudnya Kota Sehat yang dapat dilakukan dengan penyelenggaraan pasar sehat dapat meningkatkan kesehatan kerja untuk para pedagang, baik pedagang pasar, kaki lima, maupun pedagang asongan. Maka, untuk dapat meningkatkan kesehatan kerja bagi pedagang kaki lima dan asongan di pasar tradisional, diperlukan suatu program yang dapat mengakomodir itu semua.

C. Perencanaan Program

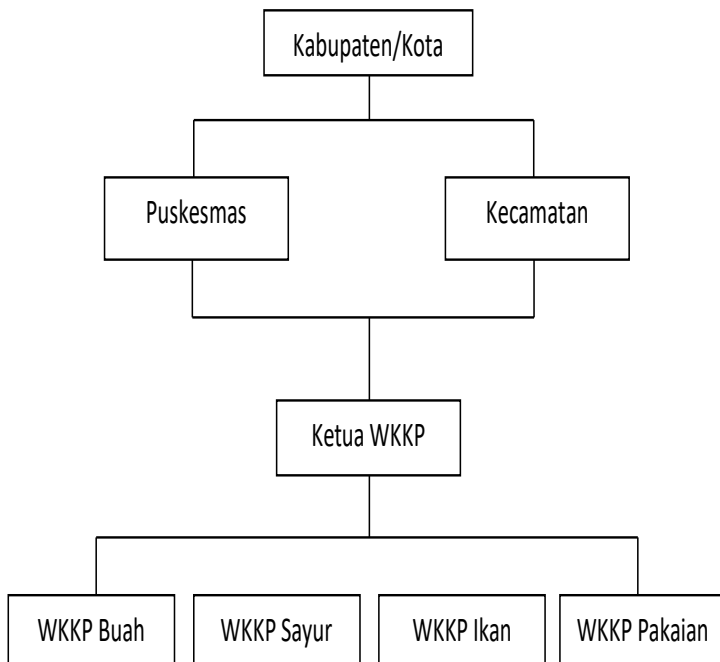
Kota Serang merupakan salah satu kota yang ada di Provinsi Banten dengan luas wilayah sebesar 266,74 km². Kota Serang memiliki 16.131 pedagang (Badan Pusat Statistik Kota Serang, 2017). Banyaknya pedagang di Kota Serang membuka peluang untuk meningkatnya kasus kecelakaan akibat kerja di lingkungan pasar tradisional. Kota Serang mampu untuk meningkatkan kesehatan kerja di lingkungan pasar tradisional melalui pelaksanaan Kota Sehat. Salah satu program Kota Sehat yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pengelolaan pasar dan penataan

sektor informal melalui Wadah Kelompok Kerja Pedagang Kota Serang.

Wadah kelompok kerja pedagang berfungsi untuk tempat pedagang berkumpul sesuai dengan jenis usaha yang dilakukan. Wadah kelompok kerja pedagang di bawah pembinaan Puskesmas sebagai bentuk Upaya Kesehatan Kerja. Wadah kelompok kerja pedagang dikelompokkan berdasarkan jenis usaha. Masing-masing wadah kelompok kerja pedagang diketuai satu ketua. Ketua tersebut yang akan berkoordinasi dengan Puskesmas dan kepala daerah setempat. Wadah kelompok kerja pedagang ini nantinya akan disetujui dan diresmikan oleh kepala daerah setempat. Adapun fungsi dari wadah kelompok kerja ini yaitu:

1. sebagai tempat pedagang memperoleh informasi, edukasi, dan *skrining* kesehatan mengenai kecelakaan akibat kerja, sebagai upaya peningkatan kesehatan pedagang dan pencegahan kecelakaan kerja;
2. sebagai tempat pedagang belajar usaha dalam meningkatkan pendapatan dari usahanya;
3. sebagai salah satu persyaratan dalam tata cara menjadi peserta BPJS Ketenagakerjaan (Kementerian Ketenagakerjaan RI, 2016); dan
4. sebagai wadah kepedulian pedagang terhadap lingkungan usahannya.

Berikut alur pengorganisasian usulan Wadah Kelompok Kerja Pedagang (WKKP) Kota Serang.



Gambar 4.2. Alur Pengorganisasian Wadah Kelompok Kerja Pedagang.

D. Analisis *Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats* (SWOT)

Berikut ini analisis SWOT yang digunakan untuk menganalisis kemampuan Kota Serang dalam membuat program Kota Sehat berbasis Pasar Sehat.

Tabel 4.8. Kota Sehat Berbasis Pasar Sehat di Kota Serang, Banten.

<i>Strenghts (kekuatan)</i>	<i>Weaknesses (kelemahan)</i>
a. Keputusan Direktur Jenderal Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan Nomor Kep: 22/DJPPK/V/2008 Tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja b. Perturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 2015 Tentang Pos Upaya Kesehatan Kerja Terintegrasi c. Peraturan Daerah Kota Serang Nomor 6 Tahun 2011 Tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Kota Serang Tahun 2010-2030 d. Peraturan Daerah Kota Serang Nomor 4 Tahun 2014 Tentang Penataan Pemberdayaan Pedagang Kaki Lima. e. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/SK/VI/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pasar Sehat.	a. Kurangnya pembinaan Puskesmas dalam mengembangkan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK). b. Kurang sarana dan prasarana yang mampu mendukung kegiatan promotif dan preventif pada kagiatan upaya kesehatan kerja. c. Belum adanya laporan jumlah Puskesmas yang melakukan upaya kesehatan kerja . d. Alokasi dana pemerintah Kota Serang untuk kesehatan menjadi urutan ketiga .
<i>Opportunities (peluang)</i>	<i>Threats (ancaman)</i>
a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja.	a. Kurang kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan kerja bagi pedagang sektor informal (pedagang pasar, kaki lima, asongan, usaha rumah makan, usaha kecil).

b. Adanya Rencana Aksi Nasional untuk meningkatkan kesehatan kerja yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2016-2019 yang meliputi lintas sektor selain kesehatan. c. Sudah adanya regulasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang diberi wewenang untuk melakukan pelayanan kesehatan kerja. d. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2016 tentang Tata cara penyelenggaraan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, dan jaminan hari tua bagi peserta bukan penerima upah.	b. Masih ada pedagang sektor informal yang belum memiliki asuransi kesehatan yang diadakan pemerintah (BPJS Ketenagakerjaan). c. Kurangnya kerja sama dan pemahaman lintas sektor untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kerja.
---	--

Kekuatan yang dimiliki Kota Serang adalah adanya kebijakan, peraturan, dan modul yang mengatur mengenai program dan rencana strategi dalam meningkatkan kesehatan kerja yang bersumber baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Adanya peraturan dan keputusan ini memberi jalan kepada pemerintah kota bahwa pemerintah dapat melakukan penataan pedagang demi upaya peningkatan kesehatan kerja yang diakui secara nasional sesuai pedoman dan peraturan yang ada. Pedoman yang dapat digunakan pemerintah kota dalam mempermudah langkah pemerintah meningkatkan kesehatan kerja adalah Buku Pedoman Pos Upaya Kesehatan Kerja yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2006. Selain itu, 10 anggaran terbesar nomor satu Provinsi Banten adalah

pekerjaan umum dan penataan ruang. Hal ini dapat menjadikan kekuatan bagi Pemerintah Kota Serang dalam melakukan penataan ruang khususnya ruang pasar.

Kelemahan yang dimiliki Kota Serang adalah pada sisi pembangunan sistem kesehatan, khususnya Puskesmas Kota Serang yang kurang tanggap terhadap kesehatan kerja sehingga program dalam upaya meningkatkan kesehatan kerja belum terlihat. Peluang yang dimiliki Kota Serang dalam meningkatkan kesehatan kerja di sektor informal bersumber dari pemerintah pusat yang sudah sangat baik menyusun program-program untuk dapat dilaksanakan daerah guna meningkatkan kesehatan pekerja di daerahnya. Ancaman yang dimiliki Kota Serang dalam upaya meningkatkan kesehatan kerja di sektor informal bersumber dari para pedagang itu sendiri.

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa kelemahan (*weakness*) dan ancaman (*threats*) yang dimiliki Kota Serang bersumber dari sistem pelayanan kesehatan (Puskesmas) dan pedagang itu sendiri. Sistem kesehatan di Puskesmas belum fokus kepada pelayanan upaya kesehatan kerja yang bersifat promotif dan preventif, sehingga menimbulkan ketidaktahuan pedagang tentang risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja sesuai dengan pekerjaan yang ditekuni.

Hasil analisis SWOT di atas menjadi dasar dalam membuat strategi yang dapat dilakukan pemerintah Kota Serang dalam meningkatkan upaya kesehatan kerja pedagang yang menjadi salah satu indikator dalam kawasan permukiman sarana dan prasarana sehat demi terwujudnya Kabupaten/

Kota Sehat. Strategi dalam melaksanakan Kota Sehat berbasis Pasar Sehat adalah sebagai berikut.

Tabel 4.9. Analisis SWOT Kota Pasar Sehat.

Strategi <i>Strength-Opportunity</i>	Strategi <i>Weakness-Opportunity</i>
Pemanfaatan dana pemerintah untuk revitalisasi wilayah pasar.	Melakukan pembinaan kesehatan kerja untuk pedagang.
Strategi <i>Strength-Threat</i>	Strategi <i>Weakness-Threat</i>
Membangun sistem kesehatan yang dapat dijangkau pedagang dengan bekerja sama lintas sektor.	Membuat kader-kader kesehatan kerja pedagang Pasar.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Bebas Tuberkulosis di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara

Rezky Mulyana

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan bakteri *Mycrobacterium Tuberculosis* yang menyerang berbagai organ, terutama paru-paru dan menular melalui percik renik dahak pasien yang menderita tuberkulosis Basil Tahan Asam (BTA) positif. Tuberkulosis menjadi salah satu penyakit yang menjadi perhatian, baik secara global maupun nasional, termasuk Indonesia, karena tuberkulosis merupakan salah satu dari sepuluh penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi di dunia (Kemkes RI, 2016; WHO, 2018). Penyakit tuberkulosis banyak terjadi di Asia dengan 45% kasus baru diikuti Afrika dengan 25% kasus. Kasus TB terbaru yang terjadi di 30 *burden countries* sebanyak 6,87% dan tujuh negara yang terhitung jumlah kasus TB baru terbanyak sebesar 64% dari total kasus baru di mana India menjadi negara pertama terbanyak kasus TB, diikuti Indonesia, China, Philipina, Pakistan, Nigeria, dan Afrika Selatan. Jumlah penderita tuberkulosis tahun 2016 sebesar 10,4 juta orang dan 1 juta orang yang meninggal karena TB (termasuk 0,4 juta di antaranya penderita HIV-TB), serta 95% kematian karena TB terjadi di negara yang berpenghasilan menengah ke bawah (WHO, 2018).

Indonesia merupakan negara kedua penyumbang kasus TB terbesar di dunia dengan 1,2 juta kasus baru per tahun (WHO, 2018). Menurut *Global Tuberculosis Report* WHO

2016, angka kejadian tuberkulosis di Indonesia tahun 2015 sebesar 395 kasus/100.000 penduduk dengan angka kematian 40/100.000 penduduk. Penyebaran penyakit tuberkulosis berdasarkan Riskesdas tahun 2013 sebesar 0,4% penderita TB yang terdiagnosis dan sebanyak 0,2% dari seluruh penderita TB paru di Indonesia berada di Provinsi Sulawesi Tenggara. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2016, jumlah seluruh kasus tuberkulosis sebesar 179,13 kasus/100.000 penduduk dengan kasus baru TB BTA positif sebesar 3.105 kasus atau 119,80 kasus/100.000 penduduk. Kasus tertinggi banyak ditemukan di Kota Kendari dengan jumlah kasus baru mencapai lebih dari 50% dari keseluruhan kasus baru TB BTA positif di Sulawesi Tenggara dengan angka keberhasilan pengobatan mencapai 88,4% (Dinkes Prov. Sultra, 2017).

Berbagai upaya yang telah dilakukan pemerintah selama enam dasa warsa untuk menanggulangi permasalahan tuberkulosis. Upaya pengendalian tuberkulosis di Indonesia telah dimuat dalam Permenkes No.565 tahun 2011 tentang strategi nasional pengendalian TB di Indonesia tahun 2010-2014. Salah satu strategi pengendalian penyakit tuberkulosis adalah pemberian layanan *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS). Berdasarkan data Ditjen P2P tahun 2017, angka keberhasilan pengobatan kasus TB menurun dari tahun 2014 sebesar 87% menjadi 85% pada tahun 2016, sedangkan angka keberhasilan pengobatan minimal mencapai 90% dan Indonesia menjadi negara pertama dari 22 *High Burden TB Countries* di Wilayah Asia Tenggara yang mencapai target global SR (Bappenas, 2015).

Pengendalian tuberkulosis di Indonesia jika ditinjau secara nasional telah melampaui indikator nasional, tapi pelaksanaannya belum merata secara nasional karena terhambat wilayah yang luas dengan penyebaran penduduk yang tidak merata, adanya beberapa penderita tuberkulosis yang tidak menunjukkan gejala sehingga tidak berobat, dan adanya stigma dari masyarakat terhadap penderita tuberkulosis sehingga tidak berobat. Evaluasi pengobatan tuberkulosis dilihat dari semua kasus yang sembuh dan pengobatan lengkap yang diobati dan dilaporkan. Strategi DOTS yang dibuat pemerintah Indonesia sudah sangat komprehensif, tapi pelaksanaan di lapangan masih belum maksimal dan pelaksanaan programnya belum merata secara nasional (Kemenkes RI, 2015).

Perkembangan dalam penemuan kasus dan tingkat kesembuhan di tingkat provinsi masih menunjukkan disparitas antarwilayah, yaitu 28 provinsi di Indonesia, salah satunya adalah Provinsi Sulawesi Tenggara (Sultra) belum dapat mencapai angka penemuan kasus (CDR) 70%. Selain itu, pembagian paket *Fixed Dose Combination* (FDC) dan paket CombiPak dari pusat hanya didistribusikan ke 13 dari 32 provinsi di Indonesia (Kemenkes, 2011). Tingginya angka kematian dan kesakitan yang disebabkan tuberkulosis menjadi salah satu dasar kebijakan *Sustainable Development Goals* (SDGs) untuk melakukan pengendalian tuberkulosis dengan menurunkan angka kesakitan dan kematian (Kemenkes RI, 2015).

Penyakit tuberkulosis juga bukan hanya memengaruhi kesehatan, tetapi juga memengaruhi penyediaan tenaga produktif dan perekonomian negara. Tuberkulosis banyak menyerang kelompok usia produktif (24-54 tahun) sehingga

berpengaruh pada kualitas dan produktivitas SDM sehingga akan berdampak pada daya saing bangsa dan penurunan pendapatan rumah tangga sebesar 20-30%. Selain itu, penyakit tuberkulosis menyerap banyak anggaran baik dari APBN, APBD, maupun *global fund*. Menurut WHO dalam survei, kasus TB paru menghabiskan dana sekitar 1-4 juta USD. Indonesia menghabiskan dana sebesar 228 USD untuk pengobatan tuberkulosis, dan pengendalian TB-MDR sebesar 10.027 USD (Kemenkes RI, 2014; WHO, 2013).

Alokasi anggaran dana BOK di wilayah kerja Puskesmas Kota Kendari tahun 2015, dana BOK yang diperoleh yaitu sebesar 1.701.579.000 dengan jumlah Puskesmas sebanyak 15 Puskesmas. Dana BOK yang disalurkan Dinas Kesehatan Kota Kendari pada tahun 2014 yaitu sebesar Rp.120.000.000 dan pada tahun 2015 dana BOK menurun menjadi Rp.100.000.000, sehingga pihak Puskesmas dan pemerintah kota akan lebih meningkatkan Pengelolaan dana BOK agar tercapai sesuai pencapaian target dengan indikator program-program. Selain dana BOK, pendanaan dalam upaya pengendalian TB juga dapat diperoleh dari APBD dan dana dari pihak asing (Strategi Nasional TB, 2011; Dinkes Kota Kendari, 2015).

Berdasarkan hal tersebut, permasalahan tuberkulosis memerlukan upaya penanganan dan penatalaksanaan TB yang komprehensif melalui strategi yang inovatif dalam optimalisasi strategi DOTS dan *End TB Strategy* di masyarakat melalui perancangan Kota Sehat. Menurut Hancock (1985), pendekatan kota tidak hanya berfokus pada pelayanan kesehatan, tetapi termasuk semua aspek yang memengaruhi kesehatan masyarakat, baik jasmani maupun rohani. Setiap kota dapat memulai proses menjadi

Kota Sehat jika berkomitmen untuk pengembangan dan pemeliharaan lingkungan fisik dan sosial yang mendukung dan mempromosikan baik kesehatan dan kualitas hidup penduduk (Flynn, 1994 dalam Stanhope, 2010; Hancock, 1985 dalam McFarlane, 2011). Pencapaian Kabupaten/Kota Sehat memiliki beberapa indikator yang berfungsi sebagai alat untuk menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan Kota Sehat yang dapat digunakan beberapa pihak (Tim Pembina Kabupaten/Kota Sehat Tingkat Pusat, 2005).

Program kota bebas tuberkulosis merupakan sebuah rancangan kota dengan memberikan pelayanan terpadu yang berfokus pada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, khususnya tuberkulosis dengan partisipasi aktif dari kader. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus dalam mendukung tercapainya salah satu indikator keluarga sehat. Mewujudkan kota bebas tuberkulosis merupakan salah satu upaya mewujudkan eliminasi tuberkulosis melalui upaya peningkatan sarana dan akses pelayanan kesehatan, deteksi dini dan patuh pengobatan standar yang dapat dilakukan dengan pemberdayaan masyarakat dan penguatan lintas sektor. Program kota bebas TB juga secara tidak langsung akan membantu meningkatkan tenaga produktif dan mengurangi beban perekonomian negara dan pengoptimalan anggaran belanja daerah.

B. Konsep Program

Kota bebas TB dibentuk pada tahun 2014 untuk mengatasi epidemi TB di kota-kota dengan prevalensi TB yang tinggi dan didukung oleh komunitas TB global. Kota bebas TB dirancang untuk menciptakan platform yang komprehensif untuk memerangi faktor ekonomi dan sosial yang terkait

dengan TB, memerangi kekurangan gizi, mencegah penyalahgunaan narkoba dan alkohol, dan mengobati masalah kesehatan mental untuk menyelesaikan rejimen pengobatan yang diperlukan untuk menyembuhkan TB (Almosawwi, 2017; Advance Access and Dilevery, 2018). Inisiatif *Zero TB* atau Bebas TB bertujuan membawa epidemi TB global ke fase eliminasi dengan berfokus pada partisipasi pemerintah lokal untuk mendorong dan mempertahankan keberhasilan melawan penyakit di beberapa lokasi (Unops, 2015). Untuk mencapai tujuan bebas TB, diperlukan perubahan kebijakan untuk mengalokasikan sumber daya, dan untuk melaksanakan kegiatan yang akan memiliki dampak. Program TB harus fokus menghentikan transmisi melalui deteksi dini dan pencegahan yang lebih kuat dengan pendekatan yang ditargetkan untuk melayani masyarakat berisiko tinggi (HMS, 2016).

Kota bebas tuberkulosis merupakan salah satu inovasi dalam upaya pengendalian dan eradikasi tuberkulosis yang berkaitan dengan kebijakan, pelayanan, pengaturan, dan struktur dukungan yang dilaksanakan dengan cara mendukung kerja sama lintas sektoral, menggunakan pendekatan Pencarian-Perawatan-Pencegahan yang komprehensif dan berfokus pada pencegahan dan perawatan TB di rumah tangga, di pelayanan kesehatan, dan di tempat kerja (Zero TB Initiative Organization, 2018). Program kota bebas TB berkomitmen untuk menggunakan kerangka kerja komprehensif berbasis bukti untuk secara signifikan meningkatkan deteksi kasus dan mengurangi penyakit TB dan angka kematian. Pengoptimalan program TB dilakukan melalui strategi lintas sektoral yang komprehensif untuk mengatasi determinan TB dan biomedik yang memicu

penyebaran TB di seluruh dunia. Intervensi yang berasal dari luar sektor kesehatan, khususnya dalam perlindungan sosial dan perencanaan perkotaan, memiliki potensi besar untuk memperkuat pengendalian TB (Unops, 2015; Zero TB Cities, 2016).

Program kota bebas TB merupakan salah satu inovasi yang digunakan dalam pengendalian angka kesakitan, keberhasilan pengobatan, dan menurunkan angka kematian akibat TB. Program kota bebas TB dimodifikasi program *zero TB cities* yang telah dilakukan di sejumlah kota Chennai, India; Durban, Afrika Selatan; Kisumu, Kenya; Lima, Peru; dan Odessa, Ukraina. Program *zero TB cities* membantu memfasilitasi untuk identifikasi dan dukungan untuk mendorong pengurangan angka kematian dan prevalensi TB, program yang komprehensif seperti penemuan kasus, pengobatan dan pencegahan, mobilisasi sumber daya keuangan, teknis, dan klinis pelengkap, informasi program ke swasta dan masyarakat (MSH, 2017).

C. Perencanaan Program

Rancangan program kota bebas tuberkulosis yang akan diterapkan di Kota Kendari yaitu:

1. Pemberdayaan masyarakat melalui komunitas TB Peduli

Program penanggulangan TB tidak akan berhasil jika hanya berfokus pada satu sektor, tetapi peran serta masyarakat melalui program pemberdayaan masyarakat seperti pembentukan kader TB dan *support group* TB akan menjadi ujung tombak dalam program pengendalian TB untuk mencapai bebas TB. Kader kesehatan UKBM dapat membantu dalam memotivasi

keluarga untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai faktor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya melalui pendampingan yang dilakukan bersama petugas Puskesmas. Pembentukan kader dapat menjadi perpanjangan tangan pemegang program TB di Puskesmas yang membantu dalam menemukan kasus TB, memberikan penyuluhan terkait TB, dan menyelesaikan pengobatan standar untuk penderita TB dengan membimbing dan memotivasi Pengawas Minum Obat (PMO) untuk melakukan pengawasan minum obat, menjadi koordinator PMO ataupun menjadi PMO bagi penderita TB yang tidak memiliki PMO.

2. Penemuan Kasus

Program ketuk pintu dan Investigasi Kontak Strategi yang dapat digunakan dalam penemuan kasus sebagaimana dalam pedoman penanggulangan TB dapat dilakukan dengan memperkuat layanan TB di tingkat kabupaten kota melalui kegiatan Public-Private Mix (PPM) dan memperkuat kolaborasi dengan pelayanan kesehatan lain yang diselenggarakan fasilitas kesehatan. Upaya penemuan kasus TB juga dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan kader terlatih untuk mengontrol kondisi pasien dan memberikan pelayanan kesehatan. Penemuan kasus dapat dilakukan dengan program ketuk pintu yang telah diinisiasi oleh kementerian kesehatan yang dilakukan di seluruh wilayah. Program ketuk pintu ini dilakukan untuk menemukan kasus tuberkulosis di masyarakat yang tidak terjaring.

Pada saat penemuan kasus oleh kader, dapat dilakukan rujukan ke pos peduli tuberkulosis yang disediakan di setiap RW atau dapat langsung dirujuk ke Puskesmas. Setelah penemuan kasus baru dilanjutkan dengan melakukan investigasi kontak kepada orang-orang yang sering berinteraksi dengan penderita tuberkulosis seperti keluarga, tetangga, maupun teman kantor. Selain itu, dapat dilakukan *skrining* di wilayah khususnya di daerah dengan kejadian TB yang tinggi dan juga di daerah KUPAT-KUMIS (Kumuh padat dan kumuh miskin) yang banyak di daerah perkotaan yang menjadi daerah berisiko tinggi terkena TB. Selain upaya penemuan kasus, petugas Puskesmas dibantu dengan kader yaitu dengan KIE terkait penyakit TB dan pengobatan TB (Depkes RI, 2006).

Manfaat dari penemuan kasus aktif berakumulasi pada dampak substansial kematian, kejadian, dan prevalensi TB serta mencegah penularan tuberkulosis. Kegiatan penemuan kasus juga merupakan intervensi yang sangat efektif dari segi biaya. Biaya kasus baru yang ditemukan sekita sekitar 1-4 juta USD dan jika mendapatkan pelayanan pengobatan dengan cepat, akan mengurangi biaya pengobatan yang selama ini dikeluarkan sebesar 228 USD karena penemuan kasus akan membantu mencegah penularan TB yang lebih luas.

3. Membentuk Pos Peduli TB di setiap RW

Pos peduli TB merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk memudahkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang dibentuk di

setiap RW. Pos Peduli TB dapat diaktifkan oleh para kader TB yang terlatih untuk memberikan informasi umum terkait penyakit tuberkulosis dan menyediakan jadwal rutin untuk setiap petugas kesehatan berkunjung ke Pos Peduli TB untuk melihat perkembangan kesehatan masyarakat dan *screening* TB di RW terkait. Di Pos Peduli TB, sediakan botol spesimen dahak untuk memudahkan masyarakat dalam melakukan tes TB. Spesimen dahak tersebut nantinya akan di antarkan ke Puskesmas oleh kader TB ataupun pihak Puskesmas yang mengambil langsung spesimen dahak yang ada untuk dilakukan pemeriksaan di laboratorium.

Pos Peduli TB juga menyediakan ruang khusus konsultasi terkait penyakit TB yang dijadwalkan dua kali seminggu oleh tenaga kesehatan Puskesmas untuk membantu permasalahan masyarakat dalam penanganan tuberkulosis. Selain itu, di pos peduli TB disediakan Mading yang berisi tentang pencegahan TB dan pengobatan TB. Jika sejumlah penderita TB ditemukan dalam satu RW, maka Pos Peduli TB juga dapat menjadi tempat pos pengaduan.

4. Melakukan upaya promotif dan preventif untuk pengendalian TB

Upaya promotif dan preventif merupakan langkah awal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit TB. Upaya preventif yang dapat dilakukan dibagi menjadi tiga, yaitu preventif primer yang dilakukan dengan melakukan imunisasi aktif BCG, preventif sekunder dilakukan dengan skrining dini dan pemeriksaan diri, dan preventif tersier dapat dilakukan

dengan pengontrolan TB melalui rehabilitasi.

D. Analisis *Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats* (SWOT)

Program kota bebas TB merupakan salah satu upaya pencegahan penularan TB dan kesuksesan pengobatan TB untuk melakukan ekspansi strategi DOTS di seluruh wilayah Indonesia. Upaya pengendalian TB belum merata secara nasional, ditunjukkan melalui pencapaian angka penemuan kasus yang menunjukkan disparitas antarwilayah. Upaya yang direncanakan pemerintah pusat sudah dapat diaplikasikan dengan meningkatkan kinerja petugas kabupaten kota, petugas fasilitas kesehatan termasuk pemegang program P2 TBC di Puskesmas (Depkes RI, 2006). Tugas pokok dan fungsi dari setiap penanggung jawab program TB di tingkat kabupaten/kota, pelayanan kesehatan maupun pemegang program TB di Puskesmas menjadi acuan dalam upaya pengendalian TB yang didasarkan pada program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga.

Strategi yang dapat digunakan dalam penemuan kasus sebagaimana dalam pedoman penanggulangan TB dapat dilakukan dengan memperkuat layanan TB di tingkat kabupaten/kota melalui kegiatan Public-Private Mix (PPM) dan memperkuat kolaborasi dengan pelayanan kesehatan lain yang diselenggarakan fasilitas kesehatan (Depkes RI, 2006). Capaian yang diperoleh di Provinsi Sulawesi Tenggara sudah melebihi target nasional, yaitu 88,40% (standar minimal di atas 65%). Namun, jika dilihat per kabupaten/kota masih terdapat beberapa wilayah di Sulawesi Tenggara yang belum mencapai target nasional,

Tabel 4.11. Matriks SWOT Kota Bebas Tuberkulosis di Kota Kendari.

Strategi SO	Strategi WO
a. Program kota bebas tuberkulosis dapat diintegrasikan dengan program pemerintah, yakni TOSS TB melalui pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan secara gratis melalui desentralisasi program kota bebas TB di kota Kendari. b. Program tuberkulosis yang menjadi salah satu indikator keluarga sehat dalam PIS-PK menjadikan pemerintah memiliki perhatian lebih sehingga mendukung program untuk mencapai target SDGs dan mewujudkan eliminasi TB.	a. Kurangnya SDM di fasilitas pelayanan, penanggung jawab program yang masih pasif dan terbatasnya pendanaan tuberkulosis dapat diatasi dengan melakukan kerja sama lintas sector, seperti NGO, LSM, pihak swasta yang berfokus pada tuberkulosis, maupun <i>global fund</i> yang memberikan bantuan dalam upaya penanganan tuberkulosis. b. Belum lengkapnya sarana dan prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan dan distribusi OAT dapat diatasi melalui upaya desentralisasi dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah, sehingga bisa memasukkan program kota bebas TB dalam kebijakan pemerintah kota/daerah sehingga akan memperoleh pendanaan untuk program kota bebas tuberkulosis.
Strategi ST	Strategi WT
a. Wilayah Kota Kendari yang luas dan jumlah penduduk kota yang terus meningkat karena arus urbanisasi menyebabkan potensi penyebaran tuberkulosis semakin meningkat, sehingga program TOSS TB pemerintah dapat diintegrasikan dengan program kota bebas tuberkulosis dan layanan kesehatan TB gratis di fasilitas pelayanan kesehatan Kota Kendari.	a. Optimalisasi peran keluarga dan masyarakat dalam upaya pengendalian tuberkulosis untuk mewujudkan kota bebas tuberkulosis meskipun masih terbatas sarana dan prasarana. Pengadaan pos peduli TB dapat membantu mengatasi masalah pengendalian TB.

b. Sedikitnya jumlah tenaga kesehatan, kurangnya kemampuan dan keterampilan dalam penanggulangan tuberkulosis dapat dilakukan pelatihan kader dan penyediaan pos peduli TB untuk memudahkan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Kader yang dibentuk diberikan pelatihan terkait tuberkulosis, sehingga memiliki keterampilan dalam pengendalian tuberkulosis, seperti penemuan kasus, pengobatan, dan promosi kesehatan.	b. Adanya stigma negatif masyarakat terhadap penderita TB sehingga dikucilkan dan distribusi OAT yang belum merata menyebabkan penanggulangan TB yang lambat sehingga penularan TB meningkat. Hal ini dapat diatasi dengan membuat kelompok TB peduli yang berasal dari keluarga maupun masyarakat.
---	--

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kader-Mu Peduli Hipertensi (Kemudi) di Kota Metro, Lampung

Rizkiyani Istifada

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang diprediksi akan menikmati bonus demografi di tahun 2020 dan 2030. Pada tahun tersebut, diharapkan rasio ketergantungan telah berada pada tingkat terendah, karena penduduk usia kerja lebih dari dua kali lipat penduduk usia nonkerja. Namun, kondisi bonus demografi tidaklah secara otomatis mudah terjadi pada suatu negara. Hasil estimasi Bloom & Finlay (2009) menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi Indonesia selama periode 1950-2005 belum memperlihatkan seberapa optimal perekonomian Indonesia dalam memanfaatkan bonus demografi. Oleh karena itu, pertumbuhan penduduk pada suatu negara tidak semata berdampak pada bonus demografi. Kondisi sebaliknya dari bonus demografi adalah beban demografi yang justru menimbulkan berbagai masalah, salah satunya masalah kesehatan.

Hasil Profil Kesehatan Tahun 2016 menunjukkan bahwa pendapatan per-kapita penduduk perkotaan di Indonesia sebesar Rp.372.114 per bulan. Pada persentase penduduk miskin di wilayah perkotaan sebesar 7,73% atau jika dianalisis berdasarkan jumlah besaran, maka masih ada lebih dari 10.485.000 penduduk miskin di perkotaan. Perkembangan fakta tersebut menyebabkan wilayah perkotaan berada pada situasi yang rawan di sektor lingkungan fisik, sosial,

ekonomi, dan budaya. Apabila kecenderungan tersebut tidak dapat dikendalikan, maka ketahanan daya dukung daerah perkotaan tidak akan mampu menerima beban tersebut, sehingga menimbulkan berbagai permasalahan kesehatan.

Tren masalah kesehatan perkotaan yang terjadi saat ini yaitu masalah penyakit tidak menular. Permasalahan penyakit tidak menular banyak terjadi disebabkan oleh perilaku, gaya hidup, dan lingkungan (Permenkes 34/2005). Salah satu penyakit dari prevalensi sepuluh penyakit tidak menular terbesar disebabkan adanya permasalahan kardiovaskular. Penyebab dari faktor risiko tersebut karena adanya sosial determinan yang terjadi pada masyarakat yang tinggal di daerah perkotaan dibandingkan di perdesaan (Hatma, 2012).

Masalah-masalah di perkotaan akan selalu dihubungkan dengan kepadatan penduduk yang disertai dengan konsekuensi perubahan lingkungan sosial. Hasil analisis Risesdas Tahun 2013 yang dilakukan oleh Hatma (2012) menunjukkan bahwa adanya angka yang signifikan tinggi pada kadar kolesterol penduduk yang berpendidikan rendah di wilayah perkotaan. Hal ini dapat dimaknai bahwa faktor sosial determinan memengaruhi gaya hidup sehat seseorang. Beberapa gaya hidup yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, seperti konsumsi asupan lemak secara berlebihan, merokok, kurangnya aktivitas fisik, dan stres. Walaupun hasil Risesdas Tahun 2013 menunjukkan bahwa adanya penurunan angka prevalensi hipertensi di Indonesia dibandingkan di tahun 2007, namun saat ini hipertensi masih menjadi penyakit penyebab kematian tertinggi

Hasil Riskesdas Tahun 2007 menunjukkan angka kematian kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan disebabkan oleh stroke (15,9%), sedangkan penyebab stroke adalah hipertensi (6,8%). Sementara itu, pada kelompok usia 55-64 tahun, angka kematian terjadi akibat stroke sebesar 26,8% di mana penyebab utama karena hipertensi (8,1%). Tidak sedikit masyarakat dengan penyakit hipertensi justru berasal dari penduduk berstatus sosial ekonomi menengah ke bawah. Oleh karena itu, jika program pengembangan Kota Sehat tidak dilaksanakan, maka pertumbuhan penduduk perkotaan akan berdampak pada beban demografi.

Berbagai upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut telah dilakukan oleh pemerintah. Mengatasi permasalahan perkotaan membutuhkan sumber daya dan potensi yang dapat diberdayakan secara maksimum. Hubungan kemitraan antara pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat berdampak pada kemudahan pelaksanaan pembangunan yang terintegrasi pada aspek fisik, sosial, ekonomi, budaya, dan kesehatan. Pelaksanaan kemitraan ini didasarkan pada konsep Kota Sehat yang tercantum pada Peraturan Kementerian Kesehatan RI No. 34 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat. Pada pelaksanaannya, Kota Sehat dirancang sebagai upaya mempromosikan cara pandang kesehatan sebagai sistem holistik dengan melibatkan peran serta masyarakat (Soedirham, 2012). Oleh karena itu, setiap program kesehatan yang dibuat akan melibatkan dan dikelola sesuai kebutuhan masyarakat tersebut.

Pada umumnya, penyakit hipertensi akan menimbulkan komplikasi penyakit lainnya jika tidak dilakukan perawatan kesehatan dengan benar. Faktor gaya hidup berperan

penting dalam proses perawatan hipertensi, sehingga tidak menimbulkan komplikasi penyakit lainnya. Salah satu upaya mencegah terjadinya komplikasi adalah dengan pendampingan keluarga dengan hipertensi oleh kader. Bentuk pendampingan yang dapat dilakukan oleh kader seperti kunjungan rumah dan pendampingan pengaturan diet rendah garam (Veronika, Nuraeni, Supriyono, 2017). Jika perawatan masyarakat dengan hipertensi dilakukan dengan optimal, maka penduduk dengan hipertensi di wilayah perkotaan akan tetap produktif, karena komplikasi penyakit dapat dicegah. Sesuai dengan Peraturan Kementerian Kesehatan RI No.34 Tahun 2005 bahwa tatanan Kota Sehat dikelompokkan berdasarkan salah satunya kawasan dengan kehidupan masyarakat sehat yang mandiri. Rancangan pengembangan Kota Sehat dengan pemberdayaan kader ini dirancang sebagai wujud dari kehidupan masyarakat sehat dan mandiri. Rancangan analisis ini disusun dengan memodifikasi berbagai upaya pemberdayaan kader yang turut berperan aktif dalam perawatan hipertensi masyarakat di Kota Metro.

B. Konsep Program

Pembentukan Kader-mu Peduli Hipertensi (Kemudi) di Kota Metro dirancang berdasarkan keluarga sebagai fokus pemberdayaan. Hal ini juga sesuai dengan konsep Kota Sehat yang tercantum dalam Permenkes No.34 Tahun 2005 mengenai pemberdayaan masyarakat sebagai wujud kehidupan masyarakat yang sehat dan mandiri. Melalui program perilaku hidup bersih dan sehat, keluarga dilakukan pendampingan untuk mempertahankan kesehatannya. Sesuai dengan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS PK), fokus pemberdayaan keluarga dilakukan

dengan cara pencegahan dan penanggulangan, serta pendampingan dalam memerhatikan perilaku hidup bersih dan sehat.

Pada rancangan program ini berfokus pada kesehatan masyarakat dengan hipertensi, maka fokus pendampingan dengan cara menciptakan dan mentradisikan perilaku PATUH, yaitu: 1. periksa kesehatan secara rutin; 2. atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat; 3. tetap aktivitas fisik dengan aman; 4. upayakan diet sehat dan gizi seimbang; dan 5. hindari asap rokok, minuman beralkohol, dan zat karsinogenik).

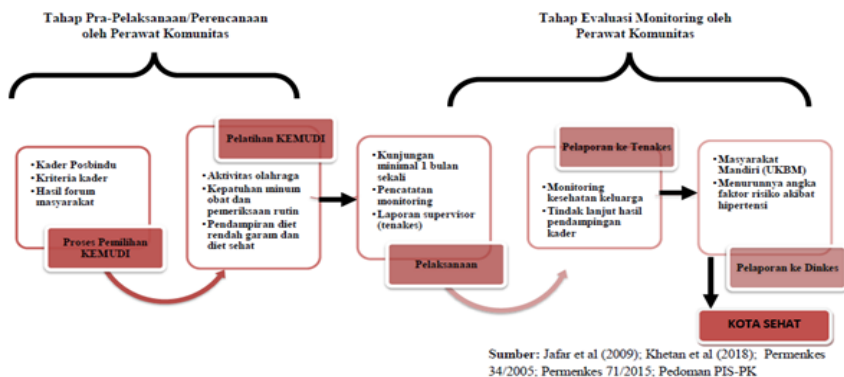
Pada pelaksanaanya, kader dilatih untuk menjadi pendamping keluarga hipertensi untuk mengurangi komplikasi dari penyakit tersebut. Hal utama yang harus diperhatikan dalam penugasan kader adalah pendampingan yang bersifat tindakan invasif dan promotif yang dapat mencegah faktor risiko dari penyakit hipertensi. Oleh karena itu, berpedoman dari perilaku PATUH dan program PHBS *representatif* dari Kota Sehat, maka tugas KEMUDI adalah sebagai berikut: (1) melakukan pencatatan dan pengawasan terhadap perilaku keluarga hipertensi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin setiap satu bulan; (2) pendampingan dan pengawasan minum obat hipertensi secara rutin; (3) pendampingan dan melakukan kegiatan aktivitas olahraga pada kelompok masyarakat dengan hipertensi; (4) melakukan pendampingan terhadap diet rendah garam dan konsumsi makanan sehat (*no junk food*); dan (5) melakukan pendampingan untuk tidak konsumsi alkohol dan tidak merokok pada keluarga.

Pelatihan dilakukan setelah adanya pemilihan kader yang disepakati bersama oleh pemerintah daerah sebagai penanggung jawab dalam pelaksanaan pemberdayaan. Konsep kerja sama lintas sektor harus dilakukan dengan mewujudkan masyarakat mandiri. Konsep pemilihan kader KEMUDI disesuaikan dengan jumlah kader Posbindu dalam suatu wilayah. Jika dalam suatu wilayah sudah memiliki Posbindu beserta kadernya, maka sebaiknya pemilihan KEMUDI mengoptimalkan peran kader Posbindu. Sebaliknya, jika dalam suatu wilayah belum memiliki kader Posbindu, maka pemilihan kader disesuaikan dengan kriteria seperti wanita berusia 18 hingga 45 tahun, minimal lulus SMA, dan dapat berkomunikasi serta menyusun laporan (Khetan, 2018).

Pemilihan kader pada wilayah yang belum memiliki Posbindu ini sebaiknya disepakati pada forum komunikasi kelurahan atau masyarakat. Setelah proses pemilihan, pelatihan kader dapat dilakukan sebagai bentuk *refreshing* ilmu mengenai perawatan hipertensi. Fokus materi yang diberikan sesuai dengan tugas dan tujuan kader dalam mendampingi keluarga dengan hipertensi. Pelatihan dilaksanakan selama tujuh hari dengan durasi waktu 3 jam per hari (Khetan dkk., 2018). Pada umumnya dua kader melakukan pendampingan keluarga pada 15-20 orang (Denman et al., 2015). Landasan ini menjadi pedoman KEMUDI dalam melakukan pendampingan keluarga sejumlah 8-10 keluarga dengan hipertensi/kader.

Setelah dilakukan pelatihan, kader diberikan buku laporan Kartu Menuju Sehat (KMS) masyarakat hipertensi untuk menjadi laporan monitoring status kesehatan penderita hipertensi. Pada penelitian Khetan (2017), kunjungan ke

keluarga dilakukan setiap tiga bulan oleh kader. Namun, pada pelaksanaan KEMUDI, kunjungan kader ke keluarga dilakukan minimal satu kali/bulan. Selain melakukan pendampingan perawatan, kader juga mengoptimalkan kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan hipertensi. Banyaknya keluarga yang optimal dalam perawatan kesehatan hipertensi diharapkan meningkatkan masyarakat yang sehat dan mandiri di wilayah perkotaan, khususnya Kota Metro. Hal ini akan berdampak juga pada tingkat produktivitas masyarakat untuk mengurangi beban pembiayaan kesehatan dan peningkatan pendapatan daerah. Berikut akan dideskripsikan dalam bagan rencana pengembangan Kota Sehat dengan konsep pemberdayaan masyarakat:



Gambar 4.3
Desain rancangan program Kota Sehat di Kota Metro: Kadermu Peduli Hipertensi (KEMUDI).

C. Perencanaan Program

Berbagai negara sudah menerapkan pemberdayaan masyarakat melalui kader hipertensi. Salah satu negara yang sudah menerapkan pencegahan hipertensi melalui pemberdayaan kader adalah Negara Pakistan. Penelitian

Jafar, et al. (2009) menjelaskan bahwa pendidikan hipertensi dilakukan untuk para kader di Pakistan. Hasil dari pendidikan kader tersebut menunjukkan adanya penurunan signifikan tekanan sistolik kelompok intervensi yang dilakukan kunjungan rumah oleh kader. Hasil penelitian metanalisis Khetan (2017) menjelaskan bahwa pendidikan kader yang dilakukan oleh Jafar et al. dilakukan selama dua tahun dan menghasilkan penurunan tekanan sistolik sebesar 10,8 mmHg pada kelompok intervensi dan 5,8 mmHg pada kelompok kontrol. Pelaksanaan pendampingan kader yang dilakukan Jafar et al. dilakukan selama dua tahun, kunjungan keluarga dilakukan setiap tiga bulan oleh kader dengan pendampingan kesehatan oleh dokter setiap tahunnya (Khetan, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan Jafar et al. juga didukung dengan penelitian yang dilakukan Veronika, Nueaeni, Supriyono (2017) di Semarang. Pendampingan dilakukan kader dengan cara pembatasan garam pada lansia. Kader akan melakukan kunjungan rumah untuk mengatur diet rendah garam terhadap kestabilan tekanan darah lansia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pendampingan oleh kader dalam pengaturan diet rendah garam efektif terhadap kestabilan tekanan darah lansia.

Beberapa penelitian mengenai pendampingan kader terhadap pasien hipertensi menunjukkan adanya perubahan signifikan terhadap penurunan tekanan darah. Oleh karena itu, inovasi pengembangan Kader-mu Peduli Hipertensi (Kemudi) akan optimal dilaksanakan di Indonesia dengan konsep pendekatan keluarga yang saat ini sedang difokuskan oleh pemerintah. Kader akan diberikan pelatihan terlebih dahulu sebelum melaksanakan

tugasnya dalam pendampingan keluarga dengan hipertensi. Beberapa penelitian menjelaskan pelaksanaan pendidikan kader yang bertugas untuk mencegah terjadinya hipertensi dan komplikasinya.

Penelitian yang dilakukan oleh Khetan et al. (2018) di India menjelaskan proses pendidikan kader sebelum melakukan pendampingan ke keluarga. Pelatihan kader yang dilakukan oleh Khetan et al. dilaksanakan selama tujuh hari dengan durasi waktu tiga jam per hari. Materi pelatihan yang diberikan pada kader berupa pengetahuan untuk mengenal tanda/gejala hipertensi dan komplikasinya. Kader diberikan kesempatan untuk latihan langsung ke masyarakat dalam mengidentifikasi gejala-gejala hipertensi pada masyarakat. Setelah kader dievaluasi dan memiliki kemampuan untuk melakukan pendampingan, kader akan melakukan tugasnya untuk melakukan perawatan pada keluarga dengan hipertensi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan sebelum pendampingan efektif meningkatkan kemampuan kader untuk berkomunikasi pada masyarakat. Selain itu, adanya kader dapat meningkatkan konsistensi kader sebagai tenaga lini pertama sebelum dokter dan perawat (Willis, 2008).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat sebagai kader terbukti efektif untuk mencegah terjadinya hipertensi dan komplikasinya. Hal tersebut yang dijadikan acuan dalam pembentukan Kader-mu Peduli Hipertensi (Kemudi) sebagai rancangan Kota Sehat yang mewujudkan masyarakat hidup sehat dan mandiri.

Pendampingan kader dalam kunjungan keluarga dengan hipertensi mampu mengurangi beban biaya kesehatan negara. Pada umumnya, pasien dengan hipertensi akan menghabiskan \$1.226 per tahun untuk melakukan perawatannya, tapi dengan keefektifan pendampingan kader, pasien akan dapat menyimpan dana sebesar itu karena terhindar dari berbagai komplikasi akibat hipertensi (Khetan, A. K., et al, 2018). Hal ini yang menjadikan alasan bahwa pemberdayaan masyarakat melalui kader dapat meningkatkan angka produktivitas masyarakat yang menderita hipertensi.

D. Analisis *Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats* (SWOT)

Analisis SWOT digunakan untuk menjelaskan berbagai kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dari program Kader-mu Peduli Hipertensi (KEMUDI). Berikut analisis strategi yang disusun berdasarkan pemaksimalan kekuatan dan peluang dengan meminimalkan kejadian pada kelemahan dan ancaman.

**Tabel 4.12. Analisis SWOT Kota Sehat di Kota Metro:
Kader-mu Peduli Hipertensi (KEMUDI)**

<i>Strenghts (Kekuatan)</i>	<i>Weaknesses (Kelemahan)</i>
a. Sudah terlaksana di UKBM di Kota Metro. b. Terdapat 16 Posbindu di Kota Metro. c. Dari 22 Kelurahan Siaga Aktif di Posbindu, 10 tingkat madya, dan 4 tingkat purnama.	a. Kurangnya tenaga kesehatan di Puskesmas yang berfokus terhadap pemberdayaan kader kesehatan. b. Kurangnya kualitas.

d. Adanya dukungan pemerintah dengan pemberian honor apresiasi kader Posyandu dan Posbindu, sebesar Rp1.200.000/ tahun. e. Efektif menurunkan beban BPJS dengan mengurangi biaya perawatan hipertensi sebesar Rp.17.164.000/ orang/tahun. f. Pemberdayaan kader dapat lebih profesional.	c. tenaga kesehatan untuk melakukan bimbingan terhadap kegiatan kader. d. Belum ada standar operasional yang jelas terhadap pelaksanaan kader yang hanya berfokus pada hipertensi
<i>Opportunities (peluang)</i>	<i>Threats (ancaman)</i>
a. Adanya kegiatan forum masyarakat yang diadakan oleh daerah dan Puskesmas, serta musyawarah masyarakat. b. Adanya Permenkes No.34/2005 tentang Kota Sehat. c. Adanya keputusan Walikota Metro tentang besaran hibah program pemberdayaan masyarakat. d. Adanya program dana desa dan dana sehat.	a. Rendahnya kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pemberdayaan kader. b. Tingginya anggapan masyarakat bahwa kerja kader bersifat sukarela dan tidak profesional. c. Kesulitan pembagian waktu antarkeluarga dengan pekerjaan sebagai kader yang dialami para kader. d. Pengaruh faktor politik akibat pergantian <i>stakeholder</i> dalam waktu yang relatif singkat.

Adapun strategi yang dapat dilakukan berdasarkan analisis SWOT di atas adalah sebagai berikut.

Tabel 4.13. Strategi yang Dapat Dilakukan Berdasarkan Analisis SWOT.

Strategi <i>Strength-Opportunity</i>	Strategi <i>Weakness-Opportunity</i>
a. Memanfaatkan forum masyarakat dalam pembentukan kader. b. Memanfaatkan lokakarya mini sebagai wadah advokasi untuk membentuk kader kesehatan. c. Optimalisasi peran kader kesehatan Posbindu. d. Optimalisasi kelurahan siaga aktif. e. Efektivitas pembiayaan JKN untuk program promosi kesehatan.	a. Meningkatkan kualitas tenaga kesehatan dalam memberikan bimbingan ke kader kesehatan dengan melakukan pelatihan. b. Melakukan kerja sama dengan Dinas Kesehatan dalam rangka meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan terkait peran pemberdayaan kader. c. Melakukan kerja sama dengan Pemerintah Daerah untuk merancang standar pelaksanaan pemberdayaan masyarakat.
Strategi <i>Strength-Threat</i>	Strategi <i>Weakness-Threat</i>
a. Optimalisasi tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pemberdayaan kader.	a. Pentingnya peningkatan kualitas, produktivitas, dan kinerja tenaga kesehatan untuk memberikan informasi pada masyarakat.

Beberapa strategi yang dijabarkan untuk meningkatkan optimalisasi peran kader dalam mewujudkan Kota Sehat adalah dengan memerhatikan beberapa hal, yaitu: (1) sumber daya manusia, terdiri dari tenaga kesehatan yang memberikan bimbingan dan motivasi kader untuk melakukan pendampingan keluarga; (2) sarana untuk melakukan

pelatihan pada kader; (3) anggaran untuk memberikan apresiasi kader dalam melakukan pendampingan keluarga; (4) adanya rancangan jadwal kegiatan pelatihan, pelaksanaan kunjungan keluarga, dan waktu pengawasan/evaluasi tenaga kesehatan kepada kader, serta tindak lanjut ke keluarga hasil pendampingan kader; (5) proses kegiatan yang jelas sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan bersama saat di forum masyarakat; (6) lingkungan yang mendukung untuk melaksanakan pendampingan keluarga oleh kader, seperti dukungan dari pemerintah daerah dan perangkat kecamatan.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Kota Ramah HIV Bebas Stigma dan Diskriminasi di Kota Gorontalo, Gorontalo

Sri Ayu Rahayu Paneo

A. Latar Belakang

Indonesia sekarang tengah mengalami transisi epidemiologi di mana penyebab kematian kini beralih pada penyakit tidak menular, sementara penyakit menular belum terselesaikan. Salah satu penyakit menular yang menjadi sorotan penting adalah penyakit HIV/AIDS. HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis virus yang menyerang sel darah putih dan menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sementara AIDS atau *Acquired Deficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang memengaruhi kesehatan pembangunan (Pusat Data dan Informasi HIV AIDS, 2014).

Hasil Laporan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) menunjukkan bahwa proporsi penduduk terinfeksi HIV yang memiliki akses pada obat Antiretroviral (ARV) mengalami peningkatan, yaitu 96,01% (Bappenas, 2015). Pencapaian ini tidak bermakna bahwa penanggulangan kasus HIV/AIDS telah berakhir, karena prevalensi HIV dan AIDS dari total populasi berada pada rentang presentase 0,46%, sehingga masih membutuhkan perhatian khusus dalam strategi intervensi (Bappenas, 2015). Selain itu, upaya pencegahan terjadinya HIV/AIDS yang dilakukan pada kelompok rentan remaja dan dewasa awal masih

perlu perhatian khusus. Hal ini sesuai dengan hasil Laporan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) yang menunjukkan bahwa 21,25% proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS (Bappenas, 2015). Pada laporan yang dikeluarkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Triwulan (2017) menunjukkan bahwa presentase HIV berdasarkan kelompok usia 20-24 tahun (17,6%) dan usia 25-49 tahun (69,6%), sedangkan prevalensi AIDS di usia 20-29 tahun (29,3%), usia 30-39 tahun (38,6), dan usia 40-49 tahun (16,5%). Angka ini menunjukkan masih sangat penting untuk berfokus dalam upaya meningkatkan intervensi pengendalian penyakit HIV/AIDS.

Senada dengan yang terjadi di Indonesia, kasus HIV/AIDS di Gorontalo menunjukkan kondisi yang sama, di mana penderita HIV di tahun 2017 didominasi oleh mereka yang berada di usia produktif yakni 25-49 tahun sebesar 46,7% dan untuk penderita AIDS sebesar 44,44% (Profil Kesehatan Kota Gorontalo, 2017). Hal ini sejalan dengan struktur penduduk yang ada di Gorontalo yang merupakan struktur penduduk muda karena penduduk usia produktif terutama pada kelompok umur 25-29 tahun baik laki-laki dan perempuan adalah struktur terbesar (Pusat Data dan Informasi, 2014).

Penting untuk memberikan perhatian lebih kepada masyarakat usia dewasa, mengingat usia ini merupakan usia produktif yang sangat penting untuk dijaga kesehatannya karena HIV/AIDS pada usia produktif akan menimbulkan dampak buruk terhadap pembangunan nasional secara keseluruhan, tidak hanya pada kesehatan tapi juga pembangunan sosial-ekonomi suatu bangsa.

Meningkatnya derajat kesakitan dan kematian, khususnya pada usia produktif ini dapat menyebabkan usia harapan hidup menjadi terhambat atau bahkan menjadi mundur yang selanjutnya dapat mengancam kehidupan penduduk bahkan kehidupan sebuah bangsa (Zainul, 2012).

Gorontalo sendiri bukanlah provinsi dengan kasus HIV/AIDS yang terbanyak, akan tetapi di Gorontalo kasus HIV/AIDS terus meningkat dari tahun ke tahun, laporan terakhir menunjukkan jumlah kasus HIV/AIDS di tahun 2017 sebanyak 13 kasus. Hal ini tentu dinilai tinggi dibandingkan dengan kasus HIV/AIDS di tahun 2016 yang hanya sebanyak tujuh kasus (Pengendalian Penyakit Menular Kemenkes RI, 2017).

Upaya demi upaya yang dilakukan pemerintah terus digiatkan dalam rangka menuntaskan kejadian HIV/AIDS. Sejak tahun 2012 dimulai dari upaya pencegahan dilakukan secara komprehensif, integratif, partisipatif, dan berkesinambungan kemudian adanya kegiatan perawatan, dukungan, pengobatan dan pendampingan terhadap ODHA dan OHIDHA yang dilakukan berdasarkan pendekatan berbasis klinis, keluarga, kelompok dukungan, serta masyarakat, namun tak juga membuahkan hasil signifikan (Peraturan Daerah Kota Gorontalo, 2012)

Hingga sekarang, beragam upaya yang telah dilakukan juga selalu melibatkan tenaga kesehatan yang kompeten di dalamnya, akan tetapi saat ini HIV/AIDS belum juga mengalami penurunan. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2011) menyebutkan bahwa prevalensi HIV/AIDS dapat ditekan sebesar 0,5% apabila stigma dan diskriminasi dieliminasi, karena hal tersebut menghambat akses

layanan kesehatan oleh para ODHA dan memudahkan dalam melakukan deteksi dini HIV/AIDS. Berdasarkan hal tersebut, sangat diperlukan adanya pendirian sebuah program yang mengutamakan pembebasan stigma dan diskriminasi untuk Kota Gorontalo. Diharapkan melalui program pembebasan stigma dan diskriminasi tersebut mampu menurunkan kasus HIV/AIDS di Indonesia, khususnya untuk daerah Gorontalo.

Program yang diusung dapat berupa program Kota Sehat, mengedepankan kota Ramah HIV/AIDS dengan bercirikan pada pembebasan stigma dan diskriminasi para ODHA. Program Kota Sehat tersebut bersumber dari strategi yang diusulkan sesuai dengan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan dalam No.34 tahun 2005 yang menyatakan bahwa strategi yang dapat digunakan dalam mengembangkan kegiatan Kabupaten/Kota Sehat yang sesuai dengan visi dan misi dan potensi daerah dengan berbagai simbol/motto, semboyan yang dipahami, dan memberikan rasa kebanggaan bagi warganya. Oleh karena itu, Gorontalo dengan julukan “Serambi Madinah” yang memiliki falsafah “Gorontalo bersendikan adat, adat bersendikan *syara*, *syara* bersendikan *kitabullah*”, yang menjadi landasan dalam mempertimbangkan upaya pembangunan Kota Sehat yang berfokus pada penurunan stigma dan diskriminasi bagi penderita HIV/AIDS.

B. Konsep Program

Program yang diusung dapat berupa program Kota Sehat, di mana mengedepankan pada kota Ramah HIV/AIDS dengan bercirikan pada pembebasan stigma dan diskriminasi para ODHA. Program Kota Sehat tersebut bersumber dari strategi yang diusulkan sesuai dengan Peraturan Bersama Menteri

Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan dalam No. 34 tahun 2005 menyatakan bahwa strategi yang dapat digunakan dalam mengembangkan kegiatan Kabupaten/Kota Sehat yang sesuai dengan visi dan misi dan potensi daerah dengan berbagai simbol/motto, semboyan yang dipahami dan memberikan rasa kebanggaan bagi warganya. Oleh karena itu Gorontalo dengan julukan “Serambi Madinah” yang memiliki falsafah “Gorontalo bersendikan adat, adat bersendikan *syara*, *syara* bersendikan *kitabullah*”. Inilah yang menjadi landasan dalam mempertimbangkan upaya pembangunan Kota Sehat yang berfokus pada penurunan stigma dan diskriminasi bagi penderita HIV/AIDS.

C. Perencanaan Program

Program ini merupakan program baru yang dirancang oleh penulis dan merupakan strategi yang diusulkan demi mencapai Kota Gorontalo sebagai Kota Ramah HIV/AIDS. Program ini bernama Program Ramah HIV/AIDS Bebas Stigma dan Diskriminasi. Pelaksana program adalah pemegang program penyakit menular yang ada di Puskesmas Kota Gorontalo. Fokus pelaksanaan program adalah pada upaya pelayanan promotif dan preventif dengan sasaran masyarakat usia dewasa (15-49 tahun). Pendanaan bersumber dari kapitasi JKN di mana pemerintah provinsi menyediakan anggaran Jamkesda untuk kepesertaan masyarakat yang tidak mampu dengan pembayaran iuran BPJS. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) berasal dari dana APBN yang digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan capaian MDG’S. Dana program kerja sama lintas sektoral di mana ketua KPA Nasional telah menandatangani kesepakatan antara Pemerintah Inggris/

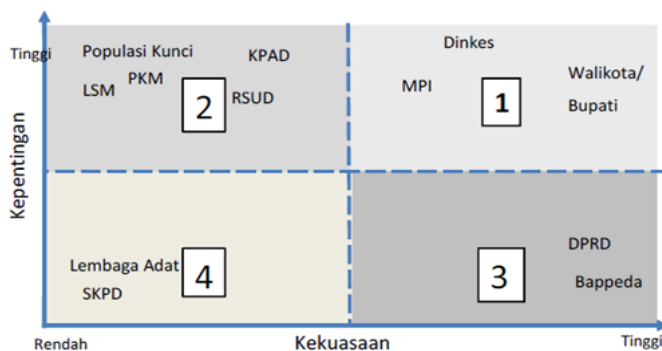
DFID dan pemerintah Indonesia, membentuk Dana Kemitraan Indonesia untuk Penanggulangan AIDS. Program ini dibentuk dengan tujuan terciptanya masyarakat bebas HIV/AIDS yang menysasar pada kelompok berisiko dan meningkatkan kepekaan masyarakat tentang dampak stigma HIV/AIDS bagi para ODHA sebagai perwujudan falsafah Gorontalo yang menjunjung tinggi aspek moralitas dalam bermasyarakat.

Kegiatan yang dapat dilakukan pada program ini adalah sebagai berikut:

- a. Kerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Gorontalo, Dinas Pendidikan Kota Gorontalo melakukan pelatihan maupun *workshop* terkait HIV/AIDS dan Sosialisasi bersama LSM.

Penanggulangan masalah HIV/AIDS belum menjadi program prioritas pemerintah saat ini, sehingga pelaksanaannya berdasarkan kebijakan daerah (desentralisasi) sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pemerintah daerah tidak berjalan secara mandiri jika tidak melibatkan lintas sektoral yang memiliki kepentingan dalam penanggulangan masalah HIV/AIDS, seperti Mitra Pembangunan Internasional (MPI), LSM, dan beberapa komunitas. Tim PKMK FK UGM melakukan kajian pembagian kerja sama lintas sektoral dalam mengatasi masalah HIV/AIDS di Indonesia. Berikut bagan pembagian yang dirumuskan oleh Tim PKMK FK UGM. Pada gambar tersebut dijelaskan bahwa pembagian kekuasaan dan kepentingan program HIV/AIDS terbagi

menjadi empat posisi, yaitu: 1) kepentingan dan kekuasaan tinggi, 2) kepentingan tinggi dan kekuasaan rendah, 3) kekuasaan tinggi dan kepentingan rendah, 4) kekuasaan rendah dan kepentingan rendah. Analisis ini dapat dijadikan acuan perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk melibatkan lintas sektor yang memiliki perhatian fokus pada masalah HIV/AIDS dan ODHA.



Gambar 4.4. Pembagian Kerjasama Lintas Sektoral

- b. Merekrut para populasi kunci yang memiliki komitmen besar pada penanggulangan HIV/AIDS seperti komunitas waria.

Dalam pelaksanaannya, kegiatan ini harus makin ditingkatkan jangkauan maupun mutunya dengan dikembangkannya PMTS (Penyakin Menular Transmisi Seksual) Paripurna dengan merekrut orang-orang yang berkomitmen tinggi dalam penanggulangan HIV/AIDS. Sasarannya adalah mereka yang tergabung dan berpengaruh dalam kelompok tersebut. Kegiatan PMTS di lokasi-lokasi *hotspots* di mana terdapat pekerja/penjaja seks

yang melayani laki-laki pembeli seks (pelabuhan, terminal, lokalisasi, dll.) terintegrasi dengan PMTS yang terfokus pada Laki-laki Berisiko Tinggi (LBT) melalui tempat kerja dan rekreasi, antara lain: buruh migran, pelaut dan anak buah kapal, anggota POLRI/TNI dengan penugasan jauh dari keluarga dalam waktu yang lama, serta Laki-laki yang berhubungan Seks dengan sesama Laki-laki (LSL).

- c. Melibatkan tokoh agama dengan mengintegrasikan materi tentang HIV/AIDS dalam konseling pranikah dan dalam kegiatan diskusi keagamaan. Dengan menggunakan pembahasan berperspektif agama, para tokoh agama memiliki posisi strategis untuk menanggulangi masalah stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, juga menciptakan keterbukaan terhadap populasi marjinal.
- d. Pembentukan Mahasiswa Peduli HIV/AIDS sebagai tata laksana menysasar para mahasiswa yang berisiko memiliki pergaulan bebas.
- e. Kerja sama dengan media lokal dalam rangka sosialisasi dampak dari stigma dan diskriminasi bagi para ODHA.

Adapaun luaran yang diharapkan adalah berkurangnya stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap HIV/AIDS akan membantu proses deteksi dini karena berhubungan dengan akses pelayanan kesehatan yang meningkat. Falsafah “Gorontalo bersendikan adat, adat bersendikan syara, syara bersendikan *kitabullah*” merupakan semboyan

yang telah mendarah daging dan dipahami masyarakat Kota Gorontalo. Hal ini dapat menjadi batu loncatan dalam menciptakan dan menumbuh kembangkan nilai moral agar selalu menjaga perilaku dari yang berpotensi dari kejadian penyakit HIV/AIDS. Selain itu, kekuatan falsafah sebagai strategi dalam penyelenggraan kota ramah HIV/AIDS semoga menciptakan kepekaan sosial di antara masyarakat sehingga mampu membebaskan kota dari masalah stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

D. Analisis *Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threats* (SWOT)

Tabel 4.14. Analisis SWOT Kota Ramah Hiv Bebas Stigma dan Diskriminasi.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Telah tersusunnya kebijakan yang tertuang dalam Peraturan Daerah Kota Gorontalo tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS tahun 2015. b. Telah adanya kebijakan dalam wilayah Provinsi Gorontalo tahun 2014 tentang HIV/AIDS.	a. SKPD Kesehatan masih berfokus pada aspek kuratif, bukan promotif dan preventif. b. Penatalaksanaan konseling bagi para ODHA bukan oleh tenaga kesehatan yang ahli dibidangnya. c. Penemuan kasus secara dini masih berfokus pada <i>skrining</i> .
<i>Opportunities</i> (peluang)	<i>Threats</i> (ancaman)
a. Telah dilakukannya pembentukan tim koordinasi asistensi KPAP. b. Telah dibentuknya koordinasi KPAP, KPA Kab/Kota dengan Dinkes Kab/Kota Gorontalo dengan RSUD Kab/Kota.	a. Terbitnya Peraturan Presiden tentang Komisi Penanggulangan HIV/AIDS tahun 2016.

c. Kerja sama dengan media lokal Kota Gorontalo terkait stigma HIV AIDS. d. Kerja sama lintas sektoral dengan SKPD Nonkesehatan.	b. Populasi kunci bukan lagi menjadi populasi dengan kasus tertinggi HIV/AIDS, kini beralih pada pekerja wiraswasta, ibu rumah tangga, dan mahasiswa.
---	---

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Perencanaan Skenario Kesehatan Kota untuk Menurunkan Angka Kejadian ISPA di DKI Jakarta

Ummi Malikal Balqis

A. Latar Belakang

Wilayah perkotaan merupakan wilayah yang mengalami perkembangan pesat dalam hal pembangunan (properti) seiring dengan semakin tingginya pertumbuhan penduduk di dalamnya. Namun, di wilayah perkotaan, pertumbuhan penduduk dibarengi dengan faktor daya dukung lingkungan yang semakin menurun secara kualitas maupun kuantitas akibat pemanfaat ruang. Untuk mewujudkan Kota Sehat berkelanjutan, diperlukan kerja sama lintas sector, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta (Wiyanti, 2015).

Pencemaran udara menduduki urutan pertama sebagai penyumbang polusi di kota, selain pencemaran air. Hal ini terjadi akibat polusi udara yang merupakan pencemaran dengan daerah penyebaran yang lebih luas dibanding pencemaran lainnya. Berkurangnya lahan hijau menyebabkan berkurangnya kemampuan lingkungan untuk mereduksi tingkat pencemaran udara. Rizwan *et al.* (2013) melalui studi *time series* pada polusi udara dan kematian dari India menemukan hasil bahwa semua penyebab kematian meningkat di India sejalan dengan polusi udara yang meningkat. Untuk menilai kesehatan kota terkait tata ruang dan kejadian ISPA, hal-hal yang perlu untuk dinilai menurut Wijayanti (2015) yaitu ruang hijau, kualitas udara, kejadian ISPA, serta peran serta masyarakat pada penataan ruang.

1. Ruang Hijau

Ruang hijau adalah luasan ruang yang belum terpakai untuk bangunan pemukiman, industri, sarana bisnis, sarana umum, dan bangunan lainnya (*nonbuilding coverage*). Berdasarkan Undang-Undang No.26 tahun 2007 tentang Penataan Ruang, sebuah kota harus menyediakan minimal 30% untuk ruang hijau. Namun, kenyataannya ruang hijau yang ada di kota-kota besar sudah lebih dari 30%. Berdasarkan data Dinas Pertamanan dan Pemakaman DKI Jakarta, jumlah Ruang Terbuka Hijau (RTH) di DKI Jakarta mencapai 3.131. Ruang terbuka hijau ini berupa taman kota, taman lingkungan, taman interaktif, dan juga jalur hijau jalan. Jakarta Pusat menjadi wilayah dengan RTH terbanyak, yaitu sebanyak 913 RTH. Meski jumlahnya sudah banyak tersebar di seluruh wilayah DKI Jakarta, luas RTH di Jakarta hanya berjumlah 9,98% dari total luas wilayah. Angka ini masih jauh dari 30% yang seharusnya dimiliki DKI Jakarta. Selama ini pembuatan RTH terkendala pembebasan lahan. Terlalu banyak masalah dalam proses pembebasan lahan dan pembelian lahan (Pemda DKI Jakarta, 2017).

2. Kualitas Udara

Kualitas udara perkotaan dapat digambarkan melalui Indeks Standar Pencemaran Udara (ISPU) yang dapat memberikan informasi kondisi kualitas udara pada wilayah tersebut. Parameter yang diukur untuk menggambarkan kondisi kualitas udara dalam indeks tersebut terdiri atas SO₂, NO₂, CO, O₃, dan Partikulat (Wijayanti, 2015).

KRITERIA KUALITAS UDARA		
KATEGORI	RENTANG	PENJELASAN
BAIK	0 - 51	Tingkat kualitas udara yang tidak memberikan efek bagi kesehatan manusia atau hewan dan tidak berpengaruh pada tumbuhan, bangunan ataupun nilai estetika 
SEDANG	51 - 101	Tingkat kualitas udara yang tidak memberikan efek bagi kesehatan manusia atau hewan, tetapi berpengaruh pada tumbuhan yang sensitif dan nilai estetika 
TIDAK SEHAT	101 - 199	Tingkat kualitas udara yang bersifat merugikan pada manusia ataupun kelompok hewan yang sensitif atau bisa menimbulkan kerusakan pada tumbuhan ataupun nilai estetika 
SANGAT TIDAK SEHAT	200 - 299	Tingkat kualitas udara yang dapat merugikan kesehatan pada sejumlah segmen populasi yang terpapar 
BERBAHAYA	300 - 3000	Tingkat kualitas udara berbahaya yang secara umum dapat merugikan kesehatan yang serius pada populasi 

Gambar 4.5.

Rentang nilai ISPU yang ditetapkan oleh Kementerian Lingkungan Hidup & Kehutanan (2018).

3. Kejadian ISPA

Kejadian ISPA merupakan rentetan kejadian akibat pencemaran udara yang tidak tertangani. Salah satu gambaran jelas kejadian ISPA yang dipengaruhi pencemaran udara adalah data yang disampaikan oleh Kemenkes RI (2015) pada saat terjadi bencana asap di Riau. Presentasi ISPA menduduki angka tertinggi, sebesar 83.92%, sebagai dampak masalah kesehatan akibat pencemaran udara pada saat tersebut (Kemenkes RI, 2015).

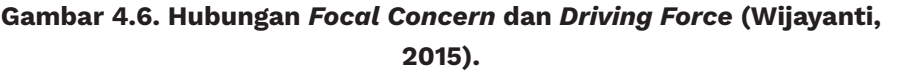
4. Peran Serta Masyarakat pada Penataan Ruang

Peran serta masyarakat pada penataan ruang dapat dinilai melalui pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat pada perencanaan, pemanfaatan, dan pengendalian penataan ruang. Pengetahuan, sikap,

dan perilaku masyarakat dipengaruhi berbagai faktor yang saling berinteraksi. Salah satu faktor yang penting adalah edukasi tentang lingkungan hidup yang sehat kepada masyarakat. Salah satu contoh pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat pada pemanfaatan ruang dan perwujudan Kota Sehat di Kota Bekasi adalah lebih dari 70%, yang artinya pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat kota sudah cukup baik dalam upaya mewujudkan Kota Sehat (Wijayanti, 2015).

B. Konsep Program

Program adaptasi *scenario planning* merupakan program yang disampaikan oleh Wijayanti (2015) dalam tesisnya yang berjudul “Strategi Wewujudkan Kota Sehat Berkelanjutan Melalui Perencanaan Skenario Kesehatan Kota: Suatu Studi di Kota Bekasi”. Dalam menjelaskan penelitiannya, Wijayanti menggunakan *Focal Concern* dan *Driving Force*. *Focal Concern* yang ditetapkan adalah kondisi kesehatan kota, sedangkan *Driving Force* yang digunakan di antaranya pertumbuhan penduduk, migrasi, pembangunan perumahan, pembangunan sarana transportasi, pembangunan komersial, ruang terbuka hijau, pertumbuhan industri, pertumbuhan ekonomi, penggunaan energi, penggunaan kendaraan, aktivitas rumah tangga, dan kelahiran. Berikut ini adalah gambaran hubungan *Focal Concern* dan *Driving Force* yang disampaikan oleh Wijayanti (2015)



The diagram illustrates the four scenarios in the green space matrix, arranged in a 2x2 grid. The vertical axis represents 'Ruang terbuka hijau' (Green Space) with 'tinggi' (high) at the top and 'rendah' (low) at the bottom. The horizontal axis represents 'Penggunaan energi' (Energy Use) with 'rendah' (low) on the left and 'tinggi' (high) on the right. The scenarios are labeled as follows:

- Skenario I**: High Green Space, Low Energy Use (Top-Left)
- Skenario IV**: High Green Space, High Energy Use (Top-Right)
- Skenario II**: Low Green Space, Low Energy Use (Bottom-Left)
- Skenario III**: Low Green Space, High Energy Use (Bottom-Right)

Gambar 4.7. Matriks Skenario Kota Sehat menurut Wijayanti (2015).

C. Perencanaan Program

1. Narasi Skenario I

Kota tersebut merupakan kota yang nyaman ditinggali, kualitas lingkungan, terutama udara, terjaga dan layak untuk kesehatan masyarakatnya. Ruang terbuka hijau dan hutan kota cukup terpenuhi sehingga iklim mikro untuk menjaga suhu terkendali dan daerah resapan air cukup, sehingga banjir tidak terkendali. Pemanfaatan ruang terkontrol sesuai peruntukannya, tersedia jalur pedestrian sehingga mengurangi penggunaan motor dan energi transportasi dapat dihemat. Pemerintah mengeluarkan kebijakan agar industri memanfaatkan energi ramah lingkungan seperti energi matahari, angin, dan sumber energi lainnya dan memberikan apresiasi atas penghematan energi yang dilakukan. Karena pemanfaatan ruang dikontrol keras, pertumbuhan permukiman dan industri serta pemanfaatan lainnya terbatas, sehingga migrasi dapat ditekan, pertumbuhan penduduk rendah. Jika pertumbuhan penduduk rendah, maka kenaikan penggunaan energi juga rendah, baik dari penggunaan energi untuk rumah tangga (gas, listrik) dan penggunaan kendaraan bermotor (bahan bakar fosil), demikian juga polutan yang dihasilkan dapat berkurang. Ruang Terbuka Hijau (RTH) akan menyerap polutan yang ada sehingga kualitas kesehatan masyarakat terjaga, termasuk penurunan angka kejadian ISPA pada masyarakat. Selain itu, RTH juga berfungsi menyimpan air, sumber keindahan, dan sarana sosial masyarakat. Kondisi tersebut akan membuat masyarakat sehat secara bio-psiko-sosio-spiritual (Wijayanti, 2015).

Strategi Menghadapi Skenario I

- a. mempertahankan eksistensi RTH;
- b. mengoptimalkan potensi RTH yang ada di wilayah-wilayah yang masih memungkinkan untuk penambahan RTH;
- c. terus menggunakan energi alternatif yang ramah lingkungan; dan
- d. memberikan apresiasi kepada sektor industri yang menerapkan penggunaan energi alternatif ramah lingkungan.

2. Narasi Skenario II

Kondisi kota saat ini adalah kota yang padat penduduk dengan tingkat polusi sedang. Hal ini terjadi karena tersedianya RTH yang terbatas, namun pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk menghemat energi. Penghematan energi membuat masyarakat harus beradaptasi, sedangkan RTH yang terbatas dapat menaikkan suhu iklim mikro. Kawasan RTH banyak digunakan untuk pembangunan permukiman, kepentingan komersial, dan industri. Akibat dari hal-hal tersebut adalah kenaikan suhu, polusi udara, pemanasan global, bencana banjir, dan kekeringan. Kualitas kesehatan masyarakat menurun akibat polusi udara yang tinggi, terutama pada masalah ISPA. Tidak tersedianya RTH yang memadai juga berdampak pada kesehatan psikologis dan masyarakat (Wijayanti, 2015).

Strategi Menghadapi Skenario II

- a. revitalisasi tanah negara untuk RTH;
- b. memaksimalkan potensi RTH daerah sepanjang sungai dan tepian jalan, kemudian mewajibkan

penyedia RTH privat pada setiap izin pemanfaatan ruang atau penerbitan perizinan usaha dan perizinan bangunan;

- c. penerapan insentif bagi sektor privat yang mau menyediakan RTH dan penerapan disinsentif bagi sektor privat yang tidak menyediakan RTH sesuai kewajibannya; dan
- d. mempertahankan penggunaan hemat energi.

3. Narasi Skenario III

Kota saat ini adalah kota yang panas dan polutif, penggunaan energi besar dan luas RTH sangat sedikit, sehingga suhu lingkungan meningkat akibat pemanfaatan ruang telah mengubah ruang hijau menjadi daerah terbangun. Banjir di musim hujan dan kekeringan di musim kemarau menjadi suatu hal yang biasa terjadi di kota. Kualitas kesehatan masyarakat terus menurun karena kota padat dan polutif mengakibatkan berbagai penyakit, mulai dari penyakit saluran napas (ISPA, asma, *bronchitis*, dan penyakit saluran pernapasan lainnya), sampai dengan penyakit degeneratif seperti kanker. Selain itu, kepadatan dan tingkat polusi yang tinggi juga berakibat pada kenaikan kasus kejahatan, kemiskinan, dan masalah sosial lainnya. Polusi akibat penggunaan energi yang tinggi, baik dari aktivitas rumah tangga, industri, maupun transportasi. Pada skenario ini biaya ekonomi cukup tinggi (Wijayanti, 2015).

Strategi Menghadapi Skenario III:

- a. penyediaan angkutan massal yang nyaman, aman, dan terjangkau;
- b. pemberian insentif bagi penggunaan barang

- berenergi rendah, misalnya peralatan elektronik, mobil hemat BBM, dan emisi rendah;
- c. revitalisasi tanah negara untuk RTH;
- d. memaksimalkan potensi RTH; dan
- e. penerapan insentif bagi sektor privat yang menyediakan RTH dan penerapan disinsentif bagi sektor privat yang tidak menyediakan RTH.

4. Narasi Skenario IV

Kota saat ini termasuk ke dalam kota yang hijau, pencemaran udara sedang karena meskipun penggunaan energi tinggi, ruang terbuka hijau cukup banyak, sehingga mampu mengurangi konsentrasi pencemaran udara. Ketersediaan RTH yang cukup menjamin ketersediaan air tanah, sehingga tidak terjadi banjir dan kekeringan. Kualitas kesehatan masyarakat berada pada kondisi cukup karena beban pencemar udara terasimilasi oleh RTH meskipun tetap harus diwaspadai. Penggunaan energi tinggi oleh industri, kendaraan/transportasi, dan aktivitas rumah tangga yang menyebabkan pelepasan senyawa pencemar ke udara sangat tinggi. Jika kecepatan penggunaan energi semakin tinggi dan luasan RTH tidak bertambah, maka pencemaran lingkungan akan meningkat. Polutan udara yang dihasilkan dapat mengganggu kesehatan manusia, salah satunya kesehatan pernapasan, seperti ISPA. Tingginya tingkat pencemaran udara juga dapat menyebabkan hujan asam yang dapat memengaruhi tanaman (Wijayanti, 2015).

Strategi Menghadapi Skenario IV

- a. konservasi dan efisiensi energi;
- b. melakukan audit energi terutama pada sektor

- industry;
- c. penerapan pajak tinggi kendaraan bermotor dan tarif parkir;
- d. insentif bagi pembelian produk hemat energi;
- e. mengembangkan dan menggunakan energi alternatif yang ramah lingkungan; dan
- f. mempertahankan eksistensi RTH.

D. Analisis *Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threats* (SWOT)

Analisis SWOT Program *Scenario Planning* dalam Rangka Mewujudkan Kota Sehat Melalui Pemanfaatan Ruang.

Tabel 4.15. Analisis SWOT Kota Sehat Bebas ISPA.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Program ini didukung banyak sektor, baik sektor publik maupun privat. b. Mulai munculnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kota yang sehat. c. Banyaknya hasil penelitian terkait Kota Sehat.	a. Laju pertumbuhan penduduk dan urbanisasi yang tinggi. b. Kurangya SDM yang kompeten untuk merancang kota sehat. c. Belum meratanya pembangunan kota di Indonesia.
<i>Opportunities</i> (peluang)	<i>Threats</i> (ancaman)
a. Penguatan kerja sama antara sektor privat dan public. b. Adanya inisiasi Peraturan Menteri yang mengatur pelaksanaan Kota Sehat. c. Banyaknya disiplin ilmu yang mempelajari Kota Sehat.	a. Biaya pengadaan program Kota Sehat yang tinggi. b. Kawasan industri yang RTH-nya sangat rendah, seperti Jakarta.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Lansia Sehat Berbasis Inovasi Integrasi Program Prolanis, Kartu Sehat Bekasi, & Program All-In Care for Elderly (PACE) di Kota Bekasi, Jawa Barat

Anung Ahadi Pradana

A. Latar Belakang

Sejak tahun 2015, Sebagian besar Negara Asia, termasuk Indonesia, memasuki era penduduk menua (*ageing population*) di mana jumlah penduduk lanjut usianya lebih dari 7% (suatu negara dikatakan berstruktur tua jika jumlah lansia >7%) (Kemenkes, 2017). Situasi global yang terjadi saat ini menunjukkan bahwa 50% jumlah lansia di dunia (400 juta jiwa) berada di Asia. Meningkatnya populasi lansia membuat pemerintah perlu merumuskan kebijakan dan program yang ditujukan kepada kelompok penduduk lansia, sehingga dapat berperan dalam pembangunan dan tidak menjadi beban bagi masyarakat (Depsos RI, 2004). Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 menetapkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia harus ditujukan untuk menjaga lansia agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Data Badan Pusat Statistik/BPS (2015) menunjukkan angka kesakitan lansia di Indonesia sebesar 28,61% dari total lansia. Sementara sebanyak 27,84% lansia yang sakit memilih untuk tidak melakukan pengobatan ke fasilitas layanan kesehatan dengan 51,12% mengatakan karena tidak memiliki biaya. Data Dinas Kesehatan Kota Bekasi (2014) menunjukkan cakupan pelayanan kesehatan lansia di Kota

Bekasi secara umum sudah mencapai target (75%) karena target capaian Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) 70% dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga 70%, dengan data dua Puskesmas yang penulis cari yaitu, Bojong Rawa Lumbu (107%) dan Pengasinan (297%) memiliki tingkat pencapaian jauh di atas pencapaian Kota Bekasi. Rata-rata kunjungan ke Puskesmas yang dilakukan oleh lansia 90% masih berkutat di bidang kuratif dengan diagnosis penyakit terbesar adalah hipertensi, asam urat, diabetes mellitus, dan dermatitis/penyakit kulit.

Berbagai kebijakan dan program yang dijalankan pemerintah di antaranya tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia, yang antara lain meliputi pembentukan Puskesmas santun lansia, penatalaksanaan fasilitas umum dan sosial ramah lansia, pembentukan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dan lainnya. Khusus di wilayah Kota Bekasi, pemerintah daerah (walikota) melalui surat keputusan Wali Kota Bekasi Nomor 27A tahun 2017 menginstruksikan perlunya pengadaan dan pelaksanaan pelayanan jaminan kesehatan daerah bagi masyarakat berbasis kartu keluarga dan nomor induk kependudukan di Kota Bekasi sejak januari 2017.

Berdasarkan studi literatur dan lapangan di wilayah Kota Bekasi tentang pelaksanaan jaminan kesehatan dalam kaitannya dengan tahapan Kota Sehat, khususnya pada lansia, terdapat dua pogram penting yang jika dilakukan integrasi memiliki kemungkinan untuk menjadi program layak laksana bagi lansia-lansia di wilayah Kota Bekasi.

Adapun kedua program tersebut adalah program Prolanis dan Kartu Sehat Berbasis NIK. Prolanis merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2017). Sementara itu, Kartu sehat berbasis NIK adalah program jaminan kesehatan daerah milik Kota Bekasi yang ditujukan bagi seluruh warga pemegang Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bekasi untuk memanfaatkan layanan kesehatan di wilayah Kota Bekasi secara gratis tanpa dipungut biaya.

Masih tingginya angka kesakitan lansia serta belum terintegrasinya program-program kesehatan dalam kaitannya dengan program Kota Sehat menumbuhkan minat penulis untuk melakukan analisis terhadap program terkait (khususnya Prolanis dan Kartu Sehat Bekasi) menggunakan analisis *Strength, Weakness, Opportunity, Threat* (SWOT) serta menciptakan *blue print* inovasi program dengan mengintegrasikan kedua program yang sudah ada.

B. Konsep Program

1. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)

Prolanis adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya

pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Sampai dengan 08 September 2017, jumlah peserta JKN-KIS telah mencapai 181.210.694 jiwa. Dalam menyediakan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan juga telah bekerja sama dengan 21.095 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri atas 9.841 Puskesmas, 4.586 Dokter Praktik Perorangan, 5.495 Klinik Pratama, 13 RS Tipe D Pratama, dan 1.160 Dokter Gigi Praktik Perorangan. Selain itu, BPJS Kesehatan juga telah bermitra dengan 5.566 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang di dalamnya mencakup 2.227 RS dan Klinik Utama, 2.332 Apotek, dan 1.007 Optik (BPJS Kesehatan, 2017).

Tujuan Prolanis adalah untuk mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait, sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Saat ini, terdapat 10 penyakit yang masuk menjadi kriteria prolanis, antara lain DM, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), epilepsi, stroke, skizofrenia, dan Lupus/SLE.

Aktivitas dalam Prolanis meliputi: (1) Konsultasi medis (jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola), (2) Edukasi kelompok peserta Prolanis, (3) *Reminder* melalui SMS Gateway, (4) *Home Visit* (pelayanan kunjungan ke rumah peserta Prolanis untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta Prolanis dan keluarga), (5)

Mentoring spesialis kesehatan, (6) Pemantauan status kesehatan & pemeriksaan rutin, serta (7) pelayanan obat.

Tabel 4.16. Analisis Kota Sehat PACE.

<i>Strenghts (kekuatan)</i>	<i>Weaknesses (kelemahan)</i>
a. Sudah berorientasi kepada promotif–preventif–rehabilitatif. b. Pelaksanaan program sudah dipegang oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama. c. Kegiatan program sudah berorientasi kepada masyarakat/<i>community based</i>. d. Adanya kegiatan <i>home visit</i> bagi anggota Prolanis yang mengalami keterbatasan.	a. Hanya berfokus kepada 10 penyakit yang termasuk ke dalam kriteria rujuk balik BPJS. b. Dalam pelaksanaannya, masih berfokus ke pelayanan obat/kuratif.
<i>Opportunities (peluang)</i>	<i>Threats (ancaman)</i>
a. Banyaknya institusi kesehatan di bidang kesehatan yang berada di wilayah Kota Bekasi. b. Pelaksanaan program dapat melibatkan pihak swasta ataupun dengan lintas sektoral.	a. Beban ganda antara program Prolanis dengan program Perkesmas. b. Masih banyaknya pihak rekanan (apotek & klinik) yang “nakal” dan berperilaku tidak profesional. c. Masih tingginya angka kesakitan lansia di Kota Bekasi. d. Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan program Prolanis.

2. Program Kartu Sehat Bekasi Berbasis NIK (KSB)

Program Kartu Sehat Bekasi berbasis NIK (KSB) merupakan program jaminan kesehatan daerah Kota Bekasi yang digagas oleh wali kota sejak tahun 2017 dalam rangka

mendukung *Universal Coverage* di bidang kesehatan bagi warga Kota Bekasi yang memiliki KTP Kota Bekasi secara gratis.

Program Kartu Sehat Bekasi berdasarkan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional (SJSN) dan peraturan Wali Kota Bekasi nomor 27a tahun 2017 tentang pedoman pelaksanaan pelayanan jaminan kesehatan daerah bagi masyarakat berbasis Kartu Keluarga dan Nomor Induk Kependudukan di Kota Bekasi.

Adapun jenis pelayanan kesehatan yang didapat peserta antara lain adalah pelayanan rawat jalan dokter spesialis, pelayanan *ambulance*, pelayanan rawat inap kelas 3, pelayanan intensif seperti pelayanan IGD, ICU, PICU, NICU, dan hemodialisa dengan berbasis NIK. Program ini menjamin semua warga kota tanpa kecuali, untuk dapat dilayani oleh rumah sakit yang bekerja sama, baik di wilayah Kota Bekasi maupun di 20 rumah sakit sekitar di luar Kota Bekasi dengan jaminan tanpa batasan jenis penyakit, termasuk penyakit katastropik, yaitu penyakit yang mengancam jiwa, karena perlu penanganan komprehensif dan berbiaya tinggi.

Analisis *Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats* (SWOT)

Tabel 4.17. Analisis SWOT Program Kartu Sehat Bekasi Berbasis NIK (KSB).

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Mendapat respons positif dari masyarakat. b. Tersedianya fasilitas sarana & prasarana yang mendukung di Kota Bekasi. c. 100% bebas biaya dan bersifat menyeluruh berdasarkan angka kesakitan Kota Bekasi tahun 2017. d. Pemerintah dapat mencanangkan dan mengintegrasikan dengan program GERMAS yang berfokus kepada promotif preventif.	a. Belum memiliki peraturan jelas dalam bentuk Perda. b. Program bertabrakan dengan program BPJS. c. Rawan korupsi dan bersifat sementara. d. Masih berfokus ke dalam usaha kuratif. e. Kurangnya sosialisasi terkait program.
<i>Opportunities</i> (peluang)	<i>Threats</i> (ancaman)
a. Program otonomi daerah memberikan keleluasaan setiap Pemda untuk mengembangkan sektor penting, khususnya kesehatan. b. Dapat dikordinasikan lintas sektoral bersama swasta. c. Tahun 2018 & 2019 merupakan tahun politik, di mana banyak partai politik dapat dijadikan mitra dalam keberlangsungan program.	a. Belum terintegrasi dengan BPJS. b. Program KSB memiliki unsur politis, sehingga jika berganti wali kota, kemungkinan program yang dilaksanakan juga akan berganti.

3. *Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)* Analisis

Merupakan program yang diadakan pemerintah Amerika Serikat untuk menyediakan pelayanan kesehatan dan sosial yang komprehensif (menyeluruh) bagi para lansia

berisiko tinggi yang memenuhi syarat untuk mendapatkan layanan melalui *Medicare* dan *Medicaid* atau secara privat/ biaya mandiri. PACE merupakan program lintas sektor yang didukung tim multidisiplin di mana masing-masing tim telah terdata dan terkordinasi dalam pelayanannya.

Pelayanan yang termasuk ke dalam PACE antara lain adalah layanan dokter, layanan keperawatan, layanan sosial, layanan terapi (okupasi, fisik, wicara, rekreasi, dll.), layanan farmasi, layanan *day care*, layanan *home care*, makanan sehat, transportasi berbasis kesehatan, modifikasi rumah yang mengakomodasi penyandang cacat, konseling, *support group*, dan program lain yang mendukung peningkatan kesehatan lansia.

Tujuan utama dari program ini adalah agar para lansia dapat hidup layak dan sehat di sebagai bagian dari masyarakat. Adapun syarat untuk dapat mengakses layanan ini antara lain: (1) berusia 55 tahun atau lebih, (2) Bertempat tinggal di wilayah Amerika Serikat, (3) Bersedia untuk tinggal di *Nursing home care*, dan (4) Masih mampu tinggal secara mandiri di masyarakat.

Analisis *Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats* (SWOT)

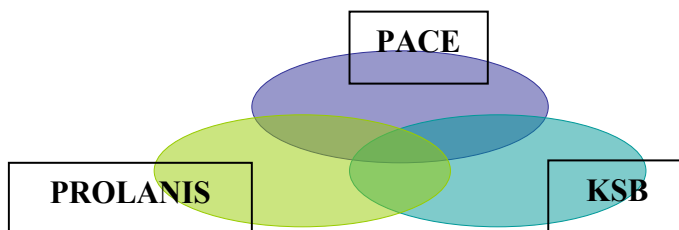
Tabel 4.18. Analisis SWOT PACE.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Program ini dapat berafiliasi dengan BPJS kesehatan seperti program prolanis, atau memiliki badan usaha sendiri di bawah Kemenkes. b. Sistem pemeliharaan kesehatan yang bersifat <i>all in</i> bagi lansia. c. Pelayanan sudah mencakup kemitraan dengan institusi lain yang memiliki minat (di Indonesia lte dengan dana CSR perusahaan). d. Program ini mendukung program GERMAS yang ada. e. Fokus tindakan seimbang antara promotif-preventif-kuratif dan rehabilitatif.	a. Dalam pelayanannya, terdapat pelayanan kuratif yang berisiko membuat dana talangan membengkak. b. Konsepnya yang gratis, mengharuskan badan layanan program mencari cara untuk mendapatkan pendanaan.
<i>Opportunities</i> (peluang)	<i>Threats</i> (ancaman)
a. Program pemerintah dan BPJS mulai menysasar ke preventif dan promotif dapat mendukung kegiatan.	a. <i>Mindset</i> masyarakat Indonesia yang masih berfokus pada kuratif. b. Masih kurangnya fasilitas sarana dan prasarana yang memadai untuk mendukung program. c. Risiko kekurangprofesionalan tenaga institusi yang bermitra dalam memberikan layanan. d. Perubahan politik di Indonesia yang dapat merubah program yang telah dijalankan.

C. Perencanaan Program

Strategi yang akan penulis kembangkan adalah menggabungkan tiga program pokok sebagaimana telah dijelaskan pada paragraf awal bab ini, yaitu: PROLANIS, KSB,

dan PACE untuk mendapatkan satu program alternatif yang mampu berfungsi dalam tatanan masyarakat Indonesia dan Kota Bekasi pada khususnya.



Gambar 4.8. Gabungan tiga program pokok: PROLANIS, KSB, dan PACE.

Program inovasi ini merupakan modifikasi dan integrasi dari ketiga program yang telah penulis jelaskan sebelumnya, yaitu : PROLANIS, KSB, dan PACE. Pelaksana program ini adalah BLUD di bawah pengawasan Dinas Kesehatan. Fokus pelaksanaan program adalah pada upaya promotif, preventif, rehabilitatif dan kuratif dengan sasaran peserta adalah lansia (usia >55 tahun). Sumber pendanaan berasal dari dana kartu sehat bekasi (APBD Kota Bekasi) dan CSR Perusahaan di wilayah Kota Bekasi. Tujuan program adalah tercapainya pelayanan komprehensif di bidang kesehatan dalam mendukung lansia sehat dan sejahtera di wilayah Kota Bekasi. Kegiatan program dapat berupa (1) konsultasi kesehatan (jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola), (2) KIE Kesehatan, (3) *reminder* melalui SMS Gateway, (4) *Home Visit*, (5) *mentoring* spesialis kesehatan, (6) pemantauan status kesehatan & pemeriksaan rutin, (7) kemitraan dengan swasta untuk menciptakan lingkungan sehat, dan (8) pelayanan obat.

Keuntungan pelaksanaan program ini diantaranya:

- a. program ini bersifat pelayanan komprehensif bagi lansia;
- b. pelayanan yang diberikan untuk promotif–preventif–rehabilitatif memiliki porsi lebih besar dibandingkan kuratif;
- c. program ini dapat berafiliasi dengan BPJS Kesehatan untuk lingkup nasional;
- d. program ini menekankan pentingnya kerja sama lintas sektoral dan multidisiplin dalam mencapai tujuan yg diharapkan;
- e. program ini sudah melibatkan pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai pemain penting terlaksananya program, serta bersifat *community based*; dan
- f. kedepannya, program ini dapat dikembangkan menyerupai kebijakan PACE di Amerika Serikat.

Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program Pengembangan Kota Sungai yang Santun Lansia di Kota Martapura, Kalimantan Selatan

Ema Dessy Naediwati

A. Latar Belakang

Peningkatan usia harapan hidup penduduk Indonesia membawa konsekuensi bertambahnya jumlah lansia (Komnas Lansia, 2009). Peningkatan jumlah lansia terjadi pada setiap negara terutama negara-negara berkembang (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2013). Menurut United Nations (2015), jumlah penduduk yang berusia 60 tahun atau lebih di dunia diproyeksikan akan tumbuh sebesar 56 persen dari 2015 sampai 2030, dari 901 juta menjadi 1,4 miliar. Secara global, jumlah lansia yang berusia 80 tahun atau lebih (*oldest-old*) adalah populasi yang tumbuh lebih cepat daripada jumlah lansia secara keseluruhan, *oldest-old* diproyeksikan meningkat lebih dari tiga kali lipat yaitu dari 125 juta pada 2015 menjadi berjumlah 434 juta pada 2050. Selama 15 tahun ke depan, pertumbuhan jumlah lansia diperkirakan paling cepat terjadi di Amerika Latin dan Karibia dengan peningkatan 71%, diikuti oleh Asia (66%), Afrika (64%), Oseania (47%), Amerika Utara (41%) dan Eropa (23%).

Indonesia adalah salah satu negara berkembang yang juga mengalami peningkatan jumlah penduduk lansia. Proporsi penduduk lansia di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan dari 19,3 juta (8,37% dari total keseluruhan penduduk Indonesia) pada 2009 menjadi 23,66 juta jiwa penduduk lansia (9,03%) pada 2017. Diprediksi jumlah

penduduk lansia tahun 2020 (27,08 juta), tahun 2025 (33,69 juta), tahun 2030 (40,95 juta) dan tahun 2035 (48,19 juta) (Kemenkes RI, 2017; Komnas Lansia, 2010). Salah satu kota di Indonesia yang terus mengalami peningkatan jumlah lansia adalah kota Martapura, dari 5,67% pada 2010 menjadi 6,45% pada 2015, tahun 2018 diperkirakan mengalami peningkatan kembali menjadi sebesar 7,23% dan pada 2020 diproyeksikan terus mengalami peningkatan menjadi sebesar 7,85% (BPS, 2015).

Besarnya jumlah penduduk lansia di Indonesia di masa depan menimbulkan dampak baik positif maupun negatif (Kemenkes RI, 2017; United Nations, 2015). Dampak bersifat positif apabila penduduk lansia dapat produktif dengan keadaan sehat dan aktif. Sedangkan, dampak bersifat negatif disebabkan besarnya jumlah penduduk lansia menjadi beban jika lansia memiliki masalah penurunan kesehatan yang berakibat pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan, penurunan pendapatan/penghasilan, peningkatan disabilitas, tidak adanya dukungan sosial dan lingkungan yang tidak santun terhadap penduduk lansia. Ini akan menjadi *burden* secara nasional yang menjadi tantangan tersendiri khususnya untuk Indonesia (Kemenkes RI, 2014; Kemenkes RI, 2017). Oleh karena itulah, seiring dengan peningkatan tersebut maka sejak sekarang harus dipersiapkan dan direncanakan berbagai program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan kelompok lansia.

Salah satu upaya yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kelompok lansia adalah mengembangkan Kota Sehat (Barton & Grant, 2013). Kota Sehat adalah suatu kondisi kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk. Penyelenggaraannya

dicapai melalui penerapan beberapa tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah (Hapsari, Sari, Afifah & Sudani, 2007). Hal ini menjadi tantangan bagi kota Martapura yang mempunyai kondisi geografis dengan banyak terbentang sungai-sungai untuk menjadi Kota Sehat yang santun lansia.

Penyediaan lingkungan yang santun lansia di kota Martapura masih menjadi masalah kesehatan yang banyak dibahas. Masalah lingkungan yang terjadi karena sanitasi yang tidak baik biasanya berupa polusi. Polusi yang terjadi bisa berupa pencemaran air minum sebagai kebutuhan masyarakat atau lingkungan permukiman tempat tinggal. Pencemaran yang terjadi juga dapat berupa pencemaran air sungai oleh bakteri yang tentunya akan mengganggu status kesehatan bagi masyarakat yang mengkonsuminya. Kejadian seperti diare, kolera dan gastroenteritis akan melanda secara luas pada masyarakat yang mengkonsumsi air minum tercemar tersebut.

Kebiasaan orang Banjar yang tinggal di kota ini tampak dari deretan jamban terapung di atas air yang jumlahnya mencapai 2800 buah dari tengah kota Martapura hingga ke daerah Lok Baintan. Setiap harinya jamban terapung sebanyak itu dipakai untuk buang air besar antara 10 hingga 15 penduduk sehingga menghasilkan pencemaran antara 10 hingga 14 ton tinja manusia. Hal ini, pastinya akan berbanding lurus dengan tingginya kandungan bakteri E.coli di air sungai Martapura (Setiawan, 2014). Hal ini menimbulkan gangguan kesehatan masyarakat bantaran sungai khususnya lansia di Martapura sebagai pihak yang memanfaatkan air sungai untuk kebutuhan sehari-hari.

Kalimantan Selatan adalah Provinsi dengan tingkat keluhan kesehatan lansia tertinggi keempat, setelah NTB, Aceh dan Gorontalo, yaitu sebesar (60,71%) (BPS, 2015). Di Martapura, penyakit akibat kesehatan lingkungan seperti diare menduduki sepuluh besar penyakit terbanyak yang diderita masyarakat yaitu sebesar 5.174 kasus (Dinkes Banjar, 2017). Selain itu, alasan lain adalah kondisi lansia yang lebih rentan daripada kelompok usia lain. Penelitian D'Souza (2007) mengatakan lansia lebih rentan terkena penyakit yang berhubungan dengan gastrointestinal dipengaruhi oleh adanya perubahan karena proses penuaan.

Solusi untuk permasalahan tersebut sebenarnya sudah ada tetapi pelaksanaannya belum maksimal dan belum terimplementasikan berfokus pada lansia. Program tersebut adalah program gerakan masyarakat sehat terkait pola perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Berdasarkan data tahun 2016, dari 39.765 rumah tangga yang dipantau ternyata baru 47,6% yang telah berPHBS, atau 18.922 rumah tangga yang ber-PHBS (Dinkes Banjar, 2017). Permasalahan PHBS yang terkait dengan lansia yang tinggal di daerah perkotaan di bantaran sungai yaitu berkaitan dengan menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun dan menggunakan jamban sehat, ini berkaitan erat dengan kebiasaan masyarakat bantaran sungai. Oleh karena itu, terdapat program tepat yang ditawarkan yaitu penyusunan pola tata komunitas santun lansia berbasis partisipasi masyarakat. Program ini pada hakekatnya berusaha mengajak mengenali profil komunitasnya, sadar akan masalahnya sendiri dan masyarakat aktif ikut menyelesaikan masalahnya.

B. Konsep Program

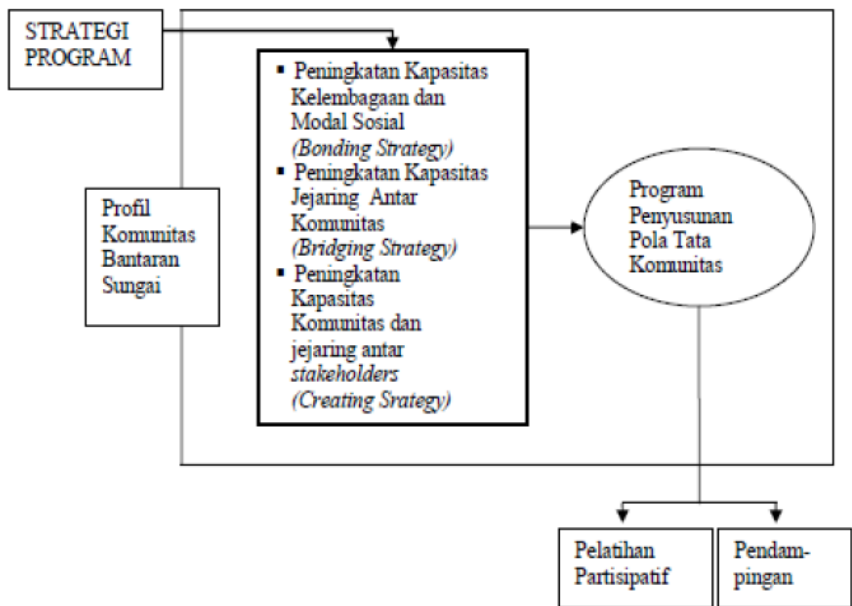
Pola tata komunitas berbasis partisipasi masyarakat pada dasarnya untuk memberdayakan masyarakat dalam menyusun profil komunitas agar mampu menemukan, mengenali dan mendayagunakan potensi komunitasnya sendiri. Selain itu, proses penyusunannya sendiri menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari upaya memperkuat efektivitas perencanaan pembangunan komunitas (Suminar, Christine & Hartono, 2011). Pola tata komunitas santun lansia berbasis partisipasi masyarakat dimaksudkan agar masyarakat mengenali profil komunitasnya sendiri dan dapat menemukan masalah, sadar akan masalah, merasa memiliki dan dapat mengatasi masalah yang ditemukan secara bersama-sama khususnya yang berkaitan dengan kesehatan lansia baik fisiologis, psikologis, sosial, kultural maupun spiritual.

Proses melakukan penyusunan pola tata komunitas santun lansia berbasis partisipasi masyarakat memerlukan kerja sama dengan orang di luar komunitas. Oleh karena itu, menurut Suminar, Christine & Hartono (2011) strateginya adalah dengan pemerintah komunitas (tokoh masyarakat) diperkuat kapasitasnya, bekerja dengan membangun komitmen multi pihak. Lembaga ini perlu mempunyai kemampuan memerhatikan aspek-aspek di luar batas dalam komunitas. Kerja dengan multi pihak dan lintas komunitas yang dimaksud bukan hanya mengelola hubungan antar komunitas dalam satuan kecamatan, tetapi dapat lebih dari itu, seperti kerja sama antar komunitas dalam konteks sebuah kawasan aliran sungai.

Pengembangan kelembagaan pembangunan komunitas santun lansia berbasis masyarakat pada dasarnya dirancang untuk pengembangan komunitas-komunitas dalam sebuah kawasan bantaran sungai memiliki tujuan sesuai menurut Nasdian & Tonny (2006) yaitu mendorong pembangunan ekonomi komunitas yang memiliki fokus sesuai kapasitas ruang dan potensi komunitas; memfasilitasi munculnya pusat-pusat pertumbuhan antar komunitas; memberdayakan komunitas agar dapat menggali, mendayagunakan dan melestarikan potensi-potensi yang ada untuk kemakmuran dan kesejahteraan masyarakat komunitas; memfasilitasi penguatan partisipasi pemerintah komunitas dan kelembagaan masyarakat komunitas serta masyarakat dalam proses kebijakan publik lokal dalam kaitannya dengan pembangunan dan pengembangan kawasan bantaran sungai santun lansia.

C. Perencanaan Program

Strategi pengembangan kelembagaan yang digunakan melalui: Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Modal Sosial (*Bonding Strategy*), Peningkatan Kapasitas Jejaring Antar Komunitas (*Bridging Strategy*), Peningkatan, Kapasitas Komunitas dan jejaring antar *stakeholders* (*Creating Strategy*), yang semuanya itu mengarah pada penyusunan pola tata komunitas yang kompeten, dengan bentuk kegiatan pelatihan partisipatif dan pendampingan (Suminar, Christine & Hartono, 2011).



Gambar 4.9. Strategi Program.

Program ini akan mengungkap:

1. Bagaimanakah gambaran umum komunitas kota Martapura di bantaran sungai yang santun lansia?

Hal ini merupakan hal pertama yang akan didapatkan dalam pelaksanaan program ini. Identifikasi gambaran umum komunitas kota Martapura akan dilakukan dengan studi dokumen, pengamatan dan wawancara. Gambaran umum yang penting yang harus didapatkan adalah aspek geografis, aspek demografi, sosial ekonomi, perilaku masyarakat, lingkungan fisik, biologis dan kimia.

2. Bagaimanakah partisipasi masyarakat dalam penyusunan pola tata komunitas di bantaran sungai yang santun lansia?

Untuk mendapatkan hal ini, akan dilakukan metode pengamatan, wawancara dan diskusi kelompok terfokus

(Focus Group Discussion). Potensi partisipasi masyarakat secara umum akan diketahui juga saat langkah awal yaitu mengidentifikasi gambaran umum komunitas.

3. Faktor-faktor apakah yang memengaruhi partisipasi masyarakat dalam penyusunan pola tata komunitas di bantaran sungai yang santun lansia?

Untuk mendapatkan hal ini, akan dilakukan bersamaan dengan identifikasi partisipasi masyarakat, metode yang digunakan yaitu pengamatan, wawancara dan diskusi kelompok terfokus (Focus Group Discussion).

4. Strategi apakah yang dapat dilakukan untuk menyusun pola tata komunitas santun lansia berbasis partisipasi masyarakat?

Dalam merancang strategi penyusunan pola tata komunitas kota Martapura di bantaran sungai yang santun lansia, dilakukan dengan cara:

- a. FGD, yang melibatkan *stakeholder*

Rancangan penyusunan strategi: dibahas melalui Focus Group Discussion (FGD) dengan melibatkan pihak-pihak yang terkait dalam pengelolaan kesehatan lansia di Martapura. Hal ini digunakan untuk menyusun strategi penyelesaian masalah dengan mempertimbangkan potensi dan permasalahan yang ada. Berdasarkan hasil FGD, kemudian disusun program secara partisipatif. Dengan demikian akan diperoleh strategi penyusunan pola tata komunitas berbasis partisipasi masyarakat.

b. Penentuan Potensi Komunitas berdasarkan Nasdian & Tonny (2006):

- 1) Pola kepemimpinan yang mendasarkan pada nilai-nilai lokal yang bersifat partisipatif. Dalam pengambilan keputusan dilakukan secara musyawarah.
- 2) Dana komunitas, bagaimana dana didapatkan agar program dapat berjalan dengan baik.
- 3) Sumber daya material, ditentukan sumber daya apa yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung program. Direncanakan akan ada pengelola sumber daya yang secara rutin harus melaporkan pengelolaannya, yaitu pada pertemuan bulanan dan saat tutup buku.
- 4) Pengetahuan Komunitas, dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan warga komunitas direncanakan akan ada pelatihan terkait pengelolaan kesehatan lansia khususnya terkait masalah yang akan ditemukan nantinya di masyarakat.
- 5) Teknologi Komunitas, ditentukan apakah komunitas ini telah mengenal dan menggunakan beberapa teknologi dalam rangka menjaga kesehatan lansia.
- 6) Pengambilan keputusan komunitas, ditentukan bagaimana tahapan-tahapan pengambilan keputusan ditempuh.
- 7) Organisasi komunitas, ditentukan apa saja organisasi yang ada di Martapura yang mendukung kesehatan lansia seperti kelompok pengajian, kelompok arisan RT.

Penyusunan output dalam program ini adalah sebagai berikut:

1. Penentuan Prioritas Masalah:

Setelah dilakukan strategi-strategi penyusunan pola tata komunitas, akan didapatkan masalah-masalah yang ada di Martapura terkait kesehatan lansia dan dilakukan prioritas masalah di mana semua pihak akan terlibat dalam proses ini. Berdasarkan data Dinkes Banjar (2017), permasalahan utama adalah tentang PHBS lansia yang tinggal di daerah perkotaan di bantaran sungai yaitu berkaitan dengan menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun dan menggunakan jamban sehat, ini berkaitan erat dengan kebiasaan masyarakat bantaran sungai.

2. Sebab-Sebab Masalah:

Ditentukan apa penyebab dari terjadinya masalah pada komunitas. Berdasarkan data Dinkes Banjar (2017), permasalahan lansia di Martapura banyak terkait dengan perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat bantaran sungai dikarenakan promosi PHBS yang masih belum optimal khususnya pada lansia. Berdasarkan data tahun 2016, dari 39.765 rumah tangga yang dipantau ternyata baru 47,6% yang telah berPHBS, atau 18.922 rumah tangga yang ber-PHBS.

3. Cara mengatasi:

Kemudian tahap berikutnya adalah membuat rancangan program berdasarkan masalah-masalah yang ditemukan. Rancangan program meliputi program, tujuan, kegiatan dan pihak yang terlibat. Penyelesaian masalah yang didapatkan berdasarkan data sekunder sebelumnya berfokus pada promosi PHBS yaitu berkaitan dengan menggunakan air

bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun dan menggunakan jamban sehat. Strateginya yaitu sosialisasi dan penyuluhan masif. Masalah MCK bisa dilakukan dengan membantu membangun tempat MCK sehat untuk warga, hal ini sangat memungkinkan mengingat adanya dana desa yang dikelola masing-masing desa di daerah. Sebagai petugas kesehatan, peran kita merancang, mengarahkan dan berkoordinasi dengan sektor yang terkait mengenai bagaimana MCK yang sehat.

D. Analisis Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats (SWOT)

Berikut analisis SWOT jika program pola tata komunitas santun lansia berbasis partisipasi masyarakat dilaksanakan di Martapura:

Tabel 4.19. Analisis Kota Sehat Santun Lansia

<i>Strenghts (kekuatan)</i>	<i>Weaknesses (kelemahan)</i>
a. Pelaksanaan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/ MENKES/ PB/ VIII/ 2005 Tentang Penyelenggaraan Kabupaten / Kota Sehat. b. Pelaksanaan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. c. Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia.	a. Memerlukan waktu yang tidak sebentar untuk merasakan dampak langsungnya. a. Memerlukan komitmen yang kuat agar hasilnya dapat dirasakan. b. Melibatkan banyak pihak (petugas kesehatan, <i>stakeholders</i>, masyarakat) untuk pelaksanaannya.

d. Pelaksanaan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. e. Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia. f. Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 35 Tahun 1991 Tentang: Sungai. g. Pelaksanaan program yang mendukung Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD) Bidang Kesehatan Kabupaten Banjar tahun 2016-2021. h. Menciptakan lingkungan bantaran sungai yang layak bagi lansia. i. Peningkatan kemampuan masyarakat mengenali karakteristik/profil komunitasnya. j. Peningkatan kesadaran masyarakat akan masalahnya. k. Peningkatan rasa memiliki terhadap masalah yang dihadapi sehingga komitmen terhadap penyelesaian masalah kuat. l. Peningkatan partisipasi masyarakat terhadap penyelesaian masalahnya.	c. Jumlah tenaga kesehatan belum memenuhi standar target yang ditetapkan di Martapura (Dinkes Banjar, 2017) menjadi salah satu faktor penghambat pelaksanaan program karena program ini memerlukan perawat komunitas yang benar-benar memiliki kemampuan untuk mengelola komunitas
---	--

k. Program solusi untuk mengatasi masalah sesuai kebutuhan masyarakat. l. Optimalisasi fungsi komunitas. m. Peningkatan angka rumah tangga yang ber-PHBS. n. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat lansia di Martapura. o. Penemuan cara pemecahan masalah yang sesuai dengan kebiasaan dan budaya masyarakat sungai. p. Peningkatan kerja sama komunitas dengan <i>stakeholders</i>.	
Opportunities (peluang)	Threats (ancaman)
a. Membantu pembangunan kerja sama lintas sektor dalam mendukung pelaksanaan program santun lansia. b. Menjawab tantangan <i>burden</i> yang diakibatkan peningkatan jumlah lansia di Indonesia termasuk di Martapura. c. Menghemat biaya pelayanan kesehatan sebagai dampak <i>burden</i> yang diakibatkan peningkatan jumlah lansia. d. Mendukung tersedianya fasilitas-fasilitas kesehatan yang santun lansia seperti Puskesmas lansia karena di Martapura belum ada Puskesmas santun lansia.	a. Menumbuhkan minat masyarakat terhadap program pada awal pelaksanaan. b. Sosialisasi program ini harus merata dan ini akan menjadi tantangan karena selama ini apabila ada penyuluhan masih belum merata pada masyarakat di Martapura (Purnamasari, Gazali & Adawiyah, 2017). c. Kondisi lingkungan kabupaten Banjar yang berupa lahan gambut, banyak terbentang sungai, dan daerah langganan banjir menjadi tantangan tersendiri untuk program ini.

e. Peningkatan kapasitas komunitas untuk bekerja sama antar komunitas. f. Peningkatan kapasitas kepemimpinan tokoh masyarakat/pemimpin komunitas. g. Menurunkan angka kesakitan pada lansia khususnya terkait penyakit yang diakibatkan lingkungan dengan banyak sungai. h. Menurunkan angka ketergantungan lansia. i. Meningkatkan angka produktivitas lansia. j. Meningkatkan persentase penduduk khususnya lansia yang memiliki akses sanitasi layak (jamban sehat) di atas 50%. k. Memelihara budaya gotong royong yang berjalan dengan baik terutama saat melakukan kegiatan membersihkan lingkungan. l. Adanya <i>research center</i> untuk kesehatan masyarakat pinggiran sungai di perguruan tinggi negeri di Kalimantan Selatan.	d. Sarana dan prasarana yang ada di posyandu lansia belum merata, masih terbatas, dan sangat sederhana baik dari segi jumlah maupun kualitasnya. e. Insfratraktur akses jalan ke wilayah yang sulit dijangkau seperti harus melewati sungai-sungai, masih ada yang tidak mendukung terutama saat musim penghujan. f. Kesadaran masyarakat untuk menjaga lingkungan masih kurang. g. Masih banyak masyarakat Banjar yang tidak mempunyai MCK sendiri di rumah, hal ini berhubungan dengan budaya Banjar yang sebagian besar memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan memanfaatkan sungai. h. Masih banyak masyarakat Banjar yang membuang sampah ke sungai. g. Sistem informasi dan teknologi yang belum diterapkan di dinas kesehatan Martapura, seperti belum adanya website resmi dinkes.
--	---

**Rancangan Pengembangan Kota Sehat melalui Program
Tari Janger Lansia Pendukung Kota Denpasar Ramah
Lansia 2030
di Kota Denpasar, Bali**

Ni Luh Putu Dian Yunita Sari

A. Latar Belakang

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta status sosial ekonomi yang semakin baik berpengaruh terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan usia harapan hidup, sehingga jumlah populasi lansia juga meningkat (Yuliati, Baroya & Ririanty, 2014). Hal ini dilihat dari data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 yang menyebutkan bahwa sekitar 1 juta orang mencapai usia 60 tahun setiap bulan di seluruh dunia dan 80% dari lansia tersebut dari negara berkembang. Estimasi jumlah lansia oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) adalah lansia yang berumur 60 tahun ke atas akan berlipat ganda dari 600 juta saat ini menjadi 1,2 miliar pada 2025, kemudian menjadi 2 miliar pada 2050 (WHO, 2018).

Transisi demografi juga terjadi secara dramatis di Indonesia. Era *baby boom* yang terjadi pada kurun 1950-1970 mengalami transformasi menjadi peledakan penduduk lansia. Hasil proyeksi Sensus Penduduk tahun 2010 memprediksi persentase lansia Indonesia pada tahun 2035 akan mencapai 15% dari total penduduk Indonesia (BPS, 2017). Hal ini menjadi tanda-tanda awal terjadinya pergeseran struktur penduduk di dunia maupun di Indonesia yang akan menciptakan tantangan tersendiri.

Sinyal penuaan penduduk sudah terdeteksi sejak tahun 2000 di Indonesia dengan hasil sensus penduduk lansia pada tahun tersebut yang mencapai 7%. Suatu wilayah dikatakan memiliki struktur penduduk menua apabila persentase lansia lebih dari 7% dan akan menjadi struktur penduduk tua jika melebihi 10% (BPS, 2017). Indonesia ternyata hanya membutuhkan dua dekade (2000-2021) untuk pergeseran struktur menua menjadi penduduk tua. Hal ini dibuktikan dengan provinsi-provinsi yang telah mencapai struktur penduduk tua, yaitu DI Yogyakarta (13,90%), Jawa Tengah (12,46%), Jawa Timur (12,16%), Bali (10,79%), dan Sulawesi Barat (10,37%).

Urbanisasi dan persentase penduduk kota juga mengalami peningkatan pesat di Indonesia. Jumlah penduduk Indonesia yang tinggal di perkotaan sudah menyentuh angka 42,1% pada tahun 2000 dan di tahun 2025 diproyeksikan mencapai 67,5% (BPS, 2017). Hal ini berdampak pada distribusi penduduk lansia berdasarkan wilayah tinggal. Lansia yang tinggal di wilayah perkotaan dan perdesaan tahun 2017 relatif seimbang, yaitu sebanyak 49,64% yang tinggal di perkotaan dan 50,36% yang tinggal di perdesaan (BPS, 2017). Walaupun persentase populasi lansia di perdesaan agak lebih tinggi, perhatian seharusnya tidak hanya berfokus pada wilayah perdesaan tetapi juga perkotaan.

Lansia sebagai salah satu kelompok rentan yang menempati wilayah perkotaan memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesejahteraan seperti yang tertuang pada UU Nomor 13 Tahun 1998, yang meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual, pelayanan kesehatan, pelayanan kesempatan kerja, pelayanan pendidikan dan pelatihan,

kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana, dan prasarana umum, serta kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum serta perlindungan sosial dan bantuan sosial.

Kelompok lansia bukan sekadar orang dewasa yang semakin tua karena bertambah usia, tetapi mereka adalah kelompok masyarakat yang berpengalaman dan berjasa, sehingga sangat layak mendapatkan pengayoman dan penghargaan khusus. Pelayanan kesehatan yang diberikan seharusnya tidak sekadar menyembuhkan mereka dari penyakit dan membawa mereka pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan ke panti werdha. Lebih dari itu, pengayoman lansia seharusnya dapat mengantarkan mereka melintasi usia sepuh yang panjang dalam keadaan sehat, mandiri, dan produktif. Lansia yang mampu mandiri dan produktif akan mengurangi beban ekonomi dari keluarga, masyarakat, serta pemerintah.

Bali adalah salah satu provinsi yang sudah mengalami pergeseran menjadi struktur penduduk tua. Peningkatan usia harapan hidup dan laju urbanisasi juga terjadi di Ibukota Provinsi Bali, yaitu Kota Denpasar yang berpengaruh pada peningkatan jumlah penduduk lanjut usia setempat. Persentase lansia di Kota Denpasar pada tahun 2014 sebanyak 2,81%, meningkat pada tahun 2015 menjadi 2,91%, dan terjadi peningkatan lagi pada tahun 2016 mencapai 2,98% (BPS Kota Denpasar, 2017). Denpasar menjadi salah satu dari 14 kota di Indonesia yang terpilih dalam studi asesmen kota ramah lanjut usia tahun 2013 (SurveyMETER & CAS UI, 2013). Masyarakat Kota Denpasar dalam studi asesmen tersebut diminta untuk memberikan pendapatnya terkait pencapaian delapan dimensi kota

ramah lansia berdasarkan WHO. Dimensi yang sudah mengarah pada kota ramah lansia hanya terdapat pada dimensi dukungan masyarakat dan pelayanan kesehatan serta penghormatan dan inklusi/keterlibatan sosial. Sedangkan dimensi lain seperti gedung dan ruang terbuka, transportasi, perumahan, partisipasi sosial, partisipasi sipil dan pekerjaan, serta komunikasi dan informasi masih membutuhkan perhatian untuk mencapai standar (SurveyMETER & CAS UI, 2013).

Kesehatan dan kesejahteraan lansia yang tinggal di wilayah perkotaan tidak cukup apabila hanya didukung dengan fasilitas kesehatan yang optimal. Lansia memerlukan lingkungan dan kegiatan yang terapeutik selama melewati proses menuanya dan hal ini didukung oleh enam dimensi lain yang belum tercapai dalam survei asesmen tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Supraba, Widarini, dan Ani (2016) menyebutkan bahwa 64,58% lansia di Kota Denpasar mempunyai kualitas hidup yang kurang, 61,1% dengan aktivitas sosial yang kurang, dan 52,8% dengan interaksi sosial yang kurang. Kualitas hidup yang kurang lebih banyak dijumpai pada lansia yang tidak bekerja, berpenghasilan rendah, dan berstatus janda atau duda.

Perhatian pemerintah Kota Denpasar sebenarnya dicerminkan dalam program posyandu lansia yang terdiri dari kegiatan senam lansia, pemberian paket obat, PMT, dan pemeriksaan kesehatan (Dinkes Kota Denpasar, 2014). Namun, untuk mencapai kualitas hidup yang optimal, terlebih pencapaian target Kota Denpasar Ramah Lansia Tahun 2030, diperlukan kegiatan yang bukan hanya memerhatikan masalah fisik, tetapi juga psikologis, sosial, kultural dan spiritual pada lansia.

B. Konsep Program

Terapi menari membawa efek yang baik bagi kondisi fisik dan kualitas hidup lansia (Gouvêa et al., 2017; Guillaume, 2017; Machacova et al., 2017; Roswiyani et al., 2017). Pada lansia penderita parkinson, menari dapat mendorong untuk mengikuti perubahan pola ritme. Tremor dan kekakuan adalah efek penyakit ini. Lansia dengan parkinson mendapatkan kontrol yang lebih besar dengan terapi menari (Guillaume, 2017). Machacova et al. (2017) juga menyebutkan bahwa terapi berbasis tarian memperlambat penurunan status fungsional lansia setelah diberikan intervensi selama 3 bulan. Roswiyani et al. (2017) juga melakukan *systematic review* tentang kombinasi aktivitas berbasis seni dan aktivitas fisik untuk kualitas hidup dan suasana perasaan lansia. Hasil yang didapatkan adalah 70% studi yang diambil dalam penelitian ini menyatakan kombinasi intervensi ini memberikan efek yang positif terhadap kualitas hidup dan suasana hati lansia. Hal ini juga didukung oleh penelitian Gouvêa et al. (2017) yang menyebutkan intervensi tarian pada lansia efektif sebagai latihan fisik untuk meningkatkan kualitas hidup, serta kesehatan fisik dan mental lansia. Musik dan tari merupakan komponen terapi nonfarmakologis yang efektif untuk keluhan psikologis. Indonesia memiliki banyak tarian yang dapat diaplikasikan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Widya et al. (2017) memberikan terapi depresi melalui kombinasi tari dan musik gamelan guna menurunkan tingkat depresi pada lansia.

Tari Janger adalah salah satu tarian Bali yang merupakan sebuah tari pergaulan dan biasanya ditarikan oleh muda-mudi. Koreografi Tari Janger sebenarnya diciptakan untuk

ditarikan oleh kalangan muda-mudi yang fisiknya masih muda. Hal itu dapat dilihat dari ragam gerak, tata rias busana, dan tempo iringan musik tarinya. Tari Janger yang koreografinya diperuntukan bagi muda-mudi itu pernah diterapkan pada para lansia di Kelurahan Tonja Denpasar. Kesenian ini tidak fungsional dan tidak bisa berkelanjutan pada agregat lansia. Masalah yang muncul terkait ragam gerak, tempo, dan tata rias busana dari tarian itu kurang representatif bagi mereka yang tergolong lanjut usia (Ruastiti et al., 2015). Maka dari itu, penelitian Ruastiti et al. (2015) merevitalisasi Tari Janger agar dapat diimplementasikan untuk lansia. Kegiatan revitalisasi ini dilakukan secara bertahap: 1) melakukan penyuluhan, dialog dengan masyarakat setempat guna memperoleh kesepakatan untuk merancang bentuk penyajian, koreografi Tari Janger Lansia; 2) implementasi bentuk penyajian dan koreografi Tari Janger Lansia; 3) uji coba hasil kegiatan, dengan mementaskan Tari Janger Lansia tersebut; dan 4) monitoring, evaluasi, dan penyempurnaan luaran kegiatan. Tujuan akhir dari riset ini adalah untuk membangkitkan kembali Tari Janger Lansia sehingga lansia dapat menari dan mengingat gerakan tari lebih mudah (Ruastiti et al., 2015).

Tari Janger Lansia ini sudah dibuktikan mampu diadaptasi oleh lansia di daerah Tonja Denpasar. Tari Janger mampu menumbuhkembangkan nilai-nilai kebersamaan dan gotong royong, baik lewat tata tarinya maupun dalam mengungkapkan nyanyiannya. Secara tematik, pesan-pesan yang disampaikan sarat akan nilai-nilai moral yang kontekstual seperti ajeg Bali hingga patriotisme yang identik dengan kehidupan lansia sebagai kelompok

yang pantas menerima penghormatan dari agregat lain. Interaksi lansia dalam tari dan olah vokal juga dapat memicu rilisnya hormon endorphen sehingga lansia merasa lebih bahagia (Ruastiti et al., 2015). Walaupun banyak keuntungan dari tarian ini bagi lansia, belum ada program khusus yang menaungi tarian ini sebagai terapi aktivitas fisik yang bermanfaat bagi kualitas hidup. Maka dari itu, pengembangan program untuk optimalisasi Tari Janger Lansia di Kota Denpasar penting dilakukan.

C. Perencanaan Program

Pengembangan Tari Janger Lansia ini direncanakan terintegrasi dengan program Posyandu lansia yang sudah berjalan di Kota Denpasar. Rencana pengembangan Tari Janger Lansia dilakukan dengan pendekatan *4-Step Planning Process* dari Ervin (2002).

1. Mendefinisikan (*Defining*)

Tahap 1 adalah mendefinisikan permasalahan yang ada pada lansia di Kota Denpasar. Fasilitas dan pelayanan kesehatan untuk lansia sudah berjalan baik di Kota Denpasar. Namun, perhatian terkait masalah-masalah psikososial lansia di Denpasar belum mendapat perhatian. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Supraba, Widarini, dan Ani (2016) yang menyebutkan 64,58% lansia di Kota Denpasar mempunyai kualitas hidup yang kurang.

2. Menganalisis (*Analizing*)

Terapi-terapi modalitas untuk mengatasi keluhan psikologis lansia cukup banyak. Hal ini juga sudah diatur dalam *Nursing Intervention Classification* (NIC) seperti terapi aktivitas, terapi kelompok, terapi kesenian, terapi milieu, terapi musik, terapi relaksasi, hipnoterapi, aromaterapi,

serta terapi *reminisence*.

3. Memilih (*Choosing*)

Terapi-terapi modalitas yang ada lebih menekankan pada aspek psikologis dan jarang melihat aspek sosial lansia. Terapi menari dengan Tari Janger Lansia adalah terapi yang dapat digunakan sebagai aktivitas terapeutik untuk meningkatkan kesehatan fisik melalui rentang gerak, psikologis melalui perasaan senang dalam menari dan mendengarkan music, dan sosial dengan nyanyian bersaut-sautan antarpeneri. Aspek kultural juga diperhatikan dalam terapi dengan memilih jenis tarian yang mudah dimengerti dan dihafalkan karena merupakan budaya setempat. Spiritual diperoleh melalui dukungan masyarakat selama pementasan sehingga semangat lansia dalam menari dibangkitkan yang harapannya spirit ini dapat tetap dijaga dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

4. Memetakan (*Mapping*)

Pemetaan waktu dalam rencana implementasi Tari Janger Lansia ini terdiri dari tiga tahap, yaitu persiapan, implementasi, dan evaluasi. Berikut adalah penjelasan masing-masing tahap:

a. Tahap persiapan

Tari Janger Lansia sudah dilakukan revitalisasi oleh Ruastiti et al. tahun 2015. Tarian ini sudah menghasilkan model yang sesuai untuk fisiologis lansia di Daerah Tonja. Namun, model ini memang belum disosialisasikan dan disebarluaskan sebagai terapi aktivitas untuk lansia di Kota Denpasar. Ada beberapa hal dalam tahap persiapan yang akan dilakukan:

- 1) Penyusunan modul Tari Janger Lansia
Modul Tari Janget Lansia disusun sebagai panduan untuk melaksanakan aktivitas fisik, sehingga pemegang program Posyandu dan kader lansia nantinya memiliki pedoman selama melaksanakannya. Modul berisi deskripsi singkat tarian, manfaat bagi lansia, waktu yang dibutuhkan dan jumlah sesi, kontraindikasi, monitoring dan evaluasi selama kegiatan, lembar pencatatan hasil kuisioner WHOQOL dan tanda-tanda vital masing-masing lansia, alat dan bahan yang diperlukan, serta keterlibatan masyarakat dalam tarian ini.
- 2) Pembuatan dan Perekaman Tari Janger Lansia
Kerja sama dijalin dengan Institut Seni Indonesia (ISI) Denpasar dan profesi fisioterapi dengan memerhatikan secara fisiologis dan ergonomis gerakan-gerakan dalam tarian ini, sehingga layak untuk disebarluaskan sebagai aktivitas fisik terapeutik bagi lansia. Setelah dihasilkan model yang paling tepat, langkah selanjutnya adalah menunjuk salah satu Posyandu lansia yang ada di Kota Denpasar, meminta izin dengan aparat setempat, serta meminta kesediaan beberapa lansia untuk menjadi penari yang akan direkam dalam rekaman percontohan Tari Janger Lansia. Proses perekaman diawasi peneliti revitalisasi tari dari ISI Denpasar, fisioterapis, dan perawat sebagai pemegang program inovasi.

- 3) Pembuatan proposal pengajuan dana kepada Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, serta Pemerintah Kota Denpasar Proposal disampaikan dengan tujuan mendapatkan dukungan pendanaan dalam penyelenggaraan dan penyebarluasan Tari Janger Lansia ke-86 Posyandu lansia yang tersebar di Kota Denpasar. Modul dan rekaman percontohan dilampirkan dalam proposal sebagai pertimbangan di samping urgensi kualitas hidup lansia yang rendah di Kota Denpasar.

b. Tahap implementasi

Tahap implementasi dilakukan setelah tahap persiapan tercapai. Adapun langkah-langkah strategis dalam implementasi adalah:

- 1) Sosialisasi dan distribusi modul serta CD percontohan Tari Janger Lansia ke masing-masing posyandu lansia yang ada di Kota Denpasar kepada pemegang program Posyandu dan kader lansia juga didukung oleh perangkat desa setempat.
- 2) Pelaksanaan latihan tari yang diawasi oleh kader lansia, pemegang program posyandu lansia, dan perangkat desa sekali seminggu dalam tiga bulan sesuai penelitian terapi menari oleh Machacova et al. (2017). Latihan ini dilakukan di balai banjar masing-masing desa dengan pemutaran tarian percontohan terlebih dahulu. Kader lansia atau perawat

melakukan pemeriksaan TTV dan pengkajian WHOQOL sebelum dan setelah latihan yang dicatat dalam lembar evaluasi kesehatan lansia.

- 3) Perlombaan dan pagelaran Tari Janger Lansia pada bulan keempat setelah latihan selama tiga bulan dilaksanakan di *Ardha Candra Open Theater Art Centre* Denpasar yang menampilkan seluruh lansia yang sudah berpartisipasi dalam tarian ini. Penyebaran informasi melalui media sosial dan media elektronik yang mengajak masyarakat serta wisatawan untuk datang menyaksikan pagelaran ini.

c. Tahap evaluasi

Tahap evaluasi akhir dilaksanakan setelah pagelaran Tari Janger Lansia dengan mengevaluasi WHOQOL lansia. Rencana evaluasi terperinci dengan pendekatan Donabedian. Rencana evaluasi menggunakan pendekatan Donabedian sebagai berikut.

1) Evaluasi Struktur

Elemen yang akan dievaluasi dalam evaluasi struktur adalah keberhasilan administratif pengurusan izin dan proposal penyelenggaraan program, ketersediaan sumber daya di masyarakat yang mendukung tarian, misalnya penabuh (musik) dari agregat dewasa, adanya tempat di masing-masing Posyandu lansia untuk latihan, serta sinergi program atau

kegiatan lain dalam Posyandu lansia.

2) Proses

Evaluasi proses yang dinilai adalah:

- a) kehadiran lansia setiap kali sesi latihan di masing-masing posyandu lansia;
- b) hal-hal yang dirasakan lansia sebelum dan setelah latihan setiap sesinya;
- c) tanda-tanda vital lansia sebelum dan setelah latihan setiap sesinya;
- d) hasil kuisioner WHOQOL lansia sebelum dan setelah latihan setiap sesinya, dan
- e) hal-hal penting yang terjadi di setiap sesi.

3) Hasil

Elemen hasil berfokus pada hasil yang dicapai dalam program, yaitu kualitas hidup lansia dan keluarganya, serta status kesehatan individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat yang berpartisipasi dalam program ini.

- a) Setelah pagelaran dilakukan, kualitas hidup lansia diukur menggunakan instrumen WHOQOL dan hasilnya dibandingkan dengan pengukuran awal dan di setiap sesi pada masing-masing lansia.
- b) Keluarga lansia dan perangkat desa ditanya pendapat serta masukannya terkait pelaksanaan program ini yang kemudian dikaitkan dengan indikator elemen partisipasi sosial dalam target kota ramah lansia di Kota Denpasar.
- c) Manfaat dari sisi ekonomi dapat diukur

dari pendapatan penjualan tiket pada saat pagelaran Tari Janger Lansia. Hasil dari pendapatan ini dialokasikan untuk keberlanjutan program.

D. Analisis *Strength, Weakness, Opportunity, dan Threats* (SWOT)

Adapun analisis kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam program ini adalah sebagai berikut.

Tabel 4.20. Analisis Kota Sehat Program Tari Jenger Ramah Lansia.

<i>Strenghts</i> (kekuatan)	<i>Weaknesses</i> (kelemahan)
a. Terbukti dalam beberapa penelitian bahwa terapi aktivitas fisik dengan pendekatan seni dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. b. Pendekatan budaya ditonjolkan, sehingga memberikan semangat dan rasa gembira bagi lansia. c. Manfaat yang didapatkan lansia bukan hanya kebugaran fisik, tetapi juga aspek psikologis, sosial, kultural, dan spiritual. d. Pagelaran seni tari di akhir sesi menumbuhkan rasa bahwa lansia adalah bagian dari masyarakat yang diapresiasi dan diperhatikan keberadaannya. Hal ini akan meningkatkan harga diri dan <i>self efficacy</i> lansia. e. Pagelaran seni ini juga dapat menguntungkan di sisi ekonomi masyarakat Kota Denpasar dengan aspek budaya sebagai daya tarik wisatawan.	a. Program ini dirancang untuk lansia yang setidaknya masih mampu berjalan dan menggerakkan ekstremitasnya untuk menari, sehingga tidak seluruh lansia dapat menikmati program ini. b. Program ini membutuhkan sumber daya dan sumber dana yang cukup, apabila dukungan dari elemen ini tidak ada, program ini akan sulit diaplikasikan walaupun kebermanfaatannya baik.

f. Keluarga dan masyarakat merasakan manfaat dari kemandirian dari aktivitas ini.	
Opportunities (peluang)	Threats (ancaman)
a. Adanya target capaian Kota Denpasar sebagai Kota Ramah Lansia tahun 2030 membuka peluang untuk mengembangkan inovasi dari setiap elemen yang belum mencapai target. b. Dukungan pemerintah Kota Denpasar yang bersinergi dengan dinas kesehatan serta dinas pendidikan dan kebudayaan menjadi peluang yang baik dalam pengembangan program ini.	a. Ancaman yang dapat terjadi adalah adanya kejenuhan jika program ini dilakukan terus-menerus selama beberapa kali tanpa ada inovasi lain yang mendukung.

Berdasarkan analisis SWOT di atas, ada beberapa strategi yang dapat dilakukan. Ada empat hal yang akan ditekankan, yaitu bagaimana kekuatan mampu mengambil keuntungan dari peluang yang ada (*strenghts-opportunities*), cara mengatasi kelemahan yang dapat mencegah keuntungan dari peluang yang ada (*weaknesses-opportunities*), bagaimana kekuatan mampu menghadapi ancaman (*strenghts-threats*) dan cara mengatasi kelemahan yang dapat membuat ancaman menjadi nyata atau justru membuat suatu ancaman baru (*weaknesses-threats*).

1. *Strenghts-Opportunities*

Pendekatan budaya dan besarnya manfaat yang diberikan Tari Janger Lansia diharapkan dapat menjadikan landasan pemerintah Kota Denpasar, Dinas Kesehatan, serta Dinas Pendidikan dan Kebudayaan dalam memberikan dukungan. Selain itu, tarian ini meningkatkan partisipasi sosial lansia yang merupakan salah satu elemen dari kota ramah lansia.

2. *Weaknesses-Opportunities*

Dukungan dana sangat penting dalam program ini, strategi untuk mengatasi kelemahan adalah dengan memperluas jangkauan *partnership* dan *sponsorship* pada LSM dan juga pihak swasta.

3. *Strenghts-Threats*

Feedback dari lansia yang sudah menjalani program ini sangat diperlukan. Walaupun program ini berbasis budaya dan menyenangkan bagi lansia, kejenuhan mungkin saja terjadi karena dilakukan terus-menerus. Maka dari itu, perlu diadakan inovasi-inovasi terkait, misalnya memodifikasi Tari Janger Lansia dengan pendekatan sosiodrama.

4. *Weaknesses-Threats*

Kejenuhan dan tidak adekuatnya sumber pendanaan dapat memutus sustainibilitas program. Maka dari itu, diperlukan komitmen seluruh masyarakat, tenaga kesehatan, serta pemerintah Kota Denpasar untuk terus memotivasi dan memerhatikan program ini. Hal lain yang dapat dilakukan adalah dengan memasukkan program ini sebagai salah satu kegiatan dalam Posyandu lansia yang dilakukan, misalnya satu tahun sekali saja untuk mengurangi kejenuhan.

BAB 5

PENUTUP

Rancangan program inovasi dalam menciptakan Kota Sehat dilihat dari sudut pandang Keperawatan Komunitas dapat melalui penanganan isu kesehatan sepanjang daur hidup manusia. Keilmuan Keperawatan Komunitas memberikan *framework* alur pembuatan program Kota Sehat dengan pendekatan proses keperawatan, dimulai dari pengakajian menggunakan teori keperawatan hingga rancangan program yang berorientasi pada kesehatan komunitas. Tatanan Kota Sehat dapat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus di daerah setempat. Permasalahan kesehatan antarkelompok masyarakat akan berbeda sehingga inovasi program Kota Sehat pun akan berbeda agar dapat menyelesaikan masalah kesehatan di daerah tersebut.

Buku ini memberikan gambaran dan analisis kesehatan dalam merancang program inovasi Kota Sehat dilihat dari sudut pandang sepanjang daur kehidupan. Semoga buku ini dapat menambah wawasan pembaca mengenai Kota Sehat sehingga dapat mewujudkan Kota Sehat yang mampu memberikan kesejahteraan kepada masyarakat Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiah, R. Al. (2015). Upaya Pencegahan Kekerasan Terhadap Anak. *Jurnal Keamanan Nasional*, 1(2), 279–296.
- Advance Access & Delivery. (2018). *Zero TB Initiative & Zero TB Cities Project*. Retrived from <http://www.advanceaccessanddelivery.org>
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., ... Sungkar, S. (2018). Review Universal health coverage in Indonesia : concept , progress , and challenges. *Lancet Journal*, 6736(18), 1–28. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2014). *Community & public health nursing: Promoting the publics health*. (Wolters Kluwer, Ed.) (8th Ed). United States: Lippincott Williams & Wilkins.
- Almossawi. (2017). *A Vision for Zero TB Cities*. URC. Retrived from <http://www.urc-chs.com/news/vision-zero-tb-cities>
- Ambarwati, E. R., & Prihastuti. (2019). Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) Mencuci Tangan Menggunakan Sabun Dan Air Mengalir Sebagai Upaya Untuk Menerapkan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (Phbs) Sejak Dini. *Celebes Abdimas: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(April), 45–52. Retrieved from <http://journal.lldikti9.id/CER/index>
- Anderson E.T. & McFarlen J. (2011). *Community as partner: theory and practice in nursing (6th ed)*. Philadelphia: Macmillan Company.
- Assistance Team on Fiscal Decentralization for the Minister of Finance RI. (2011). *Indonesia intergovernmental transfer: Rensponse on future demographic and urbanization shifts*. Jakarta: Kementerian Keuangan RI).
- Badan Pusat Statistik Kota Serang. (2017). *Kota Serang dalam Angka*. Serang: Badang Pusat Statistik Kota

Serang.

- Badraningsih, & Zuhny, E. (2015). Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK). Retrieved from <http://staff.uny.ac.id>
- Bappenas.(2015).*Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia 2014*.
- Bloom,D.E. & J.E.Finlay. (2009). Demographic Change and Economic Growth in Asia. *Asian Economic Policy Review* (4) : 45-64.
- BPS. (2017). Statistik penduduk lanjut usia 2017. Jakarta: BPS. Retrieved from <https://www.bps.go.id>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2006). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. reatrived from <http://www.tbindonesia.or.id>
- Depkes RI, & UNICEF. (2010). Pedoman rujukan kasus kekerasan terhadap Anak Bagi Petugas Kesehatan.
- Departemen Kesehatan. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Kendari. (2016). *Profil kesehatan Kota Kendari Tahun 2015*. Kendari: Dinkes
- Depkes RI. (2006). Pedoman peyelenggaraan upaya perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas: Keputusan Menteri Kesehatan No. 279 tahun 2006.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. (2017). *Profil kesehatan Sulawesi Tenggara Tahun 2016*. Kendari: Dinkes Pro.SulTra
- Dirjen Pembinaan Pengawas Ketenagakerjaan. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kerja (2008). Indonesia: Direktorat Jenderal Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan.
- Dirjen Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit. (2017). *Strategi penanggulangan TB Di Indonesia*. Pertemuan Monev TB Nasional Makassar, 10 April 2017. <http://www.depkes.go.id>
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas. Jakarta: Salemba Medika.

- Furlan, M. C. R., Gonzales, R. I. C., & Marcon, S. S. (2015). Performance of tuberculosis control services in municipalities of Paraná : family centeredness. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 102–110. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.55869>
- Hapsari, D., Afifah, T., & Sudani, O. (2007). Gambaran kebijakan penyelenggaraan Kota Sehat pada lima kota di Indonesia, *XVII*, 19–28.
- Hansen-Turton, T., Miller, M. E. T., Greiner, P. A., & Consortium., N. N. C. (2009). Nurse-managed wellness centers : developing and maintaining your center. New York, NY: Springer. Retrieved from <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=445590>
- Harvard Medical School. (2016). *An activist's guide to fighting tuberculosis*. Harvard: HMS
- Hidayat, A., Abikusno, N., Kusumaratna, R. K., & Surjawidjaja, J. E. (2010). Membangun Kota Sehat melalui perilaku sehat dan beradab menyongsong Indonesia Sehat 2010, *22*(2), 61–69.
- Iskandar, A., Tanuwijaya, S., & Yuniarti, L. (2015). Hubungan Jenis Kelamin dan Usia Anak Satu Tahun Sampai Lima Tahun dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). *Global Medical and Health Communication*, 3(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.29313/gmhc.v3i1.1538>
- Infodatin: Situasi Kesehatan Anak Balita di Indonesia. (2015). *Annex 15 : Observation Checklist for Pdi*.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (4th Editio). United States: F.A Davis Company.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2014). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5th Editio). United States: F.A Davis Company.
- Kementerian Kesehatan RI. (2008). KMK No. 519 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pasar Sehat.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Strategi nasional*

pengendalian TB di Indonesia 2010-2014. Jakarta: Kemenkes RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014, 1–24. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Strategi nasional pengendalian TB*. P2PL Kementrian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Infodatin : Situasi kesehatan kerja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan Provinsi Bali*.

Kemenkes RI. (2016). *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2016). Tuberkulosis Temukan obati sampai sembuh. *INFODATIN: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Ketenagakerjaan RI. (2016). Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 1 Tahun 2016 tentang Tata Cara Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, dan Jaminan Hari Tua Bagi Peserta Bukan Penerima Upah.

Kementrian Kesehatan RI. (2014). Infodatin Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia.

Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Tuberkulosis temukan obati sampai sembuh. Infodatin: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI

Kementrian Kesehatan RI. (2016, July). Akhiri kekerasan pada anak, pp. 1–7.

Kementerian Kesehatan. Permenkes No. 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, (2016).

Kementrian Pendayagunaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2015). Pedoman Kabupaten/Kota Layak Anak

- di Indonesia, 1–20.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI. (2014). *Rencana pembangunan jangka menengah nasional 2015-2019*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (2016). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017a). Buku panduan gerakan masyarakat hidup sehat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from promkes.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan RI. (2017b). Kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tahun 2017. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kumbini, D. R., & Ismail. (2017). Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga: Aplikasi keluarga sehat. *Jendela Data Dan Informasi Kesehatan*, 5–20.
- KPAI. (2017). Tahun 2017, KPAI Temukan 116 Kasus Kekerasan Seksual Terhadap Anak.
- Kusbiantoro, D. (2015). Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Prasekolah Di Taman Kanak-Kanak Aba 1 Lamongan Dadang Kusbiantoro Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Lamongan. *Surya*, 07(01). <https://doi.org/10.1186/1757-1146-6-31>
- Laelasri, E., Nawar, A., & Soerachman, R. (2017). Jurnal Ekologi Kesehatan adalah media informasi hasil penelitian dan pengembangan bidang ekologi kesehatan untuk Jurnal Ekologi Kesehatan The Indonesian Journal of Health Ecology. *The Indonesian Journal of Health Ecology*, 16(2), 57–120.
- Larsi, Dewi, N., & Prihatiningtyas, B. (2016). Pemberdayaan Pedagang Pasar Tradisional Blimbing. *Jurnal Care*, 4(3). Retrieved from <https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/>

- Leeuw, E.D. (2014). *Global and local (glocal) health: The WHO healthy cities programme*. Denmark: WHO collaborating Centre for Research on Healthy cities. Retrieved from <http://glocalhealthconsultants.com>
- Leeuw, E.D., Tsouros, A.D., Dyakova, M., & Green Geoff. (2014). *Healthy cities: Promoting health and equity-evidence for local policy and practice*. Europe: WHO, retrieved from <http://www.euro.who.int>
- Malano, H. (2011). Selamatkan pasar tradisional: potret ekonomi rakyat kecil. Retrieved May 15, 2018, from <https://books.google.co.id>
- Management sciences for health. (2017). *New initiative calls for TB free Cities in Bangladesh*. Retrieved from <https://static1.squarespace.com>
- Menteri Dalam Negeri, & Menteri Kesehatan. (2010). Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 Nomor : 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/ Kota Sehat. Retrieved from <https://www.google.co.id>
- Nies, M. A. (Mary A., & McEwen, M. (2014). *Community/public health nursing : promoting the health of populations* (6th Editio). Canada: Elsevier Health Sciences.
- Presiden Republik Indonesia. (2014). *Undang-undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2015). Infodatin Situasi Kesehatan Kerja. *Kementrian Kesehatan RI*.
- Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2018). An Empirical Study of Chronic Diseases in the United States : A Visual Analytics Approach to Public Health. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 15(431), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030431>
- Raja, R. D., Kaunang, T. M. D., Dundu, A. E., & Munayang, H. (2016). Gambaran tingkat kecemasan pada anak yang mengalami kekerasan di sekolah dasar di Kecamatan Malalayang Kota Manado. *E-Clinic (ECL)*, volume 4,.

- RI, D. (2007). Modul Pelatihan PKPR Bagi Konselor Sebaya.
- Rinaldi, B. (2014). Manajemen Pengelolaan Sampah Pasar Rau. *Universitas Sulten Ageng Tirtayasa*. Retrieved from [http://repository.fisip-untirta.ac.id/577/1/Skripsi Berli Rinaldi - FINAL 2015 - Copy.pdf](http://repository.fisip-untirta.ac.id/577/1/Skripsi%20Berli%20Rinaldi%20-%20FINAL%202015%20-%20Copy.pdf)
- Rumtianing, I. (2014). Kota layak anak dalam perspektif perlindungan anak. *Jurnal Pendidikan Pancasila Dan Kewarganegaraan*, 27(156), 7–23.
- Sahar, J., Setiawan, A., & Riasmini, N. M. (2018). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. (IPPKI, AIPNI, & AIPViKI, Eds.) (1st Indone). Jakarta: Elsevier Ltd.
- Soedirham, O. (2012). Kota Sehat sebagai Bentuk Sustainable Communities Best Practice Healthy City as Sustainable Communities Best Practice Form. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(2), 51–55.
- Stanhope & Lancaster. (2010). *Foundation of nursing in the community: Community oriented practice*. Mosby: Evolve.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (9th Editio). United States: Elsevier.
- Suryani, D., Nurdjanah, E. P., & Jumadil, M. (2018). Membudayakan Hidup Sehat Melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Di Dusun Mendang III, Jambu Dan Jarakah Kecamatan Tanjungsari, Gunungkidul. *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat*, 2(1), 65–74. Retrieved from journal2.uad.ac.id
- Tim Pembina Kabupaten/Kota Sehat Tingkat Pusat. (2005). Pedoman penyelenggara kabupaten/Kota (Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan).
- Trisnowati, H., Marlinawati, V. U., & Sumiratsi, N. N. R. (2018). Gerakan Masyarakat Cinta Sehat (Germacis) Sebagai Strategi Mengendalikan Penyakit Tidak Menular : Studi Pada Kampung di Yogyakarta. *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat*, 103(2013), 2013. Retrieved from <https://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article/view/39777/23047>
- Unicef Indonesia. (2015). Kekerasan Terhadap Anak: Kini Saatnya Bertindak.

- UNOPS. (2016). *The paradigm shift 2016-2020. Europe: UNOPS. Reatrived from* <http://www.stoptb.org>
- Widagdo, W. (2019). Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). In *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga* (pp. 173–182).
- World Health Organization. (2018). *Tuberkulosis*. WHO. Diakses 15 Maret 2018 from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/
- Zero tb cities.(2016). *Getting t o Zero: A Guide to the search, t r e a t, preventcomprehensiveapproach*.Raetrivedfrom <https://static1.squarespace.com>

