

Edisi Februari 2017

SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Kemenkes RI

**WAJIB KERJA
DOKTER SPESIALIS**

**RAKERKESNAS
2017**

GEMAS SIBELUD

ISSN : 0216-3594



2 770216 359490

ISSN: 02116-3594

SUSUNAN REDAKSI

Buletin

Edisi Februari 2017

SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Kemenkes RI

Penanggung Jawab

Kepala Badan PPSDM Kesehatan

Redaktur

Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan

Penyunting

Kepala Bagian HUKORMAS

Kepala Bagian Keuangan dan BMN

Kepala Bagian Program dan Informasi

Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum

Kepala Sub Bag. Advokasi Hukum dan

Hubungan Masyarakat

Desain Grafis

Lulus Rusbiyanto

Kristian Adi Kusuma

Fotografer

Dra. Dely Rambli |

Herlambang SKM, MAP | Sigit Widodo

Sekretariat

M. Nazif, SKM, M.Pd | Sunarso, SAP |

Rezandi Ciptadewa, S.I.Kom | Ida Sri

Suningsih | M. Latif | Nia Kurniasih, AMG

| Hidayat Desiayudha | Yusup

ALAMAT REDAKSI

Sub Bagian Advokasi Hukum dan

Hubungan Masyarakat, Bagian

Hukormas

Jalan Hang Jebat III, Blok F3

Kebayoran Baru Jakarta Selatan.

PO BOX No 6015/JKS.GN

Jakarta 12120

☎ 021-7245517, 72797302 ext. 3034

📞 021-7398852

🌐 www.bppsdmk.depkes.go.id

📖 perpustakaan.bppsdm.depkes.go.id

✉ humas_bppsdmk@yahoo.com

📧 buletin_sdmk@yahoo.com



Salam Redaksi



WAJIB KERJA DOKTER SPESIALIS

Presiden Jokowi meluncurkan program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) dan Pencanangan Pembangunan 124 Puskesmas di Perbatasan. Perpres Nomor 4 tahun 2017 resmi ditetapkan untuk mengatur Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS). Perpres ini muncul dengan dasar pertimbangan pemerataan layanan kesehatan dalam hal ini pelayanan kesehatan spesialistik.

Kurangnya tenaga dokter baik jumlah, jenis dan distribusinya menimbulkan dampak terhadap rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Karenanya penyediaan tenaga dokter spesialis dalam jumlah, jenis, dan bermutu di rumah sakit merupakan keharusan.

Data KKI per 31 Desember 2015 menyatakan jumlah dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang terdaftar STR di KKI sebanyak 29.665 orang, bila dihitung sesuai dengan rasio spesialis dan jumlah penduduk maka saat ini rasio spesialis adalah 12,7 per 100.000 penduduk melebihi dari target rasio yang ditetapkan yaitu 10,2 per 100.000 penduduk.

Namun terdapat disparitas yang cukup besar antar provinsi di Indonesia dimana rasio dokter spesialis tertinggi berada di kota-kota besar seperti DKI Jakarta, DI. Yogyakarta, Bali sementara rasio terendah yaitu NTT, Sulbar, Maluku Utara.

Program WKDS (Wajib Kerja Dokter Spesialis) adalah jawaban dari kondisi di atas. Program ini selain mampu menekan disparitas rasio keberadaan dokter spesialis yang lebar antar provinsi, juga memungkinkan keterlibatan dokter spesialis dalam upaya menyelesaikan secara bertahap dan berkelanjutan “pekerjaan rumah kesehatan” yang sulit untuk diselesaikan (*unfinished agendas*) seperti tingginya Angka Kematian Ibu (359 per 100.000 kelahiran, SDKI 2012), Angka Kematian Bayi (AKB), dll.

WKDS menjadi sebuah program yang mendapat dukungan secara luas dari organisasi Profesi seperti IDI, POGI, PABI, PAPDI, IDAI dan Perdatin serta Kolegium Ahli Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Anak, Ahli Bedah serta Anestesiologi dan Terapi Intensif serta pihak terkait lainnya. Sementara Kementerian Kesehatan bertanggung jawab dalam perencanaan WKDS, termasuk melakukan pemetaan kebutuhan dokter spesialis.

Selamat Membaca.

Daftar Isi



FOKUS UTAMA 4-21

Rapat Kerja Kesehatan Tahun 2017

Solusi Pemenuhan Dokter Spesialis Melalui Wkds
W K D S (Wajib Kerja Dokter Spesialis)

Fasilitas Blu Dalam Peningkatan Kinerja Layanan
Rapat Koordinasi Satuan Kerja Dilingkungan

Bppsdmk

Membangun Kesiapsiagaan Tenaga Kesehatan

Hadapi Bencana

22



Manajemen SDM 22-29

- Menggeser Dokter Ke Daerah Terpencil
- Bravo, Perawat Indonesia!
- BNSP Serahkan Sertifikat Lisensi Tenaga Kesehatan Ke Badan PPSDM Kesehatan
- Diseminasi Review Standar Kompetensi Jabatan (SKJ)

Seputar Institusi 30-38

- Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung Turut Penanggulangan Bencana Banjir Bandung Selatan

- Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung Dalam Penanggulangan Korban Bencana Tanah Longsor Di Banjarnegara
- Pengukuhan Pengurus Pamong Dan Pelantikan Anggota Penegak/ Pandega Gugus Depan 09201-09202 Pangkalan Bapelkes Cikarang
- - S A V E G A R U T - Berkolaborasi Menumbuhkan Jiwa Kemanusiaan Pasca Bencana Garut-Sumedang

32



IPTEK 39-44

- Mengulang Kemenangan Sport Science 2013
- Mengubah File PDF ke Format File Lain
- Aplikasi Mudah Untuk Ujian Online

Info 45-53

- Seminar Nasional Save Our Children with Sex Education
- Reuni Akbar Akbid Dehasen
- Genre Nikah Dini
- Mencuci Tangan = Mengatasi Flu

Opini 54-57

- Dokter Sutomo Masa Kini
- Melawan Penyakit Langka Dengan Peta

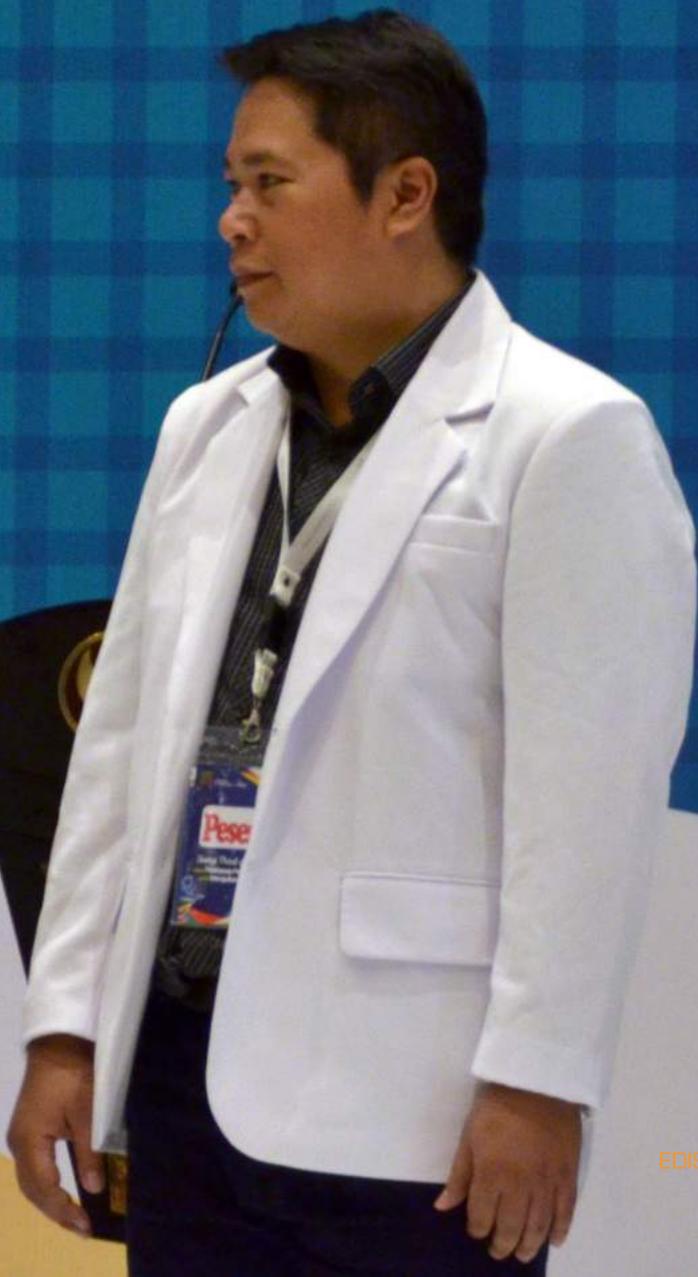
51



RAPAT KERJA KESEHATAN TAHUN 2017



RAKER KES 20 NAS 17



Disebutkan, pada pemerintahan Presiden Joko Widodo (Jokowi), pembangunan kesehatan menjadi investasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia (SDM) Indonesia. Pembangunan kesehatan menjadi salah satu upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan setiap individu agar dapat berperilaku hidup sehat bagi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pemerintah Republik Indonesia, melalui Kementerian Kesehatan,

menyadari bahwa kondisi geografis Indonesia menghadirkan tantangan tersendiri dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat.

Sebagai bentuk kesadaran akan dinamika dan kompleksitas layanan kesehatan masyarakat yang terus berkembang, Kementerian Kesehatan RI memandang perlu diadakannya Rapat Kerja Nasional untuk membangun sinergi di antara semua pelaku di sector ini.

Pemerintah menginginkan perencanaan kesehatan yang sistematis, terarah, terpadu, dan menyeluruh,

yang melibatkan berbagai sector dan seluruh komponen bangsa dalam pelaksanaannya, termasuk keterlibatan dunia usaha.

Rapat kerja yang dihadiri oleh berbagai pemangku kepentingan dari pemerintah pusat dan daerah mulai 26 Februari hingga 1 Maret tersebut akan dilakukan penandatanganan nota kesepahaman antara Kementerian Kesehatan dengan Badan Pengawas Tenaga Nuklir (Bapeten) terkait pembinaan dan pengawasan pemanfaatan teknologi nuklir di bidang kesehatan, sedangkan penandatanganan nota

kesepahaman Menkes dengan dunia usaha dan mitra strategis terkait kegiatan pertanggungjawaban social perusahaan di bidang kesehatan, serta penandatanganan nota kesepahaman antara Kementerian Kesehatan dengan pemerintah daerah kabupaten tentang penempatan tenaga dokter spesialis dalam rangka program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS).

“Diharapkan Rakerkesnas ini mampu menyatukan kita semua bersama-sama untuk mengadvokasi tiap kementerian lembaga serta pemerintah provinsi dan



“

Diharapkan Rakerkesnas ini mampu menyatukan kita semua bersama-sama untuk mengadvokasi tiap kementerian lembaga serta pemerintah provinsi dan kabupaten/ kota masing-masing untuk berkomitmen memenuhi ketersediaan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat”

kabupaten/kota masing-masing untuk berkomitmen memenuhi ketersediaan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat,” kata Menteri Kesehatan Nila F Moeloek.

Kegiatan Rakerkesnas 2017 juga membahas implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), kebijakan anggaran kesehatan, implementasi standard pelayanan minimum bidang kesehatan, pembangunan rumah desa yang sehat. Pada Rapat Kerja Kesehatan tahun 2017 ini dihadiri oleh Presiden Jokowi yang dalam sambutannya beliau mengingatkan perlunya focus dan sinergi dalam menangani masalah kesehatan. Pada Rakerkesnas 2017, Presiden Jokowi meluncurkan program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) dan Pencanaan Pembangunan 124 Puskesmas di Perbatasan.

Pada tanggal 27 Februari 2017 Menteri Kesehatan RI, Prof.Dr. dr. Nila Farid Moeloek, didampingi para pejabat tinggi madya Kementerian Kesehatan menggunting untaiian melati sebagai tanda dibukanya Pameran Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) 2017 yang bertajuk “Sinergi Pusat dan Daerah dalam Pelaksanaan Pendekatan Keluarga untuk Mewujudkan Indonesia Sehat”. Bertempat di Birawa Assembly Hall Bidakara Jakarta. Pameran Rakerkesnas 2017 digelar selama tiga hari, Senin s.d Rabu, 27 Februari s.d 1



Maret 2017.

Konsep Pameran Rakerkesnas 2017 mengangkat dua program prioritas Kementerian Kesehatan, yaitu Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan Keluarga Sehat. Hal ini didasarkan pada pemikiran bahwa

permasalahan kesehatan banyak diakibatkan oleh pola hidup masyarakat yang tidak sehat. Untuk itu, diperlukan upaya promotif dan preventif yang dimulai dari diri sendiri dan keluarga demi terwujudnya masyarakat yang sehat dan berkualitas.
Humas/ red/2017



Solusi Pemenuhan Dokter Spesialis melalui WKDS

Salah satu masalah tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan di Indonesia adalah terbatasnya jumlah dokter spesialis di daerah. Untuk menjawab tantangan tersebut, pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 4 tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) yang mengatur kewajiban bagi dokter spesialis untuk bekerja di daerah.

Apakah pemenuhan spesialis dengan mewajibkan dokter spesialis yang telah lulus pendidikannya ditempatkan di daerah merupakan solusi dari ketiadaan dokter spesialis di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di daerah?

Pengertian Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) adalah penempatan dokter spesialis di rumah sakit milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Peserta wajib kerja dokter spesialis adalah setiap dokter spesialis yang baru lulus pendidikan kedokteran program dokter spesialis. Peserta Wajib Kerja terdiri atas Peserta mandiri dan peserta penerima beasiswa dan/atau program bantuan biaya pendidikan. Wajib kerja dokter spesialis dilaksanakan di Rumah Sakit milik pemerintah dan pemerintah daerah utamanya di RS Daerah Terpencil Perbatasan Kepulauan (DTPK), RS Rujukan Regional, RS Rujukan Provinsi dan RS milik Pemerintah dan Pemda lainnya.



Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan telah mengukuhkan 21 anggota Komite Penempatan Dokter Spesialis (KPDS) periode 2016-2019. Komite ini memiliki sejumlah fungsi yang bertujuan menunjang Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS). Fungsi-fungsi tersebut antara lain menyusun perencanaan pemerataan dokter spesialis, menyiapkan wahana untuk kesiapan WKDS, memberikan masukan dalam menyusun rencana tahunan, membantu

pengawasan dan pembinaan terhadap penyelenggaraan WKDS serta melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan WKDS. Keanggotaan KPDS sendiri berasal dari unsur Kementerian Kesehatan, Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi, Kementerian Dalam Negeri, Organisasi Profesi dan Kolegium, Konsil Kedokteran Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan, Ikatan Dokter Indonesia, Asosiasi Perumahsakit dan Badan Pengawas Rumah Sakit.



Dalam Perpres disebutkan bertujuan untuk menjamin efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan WKDS. Komite tersebut bersifat ad hoc dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan. Sedangkan Pasal 24 Perpres menyebutkan, ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan verifikasi, penempatan peserta WKDS dan pergantian peserta Wajib Kerja Dokter Spesialis diatur dengan Peraturan Menteri. Pemerintah berharap KPDS dapat melaksanakan tugasnya

dalam pemerataan dokter spesialis di seluruh wilayah Indonesia. Sehingga, pada akhirnya berdampak pada peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat Indonesia. Seiring dengan itu, pelaksanaan WKDS dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat pada tingkat pelayanan rujukan khususnya di daerah yang tidak mampu dan tidak diminati.

Untuk tahap awal

penempatan wajib kerja dokter spesialis di prioritaskan bagi lulusan pendidikan kedokteran program Spesialis Ilmu Penyakit Dalam, Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Spesialis Ilmu Kesehatan Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif. Masa penempatan dokter spesialis lulusan mandiri selama 1 (satu) tahun sedangkan lulusan spesialis penerima beasiswa dan atau bantuan pendidikan Kemenkes, Kementerian lain dan Pemda

masa kerja disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (masa penempatan dalam rangka wajib kerja dokter spesialis diperhitungkan sebagai masa kerja). Perpres tersebut isinya mewajibkan setiap lulusan dokter spesialis untuk bertugas memberikan pelayanan kesehatan di seluruh daerah di Indonesia. Perpres tersebut menyebutkan pemberian insentif juga wajib diberikan oleh pemerintah daerah di tempat dokter spesialis tersebut bekerja. Program



Melakukan entry setiap tahun Aplikasi Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan, entry dapat dilakukan secara online melalui www.pusrengun.info dan offline dapat diunduh pada web tersebut. Langkah selanjutnya yaitu membuat surat usulan kebutuhan keberadaan tenaga kesehatan kosong/ kurang dari standar ketenagaan berdasarkan Permenkes No 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit dan Permenkes No 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit (lampiran hasil entry Aplikasi Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan dengan menggunakan metode standar ketenagaan minimal di Rumah Sakit). Tersedia sarana prasarana Rumah Sakit Kab/Kota yang bersedia menyediakan tempat tinggal bagi tenaga dan kendaraan dinas bagi dokter spesialis yang akan ditempatkan. Tahap awal pemenuhan dokter spesialis melalui wajib kerja spesialis utamanya untuk dokter spesialis Obgyn, spesialis anak, spesialis penyakit dalam, spesialis bedah dan

wajib kerja dokter spesialis ini juga sebagai penguatan pelayanan kesehatan serta pemerataan tenaga kesehatan di daerah. Namun, perlu diketahui, penempatan tenaga dokter spesialis bahkan mendapatkan insentif dari pemerintah pusat ditambah dari pemerintah daerah.

Perpres tersebut menekankan. Berdasarkan Data Konsil Kedokteran Indonesia per 31 Desember 2015 jika dokter spesialis bertumpu di kota besar seperti di Jakarta dengan rasio 68 per 100 ribu penduduk, dan di Sulsel 16 per 100 ribu penduduk. Sementara daerah yang kekurangan tenaga dokter spesialis kebanyakan di wilayah Indonesia Timur yakni NTT, Sulbar, NTB, Maluku, Papua, Kalbar, Sultra dan masih banyak lagi. Program tersebut efektif berlaku bagi dokter spesialis yang lulus setelah ditandatangani perpres tanggal 12 Januari 2017. Bagi yang lulus sebelum tanggal 12 Januari sifatnya sukarela, tidak wajib. Tapi

bagi yang lulus setelah 12 Januari 2017 adalah wajib. Dokter spesialis yang diprioritaskan ikut dalam program ini adalah 4 spesialis ditambah 1 spesialis penunjang yang antara lain Spesialis anak, Spesialis penyakit dalam, Spesialis obstetri dan ginekologi, Spesialis bedah, Serta spesialis anestesi dan terapi intensif. Target dokter yang ditugaskan ke daerah sekitar 1.000 sampai 1.250 dokter spesialis. Sebanyak 30 rumah sakit regional kelas C dan D seharusnya menjadi prioritas lokasi WKDS.

Para dokter ini akan ditempatkan di 90 rumah sakit yang tersebar di seluruh Indonesia, mulai dari Aceh hingga Papua. Penugasan angkatan pertama tahun 2017 akan diberangkatkan pada bulan Maret 2017. "Angkatan I terdiri dari 34 dokter SpPD, 41 dokter bedah, 30 dokter obgyn, 4 dokter anak dan 18 dokter anestesi," tandas drg Usman (Kepala Badan PPSDMK). Masa wajib kerja dokter spesialis berbeda-beda tergantung permintaan

daerah dan rekomendasi kolegium. Jika dokter kuliah spesialis dengan biaya mandiri, maka wajib kerja hanya selama 1 tahun. "Tapi kalau dokter spesialis kuliahnya beasiswa, itu lain lagi, bisa lebih lama. Apalagi jika beasiswanya diberikan oleh Pemerintah Daerah. Dokter harus kembali ke daerahnya untuk mengabdikan," tutup Usman.

Tatacara Pengusulan Kebutuhan Dokter Spesialis Bagi Rumah Sakit Yang Akan Dipenuhi Pusat.



spesialis anestesi dan terapi intensif. Perencanaan tersebut disusun secara berjenjang mulai dari rumah sakit, pemerintah daerah kabupaten/kota, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah pusat berdasarkan ketersediaan dan kebutuhan dokter spesialis. Ketersediaan dan kebutuhan dokter spesialis dilakukan melalui pemetaan dokter spesialis. Perencanaan harus memperhatikan jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan dan distribusi tenaga kesehatan, penyelenggaraan upaya kesehatan, ketersediaan rumah sakit, kemampuan pembiayaan, kondisi geografis dan sosial budaya, dan kebutuhan masyarakat.

Setelah usulan kebutuhan masuk ke Pusrengun SDMK maka akan dilakukan visitasi. Adapun tujuan dari Visitasi adalah Memberikan advokasi dan sosialisasi kepada Kadinkes Provinsi, Kadinkes Kab/ Kota dan Direktur RS tentang Program Wajib Kerja Spesialis, melakukan verifikasi usulan kebutuhan dokter spesialis kepada Pemda dan rumah sakit yang telah mengusulkan kepada Kemenkes, melihat kesiapan rumah sakit dari sisi ketenagaan, sarana prasarana serta sumber daya pendukung lainnya, mendapatkan data yang akurat terkait data tenaga kesehatan rumah sakit, sarana prasarana dan kondisi rumah sakit dan sosial

ekonomi, mendapatkan informasi terkait permasalahan kesehatan utamanya AKI dan AKB diwilayah kerja rumah sakit, memberikan pendampingan bila dibutuhkan sesuai dengan bidang keahlian, kesiapan manajemen rumah sakit dalam hal komitmen, governance, dukungan sarana prasarana rumah sakit seperti ruang pelayanan, ruang operasi, ruang intensif, ruang IGD,

Kriteria Penempatan Rumah Sakit	Besaran (Rupiah)
a. RS daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan	30.012.000,-
b. RS rujukan regional	25.505.000,-
c. RS rujukan provinsi	24.050.000,-
d. RS Pemerintah Daerah lainnya	27.043.000,-
e. RS Pemerintah Pusat lainnya	22.500.000,-

*Sumber Permenkeu Nomor S-190/MK.02/2017.

ruang tindakan, ruang diagnostik, dukungan Prasarana Listrik 24 jam / genset, UPS, air bersih 24 jam, gas medik, pengelolaan lingkungan, pelayanan penunjang laboratorium, alat kesehatan untuk 4 Spesialis Dasar & Anestesi seperti alat ICU, diagnostik-terapy (USG, endoscopy dsb), set operasi dsb), dan sarana penunjang lainnya.

Adapun Pelaksanaannya visitasi tahun 2016 telah dilaksanakan menjadi II tahap. Visitasi didasarkan atas usulan dari pemerintah daerah. Tahap I dilaksanakan tanggal 29 November 2016 – 3 Desember 2016 sedangkan Tahap II dilaksanakan

tanggal 5 – 10 Desember 2016. Visitasi dilakukan di 124 RS di 29 Provinsi dan 114 Kab/Kota yang sudah mengusulkan, dengan rincian 2 RS Perbatasan, 35 RS Rujukan Regional, 81 RS Kelas C, 6 RS Rujukan Provinsi. Disiapkan instrumen pengisian yang harus diisi oleh rumah sakit yang telah mengusulkan yang kemudian akan di tindaklanjuti oleh tim visitasi yang terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan,

Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi, Kementerian Dalam Negeri, Organisasi Profesi dan Kolegium, Konsil Kedokteran Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan, Ikatan Dokter Indonesia, Asosiasi Perumhaskitan dan Badan Pengawas Rumah Sakit. Instrumen yang telah disiapkan antara lain Instrumen 1 (Ketenagaan), Instrumen 2 (Sarana dan Prasarana), Instrumen 3 (Validasi Rumah Sakit dan Sosial Ekonomi). Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PPSDM), drg Usman Sumantri, MSc, mengatakan Presiden Joko Widodo menandatangani Perpres

Nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS). Dengan terbitnya Perpres ini, setiap dokter spesialis yang lulus setelah Perpres ditandatangani wajib bertugas di daerah yang membutuhkan.

Tunjangan oleh pemerintah bagi WKDS telah disetujui oleh Kementerian Keuangan RI dengan besaran sebagai berikut:

Bagi peserta WKDS yang berstatus PNS dan telah mendapatkan Tunjangan Kinerja, besaran Tunjangan WKDS yang akan diberikan akan diperhitungkan dengan Tunjangan Kinerja yang diterima sesuai jabatannya. Apabila Tunjangan Kinerja yang telah diberikan lebih besar dari Tunjangan WKDS, maka kepada PNS yang bersangkutan diberikan Tunjangan Kinerjanya. Semoga dengan program WKDS ini dapat menjawab permasalahan kekurangan tenaga spesialis di fasilitas pelayanan kesehatan di daerah. **red/hadi**

WKDS (Wajib Kerja Dokter Spesialis)

Penguakuan Anggota KPDS oleh Menkes

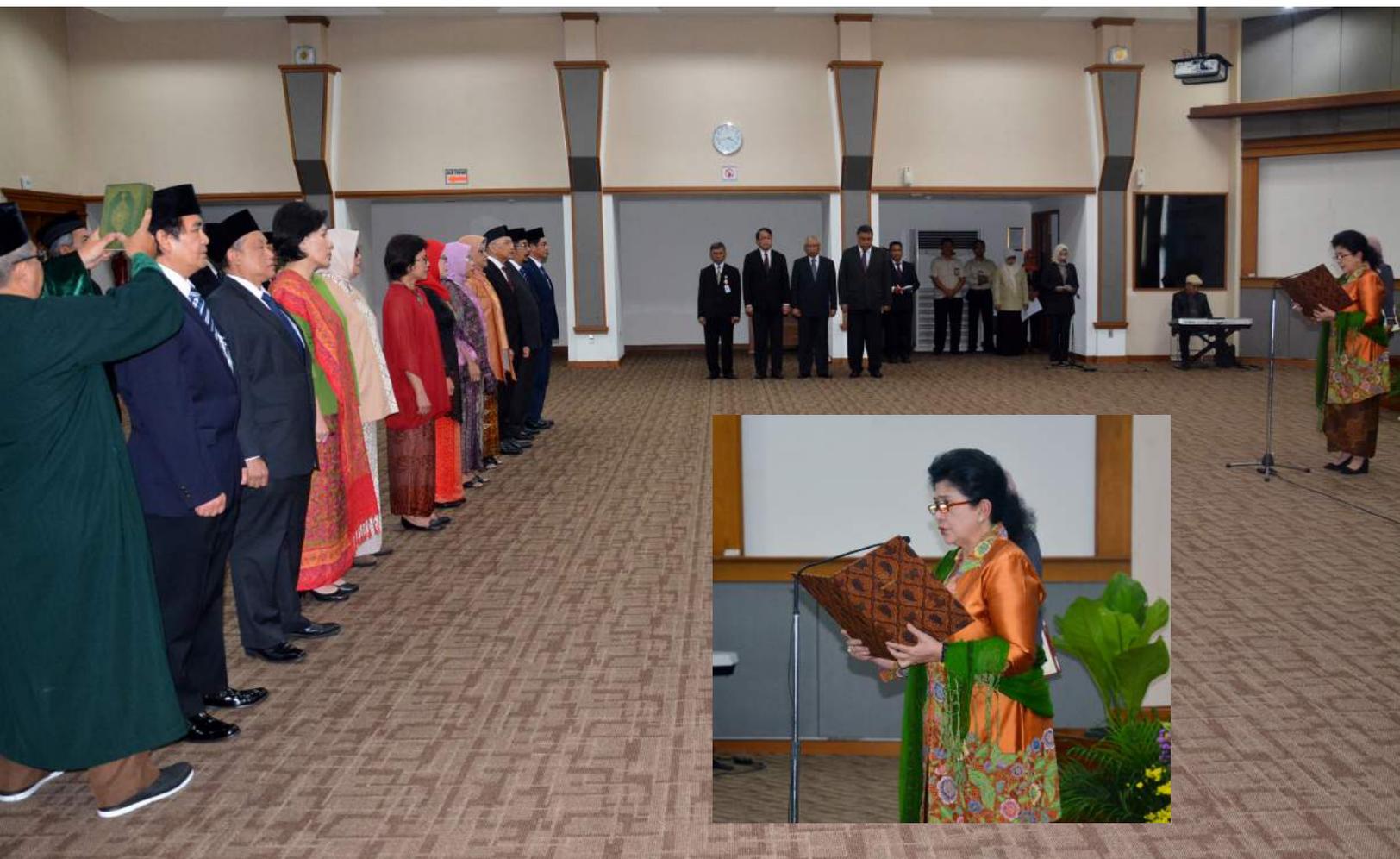
Menteri Kesehatan Nila F. Moeleok mengukuhkan 21 anggota Komite Penempatan Dokter Spesialis (KPDS) periode 2016-2019, di kantor Kementerian Kesehatan pada hari Senin tanggal 6 Februari 2017. Selanjutnya Komite

Penempatan Dokter Spesialis (KPDS) berfungsi menyusun perencanaan pemerataan dokter spesialis; menyiapkan wahana untuk kesiapanWajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS); memberikan masukan dalam menyusun rencana tahunan; membantu

pengawasan dan pembinaan terhadap penyelenggaraan WKDS; serta melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan WKDS.

Keanggotaan KPDS mewakili unsure Kementerian Kesehatan, Kementerian Riset, Teknologi dan

Pendidikan Tinggi, Kementerian Dalam Negeri, Organisasi Profesi dan Kolegium, Konsil Kedokteran Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan, Ikatan Dokter Indonesia, Asosiasi perumahsakit dan Badan Pengawas Rumah Sakit.



Menkes mengingatkan, dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Kurangnya tenaga kesehatan baik jumlah, jenis dan distribusinya menimbulkan dampak terhadap rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Berbagai upaya telah banyak dilakukan Pemerintah untuk mengatasi permasalahan kekurangan dokter spesialis tersebut seperti pemberian bantuan pendidikan (Tubel), pemenuhan tenaga melalui berbagai mekanis seperti PNS, PTT, penugasan khusus bagi residen, dan penempatan pasca tubel PPDS. Namun demikian masih diperlukan upaya dalam pemenuhan dan pemerataan dokter spesialis di seluruh Indonesia, ungkap Menkes.

Pada kesempatan tersebut, Menkes menyampaikan selamat kepada anggota KPDS yang baru dikukuhkan. Menkes berharap KPDS

dapat melaksanakan amanah yang diberikan negara khususnya dalam pemerataan dokter spesialis di seluruh wilayah Nusantara yang pada akhirnya akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat Indonesia.

Sebelum WKDS ini dilaksanakan, telah dilaksanakan visitasi ke Rumah Sakit sebagai persiapan. Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan Pemerintah Daerah dibantu dengan Organisasi Profesi Pusat dan Kolegium serta Organisasi Profesi Cabang melakukan visitasi berdasarkan usulan daerah

atas kebutuhan dokter spesialis untuk menilai kesesuaian dan kesiapan berupa sarana prasarana; sumber daya manusia; kelengkapan peralatan; dan factor faktor lain yang terkait termasuk keamanan.

“Saya nilai kegiatan ini baik dilaksanakan untuk melibatkan Organisasi Profesi Cabang dan Dinas Kesehatan setempat, agar semua pihak mempunyai komitmen dalam rangka pemenuhan dan pemerataan Dokter Spesialis dan Rumah Sakit sebagai tempat penugasan dapat disiapkan dengan baik”, ujar Menkes.





Sosialisasi WKDS

Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan, dr. Kirana Pritasari, M.QIH didampingi Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Dra. Hj. Oos Fatimah Rosyati, M.Kes membuka pertemuan Sosialisasi Wajib Kerja Dokter Spesialis yang diselenggarakan di Hotel Kartika Chandra, Jakarta (9/2).

Wajib Kerja Dokter Spesialis yang selanjutnya disebut WKDS merupakan terobosan Kementerian Kesehatan yang didukung oleh Organisasi Profesi IDI, POGI, PABI, PAPDI, IDAI dan Perdatin serta Kolegium Ahli Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Anak, Ahli Bedah serta Anestesiologi dan Terapi Intensif serta pihak terkait dalam rangka

pemenuhan dan pemerataan tenaga spesialis terutama di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Pelaksanaan WKDS sebagai wujud kehadiran Negara dalam memenuhi dan pemeratakan pelayanan medic spesialistik yang bermutu serta terdistribusi secara merata di seluruh Indonesia. Adapun regulasi

yang mengatur tentang WKDS ditetapkan melalui Peraturan Presiden No 4 Tahun 2017. WKDS dilaksanakan sesuai dengan amanat Undang-Undang No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan pada pasal 28 ayat (1) bahwa dalam keadaan tertentu pemerintah dapat memberlakukan ketentuan





wajib kerja kepada tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan kompetensi untuk melaksanakan tugas sebagai tenaga kesehatan di daerah khusus di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Berbagai persiapan telah dilakukan untuk pelaksanaan WKDS, mulai dari penyusunan regulasi, pendataan, melakukan visitasi untuk

menilai kelayakan Rumah Sakit yang akan dijadikan tempat penugasan, serta pembentukan Komite Penempatan Dokter Spesialis (KPDS). Keanggotaan KPDS sendiri berjumlah 21 orang yang baru saja dikukuhkan oleh Menteri Kesehatan pada Senin 6 Februari 2017.

Program tersebut diharapkan dapat meningkatkan akses dan pemenuhan kebutuhan

masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terutama di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) diseluruh Indonesia. Peserta WKDS adalah dokter spesialis lulusan pendidikan profesi dari perguruan tinggi dalam negeri maupun luar negeri. Tahap awal diprioritaskan bagi lulusan obstetri dan ginekologi, spesialis anak, spesialis bedah, spesialis penyakit dalam, dan spesialis anestesi dan terapi intensif.

Peserta WKDS terdiri dari Peserta Mandiri (non beasiswa) dan Peserta Penerima Beasiswa dan atau program biaya pendidikan. Peserta WKDS Mandiri akan ditempatkan selama 1 tahun di DTPK. Sementara masa penempatan Peserta WKDS Penerima

Beasiswa dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

“Diharapkan dengan pelaksanaan Wajib Kerja Dokter Spesialis pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat pada tingkat pelayanan rujukan khususnya di daerah yang tidak mampu dan tidak diminati dapat tercapai”, imbuh Sekretaris Badan.

Hadir dalam pertemuan ini, dari lingkungan Kementerian Kesehatan, Kemristek dikti, Konsil Kedokteran Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia, organisasi Profesi, dan Kolegium, tim KPDS, serta Dekan dan Ketua Program Studi dari 14 FK yang meluluskan Dokter Spesialis. **Red/ian-sig-her**



FASILITAS BLU DALAM PENINGKATAN KINERJA LAYANAN

Memasuki era globalisasi dalam meningkatkan sumber daya manusia kesehatan, Politeknik Kementerian Kesehatan menghadapi tantangan yang semakin berat, baik dalam produksi tenaga kesehatan, kualitas pendidikan dan inovasi pelayanan dengan didukung oleh strategi pemasaran yang sangat intensif, untuk membahas hal tersebut diatas maka pada tanggal 16 – 18 Januari 2017 diadakan Pertemuan Fasilitasi Badan Layanan Umum dalam rangka koordinasi Satker BLU oleh Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan di Bekasi.

Kebutuhan remunerasi yang cukup besar, BLU Poltekkes harus mempunyai sumber pendapatan lain, dengan menerapkan praktek

bisnis dapat meningkatkan pendapatannya sehingga tidak tergantung pada APBN untuk pembiayaan kegiatan remunerasi, karena APBN tidak dapat diprediksi. Dengan terbitnya peraturan Menteri Keuangan Nomor 136/PMK.05/2016 tentang pengelolaan aset pada Badan Layanan Umum ini dapat memberikan keleluasan bagi satker BLU untuk memanfaatkan aset yang ada menjadi sumber pendapatan BLU.

Selama ini masalah aset selalu menjadi perdebatan antara sumber pendapatan BLU dan atau setor langsung ke kas Negara. Untuk itu Poltekkes BLU harus mampu mengoptimalkan pegawai yang merupakan human capital yang sangat menentukan keberhasilan Poltekkes dalam menghadapi

persaingan usaha yang semakin kompleks.

Bila kita menyimak Sambutan Kepala Badan PPSDM Kesehatan yang disampaikan oleh Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan dr.Kirana Pritasarim MQIH, beliau mengatakan bahwa konsep BLU adalah untuk “meningkatkan pelayanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan, melakukan kegiatan berdasarkan prinsip efisiensi dan produktifitas dengan pengelolaan keuangan yang fleksibel”. BLU juga dapat menciptakan paradigma baru seperti membiarkan manajer pengelola jasa-jasa pemerintah untuk menggunakan anggaran dengan cara yang paling efisien, dan memastikan juga bahwa manajer menghasilkan kinerja.

Kita ketahui bahwa BLU dapat dibagi kedalam 3 (tiga) rumpun yaitu, 1), rumpun kegiatan penyediaan jasa/ barang (kesehatan, pendidikan), 2), rumpun kegiatan pengelolaan wilayah (otorita, Kapet), 3), rumpun pengelola dana khusus (dana bergulir UKM, penerus pinjaman, dan tabungan perumahan).

Perlu kita ketahui bahwa Poltekkes merupakan BLU dengan kegiatan bidang layanan pendidikan dimana dalam kegiatannya berkaitan erat dengan Tridharma Perguruan Tinggi, sehingga pada pengelolaan keuangan Poltekkes BLU tidak bias secara bebas melakukan kegiatan yang tidak sesuai dengan atau berkaitan dengan Tridharma Perguruan Tinggi.



Dan untuk menjadi satker BLU perlu menciptakan tantangan dan permasalahan sendiri. Permasalahan yang dihadapi satker BLU Poltekkes diantaranya : 1), Pengelolaan kas yang tidak optimal, 2), Belum optimalnya pemanfaatan asset, 3), Pengelolaan SDM yang belum optimal, 4), Fleksibilitas BLU yang seharusnya dilaksanakan ala bisnis, belum dilaksanakan secara optimal, 5), Kesulitan BLU dalam menggali sumberdaya untuk meningkatkan pelayanan, ^), Pengelolaan BLU belum dilaksanakan secara efisien dan efektif akibat dari tata kelola yang cenderung masih seperti lembaga birokrasi murni.

Iniilah yang menjadi tantangan karena tingginya angka saldo awal pada beberapa BLU, adanya beban belanja pegawai yang besar yang mengakibatkan produktifitasnya menjadi rendah, serta memperlihatkan kelebihan pegawai yang tidak professional.

Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan, dr. Untung Suseno, dalam arahannya, beliau mengatakan, jiwa BLU muncul karena hasil survey. Rumah sakit, tidak bisa dikelola dengan PNBK, karena pengelolaan keuangan harus lebih fleksibel, efisiensi, produktifitas, serta praktek bisnis yang sehat. Untuk meningkatkan pelayanan masyarakat dalam memajukan kesejahteraan umum serta mencerdaskan kehidupan bangsa.

Beliau juga mengatakan, dengan pola keuangan ala bisnis, diyakini mampu menjadikan layanan publik akan menjadi lebih baik, lebih cepat, dan lebih berkualitas. Sebab pemimpin BLU harus mengerti dan paham tentang bagaimana mengelola bisnis, menghitung unit cost serta tarif yang benar. Karena bisnis yang sehat ala BLU bukan ditujukan untuk mencari keuntungan. *red/del-lat*



RAPAT KOORDINASI SATUAN KERJA DILINGKUNGAN BPPSDMK



pada tanggal 18 s.d 20 Januari 2017 di Bintaro, Jakarta.

Rakor dibuka oleh Kepala Badan PPSDM Kesehatan Usman Sumantri. Dalam sambutannya, beliau mengatakan bahwa para satuan kerja harus mengubah paradigma pelaksanaan realisasi anggaran yang menumpuk pada akhir tahun anggaran. Karena pekerjaan yang menumpuk akan berpotensi mengurangi ketelitian dan kecermatan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan dan hasil atas pekerjaan tersebut tidak optimal.

Lambatnya penyerapan anggaran di awal tahun anggaran merupakan masalah yang harus menjadi perhatian semua pihak, karena berdampak pada penyerapan anggaran yang menumpuk di akhir tahun yang sepertinya sudah menjadi pola realisasi anggaran di hamper seluruh Kementerian/Lembaga.

Dalam mengupayakan percepatan penyerapan anggaran tahun 2017 yang efektif, perlu dilakukan langkah-langkah antara lain melakukan identifikasi

dan perumusan solusi atas lambatnya penyerapan anggaran serta membina satuan kerja. Dengan demikian, penggunaan anggaran menjadi lebih efisien, efektif dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempermudah aparat pengawas internal untuk melakukan monitoring terhadap kinerja satuan kerja yang penyerapan anggarannya rendah

Menyikapi hal tersebut, Badan PPSDM Kesehatan melalui Bagian Keuangan menyelenggarakan Rapat

Koordinasi (Rakor) dengan para satuan kerja yaitu: KPA, PPK, PPSPM, Bendahara Pengeluaran dan Bendahara Penerimaan Satuan Kerja di lingkungan Badan PPSDM Kesehatan (Balai Besar Pelatihan Kesehatan, Bapelkes Nasional dan Politeknik Kesehatan Kemenkes yang tersebar di seluruh Indonesia). Rakor tersebut mengambil tema “Rapat Koordinasi Satuan Kerja di Lingkungan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2017. Rakor dilaksanakan



Salah satu acara dalam Rakor tersebut adalah penandatanganan target kinerja yang harus dicapai oleh Satuan kerja dilakukan Kepala Badan PPSDM Kesehatan dengan 3 Kepala BBPK, 3 Kepala Bapelkes dan 38 Direktur Poltekkes Kemenkes RI. Selain prosesi penandatanganan target kinerja dilaksanakan diskusi panel dengan narasumber berasal dari Badan Pemeriksa Keuangan, Biro Keuangan dan BMN, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, dan Pejabat Struktural di lingkungan Badan PPSDM Kesehatan.

Beberapa hal penting yang dapat diambil dalam diskusi panel tersebut diantaranya ialah layanan kepada publik yang diberikan oleh satuan kerja harus meningkat sebagai konsekuensi dari fleksibilitas pengelolaan keuangan

yang diberikan. Pengelolaan keuangan harus transparan dan akuntabel dengan memenuhi prinsip-prinsip pengelolaan keuangan yang sehat. Perubahan mindset jajaran manajerial satker dengan tetap berpedoman pada tujuan untuk meningkatkan pelayanan masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Selain itu, juga di perlukan penelaahan kembali regulasi pengelolaan keuangan agar harmonis dengan regulasi lainnya sehingga dapat memberikan ruang gerak yang lebih fleksibel bagi satuan kerja.

Humas/red/2017



“

Perubahan mindset jajaran manajerial satker dengan tetap berpedoman pada tujuan untuk meningkatkan pelayanan masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

”



MEMBANGUN KESIAPSIAGAAN TENAGA KESEHATAN HADAPI BENCANA

Kondisi geografis Indonesia seringkali dianalogikan sebagai swalayan bencana. Berbagai macam potensi bencana tersimpan di alam Indonesia dan dapat muncul sewaktu-waktu. Salah satu potensi bencana tersebut ada pada fenomena letusan gunung berapi. Kesiapsiagaan menghadapi bencana mutlak dimiliki setiap elemen masyarakat tak terkecuali institusi pendidikan yang bertugas mempersiapkan calon tenaga kesehatan.

Indonesia diberkahi keindahan alam yang eksotis namun sekaligus menyimpan potensi kebencanaan. Secara geografis Indonesia terletak di antara tiga lempeng tektonik dunia yaitu lempeng Eurasia, lempeng Indo Australia, dan lempeng Pasifik. Pergerakan dari lempeng-lempeng ini dapat memicu terjadinya gempa dan gelombang tsunami. Potensi bencana alam lainnya ada dalam bentuk letusan gunung berapi mengingat letak Indonesia yang berada di dalam cincin gunung api Pasifik.

Data dari Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2016 menunjukkan dari 672 kejadian krisis kesehatan sebanyak 60% (405 kasus) di antaranya diakibatkan bencana alam. Dari jumlah

tersebut 3% (14 kasus) di antaranya merupakan bencana geofisika yang diakibatkan oleh gempa bumi dan letusan gunung api. Meski frekuensi kejadian tidak terlalu sering namun potensi ancaman yang ditimbulkan oleh bencana geofisika ini cukup besar baik kerusakan lingkungan maupun munculnya berbagai penyakit.

Letusan gunung berapi misalnya, fenomena alam ini tidak asing lagi untuk sebagian masyarakat Indonesia. Rangkaian gunung api yang membentang dari Sumatera, Jawa, Bali dan Nusa Tenggara, Sulawesi, dan Maluku membentuk cincin api (ring of fire). Data dasar Gunung api yang dirilis Badan Geologi Kementerian ESDM menunjukkan bahwa saat ini di Indonesia terdapat 74 gunung berapi yang masih

aktif, salah satunya adalah Gunung Kelud. Gunung api yang terletak di Provinsi Jawa Timur tersebut cukup populer karena menyimpan keunikan dan cerita mistis pula di dalamnya.

Berada di antara Kabupaten Blitar, Kabupaten Kediri, dan Kabupaten Malang gunung yang memiliki ketinggian 1.731 meter di atas permukaan laut (mdpl) ini terakhir kali meletus pada 2014. Letusan terakhir bertipe magmatik yaitu letusan yang menghasilkan gunung api baru berupa lava, jatuhnya piroklastik, dan aliran piroklastik. Letusan magmatik yang



terjadi umumnya bersifat eksplosif yang dipengaruhi penambahan kandungan gas vulkanik disertai meningkatnya energi letusan terutama energi panas.

Sebelum letusan tahun 2014, Kelud sudah meletus pada 2007 dengan tipe letusan efusif. Peristiwa letusan Gunung Kelud tahun 2007 menandai fase baru dalam kesadaran kebencanaan dalam bentuk Gerakan Masyarakat Siaga Bencana Kelud (Gemas Sibelud). Sebuah inovasi yang digagas oleh Prodi D III Keperawatan Blitar (salah satu prodi di Poltekkes Kemenkes Malang) bekerjasama dengan PMI Kota

Blitar di bawah koordinasi Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Kota Blitar. Gerakan masyarakat ini dijalankan dengan setiap institusi memegang perannya masing-masing.

Sri Winarni, S.Pd, M.Kes selaku Kaprodi D III Keperawatan Blitar menjelaskan awal terbentuknya program Gemas Sibelud ini berangkat dari kenyataan bahwa seringkali gunung Kelud meletus sehingga menimbulkan kondisi peningkatan penyakit dan kecelakaan. Terjadinya letusan 2007 menimbulkan beberapa temuan masalah kesehatan terutama ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas). Dengan kejadian tersebut Prodi D III Keperawatan Blitar bersama PMI membentuk Tim Layanan Kesehatan untuk memberikan bantuan pelayanan kesehatan hingga membentuk rumah sakit lapangan. Pada letusan tahun 2014 selain memberikan pelayanan kesehatan tim juga memberikan pengetahuan mitigasi sebelum terjadi bencana.

Setiap yang terlibat dalam Gemas Sibelud ini memegang peranan penting. Sebagaimana halnya Prodi D III Keperawatan Blitar

berperan dalam membangun kesiapsiagaan bencana pada lingkup mahasiswa dan dosen melalui proses belajar mengajar, penelitian, dan pengabdian masyarakat sejalan dengan Tridharma Perguruan Tinggi. Dalam kegiatan belajar mengajar misalnya ada Mata Kuliah Keperawatan Manajemen Bencana yang diberikan mahasiswa tingkat 2. Ini merupakan konten lokal yang dinasionalkan.

Selain pembelajaran, adapula penelitian tentang kebencanaan yang dilakukan baik oleh dosen maupun mahasiswa yang didukung penuh oleh prodi. Kemudian dilakukan pula pengabdian masyarakat melalui sejumlah program mencakup pendidikan masyarakat, pelayanan kesehatan kepada masyarakat, aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi kepada masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat dan wilayah, aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi kepada masyarakat melalui kegiatan kewirausahaan, dan aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi kepada masyarakat melalui kegiatan inovasi dan kreatifitas kampus (pembuatan simulator pendidikan Gunung Kelud Disaster Management Minature)

Untuk mendukung program Gemas Sibelud ini Prodi D III Keperawatan mewajibkan mahasiswanya untuk mengikuti ekstrakurikuler Korps Sukarela (KSR) yang berada langsung di bawah pembinaan PMI Kota Blitar. Dari KSR inilah mahasiswa mendapatkan berbagai pengetahuan berkaitan dengan kegawatdaruratan

mulai dari mitigasi bencana, pembuatan dapur umum, psychosocial support program (PSP), sanitasi berbasis masyarakat, dan termasuk keperawatan manajemen bencana. Agar lebih mengenal potensi bencana mahasiswa juga melakukan kegiatan pelatihan di lereng Gunung Kelud.

Pengetahuan tentang kesiapsiagaan yang diperoleh mahasiswa ini selanjutnya disebarkan kepada masyarakat umum terutama mereka yang tinggal di lereng gunung Kelud dan anak-anak sekolah sebagai pengenalan dini. Dengan langkah tersebut Gemas Sibelud ini dapat menyebar ke seluruh lapisan masyarakat. Hal inilah yang diapresiasi secara positif oleh PMI Kota Blitar yang berharap kemitraan semacam ini dapat terus dijaga sehingga lebih banyak pihak yang akan memperoleh manfaat dari gerakan masyarakat ini.

Bencana adalah keniscayaan yang seringkali tidak bisa dielakkan, namun dampak negatifnya dapat ditekan seminimal mungkin melalui kesiapsiagaan menghadapi bencana. Tenaga kesehatan sebagai pemegang peran utama keberhasilan pembangunan kesehatan mutlak untuk membekali diri dengan kesiapsiagaan menghadapi bencana alam yang bisa terjadi sewaktu-waktu. Melalui Gemas Sibelud Prodi D III Keperawatan Blitar telah memulai langkah membangun kesiapsiagaan menghadapi bencana. Bagaimana Politeknik Kesehatan Kemenkes lainnya? **(red/tim humas)**



Menggeser Dokter Ke Daerah Terpencil

“600 tenaga kesehatan telah ditargetkan Kementerian Kesehatan untuk membantu 120 Puskesmas yang tersebar di 48 kabupaten di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan.” Demikian disampaikan Menteri Kesehatan Nila Farid Moeloek di Gedung Kemenkes, Jakarta, belum lama ini.

Sebelum merealisasikan target tersebut, Menteri Kesehatan Nila Farid Moelok menyatakan, kementeriaannya akan melakukan penguatan pelayanan kesehatan primer, yang menjadi fokus kebijakan lima tahun ke depan. Tujuannya agar terwujud layanan kesehatan primer yang bisa dinikmati semua lapisan masyarakat.”

Staf Ahli Menteri Kesehatan bidang Teknologi dan Globalisasi, Agus Purwadianto mengatakan, 65 persen dokter kita terkonsentrasi di Pulau Jawa. 16 Persen di Sumatera. Di Indonesia bagian timur hanya 5,5 persen. Penyebaran dokter gigi lebih parah lagi. Dari 20.655 dokter gigi, 14.457 orang berada di Jawa. Di Indonesia Timur kurang dari 5 persen.

Jumlah dokter yang tercatat di Indonesia saat ini 94.641 orang. Yang paling banyak, yaitu 20,67 persen atau 19.567 orang, berada di Jakarta. Disusul Jawa Barat 14.573 orang (15,40 persen), Jawa Timur 10.623 orang (11,22 persen) dan Jawa Tengah 9.999 orang (10,57 persen).

Selain persebaran yang tidak merata di seluruh Indonesia, sebagian besar dokter berada di ibu kota provinsi. Dengan kata lain, ketersediaan dokter di daerah pun tidak merata.

Masalah timpangnya

persebaran dokter mungkin tak hanya karena masih terbatasnya lulusan. Tetapi juga disebabkan oleh minimnya fasilitas-fasilitas di puskesmas di daerah terpencil, perbatasan, dan pulau-pulau terluar, yang semakin meredupkan minat untuk mengabdikan diri di daerah tersebut.

Di satu sisi, itu berarti bahwa para dokter yang bekerja di daerah terpencil adalah pahlawan, adalah manusia yang lebih setia pada hati nurani, dan rela mengorbankan kesenangan pribadi demi idealismenya.

Tapi ada sisi-sisi lain. Yang jelas, ada ketimpangan kesejahteraan yang luar-biasa antara kota-kota besar di Jawa dengan desa-desa terpencil nun di pelosok sana.

Tetapi masalah timpangnya persebaran dokter mungkin tak hanya berlaku di pelosok nun jauh di sana. Tak jauh dari kota besar, di pedesaan Kabupaten Bandung Barat (KBB) misalnya, penyebaran dokter juga belum merata. Masih terpusat di perkotaan.

Dr. Surya Iluminata lewat sebuah medsos mengatakan: “Kemauan (will) seorang dokter untuk bertugas di daerah terpencil merupakan suatu perilaku yang didasari berbagai macam pertimbangan, baik dari aspek ekonomi, psikologis, sosial dan rasa aman.

Mengutip teori motivasi kebutuhan oleh Maslow,

urutan kebutuhan manusia sbb (mulai dari paling dasar): fisik, rasa aman, penerimaan sosial, penghargaan internal dan eksternal, dan terakhir aktualisasi diri.

Sejarah peran profesi dokter di Indonesia telah mengalami pergeseran signifikan sejak kemerdekaan. Dari masa orde lama (1945-1966) dokter diposisikan sebagai penolong, mulia, penuh nuansa kemanusiaan dan patriotisme. Hal itu masih terasa di masa orba (1966-1998), tapi mulai bergeser.

Dulu ada istilah dokter inpres, yakni bahwa semua lulusan dokter baru harus bertugas di daerah mana saja di seluruh Indonesia, terutama yang terpencil. Kemudian berubah menjadi program dokter pegawai tidak tetap (PTT), yang mulai dilaksanakan 1992.

Saat itu para dokter muda masih “menikmati” apa yang mungkin bisa disebut sebagai kepuasan aktualisasi diri. Namun masa sekarang ini tampaknya profesi dokter sudah dipandang sebagai komoditi bisnis belaka, hanya satu bagian dari sekian rantai produksi pelayanan kesehatan.”

Jumlah dokter dan distribusinya merupakan dua hal yang berbeda. Hukum supply-demand berlaku juga untuk ketersediaan dokter. Kembali ke masalah semula: Bagaimana membuat dokter dari daerah yang sudah

kelebihan supply mau pindah ke daerah yang masih undersupply?

Kalau dibalik, apakah mungkin dokter bekerja dengan layanan berkualitas bila secara finansial tidak aman?

Sistem remunerasi bagi dokter diatur oleh masing-masing tempat dokter bekerja. Sedangkan BPJS sebagai pembayar klaim membayar ke fasyankes primer dengan sistem kapitasi, dan ke RS dengan sistem prospektif memakai INA-CBG. Cara ini memposisikan kepentingan dokter dibawah RS. Padahal satu hal yang pasti adalah bahwa RS tetap harus untung. Ini sebuah masalah yang dalam waktu dekat harus diatasi juga.

Bila di kota besar saja para dokter sudah mulai struggle dengan kesejahteraannya, bagaimana ada yang sukarela pergi ke daerah terpencil? Jawabannya, bisa saja! Asal sistem menjamin kesejahteraan mereka dengan wajar dan adil.

Hal-hal lain yang menjadi pertimbangan penting bagi dokter untuk mau ke daerah terpencil adalah adanya sarana prasarana kerja yang memenuhi standar profesi medik, kemungkinan pengembangan karir, dan dasar hukum yang jelas tentang tanggungjawab dan wewenang mereka. [sbach]

Bravo, Perawat Indonesia!



Beberapa waktu lalu Kemenkes mengumumkan, Pemerintah akan mengangkat seluruh tenaga kesehatan PTT menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS). Pengangkatan tersebut sebagai apresiasi Kemenkes kepada tenaga kesehatan PTT, yang telah memberikan kontribusi besar dalam pembangunan kesehatan terutama di daerah pedesaan. Para tenaga PTT juga merupakan salah-satu ujung tombak dalam upaya Pemerintah menurunkan angka kematian Ibu.

Syahdan, saat melakukan kunjungan kerja ke Padang Pariaman, Menteri Kesehatan Prof Nila Moeloek “ditodong” puluhan bidan PTT yang bekerja di kabupaten tersebut. Para bidan PTT mempertanyakan kebijakan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara-Reformasi Birokrasi (Menpan-RB) Yuddy Chrisnandi yang memberlakukan moratorium bagi tenaga honorer atau tidak tetap di beberapa instansi pemerintahan. Para bidan PTT takut kontrak mereka diputus sehingga tak bisa kerja, dan menuntut dijadikan pegawai negeri sipil (PNS).

Menkes Nila mengatakan bahwa moratorium tersebut tidak berlaku bagi tenaga kesehatan seperti dokter,

perawat dan bidan. Namun ketika secara kebetulan Menkes Nila bertemu dengan Menteri Yuddy yang ternyata sedang berkunjung ke Sumatera Barat juga, perbincangan pun dilakukan soal keluhan bidan tersebut. Menkes menceritakan pengalamannya ketika ditemui para bidan PTT di Padang Pariaman.

“Begini Pak Menteri, saya ditodong oleh bidan-bidan PTT di Padang Pariaman. Mereka menuntut untuk dijadikan PNS karena ada moratorium. Saya bilang saya lapor Menpan dulu, karena itu kewenangan Menpan bukan saya,” ungkap Menkes Nila, di Bukittinggi, Sumatera Barat, akhir Februari lalu.

Menpan Yuddy menjawab bahwa sesuai peraturan, tenaga kesehatan baik dokter, perawat ataupun bidan tak termasuk dalam golongan yang terkena moratorium. Sehingga, para bidan PTT masih boleh dipekerjakan selama daerah tersebut masih membutuhkan tenaga mereka.

Soal tuntutan untuk menjadi PNS, Menpan mengatakan bisa saja para bidan PTT menjadi PNS. Syaratnya, harus lolos tes seleksi terlebih dahulu. Yang lolos tes pasti boleh jadi PNS,” ungkapnya lagi. Sedangkan yang tak

lulus tes masih boleh bekerja, saja sesuai kebutuhan daerah tersebut.

Namun kini Kemenkes telah memutuskan untuk mem-PNS-kan semua PTT-nya.



Perawat di Perbatasan

Di Puskesmas Skouw, perbatasan Indonesia-Papua Nugini di Kota Jayapura, Papua, perawat Amelia Womsior mengabdikan. Bahkan meski hari libur pun acapkali masih tetap beroperasi. Karena persoalan medis kerap tak bisa ditunda.

Amelia kadang melampaui tugasnya sebagai perawat. Dia kadang bertugas sebagai bidan dan dokter. Melayani warga di daerah terpencil yang memerlukan pelayanan kesehatan. Meski komitmennya yang tinggi membantu sesama belum diganjar dengan gaji memadai.

Di kursi kayu ruang rawat Puskesmas Skouw, perbatasan

Indonesia-Papua Nugini di Kota Jayapura, Papua. kadang ada pasien kecelakaan yang “lumayan” parah, kadang sangat parah.

Amelia Womsior mengobati lukanya dan memeriksa tekanan darah. Mengobservasi tanda-tanda vitalnya. Kalau keadaan umumnya bagus, dua-tiga jam sudah boleh pulang. Tapi kalau pemeriksaan tanda-tanda vitalnya mengkhawatirkan, kami harus rujuk ke rumah sakit terdekat. Kalau RS Abepura, itu perjalanan satu jam,” kata Amelia.

Amelia bukanlah dokter. Perempuan berperawakan kurus ini hanya perawat yang bertugas sukarela menjaga Puskesmas

Skouw selama 24 jam. Bahkan

sebenarnya Amelia bukan penduduk asli Kampung Skouw. Ia besar dan lahir di Kabupaten Biak, 1000 kilometer dari kampung tersebut.

Orangtua-tunggal dari satu anak ini kuliah di Politeknik Kesehatan jurusan Keperawatan di Jayapura pada 1998. Setelah lulus, beberapa kali terlibat dalam pendampingan kesehatan masyarakat di berbagai puskesmas .

Mulai 2004, ia memutuskan menjadi perawat, bekerja 24 jam. Ia terpanggil karena prihatin dengan anggota keluarga yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang cepat dan baik.

“Ada dari keluarga sendiri yang

ketabrak, tapi tidak ditangani dengan baik. Itu saya alami di keluarga. Saya melihat sendiri keluarga saya berobat dan harus menunggu, dan bagaimana penanganan medis terhadap keluarga, ada yang kurang menyenangkan. Dan, itu menjadi motivasi saya untuk ada di bidang ini,”ungkapnya.

Pintu rumah Amelia terbuka bagi siapa saja yang membutuhkan bantuan. Meski pengabdian dan komitmennya membantu sesama sangat tinggi, tapi gaji yang diperoleh Amelia hanya Rp 2 juta per bulan. Padahal biaya hidup di Papua sekitar 3 kali lipat dari Jakarta.

Mudah-mudahan kedepannya kondisi finansial semua “Amelia” di

Indonesia menjadi lebih baik. Bravo Kemenkes!
[sbach]





BNSP Serahkan Sertifikat Lisensi Tenaga Kesehatan Ke Badan PPSDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada tanggal 18 Januari 2017 menyelenggarakan acara penyerahan sertifikat lisensi Lembaga Sertifikasi Profesi (LSP) bidang Tenaga Kesehatan oleh Badan Nasional Sertifikasi Profesi, melalui ketuanya: Ir. Sumarna F. Abdurahman, MSc. Yang diterima oleh Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber

Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (Drg. Usman Sumantri, MSc).

Acara ini merupakan momen awal tahun yang cukup mengembirakan karena apa yang telah dilaksanakan dan diupayakan tahun lalu telah terlihat hasilnya, antara lain berupa Sertifikat Lisensi dari Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP). Sebagai negara yang cukup aktif dalam pergaulan internasional, Indonesia tidak bisa menutup diri dari globalisasi baik di tingkat

regional ASEAN, Asia dan dunia. Adanya globalisasi ini membuka peluang kerjasama di berbagai sektor termasuk sektor kesehatan.

Di sektor kesehatan, permintaan tenaga kesehatan Indonesia cukup banyak terutama Negara ASEAN seperti Brunei Darussalam, Malaysia, Singapura, negara-negara di kawasan Timur Tengah seperti Arab Saudi, Qatar, Kuwait, serta negara-negara Asia Timur seperti Jepang, Korea, Negara-negara Eropa seperti Jerman

dan Belanda meminta tenaga kesehatan Indonesia setiap tahunnya. Pusat Penelitian dan Informasi BNP2TKI mencatat dari tahun 2011 sampai tahun 2015 ada skitar 63% permintaan perawat Indonesia secara G to G tidak terserap. Hal ini berarti permintaan/demand lebih besar dari pada supply. Sementara itu, ada sekitar 38% lulusan perawat di Indonesia belum terserap di pasar kerja dalam dan luar negeri.



Sertifikat ini tidak dengan mudah dan serta merta kita dapatkan, perjuangan harus dilalui secara bertahap. LSP berproses sejak bulan Februari 2016. Dengan adanya arahan wakil presiden untuk membentuk LSP Kesehatan.

Sejalan dengan kegiatan persyaratan Lembaga Sertifikasi Profesi harus memiliki kelengkapan yang harus dimiliki berupa standar kompetensi kerja, kualifikasi

kompetensi kerja, materi uji kompetensi, assessor kompetensi, assessor lisensi ata auditor mutu dan memiliki tempat assessment atau tempat uji kompetensi.

Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (Drg. Usman Sumantri, MSc) mengharapkan LSP Tenaga Kesehatan lebih mantap dalam melaksanakan tugas

dan melakukan sertifikasi tenaga kesehatan, Selain kerjasama dengan berbagai pihak agar diperluas, seperti dengan Unit utama lain di lingkungan Kementerian Kesehatan, BNSP, BNP2TKI, lembaga sertifikasi internasional, rumah sakit, institusi pendidikan, profesi, dan lain-lain.

Acara penyerahan dihadiri oleh Kepala Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP), Kepala Badan

Nasional Penempatan dan Perlindungan Tenaga Kesehatan kerja Indonesia 9BNP2TKI), Sekretaris Badan PPSDM, Para Kepala Pusat dilingkungan Badan PPSDM, Para Ketua dan Anggota LSP, Ketua MTJI, Para Ketua Divisi MTKI, Para Pejabat struktural dilingkungan Badan PPSDM Kesehatan, Para Master Assessor, Para Assessor Kompetenasi, Para Ketua organisasi Profesi. **Red/sig-ian-her**



DISEMINASI REVIEW STANDAR KOMPETENSI JABATAN (SKJ)



Kompetensi merupakan karakteristik dasar individu yang berkaitan dengan kinerja yang efektif atau superior pada suatu jabatan atau situasi tertentu. Kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seorang PNS berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, sehingga PNS

tersebut dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif, dan efisien.

Standar kompetensi jabatan struktural (SKJ) merupakan persyaratan kompetensi minimal yang harus dimiliki seorang PNS dalam pelaksanaan tugas jabatan struktural. Kompetensi jabatan struktural terdiri dari kompetensi dasar dan kompetensi bidang.

Kompetensi dasar adalah kompetensi yang wajib dimiliki oleh setiap pejabat struktural. Kompetensi bidang adalah kompetensi yang diperlukan oleh setiap pejabat struktural sesuai dengan bidang pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.

Penyusunan Standar Kompetensi adalah rangkaian kegiatan pengumpulan dan

pengolahan data sampai tercapainya kesepakatan dari semua pihak terkait di Kementerian Kesehatan. Bidang Analisis Kompetensi dan Kebutuhan Pelatihan Pusat Pelatihan SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan pada tanggal 22-24 Februari 2017 bertempat di Bandung Jawa Barat mengadakan pertemuan Diseminasi Review Standar Kompetensi Jabatan (SKJ)

DISEMINASI REVIEW STANDAR KOMPETENSI JABATAN (SKJ)

Bandung, 22 - 24 Februari 2017

Pusat Pelatihan Kesehatan - Badan PPSDM Kesehatan



“

Standar kompetensi jabatan struktural (SKJ) merupakan persyaratan kompetensi minimal yang harus dimiliki seorang PNS dalam pelaksanaan tugas jabatan struktural.

”

untuk membahas hal tersebut, dan mengundang seluruh Unit Eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Penyusunan standard kompetensi jabatan ini dimaksudkan untuk merumuskan model kompetensi dan standard kompetensi jabatan struktural dan non struktural, dengan format standard dan dengan menyebutkan tingkat kompetensi yang dipersyaratkan (required competency level – RCL) untuk setiap jabatan yang ada di Kementerian

Kesehatan. Sedangkan tujuan yang hendak dicapai dari penyusunan standard kompetensi jabatan ini adalah agar dijadikan acuan dalam menerapkan manajemen sumber daya manusia berbasis kompetensi (Competency Based Human Resource Management) sehingga tercapai profesionalisme aparatur di Kementerian Kesehatan. Diharapkan dengan adanya standar kompetensi jabatan yang jelas dapat menjadi dasar bagi kebijakan di bidang kepegawaian antara lain: rekrutmen,

pengangkatan dalam jabatan, promosi dan mutasi jabatan, pengembangan pegawai, penilaian kinerja pegawai serta dalam kebijakan remunerasi.

Ruang lingkup dari penyusunan standard kompetensi jabatan dalam kegiatan ini adalah untuk merumuskan model kompetensi dan standar kompetensi jabatan khususnya untuk jabatan struktural eselon II, III, dan IV, serta Fungsional Tertentu/Staf di lingkungan Kementerian Kesehatan. **lus-yat/red/2017**



SATGAS POLTEKKES KEMENKES BANDUNG TURUT PENANGGULANGAN BENCANA BANJIR BANDUNG SELATAN

Akhir tahun 2014, bencana kembali terjadi di Bandung Selatan karena meluapnya Sungai Citarum yang mengakibatkan terputusnya akses jalan raya di Baleendah dan Dayeuhkolot, Kabupaten Bandung pada Desember 2015. Banjir yang meluap dari sungai Citarum menggenangi area di sekitarnya termasuk permukiman warga dengan kedalaman banjir antara 1 meter sampai di atas 2 meter.

Sebagai bentuk Pengabdian Masyarakat, Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung segera bertindak bekerja sama dengan seluruh civitas akademika di lingkungan Poltekkes Kemenkes Bandung dan beberapa mitra kerja Satgas yaitu PT Biofarma, Yayasan Percikan Iman, PPNI, Pajajaran Nursing Corps (PNC), BEM KEMA FIK UNPAD, dan lain-lain membentuk Tim pada 20 Desember 2014 berdasarkan data dari BPBD Kabupaten Bandung.

Pada tanggal 21 Desember 2014, Tim melakukan Rapid Health Assessment (RHA) yang terdiri dari 5 orang berkoordinasi dengan BPBD Kabupaten Bandung



berdasarkan informasi dari BPBD Provinsi Jabar. Tim berangkat ke lokasi bencana untuk melakukan kegiatan health mobile service terhadap pengungsi di rumah-rumah warga.

Pada tanggal 22-28 Desember 2014, Tim berikutnya yang berjumlah 40 orang pengurus dan alumni, 10 orang dari PNC dan BEM

KEMA FIK serta 5 orang dari STIKEP PPNI membawa logistik sesuai dengan arahan Tim 1 (RHA), yaitu baju layak pakai, selimut, sembako, makanan bayi dan biskuit, pembalut wanita, popok bayi dan makanan instan.

Tim menyalurkan bantuan dan memberi pelayanan kesehatan kepada korban banjir. Tim dibagi menjadi

2 yaitu tim yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan di Kampung Andir RW 10 dan di Kampung Cideng 1 RW 03. Banyak warga yang datang ke posko kesehatan mulai dari anak-anak sampai lansia. Pada anak-anak keluhan yang banyak diderita adalah demam, batuk, pilek, dan diare, sedangkan pada orang

dewasa dan lansia keluhan yang banyak diderita adalah gatal-gatal, pegal, demam dan hipertensi.

Selain membuka posko kesehatan, Tim juga melakukan mobile health service ke daerah yang masih banjir dengan

berjalan kaki tanpa perahu maupun dengan difasilitasi perahu karet ke lokasi yang masih deras arus airnya. Air banjir masih mencapai 1 meter di jalan raya, dan lebih tinggi lagi di gang-gang kecil. Warga sekitar lokasi banjir sebagian besar sudah mengungsi ke posko pengungsian yang letaknya sedikit jauh dari lokasi pemukimannya.

Pada saat mobile health service, tim mendapati seorang anak berusia 13 bulan mengalami GEA dengan Dehidrasi Sedang-Berat, kondisi anak tersebut sudah lemah, nadi cepat lemah, turgor kulit lambat, mata cekung dan ubun-ubun cekung, lalu tim segera merujuk anak tersebut ke

RSUD AL-IHSAN. Warga menuturkan cukup senang dan terbantu dengan pos kesehatan yang disediakan oleh Satgas, apalagi tim Satgas tidak hanya stand by di posko kesehatan namun melakukan health mobile service untuk melakukan pemeriksaan kesehatan ke rumah-rumah warga.

Keadaan terakhir pada tanggal 28 Desember 2014 di lokasi masih banjir. Air yang sudah surut pada sehari sebelumnya kembali menggenang mulai di depan posko kesehatan hingga sekitar seluruh RW 10. Tim melanjutkan mobile health service di sepanjang jalan hingga RW 17. Di RW 17, masih banyak warga yang belum mendapatkan

pelayanan kesehatan, sehingga Tim membuka tempat pemeriksaan di salah satu rumah warga. Jumlah keseluruhan pasien yang ditangani sebanyak 425 orang.

Tim mengakhiri bantuan sementara seiring dengan surutnya air. Selanjutnya tim melakukan bakti sosial pada fase pasca bencana dengan menyerahkan bantuan, penyuluhan kesehatan, bersih-bersih rumah warga, kerja bakti, dan pelayanan kesehatan. Pada kegiatan pasca bencana ini, Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung bekerja sama dengan Forum Komunikasi Mahasiswa Poltekkes Indonesia (FKMPI) yang di inisiasi oleh BEM Poltekkes kemenkes RI.



Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung dalam Penanggulangan Korban Bencana Tanah Longsor di Banjarnegara



Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung bekerja sama dengan seluruh civitas akademika di lingkungan Poltekkes Kemenkes Bandung dan beberapa mitra kerja Satgas yaitu PT Biofarma, Yayasan Percikan Iman, LSM Tanjungsari, dan lain-lain melaksanakan kegiatan

Pengabdian Masyarakat yang dilaksanakan 15-20 Desember 2014 di Banjarnegara.

Banjarnegara yang memang memiliki kawasan pegunungan dengan risiko tanah longsor cukup tinggi, pada beberapa hari terakhir didera hujan sehingga pada Jumat malam (12 Desember 2014) terjadi bencana tanah

longsor yang menyapu dusun berpenduduk lebih dari 300 orang. Pada saat itu, sekitar 200 orang dapat menyelamatkan diri. Dengan terjadinya bencana tersebut, Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung segera membentuk Tim pada 13 Desember 2014 berdasarkan hasil koordinasi list email dari Pusat Penanggulangan

Krisis Kemenkes dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Jawa Tengah.

Tim pertama melakukan Misi Pertama dengan nama Rapid Health Assessment (RHA) yang berangkat ke lokasi bencana sejak tanggal 15 Desember 2014. Tim yang terdiri dari 3 orang melakukan RHA

dan membina kerja sama dengan BPBD Jawa Tengah juga Yonkes 2 Kostrad Malang untuk melakukan kegiatan di antaranya ikut bergabung dalam proses evakuasi korban di lokasi dan melakukan health mobile service terhadap pengungsi yang mengungsi di rumah-rumah warga yang belum terdaftar.

Misi kedua yang terdiri dari 5 orang pengurus dan 1 orang pembina merupakan Tim 2 yang diberi nama kegiatan

“Penyaluran Bantuan dan Vaksinasi Tetanus Toxoid”. Tim ini membawa logistik sesuai arahan tim RHA, yaitu Hygine Kit dan Vaksin Tetanus Toxoid.

Pada 20 Desember 2014, Tim 1 dan Tim 2 bergabung untuk melakukan penyerahan bantuan dan melakukan pelayanan kesehatan di lokasi bencana. Penyerahan bantuan diberikan kepada pemerintah desa setempat, sedangkan bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan

oleh Tim SATGAS yaitu berupa pemeriksaan kesehatan (tanda-tanda vital, pemeriksaan kandungan, dan lain-lain) ke pengungsi yang berada di rumah-rumah warga.

Sebagai salah satu mitra terbaik SATGAS PB&WP, PT Biofarma Persero pun ikut berpartisipasi dalam kegiatan ini yaitu dengan menyumbang vaksin Tetanus Toxoid.

Dengan adanya kegiatan ini, diharapkan keberadaan

Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung dapat memberikan manfaat dan kontribusi untuk masyarakat dan lingkungannya. Secara internal, kegiatan ini juga merupakan perwujudan kepedulian Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung dalam menyelenggarakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu Pengabdian Masyarakat dengan dilandasi motto Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung yaitu : Loyalitas, Profesional dan Manusiawi.





PENGUKUHAN PENGURUS PAMONG DAN PELANTIKAN ANGGOTA PENEKAK/PANDEGA GUGUS DEPAN 09201-09202 PANGKALAN BAPELKES CIKARANG

Gugus Depan merupakan bagian terpenting dari Kwartir Ranting dan Kwartir Cabang, karena itu perlu dilakukan pembinaan dan pengelolaan Dewan Penegak (Dewan Ambalan) agar Gugus Depan dapat berjalan dengan semestinya dan sesuai dengan aturan yang berlaku sesuai dengan PP 231 Tahun 2007 Tentang Gugus Depan.

Di tengah Era Globalisasi yang terus berkembang semangat Kepramukaan dan rasa Cinta Tanah Air masih dapat bertahan sampai sekarang.

Dalam Rangka pengembangan Skill Kepramukaan dan Pengorganisasian Anggota Dewan Penegak (Dewan Ambalan) sebagai Kader di Gugus Depan dan

proses kaderisasi dapat berkelanjutan maka perlu dilaksanakan pembaiatan dan pelantikan dan bagi anggota pramuka yang memiliki minat lebih diberikan pengetahuan yang mendalam terkait Kepramukaan.

Berbagai cara terus dilakukan untuk meningkatkan kiprah Gerakan Pramuka Saka Bakti Husada dalam upaya Pembentukan

Karakter Generasi Muda, khususnya di Gugus Depan 09201-09202 Pangkalan Bapelkes Cikarang. Dalam mengoptimalkan upaya tersebut dibutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas agar tujuan Gerakan Pramuka dapat tercapai. Untuk melaksanakan realisasi Program Kerja Kwartir, maka diperlukan pengurus Kwartir yang bertanggungjawab



dan loyal terhadap tugas dan fungsi yang diembannya.

Sejalan dengan upaya tersebut, pada tanggal 17 s/d 18 Februari 2017, Ketua Pamong Saka Bakti Husada Gugus Depan 09201-0921-02 Pangkalan Bapelkes Cikarang Asep Zaenal Mustofa. SKM, M.Epid mengukuhkan Pengurus Pamong dan Melantik Anggota Penegak/ Pandega Saka Bakti Husada Gugus Depan 09201-0921-02 Pangkalan Bapelkes Cikarang masa bakti 2017 - 2022.



Kegiatan berlangsung di Auditorium Balai Pelatihan Kesehatan Cikarang dan dihadiri oleh Ketua Pamong Saka Bakti Husada Gugus Depan 09201-09202 Pangkalan Bapelkes Cikarang, Wakil Ketua Pamong, Ketua Kwartir Ranting Cikarang Utara, Sekretaris, Ketua Harian Anggota, Pamong Saka Bakti Husada Putra dan Putri Pangkalan Bapelkes Cikarang. red/lus-yus-sun



- SAVE GARUT -

Berkolaborasi Menumbuhkan Jiwa Kemanusiaan Pasca Bencana Garut-Sumedang

Jawa Barat kembali berduka. Bencana alam cukup besar yang terjadi di Jawa Barat pada tanggal 21 September 2016 adalah banjir bandang di Kabupaten Garut. Banjir bandang ini terjadi akibat hujan deras yang mengguyur sejak Selasa (20/09/2016) malam. Puluhan rumah di bantaran Sungai Cimanuk banyak yang roboh dan terbawa aliran sungai. RSU dr. Slamet dan Polsek

Tarogong Kidul ikut terendam banjir, sejumlah pasien rumah sakit pun terpaksa dievakuasi. Banjir bandang yang di perkirakan mencapai lebih dari dua meter ini pun memasuk kawasan perumahan warga dan jalan-jalan membuat kaget para penduduk.

Bencana banjir bandang yang terjadi di Kabupaten Garut ini disebabkan meluapnya Sungai Cimanuk dan Sungai

Cikamuri pada Selasa malam (20/09/16). Beberapa titik yang menjadi daerah banjir antara lain daerah Tarogong Kidul, Tarogong Kaler, Banyuresmi, Karangpawitan, dan Bayongbong.

Berdasarkan Data dan Informasi Bencana Indonesia dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana dilaporkan jumlah korban meninggal 34 jiwa, terluka 9 orang, hilang 19 orang,

dan jumlah yang mengungsi 6.361 orang. Kerugian akibat banjir bandang tersebut diperkirakan mencapai 50 M.

Areal yang akan digunakan untuk relokasi penampungan jangka panjang berupa rusunawa di daerah Margawati Kecamatan Garut Kota dan Cimurah Kecamatan Karang Pawitan, serta Perumahan Rakyat di Kelurahan Sukanegla Kecamatan Garut Kota.



Satgas PB & WP Poltekkes Kemenkes Bandung Hadir Sebagai Relawan Tanggap Darurat

Satgas PB & WP Poltekkes Kemenkes Bandung, hadir membantu dalam upaya mengurangi dampak akibat bencana, di antaranya pengiriman tim 1 sebagai Tim Rapid Health Assesment (RHA) (21/09/16) berkoordinasi dengan DPD PPNI Kabupaten Garut, Pro Emergency Kabupaten Bogor di bawah koordinasi BPBD, Makorem, dan Makodim Kabupaten Garut.

Pada 22-24 September 2016 diberangkatkan tim 2, tim 3, dan tim 4 untuk memberikan bantuan SDM kesehatan, hygiene kit, makanan dan minuman, pakaian dalam, trush bag, selimut, dropping alat-alat kebersihan, alat-alat mandi, selimut, sandang pangan, dan pakaian bagi para pengungsi yang merupakan hasil dari penggalangan bantuan di Bandung. Sasaran kegiatan disentralisasi di Posko Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung bekerja sama dengan PPNI Kabupaten Garut yang bertempat di RSUD Dr. Slamet Garut.

Tim Satgas PB & WP bekerja sama dengan PT Bio Farma Indonesia

kembali melakukan aksi (06/10/16) pelayanan kesehatan, pemberian imunisasi TT dan Penta Bio bagi relawan dan korban bencana, memberikan bantuan paket alat-alat sekolah dan sembako di sekitar Desa Parung Halang Cimacan.

Tim Satgas bekerja sama dengan DPW PPNI Provinsi Jawa Barat, Psikologi Unpad, dan Pemda Kabupaten Garut (25/10/16) memberikan bantuan pasca bencana dalam bentuk uang Rp500.000/orang bagi semua perawat yang berdinasi pada malam kejadian banjir. Bantuan berasal dari sumbangan Perawat Se-Jawa Indonesia yang dikoordinir oleh DPW PPNI Provinsi Jawa Barat. Selain itu, dilakukan trauma healing kepada perawat yang terlibat, dengan melibatkan Tim dari Psikologi. Acara dikoordinir oleh DPD PPNI Kabupaten Garut dan Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung bertindak sebagai relawan yang memfasilitasi seluruh rangkaian kegiatan.

Sampai dengan Desember 2016,



Satgas masih memiliki agenda dalam rangka pembinaan wilayah rawan bencana di Kabupaten Garut dalam bentuk bantuan program peningkatan kapasitas masyarakat rawan bencana berupa pelatihan Gugus Desa Kenal Bencana dan Pelatihan Anak Sekolah Kenal Bencana. Program ini dilakukan terintegrasi dengan berbagai pihak yang selama ini menjadi mitra Satgas PB & WP Poltekkes Kemenkes Bandung. [@Kontributor: Haris Sofyana, S.Kep.Ners.,M.Kep. (Dosen Keperawatan Bandung dan juga Pembina UKM Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung)]





(Sumber :Koran Tempo)

Begitu pun dengan penggalangan dana bantuan untuk bencana longsor di Kabupaten Sumedang, Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bandung bekerja sama dan berkolaborasi dengan FKMPI (Forum Komunikasi Mahasiswa Politeknik Se- Indonesia) Regional Jawa Barat. Sehari setelah memberikan bantuan ke Garut, sebagian perwakilan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bandung turut bergabung dengan FKMPI JABAR memberi bantuan khususnya ke GOR Tajimalela, Sumedang yang merupakan tempat pengungsian korban bencana longsor.

Terjadinya bencana di beberapa wilayah ini semoga memompa semangat mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bandung untuk membantu turun ke lapangan. Walau sekadar membantu bersih-bersih dan sebagainya, namun momentum ini menjadi pembelajaran bagi mahasiswa untuk menumbuhkan jiwa kemanusiaan, tergerak hati untuk peduli dan ingin menolong terhadap sesama. [@Kontributor: Septiadi Fadilla (Presiden BEM Poltekkes Kemenkes Bandung)]

Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bandung Membantu Pasca Bencana Garut-Sumedang

Adanya bencana banjir di Garut, Keluarga Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bandung Kabinet Berkarya BEM-KM Poltekkes Kemenkes Bandung melakukan penggalangan dana yang berkoordinasi dengan ketua angkatan 2014, 2015, dan 2016 serta rekan-rekan HIMA Jurusan, juga mengumpulkan bantuan logistik: bahan makanan, alat-alat kebersihan, pakaian layak pakai dan lain-lain. (24/09/16) Seluruh bantuan

dibawa bersama beberapa relawan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bandung.

Sesampainya di lokasi bencana banjir Garut, relawan mahasiswa menyaksikan dan membantu langsung ke daerah lokasi bantaran Sungai Cimanuk yang pada saat itu banyak relawan TNI yang sedang membereskan puing-puing banjir. Penyerahan bantuan logistik beserta sembako di

daerah sekitar bantaran Sungai Cimanuk, daerah Tarogong serta rumah susun tempat pengungsian warga diserahkan langsung ke Walikota Garut.

Selain Kabupaten Garut, tanah longsor terjadi di Kabupaten Sumedang yang terjadi di lima dusun mengakibatkan tiga orang meninggal dunia. Tanah longsor terjadi pada hari Rabu (21/09/16) itu melanda lima dusun di Desa Ciherang, yakni Ciherang, Ciguling, Singkup, Cimareme, dan Babakan Gunasari. Sekitar 300 keluarga di 6 RT terkena dampak dan 75 keluarga (335 jiwa) mengungsi ke GOR Tajimalela, Sumedang.





Mengulang Kemenangan Sport Science 2013

2 2 September, empat tahun silam, Timnas Indonesia berhasil menjuarai AFF U-19 di Gresik dan Sidoarjo. Setelah Timnas Indonesia “puasa” gelar selama 22 tahun sejak Sea Games 1991.

Animo masyarakat sudah terlihat sejak pagi harinya, ketika antrian tiket untuk laga final ini sudah terjual habis. Pertandingan final berjalan dramatis, mengingat pada pertandingan sebelumnya di babak penyisihan grup, Timnas Indonesia harus mengakui keunggulan Vietnam dengan skor 2-1.

Jelang pertandingan final, Indra Sjafrie menambah porsi latihan fisik untuk mengantisipasi pertandingan final berlangsung hingga

babak tambahan atau malah berlanjut adu tendangan penalti.

Hingga babak perpanjangan waktu 2x15 menit, kedua kesebelasan masih bermainimbang dengan skor 0-0. Maka penentuan juara harus dilanjut dengan adu tendangan penalti. Persis sesuai dengan langkah antisipasi yang telah disiapkan semula.

Pendukung timnas sempat dibuat berdebar-debar ketika dari lima penendang pertama, kedua tim berbagi angka sama, yakni 3-3. Adu tendangan penalti kemudian dilanjutkan, namun skor tetap berjalanimbang ketika ketiga algojo Vietnam dan Indonesia saling balas membuat gol. Kedudukan masih sama, 6-6.

Penendang kesembilan

Vietnam (*Pham Duc Huy*) gagal membuat gol karena tendangannya mampu ditepis penjaga gawang Timnas Indonesia, Ravi Murdianto. Seisi stadion gemuruh merayakan kegemilangan Ravi Murdianto menggagalkan tendangan penalti.

Penentu kemenangan, penendang kesembilan Timnas Indonesia, Ilham Udin Armayn, akhirnya berhasil mencipakan selisih gol. Seluruh isi stadion meledakkan klimaks saat tendangan pemain kelahiran Ternate itu menjebol gawang setelah sempat menyerempet mistar kiri gawang *Lê Văn Trung*.

Indonesia juara, mengalahkan Vietnam dengan skor 7-6 melalui

babak adu penalti.

Ada satu hal yang wajib digarisbawahi dari keberhasilan timnas ini. Yakni faktor endurance pemain timnas U-19, yang tetap bugar meski sudah bermain 120 menit - plus adu penalti.

Dari segi teknik penguasaan bola dan pergerakan tanpa bola, Vietnam terlihat unggul. Namun keunggulan itu tak banyak berarti manakala para pemain Vietnam mulai kehabisan tenaga, di babak kedua. Sebaliknya, sepanjang paruh waktu kedua dan berlanjut ke 2 x 15 menit babak perpanjangan waktu, anak-anak Garuda Jaya mendominasi permainan.

Sport Science

Daya tahan dan stamina pemain timnas U-19 yang luar biasa itu merupakan hasil penerapan Sport Science. Dengan melibatkan ahli sport science, juga psikolog dan dokter tim, Indra Sjafrie membentuk sebuah tim yang diisi pemain-pemain dengan fisik yang prima plus mental yang kuat. Mereka tidak main-main menerapkan sport science di timnya.

Timnas U-19 berturut-turut menjuarai turnamen HKFA di Hong Kong, hingga membawa tim menjuarai AFF Cup U-19, berlanjut dengan mengalahkan Korea Selatan di partai pamungkas Pra Piala Asia U-19.

Trofi AFF Cup U-19 adalah milestone untuk mengembalikan sepakbola Indonesia ke jalur yang benar. Beberapa hal kunci yang diterapkan di sport science adalah teknik fisioterapi terkini dan teknik nutrisi. Walhasil kecepatan, akurasi, dan mental pemain relatif tetap terjaga di babak kedua. Pelatih bisa memberi instruksi, dan pemain tetap segar.

Sayangnya, euforia gelar juara AFF di tahun 2013 itu berakhir anti-klimaks. Setelah menjadi juara, harusnya memacu tata-kelola agar lebih baik lagi menyiapkan bibit-bibit muda. Tetapi yang terjadi, bapak-bapak petinggi PSSI malah asyik memanfaatkan momen juara, menggelar Tour Nusantara.

Setelah itu?

Diabaikannya pembinaan adalah salah satu kesalahan fatal yang terus-menerus terulang di sepakbola kita. Praktis sampai pada titik itu saja proses pembinaan kita. Yang paling aktual, PSSI mendapat sanksi dari badan sepakbola tertinggi dunia, FIFA.

Tanpa harus saling menyalahkan salah-satu pihak yang mana, tentu baiknya kondisi ini kita pakai sebagai introspeksi bahwa selama ini ada yang keliru tentang tata-kelola sepakbola di negeri ini.

Sport Science & Clinic RSUD Dr. Soetomo

Tak banyak yang tau bahwa dunia olahraga Jatim pun, misalnya, sebenarnya sudah lama memiliki Sport Science & Clinic RSUD Dr. Soetomo, Surabaya.

Padahal sejak Januari 2009 – Oktober 2015, Sport Clinic RSUD Dr. Soetomo telah menangani 568 Kasus cedera olahraga yang dialami para atlet, ditangani secara komprehensif interdisiplin. Para atlet yang pernah menjadi pasien di sport clinic tsb merasa puas dan merekomendasikannya ke sesama atlet.

Selain itu, Sport Clinic RSUD Dr. Soetomo sejak Januari 2009 – Oktober 2015 menggelar rangkaian diskusi dan presentasi ilmiah secara rutin dan membukukan 259 topik diskusi ilmiah.

Tak kalah penting, Sport Clinic Dr. Soetomo juga menyelenggarakan rangkaian pendidikan & pelatihan bagi tenaga medis spesialis. Dua yang terakhir adalah wilayah kerja Pusat Kesehatan Olah Raga (Puskesor), kerjasama dengan Dinas Kepemudaan dan Keolahragaan Provinsi Jawa Timur.

Berbasis sport science, Sport Clinic RSUD Dr. Soetomo adalah institusi pelayanan medis (yang meliputi upaya kuratif rehabilitatif) penanganan cedera olahraga.

Sebenarnya ide untuk mengembangkan seminar ini sudah muncul sejak 2003, digagas oleh Prof. Achmad Syarwani, dengan para kolega yang sevisi seperti Prof. Sunarko Setyawan, dan dr. Bayu Santoso.

Setiap dua pekan Puskesor menggelar diskusi dan presentasi mendalam. Hingga Maret 2015 tercatat 259 diskusi/paparan ilmiah berkenaan dengan sport clinic.

Dalam suatu kesempatan, Prof. Achmad Sjarwani menjelaskan, tindakan masyarakat dalam menangani cedera/trauma seperti patah tulang, terkilir, dan cedera engkel, rata-rata 85% masih banyak yang keliru. Mereka lebih

memilih ke pengobatan alternatif.

Masalahnya, pengobatan alternatif tersebut kadang kala justru membuat penderitaan pasien makin parah. Setelah parah, pasien kemudian baru dibawa ke dokter.

Kesalahan pengobatan itu sangat besar pengaruhnya. Penanganan pertama terhadap cedera/trauma seharusnya dilakukan dengan metode Rest, Ice, Compression, dan Elevation (RICE).

Psikologi

Psikolog Ratna Kurniasari M.Psi mengatakan, pasien biasanya mengalami kebingungan karena kondisinya apalagi menerima informasi breaking bad news dari dokter/psikolog. Atlet maunya cepat sembuh karena kebutuhan akan tanding lagi. Sementara psikolog memberikan arahan tentang alternatif yang bisa dilakukan saat kondisinya harus tidak bertanding atau berlain.

Menurunnya percaya diri berdampak pada penurunan motivasi, penurunan prestasi, dan/atau seringnya cedera yang berulang. Terlebih lagi, atlet merasa dituntut untuk memberikan prestasi sehingga beban psikologis yang harus mereka penuhi lebih besar dibanding sebelum cedera.

Terkadang pernyataan dari seorang pelatih menyebabkan tingkat atau beban stres pada atlet menjadi lebih berat. Memang, semboyan "Berusaha keras atau pulang, tidak sakit tidak ada penghargaan, pergi untuk bertempur," adalah ucapan-ucapan pelatih untuk menaikkan semangat dan motivasi atlet. Dampaknya, kecendrungan atlet untuk mengalami tekanan mental menjadi lebih besar.

Beberapa orang merasa gagal ketika mereka terluka. Sikap ini berkembang dan membudaya di kalangan atlet sehingga sering kita jumpai bahwa atlet mengalami gangguan, tidak hanya fisik tapi juga secara psikologis.

Ketika seorang pemain atau atlet mengalami cedera di lapangan, lalu

merasa belum cukup memberikan kontribusi untuk kemenangan sebuah tim. Maka atlet yang cidera sering memaksakan dirinya untuk bermain kembali sehingga cideranya semakin parah.

Untuk penanganan cedera fisik, Prof. Sjarwani telah menemukan metode yang dinamakan IREACTS (Immediate Repetitive Axial Compression Tension Stabilitation), yaitu usaha memperpendek waktu penyembuhan patah tulang batang femur dan atau tibia (shaft).

Caranya, setelah dilakukan reposisi, lalu dilakukan fiksasi yang stabil terhadap bending dan terhadap rotation force. Kemudian diberi rangsangan berupa pembebanan/penekanan loading pada saat "stand phase" sehingga terjadi compression osteogenesis, sedangkan pada waktu "swing phase" terjadi distraction osteogenesis akibat tarikan gravitasi bumi.

"Jika metode ini diterapkan dengan baik, dalam waktu 6-8 minggu seorang penderita patah tulang akan sembuh, dan sudah bisa membuang tongkatnya," kata Prof. Achmad Sjarwani.

Science adalah Keharusan

Di negara-negara maju, keterlibatan sport science sudah dilakukan sejak lama. Di Indonesia sudah diwacanakan sejak lama, namun aplikasinya terlihat stagnan.

"Science dalam sepakbola sudah menjadi sebuah keharusan, jika kita ingin melihat sepakbola Indonesia maju dan dapat sejajar dengan bangsa-bangsa lain yang sudah lebih dulu maju," kata Dewan Pembina Yayasan Pembangunan Olahraga Indonesia, Arifin Panigoro.

Arifin juga tidak sepakat dengan anggapan bahwa postur tubuh pemain Indonesia tidak memungkinkan membuat sepakbola Indonesia bisa bersaing dengan pemain Eropa. Ia mencontohkan pemain Barcelona

Andres Iniesta, dan Lionel Messi, yang memiliki tubuh kecil namun bisa menjadi pemain bintang.

"Dalam kaitan inilah cita-cita mereformasi sepakbola Indonesia ada baiknya juga menyertakan aspek ilmiah dan kemajuan iptek. Tentunya dengan terlebih dulu mereformasi manajemennya," ujar Arifin.

Sepak bola memang bukan ilmu pengetahuan, tetapi ilmu pengetahuan dapat meningkatkan level kualitas sepak bola. Sudah bukan rahasia lagi, negara-negara dengan kekuatan sepak bola yang mengagumkan memang sudah jauh-jauh hari menggunakan pendekatan ilmu pengetahuan untuk membentuk pemain bermutu sejak usia dini.

Sinergi ilmu pengetahuan dan olah raga terbukti meningkatkan kualitas sepak bola yang berujung pada prestasi. Direktur Sport Science PSSI yang juga Kepala UPT Olah Raga ITB Tommy Apriantono juga mensyaratkan sentuhan ilmu pengetahuan olah raga untuk mencapai prestasi puncak.

Tommy yang menyelesaikan studi S2 dan S3 Ilmu Olah Raga Sepak Bola di Jepang, mengatakan, alih-alih mendahulukan kompetisi senior, pembinaan pemain usia dini di negara-negara itu justru menjadi sorotan utama.

"Jepang saja baru memulai kompetisi J-League pada 1993, setelah mereka membina pemain muda selama 13 tahun. Sepak bola juga sudah diyakini bisa ditingkatkan kualitasnya melalui desain. Tak hanya berdasarkan kesempatan," papar Tommy.

Bola Basket

Kondisi fisik merupakan bagian terpenting dalam semua cabang olahraga, terutama untuk mendukung aspek-aspek lainnya seperti teknik, taktik dan mental. Kondisi fisik sangat menentukan dalam mendukung tugas atlet agar dapat tampil maksimal.

Program latihan kondisi fisik haruslah direncanakan secara baik

dan sistematis, ditujukan untuk meningkatkan kesegaran jasmani serta kemampuan fungsional sistem tubuh. Sehingga dengan demikian memungkinkan atlet untuk mencapai prestasi puncaknya.

Atlet yang memiliki tingkat kesegaran jasmani yang baik akan terhindar dari kemungkinan cedera yang biasanya terjadi jika seseorang melakukan kerja fisik yang berat. Kondisi fisik sangat menunjang atlet dalam bertanding, sehingga dalam pertandingan atlet tidak mengalami kelelahan yang berarti dan akan terhindar dari cedera yang dapat mengganggu penampilannya.

Bola basket merupakan olahraga yang dinamis dan menuntut kesiapan fisik yang prima dengan dukungan teknik, taktik dan mental yang memadai. Pergerakan pemain dalam pertandingan, baik dengan bola maupun tanpa bola, berlangsung sangat cepat dan dengan hilir mudik mencari-cari celah daerah yang dapat diterobos untuk memasukkan bola ke ring lawan. Kondisi ini berlangsung dalam waktu yang cukup lama, sehingga begitu menguras energi dan menyebabkan kelelahan.

Dengan kondisi fisik yang prima maka akan ada peningkatan dalam kemampuan sistem sirkulasi dan kerja jantung, akan ada peningkatan dalam kekuatan, kelentukan, stamina, kecepatan, dan lain-lain komponen kondisi fisik, akan ada ekonomi gerak yang lebih pada waktu latihan, akan ada pemulihan yang cepat dalam organ-organ tubuh setelah latihan. Kondisi fisik sangat berperan dalam olahraga bola basket terutama untuk dapat bermain bola basket dengan dinamis tanpa mengalami kelelahan yang berarti.

Sukses dalam olahraga sering menuntut keterampilan yang sempurna dalam situasi stress fisik yang tinggi. Kondisi fisik adalah salah satu persyaratan yang sangat diperlukan dalam usaha peningkatan prestasi seorang atlet bahkan dapat dikatakan sebagai keperluan yang tidak dapat ditawar-tawar lagi. Kondisi fisik merupakan prasyarat yang paling mendasar dalam upaya pemberdayaan aspek-aspek lainnya. [Fitri Maulina]

MENGUBAH FILE PDF KE FORMAT FILE LAIN



Angga Sugiarto, SST, M.Kes

*Dosen Prodi Keperawatan Magelang
Poltekkes Kemenkes Semarang*

Salah satu format file yang sering digunakan dalam penyimpanan berkas digital adalah Portable Document Format (PDF). PDF merupakan sebuah format file yang dikembangkan oleh Adobe System sekaligus sebagai pemilik paten. Awal diperkenalkan kepada publik pada tahun 1993. Seiring dengan perkembangan kualitas PDF, pada tahun 1 Juli 2008 PDF telah menjadi standar International Organization for Standardization (ISO) dengan kode ISO 32000-1:2008.

Saat ini hampir semua format file dapat diubah ke PDF. Begitu juga sebaliknya PDF dapat diubah menjadi format lain seperti docx, jpg, ppt, dan lainnya. Meskipun bagi kebanyakan pengguna mengubah file PDF alias convert menjadi file lain masih dianggap sulit.

Untuk mengubah file PDF ke format berkas lain dapat dilakukan secara online maupun offline. Beberapa pengembang berusaha memberikan kemudahan kepada pengguna untuk melakukan convert. Berikut ini beberapa cara yang dapat dilakukan

Mengubah Secara Online

Untuk mengubah file secara online anda dapat mengunjungi beberapa situs berikut



1. SmallPDF

Situs ini menyediakan fasilitas yang mudah digunakan oleh pengguna dalam melakukan convert. Pada halaman muka terdapat pilihan jenis convert yang diinginkan. Seperti PDF ke Word, PDF ke PPT, PDF ke Excel dan lainnya. File yang akan diubah cukup ditempatkan ke tempat yang sudah disediakan untuk upload. Dalam waktu singkat, file hasil convert dapat dilihat dengan mengunduh file hasil. Untuk upload file selain langsung dari komputer juga bisa diambil dari google drive dan dropbox. Begitu juga hasil convert dapat langsung disimpan di komputer, google drive, atau dropbox. Fasilitas penyimpanan tersebut memungkinkan pengguna untuk melakukan convert file PDF dengan ukuran besar. SmallPDF dapat diakses di <https://smallpdf.com/>



2. PDF to DOC

Situs PDF to DOC menyediakan beberapa pilihan convert file. Salah satu keunggulan yang dimiliki adalah Jumlah file yang dapat di convert dalam sekali proses bisa mencapai 20 file. Apabila file yang diproses lebih dari satu maka hasil convert dapat didownload dalam bentuk ZIP archive. PDF to DOC dapat diakses di <http://pdf2doc.com/>



Mengubah Secara Offline

Terdapat beberapa aplikasi untuk convert PDF secara offline baik yang gratis maupun berbayar. Salah satu yang cukup mudah digunakan dan tidak berbayar adalah Icecream PDF Converter. Langkah yang dapat dilakukan untuk menggunakan Icecream PDF Converter adalah sebagai berikut :

1. Silahkan download master di <http://icecreamapps.com/PDF-Converter/> dan install di komputer Anda.
2. Setelah selesai silahkan buka aplikasi Icecream PDF Converter
3. Pada halaman muka akan muncul pilihan convert “Dari PDF” (untuk mengubah file PDF ke format berkas lain) dan untuk sebaliknya terdapat pilihan “Ke PDF”.
4. Silahkan klik menu “Dari PDF”
5. Pilih file PDF yang akan diubah
6. Pilih jenis berkas file hasil yang diinginkan (Misal doc, rtf, jpg, atau lainnya)
7. Tentukan tempat folder penyimpanan hasil convert. Terdapat pilihan “Sub Folder”, “Folder Awal”, dan “Pilih Folder” untuk menentukan folder sesuai pilihan pengguna.
8. Klik tombol “Konversi”
9. Hasil dapat dilihat di folder penyimpanan yang sudah ditentukan sebelumnya.



Kelebihan Icecream PDF Converter adalah tidak terlalu membebani komputer karena ukurannya yang kecil. Pada saat proses konversi progres akan dimunculkan Selain itu pilihan file convert cukup beragam. Meliputi doc, docx, rtf, odt, jpg, png, bmp, tiff, gif, eps, html, dan wmf.

Aplikasi Mudah Untuk Ujian Online

Indah Nursyamsi Handayani, ST
Instruktur Jurusan Teknik Elektromedik Poltekkes Jakarta II

Di era digital sekarang ini seorang tenaga pengajar dituntut untuk memberikan metode pengajaran yang lebih kreatif, inovatif dan efektif. Memberikan ujian secara online salah satu hal yang semakin marak diperbincangkan dikalangan para pengajar. Ditengah beban kerja pengajar yang tinggi dan tuntutan melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi maka mampu menjalankan salah satu aplikasi yang memudahkan seorang pengajar dalam membuat soal tes atau ujian online bisa menjadi solusi.

Aplikasi pembuat soal tes atau ujian online kini banyak tersedia di internet dan dapat diperoleh dengan gratis/ tidak berbayar. Dalam pemanfaatannya bahkan ada aplikasi yang tidak hanya menyediakan pembuatan soal tes atau ujian online saja, tetapi juga dapat dimanfaatkan untuk pemberian tugas, kuis, panduan belajar, bahkan berbagi materi pelajaran dengan teman atau kelompok belajar. Untuk membuat soal tes atau ujian online ini, seorang tenaga pengajar tentunya harus menguasai teknologi informasi terutama dalam penggunaan internet.

Sebenarnya pembuatan soal tes atau ujian online ini sangat mudah dan aplikasi yang akan dijelaskan dibawah ini tidak perlu repot-repot install di komputer atau laptop yang digunakan, cukup dengan jaringan internet yang baik maka para tenaga pengajar langsung bisa membuat soal tes atau ujian online.



Seminar Nasional Save Our Children with Sex Education

Oleh: KH. Endah Widhi Astuti, M.Mid
(Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surakarta)



Remaja Butuh Informasi tentang Seks dan Kespro

Seks dan kesehatan reproduksi (Kespro) adalah salah satu isu penting dalam proses tumbuh kembang remaja. Remaja membutuhkan informasi yang benar mengenai seks dan kesehatan reproduksi. Namun kenyataannya akses terhadap sumber informasi yang tepat mengenai hal itu masih terbatas.

Hal tersebut diungkapkan pakar seksologi, dr. Istar Yuliadi, M.Si.FIAS., dalam seminar nasional "Save

Our Child Generation with Sex Education" yang diselenggarakan Himpunan Mahasiswa Jurusan (HMJ) Kebidanan Politeknik Kesehatan Surakarta, Minggu 4 Desember 2016. Seminar yang dihadiri 780 peserta ini juga menampilkan pakar psikologi anak, Dr. Seto Mulyadi sebagai pembicara.

Seksualitas dan kesehatan reproduksi masih dinilai tabu untuk dibicarakan remaja. Anggapan ini salah dan sudah saatnya kita belajar dengan benar tentang seksologi. Dengan demikian remaja bukan saja memiliki pemahaman yang benar mengenai seksologi, sehingga dapat terhindar dari perilaku seks bebas.

"Selama ini perilaku seksual sering disederhanakan sebagai hubungan seksual berupa penetrasi dan ejakulasi. Padahal perilaku seksual dapat berupa berfantasi, berpegangan tangan, berciuman, dan berpelukan," kata Istar.

Menurut Istar, pengetahuan mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi akan

mempengaruhi perilaku seksual. Hal tersebut juga bisa dipacu oleh tingkat perkembangan seksual dan motivasi. Perbedaan kematangan seksual akan menghasilkan perilaku seksual yang berbeda. Sedangkan rasa senang, aman, dan memperoleh uang bisa menjadi motivasi seseorang dalam berperilaku.

Selain faktor internal-faktor internal tersebut, perilaku seks juga dipengaruhi faktor eksternal. Komunikasi dalam keluarga, pergaulan, dan media massa adalah faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perilaku seks seseorang.

Dalam beberapa kasus, intensitas komunikasi antara orang tua dan anak remaja mereka relatif kurang. Sedangkan pada masa pubertas, pengaruh teman sebaya relatif lebih besar dibandingkan orang tua atau keluarga. Sementara film-film sering menampilkan kekerasan yang disertai adegan-adegan yang merangsang.

Faktor-faktor tersebut

mendorong seseorang mempraktikkan perilaku seks tertentu untuk menyalurkan hasratnya dan memperoleh kepuasan seksual. Salah satunya dengan melakukan onani atau masturbasi yang dianggap aman dari penularan penyakit seksual. Namun sesungguhnya perilaku ini akan menimbulkan efek ketagihan.

"Diperkirakan 95 persen pria pernah melakukan onani dan 60 persen wanita pernah melakukan masturbasi. Namun, kecenderungan perilaku ini terus meningkat pada wanita setiap tahunnya. Statistik terakhir diperkirakan mencapai angka 80 persen lebih," kata Istar.

Tingkat statistik tersebut juga dipengaruhi dengan keberadaan media visual yang berisi muatan pornografi. Gambar atau film yang bermuatan pornografi dapat menimbulkan kecanduan bagi seseorang yang mengkonsumsinya. Kecanduan pornografi akan menyebabkan gangguan memori di otak, fatamorgana, dan memicu penyimpangan

perilaku seksual.

“Pornografi membuat seseorang terpicu untuk lebih suka melayani diri sendiri dibanding orang lain. Pornografi membuat cara berpikir seseorang menjadi penuh dengan seks semata. Pikiran seks akan menguasai alam bawah sadar mereka,” ujar Istar.

Menurut Istar, pornografi akan memperburuk kemampuan seseorang dalam mengelola waktu dan uang. Selain itu, juga dapat merusak hubungan seksual dengan pasangan karena terbiasa membayangkan orang lain dalam hubungan seksual. Dengan demikian, nilai dan kemurnian seksual yang sesungguhnya menjadi rusak.

Respon Orang Tua

Menurut Dr. Seto Mulyadi, keterbatasan informasi tentang seksualitas di kalangan remaja salah satunya dipengaruhi respon orangtua. Sikap yang paling umum ditunjukkan orangtua ketika anak mulai mempertanyakan masalah seks adalah menutup pembicaraan, bahkan tak jarang disertai ancaman.

“Hal ini menimbulkan suasana tegang dan informasi menjadi semakin tidak jelas, sehingga anak menjadi bingung. Inilah yang kelak menjadi pemicu berbagai penyimpangan seksual pada anak,” ujar pakar psikologi anak yang lebih dikenal sebagai Kak Seto itu.

Menurut Kak Seto, pertumbuhan dan



perkembangan seksual anak merupakan bagian dari kehidupan yang perlu memperoleh perhatian orangtua sejak dini. Peran orangtua terhadap pertumbuhan dan perkembangan seksual anak seharusnya dilakukan secara aktif, yaitu dengan cara membimbing dan mengarahkan secara bijaksana.

“Anak-anak memiliki rasa ingin tahu yang sangat besar terhadap berbagai hal, termasuk seputar seksualitas. Ini ditandai dengan pertanyaan-pertanyaan yang diungkap secara spontan. Untuk menanggapi pertanyaan mereka, orangtua sebaiknya memberikan respon positif dan menjalin komunikasi yang efektif,” ujar Kak Seto.

Salah satu cara yang dapat dilakukan di antaranya dengan bersikap terbuka terhadap pertanyaan anak. Ketika anak mulai bertanya tentang seks, orangtua sebaiknya memberikan jawaban yang sejujurnya, serta mengarahkan tingkah

laku sesuai norma yang berlaku.

“Usahakan jawaban yang diberikan cukup sederhana namun dapat memenuhi rasa ingin tahu anak,” saran Kak Seto.

Tak jarang anak melakukan eksperimen sendiri terhadap hal-hal yang memancing rasa ingin tahu termasuk masalah seks. Apabila hal ini terjadi, orangtua tidak perlu menunjukkan reaksi terkejut yang berlebihan atau bertindak keras seperti memarahi dan menghukum.

“Bersikaplah tenang lalu alihkan aktivitas seksual anak dengan cara menunjukkan peran-peran yang dapat dilakukan anak seperti yang ada di lingkungannya. Contoh paling sederhana adalah identifikasi anak dengan orangtua yang berjenis kelamin sama. Misalnya saja anak laki-laki ingin seperti ayahnya, sedangkan anak perempuan ingin seperti ibunya,” kata Kak Seto.

Selain memberi jawaban-jawaban lugas yang mampu memuaskan rasa ingin tahu

anak, orangtua juga perlu memberikan kesempatan untuk memperluas wawasan dan pergaulan di lingkungan sosial. Dengan demikian, diharapkan anak dapat lebih percaya diri dan mampu mengembangkan peran seksualnya secara lebih tepat sesuai bakat dan kemampuan.

“Melalui pendidikan seks yang sehat, kebutuhan psikoseksual anak akan terpenuhi secara lebih tepat. Sikap dan tingkah laku seksual anak menjadi lebih bertanggung jawab. Artinya, anak akan menyadari apa yang dilakukannya serta apa akibatnya,” ujar Kak Seto.

Seminar yang dibuka oleh Direktur Poltekkes Kemenkes Surakarta, Satino SKM., Msc dan Ketua Jurusan Kebidanan KH. Endah Widhiastuti, M.Mid ini diselenggarakan sebagai bentuk keprihatinan mahasiswa kebidanan Poltekkes Surakarta terhadap maraknya kasus kekerasan seksual terhadap anak. Menurut Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI),

tercatat sebanyak 456 kasus Anak Berhadapan Hukum (ABH) dan kekerasan sepanjang 2014. Porsi terbesar merupakan kasus pornografi yakni sebanyak 100 kasus dan eksploitasi sebanyak 95 kasus. Pada kasus ABH dan kekerasan, 53 persen anak merupakan korban kekerasan seksual, fisik, psikis, hingga pembunuhan. Sementara dalam kasus pornografi, sebanyak 9 persen anak merupakan korban perilaku pihak lain. Pada kasus eksploitasi anak, 15 persen anak mengalami eksploitasi

seks komersil (ESKA) dan sebanyak 40 persen anak menjadi korban prostitusi anak online.

Kekerasan seksual pada anak mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada 2011 tercatat 329 kasus, pada 2012 meningkat menjadi 746 kasus, dan data terakhir pada 2014 terdapat 1380 kasus. Kasus tersebut cukup menyedot perhatian masyarakat. Angka yang melonjak tajam itu menggugah keprihatinan mahasiswa Poltekkes Kebidanan Surakarta hingga

akhirnya mengangkat tema Save Our Child Generation with Sex Education sebagai tema besar seminar nasional. Melalui seminar ini, diharapkan tidak terjadi lagi penambahan angka kekerasan seksual, menekan faktor-faktor pemicu kekerasan seksual khususnya pada anak, menanamkan pemahaman yang benar tentang seks pada anak, serta meningkatkan norma terhadap generasi muda.

Dalam sambutannya, Ketua Jurusan Kebidanan KH. Endah Widhiastuti, M. Mid menyatakan, apabila menemukan kasus serupa di lingkungannya diharapkan bidan mampu memberikan edukasi bagi masyarakat dan memberi rujukan kepada ahlinya. Hal ini sesuai amanah Tri Dharma Perguruan Tinggi Kesehatan, yaitu selain pendidikan dan pengajaran, juga penelitian dan pengabdian masyarakat.

Poltekkes Surakarta sendiri merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI yang secara administratif berada di bawah Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Badan PPSDM Kesehatan). Secara teknis, Poltekkes Kemenkes Surakarta dibina Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan (Pusdiklatnakes). Sedangkan secara akademis, Poltekkes Kemenkes Surakarta berada di bawah pembinaan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, sesuai Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 355/E/2012.

Menurut Direktur Poltekkes

Kemenkes Surakarta, Satino SKM., Msc, lembaga pendidikan yg didirikan berdasarkan SK MENKES-KESOS No. 298/MENKES-KESOS/SK/IV/2001 tanggal 16 April 2001. Yang telah diperbaharui dengan peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.HK.02.03/1.2/06284/2014 bertugas melaksanakan pendidikan Tinggi bidang Vokasi, Pofesi dan Program Pasca Sarjana Terapan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta Berdasarkan Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No.355/E/0/2012 Secara akademis dibawah Pembinaan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta Terdapat 8 Jurusan dan 15 Program Studi di lembaga ini dengan jenjang kependidikan Diploma III dan IV dan Profesi. Kedelapan jurusan tersebut yaitu Jurusan Keperawatan, Kebidanan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Ortotik Prostetik, Terapi Wicara, Akupuntur, dan Jamu. Poltekkes ini juga memiliki **tiga profesi yang baru berdiri, yaitu profesi kebidanan, keperawatan dan fisioterapi.**

Dalam usia yang relatif muda, Poltekkes Kemenkes Surakarta terus berupaya membenahi diri dalam mewujudkan perguruan tinggi kesehatan yang mandiri dan terkemuka. Dijuluki Kampus Putih adalah karena keberadaan kampus tersebut diharapkan menjadi wadah yang mencetak pahlawan-pahlawan berbaju putih di bidang kesehatan.*



REUNI AKBAR DAN PEMBENTUKAN IKATAN ALUMNI AKBID DEHASEN BENGKULU

Oleh: Jumita, SST, M.Kes
(STIKES AKBID Dehasen Bengkulu)

Setiap tahun, Akbid Dehasen Bengkulu dengan bangga menyambut kedatangan mahasiswa baru yang hendak menjadi bagian dari keluarga besar Akbid Dehasen Bengkulu. Sejak berdirinya hingga sekarang, Akbid Dehasen Bengkulu

telah meluluskan 8 Angkatan dengan jumlah alumni lebih kurang 706 orang. namun hal ini tidak berarti ketika mahasiswa telah berhasil menyelesaikan studinya, mereka akan lepas dan tidak lagi menjadi anggota keluarga Akbid Dehasen Bengkulu. Mereka tetap

menjadi bagian penting dari Akbid Dehasen Bengkulu yaitu sebagai Alumni.

Para alumni tersebut saat ini tersebar di hampir seluruh wilayah Indonesia, khususnya di Provinsi Bengkulu. Mereka bekerja di Instansi Pemerintah, Swasta ataupun di Bidan Praktik Mandiri,

Klinik bersalin dan ada yang sedang melanjutkan pendidikan ke jenjang berikutnya. Para Alumni yang telah bekerja dan mengabdikan keilmuannya tersebut akan menjadi daya tarik bagi masyarakat untuk memberikan kepercayaan kepada Akbid Dehasen



Bengkulu terutama dalam hal pemilihan perkuliahan mereka dan dengan sendirinya Akbid Dehasen Bengkulu akan tersosialisasi kepada masyarakat luas. Alumni, disadari atau tidak, merupakan salah satu acuan utama yang mendasari keputusan para orang tua dan calon mahasiswa dalam menentukan pilihan perguruan tinggi.

Meskipun kini para Alumni telah menjadi bagian dari keluarga kelompok masyarakat yang berbeda, namun mereka harus menyadari bahwa mereka masih merupakan bagian dari keluarga Akbid Dehasen Bengkulu, sebagai ibu yang telah melahirkan dan

membentuknya menjadi Bidan Profesional.

Dengan tujuan untuk mengoptimalkan peran dan fungsi alumni bagi perkembangan dan peningkatan citra Akbid Dehasen melalui ikatan alumni, maka diadakanlah suatu acara Reuni Akbar sekaligus Pembentukan Ikatan Alumni Akbid Dehasen Bengkulu. Acara ini diharapkan dapat mempererat hubungan antar alumni dengan institusi Akbid Dehasen, serta alumni dengan mahasiswa/ junior, membagi pengalaman

yang diperoleh para alumni kepada mahasiswa, memberi masukan-masukan kepada institusi Akbid Dehasen Bengkulu serta meningkatkan kesadaran alumni akan peran dan fungsinya dalam ikut serta berkontribusi mengembangkan institusi Akbid Dehasen.

Kegiatan dengan tema "REUNI AKBAR DAN PEMBENTUKAN IKATAN ALUMNI AKBID DEHASEN BENGKULU" dilaksanakan berdasarkan hasil koordinasi para alumni Akbid Dehasen Bengkulu pada hari Sabtu, 18 Februari 2017 di Aula Akbid

Dehasen Bengkulu.

Rangkaian kegiatan yang dilaksanakan antara lain Halal bihalal dan silaturahmi antar sesama alumni Akbid Dehasen Bengkulu dan Dosen beserta staf Akbid Dehasen Bengkulu. Acara dilanjutkan dengan pembentukan Ikatan Alumni Akbid Dehasen Bengkulu dan Seminar Ilmiah yang disampaikan oleh dr. Julianty SPOG sebagai narasumber. Panitia dan peserta kemudian mengadakan foto bersama alumni dan Dosen dan staf, serta hiburan yang diiringi musik dan sumbangan suara dari panitia dan peserta.

Melalui kegiatan ini diharapkan tali silaturahmi antar sesama alumni dan Dosen beserta staf dapat tercipta sehingga diharapkan terbentuk sebuah keluarga besar Akbid Dehasen Bengkulu yang solid dan rukun. Ikatan alumni ditujukan sebagai paguyuban alumni dan diharapkan bisa mengoptimalkan komunikasi sesama alumni.



Genre Nikah Dini

Untuk meredam tren nikah dini, BKKBN mengencangkan program Generasi Berencana, disingkat Genre. Program yang corebiz-nya adalah sosialisasi keluarga berencana, tetapi sasarannya bukan kaum ibu muda. Melainkan kalangan siswa SMA dan mahasiswa.

Mengapa? Karena komunikasi antarremaja lebih efektif di kalangan sesama mereka. Maka BKKBN menyiapkan remaja sebagai duta Genre. Jadi yang pengetahuan tentang positif-negatifnya pernikahan dini, misalnya, disampaikan oleh teman-teman seusia.

Banyak pendapat mengatakan, nikah muda itu sudah tidak jamannya lagi sekarang. Namun sampai saat ini juga masih banyak para wanita yang memilih membina rumah tangga di usia yang masih sangat muda. Beberapa memang kandas di tengah jalan, namun tidak sedikit juga yang bisa langgeng hingga puluhan tahun.

Menikah muda sepertinya bukanlah karena 'sudah jaman' atau 'tidak jaman' lagi, namun lebih pada pilihan seseorang.

Bagi yang pro-Menikah Muda, di usia muda, kita lebih enerjik. Mengurusi pekerjaan, urusan rumah tangga, pasangan, dan anak-anak, bisa dilakukan dengan lebih bersemangat. Usia muda belum banyak pengalaman hidup dan pemikirannya juga lebih polos sehingga secara psikologis lebih tidak terbebani. Segala tanggung jawab rumah tangga bisa dilakukannya tanpa berpikir macam-macam.

Kondisi kesehatan wanita biasanya paling baik saat dia berada di usia muda sehingga lebih tidak berisiko untuk melahirkan. Selain itu, interval kelahiran anak juga lebih bisa diatur karena tidak terbatas oleh umur.

Wanita muda memiliki lebih banyak orang di sekelilingnya. Teman-temannya masih segar dalam ingatan, orang tuanya juga masih belum lanjut usia, apalagi jika nenek dan kakeknya masih sehat. Semakin banyak orang yang mendampingi, semakin banyak orang yang bisa

dijadikan konsultan dalam pernikahannya.

Sedangkan bagi yang kontra, menikah muda beresiko tidak bisa mengatasi urusan rumah tangga sehingga lebih mudah mengalami depresi. Akibatnya banyak yang berakhir tidak bahagia, bahkan bunuh diri.



Kehidupan berkeluarga membuat seseorang harus bekerja keras mengumpulkan uang. Wanita muda harus mengorbankan masa mudanya untuk bekerja keras sementara teman-temannya mungkin masih asik

bersenang-senang.

Memiliki anak di usia muda membuat wanita harus mengorbankan karirnya untuk mengurus anak. Seringkali hal ini membuat wanita merasa menyesal dan merasa bahwa sedari muda mereka telah

pernikahan dilaksanakan dan dijalankan dengan benar, termasuk persiapan moril-materil, jasmani-rohaninya.

Berdasarkan data Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), rasio pernikahan dini di perkotaan pada 2012 adalah 26 dari 1.000

Padahal dalam analisis survei penduduk antar sensus (SUPAS) 2005 dari BKKBN didapatkan angka pernikahan di perkotaan lebih rendah dibanding di pedesaan. Untuk kelompok umur 15-19 tahun perbedaannya cukup tinggi yaitu 5,28% di perkotaan dan 11,88% di pedesaan.

Pernikahan dini adalah sebuah bentuk pernikahan yang salah-satu atau kedua pasangan berusia di bawah 18 tahun. Dalam UU perkawinan nomor 1 tahun 1974 dijelaskan bahwa batas minimal usia menikah bagi perempuan 16 tahun dan lelaki 19 tahun.

Umur perkawinan pertama merupakan salah satu indikator kependudukan, terkait dengan fertilitas. Umur perkawinan pertama adalah indikator dimulainya seorang perempuan berpeluang untuk hamil dan melahirkan(majalahbidan).

Dengan demikian perkawinan pada usia muda akan mempunyai rentang waktu

untuk hamil dan melahirkan dalam waktu yang lebih panjang dibandingkan pada perempuan yang menikah pada usia yang lebih tua.

Berdasarkan Riskesdas 2010, secara umum dapat dilihat bahwa usia rata-rata perkawinan pertama adalah pada usia 20 tahun, namun apabila diperhatikan persentase menurut kelompok umur perkawinan pertama menunjukkan bahwa terdapat perkawinan pada usia muda 10-19 tahun (46,7%).

Provinsi dengan persentase perkawinan usia sangat muda (10-14 tahun) yang paling tinggi adalah Kalimantan Selatan (9%), Jawa Barat (7,5%), Kalimantan Timur dan Kalimantan Tengah masing-masing 7 persen.

Perkawinan usia muda 10-14 tahun sebenarnya sudah terjadi sejak dulu. Terlihat dari persentase pada kelompok umur 55-59 tahun, diantara mereka 8,3 persen menikah pada usia 10-14 tahun, 42,1 persen menikah pada usia 15-19 tahun. Pada perempuan kelompok 15-19 tahun, masih ada 5,4 persen menikah pada usia 10-14 tahun.

Kasus pernikahan usia dini banyak terjadi di berbagai penjuru dunia, dengan berbagai latar belakang berbeda. [sbach]

mengorbankan banyak hal untuk keluarga, tanpa henti hingga mereka beranjak tua.

Benarkah demikian? Setiap pengalaman hidup membawa ceritanya sendiri. Tetapi yang jelas, inti persoalannya bukanlah menikah dini atau pasca-dini. Melainkan apakah





Perubahan udara dan temperatur berpengaruh pada tubuh kita. Untuk menyesuaikan dengan perubahan cuaca, tubuh kita otomatis berusaha menyesuaikan dengan suhu sekitar. Saat itu imunitas kita menurun. Selain itu, temperatur dan cuaca yang berubah-ubah memacu virus dan bakteri untuk lebih cepat berkembang biak.

Sehingga, tak heran bila banyak orang terserang flu di saat pancaroba.

Tapi, apakah sebenarnya flu itu?

Kondisi influenza, atau flu untuk singkatnya, adalah infeksi saluran pernafasan yang dapat menimbulkan demam, sakit kepala, batuk, radang tenggorokan, hingga pegal-pegal. Semakin sering kita berdekatan dengan seorang yang sedang menderita flu, semakin besar kesempatan tertular.

Penularan paling sering terjadi karena penderita membawa virus di tangan mereka. Misalnya karena seorang yang sedang terkena flu bersin dan batuk dan dengan menutupinya tangan. Lalu orang yang sehat tertular karena kontak dari tangan ke tangan. Bisa juga, orang yang sehat tertular karena kontak dengan benda yang membawa kuman flu karena sebelumnya disentuh oleh penderita flu.

Karena itu, cara terbaik melindungi diri

adalah dengan sering mencuci tangan saat musim flu. Rutin mendapatkan vaksin flu setahun sekali juga efektif menghindari sakit flu.

.....

5 Langkah Mencuci Tangan yang Sehat:

1. Basuh kedua tangan dengan air bersih, menggunakan sabun. Sanitizer alkohol dapat digunakan sebagai pengganti cuci tangan ketika air dan sabun tidak tersedia.
2. Pastikan seluruh permukaan tangan terbasuh dengan air dan sabun
3. Mengosok tangan dengan sabun selama 15 – 20 detik, atau setara dengan menggumamkan lagu “happy birthday” dua kali (dalam hati!)
4. Basuh keseluruhan tangan di bawah air yang mengalir untuk memastikan kuman terbuang bersama aliran air.
5. Keringkan tangan, bisa menggunakan tisu toilet, atau hand dryer.

Paling tidak 80% dari penyakit menular ditularkan melalui sentuhan. Menurut Badan penelitian CDC, Center for Disease Control and Prevention, 49.000

orang meninggal disebabkan oleh flu setiap tahun dan 5.000 orang lainnya meninggal karena penyakit menular melalui makanan.

Jadi, proteksi dan pencegahan terbaik dari penyakit menular adalah dengan mencuci tangan secara benar dan tepat. Sering mencuci tangan bukan berarti kita sudah melakukannya dengan benar.

.....

KAPAN perlu mencuci tangan?

- Sebelum & setelah menyiapkan makanan
- Sebelum makan
- Setelah mengganti popok anak
- Setelah bersin, batuk atau meniup hidung
- Setelah menggunakan toilet
- Sebelum dan setelah memakai lensa kontak
- Setelah menyentuh binatang atau kotorannya
- Setelah menyentuh sampah
- Sebelum dan setelah mengobati luka
- Sebelum dan sesudah menyentuh orang yang sakit atau terluka



Air dan sabun paling efektif menghilangkan virus influenza dari tangan. Alkohol sanitizer adalah pilihan kedua yang paling efektif setelah air dan sabun. Tetapi kesalahan dalam penggunaan cairan alkohol pembersih tangan akan kurang efektif menghilangkan virus influenza.

Cara yang baik dan benar adalah, membasuh kedua tangan dengan cairan alkohol dan menggosokkan kedua tangannya. Pastikan semua permukaan terlumuri dan teruskan menggosokkan tangan hingga tangan kering.

Intinya, ternyata dengan meluangkan waktu satu menit untuk mencuci tangan, kita bisa mencegah penderitaan selama berminggu-minggu yang disebabkan flu dan pilek.

Mitos Dan Fakta Seputar Flu

#1: Cuaca dingin menyebabkan kita terserang flu

Keadaan Kedinginan misalnya ketika kita berpakaian basah, berpakaian tipis, atau pergi keluar di cuaca dingin dengan rambut basah, menyebabkan lebih mudah terkena flu.

Menurut penelitian mutakhir, virus flu bersirkulasi terbanyak di musim dingin, sehingga banyak dijumpai orang terkena flu di musim tersebut. Jadi, flu bukan karena dingin. Melainkan karena virus flu lebih banyak menyebar saat dingin.

#2: Minum susu dapat menambah ingus

Tidak. Sebuah penelitian di Australia menunjukkan bahwa orang yang minum banyak susu tidak memiliki lendir hidung yang lebih banyak dibandingkan yang tidak minum susu.

#3: kita harus makan banyak jika sedang flu.

Faktanya, yang terpenting adalah menjaga agar kebutuhan cairan tubuh tercukupi. Karena saat terserang flu kita akan lebih banyak berkeringat. Sehingga kita akan lebih mudah kehilangan cairan.

#4: Berpakaian Hangat atau Memakai Selimut Tebal Dapat Menyembuhkan Flu

Meski kita memakai selimut, minum air hangat, dan mengonsumsi obat pengurang gejala flu, itu semua tidak menyembuhkan flu. Hanya memanipulasi rasa sakitnya. Perlu beberapa hari sampai beberapa minggu untuk pulih dari flu.

Dokter Sutomo Masa Kini

Dokter adalah pemain utama dalam dunia kesehatan. Profesi yang identik dengan jas praktik putih ini menjadi tumpuan harapan pasien saat terkena penyakit apa saja.

Namun pada kenyataannya, tidak semua pengobatan berjalan sesuai keinginan. Pada beberapa kasus, pasien dan dokter menghadapi kejadian yang tidak diinginkan atau bahkan kematian.

Saat itu terjadi maka harapan pasien kepada dokter seketika hancur. Padahal, dokter pun sejatinya tidak pernah mengharapkan kenyataan pahit tersebut terjadi.

Dokter juga bekerja sesuai standar yang berlaku. Upaya terbaik dari para dokter didukung adanya standard operational procedure (SOP) rumah sakit.

SOP merupakan terjemahan dari Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), yaitu aturan garis besar pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berlaku secara nasional.

Sejarah juga mencatat, dokter merupakan profesi yang mulia karena

berusahamenyelamatkan nyawa dan menyembuhkan manusia. Kemuliaannya sulit diukur dengan sesuatu yang berbau materiil. Konon ketika negara kita belum merdeka, para dokter pribumi seperti dokter Wahidin dan dr Sutomo sangat jarang dibayar. Ada suatu kenikmatan apabila dokter berhasil menyembuhkan pasiennya.

Dokter Wahidin, dr Sutomo, dan lain-lain berusaha menjadi dokter agar dapat menolong rakyatnya. Tak terbesit sedikit pun di dalam hati mereka mendapatkan bayaran dalam usaha memperjuangkan hak-hak rakyatnya.

Tak pernah terpikirkan oleh mereka akan menjadi pahlawan yang dikenang karena berusaha membangkitkan rakyatnya dari keputusasaan untuk melawan penjajah. Di tengah kesibukan mengurus embryo negara, dokter Wahidin dan kawan-kawan tetap memberikan pelayanan kesehatan karena kesadaran akan nilai-nilai kemanusiaan. Harkat dan martabat dokter tetap dijaga dengan memberikan pelayanan kesehatan tanpa memandang suku, agama, ras, dan bahkan penjajah yang

sedang sakit sekalipun.

Seratus tahun berlalu, dokter kita terlena. Semakin terhormatkah profesi dokter di mata masyarakat? Dokter juga ingin pasien dan masyarakat dekat dan sayang kepada mereka. Namun kini sudah sangat jarang didengar di telinga para dokter adalah ketika keluarga pasien atau pasien sendiri berusaha mendatangi dokter untuk mengucapkan terima kasih setelah sembuh.

Apakah karena merasa dokter telah dibayar mahal sehingga terlalu berlebihan dan menghabiskan waktu untuk mengucapkan terima kasih? Wallahu'alam. Lalu, kapan para dokter bisa berbenah diri jika waktunya habis untuk mengabdikan?

Siapa dokter-dokter yang merenungi nasib bangsanya setelah seratus tahun lalu dokter Sutomo dan kawan-kawan membangkitkan rasa nasionalisme bangsanya? Jangankan merenungi nasib bangsanya, merenungi nasibnya sendiri saja ia tidak punya waktu!

Dokter seakan terbelenggu dengan model pengabdian yang dijalankannya. Seperti sudah menjadi pilihan hidup, dokter menjalankan praktik kedokteran sebagai sebuah

kebiasaan. Terbiasa dengan tugas dan praktik yang monoton. Cita-cita untuk menjadi dokter Sutomo masa kini tiba-tiba lenyap entah kemana. Tak tahu atau tak tahu-menahu bahwa dokter merupakan agent of change dan agent of development sebagaimana (pernah) didengung-dengungkan Ikatan Dokter Indonesia (IDI).

Bahwa adalah tugas kolegium profesi untuk memastikan bahwa dokter Indonesia berkompeten. Dan itu sudah dilakukan dengan diwajibkannya Ujian Kompetensi Dokter Indonesia (UKDI). Padahal di atas segalanya, ada satu sosok yang bertanggung jawab atas kompetensi kita. Siapa? Diri kita sendiri.

Misalnya, masyarakat kita telah begitu sering mengeluhkan kurangnya informasi yang diberikan dokter, bahwa dokter sering hanya memeriksa dan menulis resep tanpa bertanya atau menjelaskan sesuatu. Pasien sering mengeluhkan kurangnya communication skill dokter. Seakan pengakuan akan pentingnya empati dokter belum tercerminkan pada dunia medis.

Pasien juga menginginkan



empati kita. Empati adalah sebuah rasa yang bisa kita asah. Bukan sebuah bakat. Dan empati juga bisa menurun, bahkan lenyap.

Menurut hasil tes psikometri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) beberapa waktu lalu, empati dan rasa kemanusiaan mahasiswa tahun pertama

dan keempat Fakultas Kedokteran UI rendah. Karena itu, program empati dan kemanusiaan perlu diformalkan dalam pendidikan kedokteran. Agar dokter tak hanya pintar, tetapi juga bisa melayani dengan hati,” kata Sekretaris Jenderal Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia Ratna Sitompul waktu itu.

Selain itu, paradigma dokter dulu dan kini beda. Kini, dokter tak hanya dituntut mampu mengobati, tetapi juga mampu berkomunikasi, manajerial, peneliti, dan advokasi. Maka pendidikan dokter harus holistik. Dokter tak dapat memandang pasien hanya dari aspek fisik semata, melainkan juga mental, emosional, dan

kondisi ekonominya untuk pengobatan yang tepat.

Apabila dokter memiliki kemampuan komunikasi yang baik, pasien akan lebih memahami situasi penyakitnya, apa yang perlu diperhatikan, dan mematuhi rekomendasi dokter. [sbach]



MELAWAN PENYAKIT LANGKA DENGAN PETA

Fajar Ramadhitya P
Staf Dit Produksi
dan Distribusi Kefarmasian

Sulami, warga Sragen dinyatakan terserang penyakit autoimun ankylosing spondylitis disertai scleroderma. Penyakit ankylosing spondylitis merupakan suatu bentuk peradangan kronis dari tulang belakang sehingga sendi-sendi tulang menjadi kaku, sementara scleroderma merupakan penyakit autoimun penebalan pada kulit. Menurut ketua tim dokter RSUD Dr Moewardi Surakarta, Arif Nurudin, jenis penyakit tersebut tergolong langka, sehingga harus dilakukan penanganan khusus (Netralnews.com).

Seperti diulas di www.rarediseaseday.org, penyakit langka merupakan penyakit yang hanya mempengaruhi sebagian kecil dari populasi. Di Eropa, suatu penyakit disebut langka jika mempengaruhi kurang dari 1 dalam 2.000 orang, sementara di Amerika Serikat, jika mempengaruhi kurang dari 1 dalam 200.000 orang pada waktu tertentu. Sementara Indonesia sendiri mengadopsi definisi penyakit langka dari Australia dan Taiwan, yakni suatu penyakit dikatakan langka jika penyakit dialami kurang dari 2.000 orang.

Kelainan genetik, alergi, infeksi bakteri atau virus dapat memicu terjadinya penyakit langka. Namun para ahli sering kali mengalami kesulitan dalam mencari informasi untuk melakukan perawatan yang tepat. Data epidemiologi yang ada sering kali tidak tersedia secara memadai untuk sebagian besar penyakit langka. Banyak penyakit langka hanya digambarkan sebagai “kelainan endokrin dan metabolik lain”. Dengan demikian, penderita penyakit langka pada umumnya tidak terdaftar dalam database karena kesulitan dalam pendataannya.

Pasien penyakit langka kerap tidak hanya menghadapi beratnya beban

penyakit itu sendiri, namun juga terkait ketidakpastian akan kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi. Jarang sekali ada orang di sekitarnya yang mengalami hal yang sama sehingga kesepian merupakan hal yang sering dirasakan oleh penderita penyakit langka. Selain itu, sebagian penderita penyakit langka mungkin tidak memiliki kemampuan untuk keluar rumah. Hidup dengan penyakit langka memiliki implikasi di aspek pendidikan, pekerjaan dan sebagainya. Bahkan dapat mengarah pada stigmatisasi atau pengasingan dari komunitas sosial serta berkurangnya kesempatan profesional.

Terbatasnya pengetahuan ilmiah dan informasi mengenai penyakit langka kerap menghambat diagnosis serta akses pelayanan dan perawatan yang pada akhirnya meningkatkan beban sosial dan ekonomi pasien. Kondisi ini dapat menjadi lebih berat dengan kurangnya informasi terkait referensi tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam penyakit tersebut. Demikian seperti diulas di <http://www.eurordis.org/>

Saat ini telah hadir Disease Maps, peta penyakit langka yang dapat menjadi sarana komunikasi bagi tenaga kesehatan, pasien dan peneliti. Atas kontribusi dari penerjemah sukarela, situs ini telah tersedia dalam tujuh bahasa, di antaranya Inggris, Spanyol, Perancis, Portugis dan Jerman. Pada bulan Mei 2015, Disease Maps diluncurkan pertama kali dengan peta yang menghubungkan penderita Lyme Disease, penyakit yang disebabkan oleh infeksi akibat bakteri *Borrelia burgdorferi*.

Seperti dilansir di <http://www.elmundo.es>, Pablo Belmont beserta timnya, membuat situs ini untuk menghubungkan orang-orang yang seperti dirinya, mengidap penyakit langka. Insinyur

industri dari Spanyol ini mengidap Lyme Disease beberapa bulan sebelumnya dan merasa sangat kesepian sehingga ia memutuskan untuk membuat peta Lyme Disease dan peta-peta penyakit langka lainnya untuk menggalang dukungan dalam menghadapi penyakit langka.

Dalam abad informasi ini, internet dan media sosial telah mengubah cara kita menerima atau mencari informasi tentang isu-isu kesehatan. Saat ini <https://www.diseasemaps.org> telah memiliki 814 peta kondisi medis dan lebih dari 110.000 pengguna di seluruh dunia. Selain itu, tiap penyakit memiliki forumnya sendiri, di mana pasien dapat berbagi pengalamannya dalam menghadapi penyakit langka yang diderita. Semua ini terbuka tidak hanya bagi pasien, tapi juga bagi asosiasi, tenaga kesehatan dan peneliti.

Disease Maps memiliki fasilitas yang dapat memudahkan dan meringankan beban pasien penyakit langka. Peta ini memungkinkan kita untuk melihat di mana terdapat pasien yang mengidap penyakit yang sama, atau menghubungi tenaga kesehatan di belahan dunia lain yang dapat membantu perawatan. Tanpa mengenal batasan ruang dan waktu, komunikasi lintas profesi kesehatan dapat terfasilitasi dengan peta ini.



AIDS

DAN PRO-KONTRANYA

PRO

Program kondom 100% di tempat-tempat industri seks akhir-akhir ini digalakkan pemerintah untuk menekan angka penularan HIV/AIDS di masyarakat. Mungkin bagi sebagian masyarakat, program ini sangat kontroversial. Bahkan beberapa kalangan menuduh program ini sebagai upaya Barat untuk merusak moral generasi muda Indonesia.

Beberapa tokoh agama berkhotbah untuk menghentikan program tersebut. Ada opini bahwa PSK adalah sekelompok manusia pendosa yang tidak layak dikasihani. Atau opini bahwa Tuhan menciptakan penyakit HIV/AIDS untuk menghukum para pezina agar manusia di sekitarnya menjadi sadar.

Masalahnya, HIV/AIDS bahkan sebermula berasal dari kejahatan kaum lelaki, kalau boleh dikatakan demikian. Betul bahwa penyakit HIV pertama kali banyak ditemukan di kalangan homoseksual dan banyak

tersebar di antara PSK. Namun sebagian besar korbannya adalah ibu rumah tangga dan bahkan kanak-kanak. HIV saat ini tidak lagi menjadi penyakit PSK saja.

Maka kondom 100% menjadi pilihan praktis untuk menurunkan angka infeksi HIV di masyarakat. Kondom berhasil menurunkan angka infeksi HIV sebesar 83,42% di Thailand. Kondom 100% memang bukan pilihan terbaik. Program kondom 100% adalah pilihan terbaik diantara yang buruk. Jika ada alternatif lain yang lebih baik dan lebih bermoral dari pada kondom 100%, tentu opsi tersebut akan dipilih.

Yang jelas ketika banyak negara sudah bisa mengendalikan infeksi HIV baru dengan kondom, Indonesia masih berkutat pada ranah 'debat kusir' antara yang pro dan kontra.

Program pencegahan HIV/AIDS

menyerukan pentingnya penggunaan kondom bukan hanya dilakukan di Indonesia tapi di seluruh dunia.

Direktur World Health Organizations (WHO) bidang HIV/AIDS, Dr. Kevin M. De Cock mengatakan, "Setelah dianalisis secara kolektif, studi kolektif menunjukkan bahwa kondom setidaknya 80 persen lebih efektif dalam mengurangi penularan HIV bagi pasangan.

Dari banyak pengalaman program dari beberapa negara, ada negara-negara yang memiliki efek yang benar-benar sangat luar biasa. Negara yang paling terkenal adalah Thailand yang pada 1990-an memimpin program pencegahan HIV dengan penggunaan kondom yang benar dan konsisten pada pekerja seks dan pelaku seks berisiko," kata Kevin.

"Suksesnya pencapaian ini di Thailand berdampak pada turunnya angka penularan HIV dan infeksi menular seksual lainnya. Selain itu, program yang sangat sukses

terhadap pekerja seks juga berhasil di Kinshasa, Republik Demokratik Kongo, pada 1980-an. Kemudian di Côte d' Ivoire, Pantai gading-Afrika barat pada 1990-an, serta di Nairobi, Kenya.”

KONTRA

Kisah sukses menghentikan AIDS di Thailand membuat argumen membagi-bagikan kondom saat Hari AIDS semakin kuat. Di berbagai negara, termasuk di Indonesia, ada saja yang menjadikan bagi-bagi kondom ini sebagai tradisi setiap tanggal 1 Desember.

Namun apakah ini sudah tepat? Merujuk kasus di Thailand, jika memang ingin menghentikan infeksi HIV yang baru, maka strategi yang tepat bukanlah membagi-bagikannya di depan umum. Selain tidak tepat, hal ini memberi kesan kepada generasi muda bahwa hubungan seks bebas itu wajar-wajarsaja.

Apakah memang seperti itu? Membagi-bagikan kondom di ruang publik itu terasa seperti hanya mencari sensasi. Hanya mencari perhatian.

Prosentase pengidap HIV/AIDS di Indonesia berbanding jumlah penduduk relatif kecil. Berbeda dengan Thailand pada dekade 90-an yang berada pada kondisi darurat HIV. Maka solusinya juga berbeda.

Solusi yang lebih tepat di Indonesia adalah menghapuskan industri pelacuran. Tentu akan ada mafia-mafia yang melawan. Namun dampak dari pelacuran terlalu besar. Persebaran AIDS hanya bagian kecil dari dampak buruk industri seks.

Penelitian yang dilakukan oleh London Metropolitan University menunjukkan beberapa dampak negatif jika masyarakat membiarkan industri seks:

Berdasarkan hasil riset tersebut, ternyata usaha legalisasi prostitusi, alias lokalisasi yang diatur

pemerintah, mengakibatkan dampak antaralain meningkatnya semua aspek industri seks; Meningkatnya keterlibatan mafia kriminal dalam industri seks; Meningkatnya kasus prostitusi anak-anak; Ledakan jumlah imigran wanita dan remaja yang diselundupkan ke negara tersebut; plus indikasi peningkatan kekerasan terhadap wanita.

Penelitian tersebut dilakukan di Australia, Irlandia, dan Belanda. Ketiga negara ini mencoba melegalkan seks melalui lokalisasi. Namun dampaknya justru bertambah buruk dibandingkan sebelum dilakukan lokalisasi. Belum lagi rumah tangga yang menjadi retak karena “perselingkuhan berbayar” ini.

Jangan sampai dampak buruk industri seks terjadi juga di Indonesia. Untuk itu, perlu komitmen besar dari bangsa Indonesia yang luhur ini untuk memberantas prostitusi.

Caranya bagaimana? Swedia sudah membuktikan bahwa pelacuran di Negeri Viking itu bisa dihapuskan. Walikota Surabaya periode sebelumnya, Tri Rismaharini, juga sudah mampu melakukannya di kotanya.

TAK PERLU DIPERTENTANGKAN

Dalam sebuah seminar di Kementerian Agama RI, Dharmavada mengatakan, Dulu, teologi bencana menyatakan bahwa setiap bencana memiliki dua makna: cobaan, atau siksaan. Jika korbannya orang baik, maka bencana tersebut adalah cobaan; Jika korbannya pendosa, maka cobaan tersebut adalah siksaan.

Jika penderita HIV/AIDS adalah orang baik, maka HIV/AIDS dianggap sebagai cobaan yang harus dihadapi dengan penuh kesabaran. Jika si penderita adalah pendosa, maka penyakit itu merupakan balasan

Tuhan karena perbuatannya.

Pandangan di atas tak lagi memadai. Sebab virus HIV yang menjadi penyebab AIDS tetap menular dengan hukumnya sendiri tanpa melihat keyakinan agama, keimanan dan ketaqwaan seseorang.

Selain itu, Stigma “dosa” mengakibatkan banyak orang yang malu untuk melakukan VCT sehingga kondisi riil epidemi tidak bisa dideteksi dan dikontrol secara maksimal. Orang HIV positif akan menyembunyikan diri sehingga penanggulangan AIDS juga tidak bisa maksimal.

Dua wanita sehat yang melakukan hubungan lesbian tidak akan tertular atau menularkan HIV dan AIDS. Yang menularkan adalah pria. Tapi tak sedikit korbannya adalah wanita. Jadi, mengaitkan dogma agama dengan AIDS tidak bisa semata-mata berbicara tentang halal-haram secara hitam putih.

Penderitaan ODHA sering meningkat karena stigma dan diskriminasi, yang boleh-jadi lebih mematikan daripada HIV dan AIDS. Karena itu, masalah HIV & AIDS tidak bisa ditangani hanya dengan pendekatan medis sebagaimana lazimnya penyakit-penyakit lain. Tujuan penanggulangan HIV dan AIDS adalah untuk menyelamatkan dan mempertahankan kehidupan.

Menyikapi HIV dengan pendekatan menghakimi berarti menganggap bahwa orang lain tidak layak menerima anugerah. Sementara, menyelamatkan kehidupan lebih utama daripada berdebat soal moralitas. Perdebatan moral tak dapat disandingkan dengan upaya pencegahan penyakit. Yang dibutuhkan adalah solidaritas terhadap mereka yang tidak beruntung, yang terinfeksi.

Oleh sebab itu, upaya-upaya yang dilakukan melalui perilaku seks aman, penyediaan obat ARV, VCT dan KIE, tak perlu dipertentangkan dengan moral. [sbach]

10 PESAN KESEHATAN JOKOWI



01 KESEHATAN SANGAT FUNDAMENTAL

"Dan juga di bidang kesehatan. Ini sangat basic sekali, sangat fundamental sekali untuk kita selesaikan"

02 GIZI INFESTASI BANGSA

"Jangan sampai ada lagi yang namanya gizi buruk. Tidak ada anak yang sepantasnya kekurangan gizi di negara berpendapatan menengah seperti sekarang ini"

03 BERANTAS PENYAKIT MENULAR

"Penyakit yang masih kita lihat belakangan ini, demam berdarah, TBC harus diselesaikan"

04 UTAMAKAN PENCEGAHAN

"Terutama Puskesmas, ini perlu saya ingatkan pada semua kepala dinas, arahkan mereka kepada gerakan pencegahan terhadap munculnya penyakit-penyakit"

05 GERAKAN HIDUP SEHAT

"Kita kembalikan lagi kepada pola hidup sehat masyarakat kita. Entah pola makan, entah pola olahraga, itu yang digerakkan"

06 SINERGITAS ANTAR KEMENTERIAN/LEMBAGA

"Enggak mungkin Kementerian Kesehatan bekerja sendiri tanpa didukung air bersih yang baik, sanitasi yang baik"

07 MANAJEMEN & ANGGARAN PUSAT-DAERAH

"Kalau anggaran itu ada, kemudian kita tidak bisa menyelesaikan persoalan-persoalan di lapangan, pasti ada yang keliru"

08 HENTIKAN MEROKOK

"Jangan sampai ada uang dipakai untuk beli rokok dan tidak dipakai untuk menambah gizi anaknya"

09 PENDEKATAN KELUARGA

"Tenaga kesehatan harus aktif mendatangi masyarakat. Jangan menunggu di Puskesmas menunggu orang sakit, datang mereka"

10 INFORMASI BIROKRASI

"Kalau kita bekerja dan kita menghasilkan sesuatu, di'dalam' itu enggak kosong, karena memang kita bekerja dari dalam hati. Bukan bekerja rutinitas, bukan asal ada absen"