



KEBIJAKAN KESEHATAN DALAM PENGENDALIAN DAMPAK KARHUTLA

Rahmi Yuningsih*)

Abstrak

Kebakaran hutan dan lahan (karhutla) yang terjadi setiap tahun di sejumlah daerah menyisakan kabut asap yang berdampak buruk bagi kesehatan masyarakat terutama kelompok berisiko seperti ibu hamil, balita, anak-anak dan lansia. Kabut asap mengandung komponen partikel halus dan berbagai gas seperti nitrogen dioksida, sulfur dioksida, karbon monoksida, dan ozon. Dalam batasan tertentu, apabila komponen tersebut terhirup, dapat menyebabkan berbagai penyakit saluran pernapasan hingga menelan korban jiwa. Ketika bencana kabut asap kembali terjadi, pemerintah ternyata belum menggerakkan sistem kesehatan secara optimal sehingga penanganannya kerap lebih bersifat reaktif daripada pengoptimalan upaya promotif dan preventif terlebih dahulu.

Pendahuluan

Kebakaran hutan dan lahan seperti sudah menjadi tradisi tahunan di Indonesia, baik yang diakibatkan oleh oknum tertentu maupun karena faktor alam. Hingga bulan September 2015, kebakaran hutan dan lahan terutama di Provinsi Riau mencapai 2.643 ha. Sementara itu, di Jambi 2.217 ha, Kalimantan Tengah 1.220 ha, Jawa Barat 1.029 ha, Kalimantan Barat 995 ha, Sumatera Selatan 476 ha, dan Sumatera Utara 146 ha. Total titik panas pada bulan Agustus sebanyak 1.333 dan hingga awal September titik panas tersebut tercatat 1.130.

Asap dari kebakaran hutan dan lahan di wilayah Sumatera dan Kalimantan pada tahun ini telah menimbulkan dampak terburuk. Hal ini menyebabkan Pemerintah Daerah setempat terpaksa menetapkan status bencana dan status kegawatdaruratan kesehatan masyarakat. Pada 1 Juni 2015, Pemerintah

Provinsi Riau menetapkan status siaga darurat hingga 31 September 2015. Sejak Februari 2015, Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan menetapkan status siaga bencana kebakaran hutan dan lahan dan meningkatkan status menjadi siaga darurat pada September 2015. Di Jambi, status siaga darurat ditetapkan pada akhir Agustus 2015. Status yang sama terjadi di provinsi lain seperti Kalimantan Selatan, Kalimantan Barat dan Kalimantan Tengah.

Peristiwa kebakaran hutan dan lahan menyebabkan peningkatan permasalahan kesehatan masyarakat terutama kelompok berisiko, yaitu ibu hamil, balita, anak-anak dan orang lanjut usia yang memiliki kekebalan tubuh rendah. Bahkan, peristiwa kebakaran hutan dan lahan tidak jarang mengakibatkan korban jiwa. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan (Kemenkes), BPBD, dan Dinas Kesehatan

*) Peneliti Muda Kesehatan Masyarakat, pada Bidang Kesejahteraan Sosial, Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi (P3DI), Sekretariat Jenderal DPR RI. E-mail: rahmi.yuningsih@yahoo.com.



sepanjang peristiwa kabut asap selama tahun 2015, korban Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Riau mencapai 25.834 orang, Sumatera Selatan sebanyak 22.500 orang, Jambi 6.621 orang dengan satu orang balita meninggal, Kalimantan Tengah 6.764 orang dan Kalimantan Selatan 6.750 orang. Khusus di Riau, jumlah penderita pneumonia sebanyak 290 orang, asma 296 orang, iritasi mata 485 orang dan iritasi kulit 903 orang. Dalam sepekan sejak 7 September 2015, Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru mencatat 2.000 penderita ISPA sehingga menetapkan situasi ini sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB).

Berdasarkan data di atas, kebakaran hutan dan lahan tidak bisa dipandang remeh. Ironisnya, meskipun musibah kebakaran hutan dan lahan terjadi setiap tahun, pemerintah masih kesulitan menghindarkan masyarakat dari

gangguan kesehatan. Apa yang menyebabkan terkendalanya penanganan dampak buruk kabut asap bagi kesehatan masyarakat? Kebijakan apa yang diambil pemerintah dalam mengendalikan dampak buruk kabut asap terhadap kesehatan masyarakat?

Dampak Buruk Kabut Asap bagi Kesehatan Masyarakat

Saat ini, pemerintah menggunakan standar kualitas udara untuk menentukan besar kecilnya pencemaran udara akibat kabut asap dengan acuan ISPU. ISPU ditetapkan berdasarkan lima pencemar utama, yaitu partikel halus berukuran 10 mikrogram (PM10) ke bawah, gas sulfur dioksida (SO₂), karbon monoksida (CO), ozon (O₃), dan nitrogen dioksida (NO₂). Kategori ISPU dapat dilihat pada Tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Indeks Standar Pencemaran Udara

| ISPU | Kategori | Dampak Kesehatan | Tindakan Pengamanan |
|---------|--------------------|---|---|
| > 400 | Sangat berbahaya | Berbahaya bagi semua orang terutama balita, ibu hamil, orang tua, dan penderita gangguan pernapasan | <ul style="list-style-type: none"> • semua harus tinggal di rumah dan tutup pintu serta jendela • segera dilakukan evakuasi selektif bagi orang berisiko ke tempat / ruang bebas pencemaran udara |
| 300-399 | Berbahaya | <ul style="list-style-type: none"> • bagi penderita suatu penyakit, gejalanya akan semakin serius • orang sehat merasa mudah lelah | <ul style="list-style-type: none"> • penderita penyakit ditempatkan pada ruang bebas pencemaran udara • aktifitas kantor dan sekolah harus menggunakan AC atau air purifier |
| 200-299 | Sangat tidak sehat | Pada penderita ISPA, pneumonia, dan jantung maka gejalanya akan semakin meningkat | <ul style="list-style-type: none"> • aktifitas di luar rumah harus dibatasi • perlu dipersiapkan ruang khusus untuk perawatan penderita ISPA / pneumonia berat di puskesmas dan rumah sakit • aktifitas bagi penderita jantung dikurangi |
| 101-199 | Tidak sehat | <ul style="list-style-type: none"> • dapat menimbulkan gejala iritasi pada saluran pernapasan • bagi penderita penyakit jantung, gejalanya akan semakin berat | <ul style="list-style-type: none"> • menggunakan masker / penutup hidung bila melakukan aktifitas di luar rumah • aktifitas fisik bagi penderita jantung harus dikurangi |
| 51-100 | Sedang | - | - |
| < 50 | Baik | - | - |

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 289/Menkes/SK/III/2003 tentang Prosedur Pengendalian Dampak Pencemaran Udara Akibat Kebakaran hutan terhadap Kesehatan.

Menurut data Kemenkes, Indeks Standar Pencemar Udara (ISPU) pada Agustus hingga September 2015 di Kota Palangkaraya berkisar antara 109-125, di Kota Pekanbaru mencapai 172 dan di Kota Palembang mencapai 412. Dengan angka ISPU tersebut, kualitas udara di tiga kota tersebut termasuk dalam kategori tidak sehat.

Kondisi ini tentunya sangat memprihatinkan, mengingat dampak pencemaran udara yang sangat berbahaya bagi manusia, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Adapun dampak masing-masing pencemar udara tersebut terhadap kesehatan tercantum dalam Tabel 2 di bawah ini.

Kebijakan Pengendalian Dampak Buruk Asap terhadap Kesehatan

WHO telah menerbitkan *Health Guidelines for Episodic Vegetation Fire Events* yang didesain untuk meningkatkan kewaspadaan dan sebagai kerangka kerja bagi pemerintah dalam penyusunan rencana aksi nasional. Rencana aksi harus diumumkan kepada masyarakat sebelum ada asap. Pemerintah bertugas mengembangkan prosedur operasional, mempersiapkan tenaga kesehatan, menyediakan sarana, prasarana, obat dan alat kesehatan serta melakukan penyuluhan bagi masyarakat dan lainnya. Dengan demikian

Tabel 2. Dampak Kesehatan Kandungan Kabut Asap

| Parameter | Baku Mutu ($\mu\text{g}/\text{Nm}^3$) | Dampak Kesehatan |
|-----------------|---|---|
| PM10 | 150 | dapat masuk ke saluran pernapasan bawah dan menempel di paru-paru |
| SO ₂ | 365 | mengganggu paru-paru dan saluran pernapasan |
| CO | 10.000 | mengganggu distribusi oksigen dalam jaringan tubuh, nyeri dada, aritmia jantung, sakit kepala, disorientasi dan keletihan |
| O ₃ | 235 | mengganggu fungsi paru-paru, menyebabkan pembengkakan paru dan keletihan |
| NO ₂ | 150 | mengganggu fungsi paru-paru terutama pada penderita asma dan anak-anak, menyebabkan bronkitis pada orang sehat dan menyebabkan pneumonia. |

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 289/Menkes/SK/III/2003 tentang Prosedur Pengendalian Dampak Pencemaran Udara Akibat Kebakaran hutan terhadap Kesehatan.

seluruh komponen sistem kesehatan digerakkan secara optimal pada waktu prabencana, saat bencana dan pascabencana. Namun demikian, hingga saat ini belum terlihat adanya rencana aksi yang tegas dalam menanggulangi dampak kesehatan akibat asap.

Peran pemerintah pusat dan daerah dalam menanggulangi dampak kabut asap terhadap kesehatan masyarakat tertera dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 82 UU tersebut misalnya, menyebutkan bahwa pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana. Tersedianya sumber daya dan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada saat prabencana, saat bencana dan pascabencana. Pasal 85 lebih jauh menegaskan bahwa dalam keadaan darurat bencana, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan pada bencana bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan. Fasilitas pelayanan kesehatan dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka. Saat ini, upaya penanggulangan penderita penyakit akibat kebakaran hutan dan lahan masih berlangsung secara reaktif. Penanggulangan seperti ini mencakup peringatan agar masyarakat tidak keluar rumah, selalu memakai masker, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan fungsi satgas kesehatan, pembukaan posko kesehatan dengan biaya pengobatan gratis, dan pengaktifan puskesmas selama 24 jam sehari dan 7 hari seminggu. Selain itu, himbauan Kemenkes agar dilakukan evakuasi apabila ISPU mencapai kategori sangat berbahaya, belum dapat dilakukan sebagaimana penanggulangan bencana lainnya sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang

Penanggulangan Bencana. Hal ini dikarenakan tindakan evakuasi justru akan memperparah kondisi penderita penyakit saluran pernapasan sehingga diperlukan mekanisme yang aman dalam tindakan evakuasi.

Padahal yang terpenting dalam upaya penanggulangan ini adalah penggunaan sistem kesehatan secara optimal agar dapat mengurangi kerugian. Pada saat sebelum terjadinya bencana, sistem kesehatan melalui subsistem surveilans dapat digerakkan untuk menentukan pola penyebaran penyakit ISPA dan penyakit saluran pernapasan lainnya. Dengan pola seperti ini, upaya penanggulangan selanjutnya dapat dilakukan secara tepat sasaran dengan memadukan upaya preventif dan promotif pada saat sebelum bencana. Selanjutnya, upaya penanggulangan dampak buruk asap dengan menyelenggarakan fasilitas kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit selama 24 jam juga diperlukan guna mengatasi kemungkinan meningkatnya jumlah penderita dan jumlah kasus rujukan. Pembukaan posko kesehatan menjadi pilihan kedua untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat meskipun upaya ini tetap harus disesuaikan dengan ketersediaan dan kapasitas tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan yang telah ada.

Selain itu, upaya penanggulangan lainnya adalah program mitigasi dan adaptasi. Sayangnya, program tersebut belum memadai meskipun Kemenkes telah mempunyai strategi intervensi kesehatan berbasis risiko. Upaya mitigasi dilakukan bersama masyarakat, perusahaan maupun penegak hukum untuk mencegah kebakaran hutan dan lahan.

Bencana asap terjadi hampir setiap tahun. Namun demikian, reaksi pemerintah khususnya di sektor kesehatan baik pusat maupun daerah belum begitu kuat. Akibatnya, sinergi antar-lembaga dalam menghentikan kebakaran hutan dan lahan pun selalu menjadi persoalan.

Upaya advokasi dapat dilakukan dengan alasan asap membahayakan kesehatan masyarakat serta mengurangi produktivitas manusia dan ekonomi di wilayah terdampak. Adapun upaya adaptasi selama ini seperti meliburkan sekolah dan membagikan masker perlu lebih progresif dan masif dilakukan. Masker yang dibagikan sebaiknya bukan masker bedah pada umumnya namun masker N95 atau yang memiliki kemampuan filtrasi hingga 95 persen.

Selain itu, dalam merespons besarnya peningkatan jumlah penderita penyakit ISPA akibat bencana kabut asap dalam suatu periode tertentu, Kepala Daerah Jambi, Kepala Daerah Pekanbaru serta Dinas Kesehatan Palangkaraya menetapkan status KLB. ISPA merupakan salah satu penyakit menular melalui media *droplet* atau partikel kecil yang keluar saat penderita batuk. Jika kita merujuk pada Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular khususnya dalam peraturan turunan, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya, semestinya pihak yang berwenang menetapkan KLB di daerah adalah kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk wilayah kabupaten/kota dan kepala dinas kesehatan provinsi untuk jangkauan wilayah KLB yang meliputi dua kabupaten/kota atau lebih. Kenyataannya, masih banyak kepala daerah yang menetapkan KLB. Hal ini dikarenakan akan lebih mudah dalam mengkoordinasikan instansi-instansi teknis di bawah perintah kepala daerah dibandingkan di bawah perintah kepala dinas. Oleh karena itu, diperlukan peraturan yang jelas yang mengatur pihak yang berwenang menetapkan status KLB guna mempercepat penanganan KLB penyakit. Dalam peraturan tersebut tidak disebutkan apakah batasan wabah penyakit menular juga berlaku untuk penyakit menular yang disebabkan oleh bencana. Mengingat dalam UU wabah penyakit menular peran sektor kesehatan sangat dominan dalam penentuan dan penanganan KLB. Hal lain, koordinasi penanganan bencana ada di bawah instansi lain di luar sektor kesehatan, sehingga dinas kesehatan akan mengalami kesulitan dalam menggerakkan sumber daya yang dimilikinya.

Penutup

Dengan kandungan berbagai zat kimia, dalam batasan tertentu asap berdampak buruk bagi kesehatan masyarakat sehingga menjadi

kewajiban pemerintah pusat dan daerah untuk melindungi masyarakat dari paparan asap. Dengan fungsi legislasinya, DPR dapat melakukan revisi terhadap Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular. Hal ini dikarenakan ketika bencana kabut asap tiba, pemerintah daerah kerap menetapkan status KLB dalam merespons besarnya peningkatan jumlah penderita penyakit akibat bencana. Padahal UU tersebut tidak mengatur KLB yang disebabkan oleh bencana dan terdapat kekeliruan dalam hal pihak yang berwenang menetapkan KLB. Sementara itu, dengan fungsi pengawasannya, DPR harus memperkuat pengawasan terhadap upaya pemerintah dalam menggerakkan seluruh komponen sistem kesehatan dalam penanggulangan dampak buruk asap terhadap kesehatan masyarakat.

Referensi

- “Bencana Asap: Negara Tidak Lindungi Kesehatan Masyarakat”, *Kompas*, 7 September 2015.
- “Dampak pada Kesehatan”, *Kompas*, 14 September 2015.
- “Korban Asap Berjatuh”, *Republika*, 8 September 2015.
- “Menkes Instruksikan Semua RS Antisipasi Dampak Kabut Asap”, *Suara Pembaruan*, 9 September 2015.
- “Pengidap ISPA Capai Rekor”, *Republika*, 17 September 2015.
- “Penyakit Akibat Asap Kebakaran Hutan: Ancaman yang Terus Berulang”, *Kompas*, 9 September 2015.
- “Penyakit Terdampak Asap: Udara Kian Tercemar, Warga Dievakuasi”, *Kompas*, 12 September 2015.
- “Persediaan Masker Diperkirakan Mencukupi Dua Pekan ke Depan”, *Republika*, 8 September 2015.
- “Riau Darurat Pencemaran Udara”, *Kompas*, 15 September 2015.
- “Soal Bencana Asap, Profesor Kesehatan Masyarakat ‘Sentil’ Pemerintah”, <http://health.detik.com/read/2015/09/17/144629/3021634/763/soal-bencana-asap-profesor-kesehatan-masyarakat-sentil-pemerintah>, diakses tanggal 17 September 2015.
- “Tidak Ada Lagi Tempat untuk Sembunyi”, *Kompas*, 14 September 2015.
- “Upaya Pemadaman Tak Efektif: Akibat Kabut Asap, Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut Bertambah”, *Kompas*, 18 September 2015.