

Makanan sebagai Sumber dan Media Gangguan Kesehatan: Pentingnya *Self Care*

Oleh :
Fachmi Idris

RINGKASAN

Dalam perspektif terjadinya gangguan kesehatan, terbukti bahwa makanan merupakan salah satu media penyebaran penyakit, baik penyakit menular (paling banyak) maupun tidak menular. Sehingga di dalam kesehatan masyarakat dikenal istilah penyakit yang disebarkan melalui makanan dan air (*water and food borne diseases*), contoh aktualnya *Enterobacter Sakazakii* yang mengkontaminasi susu formula sebagai penyebab infeksi sistemik pada neonatus yang rentan.

Seringkali fakta bagaimana dan kapan gangguan kesehatan dapat timbul akibat makanan tidak disampaikan secara jelas sehingga menimbulkan kegelisahan. Tidak terinformasikan-misalnya bakteri-yang masuk tubuh harus memenuhi sejumlah syarat tertentu untuk dapat menyebabkan gangguan kesehatan. Syarat tersebut meliputi adanya: 1) *temporal sequence*; 2) *consistency*; 3) *strength of association*; 4) *specificity of effect*; 5) *proof of causation*; 6) *collateral evidence and biological plausibility*; serta 7) *biological gradient (dose response)*.

Kasus-kasus gangguan kesehatan secara umum, maupun secara khusus yang terkait dengan makanan, pada dasarnya dapat dikelola dengan baik. Masyarakat sebagaimana yang diharapkan *World Health Organization* harus "...do for themselves to establish and maintain health, prevent and deal with illness..." dan memiliki "...behaviour where individuals, families, neighborhoods and communities undertake promotive, preventive, curative and rehabilitative actions to enhance their health...". Dalam bahasa lain, masyarakat harus dapat memelihara kesehatan dirinya (*self care*).

Mengingat masyarakat bersentuhan setiap hari dengan makanan, prinsip-prinsip *self care* mesti ditumbuhkan sebagai upaya menjaga kesehatan dirinya. Melalui pendekatan *self care* penyakit-penyakit-yang ada kaitannya dengan makanan, khususnya makanan sebagai penyebab penyakit kronis *irreversible*-dapat dicegah.

Kata Kunci: Media, Self Care, Pemberdayaan Masyarakat

I. PENDAHULUAN

Beberapa waktu lalu dan juga saat ini, masyarakat gelisah dengan banyaknya pemberitaan tentang gangguan kesehatan akibat mengkonsumsi makanan tidak sehat. Kegelisahan tersebut muncul tidak hanya pada level "mikro", dengan luas area yang terbatas, namun juga pada level "makro", yang luas areanya mendunia. Kegelisahan semakin menjadi-jadi apabila tingkat keparahan

gangguan kesehatan akibat mengkonsumsi makanan tersebut dapat menyebabkan kematian akut, dan (kasus tersebut memiliki *case fatality rate* yang tinggi).

Sekilas masyarakat dapat mengingat kembali contoh-contoh aktual kejadian yang diberitakan media massa, misalnya: sisa makanan sampah hotel berbintang yang "di-daur-ulang" menjadi makanan sehari-hari dan mungkin dijual oleh penjaja makanan, kasus

minuman yang tercampur dengan zat toksik pencabut nyawayang mematikan, kontaminasi susu untuk bayi oleh bakteri tertentu, dan secara global adanya produk ekspor susu Cina yang menggemparkan dunia, karena mengandung bahan yang berbahaya bagi kesehatan.

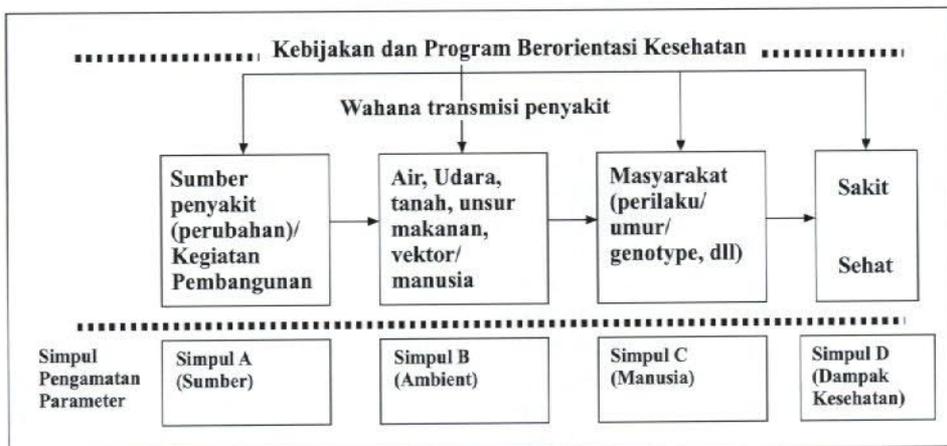
Untuk itu, perlulah diketahui beberapa aspek yang terkait dengan makanan sebagai sumber dan media gangguan kesehatan. Termasuk di sini aspek tentang kerangka teorinya dan contoh aktual makanan sebagai media terjadinya gangguan kesehatan. Pengetahuan atas aspek-aspek ini pada akhirnya harus menimbulkan upaya pemeliharaan kesehatan diri sebagai kunci utama dari proses menjaga kesehatan masyarakat khususnya gangguan kesehatan yang berhubungan dengan makanan. Tulisan ini ditujukan untuk menambah pengetahuan atas hal-hal tersebut.

II. KERANGKA TEORI MAKANAN SEBAGAI MEDIA GANGGUAN KESEHATAN

Dalam perspektif terjadinya gangguan kesehatan, secara konvensional terbukti bahwa makanan merupakan salah satu media penyebaran penyakit, baik penyakit menular

(paling banyak) maupun tidak menular yang mengganggu kesehatan. Untuk diketahui sedangkan, media lain di luar makanan, yang menjadi rantai penular penyakit adalah organisme hidup (vektor), tanah, air dan udara, seperti diperlihatkan. Hal ini dapat dilihat dari kerangka teoritis gambar 1 (Depkes RI 2008). Sehingga di dalam kesehatan masyarakat dikenal istilah penyakit yang disebarkan melalui makanan dan air (*water and food borne diseases*) (Efsa 2008).

Contoh "klasik" dari *water and food borne diseases* atau (WFBD) adalah penyakit yang berhubungan dengan keberadaan mikroba dalam pangan (makanan dan minuman,) kita, antara lain: (1) mikroba penghasil toksin yang sangat berbahaya, (misalnya: *Clostridium*, hidup anaerobic dalam makanan kaleng misalnya); (2) mikroba penyebab penyakit, (misalnya: *Salmonella* penyebab penyakit tifus/paratifus, *Shigella* penyebab penyakit disentri basiler, *Vibrio* penyebab penyakit kolera, *Entamoeba* penyebab penyakit disentri amuba, dan yang-paling aktual-*Enterobacter Sakazakii* yang mengkontaminasi susu formula sebagai penyebab infeksi sistemik pada neonatus yang rentan (Gupta, 2009). Beragamnya mikroba penyebab WFBD harus diwaspadai. Apalagi untuk mikroba yang



Gambar 1. Paradigma Pembangunan, Kesehatan dan Lingkungan

Sumber: *Transformasi Kesehatan Masyarakat dan Pendekatan Spatial dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia* (: Achmadi 1996) dalam: Idris F (2003), *Model Kemitraan Antara Pemerintah dengan Dokter Praktik Swasta dalam Program Pemberantasan TB Strategi DOTS di Kota Palembang* (Disertasi Doktor, PPS UI 2003)

karakternya selalu ada dimana-mana, misalnya *Enterobacter Sakazakii*. Karena karakternya ini, *Enterobacter Sakazakii* juga akan berada di lingkungan industri, misalnya di lingkungan industri susu formula dan menkontaminasi proses manufaktur susu formula tersebut. Akibatnya susu formula tersebut dapat menjadi makanan sebagai media penyebaran bakteri tersebut.

III. ENTEROBACTER SAKAZAKII: CONTOH MAKANAN SEBAGAI MEDIA

"Keramaian" sempat melanda media massa dan membuat kepanikan para orang tua dengan balitanya yang minum susu formula. Hal ini bermula dari hasil penelitian oleh salah satu institusi pendidikan terkemuka di Indonesia tentang keberadaan susu formula yang beredar di lapangan. Temuan ini kemudian "ditolak", karena Menkes mempertanyakan hasil penelitian tersebut, sebagaimana komentar beliau di berbagai media: "... Penelitian itu signifikan atau tidak... siapa yang meneliti, ...caranya bagaimana, ...pendanaannya bagaimana,...kenapa yang diperiksa susu itu...apakah perusahaannya hanya sekitar itu?..." (Idris 2003). Keraguan ini menimbulkan kesimpang-siuran informasi tentang esensi masalahnya dan menimbulkan polemik antar institusi negara yang akhirnya semakin membuat bingung masyarakat.

Kenyataannya dan harus menjadi *lesson learnt* bersama, apabila informasi seperti kasus di atas dapat disampaikan dengan baik, mungkin masyarakat tidak akan terlalu panik pada saat itu. Akhirnya, setelah melakukan tinjauan atas pustaka yang ada (melalui pendekatan *evidence base medicine*), terbukti bahwa memang *E. Sakazakii* dapat menyebabkan penyakit pada semua kelompok usia neo-natus (usia bayi sampai 28 hari), namun yang paling beresiko adalah neonatus yang pre-matur atau bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah, dan adanya neonatus dengan gangguan *immuno-compromised* (Idris 2004).

Karena fakta bagaimana dan kapan gangguan kesehatan dapat timbul akibat susu terkontaminasi tidak disampaikan secara jelas, baik oleh peneliti maupun pemerintah,

ditambah kecenderungan media untuk lebih menonjolkan aspek keberadaan bakteri berbahaya dalam susu. Akibatnya, masyarakat terombang-ambing oleh berbagai informasi yang *misleading* satu sama lain membingungkan. Media tidak secara utuh menjelaskan, bayi dalam kondisi apa saja yang rentan terhadap bakteri *E. Sakazakii* tersebut. Media juga tidak menginformasikan dengan baik bahwa tidak semua bakteri yang masuk dalam tubuh manusia secara otomatis langsung menyebabkan penyakit (Idris 2009).

Tidak terinformasikan bahwa bakteri yang masuk tubuh harus memenuhi sejumlah syarat tertentu untuk yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan. Syarat tersebut meliputi adanya: (1) *temporal sequence*; (2) *consistency*; (3) *strength of association*; (4) *specificity of effect*; (5) *proof of causation*; (6) *collateral evidence and biological plausibility*; serta (7) *biological gradient (dose response)*. Khusus untuk kasus *E. Sakazakii*, kelengkapan syarat bahwa bakteri ini akan untuk menyebabkan gmengganggu kesehatan, apalagi dapat menyebabkan kematian, karena tidak terpenuhi terpenuhi semuanya syaratnya, khususnya syarat *biological gradient* (konsentrasi bakteri di dalam susu) (Idris, 2004).

Sekali lagi, adanya bakteri *E. Sakazakii* dengan konsentrasi rendah yang ditemukan tidak akan langsung menyebabkan gangguan kesehatan, selama kondisi bayi dalam batas normal (bukan neonatus, dll). Bakteri ini sendiri tidak akan bertahan dengan proses pausterisasi biasa yang dilakukan pada susu (direbus 60oC selama 30 menit). Adanya rekontaminasi pada saat proses pembuatan susu tersebut menjadi susu bubuk memang dapat terjadi, misal saat penanganannya dan pengisiannya dalam kaleng. Hal ini juga didukung oleh sifat *E. Sakazakii* dengan karakternya yang selalu ada di lingkungan, sehingga menyulitkan pengendaliannya dalam proses manufaktur susu dibandingkan kuman lainnya, misalnya *Salmonella* sebagai penyebab penyakit tifus. Dalam konteks di atas, *performance objective* dari proses manufaktur masih mentoleransi keberadaan bakteri tersebut dalam batas-batas tertentu, yaitu dalam jumlah yang sangat sedikit.

IV. MEMELIHARA KESEHATAN DIRINYA (SELF CARE) : PERLUNYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Kasus-kasus gangguan kesehatan secara umum, maupun secara khusus yang terkait dengan makanan, pada dasarnya dapat dikelola dengan baik. Masyarakat sebagaimana yang diharapkan WHO (*World Health Organization*/Badan Kesehatan Dunia) harus "...do for themselves to establish and maintain health, prevent and deal with illness..." (Indocom 2009). Dalam bahasa lain, masyarakat harus dapat melakukan memelihara kesehatan dirinya (*self care*).

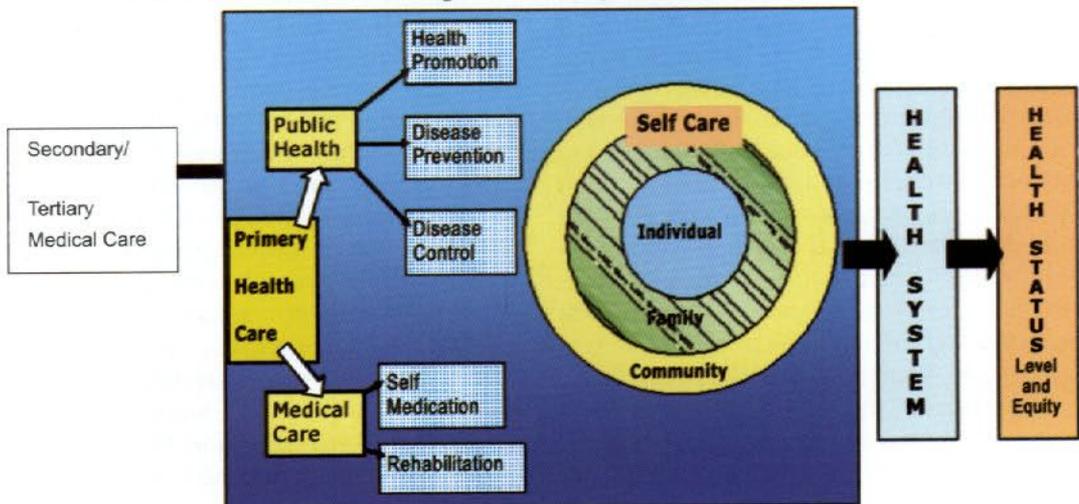
WHO-South East Asia Regional Office pada tahun 1991 (dan diperbaharui pada 9 Januari 2009), mendefinisikan *self care* sebagai *behaviour where individuals, families, neighborhoods and communities undertake promotive, preventive, curative and rehabilitative actions to enhance their health* (Miriam, 2006). Mengingat masyarakat bersentuhan setiap hari dengan makanan, prinsip-prinsip *self care* mesti ditumbuhkan sebagai upaya menjaga kesehatan dirinya. Gambaran tentang konsep *self care* ini dapat dilihat pada Gambar 2.

Pada dasarnya, ukuran dari keberhasilan pembangunan kesehatan adalah terciptanya realitas penduduk yang sadar, mau dan mampu untuk hidup sehat (Nelwan 2009). Lalu,

bagaimanakah kondisi penduduk Indonesia saat ini? Sudah sadar? Sudah mau? Kalau belum optimal berarti ada yang salah dalam konsep pembangunan kesehatan. Mengapa? Karena, secara konvensional, selama ini kecenderungan penyelenggara pembangunan kesehatan hanya berpikir untuk mengobati penduduk yang sakit. Hirarki upaya penyehatan penduduk difokuskan pada penguatan pelayanan medik. Melalui tingkatan-tingkatan pelayanan yang ada, yaitu *primary* (utamanya puskesmas), *secondary* (rumah sakit), dan *tertiary health care* (rumah sakit yang lebih sub spesialis).

Untuk rumah sakit, sudah menjadi tugasnya untuk mengobati / melaksanakan pengobatan penduduk yang sakit. Namun penduduk yang berobat ke rumah sakit (kecuali kasus-kasus gawat darurat) seharusnya melalui *primary health care* (utamanya puskesmas). Hanya kasus yang spesial yang dirujuk ke rumah sakit. Rumah sakit seharusnya tidak menerima pasien di poliklinik yang kasus penyakitnya rutin dan sederhana, misalnya batuk dan pilek. *Primary health care* pun harus mendorong kegiatannya jauh lebih ke depan agar tidak banyak penduduk yang menjadi sakit. Dalam batas tertentu kalau sakit penduduk dapat melakukan *self medication* (lihat lagi Gambar 2).

Gambar 2. Self Care sebagai Lini Terdepan Pemeliharaan Kesehatan



Sumber: Nelwan (2009: Dimodifikasi)

Banyak metode cara untuk menjadikan penduduk agar tidak jatuh sakit. Secara sederhana dan terbatas lingkungannya-pernah sukses di Indonesia-adalah lewat Posyandu. Lebih bagus lagi dengan pendekatan dan konsep dokter keluarga sebagai *first point of contact* untuk masyarakat yang terbukti berhasil di tempat-tempat yang memenuhi syarat (Santoso 2009). Konsep ini tidak dijelaskan rinci dalam tulisan ini, namun sebagai gambaran, seharusnya setiap keluarga memiliki "dokter-dokter pribadi" yang siap 24 jam mengedukasi, mendatangi rumah penduduk, dll, dengan sistem pembiayaan lewat asuransi yang dibayar dimuka/ (*pre-payment system*).

Self care pada dasarnya menganut filosofi *community empowering* (pemberdayaan masyarakat). Masyarakat yang terus diberdayakan akan menciptakan *community participation* (peran serta) masyarakat yang besar untuk menyetatkan diri, keluarganya dan lingkungan sekitarnya. Apabila *community empowering* yang membuahkan *community participation* berhasil dijalankan, maka dengan sendirinya jumlah penduduk yang sakit akan berkurang dengan sendirinya. Mencegah akan jauh lebih murah daripada mengobati.

Sebagai ilustrasi, Amerika Serikat (AS) yang rata-rata satu orang penduduknya mengeluarkan 6 juta rupiah per bulan untuk belanja kesehatannya, tidak dapat mencapai status kesehatan yang diharapkan. Bandingkan dengan Indonesia yang penduduknya hanya mengeluarkan sekitar 20 ribu rupiah per bulan. Namun demikian, walaupun setiap penduduk USAAS membelanjakan uangnya sebanyak 280 kali lipat dari penduduk Indonesia dalam hal belanja kesehatannya per bulan, namun Barrack Obama mensinyalir mendapatkan fakta bahwa USAAS sedang ancaman menghadapi ancaman epidemi penyakit-penyakit kronis yang bersifat degeneratif, (penyakit yang diakibatkan lebih banyak karena gaya hidup yang salah) (Sutrisna 2003).

Penyakit jantung, kanker, stroke, penyakit paru obstruktif menahun (lebih banyak karena rokok) dan diabetes akan terus mengancam belanja kesehatan penduduk USAAS kalau tidak ada upaya mencegahnya agar penyakit

tersebut terjadi. Dan penyakit tersebut menyebabkan 2/3 dari seluruh kematian di AS USA per tahunnya. Indonesia, (berdasarkan riset kesehatan dasarpenelitian Depkes RI 2008), menunjukkan angka yang mengagetkan, ternyata jumlah penyebab kematian akibat dari penyakit kronis degeneratif dan perannya dalam penyebab kematian sudah lebih tinggi dari penyakit infeksi (WHO 1998).

Untuk pembelajaran berharga, USA AS dengan pendekatan pengobatan melalui belanja kesehatan yang luar biasa besarnya sudah mulai sadar dan bergeser untuk memperkuat aspek *self care*. Indonesia dengan belanja kesehatan yang jauh lebih kecil dibanding USA AS, saat ini sedang bersemangat untuk memprioritaskan program mengobati penduduk yang sakit. Semangat yang mulia dan dalam jangka pendek memang sangat menolong masyarakat, namun dengan anggaran negara yang masih memprihatinkan, proporsi budget yang besar di sektor pengobatan seringkali melupakan sektor pencegahan agar penyakit yang diobati prevalensinya dapat diturunkan. Oleh karena itu, harus direvitalisasikan lagi *self care* melalui penguatan lini terdepan pelayanan kesehatan agar terjadi proses partisipasi masyarakat untuk memelihara kesehatan dirinya.

IV. PENUTUP

Melalui pendekatan *self care* penyakit-penyakit yang tidak dapat disembuhkan (*irreversible*)-misal penyakit ginjal yang membutuhkan cuci darah atau cangkok ginjal-dapat dicegah (WHO, 2009). Dengan upaya promosi kesehatan yang lebih masif dalam rangka mengoptimalkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat, maka sumber penyakit dapat diminimalkan, termasuk sumber penyakit yang berasal dari makanan.

Khusus kaitannya dengan pangan sebagai media perjalanan penyakit, dengan *self care*, masyarakat memahamipaham persis makanan mana yang sehat/tidak sehat kalauboleh dimakan manusia atau tidak. Makanan mana yang "diduga" mengandung bakteri penyebab penyakit. Apa yang harus dilakukan? Apakah bakteri tersebut berbahaya? Pada kondisi apa

bakteri tersebut berbahaya, (seperti kasus kontaminasi bakteri *E. Sakazakii* pada susu formula yang hanya membahayakan neonatus yang rentan saja). Dan masih banyak lagi yang

dapat dijawab dan direspon dengan tenang oleh masyarakat yang sudah diberdayakan kemampuan hidup sehatnya .

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI. 2008. Riset Kesehatan Dasar. Badan Litbang Depkes RI.

Efsa. 2008. Summary Paper: Opinion of the Scientific Panel on Biological Hazards on the request from the Commission related to the microbiological risks in infant formulae and follow-on formulae. (Question N° EFSA-Q-2003-111). www.efsa.eu.int

Gupta, JP. 2009. Revitalizing Primary Healthcare. Revitalizing Primary Healthcare, Regional Consultation on Self care in the Context of PHC: Jan 7-9 Jan; Bangkok: WHO/SEARO .

Idris, F. 2003. Model Kemitraan Antara Pemerintah dengan Dokter Praktik Swasta dalam Program Pemberantasan TB Strategi DOTS di Kota Palembang. Disertasi Doktor, PPS UI.

Idris, F. 2004. Bahan Ajar Kesehatan Lingkungan, Bagian IKM IKP FK UNSRI.

Idris, F. 2009. Berobat Gratis: Layakkah Jadi Political Act Kita? Gatra No. 10 Tahun XV; hal 58-59.

Indocom. 2009. Berita-Umum : Tanggapan MenKes Mengenai Kontaminasi Enterobacter sakazakii Sungguh Mencengangkan. www.vet-indo.com

Miriam, Friedemann. 2006. *Enterobacter sakazakii* in food and beverages (other than infant formula and milk powder) [monograph on the internet]. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Federal Institute for Risk Assessment (BfR), Alt-Marienfelde 17-21, D-12277 Berlin, Germany. www.sciencedirect.com.

Nelwan, I. 2009. Self Care in the Context of PHC. Revitalizing Primary Healthcare, Regional Consultation on Self care in the Context of PHC: Jan 7-9 Jan; Bangkok: WHO/SEARO.

Obama. 2009. Barack Obama's Plan for a Healthy America: Lowering Healthcare Cost and Ensuring Affordable, High Quality Healthcare for All. www.obama.com.

Santoso, D. 2009. 30 Menit Menuju Ginjal Sehat. Surabaya: JP Books.

Sutrisna. 2003. Bahan Ajar Epidemiologi Lanjut, Program Studi Doktor FKM UI.

WHO. 1998. *The Role of Pharmacist to Self-care and Self-medication*, Geneva.

WHO/SEARO. 2009. Revitalizing Primary Healthcare, Regional Consultation on Self care in the Context of PHC: Jan 7-9 Jan; Bangkok.

BIODATA PENULIS :

Fachmi Idris adalah Ketua Umum Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ketua terpilih Confederation Medical Association Asia Oceania (CMAAO) dan Staf Pengajar Bagian IKM-IKK FK UNSRI. Menyelesaikan studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana UI Tahun 2003.