BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Manajemen

1. Pengertian Manajemen

Menurut Sudarwan dan Yunan Danim (2010:18) mengemukakan bahwa: Manajemen sebagai sebuah proses yang khas, yang terdiri atas tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian, menggerakkan, dan pengawasan, yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaransasaran yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber lainuntuk mencapai tujuan tertentu. Manajemen adalah proses untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi dengan melakukan kegiatan dari empat fungsi utama yaitu merencanakan (planning), mengorganisasikan (*organizing*), memimpin (*leading*), dan mengendalikan (*controlling*).

Dengan demikian, manajemen adalah suatu kegiatan yang berkesinambungan. Untuk mencapai efisiensi serta efektivitas dalam manajemen, maka segala tindakan dan kegiatan baru sebaiknya dilaksanakan dengan pertimbangan dan perhitungan yang rasional. Untuk itu diperlukan langkahlangkah kegiatan dengan perumusannya secara jelas dan tegas, agar tujuan program yang dimaksudkan dapat berjalan dengan sebaik mungkin.

Pengertian manajemen menurut Handoko (1997:8) menjelaskan bahwa: Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya-sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah

ditetapkan. Berdasarkan pendapat di atas dapat diambil makna bahwa manajemen mengandung arti optimalisasi sumber-sumber daya atau pengelolaan dan pengendalian. Sumber-sumber daya yang dioptimalkan, dikelola, dan dikendalikan tersebut meliputi sumber daya manusia dan sumber pendukung lainnya. Proses tersebut mencakup langkah-langkah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian.

Manajemen bagi setiap organisasi atau lembaga merupakan unsur pokok yang harus dijalankan oleh setiap pimpinan organisasi atau lembaga tersebut. Para pimpinan tersebut bertindak sebagai manajer sehingga harus menggunakan sumber daya organisasi, keuangan, peralatan dan informasi serta sumber daya manusia dalam mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Sumber daya manusia merupakan sumber daya terpenting bagi setiap organisasi. Tujuan-tujuan organisasi yang telah ditetapkan (*state goals*) mengandung arti bahwa para pemimpin atau manajer organisasi apapun berupaya untuk mencapai berbagai hasil akhir spesifik, tentu saja harus unik bagi masing-masing organisasi.

B. Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes)

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemeratan pelayanan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan bagian dari potensi dan permasalahan pembangunan kesehatan yang menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan. Untuk memaksimalkan potensi

dan memecahkan permasalahan dalam pelaksanakan pembangunan kesehatan nasional melalui pemberdayaan masyarakat, maka perlu dipahami lingkungan strategis nasional seperti pemberlakuan Undang-Undang Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa.

Desa akan mendapatkan dana bersumber APBN rata-rata Rp. 1 Miliar per desa setiap tahunnya. Kucuran dana sebesar ini akan sangat besar artinya bagi pemberdayaan masyarakat desa. Alokasi dana desa merupakan bagian dari keuangan desa yang diperoleh dari bagi hasil pajak daerah dan bagian dari dana perimbangan keuangan pusat dan daerah yang diterima oleh kabupaten untuk desa paling sedikit 10 % (sepuluh persen).

Seluruh kegiatan yang berasal dari anggaran alokasi dana desa direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi secara terbuka dengan melibatkan seluruh masyarakat desa. Pengelolaan alokasi dana desa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pengelolaan keuangan desa dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes). Perlu diketahui bahwa alokasi dana desa bukan merupakan bantuan melainkan dana bagi hasil atau perimbangan antara pemerintah kabupaten/kota dengan desa sebagai wujud dari pemenuhan hak desa untuk penyelenggaran otonomi desa.

Ada tiga prinsip utama yang mendasari pengelolaan keuangan di tingkat desa. Pertama prinsip transparansi atau keterbukaan. Transparansi di sini memberikan arti bahwa anggota masyarakat memiliki hak dan akses yang sama

untuk mengetahui proses anggaran karena menyangkut aspirasi dan kepentingan masyarakat, terutama pemenuhan kebutuhan-kebutuhan hidup masyarakat banyak.

Kedua, prinsip akuntabilitas. Akuntabilitas adalah prinsip pertanggungjawaban publik yang berarti bahwa proses penganggaran mulai dari perencanaan, penyusunan dan pelaksanaan harus benar-benar dapat dilaporkan dan dipertanggungjawabkan kepada DPRD dan masyarakat. Masyarakat tidak hanya memiliki hak untuk mengetahui anggaran tersebut tetapi juga berhak untuk menuntut pertanggungjawaban atas rencana ataupun pelaksanaan anggaran tersebut.

Ketiga, prinsip *value for money*. Prinsip ini berarti diterapkannya tiga pokok dalam proses penganggaran yaitu ekonomis, efisiensi, dan efektif. Ekonomi berkaitan dengan pemilihan dan penggunaan sumber daya dalam jumlah dan kualitas tertentu pada harga yang murah. Efisiensi berarti bahwa penggunaan dana masyarakat tersebut dapat menghasilkan ouput yang maksimal (berdaya guna). Efektifitas berarti bahwa penggunaan anggaran tersebut harus mencapai target-target atau tujuan kepentingan publik. Faktor yang mendukung pengelolaan Alokasi Dana Desa (ADD) yaitu adanya peraturan yang jelas sehingga para tim pelaksana tidak kebingungan dalam mengelola anggaran ADD dan tingkat partisipasi masyarakat yang tinggi dalam proses pelaksanaan. Pengelolaan ADD sendiri melalui tiga tahapan yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan.

Mekanisme keterkaitan tiga tahap tersebut tidak dapat terpisah antara satu dengan laiananya. Hal ini dikarenakan pengelolaan ADD diharapkan dapat mewujudkan cita-cita *good governance* pada level pemerintahan paling bawah yaitu desa. Salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan ADD adalah penerapan akuntabilitas yang dilakukan oleh penguasa pada tingkat desa. Tahap perencanaan ditandai dengan adanya Musyawarah Desa (MusDes) yang dilaksanakan oleh Pemerintah Desa, BPD, serta dengan komponen masyarakat. Seluruh peserta dalam MusDes berhak untuk usul dan mengajukan kritik serta saran terhadap rencana sasaran ADD maupun APBDes. Kondisi ini sesuai dengan prinsip partisipasi masyarakat sesuai dengan cita-cita good governance. Selain MusDes, juga terdapat Pra-MusDes yang menjadi proses awal sebelum MusDes dilakukan. Pra-MusDes sebenarnya sama dengan MusDes. Perbedaannya hanya pada waktu, yaitu Pra-MusDes dilakukan lebih awal sebelum MusDes. Hal ini dilakukan agar Pemerintahan Desa sudah siap dengan programprogram yang akan mereka sampaikan kepada masyarakat.

Tahap kedua dalam pengelolaan ADD adalah tahap pelaksanaan atau implementasi. Sesuai dengan siklus anggaran daerah menurut Spicer dan Bingham (dalam Mardiasmo, 2004:108-110) yaitu *planning and preparation, approval/ratification, budget Implementation, dan reporting and evaluation*. Artinya bahwa setiap siklus dalam kebijakan melalui tahapan-tahapan tersebut. Hal ini merupakan bukti bahwa untuk melahirkan sebuah kebijakan pemerintah tidak sembarangan dan sesuai dengan aturan yang sudah berlaku mulai dari perencanaan hingga pertanggungjawaban termasuk dalam pengelolaan keuangan ADD. Prinsip akuntabilits pertama terkait dengan komitmen dari pimpinan dan seluruh staf.

Komitmen terkait dengan bagaimana kesungguhan dari pemerintah desa untuk melaksanakan ADD secara baik dan konsisten sesuai dengan kesepakatan sebelumnya dalam MusDes.

Sedangkan faktor penghambatnya yaitu sosialisasi yang kurang mendalam kepada masyarakat sehingga tidak semua masyarakat tahu tentang program ADD yang kemudian menyebabkan rendahnya pengawasan masyarakat pada kegiatan ADD dan dominasi pemerintah kecamatan terhadap penyusunan Surat Pertanggung Jawaban (SPJ) ADD menyebabkan kurangnya kemandirian desa. Evaluasi pelaksanaan program ADD tersebut juga membimbing masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam memberikan masukan dan koreksi pelaksanaan ADD. Dalam hal ini pemerintah desa juga harus merespon koreksi masyarakat dalam forum tersebut sehingga tercipta kesempurnaan pelaksanaan ADD. Di samping itu forum evaluasi tersebut juga telah menerapkan prinsip-prinsip transparansi dalam pertanggungjawaban ADD secara periodik.

Tenaga Kesehatan masyarakat merupakan tenaga kesehatan yang berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan menggerakan pembangunan berwawasan kesehatan. Hal ini didasarkan atas kewajiban utama tenaga kesehatan masyarakat bersama dengan tenaga kesehatan lainnya adalah untuk mengupayakan masyarakat agar hidup sehat dan sejahtera baik dari segi fisik, mental, sosial dan ekonomi.

"Tenaga kesehatan masyarakat harus mampu menjadi motor penggerak dan prime mover atau bahkan *agent of change* pembangunan kesehatan masyarakat

yang sedang kita lakukan saat ini", pesan Menteri Kesehatan, yang dibacakan oleh Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, dr. Anung Sugihantono, M. Kes pada sesi pembukaan kegiatan Forum Ilmiah Tahunan ke-3 Musyawarah Kerja Nasional (FIT III Mukernas) Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) di salah satu hotel di kawasan Mantos, Manado, Kamis pagi (18/9).

Pada forum yang mengangkat tema Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga ini, Menkes berfokus pada tiga pilar program Indonesia Sehat, yakni: Paradigma Sehat, Penguatan Pelayanan Kesehatan, dan Jaminan Kesehatan Nasional. Paradigma Sehat sebagai sudut pandang upaya kesehatan kini lebih mengutamakan promotif, preventif dan dikuatkan pelaksanaannya dengan Inpres Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). GERMAS dalam konsep paradigma sehat sesungguhnya adalah menempatkan kewajiban masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.

Dari sisi pelayanan kesehatan sebagai pilar kedua, bertumpu mulai dari upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), Pelayanan Kesehatan Primer berbasis Puskesmas, Yankes Sekunder (Dinkes Kabupaten, dan RS Daerah kelas C dan D) dan Yankes Tersier (Dinkes Provinsi dan RS kelas B dan A). Sebagai satu kesatuan sistem layanan, dilakukan pendekatan keluarga, sebagai cara kerja untuk meluaskan jangkauan pelayanan kesehatan melalui tahapan kunjungan rumah untuk mengetahui status kesehatan anggota keluarga.

Di akhir sambutannya, Menkes berharap besar pada peran aktif kompetensi tenaga kesehatan masyarakat dalam menyehatkan masyarakat. Menkes yakin, dengan kemampuan tenaga kesehatan masyarakat dalam mengidentifikasi faktor risiko kesehatan; mencegah dan melindungi masyarakat dari masalah kesehatan; mengedukasi masyarakat; serta mengembangkan kebijakan berbasis bukti; menjadi peluang yang besar memajukan pembangunan kesehatan di Indonesia dengan mendukung Program Indonesia Sehat yang sedang dijalankan.

Prioritas penggunaan dana desa tahun 2018 terkait kesehatan menurut Permendes PDTT No. 19 tahun 2017

1. Air bersih berskala desa

a. Air bersih

b. Fasilitasi pelaksanaan Rencana Pengamanan Air Minum (RPAM)

c. Penyediaan sarana Teknologi Tepat Guna (TTG) untuk air bersih

2. Sanitasi Lingkungan

a. Sanitasi yang layak kesehatan

b. Pembangunan sarana MCK (Mandi, Cuci, Kakus), sarana cuci tangan

c. Pengelolaan sampah dan limbah rumah tangga serta yang berbasis masyarakat

d. Sanitasiberbasis masyarakat (misal: sanitas pasar desa, menghilangkan genangan air, dsb)

e. Penyediaan sarana teknologi tepat guna (TTG) untuk sanitasi (misal: septic tank terapung)

3. Bantuan Insentif Kader Kesehatan/UKBM

a. Honor/insentif/reward kader

b. Honor kader kesehatan

c. Pendampingan oleh kader kepada perempuan usia 30-59 mendapatkan pelayanan skrining sadanis dan IVA di Puskesmas

d. Honor instruktur senam di desa

4. Pelatihan (Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan) Kader Kesehatan Masyarakat

a. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader

b. Orientasi kader kesehatan yang diselenggarakan oleh desa

5. Transport Kader Kesehatan

a. Transport kader dalam pelaksanaan UKBM

b. Transportasi petugas/kader ke Pos Lansia/Posbindu

c. Pendampingan pelaksanaan kunjungan rumah

d. Transport pendampingan masyarakat yang ditemukan beresiko dan berpenyakit PTM (Penyakit Tidak Menular), pendamping IVA

e. Pendampingan pendataan sasaran dan sweping imunisasi

6. Perawatan dan/atau Pendampingan Ibu Hamil, Nifas, dan Menyusui

a. Pendampingan ibu hamil, nifas, dan menyusui oleh kader

b. Pendampingan pendataan oleh kader terhadap bumil dan balita

c. Pelaksanaan pendampingan program perencanaan, persalinan dan pencegahan komplikasi oleh kader

7. Pemantauan pertumbuhan dan penyediaan makanan tambahan/sehat untuk peningkatan gizi bayi, balita, dan anak sekolah

a. Pemantauan pertumbuhan balita oleh kader dan penyediaan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) bayi, balita dan anak

b. Kunjungan rumah oleh kader untuk pemantauan pertumbuhan balita

8. Pengadaan, Pembangunan, Pengembangan, Pemeliharaan, pengelolaan dan pembinaan UKBM (Poskesdes/Polindes, Posbindu, Posyandu, dan pos kesehatan lainnya)

a. Pengembangan pengelolaan dan pembinaan UKBM

b. Penyediaan sarpras (sarana prasarana)

c. Penyediaan media KIE

d. Operasional UKBM

e. Pengadaan posbindu kit dan bahan habis pakai posbindu kit untuk warga desa

f. Penyediaan PMT bagi lansia di posyandu lansia/posbindu

g. Pengembangan kegiatan promotif dan preventif di posyandu lansia/posbindu

9. Penyelenggaraan dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Promosi Kesehatan dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

a. Penyelenggaraan dan Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan dan germas

b. Penyediaan sarana prasarana olahraga 40

c. Pertemuan kader kesehatan

d. Penyuluhan kesehatan yang diselenggarakan oleh desa

e. Menjadikan rumah ibadah sebagai KTR (Kawasan Tanpa Rokok)

f. Pemberdayaan masyarakat dalam penggunaan obat secara benar melalui Gema Cermat

g. Edukasi kesehatan terkait pencegahan dan deteksi dini

h. Gerakan makan sayur, buah, dan ikan

i. Gerakan olahraga bersama

j. Pemanfaatan lahan tidur untuk tanaman obat keluarga (TOGA) dan irigasi desa untuk mengurangi genangan air serta peningkatan gizi

k. Taman stimulasi anak dan lansia

l. Lapangan olahraga

10. Kampanye dan Promosi Hidup Sehat (Peningkatan PHBS) guna mencegah Penyakit Menular Seksual HIV/AIDS, Tuberkulosis, Hipertensi, Diabetes Mellitus dan Gangguan Jiwa

a. Peningkatan PHBS

b. Pemantauan kepatuhan minum obat (TTD, obat TB, obat HIV, obat Malaria, dll) oleh kader

c. Promosi/Penyuluhan dan penyediaan media KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi)

d. Operasional kegiatan desa wisma/kunjungan rumah

e. Aktifitas kreatif yang sehat bagi remaja, pemuda dan kelompok seksual aktif

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat bidang Kesehatan, Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) adalah wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh dari untuk dan bersama masyarakat dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya. UKBM antara lain terdiri dari:

1. Pos pelayanan terpadu (Posyandu)
2. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)
3. Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)
4. Pos Pembinaan Terpadu Penyakit tidak Menular (Posbindu PTM)

5. Pos TB Desa
6. Pos Malaria Desa (Posmaldes)
7. Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)
8. Pos Obat Desa (POD)
9. Pondok Bersalin Desa (Polindes)

Tujuan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan adalah meningkatnya Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) sehingga masyarakat mampu mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi secara mandiri dan menerapkan PHBS dengan lingkungan yang kondusif melalui pembinaan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang terintegrasi dan bersinergi oleh pemangku kepentingan terkait. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) akan lebih mungkin diupayakan ditingkat rumah tangga di desa.

Menurut menteri kesehatan Pada forum yang mengangkat tema Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, saat ini sudah 2.926 Puskesmas dilatih dan melaksanakan kunjungan rumah untuk mengukur melihat 12 indikator keluarga sehat tersebut, sudah lebih dari 2 juta rumah tangga dikunjungi di 514 Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia. Peningkatan status kesehatan masyarakat merupakan tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak yang akan dicapai dengan meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif. Sasaran kegiatannya yaitu meningkatnya pelaksanaan pemberdayaan dan promosi kesehatan kepada masyarakat dan

indikator pencapaian sasaran tersebut diantaranya adalah Persentase desa yang memanfaatkan dana desa 10% untuk UKBM sebesar 50%.

C. Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)

1. Pengertian GAKI

Gangguan Akibat Kekurangan Iodium adalah sekumpulan gejala yang timbul karena tubuh seseorang kekurangan unsur iodium secara terus menerus, dalam jangka waktu yang relatif lama (Depkes RI, 2000). Zat iodium adalah zat kimia yang sangat dibutuhkan oleh manusia untuk menghasilkan hormon tiroid. Hormon ini diproduksi oleh dua buah kelenjar gondok yang terletak di leher bagian depan di bawah dagu. Hormone ini diangkut oleh darah keseluruh tubuh untuk mengatur proses kimiawi yang terjadi dalam sel-sel berbagai organ tubuh termaul sel-sel otak dan susunan syaraf pusat (Soekirman, 2000)

Penyebab terpenting timbulnya masalah GAKI adalah rendahnya asupan iodium melalui makanan/ minuman yang berlangsung dalam kurun waktu yang lama. Penyakit ini biasanya terjadi pada daerah pegunungan.Adanya masalah GAKI sebagai akibat kompensasi tubuh terhadap kondisi defisiensi iodium yang dialami. Walaupun demikian defisiensi bukan satu satunya penyebab terjadinya GAKI. Sampai saat ini ada beberapa teori yang menyatakan bahwa penyebab terjadinya GAKI adalah defisiensi iodium, pengaruh zat goitrogenik, faktorgenetik, dan kelebihan unsur-unsur iodium. Akan tetapi dari data yang tersedia bahwa GAKI akan terjadi apabila terdapat juga defisiensi iodium. Dengan demikian defisiensi iodium merupakan penyebab utama terjadinya GAKI (Depkes RI, 1986).

2. Faktor Penyebab GAKI

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya GAKI menurut Djokomoeljanto (1985) antara lain :

a. Defisiensi Iodium dalam Makanan

Rendahnya konsumsi iodium pada masyarakat sangat dipengaruhi oleh tempat tumbuhnya bahan makanan yang dikonsumsi setiap hari. Bahan makan yang tumbuh pada daerah yang tananhnya rendah akan iodium makan bahan makanan yang dihasilkan juga akan rendah iodium. Faktor-faktor yang mempengaruhi kandungan iodium dalam tanah antara lain :

1) Faktor Geografis

Rendahnya kandungan iodium dalam tanah scara geografis disebabkan oleh adanya erosi yang menyebabkan iodium terkikis, tanah sarang (tanah lahar, kapur) yang tidah dapat menyimpan air, sehingga air bersama iodium yang larut di dalamnya akan meresap ke dalam lapisan tanah yang lebih dalam. Hal tersebut menyebabkan akan tanaman pangan dan sayuran tidak dapat menjangkaunya sehingga kadar iodium dalam tanaman itu akan rendah pula. Disamping itu eksploitasi tanan yang berlebihan dan pencemaran limbah tanah pertanian yang berat menyebabkan tananh menjadi terlalu asam atau basa.

2) Faktor non-Geografis

Rendahnya kandungan iodium dalam makanan di suatu daerah dapat disebabkan oleh rendahnya kandungan iodium tanah di daerah lain akibat dari derah tersebut bahan makanan sehari-harinya sangat tergantung pada daerah yang minim iodium. Daerah impoter ini biasanya adalah daerah pinggiran kota yang tanan pertaniannya mengalami penyempitan karena industrialisasi.

b. Zat Goitrogenik dalam Makanan

Menurut Winarno (1997) giotrin merupakan senyawa anti tiroid, terdapat pada tanaman dalam bentuk calon (*precursor*) yang disebut progoitin yang dapat berubah menjadi bahan goitrin dengan pertolongan enzim. Bahan ini terdapat pada bahan makanan seperti kol dan sebangsa kubis lainnya.

c. Konsumsi Garam

Garam beriodium adalah garam natrium klorida (NaCl) yang diproduksi melalui proses iodisasi yang memenuhi Standar Nasional Indonesia (SNI) dan mengandung iodium antara 30-80 ppm untuk konsumsi manusia atau ternak, pengasinan ikan dan bahan pertolongan industri kecuali pemboran minyak, *chlor alkali plan* (CAP) dan industri kertas pulp. SNI garam konsumsi diterapkan secara wajib teradap produsen dan distributor sesuai dengan Kepres no 69 tahun 1994 tentang pengadaan garam beriodium untuk melindungi kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2000).

3. Dampak GAKI

Akibat negatif GAKI ternyata berpengaruh pada kecerdasan. Setiap penderita gondok akan mengalami defisit 10 point dibawah normal, penderita kretin akan mengalami defisit IQ sebesar 50 point dibawah normal. Sedang penderita GAKI lainnya akan mengalami defisit IQ sebesar 10 point. Adanya keterbelakangan mental mempengaruhi kecerdasan (Kristiani dan Pragandari, 1990) Semua penduduk dan kelompok umur berisiko untuk menderita GAKI. Selain berdampak pada kecerdasan otak GAKI juga berakibat pada status gizi karena hypothyroid, gangguan pertumbuhan fungsi fisik dan mental dan meningkatnya kematian bayi akibat penurunan daya tahan terhadap penyakit.

Pada ibu hamil penderita GAKI dalam kurun waktu lama dampak buruknya mulai terlihat pada kehamilan trimester II tetapi masih dapat diperbaiki dengan suplemen zat iodium.Bila terjadi pada kehamilan tua dampak buruknya tidak dapat diperbaiki. Artinya kelainan pada janin atau bayi akan bersifat permanen sampai dewasa. Dampak lainnya antara lain keguguran, lahir mati, lahir cacat, kretin, kelainn psikomotor, dan kematian bayi. Pada usia sekolah dan orang dewasa GAKI dapat menyebabkan pembesaran kelenjar gondok, cacat mental dan fisik. Dampak buruk GAKI tingkat ringan ternyata lebih mengejutkan. Pada tingkat ini sudah terjadi kelainan perkembangan sel-sel saraf yang mempengaruhi kemampuan belajar anak, seperti ditunjukan dengan rendahnya IQ anak penderita GAKI (Wiratmadji dan Merryana, 2012).

Kekurangan yodium terjadi pada saat konsumsi yodium kurang dari yangdirekomendasikan dan mengakibatkan kelenjar tiroid tidak mampu mensekresi hormon tiroid dalam jumlah cukup. Jumlah hormon tiroid yang rendah di dalam darah mengakibatkan kerusakan perkembangan otak dan beberapa efek yang bersifat merusak secara kumulatif. Keadaan ini sering disebut dengan nama *Iodium Deficiency Disorder* (IDD). (WHO, 2001).

Dampak yang ditimbulkan GAKI cukup luas, mulai pada janin sampai dewasa. Spektrum yang ditimbulkan akibat GAKI menurut WHO, sebagai berikut

Tabel 1
Spektrum GAKI

Masa Terjadinya GAKI	Kemungkinan Dampak yang Terjadi
Janin	Abortus, lahir mati, cacat bawaan, kematian perinatal,kematian bayi, kretin neurologi (keterbelakangan mental, bisu, tuli, mata juling, lumpuh spastik pada kedua tangkai), kretin myxedematus (keterbelakangan mental, kerdil), hambatan psikomotor.

Neonatus	Gondok neonatus, hipotiroidisme neonatus, peningkatan kerentanan terhadap radiasi nuklir, penurunan IQ
Anak dan Remaja	Gondok, hypotirid (juvinil hipotiroidisme), gangguan remaja fungsi mental, pertumbuhan terhambat, peningkatan kerentanan terhadap nuklir.
Dewasa	Gondok dengan berbagai komplikasi, ipotiroidisme, gangguan fungsi mental, iodine induced hipotiroidisme (IIH), peningkatan kerentanan terhadap nuklir. Pada tingkat ringan kekurangan yodium akan berakibat menurunnya produktifitas, libido, kesuburan dan immunitas. Fibrocystic dapat menyebabkan kanker kelenjar mamae
Semua Umur	Gondok, hypotiroidisme, fungsi mental yang terganggu, bertambahnya kerentanan terhadap radiasi nuklir

Besaran pengaruh GAKI merupakan fenomena gunung es dan kretin sebagai puncaknya menempati bagian seluas 1-10%.Namun terdapat gangguan dalam jumlah lebih besar seperti gangguan perkembangan otak 5-30% dan hipotiroidisme 30-70%. Pengaruh kekurangan yodium terlihat sangat nyata pada perkembangan otak, yaitu selama *golden period* yaitu pada saat janin, bayi dan balita (Hetzel, 1996). Kretin merupakan dampak terberat pada anak yang timbul jika asupan yodium kurang dari 25 g/hari dan berlangsung lama (asupan normal 100-199 g/hari). Kretin ditandai dengan keterbelakangan mental disertai satu atau lebih kelainan saraf seperti gangguan pendengaran, gangguan sikap tubuh serta gangguan sikap tubuh dalam berdiri atau berjalan. Juga terjadinya gangguan pertumbuhan.

4. Program Penanggulangan

Tindak lanjut kesepakatan UNGASS dan target Indonesia Sehat 2010 adalah Rencana Aksi Penanggulangan Kesinambungan Program Penanggulangan GAKI (RAN KPP GAKI) yang ditetapkan tahun 2004. Strategi yang paling aktual

ini merupakan kelanjutan program IP-GAKI dan diperuntukkan bagi pengambil kebijakan di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Tujuan strategi adalah mencapai USI (*Universal Salt Iodizations*) yang dimulai sejak tahun 2005 dan menjaga kelestariannya pada tahun 2010 (target tercapai sesuai Indonesia Sehat 2010). Tujuan umum tersebut dibagi menjadi jangka pendek (2004-2005) dan jangka panjang (2006-2010).

Tujuan jangka pendek adalah peningkatan proporsi rumah tangga yang mengkonsumsi garam beriodium secara nasional dan peningkatan cakupan distribusi kapsul minyak beriodium di daerah endemis berat dan sedang. Sementara tujuan jangka panjang adalah pelestarian proporsi rumah tangga yang mengkonsumsi garam beriodium di semua kabupaten/kota di Indonesia serta pelestarian cakupan kapsul minyak beriodium di semua daerah endemis berat dan sedang. Beberapa fokus strategi RAN KPP GAKI garam beriodium meliputi penguatan industri garam beriodium nasional, penetapan standar iodium pada produk-produk garam di Indonesia, pembantuan distribusi garam beriodium, serta peningkatan pemantauan konsumsi garam beriodium di Indonesia.

Strategi kapsul minyak beriodium adalah menyepakati berbagai daerah endemis GAKI berat dan sedang yang perlu diberikan kapsul yang diberikan sekali dalam setahun kepada ibu hamil, wanita usia subur, dan anak usia sekolah. Namun, sampai tahun 2003, cakupan kapsul minyak beriodium hanya sekitar 33%. Hal itu disebabkan oleh pasokan yang sangat terbatas, distribusi tidak merata, serta pemantauan dan evaluasi yang sangat lemah. Tidak banyak pihak yang menaruh perhatian pada program ini. Pada masa yang akan datang, program kapsul minyak

beriodium harus mendapat perhatian yang serius dari pemerintah daerah dan pemerintah pusat.

D. Gayam Iodium (Gayo)

1. Pengertian Gayo

Dalam ilmu kimia, garam adalah senyawa ionik yang terdiri dari ion positif (kation) dan ion negatif (anion), sehingga membentuk senyawa netral (tanpa bermuatan). Garam terbentuk dari hasil reaksi asam dan basa. Ada banyak macam garam antara lain: garam netral, garam basa, garam asam (Kurlansky, 2002)

Menurut Burhanuddin (2001), secara fisik, garam adalah benda padatan berwarna putih berbentuk kristal yang merupakan kumpulan senyawa dengan bagian terbesar Natrium Chlorida (>80%) serta senyawa lainnya seperti Magnesium Chlorida, Magnesium Sulfat, Calsium Chlorida, dan lain-lain. Garam mempunyai sifat/karakteristik higroskopis yang berarti mudah menyerap air, bulk density (tingkat kepadatan) sebesar 0,8 - 0,9 dan titik lebur pada tingkat suhu 801°C.

Pengelompokan garam di Indonesia berdasarkan SNI adalah garam konsumsi dan garam industri. Kelompok kebutuhan garam konsumsi antara lain untuk konsumsi rumah tangga, industri makanan, industri minyak goreng, industri pengasinan dan pengawetan ikan, sedangkan kelompok kebutuhan garam industri antara lain untuk industri perminyakan, tekstil dan penyamakan kulit, CAP (Chlor Alkali Plant) garam industri yang digunakan untuk proses kimia dasar pembuatan soda, chlor, dan pharmaceutical salt (BRKP, 2001).

Menurut Dachroni (2007) garam beryodium adalah garam yang mengandung atau yang dicampuri yodium.Garam beryodium berasal dari garam

biasa yang dicampur dengan zat yodium. Istilahnya difortifikasi atau diyodisasi. Garam beryodium yang dianjurkan untuk digunakan manusia adalah yang memenuhi Standar Nasional Indonesia, yaitu kandungan yodiumnya lebih dari 30 ppm.

Garam beryodium merupakan istilah yang biasa digunakan untuk garam yang telah difortifikasi (ditambah) dengan yodium. Di Indonesia, yodium ditambahkan dalam garam sebagai zat aditif atau suplemen dalam bentuk kalium yodat (KIO_3). Penggunaan garam beryodium dianjurkan oleh WHO untuk digunakan di seluruh dunia dalam menanggulangi GAKI. Cara ini dinilai lebih alami, lebih murah, lebih praktis dan diharapkan dapat lestari di kalangan masyarakat (Palupi, 2008).

2. Fungsi Iodium

Iodium berfungsi untuk sintesis hormone tiroid yang berlangsung di dalam kelenjar tiroid. Hormone tiroid memainkan peranan yang penting dalam pengaturan metabolism tubuh (Gibney et al., 2009). Fungsi hormone tiroid adalah meningkatkan metabolism karbohidrat dan lemak, meningkatkan aliran darah dan curah jantung, meningkatkan motilitas saluran cerna serta memiliki efek merangsang terhadap peningkatan kerja system saraf pusat.(Guyton & Hall, 2008).

3. Cara Pengadaan Gayo

Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomer 69 Tahun 1994 tentang pengadaan garam beriodium yang berisi tentang penanggulangan berbagai gangguan akibat kekurangan iodium melalui kegiatan iodisasi garam.Garam beriodium yang beredar harus sesuai dengan Standar Industri Indonesia (SII) atau Standar Nasional Indonesia (SNI).Akan tetapi, program iodisasi garam dirasakan

belum optimal karena penggunaan garam beriodium di masyarakat masih rendah. Hal ini disebabkan oleh belum semua provinsi, kabupaten atau kota di Indonesia memiliki peraturan daerah (Perda) tentang GAKI sehingga penyediaan sarana dan prasarana iodisasi garam yang diperlukan produsen belum memadai dan cenderung sulit didapat, lemahnya koordinasi antar sektor terkait, lemahnya penegakan hukum, pemanfaatan monitoring yang belum optimal dan tidak ada tindak lanjut dari hasil monitoring (Devita, 2007).

Peraturan Menteri Dalam Negeri No.63 Tahun 2010 tentang pedoman penanggulangan GAKI di daerah menyebutkan pemerintah daerah merupakan penyelenggara urusan pemerintahan dalam penanggulangan GAKI di daerah. Salah satu isi peraturan ini adalah gubernur, bupati atau walikota menyiapkan kebijakan tentang penanggulangan GAKI mulai dari aspek produksi, distribusi, sanksi dan konsumsi garam beriodium.Akan tetapi tidak semua provinsi di Indonesia memiliki peraturan daerah tentang garam beriodium.

4. Angka Kecukupan Iodium

Dalam Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013 terdapat 13 mineral yang dihitung angka kecukupan gizinya, salah satunya adalah mineral Iodium. Penetapan angka kecukupan gizi untuk Indonesia ini terutama didasarkan pada review dari rekomendasi kecukupan gizi untuk mineral makro dan mikro yang ditetapkan oleh Institute of Medicine (IOM 1997, 2000, 2001) dan Food and Agriculture Organization/World Health Organization (FAO/WHO 2001). Cara ini dilakukan mengingat sangat terbatasnya informasi yang berasal dari Indonesia yang dapat digunakan untuk mempertimbangkan kecukupan mineral. Berikut ini table angka kecukupan iodium berdasarkan AKG 2013.

5. Sumber Iodium

Laut merupakan sumber utama iodium, dengan demikian makanan laut seperti ikan, kerang-kerangan, dan rumput laut merupakan sumber pangan yang kaya iodium (Gibney et al., 2009). Siklus ekologis iodium di alam dimulai dalam bentuk uap air laut (yang mengandung iodium) yang dibawa oleh angina dan awan ke wilayah daratan uap air laut yang mengandung iodium tersebut akan jatuh sebagai air hujan dan menggantikan lapisan permukaan tanah yang kehilangan iodium. Sebagai iodium yang terkandung di dalam tanah akan masuk ke dalam air minum dan sejumlah kecil masuk ke dalam tanaman, hewan, dan produk pangan seperti sereal, kacang-kacangan, buah, sayuran, daging, susu, serta telur (Gibney et al., 2009)