



# **Indikator Resiliensi Masyarakat Terhadap Pandemi Covid-19**

**Penyusun:**

- 1. Dr. Arief Hargono, drg., M.Kes**
- 2. Febi Dwirahmadi, Ph.D**
- 3. Kurnia Dwi Artanti, dr., M.Sc**
- 4. Erni Astutik, SKM. M. Epid**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
2020**

# BAB 1. PENDAHULUAN

## LATAR BELAKANG

Sebuah pneumonia dengan penyebab yang tidak diketahui terdeteksi di Wuhan, China pada tanggal 31 Desember 2019. Penyakit tersebut disebut dengan Coronavirus-19 (Covid-19). Corona virus adalah zoonosis atau virus yang ditularkan antara hewan dan manusia. Namun, sekarang penyakit ini sudah dapat menularkan dari manusia ke manusia. Penyakit ini telah ditetapkan sebagai *Public Health Emergency of International Concern* dan dinyatakan sebagai pandemi dunia oleh WHO (World Health Organization) (WHO, 2020).

Per tanggal 27 Maret 2020, kasus konfirmasi Covid-19 secara global mencapai 462.684 kasus. Kasus yang meninggal sebanyak 20.834 dengan angka kematian mencapai 4.5%. Saat ini ada 195 negara yang sudah terjangkit Covid-19 dan 134 diantaranya termasuk negara terjangkit transmisi lokal dan salah satunya adalah Indonesia (WHO, 2020).

Presiden Republik Indonesia telah menyatakan status penyakit Covid 19 menjadi tahap tanggap darurat pada tanggal 17 Maret 2020. Berdasarkan *Public Health Emergency Operating Center* (PHEOC) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kasus Covid-19 yang terkonfirmasi di Indonesia per tanggal 27 Maret 2020 telah mencapai 1.046 kasus. Angka kematian kasus Covid-19 di Indonesia sebesar 8.3% kasus dan angka kematian ini lebih tinggi dari angka kematian Covid-19 tingkat global (Kemkes, 2020).

Presiden Republik Indonesia secara resmi menetapkan COVID-19 sebagai bencana nasional. Penetapan itu dinyatakan melalui Keputusan Presiden (Keppres) Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non-Alam Penyebaran CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional (BNPB, 2020). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, yang dimaksud bencana terdiri dari bencana alam, nonalam dan sosial. Bencana nonalam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit. Dalam hal ini penyakit coronavirus (covid-19) termasuk bencana nonalam yang sudah ditingkat pandemi sesuai dengan pernyataan WHO (Kementerian Sosial, 2020). Semakin meluas dan meningkatnya kasus Covid-19 mengakibatkan dampak sosial dan ekonomi yang sangat mempengaruhi kehidupan masyarakat (Hadi, 2020).

Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (Perka BNPB) Nomor 11 Tahun 2014 tentang peran serta masyarakat dalam penanggulangan bencana, yang menegaskan pentingnya peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan sistem penanggulangan bencana, mulai dari tahap pra-bencana, tanggap darurat, pemulihan awal dan pasca-bencana, yang dapat dilakukan secara mandiri atau bekerjasama, dan mengutamakan pengurangan risiko bencana (Hadi, 2020).

Dalam konteks Masyarakat Risiko menurut Ulrich Beck, wabah menimbulkan dampak dan risiko dalam bidang kesehatan dan keselamatan penduduk dunia (Fajar et al., 2020)<sup>4</sup>. Pengurangan Risiko Bencana (PRB) termasuk wabah bertujuan untuk mengurangi kerusakan yang disebabkan oleh bencana atau wabah itu sendiri (UNISDR, 2019). Selain itu, pengurangan risiko bencana juga bertujuan untuk mencegah bencana baru dan mengurangi risiko bencana yang ada (*existing*) sebagai upaya untuk memperkuat resiliensi (ketangguhan) dan mewujudkan pembangunan berkelanjutan (UNISDR, 2009).

Meningkatnya pengakuan terhadap ancaman terhadap kesehatan masyarakat yang ditimbulkan oleh pandemi Covid-19 telah mendorong pengembangan strategi untuk mengelola risiko penyakit tersebut. Meskipun banyak perhatian telah diarahkan pada kegiatan-kegiatan seperti deteksi dini, penahanan, dan keamanan perbatasan, namun fakta menyatakan bahwa hal tersebut belum menjamin pemutusan mata rantai penularan penyakit ini. Kondisi ini ditunjukkan dengan peningkatan kasus pada setiap harinya (Kemkes, 2020).

Beberapa perilaku telah direkomendasikan untuk membatasi penyebaran Covid-19 dilakukan sama seperti yang terjadi pada pandemi influenza, seperti cuci tangan, pembatasan jarak sosial dan tindakan kebersihan batuk dan bersin (Morrison et al., 2009) . Walaupun pemerintah telah memberikan himbauan untuk melakukan *physical distancing* dan melakukan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) namun partisipasi masyarakat sangat rendah. Selain itu, terjadi *panic buying* dan ketakutan di masyarakat setelah pemerintah mengumumkan kasus Covid-19 pertama kali.

Pada awal merebaknya Covid-19 di Indonesia, masyarakat tidak setuju dengan adanya keterbukaan informasi pasien. Hal ini disebabkan karena tekanan yang sangat besar pada pasien Covid-19. Namun, dengan perkembangan kasus yang semakin meluas, keterbukaan informasi sangat penting untuk memutuskan rantai penularan Covid-19. Selain itu, banyak berita-berita yang tidak sesuai fakta di media membuat masyarakat semakin panik dan ketakutan. Berdasarkan survei persepsi public terhadap keterbukaan informasi Covid-19 menyatakan bahwa 97% responden menyatakan setuju agar informasi riwayat perjalanan pasien positif Covid-19 dapat diketahui publik. Selain itu, 65.8% responden mendukung agar

informasi alamat pasien positif Covid-19 dapat dibuka sampai tingkat RT/RW (Pelupessy, Dicky, et al., 2020).

Covid-19 telah memperburuk masalah kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi di seluruh dunia, menciptakan resesi ekonomi global dan terus mengancam kesehatan masyarakat secara global. Covid-19 telah menciptakan konteks bencana yang unik yang sedang berlangsung, dimana terdapat dampak yang parah dalam kehidupan sehari-hari termasuk meningkatnya ketidakpastian, tidak ada waktu yang jelas akan berakhir, ketakutan baru terkait penularan, kematian, peningkatan berbagai penyebab stress dan berkurangnya akses untuk melindungi diri (Wan *et al.*, 2020; Mazza *et al.*, 2020; Gruber *et al.*, 2020, dalam Ferreira *et al.*, 2020). Dari semua efek dari Covid-19 tersebut, kemampuan individu untuk resilien atau tangguh dalam jangka panjang maupun jangka pendek untuk menghadapi Covid-19 merupakan hal yang penting (Ferreira *et al.*, 2020). Resiliensi menggambarkan proses dan hasil kesuksesan beradaptasi dengan keadaan yang sulit, salah satunya adalah pandemic Covid-19. Rumah tangga dan individu merupakan unit analisis resiliensi yang merasakan dampak langsung saat terjadi bencana. Resiliensi memerankan fungsi sebagai penyedia aset dan mata pencaharian utama pada rumah tangga saat terjadi bencana (Lokosang et al., 2014).

Department For International Development (DFID) (1999) telah membagi kerangka mata pencaharian menjadi lima bentuk modal yang disebut kerangka kerja mata pencaharian berkelanjutan (*sustainable livelihood framework*) yang meliputi, modal manusia, modal alam, modal keuangan, modal sosial dan modal fisik (DFID, 1999; Lokosang *et al.*, 2017; Mayunga, 2009). Inti dari menggunakan pendekatan modal adalah bahwa, komponen yang terdapat di modal tersebut (keuangan, manusia, alam, sosial dan fisik) diperlukan untuk pengembangan ekonomi masyarakat yang berkelanjutan (*sustainable community economy*). Maksud dari hal tersebut adalah bahwa semakin banyak peluang ekonomi yang dimiliki masyarakat, maka semakin besar potensi yang dimilikinya untuk mengurangi dampak bencana, sehingga masyarakat menjadi lebih resilien (Mayunga, 2007). Selain itu, DFID Inggris telah menganjurkan untuk menerapkan *sustainable livelihood framework* di berbagai negara, terutama di negara berkembang dimana tingkat kemiskinannya tinggi (Mayunga, 2007)

Penelitian sebelumnya yang terjadi pada pandemic influenza menyatakan bahwa tantangan komunikasi dan bagaimana faktor sosial budaya, ekonomi, psikologis, dan kesehatan dapat membahayakan atau memfasilitasi intervensi kesehatan masyarakat. Jika diabaikan, kesenjangan komunikasi dapat mengakibatkan perlindungan yang tidak setara di masyarakat selama pandemic (Vaughan, E., 2009). Konsekuensi pandemi Covid-19 untuk populasi yang rentan akan tergantung sebagian pada efektivitas komunikasi risiko kesehatan. Perencanaan strategis harus sepenuhnya mempertimbangkan bagaimana keadaan kehidupan, nilai-nilai

budaya, dan perspektif pada perilaku pengaruh risiko selama pandemi. Pandemic penyakit dapat menyebabkan masalah sosial ekonomi, masalah psikologis dan lingkungan.

Pandemi Covid-19 akan menimbulkan tuntutan yang sangat besar pada individu, keluarga, dan komunitas. Masyarakat akan menghadapi berbagai masalah seperti masalah ketahanan masyarakat (*community resilience*). Oleh karena itu, konsekuensi kebutuhan untuk kemandirian membuat pengembangan *community resilience* merupakan tujuan manajemen risiko yang sangat penting (Paton & Johnston, 2006; Paton et.al, 2008). *Community resilience* adalah kapasitas suatu masyarakat untuk mentolerir gangguan tanpa jatuh ke dalam kondisi yang berbeda sehingga masyarakat tangguh dapat tahan terhadap guncangan dan membangun kembali sendiri kondisinya. Resiliensi dalam sistem sosial memiliki kapasitas tambahan yang bisa diantisipasi manusia dan rencanakan masa depan (JS Mayunga, 2007). Penguatan resiliensi bencana penting untuk dilakukan karena resiliensi bencana dapat melindungi pembangunan yang ada dan dapat memastikan individu untuk memiliki kapasitas dalam mengantisipasi, mencegah, beradaptasi dan mengurangi berbagai guncangan, tekanan, risiko dan ketidakpastian akibat bencana (Bahadur *et al.*, 2015). Resiliensi bencana pada rumah tangga berarti kemampuan rumah tangga untuk mengelola perubahan dengan memelihara atau mengubah standar hidup mereka untuk menghadapi tekanan dan goncangan yang diakibatkan oleh bencana (DFID, 2014). Resiliensi juga berhubungan dengan kemampuan *coping* pada rumah tangga terhadap bencana alam.

Penelitian ini secara khusus bertujuan untuk mengkaji isu-isu definisi umum dari konsep resiliensi dengan fokus pada *community disaster resilience* serta untuk mengetahui resiliensi pada penderita Covid-19, keluarga Covid-19 dan tenaga kesehatan serta masyarakat umum dalam menghadapi wabah Covid-19 di Indonesia.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### A. Covid 19

*Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) adalah penyakit jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus yang menyebabkan penyakit COVID-19 disebut sebagai Sars-CoV-2. Virus corona adalah zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. Berdasarkan bukti ilmiah, COVID-19 dapat menular dari manusia ke manusia melalui percikan batuk/bersin (droplet), tidak melalui udara. Orang yang paling berisiko tertular penyakit ini adalah orang yang kontak erat dengan pasien COVID-19 termasuk yang merawat pasien COVID-19 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemkes), 2020).

Awal mula penyakit ini muncul karena ada pasien dengan pneumonia dengan penyebab yang tidak diketahui terdeteksi di Wuhan, China pada tanggal 31 Desember 2019. Penyakit ini telah ditetapkan sebagai *Public Health Emergency of International Concern*. Selain itu, Covid 19 telah dinyatakan sebagai pandemi dunia oleh WHO (World Health Organization) (WHO, 2020). Per tanggal 30 Maret 2020, secara global kasus konfirmasi Covid 19 mencapai 634.835 kasus. Selain itu, kasus yang meninggal sebanyak 29.957 dengan angka kematian mencapai 4.7%. Saat ini ada 198 negara yang sudah terjangkit Covid 19 dan 148 diantaranya termasuk negara terjangkit transmisi lokal dan salah satunya adalah Indonesia (WHO, 2020).

Berdasarkan *Public Health Emergency Operating Center* (PHEOC) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kasus Covid 19 yang terkonfirmasi di Indonesia per tanggal 30 Maret 2020 telah mencapai 1.414 kasus. Angka kematian kasus Covid 19 di Indonesia sebesar 8.6% kasus dan angka kematian ini lebih tinggi dari angka kematian Covid 19 tingkat global (Kemkes, 2020). Presiden Republik Indonesia telah menyatakan status penyakit Covid 19 menjadi tahap tanggap darurat pada tanggal 17 Maret 2020.

Tanda dan gejala umum infeksi COVID-19 antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari. Pada kasus COVID-19 yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian. Tanda-tanda dan gejala klinis yang dilaporkan pada sebagian besar kasus adalah demam, dengan beberapa kasus mengalami kesulitan bernapas, dan hasil rontgen menunjukkan infiltrat pneumonia luas di kedua paru (Kemkes, 2020).

Sampai saat ini, Indonesia telah melaporkan penyebaran kasus Covid 19 sudah ke beberapa provinsi, yaitu Bali, Banten, DIY, DKI Jakarta, Jambi, Jawa Barat, Jawa Tengah,

Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kep. Riau, Nusa Tenggara Barat, Sumatera Selatan, Sumatera Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Lampung, Riau, Maluku Utara, Maluku dan Papua. Wilayah dengan transmisi lokal di Indonesia adalah DKI Jakarta, Banten (Kab. Tangerang, Kota Tangerang), Jawa Barat (Kota Bandung, Kab. Bekasi, Kota Bekasi, Kota Depok, Kab. Bogor, Kab. Bogor, Kab. Karawang), Jawa Timur (kab. Malang, Kab. Magetan dan Kota Surabaya) dan Jawa Tengah (Kota Surakarta).

## **B. Resiliensi**

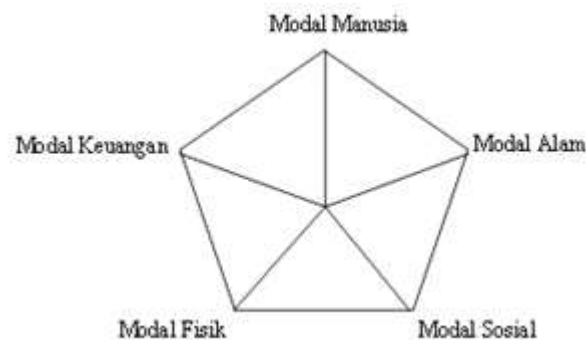
Resiliensi adalah kemampuan masyarakat untuk bertahan maupun beradaptasi terhadap suatu perubahan atau tekanan (Seaman *et al.*, 2014 dalam Sari, 2019). Perubahan atau tekanan yang mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat salah satunya adalah wabah penyakit. Resiliensi penting untuk dilakukan karena dapat mengurangi keterpaparan dan kerentanan di kawasan yang berisiko tinggi serta dapat mengurugi biaya dan konsekuensinya akibat wabah pandemi (NASEM, 2012; PPKK, 2014). Selain itu resiliensi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan manusia untuk memanfaatkan sumber daya, informasi dan layanan penting sehingga daya hidup mereka dapat meningkat (PMI, 2018). Penguatan resiliensi bencana menjadi hal yang sangat penting dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2030 (Bahadur *et al.*, 2015).

Selain itu resiliensi berperan dalam menjamin kehidupan sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua di segala usia dengan memperkuat kapasitas semua negara khususnya bagi negara berkembang untuk melakukan peringatan dini, pengurangan dan manajemen risiko kesehatan nasional dan global (UNESCAP, 2017b). Resiliensi atau ketangguhan terhadap bencana juga berperan dalam mewujudkan kota dan permukiman yang inklusif, aman, tangguh dan berkelanjutan di suatu wilayah (UCLG, 2015).

Komunikasi risiko merupakan faktor strategis dalam resiliensi. Komunikasi risiko meliputi komponen individu maupun media yang digunakan untuk melakukan komunikasi. Komunikasi risiko akan berjalan efektif jika mempertimbangkan faktor individu yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial, perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan), status sosial serta psikologis. Faktor tersebut akan memberikan dampak kepercayaan terhadap kebijakan dan informasi yang dikeluarkan oleh pemerintah. Kepercayaan tersebut juga dipengaruhi oleh budaya, norma atau tradisi yang berlaku (Vaughan, 2009). Lebih lanjut Vaughan (2009) menyebutkan variabel komponen informasi dan media yang mendukung komunikasi risiko meliputi sumber, jenis, manfaat dan transparansi informasi serta jenis media

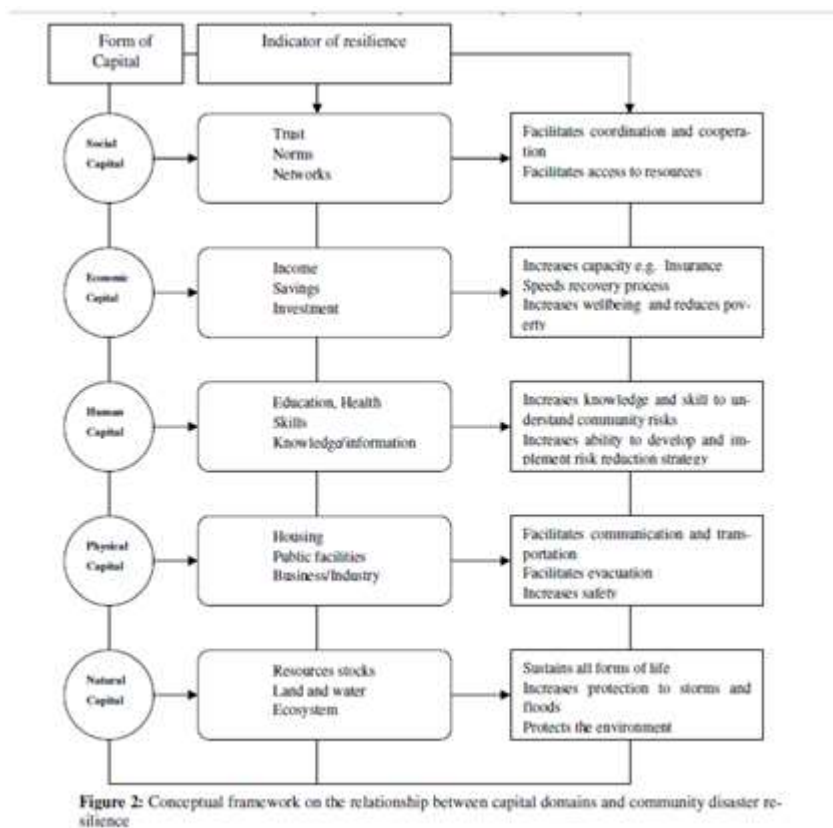
yang digunakan. Validitas dan informasi yang berimbang juga menjadi komponen penting dalam komunikasi risiko.

Resiliensi bencana dapat dinilai di berbagai level, salah satunya adalah rumah tangga. Rumah tangga adalah unit analisis resiliensi yang merasakan dampak langsung saat terjadinya wabah pandemi Covid 19. Resiliensi pada rumah tangga memerankan fungsi sebagai penyedia aset dan mata pencaharian utama pada rumah tangga saat terjadi bencana (Lokosang *et al.*, 2014). Resiliensi rumah tangga dalam menghadapi bencana digambarkan melalui lima modal (modal keuangan, modal manusia, modal alam, modal sosial, dan modal fisik). *Department For International Development* atau DFID (1999) dalam Mayunga, 2009 telah membagi *livelihood framework* (kerangka penghidupan) pada rumah tangga menjadi lima modal (*capital*), meliputi modal sosial (*social capital*), modal keuangan (*financial capital*), modal manusia (*human capital*), modal fisik (*physical capital*), dan modal alam (*natural capital*). Konsep kerangka mata pencaharian berkelanjutan berkaitan dengan kemampuan orang untuk mengatasi dan pulih dari guncangan. Pentagon aset dari lima jenis modal (keuangan, manusia, alam, sosial dan fisik) menjadi aset penting dalam membangun resiliensi terhadap bencana (Mayunga, 2007; Sari, 2019; Mayunga, 2009).



Gambar 2.1 *Livelihood framework* (Sumber: Sari, 2019)





Gambar 2.2 Kerangka konseptual tentang hubungan antara domain modal dan resiliensi bencana masyarakat (Sumber: Mayunga, 2007)

Modal sosial meliputi kepercayaan, norma, dan networking. Modal ekonomi meliputi pendapatan keluarga setiap bulan, investasi, tabungan. Modal manusia meliputi pendidikan, kondisi kesehatan, pengetahuan, akses informasi. Modal fisik meliputi kondisi rumah, fasilitas umum, fasilitas layanan kesehatan, dan akses layanan kesehatan. Modal alam meliputi kondisi daerah tempat tinggal (pedesaan atau perkotaan), tinggal di lingkungan yang padat penduduk atau tidak, pemanfaatan lahan di lingkungan sekitar, dan ketersediaan tempat cuci tangan di sekitar tempat tinggal (JS Mayunga, 2007; Mayunga, 2009). Pada pandemi Covid-19 ini modal manusia dapat meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap Covid-19, penyebab, gejala, risiko, penularan, serta upaya pencegahan yang meliputi Alat Pelindung Diri (APD) seperti masker, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti mencuci tangan, physical distancing, dan work from home (WFH). Modal fisik dapat berupa keterjangkauan, ketersediaan, dan aksesibilitas APD.

## **BAB 3. TUJUAN DAN MANFAAT**

### **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan umum penelitian ini adalah mengembnagkan model indikator resiliensi masyarakat pada masa pandemi Covid-19. Tujuan Khusus khusus penelitian ini meliputi:

1. Analisis deskripsi variabel penyusun resiliensi yang meliputi modal manusia, ekonomi, fisik, sosial, alam dan komunikasi risiko
2. Analisis variabel yang berhubungan dengan resiliensi masyarakat pada masa pandemi Covid-19
3. Analisis model indikator resiliensi masyarakat pada masa pandemi Covid-19
4. Rekomendasi berupa policy brief memuat komponen strategis yang memberikan dampak terbesar resiliensi masyarakat terhadap Covid-19
5. Pengembangan *Massive Open Online Course* (MOOC) dan media promosi kesehatan tentang Covid-19

### **MANFAAT**

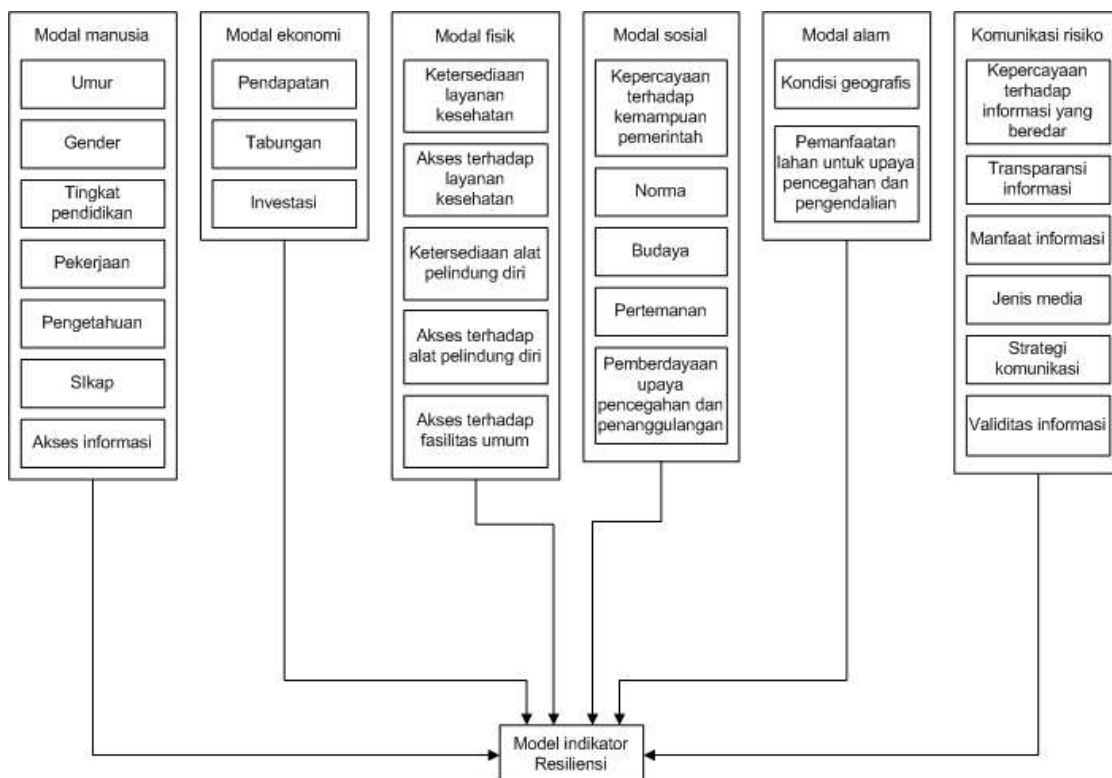
Manfaat dari penelitian ini adalah untuk identifikasi faktor yang memberikan dampak terhadap resiliensi masyarakat pada masa pandemi Covid-19. Luaran tersebut dapat digunakan sebagai informasi strategis bagi pemangku kebijakan dalam menentukan faktor yang akan diintervensi sebagai upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat di masa pandemi Covid-19.

## BAB 4. METODOLOGI

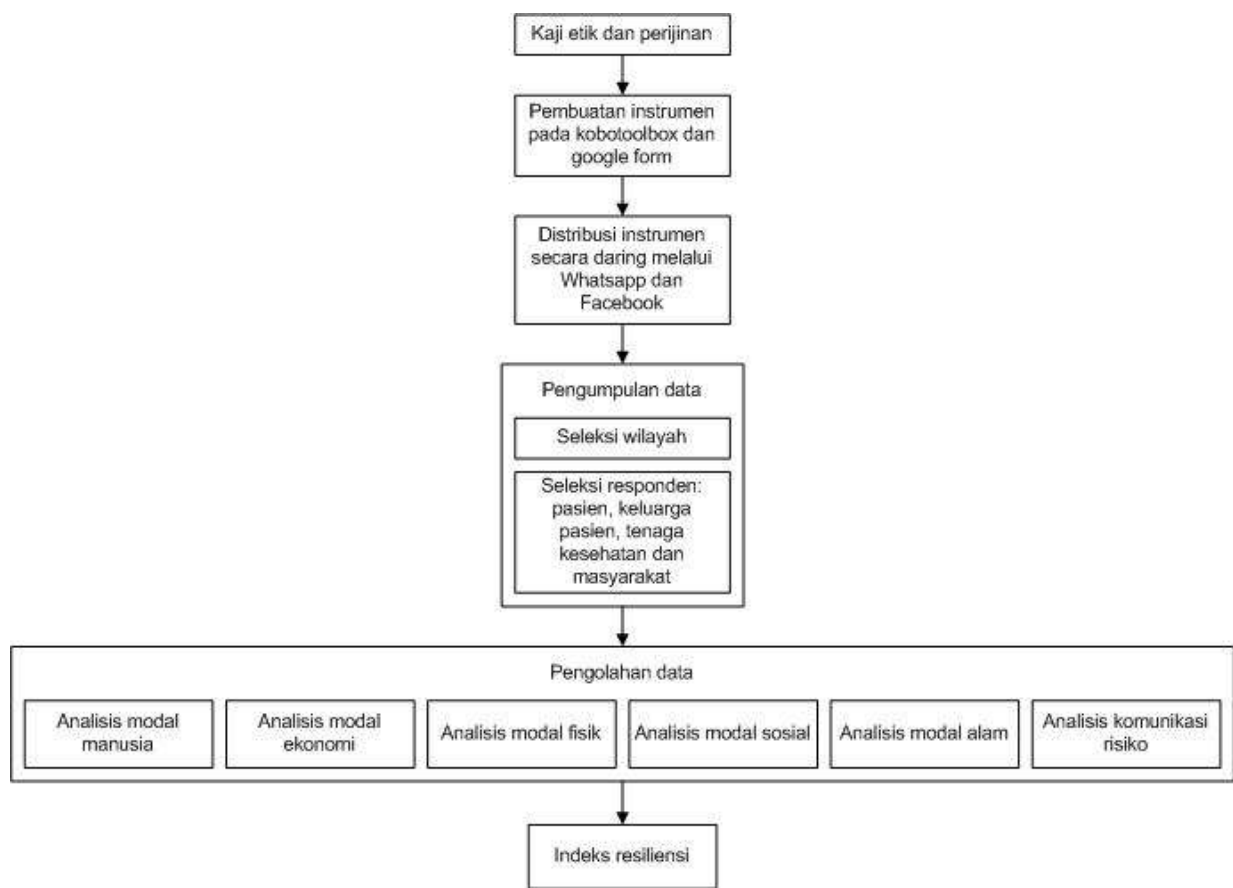
Metode penelitian disesuaikan dengan anjuran pemerintah untuk melakukan physical distancing dan work from home dikarenakan pandemi Covid-19. Desain penelitian ini adalah cross-sectional dengan menggunakan data kuantitatif. Pengumpulan data berupa survei yang dilakukan secara daring melalui platform aplikasi survei dan media sosial. Platform aplikasi survei yang digunakan adalah kobotoolbox (<https://www.kobotoolbox.org/>) dan google form. Media sosial yang menjadi sarana untuk pengumpulan data adalah Whatsapp dan Facebook (Facebook.com).

Responden penelitian adalah tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan masyarakat. Populasi penelitian adalah tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan masyarakat yang terjangkau dan bersedia untuk mengisi survei ini. Lokasi penelitian adalah wilayah Indonesia dan dilaksanakan pada bulan Mei-Desember 2020. Penelitian ini telah lolos uji etik dari Komite Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga No.99/EA/KEPK/2020.

Variabel penelitian meliputi komponen penyusun indeks resiliensi yang meliputi modal manusia, ekonomi, fisik, sosial, alam dan komunikasi risiko. Adapun kerangka konsep penelitian disajikan pada gambar 3.



Gambar 4.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian

Instrumen dan pengukuran resiliensi menggunakan 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (24-27). Instrumen ini terdiri dari 10 item pertanyaan. Skala Resiliensi Connor-Davidson adalah tes yang mengukur resiliensi atau seberapa baik seseorang dibekali untuk bangkit kembali setelah peristiwa stres, tragedi, atau trauma. Resilien memberi kita kemampuan untuk berkembang dalam menghadapi kesulitan. Mereka yang tangguh lebih mampu melewati trauma kehidupan. Ada 5 respon, yaitu sangat tidak setuju=1, tidak setuju=2, kadang-kadang=3, setuju=4, dan sangat setuju=5. Setiap pertanyaan dijumlahkan untuk menghasilkan skor total. Dari total skor dikategorikan berdasarkan nilai median (data tidak berdistribusi normal), yaitu jika skor  $<40$  maka resiliensi buruk dan jika skor  $\geq 40$  maka resiliensi bagus.

Modal manusia (karakteristik responden) meliputi status responden (keluarga pasien, masyarakat atau bukan pasien atau keluarga, pasien atau pernah sakit covid 19, dan tenaga medis), jenis kelamin (laki-laki dan perempuan), usia dalam tahun, pendidikan (rendah (SD-SMP), sedang (SMA), tinggi (tamat perguruan tinggi)), status pekerjaan (bekerja dan tidak bekerja), status pengetahuan (rendah dan tinggi) dan Sikap (buruk dan baik). Variabel

pengetahuan diukur berdasarkan status responden. Pertanyaan pengetahuan meliputi pertanyaan tentang Covid 19, transmisi, pengobatan, dan pencegahan. Dari setiap pertanyaan akan dijumlah menghasilkan skor total. Dari skor total tersebut dikategorikan berdasarkan nilai median (data tidak berdistribusi normal). Jika dibawah angka median dikategorikan mempunyai pengetahuan rendah dan di atas median dikategorikan menjadi pengetahuan tinggi. Variabel sikap diukur dengan beberapa pernyataan sikap dengan skor 1=sangat tidak setuju, skor 2=tidak setuju, skor 3=setuju, dan skor 4 sangat setuju. dari setiap item pernyataan tersebut dijumlah kemudian dikategorikan berdasarkan nilai median (data tidak berdistribusi normal). Jika diatas median maka sikapnya baik dan jika di bawah median sikapnya buruk.

Modal ekonomi terdiri dari pengaruh pandemi pada pendapatan (berpengaruh dan pendapatan turun, berpengaruh pendapatan naik, tidak berpengaruh), pengaruh pandemi pada pengeluaran (pengeluaran berkurang, pengeluaran bertambah, dan tidak berdampak), lama waktu menutupi biaya hidup (kurang dari 3 bulan dan lebih dari 4 bulan), praktik menabung sebelum dan saat pandemi (saya tidak bisa menabung sama sekali, saya kadang bisa menabung tapi langsung digunakan, dan saya bisa menabung teratur), kepemilikan asuransi (tidak dan ya), jumlah anggota keluarga, dan jumlah anggota keluarga yang bekerja.

Modal fisik meliputi ketersediaan layanan kesehatan (ada dan tidak ada), ketersediaan APD (lengkap dan tidak lengkap), kemudahan akses tempat umum (sulit dan mudah). Kelengkapan APD diukur berdasarkan kepemilikan APD responden. Jika responden tidak mempunyai salah satu APD (masker, face shield, sarung tangan, hand sanitizer, desinfektan, baju hazmat) maka dikatakan tidak lengkap. Kemudahan akses tempat umum diukur berdasarkan skor total dari akses ke pasar atau mall, tempat ibadah, tempat hiburan, taman, dan tempat olahraga. Jika skor  $>6$  maka akses mudah dan jika skor  $\leq 6$  maka akses sulit.

Modal sosial meliputi kepercayaan terhadap pemerintah (percaya dan tidak percaya), persepsi solusi insentif dan bantuan pemerintah (sangat setuju, setuju, kurang setuju, dan tidak setuju), persepsi norma budaya (baik dan buruk), persepsi positif dukungan pertemanan (sangat setuju, setuju, kurang setuju, dan tidak setuju), dan adanya tim gugus tugas(ada dan tidak ada). Persepsi norma budaya diukur berdasarkan skor total dari jabat tangan, berkunjung ke kelompok rentan, kegiatan keagamaan, hajatan, dan berkerumun. Skor total dikategorikan berdasarkan nilai median (data tidak berdistribusi normal), yaitu 7. Jika kurang dari sama dengan 7 maka baik dan lebih dari 7 maka buruk.

Modal alam meliputi lokasi tempat tinggal (perkotaan dan pedesaan), ketersediaan lahan di rumah untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (ya dan tidak), dan ketersediaan lahan di lingkungan tempat tinggal untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (ya dan tidak).

Komunikasi risiko meliputi kepercayaan terhadap informasi yang beredar (percaya dan tidak percaya), transparansi informasi (buruk dan baik), persepsi manfaat informasi dari pemerintah (tidak setuju, kurang setuju, setuju, dan sangat setuju), memeriksa kebenaran informasi (tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan selalu). Selain itu, jenis media yang paling dipercaya meliputi gugus tugas covid 19, internet, keluarga, petugas kesehatan, surat kabar, televisi, teman, dan lainnya. Strategi komunikasi yang paling efektif meliputi juru bicara, sms gateway, website khusus, whatsapp atau line atau telegram, dan lainnya.

Data dianalisis menggunakan analisis univariabel, bivariabel, dan multivariabel dengan menggunakan STATA. Analisis bivariabel dan multivariabel menggunakan regresi logistik. Hubungan antara variabel independen dan kontrol dengan resiliensi yang dilaporkan dalam analisis bivariabel kemudian diperiksa menggunakan multiple regresi logistik untuk mengontrol potensi variable confounding. Semua variabel dengan p-value <0,25 dalam analisis bivariabel dimasukkan dalam model multivariabel awal (28). Variabel yang paling tidak signifikan dikeluarkan satu persatu untuk mempertimbangkan adanya variabel confounding. Jika setelah variabel tersebut dikeluarkan terjadi perubahan OR  $\geq 10\%$  pada variabel yang lain, maka variabel tersebut harus masuk kembali dalam model multivariabel. Sebuah variabel dianggap confounding jika ketika variabel tersebut dikeluarkan dalam model multivariabel, variabel yang lain berubah  $\geq 10\%$  untuk estimasi OR. Semua confounding harus disimpan dalam model akhir multivariabel. Hasil penelitian didiseminasikan dalam bentuk publikasi ilmiah, policy brief dan media pembelajaran dalam bentuk MOOC serta media promosi kesehatan.

## BAB 5. HASIL PELAKSANAAN PENELITIAN

Pelaksanaan penelitian diawali dengan persiapan kegiatan yang meliputi pengurusan etik dan ijin penelitian. Sertifikat etik penelitian telah diperoleh melalui kaji etik di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga dengan nomor 99/EA/KEPK/2020. Surat tugas kegiatan penelitian diperoleh dengan nomor 4087/UN3.1.10/PT/2020.

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang terdiri dari dua tipe instrumen disesuaikan dengan sasaran penelitian. Instrumen pertama diperuntukkan bagi pasien Covid-19, keluarga pasien Covid-19 dan masyarakat umum. Instrumen kedua diperuntukkan bagi tenaga kesehatan yang sedang atau pernah merawat pasien Covid-19.

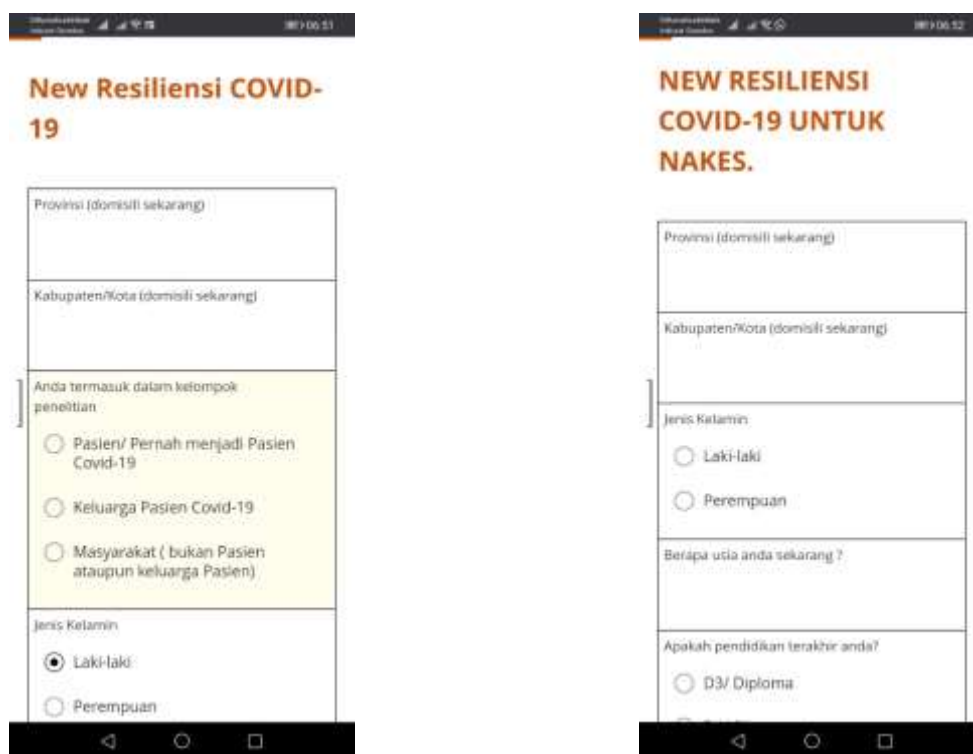
Pengumpulan data dilakukan secara online. Hal ini dilakukan untuk mengurangi risiko penularan Covid-19 sebagai langkah protokol kesehatan di masa pandemi. Informasi tentang distribusi instrumen dilakukan melalui media sosial WhatsApp. Aplikasi yang digunakan untuk pengembangan instrumen online adalah Zoho Form ([www.zoho.com](http://www.zoho.com)) dan Kobotoolbox (<https://www.kobotoolbox.org/>). Form pada Zoho digunakan untuk menampilkan Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) berupa informasi esensial untuk calon peserta penelitian berdasarkan WHO-CIOMS 2016. Tampilan zoho form disajikan pada gambar 5.1.



Gambar 5.1 Tampilan form online menggunakan Zoho Form untuk menampilkan Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) berupa informasi esensial untuk calon peserta penelitian berdasarkan WHO-CIOMS 2016

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa ada dua Zoho form yaitu form untuk menampilkan PSP bagi pasien Covid-19, keluarga pasien Covid-19 dan masyarakat umum. Sedangkan Zoho yang kedua menampilkan PSP diperuntukkan bagi tenaga kesehatan. Pada kedua form ini responden diminta untuk memberikan persetujuan beserta memberikan tanda tangan secara digital. Responden setelah memberikan persetujuannya dapat mengirimkan form digital tersebut dan secara otomatis akan membuka form kuesioner online.

Form kuesioner online terdiri dari dua jenis kuesioner disesuaikan dengan sasaran penelitian. Form kuesioner online dibuat menggunakan Kobotoolbox. Tampilan form kuesioner online disajikan pada gambar 5.2.



Gambar 5.2 Tampilan form kuesioner online menggunakan Kobotoolbox untuk pasien Covid-19, keluarga pasien Covid-19, dan masyarakat umum serta tenaga kesehatan.

Gambar 5.2 menyajikan dua jenis form kuesioner online pada Kobotoolbox yaitu kuesioner pertama untuk pasien Covid-19, keluarga pasien Covid-19, dan masyarakat umum. Kuesioner kedua diperuntukkan bagi tenaga kesehatan.



Uji coba aplikasi dan instrumen dilakukan sebelum pengumpulan data. Uji coba ini bertujuan untuk mendapatkan masukan terhadap kuesioner online serta menghitung validitas dan reliabilitas instrumen. Uji coba dilakukan dengan menyampaikan aplikasi dan instrumen kepada 20 orang di luar responden untuk mencoba mengakses PSP dan melakukan pengisian instrumen. Pengujian instrumen dilakukan pada kuesioner yang mengukur variabel perilaku yang meliputi pengetahuan, sikap dan resiliensi. Hasil perhitungan validitas dan reliabilitas disajikan pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1 Uji validitas dan reliabilitas kuesioner variabel pengetahuan

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ApapenyebabdariCovid19	13.70	4.011	.000	.632
Covid19dapatmenularmelaluiudara	14.00	3.333	.252	.619
ApakahCovid19bisaditularkanmelaluiibendayangterkontaminas	13.70	4.011	.000	.632
aDemam	13.70	4.011	.000	.632
bKeluarnyabercakmerahpadakulit	13.90	3.878	-.027	.666
cBatuk	13.70	4.011	.000	.632
dPilek	13.90	2.989	.579	.547
eHilangfungsiiinderapenciumandanpengecap	13.80	4.178	-.206	.675
fMuntah	14.20	3.067	.361	.595
gSakitTenggorokan	13.70	4.011	.000	.632
hDiare	14.30	3.344	.212	.631
iInfeksiParu	13.70	4.011	.000	.632
jGatal	13.80	3.733	.145	.629
BerikutinicarapencegahanpenularanCovid19aMemakaiMasker	13.80	3.067	.762	.533
BerikutinicarapencegahanpenularanCovid19bMencucitangan	13.70	4.011	.000	.632
BerikutinicarapencegahanpenularanCovid19cMenjagajarak	13.80	3.067	.762	.533
Apakahorangtanpagejalasehatperludikarantinamandiri	13.80	3.067	.762	.533

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.630	17

Hasil pengujian tabel 5.1 menunjukkan bahwa nilai Cronbach ' s Alpha 0.630 lebih besar dari batas nilai reliabilitas 0,6, maka kuesioner pengetahuan pada instrumen ini dikatakan reliabel.

Tabel 5.2 Uji validitas dan reliabilitas kuesioner variabel sikap

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
JikasayamerasakangejalaCovid19sayaakanmemeriksakandiri	9.70	3.344	.539	.523
Jikasayapernahkontakdenganpenderitacovid19sayabersedia	9.60	3.822	.539	.550
JikasayaterdiagnosisCovid19makasayatidakmenyembunyikan	9.80	3.289	.417	.586
JikasayaterdiagnosisCovid19sayaakantetapsemangatuntuk	9.40	3.822	.612	.535
SayaberharapmendapatkanbantuanekonomiselasampandemiCovid1	9.90	3.878	.135	.756

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.645	5

Hasil pengujian tabel 5.2 menunjukkan bahwa nilai Cronbach ' s Alpha 0.645 lebih besar dari batas nilai reliabilitas 0,6 maka kuesioner sikap pada instrumen ini dikatakan reliabel.

Tabel 5.3 Uji validitas dan reliabilitas kuesioner variabel resiliensi

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
@1Sayadapatberadaptasiketika perubahan terjadi	27.30	58.233	.662	.959
@2Sayabisaberurusandenganapapun yang saya hadapi	27.00	55.111	.933	.944
@3Sayamencobameli hatsisihumorketika saya menghadapi masalah	27.30	62.900	.574	.959
@4Mengatasistresdapatmembuat saya lebih kuat	26.80	59.067	.887	.947
@5Sayacenderung bangkit kembali setelah sakitcedera atau kes	26.60	58.489	.881	.947
@6Sayapercaya saya dapat mencapai tujuan saya bahkan jika ada	26.60	63.156	.792	.952
@7Dibawa tekanan saya tetap fokus dan berpikir jernih	27.20	60.622	.767	.952
@8Sayatidak mudah putus asa karena kegagalan	27.10	60.544	.817	.950
@9Sayamenganggap diri saya sebagai orang yang tegar ketika sedang	26.90	54.322	.946	.944
@10Sayamampu menanganiperasaan tidak menyenangkan karena saya	27.20	57.289	.901	.946

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.955	10

Hasil pengujian tabel 5.3 menunjukkan bahwa nilai Cronbach ' s Alpha 0,955 lebih besar dari batas nilai reliabilitas 0,6 maka kuesioner resiliensi pada instrumen ini dikatakan reliabel.

Ada 139 responden yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Namun, hanya 97 responden yang mempunyai informasi lengkap pada variabel outcome dan variabel independennya.

Distribusi resiliensi masyarakat pada masa pandemi Covid-19 disajikan pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi Resiliensi dan Karakteristik Responden

No	Variables	N	%	Mean	SD
<b>Variabel Outcome</b>					
1	Status Resiliensi				
	Rendah	44	45.36	36.89	10.98
	Tinggi	53	54.64		
<b>Karakteristik Responden</b>					
2	Status Responden				
	Keluarga Pasien	9	9.28		
	Masyarakat (Bukan Pasien Atau Keluarga)	37	38.14		
	Tenaga Medis	51	52.58		
3	Jenis Kelamin				
	Laki-Laki	35	36.08		
	Perempuan	62	63.92		
4	Usia			33.35	9.79
5	Status Pendidikan				
	Sedang (Tamat SMA)	5	5.15		
	Tinggi (Tamat Perguruan Tinggi)	92	94.85		
6	Status Pekerjaan				
	Tidak Bekerja	11	11.34		
	Bekerja	86	88.66		
7	Status Pengetahuan				
	Rendah	29	29.9		
	Tinggi	68	70.1		
8	Sikap				
	Buruk	32	32.99		
	Baik	65	67.01		
<b>Modal Ekonomi</b>					
9	Pengaruh Pendapatan Saat Pandemi				
	Bepengaruh, Pendapatan Turun	34	35.05		

No	Variables	N	%	Mean	SD
	Berpengaruh, Pendapatan Naik	6	6.19		
	Tidak Berpengaruh	57	58.76		
10	Pengaruh Pengeluaran Saat Pandemi				
	Pengeluaran Berkurang	15	15.46		
	Pengeluaran Bertambah	64	65.98		
	Tidak Berdampak	18	18.56		
11	Bulan biaya hidup				
	Kurang Dari 3 Bulan	48	49.48		
	Lebih Dari 4 Bulan	49	50.52		
12	Praktik Menabung Sebelum Pandemi				
	Saya Tidak Bisa Menabung Sama Sekali	2	2.06		
	Saya Kadang Bisa Menabung Tapi Langsung Digunakan	28	28.87		
	Saya Bisa Menabung Teratur	67	69.07		
13	Praktik Menabung Saat Pandemi				
	Saya Tidak Bisa Menabung Sama Sekali	17	17.53		
	Saya Kadang Bisa Menabung Tapi Langsung Digunakan	45	46.39		
	Saya Bisa Menabung Teratur	35	36.08		
14	Kepemilikan Asuransi				
	Tidak	19	19.59		
	Ya	78	80.41		
15	Anggota Keluarga				
	Jumlah Anggota Keluarga dalam rumah tangga			3.825	1.53
	Jumlah Anggota Keluarga Yang Bekerja			1.887	0.95
<b>Modal Fisik</b>					
16	Ada Layanan Kesehatan				
	Tidak	5	5.15		
	Tidak Tahu	4	4.12		
	Ya	88	90.72		
18	Ketersediaan Layanan Kesehatan				
	Tidak Ada	7	7.22	5.46	
	Ada	90	92.78		
19	Keterjangkauan Layanan Kesehatan				
	Mudah Dijangkau	96	98.97		
	Sulit Dijangkau	1	1.03		
20	Ketersediaan APD				
	Tidak Lengkap	76	78.35	4.59	1.18

No	Variables	N	%	Mean	SD
	Lengkap	21	21.65		
21	Kemudahan Akses ke Tempat Umum				
	Sulit	60	61.86		
	Mudah	37	38.14		
<b>Modal Sosial</b>					
22	Kepercayaan Kepada Pemerintah				
	Tidak percaya	15	15.46		
	Percaya	82	84.54		
23	<b>Persepsi Solusi Insentif dan Bantuan Pemerintah</b>				
	Tidak Setuju	3	3.09		
	Kurang Setuju	24	24.74		
	Setuju	44	45.36		
	Sangat Setuju	26	26.8		
24	Persepsi Norma Budaya				
	Buruk	47	48.45		
	Baik	50	51.55		
25	Persepsi Positif Dukungan Pertemanan				
	Kurang Setuju	1	1.03		
	Setuju	37	38.14		
	Sangat Setuju	59	60.82		
26	Adanya Tim Gugus Tugas				
	Ada	74	76.29		
	Tidak Ada	23	23.71		
<b>Modal Alam</b>					
27	Residen				
	Pedesaan	31	31.96		
	Perkotaan	66	68.04		
28	Ketersediaan Lahan untuk memenuhi Kebutuhan Sehari-Hari				
	Tidak	73	75.26		
	Ya	24	24.74		
29	Ketersediaan Lahan di Lingkungan untuk memenuhi Kebutuhan Sehari-Hari				
	Tidak	64	65.98		
	Ya	33	34.02		
<b>Komunikasi Risiko</b>					
30	Kepercayaan terhadap informasi yang beredar				
	Percaya	81	83.51		
	Tidak Percaya	16	16.49		
31	Transparasi Informasi				
	Buruk	59	60.82		
	Baik	38	39.18		
32	Persepsi Manfaat Informasi dari Pemerintah				

No	Variables	N	%	Mean	SD
	Kurang setuju	9	9.28		
	Setuju	47	48.45		
	Sangat setuju	41	42.27		
33	Jenis Media yang Paling Dipercaya				
	Gugus Tugas Covid-19	26	26.8		
	Internet	9	9.28		
	Keluarga	2	2.06		
	Lainnya	4	4.12		
	Petugas Kesehatan (Dokter, Bidan, Perawat, Dan Lainnya)	48	49.48		
	Surat Kabar	1	1.03		
	Televisi	6	6.19		
	Teman	1	1.03		
34	Strategi Komunikasi yang Efektif				
	Juru Bicara	25	25.77		
	Lainya, Sebutkan	4	4.12		
	SMS Gateway	4	4.12		
	Website Khusus	35	36.08		
	Whatsapp/Line/Telegram Dsb	29	29.9		
35	Memeriksa Kebenaran Informasi (Kevalidan Informasi)				
	Tidak pernah	3	3.09		
	Kadang-kadang	16	16.49		
	Sering	32	32.99		
	Selalu	46	47.42		

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 97 responden yang memiliki resiliensi kategori rendah sebanyak 44 orang atau 45,36% sedangkan untuk responden yang memiliki resiliensi kategori tinggi sebanyak 53 orang atau 54,64%. Jumlah tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden pada penelitian ini memiliki resiliensi tinggi. tatus responden paling banyak adalah dari tenaga medis yaitu sebanyak 51 orang atau 52,58% dan responden yang paling sedikit adalah dari keluarga pasien sebanyak 9 orang atau 9,28%.

Berdasarkan jenis kelamin mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 62 orang atau 63,92%. Untuk rata-rata usia responden adalah 33 tahun sedangkan untuk pendidikan terakhir paling banyak adalah tamat perguruan tinggi sebanyak 92 orang atau 94,85%. Mayoritas responden adalah pekerja sebanyak 86 orang atau 88,66%. Selain itu, 70.1% responden mempunyai pengetahuan baik dan 67.01% responden mempunyai sikap yang baik.

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa pandemi Covid-19 tidak mempengaruhi pendapatan responden yaitu sebanyak 57 orang atau 58,76% sedangkan sebanyak 6 orang atau 6,19%

responden pandemi covid-19 berpengaruh terhadap pendapatan dan pendapatan responden naik. Selain itu, pandemi Covid-19 juga mempengaruhi pengeluaran responden, yaitu sebanyak 64 orang atau 65,98% merasa pengeluaran bertambah.

Mayoritas responden yaitu sebanyak 49 orang atau 50,52% merasa tabungan yang dimiliki mampu menunjang kehidupan lebih dari 4 bulan. Sebagian besar responden sebanyak 67 orang atau 69,07% bisa menabung teratur sebelum pandemic Covid-19, sedangkan saat pandemi Covid-19 mayoritas responden sebanyak 45 orang atau 46,39% terkadang bisa menabung tetapi langsung digunakan. Sebagian besar responden memiliki asuransi kesehatan yaitu 78 orang atau 80,41%. Rata-rata jumlah anggota keluarga adalah 3 orang dan jumlah anggota keluarga yang bekerja adalah 1 orang.

Sebagian besar responden mengetahui adanya layanan Kesehatan yaitu sebanyak 88 orang atau 90,72%. mayoritas responden sebanyak 96 orang atau 98,72% merasa layanan Kesehatan mudah dijangkau. Sebagian besar responden sebanyak 76 orang atau 78,35% tidak memiliki APD yang lengkap. Untuk kemudahan akses ke tempat umum mayoritas responden sebanyak 60 orang atau 61,86% merasa sulit untuk ke tempat umum saat adanya pandemic Covid-19.

Sebagian besar responden percaya terhadap pemerintah yaitu sebanyak 82 orang atau 84,54%, mayoritas responden sebanyak 44 orang atau 45,36% setuju dengan kebijakan pemberian insentif dan bantuan dari pemerintah. Sebagian besar responden memiliki persepsi norma budaya yang baik yaitu sebanyak 50 orang atau 51,55%, sedangkan untuk persepsi positif dukungan pertemanan mayoritas responden menjawab sangat setuju yaitu sebanyak 59 orang atau 60,82%. Sebagian besar responden sebanyak 74 orang atau 76,29% menjawab bahwa di lingkungan tempat tinggal responden terdapat tim gugus tugas.

Sebagian besar responden tinggal di perkotaan yaitu sebanyak 66 orang atau 68,04%. Mayoritas responden sebanyak 73 orang atau 75,26% tidak memiliki lahan yang dapat digunakan untuk kebutuhan sehari-hari, sedangkan untuk lahan di lingkungan sekitar tempat tinggal, Sebagian besar responden yaitu sebanyak 64 orang atau 65,98% menjawab tidak memiliki lahan.

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa Sebagian besar responden sebanyak 81 orang atau 83,51% percaya terhadap informasi yang disediakan oleh pemerintah, sedangkan untuk kategori transparansi informasi mengenai Covid-19, mayoritas responden sebanyak 59 orang atau 60,82% menjawab buruk. Sebagian besar responden sebanyak 47 orang atau 48,45% merasa setuju dengan manfaat informasi Covid-19 yang disediakan oleh pemerintah.

Jenis media yang dianggap paling bisa dipercaya oleh responden sebanyak 48 orang atau 49,48% adalah informasi yang didapatkan dari petugas kesehatan. Strategi komunikasi yang dirasa efektif dalam menyampaikan informasi Covid-19 adalah Website khusus Covid-19 yaitu sebanyak



35 orang atau 36,08%. Sebagian besar responden yaitu sebanyak 46 orang atau 47,42% selalu memeriksa kebenaran informasi tentang Covid-19 yang diterima. Mayoritas responden sebanyak 20 orang atau 52,63% merasa rentan terinfeksi Covid-19.

### Analisis Bivariat

Tabel 5.5 Crude adjusted ratio faktor-faktor yang berhubungan dengan status resiliensi responden

No	Variables	OR	95% CI		p value
			Lower	Upper	
<b>Karakteristik Responden</b>					
1	Status Responden				
	Keluarga Pasien	Ref			
	Masyarakat (Bukan Pasien Atau Keluarga)	1.31	0.3	5.73	0.716
	Tenaga Medis	0.77	0.18	3.19	0.718
2	Jenis Kelamin				
	Laki-Laki	Ref			
	Perempuan	1.02	0.44	2.35	0.958
3	Usia	1.01	0.97	1.05	0.715
4	Status Pekerjaan				
	Tidak Bekerja	Ref			
	Bekerja	0.66	0.18	2.41	0.527
5	Status Pengetahuan				
	Rendah	Ref			
	Tinggi	0.97	0.4	2.32	0.945
6	Sikap				
	Buruk	Ref			
	Baik	1.6	0.68	3.74	0.283
<b>Modal Ekonomi</b>					
7	Pengaruh Pandemi pada Pendapatan				
	Berpengaruh, Pendapatan Turun	Ref			
	Berpengaruh, Pendapatan Naik	0.14	0.01	1.33	0.087
	Tidak Berpengaruh	0.89	0.38	2.12	0.802
8	Pengaruh Pandemi Pada Pengeluaran				
	Pengeluaran Berkurang	Ref			
	Pengeluaran Bertambah	3.77	1.08	13.12	0.037
	Tidak Berdampak	5.49	1.22	24.81	0.027
9	Waktu Dapat Menutupi Biaya Hidup				
	Kurang Dari 3 Bulan	Ref			
	Lebih Dari 4 Bulan	1.23	0.55	2.73	0.617
10	Praktik Menabung Saat Pandemi				
	Saya Tidak Bisa Menabung Sama Sekali	Ref			
	Saya Kadang Bisa Menabung Tapi Langsung Digunakan..	0.62	0.19	1.98	0.422
	Saya Bisa Menabung Teratur	0.58	0.17	1.91	0.368
11	Kepemilikan Asuransi				
	Tidak	Ref			

No	Variables	OR	95% CI		p value
			Lower	Upper	
	Ya	0.85	0.31	2.34	0.751
12	Jumlah Anggota Keluarga	0.77	0.585	1.02	0.072
13	Jumlah Anggota Keluarga Yang Bekerja	0.87	0.57	1.33	0.518
	<b>Modal Alam</b>				
14	Residen				
	Pedesaan	Ref			
	Perkotaan	1.75	0.74	4.15	0.201
15	Ketersediaan Lahan Untuk Memenuhi Kebutuhan Sehari-Hari				
	Tidak	Ref			
	Ya	1.54	0.59	3.95	0.374
16	Ketersediaan Lahan di Lingkungan Untuk Memenuhi Kebutuhan Sehari-Hari				
	Tidak	Ref			
	Ya	0.99	0.43	2.31	0.989
	<b>Modal Fisik</b>				
17	Ketersediaan Layanan Kesehatan				
	Tidak	Ref			
	Tidak Tahu	0.08	0.01	1.95	0.122
	Ya	0.3	0.03	2.79	0.29
18	Ketersediaan Layanan Kesehatan (Dari Jumlah Layanan Kesehatan)				
	Tidak Ada	Ref			
	Ada	0.89	0.19	4.24	0.89
19	Ketersediaan Ruang Isoman Khusus				
	Ada	Ref			
	Tidakada	0.55	0.24	1.23	0.144
20	Jumlah Layanan Kesehatan	0.99	0.8	1.23	0.949
21	Ketersedian APD				
	Tidak Lengkap	Ref			
	Lengkap	0.55	0.21	1.45	0.224
22	Jumlah APD	0.95	0.67	1.34	0.769
23	Kemudahan Akses				
	Sulit	Ref			
	Mudah	0.81	0.35	1.84	0.61
	<b>Modal Sosial</b>				
24	Kepercayaan terhadap Kemampuan Pemerintah				
	Tidak Percaya	Ref			
	Percaya	0.38	0.11	1.29	0.123
25	Norma Budaya				
	Buruk	Ref			
	Baik	1.12	0.5	2.49	0.781
26	Adanya Tim Gugus Tugas				
	Ada	Ref			
	Tidak Ada	1.39	0.54	3.62	0.493
27	Persepsi Solusi Insentif dan Bantuan Pemerintah				
	Tidak Setuju Dan Kurang Setuju	Ref			

No	Variables	OR	95% CI		p value
			Lower	Upper	
	Setuju dan sangat setuju	0.95	0.39	2.32	0.91
	<b>Komunikasi Risiko</b>				
28	Kepercayaan Informasi yang Beredar				
	Percaya	Ref			
	Tidak Percaya	1.47	0.48	4.43	0.491
29	Transparasi Informasi				
	Buruk	Ref			
	Baik	0.43	0.19	0.99	0.048
30	Persepsi Manfaat Informasi dari Pemerintah				
	Setuju	0.52	0.12	2.34	0.395
	Sangat setuju	0.64	0.14	2.91	0.563
31	Strategi Komunikasi yang Efektif				
	Lainnya	Ref			
	Juru Bicara	1.08	0.13	8.95	0.941
	SMS Gateway	0.33	0.02	6.65	0.472
	Website Khusus	1.69	0.21	13.49	0.619
	Whatsapp/Line/Telegram Dsb	1.07	0.13	8.67	0.948
32	Memeriksa Kebenaran Informasi (Kevalidan Informasi)				
	Kadang Dan Tidak Pernah	Ref			
	Sering dan selalu	0.49	0.17	1.41	0.184

Berdasarkan analisis bivariat, variabel yang mempunyai nilai p kurang dari 0.25 akan masuk ke dalam model awal multivariat, yaitu pengaruh pendapatan pada saat pandemi, pengaruh pengeluaran pada saat pandemi, jumlah anggota keluarga dalam rumah tangga, ketersediaan layanan kesehatan, ketersediaan ruang isolasi mandiri khusus, ketersediaan APD, kepercayaan terhadap pemerintah, lokasi tempat tinggal, dan transparansi informasi serta memeriksa kebenaran informasi (Tabel 5.5).

Tabel 5.6 Adjusted odds ratio factor-faktor yang berhubungan dengan status resiliensi responden

No	Variables	AOR	95% CI		p value
			Lowe	Upper	
	<b>Modal Ekonomi</b>				
1	Pengaruh Pandemi pada Pendapatan				
	Berpengaruh, Pendapatan Turun	Ref			
	Berpengaruh, Pendapatan Naik	0.14	0.01	1.78	0.13
	Tidak Berpengaruh	0.61	0.19	1.95	0.401
2	Pengaruh Pandemi Pada Pengeluaran				
	Pengeluaran Berkurang	Ref			
	Pengeluaran Bertambah	6.36	1.26	32.03	0.025
	Tidak Berdampak	12.32	1.82	83.4	0.01
3	Jumlah Anggota Keluarga	0.68	0.47	0.98	0.038

No	Variables	AOR	95% CI		p value
	<b>Modal Alam</b>				
4	Residen				
	Pedesaan	Ref			
	Perkotaan	2.1	0.71	6.23	0.181
	<b>Modal Fisik</b>				
5	Ketersediaan Layanan Kesehatan				
	Tidak	Ref			
	Tidak Tahu	0.06	0	10.86	0.295
	Ya	0.61	0.04	9.59	0.723
6	Ketersediaan Ruang Isoman Khusus				
	Ada	Ref			
	Tidakada	0.35	0.13	0.95	0.04
7	Ketersediaan APD				
	Tidak Lengkap	Ref			
	Lengkap	0.76	0.22	2.61	0.664
	<b>Modal Sosial</b>				
8	Kepercayaan terhadap Kemampuan Pemerintah				
	Tidak Percaya	Ref			
	Percaya	0.3	0.08	1.22	0.093
	<b>Komunikasi Risiko</b>				
9	Transparasi Informasi				
	Buruk	Ref			
	Baik	0.49	0.18	1.35	0.167

Berdasarkan hasil analisis multivariat (Tabel 5.6), faktor yang berhubungan dengan status resiliensi responden adalah pengaruh pengeluaran pada saat pandemi, jumlah anggota keluarga, dan ketersediaan ruang isolasi mandiri khusus setelah dikontrol oleh variabel yang lain. Responden yang pengeluarannya bertambah mempunyai 6.36 kali odds lebih tinggi untuk mempunyai resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang pengeluarannya berkurang setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=6.36, 95%CI 1.26-32, p=0.025). Responden yang tidak berdampak pengeluarannya mempunyai 12.32 kali odds lebih tinggi untuk mempunyai resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang pengeluarannya berkurang setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=12.32, 95%CI 1.82-83.40, p=0.01). Responden yang beranggotakan jumlah anggota keluarga lebih banyak mempunyai 32% odds lebih rendah untuk mendapatkan resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang jumlah anggota keluarga lebih sedikit setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=0.68, 95%CI=0.47-0.98, p=0.038). Responden yang tidak mempunyai ruang isolasi mandiri khusus mempunyai 65% odds lebih rendah untuk mendapatkan resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang mempunyai ruang isolasi mandiri khusus setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=0.35, 95%CI 0.13-0.95, p=0.04).

## **BAB 6. PEMBAHASAN**

### **1. MODAL MANUSIA**

Pada penelitian ini, responden didominasi oleh perempuan dan memiliki usia sekitar 33 tahun. Hasil penelitian Ferreira *et al.*, (2020) menunjukkan bahwa semakin bertambahnya usia dan semakin tinggi tingkat pendidikan, maka resiliensi dalam menghadapi Covid-19 juga semakin meningkat. Penelitian tersebut juga menunjukkan hasil bahwa sebagian besar yang resilien terhadap Covid-19 adalah berjenis kelamin perempuan dan dari ras kulit putih. Karena survei yang dilakukan secara *online* jadi responden telah didominasi oleh perempuan, berpendidikan tinggi dan berkulit putih. Covid-19 sebagai penyakit menular yang belum ada obat atau vaksinya, telah memberikan tingkat stres yang lebih dalam dan penurunan tingkat resiliensi yang dilaporkan sendiri pada orang yang berpendidikan dan memiliki pekerjaan (Ferreira *et al.*, 2020).

Responden pada penelitian ini lebih banyak yang bekerja. Pekerjaan menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003) adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi merupakan cara mencari nafkah, berulang dan banyak tantangan. Pekerjaan memainkan peran penting khususnya setelah terjadinya bencana. Sebab pekerjaan berhubungan dengan pendapatan keluarga. Banyak orang kehilangan pekerjaan ketika terjadi bencana sehingga dapat memperburuk jumlah orang yang menganggur di masyarakat dan mengganggu stabilitas ekonomi keluarga (Sosmiarti *et al.*, 2020).

Status pengetahuan responden tinggi dengan sikap dalam menghadapi wabah baik. Penelitian yang dilakukan Gannika *dkk.*, 2020 tentang pengetahuan dan perilaku pencegahan coronavirus disease 2019 (COVID-19) di provinsi Sulawesi Utara menunjukkan bahwa masyarakat dengan tingkat pendidikan menengah dan tinggi selalu/sering melakukan cuci tangan, menggunakan hand sanitizer, menggunakan masker jika keluar rumah, berolahraga, melakukan isolasi mandiri saat sakit atau baru saja melakukan perjalanan dari luar daerah, menjaga kebersihan diri serta mengonsumsi makanan bergizi. Secara teori, tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Jika tingkat pendidikan dan pengetahuan baik, maka perilaku juga akan baik. Penelitian ini didapatkan juga masyarakat yang tingkat pendidikan tinggi namun perilaku pencegahan COVID-19 masih kurang dan sebaliknya pendidikan rendah tapi memiliki tingkat pencegahan baik (Gannika, 2020). Penelitian Zhong *et al.*, 2020 yang meneliti pada masyarakat China sebagai awal ditemukannya COVID-19 juga memiliki

pengetahuan dan perilaku yang baik dan positif. Hal ini juga dihubungkan dengan pengalaman masyarakat China menghadapi wabah SARS pada tahun 2000-an (Zhong *et al*, 2020).

Pekerjaan menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003) adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi merupakan cara mencari nafkah, berulang dan banyak tantangan. Pekerjaan memainkan peran penting khususnya setelah terjadinya bencana. Banyak orang kehilangan pekerjaan ketika terjadi bencana sehingga dapat memperburuk jumlah orang yang menganggur di masyarakat dan mengganggu stabilitas ekonomi masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh Sosmiarti, Khaliq, & Uspri (2017), menunjukkan bahwa jumlah responden menurut jumlah pendapatan di Kecamatan Patamuan Kabupaten Padang Pariaman yang diterima sebelum bencana 50% berada pada kelompok pendapatan rendah, 42% berada pada kelompok pendapatan menengah dan 7% berada pada kelompok pendapatan tinggi. Artinya, sebelum bencana sebagian besar responden berada pada kondisi tidak sejahtera. Kelompok rumah tangga yang tidak sejahtera inilah yang mempunyai kerentanan terbesar dibanding dengan kelompok yang lainnya. Jika terjadi sedikit saja guncangan terhadap sumber penghidupan mereka, maka akan terganggu penghidupan dan keberlanjutan penghidupannya (Sosmiarti *et al*, 2020).

Masalah kesehatan mental tidak semuanya disebabkan langsung oleh COVID-19. Di beberapa kasus ada kecemasan mengenai terinfeksi, terobsesi dengan perilaku pencegahan dan kemungkinan gejala neuropsikiatri untuk infeksi tersebut (Troyer *et al*, 2020). Masyarakat dibatasi untuk aktivitas diluar rumah, pendidikan dan fasilitas lainnya dari semua sektor ditutup, kecuali untuk pelayanan penting. Tetap dirumah dan perintah untuk menjaga jarak awalnya bisa ditoleransi, tetapi selama berminggu-minggu bahkan sampai berbulan-bulan memiliki efek psikologis dalam berbagai tingkatan dengan gejala depresi dan kecemasan (United Nations, 2020). Review lainnya menyatakan efek psikologis terjadi juga selama karantina yaitu gejala stress pasca-trauma, kemarahan, kebingungan dan beberapa penelitian menghubungkan dengan durasi karantina yang lama dengan tekanan yang lebih besar, serta kekurangan makanan dan air dapat menjadi penyebab stres selama karantina (Brooks *et al*, 2020).

## **2. MODAL KEUANGAN**

Penelitian yang dilakukan Zhong *et al* menunjukkan bahwa penduduk China dengan status sosial ekonomi yang relatif tinggi memiliki pengetahuan yang baik, sikap optimis dan praktik yang tepat terhadap COVID-19 selama awal peningkatan wabah yang semakin cepat. Selain itu, emmastikan peluang perlakuan yang sama untuk semua adalah kunci, tetapi perlindungan finansial selama wabah juga sangat penting yaitu hubungan dengan kemiskinan. jika lingkaran

setan ini tidak putus, masalah lokal ketidakadilan kesehatan akan tetap ada atau bahkan bisa diperburuk di daerah yang mengalami epidemi.

Tingkat insiden standar usia tertinggi diamati paling kekurangan secara sosial ekonomi seiring adanya kejadian COVID-19 mulai awal 26 Februari 2020 hingga 19 April 2020 diikuti gradien sosial ekonomi di Barcelona. Standar sosial ekonomi kabupaten 2,5 kali lebih besar dari pendapatan rata-rata tertinggi. Tambahan, mengamati tren kenaikan yang signifikan dan berkelanjutan saat COVID-19 menurut pendapatan rata-rata kabupaten yang menurun drastis (Baena-Diez et al, 2020).

Guncangan ekonomi yang terkait dengan pandemi COVID-19 kemungkinan besar jauh lebih besar daripada yang terlihat sejak krisis keuangan 2008-2009. Penyebaran COVID-19 telah menimbulkan biaya manusia yang tinggi, dan, dengan sistem kesehatan masyarakat yang berjuang untuk mengatasinya, biaya ini akan terus meningkat. Pandemi COVID-19 mengakibatkan guncangan pendapatan yang masif dan guncangan kesehatan bagi banyak rumah tangga. Pendapatan rumah tangga dari banyak keluarga kemungkinan besar akan menurun seiring dengan meningkatnya pengangguran. Mengingat sifat global dari krisis ekonomi, bahkan rumah tangga yang bergantung pada pengiriman uang cenderung mengalami penurunan pendapatan sebagai akibat dari pandemi. Di banyak rumah tangga, terutama rumah tangga miskin, penurunan pendapatan rumah tangga ini akan mengurangi investasi mereka dalam pendidikan, dan ini akan diperburuk oleh guncangan kesehatan yang terkait dengan pandemi (World Bank, 2020).

## **Pengeluaran**

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden dengan pengeluaran yang berkurang selama pandemi COVID-19 memiliki resiliensi yang lebih rendah secara signifikan dibandingkan responden yang pengeluarannya tidak terdampak atau pengeluaran sama sebelum atau selama pandemi COVID-19 berlangsung. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Martin *et al.*, (2020) di Bay Area San Fransisco yang menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga turun secara signifikan dan waktu pemulihan rata-rata untuk individu hampir satu tahun. Waktu pemulihan yang lama setelah krisis akan semakin diperburuk oleh penurunan permintaan, perubahan perilaku konsumsi masyarakat, dan perlambatan aktivitas ekonomi secara umum.

Penelitian yang dilakukan oleh Lawalu dan Goba, 2020 yang dilakukan pada pedagang kaki lima menunjukkan hasil bahwa sebelum COVID-19 persentase tertinggi pengeluaran perempuan pedagang kaki lima di pasar tradisional per bulan yaitu 26 %, dengan jumlah pengeluaran Rp. 1.850.000-Rp.2.650.000 dan persentase pengeluaran terendah yaitu 10% dengan jumlah pengeluaran Rp. 3.500.000 – 4.250.000. sedangkan setelah adanya COVID-19, persentase

tertinggi perempuan pedagang kaki lima di pasar tradisional yaitu 72 %, dengan jumlah pengeluaran Rp. 250.000 – 1.000.00 dan persentase pengeluaran terendah yaitu 28% dengan jumlah pengeluaran Rp. 1.050.000 – Rp.1.800.000. Pengeluaran tersebut berupa biaya makan minum, biaya anak sekolah, biaya listrik, biaya air, belanja kembali barang dagangan dan lain-lain. Keadaan COVID-19 sangat memberikan dampak terhadap pengeluaran terhadap rumah tangga terutama para pedagang, dimana pengeluaran menurun akibat COVID-19 dan ini sangat berbanding terbalik dari sebelum COVID-19 yang semula rata-rata pengeluaran maksimal Rp.5.000.000 dan minimal Rp 1.000.000 per bulan tetapi, setelah adanya COVID-19 rata-rata pengeluaran maksimal Rp. 1.800.000 dan minimal 250.000 per bulan. Jadi perlu diperhatikan juga produksi yang menurun akibat dampak kebijakan pembatasan. Memang berbagai kegiatan dapat dilakukan melalui online atau jarak jauh, namun tidak sedikit produksi harus dilakukan yang membutuhkan kedekatan sosial, bukan jarak sosial (physical distancing). Hal ini akan mengakibatkan terjadi pergeseran penawaran, barang menjadi langka, sehingga secara relatif harga barang akan naik. Jika pembatasan dilakukan di semua sektor, tidak akan terbayang akibatnya nanti di masa datang. Untuk layanan jasa sebagian besar masih dapat dilakukan secara jarak jauh, seperti administrasi, pendidikan dan lain-lain (Lawalu Goba, 2020).

### **Jumlah Anggota Keluarga**

Di tengah merebaknya penyakit Korona yang melanda negeri kita tercinta dan dunia, keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya, tentu memiliki peran penting dalam mencegah penyakit yang disebabkan oleh Corona Virus Disease 2019 (Covid -19). Hal ini mengingat lingkungan keluarga merupakan lingkungan yang pertama bagi anak dan lingkungan utama bagi seluruh anggota keluarga. Lebih dari itu, keluarga menjadi tempat berkumpul, berdiskusi, saling berbagi dan bersosialisasi bagi seluruh anggotanya. Bahkan karena diikat oleh perkawinan yang sah, seluruh anggota keluarga memiliki kedekatan jiwa yang sangat kuat. Apalagi anak-anak mereka yang memiliki hubungan darah.

Paket stimulus pemerintah yang besar merangsang pengeluaran, atau lebih tepatnya, menjaga agar pengeluaran tidak turun sebanyak yang seharusnya. Kebijakan pembatasan skala besar dapat mengurangi produksi. Dalam jangka pendek, penawaran dan permintaan akan kembali ke ekuilibrium, namun bagaimana jika pembatasan dilakukan lebih dari sebulan atau lebih lama? Ketika persediaan dari produksi menipis, pengeluaran tetap dirangsang pemerintah melalui stimulus, mengakibatkan harga akan naik. Pemerintah harus tetap mempertahankan lampu



perekonomian harus tetap menyala dengan melindungi perusahaan, pekerjaan, dan sistem keuangan. Tetapi sisi penawaran tidak dapat dilupakan. Dalam kondisi normal, sisi penawaran dapat menjaga dirinya sendiri. Para pengusaha atau perusahaan akan menjaga sisi ini dengan imbalan keuntungan. Biasanya, dalam resesi normal, masalah terbesar adalah kurangnya permintaan. Namun saat krisis akibat virus COVID-19 ini, kebijakan di sisi penawaran oleh pemerintahlah yang menyebabkan resesi, karena pembatasan berskala besar (Safitri dkk, 2020).

Penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga lebih banyak memiliki resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang jumlah anggota keluarga lebih sedikit. Hal ini dikarenakan anggota keluarga dapat saling mensupport dalam hal ekonomi yaitu sumber pendapatan. Penelitian yang dilakukan oleh Ainuddin & Routray (2012) yang dilakukan dengan membandingkan dua wilayah menunjukkan hasil bahwa persentase wilayah di zona A dengan sumber pendapatan lebih dari satu adalah 16% dan di zona B sebesar 34% yang berarti dua zona tersebut berada di kategori rendah karena persentase yang diperoleh kurang dari 50%, ternyata dalam resiliensi ekonomi zona B memiliki resiliensi yang lebih tinggi (0,96) daripada zona A yaitu 0,52. Hal ini berarti dengan kondisi proporsi sumber pendapatan ganda yang tinggi akan sangat membantu resiliensi masyarakat jika terjadi bencana dalam memulihkan perekonomian masyarakat maupun keluarga (Ainuddin dan Routray, 2012).

### **3. MODAL FISIK**

Alat Pelindung Diri (APD) merupakan salah satu cara melindungi diri dari penularan COVID-19. Beberapa jenis APD yang diwajibkan atau disarankan untuk mencegah penularan COVID-19 adalah masker, pelindung wajah dan sarung tangan. Meskipun APD tersebut bermanfaat dalam mencegah penularan, APD dapat memiliki risiko mengancam keselamatan pekerja selama penggunaan. Beberapa hal terkait risiko APD seperti desain tidak ergonomis, pemakaian berlebihan menimbulkan sakit di beberapa bagian tubuh, penyimpanan dan pembuangan yang membahayakan. Minimnya kajian dan pemahaman mengenai APD yang baik menimbulkan potensi pekerja tidak sadar akan risiko yang muncul dalam pemakaian APD (Theopilus dkk, 2020).

Penyediaan APD ini menjadi tanggung jawab fasilitas layanan kesehatan untuk mempersiapkan sumber daya dan logistik agar para pekerja dapat menjalankan tugas dengan baik. Nila pihak penyedia layanan kesehatan tidak menyediakan alat pelindung diri, maka dari sisi hukum sebenarnya dapat diberikan sanksi administratif dari dinas kesehatan setempat (Pasal 12 PMK no 52 tahun 2018).

Pada kondisi pandemi wabah di seluruh dunia ini dapat terjadi ketimpangan antara jumlah APD yang dibutuhkan dengan jumlah sumber daya yang tersedia menyebabkan timbulnya kelangkaan APD. Kelangkaan APD disebabkan oleh lonjakan drastis kebutuhan APD yang terjadi karena tenaga medis bekerja melayani ribuan pasien dalam waktu bersamaan sedangkan pasokan APD belum dapat dipenuhi produsen. Pemakaian APD untuk masyarakat perlu disesuaikan dengan kondisi dan risiko masing-masing individu. WHO merekomendasikan penggunaan APD berupa masker bedah bagi pasien COVID-19 atau suspek pasien COVID-19 dan bagi keluarga yang merawat pasien atau kontak erat dengan pasien COVID-19. Untuk masyarakat yang sehat dan tidak ada kontak erat dengan pasien COVID-19 tindakan pencegahan cukup diterapkan dengan hand-hygiene, menggunakan masker kain berlapis dan physical distancing disertai edukasi terkait etika batuk/bersin (Husein dkk, 2020).

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk melihat pengaruh kepadatan penduduk disuatu wilayah dengan kejadian penyakit menular. Penelitian dari Chan et al, (2009), kesehatan lingkungan hunian (penduduk yang padat) menjadi perhatian penting di Hongkong setelah kasus SARS di Asia. Penelitian dari Paomey et al (2019) menunjukkan bahwa rata-rata kasus DBD per kelurahan di Kecamatan Malalayang mengikuti pola kepadatan penduduk, dimana untuk Kelurahan Bahu dengan jumlah 11 kasus memiliki wilayah yang padat penduduk karena luas wilayahnya sebesar 0,87 km<sup>2</sup>. Daerah dengan jumlah kasus DBD tertinggi yaitu Kelurahan Malalayang I dengan jumlah kasus 16 kasus termasuk dalam kategori rendah karena luas wilayahnya besar yaitu 9 km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk tertinggi yaitu 8.446 jiwa, jika dibandingkan antara Kelurahan Bahu dan Malalayang I berdasarkan jumlah kasus terjadi dengan luas wilayahnya maka dapat disimpulkan bahwa kepadatan penduduk di Kecamatan Malalayang mempengaruhi terjadinya kejadian DBD (Paomey, 2019). Hasil penelitian Ester Nelwan (2020), menunjukkan bahwa kecamatan dengan kepadatan tinggi akibat kejadian COVID-19, 3 wilayah masuk pada kategori sedang dan 1 wilayah masuk ke kategori tinggi. Kepadatan penduduk per kecamatan berada pada kategori sedang (36,4%) dan tinggi (36,4%).

Sejalan dengan perkembangan transmisi COVID-19, fasyankes harus melakukan identifikasi terhadap pelayanan yang dapat diberikan dan prioritas pelayanan dengan mempertimbangkan manfaat dan risiko dalam rangka merespon keterbatasan sumber daya dalam pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19 serta mengurangi paparan dan risiko transmisi baik untuk masyarakat itu sendiri maupun bagi tenaga kesehatan atau non-kesehatan di fasyankes. Untuk itu dibutuhkan langkah-langkah dalam melakukan pencegahan penyebaran COVID-19 salah satunya dengan pembatasan pelayanan kesehatan secara tatap muka melalui

pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi berupa *telemedicine* sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam melakukan identifikasi dan prioritas pelayanan kesehatan tersebut, juga untuk mencegah tidak bertambahnya angka kesakitan dan kematian yang dapat membebani sistem kesehatan. Pelayanan tersebut dikategorikan sebagai pelayanan esensial, antara lain: Pelayanan kesehatan keluarga sepanjang siklus kehidupan dan keberlanjutan layanan KB, Pelayanan kesehatan TB, Pelayanan kesehatan untuk HIV, Manajemen penyakit menular yaitu kusta dan frambusia, DBD dan protokol layanan malaria, manajemen penyakit kronis yaitu kesehatan jiwa dan psikososial, penanganan PTM, imunisasi, terapi rawat inap kritis, pelayanan untuk kesehatan darurat dan penyakit umum atau bersifat urgent dan ketersediaan obat-obat esensial.

### **Isolasi Mandiri**

Bagi orang yang terinfeksi COVID-19 wajib untuk dilakukan isolasi mandiri sebagai bentuk pencegahan infeksi lebih lanjut kepada orang lain. Masyarakat yang diisolasi akan terus menerus mendapatkan bantuan medis dan tetap berhubungan dengan dokter karena tingkat keparahan virus dapat berakibat fatal dan memastikan untuk mendapatkan bantuan dan dukungan ketika terjadi gangguan pernapasan atau tanda peringatan darurat lain yang ditemukan (CDC, 2020). Selain itu, masyarakat juga diharuskan melanjutkan perawatan secara pribadi dan pengobatan sebagaimana mestinya agar tubuh tetap sehat dan sembuh (Chen *et al*, 2020). Penting untuk diingat bahwa setiap tindakan yang dilakukan dapat membantu mencegah kemungkinan penyebaran penyakit kepada orang lain. Oleh karena itu, setiap orang harus melakukan kontribusi dengan bersikap jujur kepada penyedia layanan kesehatan agar penyembuhan dapat dilakukan secara utuh (Suppawittaya *et al*, 2020).

Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa responden yang tidak mempunyai ruang isolasi mandiri khusus memiliki resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang mempunyai ruang isolasi mandiri. Isolasi mandiri yang dilakukan merupakan bentuk pemantauan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan dinas kesehatan setempat. Isolasi atau karantina dapat dilakukan dengan mandiri dirumah masing-masing atau di tempat yang telah di tentukan pemerintah dengan tetap berkoordinasi dengan petugas puskesmas wilayah. Kriteria isolasi mandiri yaitu pendatang/pemudik dan keluarganya dinyatakan mampu melaksanakan ketentuan pelaksanaan karantina/isolasi mandiri dan masyarakat mau menerima dan menyetujui pelaksanaan karantina mandiri dan secara medis memenuhi syarat untuk isolasi mandiri. Jika dinilai tidak mampu memuhi pelaksanaan isolasi mandiri maka akan dilakukan di fasilitas khusus yang telah disediakan (Kemenkes, 2020).

#### **4. MODAL SOSIAL**

Modal sosial adalah sumber daya sosial terkait jejaring sosial, hubungan sosial, ikatan yang membantu tindakan saling membantu, hubungan yang mendukung pertukaran dari dan akses ke ide-ide dan sumber daya, norma sosial, dan nilai-nilai (DFID, 1999; PMI, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ferreira *et al.* (2020), responden penelitian melaporkan bahwa mereka membutuhkan bantuan dan kerja sama yang lebih besar dari orang lain (misalnya, keluarga, teman, atau tetangga) untuk pulih dari dampak COVID-19 pada responden yang resiliensinya menurun.

Pandemi COVID-19 muncul sebagai peristiwa stres dan bahkan traumatis yang mengharuskan individu memahami situasi baru dan memilih tindakan penanggulangan yang tepat. Karena nilai-nilai budaya mencerminkan keadaan akhir yang diinginkan yang layak untuk dikejar (Hofstede, 1980; Schwartz & Bilsky, 1987; Triandis, 1995, dalam Guan, 2020), mereka cenderung mempengaruhi perhatian anggota dan prioritas stresor dalam proses penilaian. Sebagai contoh di negara yang memiliki nilai individualis (vs. kolektivisme), orang cenderung mandiri daripada saling bergantung dengan orang lain dan memilih untuk menggunakan diri sendiri untuk berpanduan dalam berperilaku. Orientasi budaya ini akan mengarahkan perhatian mereka pada stresor yang berkaitan erat dengan perkembangan karir pribadi mereka (Heppner, 2008), seperti ketidakamanan dalam bekerja, kesulitan bekerja dari rumah, munculnya peluang karir baru, dan sebagainya. Sebaliknya dalam budaya kolektif, orang akan lebih perhatian pada kebiasaan yang dilakukan secara kolektif atau bersama, termasuk dalam permasalahan tentang kelompok kerja, organisasi maupun jaringan social. Selain manifestasinya dalam orientasi individu, budaya juga tertanam dalam sistem sosial suatu bangsa, tindakan kolektif dan praktik sehari-hari (Hofstede, 1980; Kitayama, 2002). Karena pandemi COVID-19 merupakan ancaman bagi keamanan, kemakmuran, dan ketertiban sosial negara, tindakan kolektif yang dipimpin oleh pemerintah dianggap sebagai langkah penting untuk mengatasi masalah yang muncul terkait dengannya.

#### **5. MODAL ALAM**

Modal alam menggambarkan cadangan sumber daya alam yang berguna untuk menyediakan dan mendukung mata pencaharian dan kesejahteraan hidup. Modal alam sangat penting bagi masyarakat yang memperoleh seluruh atau sebagian mata pencaharian mereka dari kegiatan berbasis sumber daya seperti pertanian, perikanan, pengumpulan di hutan, dan lain sebagainya (DFID, 1999; PMI, 2018).

Modal alam mengacu pada sumber daya alam yang tersedia bagi individu dan masyarakat, seperti tanah, air, hutan, margasatwa, dan keanekaragaman hayati; kondisi lingkungan untuk kehidupan dan pekerjaan; dan ekosistem yang menjaga air bersih, udara, dan iklim yang stabil. Modal alam adalah kunci untuk mempertahankan semua bentuk kehidupan, termasuk kehidupan manusia. Tanah dan air menjadi faktor penting dari modal alam untuk resiliensi bencana. Kepemilikan lahan dan air bersih menjadi penentu utama mata pencaharian dalam hal modal alam (Al-Ma'ruf, 2017).

## **6. KOMUNIKASI RISIKO**

Warga negara dihadapkan pada sejumlah besar informasi yang semakin bertentangan, yang menuntut upaya yang lebih besar untuk menavigasi dan bersaing untuk mendapatkan perhatian dari audiens. Implikasinya bagi kebijakan publik adalah bahwa meningkatkan volume informasi resmi dan jujur belum tentu lebih efektif kecuali jika konten dibuat lebih menarik dan disampaikan ke berbagai audiens melalui saluran yang mereka pilih, dan dengan pemahaman tentang bias perilaku dan psikologis. Ini sangat penting bagi khalayak muda, yang cenderung mengakses berita terutama melalui media social. Disinformasi mengancam keefektifan dan kepatuhan terhadap tindakan darurat dalam menghadapi Covid-19. Ini juga menjadi tantangan bagi pemulihan ekonomi dan sosial di masa mendatang (OECD, 2020).

Jika hasil penelitian kepercayaan masyarakat pada informasi yg beredar rendah: Ada salah satu wilayah yang menjadi masalah pada informasi terkait Covid-19 yang disampaikan dari kabupaten, provinsi dan pemerintah pusat adalah berbeda yaitu di Provinsi DIY. Perbedaannya adalah pada jumlah kasus positif Covid-19 yang berbeda antara Provinsi DIY dan pemerintah pusat (Farizi & Harmawan, 2020).

Dalam rangka untuk menciptakan efektivitas transparansi dalam kebijakan sosial diperlukan transparansi sebagai watak dan penengah dari kesenjangan informasi sehingga transparansi dapat berkontribusi secara substansial untuk resiko publik atau kegagalan dalam pelayanan masyarakat. Transparansi tidak akan berfungsi jika masyarakat tidak terlibat dalam upaya untuk *measure improvement*, maka efektivitas transparansi juga perlu didukung dengan praktik komunikasi publik. Kemudian, masyarakat sebagai pengguna informasi memiliki keinginan, kapasitas, alat kognitif untuk mengupayakan pilihan mereka, sehingga jika informasi yang tidak memiliki nilai, maka tidak akan menjadi pilihan yang baik untuk proses transparansi. Mengungkapkan informasi dapat mengurangi resiko dan meningkatkan kinerja transparansi kebijakan. Jika transparansi gagal seperti pada kebijakan dalam sistem pendidikan di sekolah dan layanan kesehatan, maka kepercayaan masyarakat akan hilang.

Aksi cepat tanggap pemerintah dalam juga dilakukan dengan menghimbau social atau physical distancing pada seluruh masyarakat. Keterlibatan masyarakat berperan penting untuk mencegah penularan COVID-19. Namun, sampai saat ini masih banyak masyarakat yang mengindahkan, utamanya karena faktor ekonomi, bahkan faktor sosial. Disinilah peran pemerintah pusat dan daerah agar secara terbuka memberikan informasi yang memadai dan mengerahkan pemangku kepentingan termasuk pihak swasta untuk memberikan fleksibilitas terhadap kerja karyawannya; membatasi gerak masyarakat dengan tetap memberdayakan pedagang-pedagang yang memenuhi kebutuhan masyarakat; menjalankan distribusi logistik; memudahkan akses pelayanan kesehatan bagi Orang Dalam Pemantauan; Pasien Dalam Perawatan, dan Positif; pemerintah sebagai sentra distributor APD; blokade akses penerbangan, baik dari dalam maupun keluar negeri sehingga dapat membatasi wisatawan hilir-mudik secara bebas; menutup fasilitas umum yang memiliki tingkat resiko tinggi, seperti sekolah, dsb. Bahkan menerapkan karantina wilayah bagi daerah yang mengalami resiko penularan tinggi.

Banyak negara menerapkan lockdown untuk menekan penyebaran virus corona. Media sosial seperti whatsapp dan instagram banyak digunakan untuk komunikasi. Penggunaan media sosial seperti WhattApp dan Instagram mengalami lonjakan hingga 40% selama pandemi virus corona. Sebab, banyak orang menggunakan sosial media untuk berkomunikasi ditengah lockdown atau karantina wilayah. Dalam demografi yang sama, penggunaan instagram juga melonjak lebih dari 40%. Berdasarkan data facebook, total pesan pada platform baik Messenger, Instagram, maupun WhatsApp naik lebih dari 50% pada Maret dibandingkan bulan lalu. Facebook juga mengklaim panggilan grup yang mencakup tiga atau lebih peserta naik lebih dari 1.000% sejak kasus Corona di Wuhan muncul. Laporan lain dari platform pemasaran Klear menunjukkan bahwa postingan pengguna di Instagram Story per harinya meningkat 15% dalam sepekan. Jumlah pengguna yang melihat Story pengguna lainnya pun meningkat 21%.<sup>30</sup> Melansir The Verge, hal ini dikarenakan banyak orang yang berbondong-bondong datang ke platform Twitter untuk mengetahui berita terbaru tentang pandemi corona virus. Lonjakan pengguna ini adalah yang terbesar dalam sejarah Twitter, di mana tahun lalu jumlah pengguna hariannya hanya 134 juta pengguna (Rohmah, 2020).

Mc. Quail, Blumler and Brown pada tahun 1972, berdasarkan penelitian mereka di Inggris mengusulkan kategori-kategori manfaat dan gratifikasi audien sebagai berikut:<sup>34</sup> (1) Pengalihan – pelarian dari rutinitas dan masalah, pelepasan emosi; (2) Hubungan personal – manfaat sosial informasi dalam percakapan; pengganti media untuk kepentingan perkawanan; (3) Identitas pribadi atau psikologi individu – penguatan nilai atau penambah keyakinan; pemahaman diri; ekspolasi realitas dan sebagainya; (4) Pengawasan – informasi mengenai hal-hal yang mungkin

mempengaruhi seseorang atau akan membantu seseorang melakukan atau menuntaskan sesuatu. Manfaat yang didapat dari media sosial sangat terlihat jelas, terbukti hasil presentase 80% netizen menyetujui media sosial bermanfaat sebagai sosial informasi, 93% netizen menyetujui bahwa media sosial sebagai media informasi covid-19 dan 83% menyetujui bahwa informasi di media sosial dapat membantu sesama (Rohmah, 2020).

## **BAB 7. KESIMPULAN**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan status resiliensi responden adalah pengaruh pengeluaran pada saat pandemi, jumlah anggota keluarga, dan ketersediaan ruang isolasi mandiri khusus setelah dikontrol oleh variabel yang lain. Responden yang pengeluarannya bertambah mempunyai 6.36 kali odds lebih tinggi untuk mempunyai resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang pengeluarannya berkurang setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=6.36, 95%CI 1.26-32, p=0.025). Responden yang tidak berdampak pengeluarannya mempunyai 12.32 kali odds lebih tinggi untuk mempunyai resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang pengeluarannya berkurang setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=12.32, 95%CI 1.82-83.40, p=0.01). Responden yang beranggotakan jumlah anggota keluarga lebih banyak mempunyai 32% odds lebih rendah untuk mendapatkan resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang jumlah anggota keluarga lebih sedikit setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=0.68, 95%CI=0.47-0.98, p=0.038). Responden yang tidak mempunyai ruang isolasi mandiri khusus mempunyai 65% odds lebih rendah untuk mendapatkan resiliensi yang bagus dibandingkan dengan responden yang mempunyai ruang isolasi mandiri khusus setelah dikontrol oleh variabel lain (AOR=0.35, 95%CI 0.13-0.95, p=0.04).



## DAFTAR PUSTAKA

1. Ainuddin, S., & Routray, J. K. (2012). *Earthquake hazards and community resilience in Baluchistan. Natural Hazards*, 63(2), 909–937. doi:10.1007/s11069-012-0201-x
2. Baek HS, Lee KU, Joo EJ, Lee MY, Choi KS. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson resilience scale. *Psychiatry Investig*, 7(2):109–115. doi: 10.4306/pi.2010.7.2.109.
3. Bahadur, Aditya., Lovell, Emma., Wilkinson, Emily., Tanner, Thomas. (2015). *Resilience in the SDGs Developing an indicator for Target 1.5 that is fit for purpose*. United Kingdom: Overseas Development Institute.
4. BNPB, 2020. Presiden Tetapkan COVID-19 sebagai Bencana Nasional. Available at: <https://bnpb.go.id/berita/presiden-tetapkan-covid19-sebagai-bencana-nasional>. Online: 10 Desember 2020
5. Campbell-Sills L, Stein MB. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*, 20(6):1019–1028. doi: 10.1002/jts.20271
6. Centers for Disease Control and Prevention. Social Distancing, Quarantine, and Isolation. 2020. Available from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
7. Chen, P., Mao, L., Nassis, G. P., Harmer, P., Ainsworth, B. E., & Li, F. (2020). Wuhan coronavirus (2019-nCoV): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science*, 9(2), 103.
8. Department for International Development (1999). *Sustainable livelihoods guide sheets*. London, DFID.
9. Department For International Development. (2011). *Defining Disaster Resilience: A DFID Approach Paper*. London: DFID.
10. Fajar, Muhammad., Annisa, Nurul., Anggriana, Andi J., Multazam., Fitriani...2020. *Bunga Rampai Pandemi: Menyikap Dampak-Dampak Sosial Kemasyarakatan COVID-19*. Kota Parepare: IAIN Parepare Nusantara Press
11. Ferreira, Regard J., Buttell, Fred., Cannon, Clare. 2020. COVID-19: Immediate Predictors of Individual Resilience. *Sustainability*. 12, 6495. pp.1-11. doi:10.3390/su12166495
12. Gannika, Lenny. Emnina Sembiring, Erika. (2020). Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Pencegahan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pada masyarakat Sulawesi Utara. *Jurnal Keperawatan*. Vol 16.No.2, Oktober 2020

13. Hadi, Suprayoga. 2020. Pengurangan Risiko Pandemi Covid-19 Secara Partisipatif: Suatu Tinjauan Ketahanan Nasional terhadap Bencana. *The Indonesian Journal of Development Planning*. 4(2). pp.177-190
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (Covid-19). Jakarta.
15. Kementerian Kesehatan RI. (2020). Covid 19. Tersedia di: <https://covid19.kemkes.go.id/>
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2020). Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19) Revisi Juli 2020. Jakarta. Republik Indonesia
17. Kementerian Sosial, 2020. COVID-19 dan Bencana Nasional. Available at: <https://puspensos.kemsos.go.id/covid-19-dan-bencana-nasional#:~:text=Wabah%20Corona%20Virus%2FCovid-19,%2C%20epidemi%2C%20dan%20wabah%20penyakit.> Online: 10 Desember 2020
18. Lawalu, Emiliana Martuti. Goba Maria Klarista. (2020). Partisipasi Perempuan Pedagang Kaki Lima Dalam Meningkatkan Ekonomi Rumah Tangga Sebelum dan Setelah Adanya COVID-19. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*. Vol 5. No 3.
19. Lokosang, L. B., Ramroop, S., & Zewotir, T. (2014). Indexing household resilience to food insecurity shocks: The case of South Sudan. *Agrekon*, 53(2), 137–159. doi:10.1080/03031853.2014.915486
20. Martin, Amory., Markhvida, Maryia., Hallegatte, Stephane., Wals, Brian. 2020. Socio-Economic Impacts of COVID-19 on Household Consumption and Poverty. *Economics of Disasters and Climate Change*. 4:453-479. doi.org/10.1007/s41885-020-00070-3
21. Mayunga, J. S. (2007). Understanding and applying the concept of community disaster resilience: a capital-based approach. *Summer academy for social vulnerability and resilience building*, 1(1), 1-16.
22. Mayunga, Joseph Stephen. (2009). *Measuring The Measure: A Multi-Dimensional Scale Model To Measure Community Disaster Resilience In The U.S. Gulf Coast Region*. PhD Thesis. Texas: Texas A&M University.
23. Morrison, L. G., & Yardley, L. (2009). What infection control measures will people carry out to reduce transmission of pandemic influenza? A focus group study. *BMC public health*, 9(1), 258.
24. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2012). *Disaster Resilience A National Imperative*. Washington DC : The National Academies Press.
25. Palang Merah Indonesia. (2018). *Resilience Assessment Toolkit*. Jakarta: PMI & AmCross.

26. Paton, D., Smith, L. M., & Johnston, D. (2005). When good intentions turn bad: Promoting natural hazard preparedness. *Australian Journal of Emergency Management*, 20, 25-30.
27. Paton, D., & Johnston, D. J. (Eds.). (2006). *Disaster resilience: Anintegrated approach*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
28. Paton, D., Parkes, B., Daly, M., & Smith, L. (2008). Fighting the flu: Developing sustained community resilience and preparedness. *Health Promotion Practice*, 9(4\_suppl), 45S-53S.
29. Pelupessy, Dicky, et al. (2020). Survey persepsi public terhadap keterbukaan informasi covid 19. Tersedia di : [www.covid19.go.id](http://www.covid19.go.id)
30. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan. (2014). Rencana Aksi Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
31. Safitri, Yolanda. Nugroho, Lucky. Handy Permana, Silvester Dian. Zonyfar, Candra. Purnia, Dini Silvi. Napitulu Darmawan. Septiani, Rina. Purnama Sari, Dina. Utama Satia, AA Gde. Kennedy, Posma Sariguna Johnson. Kuncara Tommy. Fikri, Zakiyudin. Siregar, Edison. E.Maulana, Amalia. Lika, Kristina. Purnomo, Agung. Jong Tallo, Amandus. (2020). Gotong Royong Menghadapi Pandemi COVID-19 ide dan Solusi. IKAPI.
32. Sari, S.S. Novita. 2019. Resiliensi Rumah Tangga Menghadapi Banjir di Daerah Aliran Sungai (DAS) Bengawan Solo Kabupaten Bojonegoro tahun 2019. Tesis. Surabaya: FKM Universitas Airlangga
33. Seaman, J. A., Sawdon, G. E., Acidri, J., & Petty, C. (2014). The Household Economy Approach. Managing the impact of climate change on poverty and food security in developing countries. *Climate Risk Management*, 4, 59-68.
34. Shin, G. S., Choi, K. S., Jeong, K. S., Min, Y. S., Ahn, Y. S., & Kim, M. G. (2018). Psychometric properties of the 10-item Conner-Davidson resilience scale on toxic chemical-exposed workers in South Korea. *Annals of occupational and environmental medicine*, 30, 52. <https://doi.org/10.1186/s40557-018-0265-5>
35. Sosmiarti. Khaliq, Abdul. Uspri, Betty. (2017). Kajian Perubahan Kesejahteraan Rumah Tangga Pasca Gempa Dan Tanah Longsor (Studi Kasus Nagari Tandikek Utara Kec. Patamuan Kab. Padang Pariaman). Universitas Andalas
36. Speer, P. W., & Peterson, N. A. (2000). Psychometric properties of an empowerment scale: Testing cognitive, emotional and behavioral domains. *Social Work Research*, 24, 109-118.
37. Suppawittaya, Piwat. Yiemphat, Pakara. Yasri, Pratchayapong. (2020). Effects of Social Distancing, Self-Quarantine and Self-Isolation during the COVID-19 Pandemic on People's Well-Being, and How to Cope with It. *International Journal of Science and Healthcare Research*. Vol 5, Issue 2.

38. United City and Local Governments. (2015). *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang Perlu Diketahui oleh Pemerintah Daerah*. Jakarta: UCLG
39. United Nation Economic and Social Council Asia-Pasific. (2017). *Disaster risk reduction and resilience in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Bangkok: UNESCAP
40. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2009). *Terminologi Pengurangan Risiko Bencana*. Jakarta: UNISDR.
41. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2019). *What is Disaster Risk Reduction*. 30 January 2019 [Available at: [www.unisdr.org](http://www.unisdr.org)]
42. Wang L, Shi Z, Zhang Y, Zhang Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson resilience scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry Clin Neurosci*, 64(5):499–504. doi: 10.1111/j.1440-1819.2010.02130.x
43. WHO.(2020). Rolling updates on Coronavirus disease (Covid-19). Tersedia di: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
44. World Bank. 2020. *The Impact of The COVID-19 Pandemic on Education Financing*. World Bank Group.
45. Vaughan, E., & Tinker, T. (2009). Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S324-S332.
46. Zhang Z. Model building strategy for logistic regression: purposeful selection. *Ann Transl Med* 2016;4(6):111.

## PERSONALIA TIM PENELITIAN BESERTA KUALIFIKASINYA

<b>Nama Pengusul</b>	<b>Peran</b>	<b>Program Studi</b>	<b>Fakultas</b>	<b>Bidang Tugas</b>
Dr. Arief Hargono, drg., M.Kes	Ketua	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat	Konseptor, Desain penelitian, kajian literatur, pengumpulan data
Febi Dwirahmadi, PhD	Anggota	Public Health	Griffith University	Konseptor, Desain penelitian, kajian literatur, pengumpulan data
Kurnia Dwi Artanti, dr., M.Sc	Anggota	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat	Konseptor, Desain penelitian, kajian literatur, pengumpulan data
Erni Astutik, S.K.M., M.Epid	Anggota	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat	Konseptor, Desain penelitian, kajian literatur, pengumpulan data



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202062639, 21 Desember 2020

## Pencipta

Nama : **Dr. Arief Hargono, drg., M.Kes, Febi Dwirahmadi, Ph.D dkk**  
Alamat : Mulyosari Utara VII/28, RT 008, RW 001, Kelurahan Kalisari, Kecamatan Mulyorejo, Surabaya, JAWA TIMUR, 60112  
Kewarganegaraan : Indonesia

## Pemegang Hak Cipta

Nama : **Dr. Arief Hargono, drg., M.Kes, Febi Dwirahmadi, Ph.D dkk**  
Alamat : Mulyosari Utara VII/28, RT 008, RW 001, Kelurahan Kalisari, Kecamatan Mulyorejo, Surabaya, JAWA TIMUR, 60112  
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**  
Judul Ciptaan : **Indikator Resiliensi Masyarakat Terhadap Pandemi Covid-19**  
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 21 Desember 2020, di Surabaya  
Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000228033

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.  
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.  
NIP. 196611181994031001



## Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan pemohon.

**LAMPIRAN PENCIPTA**

No	Nama	Alamat
1	Dr. Arief Hargono, drg., M.Kes	Mulyosari Utara VII/28, RT 008, RW 001, Kelurahan Kalisari, Kecamatan Mulyorejo
2	Febi Dwirahmadi, Ph.D	Mundu IV No 9, RT 012, RW 004, Kelurahan Jati, Kecamatan Pulogadung
3	Kuria Dwi Artanti, dr., M.Sc	Gading Indah Utara 4/14, RT 003, RW 003, Kelurahan Bulak, Kecamatan Bulak
4	Erni Astutik, SKM, M.Epid	KH Ngali, RT 015, RW 002, Kelurahan Kedaton, Kecamatan Kapas

**LAMPIRAN PEMEGANG**

No	Nama	Alamat
1	Dr. Arief Hargono, drg., M.Kes	Mulyosari Utara VII/28, RT 008, RW 001, Kelurahan Kalisari, Kecamatan Mulyorejo
2	Febi Dwirahmadi, Ph.D	Mundu IV No 9, RT 012, RW 004, Kelurahan Jati, Kecamatan Pulogadung
3	Kurnia Dwi Artanti, dr., M.Sc	Gading Indah Utara 4/14, RT 003, RW 003, Kelurahan Bulak, Kecamatan Bulak
4	Erni Astutik, SKM., M. Epid	KH Ngali, RT 015, RW 002, Kelurahan Kedaton, Kecamatan Kapas

