KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT YANG TERDAMPAK KEBAKARAN DAN KABUT ASAP

Udara yang lebih aman, masyarakat yang lebih kuat, untuk hari esok yang lebih baik.



1 ANCAMAN



Kebakaran dan evakuasi

Kebakaran hutan dan gambut dapat mengancam keselamatan jiwa, rumah, dan lingkungan, sehingga masyarakat perlu evakuasi ke tempat yang lebih aman.



Asap berulang dan kekhawatiran kesehatan

Kabut asap yang terjadi berulang dapat menurunkan kualitas udara dan menimbulkan kekhawatiran akan kesehatan diri, keluarga, dan masa depan.



Sekolah, kerja, tidur, dan aktivitas terganggu

Asap dan situasi darurat dapat mengganggu sekolah, pekerjaan, aktivitas sehari-hari, serta kualitas tidur, sehingga menimbulkan tekanan tambahan bagi masyarakat.

2 REAKSI YANG MUNGKIN MUNCUL

Reaksi stres tidak otomatis berarti gangguan jiwa.

Dalam situasi kebakaran dan kabut asap, masyarakat dapat mengalami berbagai reaksi emosional dan fisik, sebagai respons yang wajar terhadap situasi sulit.



Cemas

Merasa khawatir, tidak tenang, atau gelisah.



Sedih

Merasa murung, kehilangan semangat, atau mudah menangis.



Sulit tidur

Sulit memulai atau mempertahankan tidur, atau sering terbangun.



Mudah lelah

Merasa cepat lelah, kurang bertenaga, atau tidak bersemangat melakukan aktivitas.



Sulit berkonsentrasi

Sulit fokus, mudah lupa, atau sulit mengambil keputusan.

3 DUKUNGAN BERJENJANG

Lindungi keselamatan dan kurangi paparan

Ikuti arahan resmi, evakuasi bila perlu, gunakan pelindung diri, dan kurangi paparan asap untuk melindungi kesehatan fisik dan mental.



Dukungan keluarga dan komunitas

Saling menjaga, mendengarkan, berbagi informasi yang benar, dan memperkuat kebersamaan di keluarga, sekolah, tempat kerja, dan komunitas.



Akses puskesmas/tenaga profesional bila gejala berat atau menetap

Jika reaksi yang muncul terasa berat atau berlangsung lama, segera cari bantuan di puskesmas atau tenaga profesional untuk mendapatkan dukungan lebih lanjut.



KELOMPOK YANG PERLU PERHATIAN KHUSUS



Anak dan remaja

Lebih rentan terhadap tekanan emosional dan perubahan rutinitas.



Lansia dan penyandang disabilitas

Memiliki risiko lebih tinggi terhadap dampak kesehatan fisik dan mental.



Ibu hamil

Memerlukan perlindungan ekstra untuk kesehatan diri dan bayi yang dikandung.



Pekerja luar ruang dan relawan

Lebih sering terpapar asap dan menghadapi tekanan fisik maupun emosional.



Masyarakat adat dan keluarga kehilangan penghidupan

Dapat mengalami dampak yang lebih besar pada identitas, budaya, dan keberlanjutan hidup.

Kesehatan mental juga bergantung pada udara aman, informasi terpercaya, layanan yang mudah dijangkau, dan pemulihan yang adil.

Oleh: Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD | www.rudyct.com/cv.pdf
Guru Besar Manajemen dan AI Data Analyst | IBM-ASMI | RudyCT Academic Series

KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT YANG TERDAMPAK KEBAKARAN DAN KABUT ASAP

Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD
www.rudyct.com/cv.pdf

IBM-ASMI

RudyCT Academic Series

ABSTRAK

Kebakaran vegetasi dan kabut asap merupakan krisis lingkungan sekaligus tekanan psikososial yang berlangsung dalam beberapa skala waktu. Masyarakat dapat terdampak secara langsung oleh ancaman api, evakuasi, kehilangan rumah atau mata pencaharian, maupun secara tidak langsung melalui paparan asap berulang, pembatasan aktivitas, gangguan sekolah dan pekerjaan, ketidakpastian informasi, serta kekhawatiran terhadap kesehatan keluarga. Dampak mental tidak seragam: sebagian orang mengalami reaksi stres sementara yang pulih dengan dukungan sosial dan pemulihan kondisi; sebagian lain menghadapi kecemasan, gangguan tidur, depresi, trauma, atau eksaserbasi masalah yang telah ada sebelumnya. Bukti mengenai hubungan paparan asap dengan kesehatan mental masih berkembang dan belum membenarkan kesimpulan bahwa asap sendirian menyebabkan gangguan klinis pada setiap orang. Kajian ini menyatukan bukti tentang jalur paparan langsung dan tidak langsung, kelompok yang lebih rentan, konteks kebakaran hutan dan lahan Indonesia, serta respons yang menghubungkan perlindungan kesehatan, dukungan psikososial, pelayanan klinis, komunikasi risiko, pemulihan mata pencaharian, dan tata kelola pencegahan. Pendekatan yang disarankan

berjenjang: membangun lingkungan aman dan layanan dasar, memperkuat dukungan keluarga dan komunitas, mengidentifikasi kebutuhan individual, serta menyediakan layanan profesional bagi orang dengan gejala berat atau menetap. Kerangka tersebut perlu disesuaikan dengan kondisi lokal, bahasa, budaya, akses geografis, dan pengalaman masyarakat adat maupun warga yang kehidupannya bergantung pada hutan dan lahan. Kesehatan mental hendaknya dimasukkan sejak kesiapsiagaan sampai pemulihan, bukan baru dipertimbangkan sesudah krisis mereda.

KATA KUNCI

kebakaran hutan dan lahan; kabut asap; kesehatan mental; dukungan psikososial; trauma; kecemasan; ketahanan masyarakat; komunikasi risiko; Indonesia

PENGANTAR DAN BATASAN

Artikel ini membahas konsekuensi psikologis dan sosial kebakaran hutan, kebakaran lahan, kebakaran gambut, dan kabut asap bagi penduduk yang terpapar. Istilah “kebakaran hutan dan lahan” digunakan untuk mencakup peristiwa yang sumber serta kondisi ekologisnya berbeda-beda, sedangkan “kabut asap” merujuk pada campuran polutan dan partikel yang dapat berpindah jauh dari sumber api. Pembahasan tidak menganggap semua kebakaran memiliki karakter yang sama. Kebakaran yang mengancam permukiman dan memaksa evakuasi menghasilkan pengalaman berbeda dari paparan asap tanpa api terlihat; kebakaran gambut yang membara di bawah permukaan dapat mempertahankan rasa tidak pasti lebih lama daripada peristiwa singkat yang cepat dipadamkan.

Kesehatan mental mencakup kesejahteraan emosional, kemampuan menjalankan fungsi sehari-hari, relasi sosial, dan kondisi klinis yang memerlukan penanganan. Reaksi sedih, takut, mudah tersinggung, atau sulit tidur setelah ancaman nyata tidak otomatis merupakan diagnosis gangguan

jiwa. Sebaliknya, penderitaan tidak boleh dikesampingkan hanya karena tidak memenuhi kriteria diagnosis formal. Artikel ini merupakan sintesis naratif, bukan tinjauan sistematis dengan penelusuran dan penilaian risiko bias yang lengkap. Bukti ilmiah mengenai asap kebakaran dan kesehatan mental masih didominasi penelitian dari Amerika Utara dan Australia. Karena itu, hasil dari negara tersebut dipakai untuk merumuskan pertanyaan dan kemungkinan mekanisme, bukan dipindahkan begitu saja menjadi angka prevalensi Indonesia.

1. PENDAHULUAN: BENCANA YANG MENYERANG LINGKUNGAN DAN RASA AMAN

Kebakaran hutan dan lahan sering dinilai berdasarkan luas area terbakar, jumlah titik panas, emisi, korban fisik, atau nilai kerugian. Ukuran tersebut penting, tetapi tidak menangkap seluruh pengalaman manusia. Bagi keluarga yang hidup di daerah terdampak, krisis dapat hadir sebagai langit yang gelap, bau terbakar yang terus-menerus, batuk pada anak, kekhawatiran pada orang tua dengan penyakit kronis, penutupan sekolah, hilangnya hari kerja, pembatasan bepergian, dan pertanyaan apakah kondisi akan membaik atau justru bertambah buruk. Ketika rumah menjadi tempat yang harus ditutup rapat tetapi tetap ditembus asap, batas antara perlindungan dan rasa terkurung dapat mengabur. Saat sumber api berada jauh namun dampaknya terasa di dalam rumah, ancaman menjadi sulit dipahami dan dikendalikan.

Bencana asap juga bersifat kumulatif. Satu hari berasap dapat menimbulkan ketidaknyamanan, tetapi minggu demi minggu pembatalan kegiatan, kekhawatiran terhadap kesehatan jangka panjang, dan berkurangnya interaksi sosial dapat mengikis rasa kendali. Pada saat bersamaan, keluarga mungkin harus mempertahankan pendapatan, merawat anak dan lansia, membeli perlindungan pernapasan, serta mencari informasi yang dapat dipercaya. Beban itu tidak terbagi merata. Keluarga berpenghasilan rendah, pekerja luar ruang, masyarakat pedalaman, ibu tunggal, penyandang disabilitas, dan rumah

tangga yang tidak memiliki ruang bersih atau akses internet mungkin lebih sulit mengurangi paparan maupun mencari bantuan.

Karena itu, respons kesehatan mental bukanlah kegiatan tambahan yang terpisah dari penanggulangan bencana. Ia berkaitan dengan mutu perlindungan fisik, kepastian komunikasi, kelangsungan layanan kesehatan, dukungan ekonomi, perlakuan adil, dan kepercayaan pada lembaga. Pedoman lintas lembaga menempatkan perlindungan kesejahteraan psikososial sebagai bagian dari respons darurat melalui koordinasi lintas sektor, penguatan dukungan komunitas, dan layanan berjenjang (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007). Dalam kasus kabut asap, pendekatan tersebut perlu memasukkan pula pemantauan kualitas udara dan langkah untuk mengurangi paparan.

2. APA YANG DIMAKSUD DENGAN DAMPAK PSIKOLOGIS

Dampak psikologis merentang dari respons stres sehari-hari sampai gangguan klinis. Respons awal dapat berupa rasa waspada berlebih, kesulitan berkonsentrasi, mudah terkejut, kesal, kelelahan, atau kekhawatiran mengenai keluarga. Gejala tersebut sering merupakan respons yang dapat dimengerti terhadap situasi yang mengancam dan berlangsung tidak pasti. Dukungan praktis, informasi yang konsisten, tidur yang lebih baik, berkurangnya paparan, dan kembalinya rutinitas dapat membantu pemulihan. Tidak semua orang memerlukan konseling klinis, dan melabeli setiap reaksi normal sebagai penyakit dapat menambah stigma.

Pada sebagian orang, gejala lebih intens atau berkepanjangan dan mengganggu pekerjaan, belajar, pengasuhan, hubungan, atau perawatan diri. Depresi dapat ditandai dengan kesedihan yang bertahan, kehilangan minat, perubahan tidur atau nafsu makan, rasa tidak berharga, dan hilangnya harapan. Kecemasan dapat menimbulkan kekhawatiran yang sulit dikendalikan, ketegangan, gejala panik, atau penghindaran. Gangguan stres pascatrauma dapat muncul setelah pengalaman yang sangat mengancam, misalnya terjebak

dalam kebakaran, kehilangan orang terkasih, atau menyaksikan kehancuran tempat tinggal; cirinya dapat meliputi ingatan intrusif, mimpi buruk, penghindaran pengingat, perubahan suasana hati, dan kewaspadaan berlebihan. Gangguan tidur dan penggunaan zat juga perlu diperhatikan. Gejala serupa dapat memiliki penyebab lain atau gabungan, sehingga penilaian dan diagnosis sebaiknya dilakukan tenaga profesional yang kompeten.

Literatur kebakaran menunjukkan bahwa risiko tidak hanya mengikuti intensitas api. Kedekatan terhadap api, ancaman hidup, kehilangan rumah, evakuasi, cedera, kematian, gangguan mata pencaharian, pengalaman bencana sebelumnya, dan dukungan sosial setelah bencana berhubungan dengan variasi hasil psikologis. Tinjauan scoping menemukan laporan mengenai PTSD, depresi, kecemasan, dan penggunaan zat dalam populasi dewasa maupun anak, tetapi ukuran sampel, cara pengukuran, waktu penilaian, dan konteks studi beragam (To et al., 2021). Karena alat skrining berbeda dari diagnosis klinis, angka survei tidak seharusnya ditafsirkan sebagai jumlah orang yang pasti mengalami gangguan.

3. JALUR DAMPAK: DARI API KE KESEHATAN MENTAL

Jalur pertama adalah paparan traumatis langsung. Ancaman api terhadap jiwa, evakuasi mendadak, terpisah dari anggota keluarga, kehilangan rumah, kematian, cedera, atau menyaksikan kerusakan dapat memicu respons trauma. Dampak dapat berlangsung bahkan setelah api padam, karena pemulihan rumah dan mata pencaharian memakan waktu, klaim bantuan tidak pasti, dan tempat tinggal sementara mungkin kurang aman atau tidak nyaman. Pengalaman kehilangan juga berlapis: rumah adalah tempat berlindung, ruang sosial, penyimpan kenangan, dan aset ekonomi. Kerusakannya dapat mengguncang identitas dan kontinuitas hidup.

Jalur kedua adalah paparan asap serta kekhawatiran tentang kesehatan. Asap dapat menimbulkan gejala fisik seperti iritasi, batuk, atau sesak pada sebagian orang; gejala fisik yang nyata dapat memicu rasa takut, terutama ketika kualitas

udara sulit diperkirakan. Bahkan tanpa gejala berat, paparan berulang dapat menyebabkan seseorang mengamati tubuhnya terus-menerus, memeriksa indeks kualitas udara berkali-kali, membatasi kegiatan, atau khawatir tentang efek pada anak dan kehamilan. Hubungan ini dua arah: kondisi fisik dapat memperburuk suasana hati dan kecemasan, sementara stres dan kurang tidur dapat membuat pengalaman gejala terasa lebih berat.

Jalur ketiga adalah hilangnya kegiatan dan relasi sosial. Saat sekolah ditutup, anak belajar dari rumah; saat olahraga, pasar, ibadah, atau pertemuan warga dibatasi, kesempatan untuk berinteraksi berkurang. Pekerja luar ruang dapat kehilangan penghasilan atau menghadapi pilihan sulit antara bekerja dan mengurangi paparan. Pengasuh mungkin terkurung bersama anak, sementara orang dewasa lain bekerja di luar. Kabut asap juga mengurangi akses terhadap lingkungan alam yang biasanya menjadi ruang pemulihan, rekreasi, dan sumber identitas. Narasi kualitatif komunitas pedesaan di Washington mendeskripsikan kekhawatiran, stres, rasa bersalah, depresi, hilang motivasi, putus asa, dan ketidakberdayaan dalam pengalaman asap berulang; temuan tersebut memperkaya pemahaman, tetapi tidak dengan sendirinya memprediksi kondisi warga Indonesia (Humphreys et al., 2022).

Jalur keempat adalah ketidakpastian dan kepercayaan. Ketika pesan resmi saling bertentangan, data titik api sulit dipahami, atau masyarakat merasa pertanyaan mereka diabaikan, ketidakpastian dapat berubah menjadi ketidakpercayaan dan kemarahan. Pemberitaan yang terus menerus menampilkan gambar kebakaran dapat meningkatkan rasa ancaman, sementara informasi palsu dapat mendorong keputusan berisiko. Pada saat yang sama, masyarakat juga dapat mengalami frustrasi moral ketika berulang kali menyaksikan krisis yang tampak dapat dicegah namun berulang. Reaksi tersebut berhubungan dengan penilaian atas keadilan, tanggung jawab, dan kemampuan lembaga melakukan perubahan.

Jalur kelima adalah faktor biologis yang masih diteliti. Partikel halus PM2.5 dan campuran polutan dapat memengaruhi tubuh melalui inflamasi sistemik, stres oksidatif, gangguan kardiopulmoner, serta interaksi dengan sistem saraf. Penelitian polusi udara umum dan penelitian khusus asap kebakaran berkembang, namun tidak tepat menyatakan bahwa setiap partikel asap secara langsung menyebabkan gangguan psikiatri pada seseorang. Bukti epidemiologi menemukan asosiasi antara kenaikan PM2.5 khusus kebakaran dan peningkatan kunjungan gawat darurat untuk sejumlah kondisi mental, tetapi desain observasional tidak menghilangkan semua perancu dan hasil satu wilayah tidak otomatis berlaku di tempat lain (Jung et al., 2025). Tinjauan tentang asap dan kesejahteraan menyimpulkan bahwa dampak mungkin lebih nyata pada episode kronis atau berulang, tetapi bukti masih terbatas dan tidak konsisten (Eisenman et al., 2022).

4. KEKHUSUSAN KABUT ASAP INDONESIA

Konteks Indonesia memiliki sifat ekologis dan sosial yang khas. Sebagian kejadian kebakaran melibatkan lahan gambut yang telah dikeringkan dan rentan terbakar, serta lanskap yang berubah akibat pembukaan lahan dan degradasi. Api dapat membara di bawah permukaan dan bertahan setelah permukaan tampak lebih tenang. Kondisi tersebut memperpanjang ketidakpastian tentang kapan kualitas udara pulih. Namun, penyebab dan tanggung jawab setiap kejadian perlu diteliti berdasarkan bukti setempat; tidak semua kebakaran berasal dari praktik yang sama dan tidak tepat menyalahkan kelompok tertentu tanpa verifikasi.

Asap dapat bergerak melampaui kabupaten, provinsi, bahkan batas negara. Karena itu, penduduk yang tidak melihat api tetap terpapar dampak dan membutuhkan informasi serta perlindungan. Pengalaman sehari-hari dapat berubah drastis: sekolah mengurangi kegiatan luar ruang atau ditutup, penerbangan terganggu, kegiatan ekonomi melemah, dan layanan kesehatan menghadapi beban lebih besar. Peristiwa tersebut bukan hanya gangguan

atmosfer, tetapi juga gangguan terhadap ritme sosial. Ketika setiap musim kering menimbulkan antisipasi akan krisis, kecemasan dapat dimulai sebelum asap hadir. Ini dikenal sebagai stres antisipatoris: perhatian dan energi mental digunakan untuk mengantisipasi ancaman yang belum pasti.

Salah satu studi yang secara spesifik mengkaji krisis kabut Asia Tenggara adalah survei atas pengalaman kabut 2013 yang berfokus pada gejala fisik dan psikologis serta persepsi bahaya polusi di Singapura. Penelitian ini menunjukkan bahwa krisis asap dapat berkaitan dengan keluhan psikologis dan persepsi ancaman, tetapi sampel serta konteksnya tidak dapat digunakan untuk menghitung prevalensi pada masyarakat terdampak di Indonesia (Ho et al., 2014). Tinjauan tentang asap kebakaran juga menegaskan bahwa literatur masih sangat terkonsentrasi di negara berpendapatan tinggi dan membutuhkan lebih banyak penelitian di negara berpendapatan rendah-menengah (Grant & Runkle, 2022). Ini merupakan alasan kuat untuk membangun bukti lokal, bukan alasan untuk menganggap masyarakat Indonesia tidak terdampak.

Penting pula membedakan antara dampak kebakaran terhadap kesehatan mental dan masalah sosial yang telah ada sebelumnya. Kemiskinan, ketidakpastian kerja, konflik tenurial, ketimpangan akses layanan, pengalaman bencana lain, dan keterbatasan perlindungan sosial dapat memperberat dampak. Kabut asap bisa menjadi pemicu tambahan yang memperluas tekanan, bukan penyebab tunggal seluruh kesulitan. Pendekatan yang hanya menawarkan konseling individual tanpa memperbaiki akses udara bersih, layanan kesehatan, penghasilan, sekolah, dan keadilan penanganan akan menempatkan beban adaptasi pada individu yang sebenarnya membutuhkan perubahan lingkungan.

5. SIAPA YANG LEBIH BERISIKO

Anak-anak dapat kehilangan rutinitas sekolah, ruang bermain, hubungan teman sebaya, dan rasa aman. Mereka mungkin belum mampu menjelaskan

kekhawatiran secara verbal; gejala dapat terlihat sebagai mudah marah, menempel pada pengasuh, mengompol kembali, sulit tidur, takut berpisah, atau penurunan konsentrasi. Paparan asap dan gejala pernapasan dapat menambah ketakutan, sementara orang tua yang cemas dapat memengaruhi persepsi ancaman anak. Anak perlu penjelasan yang jujur dan sederhana, perlindungan dari paparan, jadwal yang stabil, kegiatan aman di dalam ruang, dan kesempatan bertanya tanpa menakut-nakuti.

Remaja menghadapi tantangan lain. Penutupan sekolah mengganggu pembelajaran, ujian, rencana pendidikan, dan interaksi sosial yang penting bagi perkembangan identitas. Akses media sosial dapat memberi hubungan dan informasi, tetapi juga paparan gambar menakutkan, kabar yang belum terverifikasi, dan perbandingan sosial. Remaja sebaiknya dilibatkan sebagai mitra dalam membuat rencana keselamatan dan kegiatan komunitas, bukan sekadar penerima instruksi.

Lansia, penyandang disabilitas, dan orang dengan gangguan mental atau penyakit kronis dapat menghadapi hambatan mobilitas, ketergantungan pada obat atau alat bantu, keterbatasan akses komunikasi, dan kesulitan evakuasi. Perubahan rutinitas dapat menimbulkan kebingungan; perawatan jarak jauh atau relokasi dapat memutus hubungan dengan keluarga dan penyedia layanan. Persiapan perlu meliputi rencana individu, ketersediaan obat, transportasi, pendamping, serta cara menyampaikan peringatan dalam format yang dapat diakses.

Ibu hamil, ibu menyusui, dan keluarga dengan bayi dapat mengalami kekhawatiran khusus tentang kesehatan diri maupun anak. Stres, kehilangan akses pemeriksaan, perubahan tempat tinggal, dan beban pengasuhan dapat memengaruhi kesejahteraan. Komunikasi harus memberi informasi faktual yang tidak menghakimi dan mengarahkan kepada tenaga kesehatan untuk pertanyaan individual. Tidak seharusnya disampaikan klaim pasti mengenai

bahaya atau keselamatan kehamilan tanpa mempertimbangkan dosis paparan, kondisi klinis, dan bukti.

Pekerja informal, petani, buruh perkebunan, pedagang, pengemudi, petugas pemadam, relawan, dan pekerja layanan darurat berpotensi mengalami paparan tinggi, kelelahan, risiko cedera, atau kehilangan pendapatan. Mereka mungkin merasa tidak memiliki pilihan untuk berhenti bekerja. Program kesehatan mental yang mengabaikan kebutuhan ekonomi dan keselamatan kerja tidak akan efektif. Pengusaha dan pemerintah perlu menyediakan pengendalian paparan, jam kerja aman, perlindungan pendapatan, peralatan yang sesuai, pelatihan, istirahat, dan dukungan setelah misi berisiko.

Perempuan sering memikul tugas perawatan, mengelola kebutuhan rumah tangga dan menjaga anak di tengah keterbatasan; tetapi jangan menganggap semua perempuan memiliki pengalaman yang sama. Masyarakat adat dan komunitas lokal mungkin mengalami kehilangan bukan hanya aset material, melainkan juga akses ke hutan, wilayah leluhur, sumber pangan, praktik budaya, dan hubungan spiritual dengan lanskap. Respons harus mengakui hak, pengetahuan, dan kepemimpinan mereka serta menyediakan ruang keputusan yang bermakna. Risiko muncul dari kombinasi paparan, kerentanan, sumber daya, dan ketimpangan, bukan dari identitas demografis saja.

6. MANIFESTASI DALAM KEHIDUPAN SEHARI-HARI

Pada masa krisis, tanda yang tampak dapat bersifat praktis: keluarga sulit tidur karena khawatir, orang tua menjadi lebih protektif, anak menolak masuk sekolah, pekerja sulit berkonsentrasi, atau warga mengurangi aktivitas sosial. Sebagian orang terus memeriksa kabar kebakaran dan indeks kualitas udara; sebagian lain menghindari berita sama sekali. Respons ini tidak selalu patologis. Mengikuti informasi dapat membantu keputusan aman, tetapi pemantauan berulang yang tidak menambah tindakan dapat memperkuat kecemasan. Menghindari kabar bisa menjadi jeda sehat, namun menjadi masalah bila seseorang kehilangan informasi keselamatan yang dibutuhkan.

Pada keluarga, stres dapat memicu pertengkaran mengenai kapan harus mengungsi, apakah anak boleh keluar, atau bagaimana menggunakan uang untuk perlindungan. Beban pengasuhan yang meningkat dapat mengurangi kesabaran, sementara orang yang kehilangan pekerjaan mungkin merasa malu atau gagal. Komunitas dapat mengalami konflik tentang tanggung jawab atas api, rumor, dugaan kelalaian, atau distribusi bantuan. Karena itu, komunikasi yang berorientasi pada keselamatan dan fakta harus berjalan bersama mekanisme penyelesaian keluhan serta akuntabilitas.

Keluhan fisik dan gejala psikologis saling berinteraksi. Sesak napas dapat menimbulkan serangan panik; panik dapat membuat napas terasa makin pendek; paparan asap dapat mengganggu tidur dan mengurangi energi; kelelahan dapat memperbesar kerentanan emosional. Ini bukan berarti gejala fisik “hanya di pikiran”. Tenaga kesehatan harus memeriksa tanda bahaya fisik terlebih dahulu dan memberikan penjelasan yang tidak merendahkan pengalaman pasien. Begitu pula, warga dengan gejala psikologis tidak boleh dianggap lemah atau mencari perhatian.

Dalam masa pemulihan, sebagian dampak baru tampak setelah kebutuhan darurat terselesaikan. Keluarga mungkin harus mengurus bantuan, membangun kembali rumah, melunasi utang, memulihkan kebun, atau kembali bekerja. Berkurangnya perhatian publik bisa membuat korban merasa dilupakan. Hari jadi peristiwa, perubahan cuaca, bau asap, bunyi sirene, atau berita kebakaran lain dapat menjadi pengingat yang memicu emosi. Pemantauan jangka panjang perlu dilakukan secara proporsional dan sukarela, tanpa mengubah setiap warga terdampak menjadi objek pemeriksaan patologis.

7. APA YANG DITUNJUKKAN BUKTI ILMIAH

Bukti ilmiah dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori. Pertama, studi pascakebakaran yang menilai orang yang mengalami ancaman langsung, evakuasi, kehilangan, atau kerusakan. Kedua, studi paparan asap tanpa kontak

langsung dengan api, yang menilai kekhawatiran, kesejahteraan, tidur, dan gejala mental. Ketiga, studi ekologis atau administratif yang membandingkan konsentrasi PM2.5 khusus kebakaran dengan penggunaan layanan kesehatan. Setiap kategori menjawab pertanyaan yang berbeda dan memiliki keterbatasan tersendiri.

Tinjauan Eisenman dan Galway (2022) mengidentifikasi beberapa jalur yang mungkin menghubungkan asap dengan kesehatan mental: efek fisik polusi, pembatasan aktivitas, gangguan kehidupan sosial, ancaman yang dirasakan, ketidakpastian, serta paparan berkepanjangan atau berulang. Para penulis menekankan terbatasnya bukti dan perlunya metode yang lebih kuat. Penelitian kualitatif penting karena dapat mengungkap pengalaman, makna, dan kebutuhan yang tidak tertangkap rekam medis. Namun, penelitian kualitatif tidak dirancang untuk menentukan prevalensi populasi.

Penelitian observasional terbaru menemukan asosiasi antara asap kebakaran dan kunjungan gawat darurat untuk kecemasan, serta antara PM2.5 khusus kebakaran dan sejumlah kunjungan kesehatan mental di California (Zhu et al., 2024; Jung et al., 2025). Temuan tersebut mendukung perhatian kesehatan masyarakat terhadap kemungkinan dampak akut, tetapi tidak membuktikan hubungan kausal individual. Faktor yang bertepatan dengan musim kebakaran—suhu ekstrem, pandemi, gangguan layanan, tekanan ekonomi, atau kondisi kesehatan sebelumnya—dapat memengaruhi hasil. Data administratif juga hanya menangkap orang yang mengakses layanan, bukan semua warga yang mengalami kesulitan.

Tinjauan jangka panjang menyatakan bahwa hasil kesehatan setelah kebakaran mencakup konsekuensi mental, terutama PTSD pada beberapa kelompok, dan menyoroti kekurangan studi longitudinal serta rendahnya keterwakilan negara berpendapatan rendah dan menengah (Grant & Runkle, 2022). Bukti harus dibaca dengan memperhatikan siapa yang diteliti, ukuran paparan, waktu observasi, instrumen, dan kriteria klinis. Pernyataan yang tepat ialah “terdapat

bukti awal dan berkembang bahwa asap serta pengalaman kebakaran dapat berhubungan dengan gangguan kesejahteraan dan meningkatnya beberapa luaran kesehatan mental," bukan "kabut asap pasti menyebabkan gangguan mental pada setiap orang."

8. PENILAIAN KEBUTUHAN DAN IDENTIFIKASI DINI

Penilaian yang baik dimulai dengan menanyakan kebutuhan nyata: Apakah orang itu aman? Apakah ia memiliki tempat tinggal, makanan, air, obat, udara yang lebih bersih, dan informasi? Apakah ia bersama keluarga? Apakah ada kebutuhan aksesibilitas atau perlindungan? Pertanyaan ini sering lebih membantu pada fase akut daripada langsung menanyakan diagnosis. Petugas juga perlu menilai paparan dan pengalaman: apakah warga mengalami ancaman langsung, kehilangan, evakuasi, gejala fisik, paparan berulang, atau tekanan mata pencaharian.

Skrining dapat membantu menemukan orang yang membutuhkan evaluasi lebih lanjut, tetapi bukan alat diagnosis dan tidak boleh menjadi syarat bantuan. Instrumen harus diterjemahkan dan diuji kesesuaiannya secara budaya, dengan prosedur privasi serta rujukan yang tersedia. Skrining universal tanpa kapasitas tindak lanjut berisiko menimbulkan kekhawatiran tanpa memberi pertolongan. Untuk kelompok besar, pemantauan berbasis populasi dapat melihat perubahan tidur, distress, gejala kecemasan/depresi, fungsi, penggunaan layanan, dan faktor pelindung. Hasil dipisahkan menurut umur, jenis kelamin, disabilitas, lokasi, mata pencaharian, dan kondisi sosial untuk menemukan ketidakadilan, tetapi informasi identitas harus dijaga.

Petugas perlu mengenali tanda bahwa evaluasi profesional segera dibutuhkan: ancaman menyakiti diri sendiri atau orang lain, tidak mampu menjaga keselamatan dasar, kebingungan berat, kehilangan kontak dengan realitas, serangan panik yang parah, atau penggunaan zat yang membahayakan. Dalam kondisi tersebut, individu hendaknya tidak ditinggalkan sendirian jika keselamatan terancam, dan perlu dihubungkan ke layanan kesehatan atau

fasilitas gawat darurat setempat. Penilaian risiko harus dilakukan oleh tenaga terlatih dan mengikuti protokol lokal. Artikel ini bukan pengganti pemeriksaan atau nasihat profesional.

9. DUKUNGAN PSIKOSOSIAL BERJENJANG

Kerangka berjenjang membantu menyesuaikan intensitas dukungan dengan kebutuhan. Lapisan dasar adalah keselamatan, layanan dasar, perlindungan, dan informasi yang dapat dipercaya. Ini mencakup tempat aman, udara yang lebih bersih bila memungkinkan, air dan makanan, obat, transportasi, ruang anak, dukungan pendapatan, serta kesinambungan layanan kesehatan. Tanpa kebutuhan dasar, intervensi psikologis individual dapat terasa tidak relevan.

Lapisan kedua adalah dukungan komunitas dan keluarga. Relawan terlatih dapat membantu warga mengakses bantuan, menghubungkan tetangga, menjaga rutinitas, menyediakan ruang aman untuk anak dan lansia, atau mendampingi keluarga yang kesulitan. Dukungan sebaiknya tidak memaksa orang menceritakan pengalaman traumatis. Mendengarkan secara empatik, menghormati martabat, menanyakan apa yang dibutuhkan, dan membantu memulihkan pilihan merupakan tindakan yang lebih aman. Intervensi komunitas perlu melibatkan tokoh lokal dan kelompok yang sering tidak terdengar.

Lapisan ketiga adalah dukungan terarah bagi orang yang menunjukkan distress bermakna, misalnya konseling singkat, dukungan kelompok, pemecahan masalah, atau konsultasi dengan tenaga kesehatan jiwa. Pilihan harus disesuaikan dengan preferensi, bahasa, nilai budaya, dan ketersediaan layanan. Kelompok tidak boleh dipaksakan pada orang yang tidak menginginkannya; kerahasiaan dan keselamatan menjadi prioritas.

Lapisan keempat adalah layanan klinis khusus untuk gangguan berat, risiko keselamatan, atau gejala yang menetap dan mengganggu fungsi. Rujukan dapat mencakup psikolog klinis, psikiater, dokter, konselor yang kompeten,

dan jejaring layanan primer. Kesiapsiagaan harus merencanakan alur rujukan sebelum kebakaran terjadi, bukan membangunnya setelah fasilitas sudah kewalahan. Prinsip IASC menekankan koordinasi, partisipasi komunitas, dukungan berlapis, integrasi sosial, dan penghormatan hak (IASC, 2007).

10. PERLINDUNGAN DIRI DAN COPING YANG REALISTIS

Strategi kesehatan mental perlu terhubung dengan pengurangan paparan. Masyarakat harus menerima panduan resmi kualitas udara dan perlindungan pernapasan dari otoritas kesehatan; ketersediaan ruang udara lebih bersih di rumah, sekolah, puskesmas, dan tempat pengungsian patut diprioritaskan bagi kelompok berisiko. Tidak semua rumah memiliki kemampuan menyegel ruangan, membeli penyaring udara, atau berhenti bekerja. Karena itu, anjuran individual harus disertai dukungan material dan kebijakan yang memungkinkan tindakan aman.

Rutinitas sederhana dapat menjaga rasa stabil: waktu tidur, makan, belajar, dan komunikasi keluarga; jeda dari berita; kegiatan dalam ruang yang aman; serta kontak berkala dengan orang yang dipercaya. Teknik pernapasan atau relaksasi dapat membantu mengelola ketegangan, tetapi tidak menggantikan evaluasi bila terdapat sesak berat atau gangguan kesehatan. Aktivitas fisik luar ruang tidak dianjurkan saat kualitas udara buruk; pilih kegiatan dalam ruangan sesuai arahan kesehatan.

Komunikasi keluarga dapat dibuat melalui rencana sederhana: sumber informasi resmi mana yang diikuti, siapa yang menjemput anak, obat dan dokumen apa yang disiapkan, siapa yang membutuhkan pendamping, dan kapan keluarga harus berpindah ke tempat lebih aman. Rencana ini mengurangi ketidakpastian tanpa menjanjikan bahwa semua risiko dapat dihilangkan. Orang tua dapat menjelaskan, “Asap sedang tidak sehat, kita akan mengurangi waktu di luar dan memeriksa informasi dari petugas,” dibanding menakut-nakuti atau memberi jaminan absolut.

Ketahanan bukan kewajiban individu untuk selalu tegar. Meminta bantuan, mengurangi beban, menyampaikan keluhan, dan berpartisipasi dalam keputusan adalah bagian dari penyesuaian yang sehat. Bahasa ketahanan perlu digunakan hati-hati agar tidak mengubah persoalan kebijakan menjadi tanggung jawab korban. Jika penyebab risiko dapat dicegah melalui tata kelola yang baik, pencegahan struktural menjadi bentuk perlindungan kesehatan mental.

11. KELUARGA, SEKOLAH, TEMPAT KERJA, DAN KOMUNITAS

Keluarga dapat membentuk suasana aman melalui percakapan terbuka, pembagian tugas, dan perhatian pada perubahan fungsi sehari-hari. Pengasuh perlu mencari dukungan untuk dirinya sendiri, bukan hanya memantau anak. Bila keluarga berada di pengungsian, privasi, ruang menyusui, fasilitas sanitasi, perlindungan terhadap kekerasan, dan ruang bermain aman merupakan komponen psikososial sekaligus perlindungan dasar.

Sekolah berfungsi sebagai tempat belajar, jejaring sosial, dan sumber rutinitas. Saat sekolah harus ditutup atau pembelajaran berpindah ke rumah, keputusan perlu mengutamakan kesehatan dan didukung akses belajar, komunikasi keluarga, dan perhatian bagi siswa yang kehilangan dukungan makan atau konseling sekolah. Sekolah sebaiknya memiliki protokol untuk memantau kualitas udara, mengelola ruang dalam, memberi informasi, serta mengidentifikasi murid yang mengalami distress. Guru bukan pengganti klinisi; mereka perlu pelatihan dasar dan jalur konsultasi yang jelas.

Tempat kerja perlu menilai risiko paparan serta beban psikologis, khususnya bagi pekerja luar ruang dan tim pemadam. Langkah yang mungkin mencakup pengaturan ulang jadwal, istirahat, rotasi, hidrasi, alat pelindung yang sesuai, komunikasi risiko, perlindungan upah, dukungan setelah kejadian kritis, serta mekanisme melaporkan kondisi berbahaya tanpa pembalasan. Pekerja yang kehilangan pendapatan memerlukan solusi ekonomi; konseling saja tidak

mengatasi kecemasan yang bersumber dari kebutuhan dasar yang tak terpenuhi.

Komunitas dapat membuat jaringan saling bantu untuk menyampaikan peringatan, mengunjungi lansia, mengantar obat, menjaga anak, dan menyediakan titik informasi. Kegiatan budaya, keagamaan, dan gotong royong dapat memberi makna, dukungan, dan kohesi. Namun, kegiatan itu harus sukarela, inklusif, dan tidak menggantikan tanggung jawab negara atau perusahaan yang relevan. Pihak yang diduga menyebabkan kerusakan tidak dapat menggunakan kegiatan amal untuk menghindari akuntabilitas atau pemulihan.

12. PERAN PUSKESMAS, RUMAH SAKIT, DAN TENAGA KESEHATAN

Puskesmas sering menjadi titik layanan yang dekat dengan masyarakat, sehingga kesiapan perlu mencakup skrining kebutuhan dasar, edukasi yang mudah dipahami, pencatatan tren, dukungan kesehatan jiwa awal, dan rujukan. Tenaga kesehatan harus mampu membedakan gejala fisik paparan asap dari kecemasan tanpa mengabaikan keduanya. Integrasi layanan memungkinkan orang menyampaikan kesulitan tidur atau panik saat berobat untuk keluhan pernapasan, lalu menerima evaluasi atau rujukan yang sesuai.

Rumah sakit perlu merencanakan lonjakan kunjungan, kesinambungan obat dan terapi, ruang tunggu yang mengurangi paparan, akses bagi pasien dengan gangguan jiwa, serta perlindungan tenaga kesehatan. Ketika kapasitas layanan akut terbatas, sistem rujukan lintas fasilitas dan konsultasi jarak jauh dapat membantu bila koneksi dan privasi memadai. Teknologi tidak boleh menggantikan alternatif luring bagi daerah tanpa internet atau warga dengan literasi digital rendah.

Tenaga kesehatan dan relawan pemadam juga menghadapi beban emosional. Mereka dapat mengalami kelelahan, paparan berulang, rasa bersalah karena tidak dapat menyelamatkan semua orang, serta tekanan keputusan di

lapangan. Organisasi perlu menyediakan supervisi, jam kerja wajar, rotasi, perlengkapan memadai, dukungan rekan sebaya, debriefing yang tidak memaksa, dan akses rahasia ke tenaga profesional. Kesehatan pekerja merupakan bagian dari kapasitas respons, bukan fasilitas tambahan.

13. KOMUNIKASI RISIKO, MEDIA, DAN INFORMASI PUBLIK

Komunikasi risiko yang baik bersifat cepat, konsisten, spesifik, dan mengakui ketidakpastian. Informasi idealnya menjawab: apa yang diketahui, apa yang belum diketahui, apa tindakan yang perlu dilakukan, kelompok mana yang perlu perhatian lebih, di mana bantuan tersedia, dan kapan informasi akan diperbarui. Jika data kualitas udara tidak tersedia di suatu lokasi, hal itu perlu dinyatakan secara jujur beserta indikator alternatif, bukan ditutupi dengan pesan menenangkan tanpa dasar.

Pesan harus menghindari dua ekstrem: menimbulkan kepanikan dengan narasi bencana yang tidak terukur dan memberi jaminan palsu bahwa paparan aman. Data titik api tidak sama dengan ukuran paparan pribadi; indeks kualitas udara bergantung pada metode pengukuran dan polutan yang dipakai. Warga membutuhkan penjelasan visual sederhana tentang kualitas udara, tindakan perlindungan, dan batasan data. Informasi sebaiknya tersedia dalam bahasa lokal, format audio, huruf besar atau braille bila diperlukan, serta melalui saluran analog seperti radio dan pengeras suara.

Media dapat membantu menyampaikan peringatan serta mengangkat kebutuhan masyarakat, tetapi gambar penderitaan yang berulang tanpa konteks dapat memperkuat ketakutan dan kelelahan empatik. Media perlu meminta izin sebelum memotret atau mewawancarai korban, melindungi anak, menghindari stigma, dan tidak mempublikasikan identitas pasien. Platform digital sebaiknya digunakan untuk mendeteksi informasi keliru dan memahami keluhan, bukan melakukan pengawasan tanpa batas. Pemerintah perlu menyediakan kanal pertanyaan dan koreksi serta melaporkan tindakan atas keluhan.

14. TATA KELOLA, KEADILAN, DAN KEPERCAYAAN

Kebakaran berulang dapat melahirkan perasaan bahwa warga harus menanggung konsekuensi keputusan yang dibuat jauh dari komunitas mereka. Ketika tanggung jawab tidak jelas, penegakan hukum tidak transparan, dan pemulihan berjalan lambat, ketidakberdayaan dapat meningkat. Penjelasan psikososial yang mengabaikan pertanyaan tentang keadilan berisiko mengindividualisasi penderitaan. Kesehatan mental masyarakat berhubungan dengan apakah warga memiliki suara, apakah hak mereka dihormati, apakah bantuan didistribusikan adil, dan apakah pihak yang menyebabkan kerusakan diminta bertanggung jawab berdasarkan bukti.

Pemerintah pusat dan daerah perlu mengintegrasikan kesehatan mental dalam rencana kontinjensi kebakaran, sistem peringatan, layanan pengungsian, dan pemulihan. Perusahaan yang beroperasi di kawasan rawan perlu memiliki pencegahan kebakaran, perlindungan pekerja, mekanisme pengaduan, dukungan pada masyarakat terdampak, serta transparansi data. Komunitas lokal dan masyarakat adat harus berpartisipasi dalam pemetaan risiko dan pengambilan keputusan, dengan penghormatan terhadap hak atas tanah dan pengetahuan ekologis. Organisasi masyarakat sipil dapat memantau distribusi bantuan dan membantu menghubungkan warga dengan layanan.

Pendekatan One Health dan kesehatan masyarakat dapat menyatukan kondisi ekosistem, hewan, kualitas udara, mata pencaharian, serta kesehatan manusia. Pencegahan pengeringan gambut, restorasi hidrologi, pengelolaan vegetasi, penegakan aturan, tata ruang, dan alternatif pembukaan lahan tanpa bakar pada akhirnya mengurangi paparan dan tekanan sosial. Pekerjaan mitigasi jangka panjang dengan manfaat tersebut perlu menyertakan transisi mata pencaharian serta insentif yang adil. Tanpa alternatif ekonomi, larangan semata dapat memindahkan beban kepada keluarga rentan.

15. KERANGKA KESIAPSIAGAAN SEBELUM MUSIM RAWAN

Kesiapsiagaan psikososial dimulai dengan pemetaan sumber daya dan kebutuhan. Pemerintah daerah dapat mengidentifikasi puskesmas, rumah sakit, sekolah, tempat ibadah, kelompok relawan, organisasi penyandang disabilitas, layanan perlindungan anak, dan tenaga kesehatan jiwa. Peta tersebut perlu menunjukkan jam layanan, kapasitas, keterjangkauan transportasi, bahasa, dan kontak yang telah diverifikasi. Data tidak cukup hanya mencatat jumlah tenaga; perlu diketahui apakah mereka memiliki pelatihan, supervisi, obat, dan kemampuan merujuk.

Rencana kesiapsiagaan harus menghubungkan indikator lingkungan dengan tindakan kesehatan. Contohnya, ambang kualitas udara yang ditetapkan otoritas dapat memicu pemberitahuan kepada sekolah, penyesuaian kegiatan luar ruang, pembukaan ruang aman, perlindungan pekerja, dan penjangkauan kepada pasien berisiko. Komunikasi harus menyebut tindakan konkret dan pihak yang bertanggung jawab. Simulasi dapat menguji skenario gangguan listrik, jaringan komunikasi putus, relokasi puskesmas, keterlambatan obat, dan warga yang tidak dapat mengungsi sendiri.

Pelatihan untuk kader, guru, petugas lapangan, dan pemimpin komunitas sebaiknya berfokus pada keterampilan dasar: mendengar dengan empati, mengenali kebutuhan mendesak, menjaga privasi, menghindari janji yang tidak bisa dipenuhi, menyampaikan informasi resmi, melakukan rujukan, serta menjaga keselamatan diri. Pelatihan tidak menjadikan mereka terapis. Dukungan bagi penolong juga harus dirancang: jadwal kerja, istirahat, perlindungan, supervisi, dan akses layanan.

Pemerintah dapat melakukan latihan komunikasi publik sebelum krisis: materi yang diuji pada kelompok usia dan bahasa berbeda, saluran komunikasi cadangan, prosedur koreksi informasi salah, serta juru bicara yang terpercaya. Kesiapsiagaan ekonomi mencakup mekanisme bantuan tunai, perlindungan pekerja informal, dukungan sekolah, dan layanan kesehatan terjangkau. Bila

masyarakat mengetahui bahwa bantuan dapat diakses melalui prosedur yang jelas, sebagian sumber kecemasan dapat dikurangi.

16. RESPONS SELAMA KEJADIAN

Saat kebakaran dan kabut asap berlangsung, tindakan pertama adalah memastikan keselamatan fisik dan pengurangan paparan. Informasi harus diperbarui secara berkala, pengungsian dilakukan dengan mempertimbangkan kelompok yang membutuhkan pendampingan, dan layanan dasar harus tetap berfungsi. Lokasi pengungsian memerlukan ruang privat, area ramah anak, aksesibilitas, perlindungan dari kekerasan, pemisahan area berisiko, dan saluran pengaduan. Kebutuhan psikososial tidak akan terpenuhi bila kondisi tempat tinggal sementara tidak aman.

Petugas dan relawan sebaiknya menyapa dengan tenang, memperkenalkan diri, meminta izin sebelum membantu, menanyakan kebutuhan prioritas, dan menghubungkan orang dengan keluarga serta layanan yang relevan. Hindari memaksa penyintas menceritakan kembali pengalaman. Informasi diberikan secara sederhana, berulang, dan dengan kesempatan untuk bertanya. Bila terjadi reaksi emosional, jangan mempermalukan atau menyuruh “jangan panik”; bantu orang mendapatkan tempat lebih aman dan dukungan yang dibutuhkan.

Keluarga dengan anggota yang memiliki gangguan mental berat, kebutuhan obat khusus, atau disabilitas perlu rencana kesinambungan. Petugas registrasi dapat membantu melacak pengobatan tanpa mengumumkan diagnosis di ruang publik. Bagi anak, menjaga kedekatan pengasuh, benda yang menenangkan, waktu makan dan tidur, serta kegiatan aman dapat mendukung kestabilan. Bagi lansia, orientasi yang jelas dan kontak keluarga dapat mengurangi kebingungan.

Layanan kesehatan perlu menggunakan data secara hati-hati. Peningkatan kunjungan karena kecemasan tidak boleh langsung diartikan sebagai bukti

bahwa udara adalah satu-satunya penyebab. Catat kondisi paparan, lokasi, waktu, gejala, dan gangguan layanan; data dapat membantu merencanakan kapasitas dan penelitian. Perlu perlindungan kerahasiaan, terutama ketika informasi dikaitkan dengan lokasi kecil atau kelompok rentan.

17. PEMULIHAN DAN DUKUNGAN JANGKA PANJANG

Pemulihan tidak dimulai ketika asap hilang; ia berkembang bertahap bersama pemulihan penghidupan, sekolah, hubungan sosial, dan rasa percaya. Bantuan harus menjangkau warga yang tidak mengungsi, pekerja yang kehilangan pendapatan, keluarga yang menanggung utang, dan komunitas yang kehilangan akses ke sumber daya alam. Proses pemulihan yang transparan dan melibatkan warga dapat memulihkan kendali serta rasa keterhubungan.

Layanan kesehatan mental dapat mengadakan pemantauan berjangka pada kelompok yang mengalami paparan atau kehilangan berat, sambil menjaga prinsip sukarela, privasi, dan persetujuan. Orang dengan gejala menetap perlu akses pada asesmen, psikoterapi berbasis bukti, intervensi medis bila diperlukan, dan dukungan sosial. Tidak ada satu terapi yang cocok bagi semua orang; pilihan ditentukan berdasarkan masalah, preferensi, usia, budaya, ketersediaan, dan penilaian profesional.

Pemulihan sosial dapat memasukkan forum komunitas untuk berbagi informasi dan kebutuhan, program kembali sekolah, dukungan bagi pengasuh, kegiatan pemuda, pemulihan mata pencaharian, serta ruang berkabung bagi mereka yang kehilangan orang atau tempat. Kegiatan memorial perlu menghormati kehendak masyarakat dan tidak menggantikan kompensasi atau pertanggungjawaban. Pengalaman masyarakat dapat dipakai untuk memperbaiki rencana kebakaran, tetapi partisipasi perlu diberi dukungan dan tidak mengeksploitasi trauma.

Bagi komunitas yang menghadapi kebakaran berulang, pemulihan harus mengurangi risiko masa depan. Jika masyarakat kembali ke lanskap yang tetap

kering, kanal tidak dikelola, dan praktik berbahaya berulang, mereka dapat mengalami stres antisipatoris setiap musim kering. Pemulihan ekologis dan sosial saling terkait: gambut basah yang berfungsi, hutan yang lebih utuh, mata pencaharian berkelanjutan, dan tata kelola yang responsif dapat membentuk dasar rasa aman jangka panjang.

18. PENGUKURAN, EVALUASI, DAN PENELITIAN INDONESIA

Program perlu mengukur proses dan hasil. Indikator proses mencakup waktu pemberitahuan, keterjangkauan bantuan, proporsi fasilitas yang memiliki ruang udara bersih, kesiapan rujukan, ketersediaan obat, pelatihan petugas, serta partisipasi komunitas. Hasil kesehatan mencakup gejala distress, kualitas tidur, fungsi harian, rasa aman, dukungan sosial, penggunaan layanan, dan kepuasan warga. Indikator harus dilengkapi ukuran keadilan: siapa yang belum menerima informasi, siapa yang tidak bisa mengakses bantuan, dan kelompok mana yang menanggung biaya terbesar.

Penelitian di Indonesia sebaiknya menggabungkan desain longitudinal, pengukuran paparan asap, data layanan kesehatan, survei psikososial, dan wawancara mendalam. Pemantauan sebelum, selama, dan sesudah musim kebakaran dapat membedakan kondisi dasar dari perubahan terkait krisis. Pengukuran perlu membedakan jarak dari api, kualitas udara, durasi paparan, pengalaman evakuasi, kehilangan, gangguan layanan, dan sumber penghidupan. Kuesioner tervalidasi dalam bahasa lokal perlu melibatkan komunitas dalam pengembangan dan uji coba.

Studi kausal harus berupaya mengendalikan faktor perancu, mengakui keterbatasan data, serta tidak mengekspos identitas responden. Data geospasial yang digabung dengan diagnosis kesehatan dapat mengidentifikasi komunitas kecil; perlindungan privasi perlu dirancang sejak awal. Penelitian etis tidak memaksakan wawancara traumatis, memberi kompensasi yang wajar, menyediakan rujukan jika kebutuhan muncul, dan menyampaikan hasil kembali kepada masyarakat.

Tiga agenda sangat penting. Pertama, membangun baseline dan pemantauan berulang di wilayah rawan asap. Kedua, mengevaluasi strategi perlindungan seperti ruang udara bersih, dukungan pendapatan, komunikasi risiko, dan integrasi dukungan psikososial ke puskesmas. Ketiga, mempelajari dampak sosial dan psikologis kebakaran gambut berulang pada masyarakat adat, petani, pekerja perkebunan, anak, lansia, dan petugas. Tanpa bukti lokal, kebijakan berisiko mengimpor program yang tidak sesuai atau mengabaikan kebutuhan khusus.

19. AGENDA KEBIJAKAN TERPADU

Agenda kebijakan sebaiknya bergerak serentak pada tiga horizon. Dalam jangka pendek, otoritas harus memberi peringatan yang jujur, melindungi kelompok rentan, mempertahankan layanan, menyediakan ruang yang lebih bersih, dan membuat jalur bantuan psikososial yang mudah dijangkau. Dalam jangka menengah, puskesmas dan sekolah perlu memperkuat deteksi kebutuhan serta rujukan; pemerintah daerah mengembangkan perlindungan pekerja dan dukungan penghidupan; dan lembaga penanggulangan bencana memasukkan data psikososial dalam evaluasi. Dalam jangka panjang, mitigasi ekologis, tata ruang, penegakan hukum, restorasi gambut, dan perubahan praktik pengelolaan lahan harus mengurangi paparan berulang.

Kebijakan perlu mengikuti prinsip proporsionalitas: bantuan diarahkan berdasarkan paparan dan kebutuhan, bukan semata-mata status administratif. Prinsip partisipasi berarti warga tidak hanya diminta mematuhi anjuran, tetapi turut menentukan prioritas, bentuk layanan, dan evaluasi. Prinsip akuntabilitas mensyaratkan data terbuka yang aman, mekanisme pengaduan, evaluasi independen, dan tindak lanjut yang nyata. Prinsip non-diskriminasi mengakui bahwa geografi, bahasa, status sosial, disabilitas, pekerjaan, dan identitas adat dapat membentuk akses berbeda.

Kesehatan mental perlu masuk ke dalam anggaran dan indikator penanggulangan, tetapi tidak dengan target sempit yang mendorong skrining

massal tanpa layanan. Pendanaan harus meliputi pelatihan, supervisi, layanan klinis, dukungan komunitas, perlindungan petugas, pengumpulan data, dan pemulihan sosial. Menghubungkan anggaran kesehatan dengan pencegahan kebakaran menunjukkan bahwa kesehatan masyarakat dibentuk oleh kebijakan lingkungan dan ekonomi, bukan hanya oleh sistem klinis.

49. KEBUTUHAN DI WILAYAH PERKOTAAN DAN PEDESAAN

Wilayah perkotaan dan pedesaan menghadapi kombinasi risiko berbeda. Di kota, kepadatan penduduk memperbesar jumlah orang yang terpapar dalam satu wilayah, sementara kualitas udara dalam ruang bergantung pada kepadatan hunian, ventilasi, dan sumber polusi lain. Banyak pekerja tinggal jauh dari tempat kerja dan menggunakan transportasi publik atau sepeda motor. Sekolah dan pusat layanan berada lebih dekat dibandingkan sebagian daerah pedalaman, tetapi kepadatan antrean, biaya hidup, dan ketimpangan perumahan dapat menghambat perlindungan.

Di daerah pedesaan, warga mungkin lebih dekat dengan sumber api, tetapi juga memiliki pengetahuan langsung mengenai lanskap dan jaringan sosial yang kuat. Akses ke dokter spesialis, transportasi, internet, dan pengukuran kualitas udara dapat lebih terbatas. Keluarga yang mata pencahariannya bergantung pada hasil kebun atau hutan menghadapi tekanan ekonomi dan identitas yang tidak sama dengan penduduk kota. Sebagian tempat tinggal mungkin dibangun dengan ventilasi alami yang penting bagi kenyamanan dalam iklim tropis, sehingga anjuran menutup rumah memerlukan penjelasan dan dukungan agar tidak menimbulkan panas atau masalah lain.

Strategi kota dapat memanfaatkan fasilitas publik yang tersebar, transportasi umum, rumah susun, dan jejaring sekolah, tetapi harus memberi perhatian pada warga tanpa tempat tinggal tetap, penghuni kontrakan, dan pekerja informal. Strategi pedesaan dapat mengandalkan pos layanan keliling, radio komunitas, kader, kelompok adat, dan titik perlindungan yang dekat dengan permukiman. Pemantauan kualitas udara bergerak dapat membantu wilayah

yang tidak memiliki stasiun tetap, tetapi harus disertai prosedur kalibrasi dan interpretasi.

Peta kebutuhan sebaiknya tidak menganggap seluruh kabupaten homogen. Dusun di dekat gambut, desa di tepi sungai, wilayah perkebunan, kota yang dilalui asap, dan permukiman terpencil mempunyai jalur paparan dan kebutuhan bantuan berlainan. Analisis subwilayah dapat mengarahkan sumber daya secara lebih adil, asalkan data tidak digunakan untuk memberi stigma kepada penduduk tertentu. Pelaksanaan harus dimulai dengan konsultasi dan pengujian lapangan.

50. MENGELOLA KETIDAKPASTIAN DAN RASA KENDALI

Ketidakpastian tidak dapat dihapus seluruhnya selama kebakaran aktif, namun bisa dikelola. Warga perlu membedakan hal yang telah diketahui, hal yang sedang diperiksa, dan hal yang belum dapat dipastikan. Petugas dapat menyampaikan waktu pembaruan berikutnya, bahkan jika belum ada perubahan, sehingga masyarakat tidak harus menafsirkan keheningan. Pesan yang tidak berubah dapat tetap penting bila menjelaskan tindakan aman yang masih relevan.

Rasa kendali dapat ditingkatkan melalui pilihan konkret: lokasi ruang aman, cara menghubungi keluarga, waktu mengikuti berita, cara mendapatkan obat, atau prosedur evakuasi. Namun, jangan menyarankan pilihan yang tidak tersedia. Jika warga tidak memiliki sumber daya untuk membeli penyaring udara atau meninggalkan pekerjaan, pesan harus mengakui keterbatasan itu dan menunjukkan dukungan yang dapat diakses. Tanpa dukungan tersebut, seruan “ambil kendali” dapat menambah rasa gagal.

Orang memiliki toleransi risiko yang berbeda. Sebagian mencari data lebih rinci; yang lain memilih penjelasan sederhana. Komunikasi dapat menawarkan lapisan informasi: ringkasan tindakan utama, penjelasan lebih rinci, dan tautan atau petugas untuk pertanyaan. Dengan begitu, warga dapat memilih tingkat

detail tanpa kehilangan inti keselamatan. Hindari memperbarui angka dan peta dengan format yang berubah-ubah tanpa keterangan, karena masyarakat sulit membandingkan informasi dari hari ke hari.

Ketika terjadi kesalahan dalam prakiraan atau respons, pihak berwenang perlu menjelaskan perubahan berdasarkan data baru. Permintaan maaf dan koreksi bukan kelemahan institusi; ia menunjukkan bahwa sistem dapat belajar. Kepercayaan lebih mudah dipertahankan ketika masyarakat melihat bahwa umpan balik menghasilkan tindakan. Sebaliknya, menepis pengalaman langsung warga dapat menimbulkan ketidakberdayaan dan meningkatkan kecenderungan mencari informasi dari sumber tidak terverifikasi.

51. PENGARUH BERITA, MEDIA SOSIAL, DAN KELELAHAN INFORMASI

Arus gambar dan berita kebakaran dapat membawa manfaat: masyarakat mengetahui lokasi berbahaya, memahami kondisi kerabat, dan menekan lembaga agar merespons. Namun, konsumsi berulang atas rekaman api, korban, atau hewan terluka dapat meningkatkan kesedihan, ketegangan, dan rasa tidak berdaya. Paparan tidak sama bagi semua orang. Penyintas yang kehilangan rumah mungkin lebih terpicu oleh gambar serupa; anak dapat salah memahami video lama sebagai peristiwa yang sedang terjadi.

Keluarga dapat menyepakati batas sederhana, seperti memeriksa pengumuman resmi pada waktu tertentu dan mematikan notifikasi yang tidak penting. Batas ini tidak berarti mengabaikan risiko; satu anggota keluarga dapat ditugaskan mengikuti peringatan keselamatan lalu menyampaikan inti informasi kepada yang lain. Media dan platform dapat memberi label waktu serta lokasi pada rekaman, mengoreksi konten lama yang beredar kembali, dan menyediakan konteks untuk gambar ekstrem.

Jurnalis perlu menerapkan peliputan yang beretika. Wawancara dilakukan dengan persetujuan, memberi kesempatan untuk tidak menjawab, dan tidak meminta korban menceritakan kehilangan berulang hanya untuk memperoleh

kutipan emosional. Narasumber dari komunitas tidak boleh direduksi menjadi simbol penderitaan. Peliputan juga dapat menyoroti sumber risiko, keputusan kebijakan, tanggapan layanan, serta upaya warga, bukan hanya pemandangan api.

Lembaga publik perlu memiliki prosedur mengoreksi kabar palsu tanpa mempermalukan orang yang membagikannya. Rumor sering berkembang karena informasi resmi terlambat atau tidak menjawab pertanyaan. Koreksi sebaiknya menyebut fakta dan tindakan yang harus diambil, serta menjelaskan kanal verifikasi. Kelelahan informasi dapat terjadi ketika notifikasi terlalu sering, saling bertentangan, atau tidak disertai langkah praktis; kualitas dan konsistensi lebih penting daripada frekuensi semata.

52. MENGINTEGRASIKAN KESEHATAN JIWA KE DALAM PEMANTAUAN LAYANAN

Sistem surveilans kebakaran biasanya memantau titik panas, luas area terbakar, kualitas udara, dan kasus gangguan pernapasan. Aspek psikososial dapat dimasukkan tanpa membuat sistem terlalu rumit. Puskesmas dapat mencatat permintaan konsultasi terkait kecemasan, tidur, stres, dan gangguan fungsi secara agregat; sekolah dapat melaporkan ketidakhadiran atau permintaan dukungan; layanan sosial dapat memantau keluarga yang kehilangan penghidupan; dan posko dapat mencatat kebutuhan perlindungan serta dukungan keluarga.

Data ini perlu ditafsirkan bersama perubahan jumlah penduduk, akses layanan, dan pola pencatatan. Lonjakan kunjungan bisa menandakan kebutuhan meningkat atau layanan menjadi lebih mudah diakses. Penurunan bisa mencerminkan pemulihan atau hambatan. Karena itu, data kuantitatif dilengkapi pertanyaan kualitatif bagi petugas dan warga: apakah bantuan sampai, apakah informasi dipahami, apakah ruang perlindungan digunakan, dan apa yang menghalangi akses.

Pengumpulan data rutin perlu menjaga privasi. Tidak perlu mencatat diagnosis individual dalam basis data operasi jika cukup dengan angka agregat dan kategori kebutuhan. Jika catatan klinis diperlukan, ia mengikuti aturan rekam medis dan tidak digabung ke peta publik pada skala yang dapat mengidentifikasi pasien. Analisis antarwilayah perlu menekan data atau menyamarkan lokasi bila jumlah kasus sangat kecil.

Sistem pemantauan yang baik menghubungkan indikator dengan keputusan. Jika kebutuhan konsultasi meningkat, dinas kesehatan dapat mengaktifkan dukungan tambahan; jika warga tidak menerima peringatan, komunikasi diperluas; jika tenaga kelelahan, rotasi dibuat. Tanpa ambang tindakan dan penanggung jawab, surveilans hanya menghasilkan laporan. Keputusan harus dievaluasi bersama masyarakat agar respons selaras dengan pengalaman nyata.

53. PERAN PEMBIAYAAN DAN PERLINDUNGAN SOSIAL

Perlindungan sosial membantu keluarga bertahan selama paparan berlangsung. Bantuan tunai, kompensasi kehilangan pendapatan yang memenuhi syarat, akses layanan tanpa biaya pada masa darurat, dukungan transportasi, bantuan pangan, dan pembebasan biaya sekolah dapat mengurangi keputusan berisiko. Mekanisme perlu cepat namun tetap transparan. Kriteria yang rumit atau bergantung pada dokumen yang hilang akibat pengungsian dapat menutup akses bagi keluarga.

Perencanaan anggaran perlu memisahkan kesiapsiagaan, respons, dan pemulihan sekaligus menjaga kesinambungan antartahap. Dana darurat dapat membiayai ruang perlindungan, komunikasi, transportasi, penguatan layanan primer, dan tenaga tambahan. Pemulihan dapat memerlukan dukungan berbulan-bulan, sehingga tidak cukup mengandalkan anggaran tanggap darurat jangka pendek. Pemerintah dapat mengidentifikasi biaya yang dapat dialihkan atau diaktifkan otomatis saat indikator risiko tercapai.

Investasi pada pencegahan memiliki manfaat lintas sektor, termasuk berkurangnya paparan, gangguan aktivitas, kerusakan ekosistem, dan tekanan pada fasilitas kesehatan. Analisis biaya tidak seharusnya mengukur manfaat hanya dari jumlah kasus klinis yang tidak terjadi, sebab ada nilai pada keselamatan, kesejahteraan, rasa aman, pendidikan, dan kelangsungan hidup komunitas. Evaluasi ekonomi perlu melibatkan warga dan mempertimbangkan siapa menanggung biaya serta siapa menerima manfaat.

Pendanaan layanan harus memperhatikan distribusi tenaga. Kota mungkin memiliki lebih banyak psikolog dan fasilitas, sementara wilayah rawan kebakaran memiliki kesenjangan besar. Beasiswa, pelatihan dan supervisi bagi tenaga lokal, telekonsultasi, serta penempatan yang berkelanjutan dapat membantu mengurangi ketimpangan. Namun, program tidak boleh bergantung pada relawan tanpa perlindungan dan tanpa jalur kompensasi yang adil.

54. KEBIJAKAN BERBASIS BUKTI DAN KETERLIBATAN KOMUNITAS

Kebijakan berbasis bukti bukan berarti menunggu kepastian sempurna sebelum bertindak. Dalam situasi risiko yang nyata, tindakan perlindungan yang proporsional dapat dilakukan sambil mengumpulkan data lebih baik. Prinsip kehati-hatian membantu mencegah paparan tanpa menyatakan hubungan kausal yang belum terbukti. Keputusan harus dinyatakan sebagai respons terhadap bukti yang tersedia dan dievaluasi ketika pengetahuan berubah.

Keterlibatan komunitas meningkatkan relevansi kebijakan jika dilakukan sejak awal. Warga dapat membantu menentukan lokasi ruang aman, jam distribusi bantuan, cara komunikasi, dan indikator pemulihan. Keterlibatan yang hanya meminta tanda tangan setelah keputusan dibuat tidak memberi ruang pengaruh. Pemerintah perlu mengungkap bagaimana masukan dipertimbangkan dan mengapa beberapa usulan tidak dapat dilaksanakan.

Perwakilan komunitas harus mencakup mereka yang menghadapi hambatan partisipasi. Pertemuan malam mungkin sulit bagi pengasuh; lokasi jauh tidak dapat diakses warga disabilitas; bahasa teknis membuat pendapat warga pedalaman kurang terdengar. Kompensasi transportasi, interpretasi bahasa, format konsultasi alternatif, dan waktu yang memadai dapat memperbaiki kualitas partisipasi. Perwakilan dipilih secara transparan dan tidak hanya mengandalkan individu yang selalu hadir.

Proses deliberasi harus melindungi kritik. Kekhawatiran terhadap perizinan, penggunaan lahan, atau pembagian bantuan tidak boleh dibungkam dengan label menyebarkan kepanikan. Mekanisme pengaduan independen dapat menerima keluhan secara aman dan melaporkan penyelesaian secara agregat. Akuntabilitas dan dukungan psikososial berhubungan karena masyarakat lebih mudah memulihkan rasa kendali ketika mereka dapat memengaruhi keputusan dan melihat respons atas suara mereka.

55. PELAJARAN UNTUK MANAJEMEN BENCANA DAN KEPEMIMPINAN

Pemimpin organisasi menghadapi kebutuhan membuat keputusan dengan data yang tidak lengkap, tekanan waktu, serta konsekuensi yang tidak merata. Prinsip manajemen yang bermanfaat ialah menentukan tujuan keselamatan, menjelaskan asumsi, menetapkan penanggung jawab, membangun cadangan, memonitor dampak, dan memperbarui keputusan. Komunikasi yang tampak tenang tetapi tidak memiliki rencana tindak lanjut tidak cukup; kepemimpinan perlu menunjukkan kompetensi melalui tindakan yang dapat diperiksa.

Organisasi dapat belajar dari siklus perbaikan berkelanjutan. Sebelum musim rawan, lakukan pemetaan dan latihan; saat krisis, catat keputusan dan kondisi; sesudahnya, evaluasi apa yang berjalan baik dan apa yang gagal; kemudian ubah prosedur, anggaran, dan pelatihan. Pembelajaran harus menghindari pencarian kambing hitam yang membuat pekerja enggan melaporkan masalah. Akuntabilitas tetap diperlukan untuk pelanggaran dan kelalaian, tetapi pembelajaran sistem memeriksa kondisi yang mendorong kesalahan.

Pimpinan perlu mengakui keterbatasan kapasitas dengan jujur dan menyampaikan prioritas. Jika satu layanan kewalahan, pemindahan pasien atau penambahan tenaga perlu ditetapkan dengan koordinasi. Jika suatu wilayah belum memiliki data, jadwalkan pengukuran atau jalankan pendekatan perlindungan sementara yang masuk akal. Keputusan yang terbuka terhadap koreksi lebih kuat daripada klaim bahwa sistem sudah sempurna.

Dalam kerangka manajemen risiko, kesehatan mental adalah salah satu luaran yang dipengaruhi pilihan strategis tentang pencegahan, kesiapan, alokasi sumber daya, dan pemulihan. Pemimpin dapat menilai keberhasilan bukan hanya dari kecepatan mengendalikan api, tetapi juga dari bagaimana warga diinformasikan, dilindungi, dilibatkan, dan didukung setelah krisis. Perspektif ini mendorong organisasi menghubungkan operasi lapangan dengan mutu pelayanan dan pengalaman masyarakat.

57. PEMANTAUAN PADA TIGA FASE DAN TINDAK LANJUT KELUARGA

Pada fase sebelum asap, komunikasi keluarga dapat memetakan siapa yang membutuhkan dukungan jika kualitas udara memburuk. Rencana sederhana menyebut siapa yang menyampaikan kabar, siapa yang mengambil anak, siapa yang mendampingi lansia, di mana obat penting disimpan, dan lokasi layanan terdekat. Rencana ditulis atau disampaikan dengan cara yang dapat dipahami seluruh anggota rumah, termasuk anak remaja dan orang yang memiliki keterbatasan komunikasi. Keluarga dapat menguji rencana dengan simulasi percakapan singkat dan memperbaikinya jika ada anggota yang tidak dapat melakukan tugas tertentu.

Saat asap muncul, keluarga memeriksa pembaruan pada saluran yang telah dipilih, mengurangi paparan sesuai instruksi kesehatan, dan memastikan kebutuhan fisik dasar. Jika anggota keluarga menunjukkan distress, pengasuh dapat mendengarkan tanpa langsung mengoreksi emosi. Pertanyaan seperti “Apa yang paling membuatmu khawatir sekarang?” membantu mengidentifikasi kebutuhan. Setelah itu, keluarga dapat menyusun satu

langkah yang bisa dilakukan saat itu, misalnya menghubungi layanan kesehatan, mengatur jadwal belajar, atau menghubungi kerabat. Tujuannya bukan menyelesaikan seluruh krisis sekaligus, melainkan mengembalikan sedikit rasa kendali.

Dalam masa pemulihan, keluarga perlu meninjau ulang dampak pada rutinitas, sekolah, pekerjaan, pengeluaran, dan hubungan. Perubahan suasana hati yang ringan mungkin mereda, tetapi gejala yang berlanjut, memburuk, atau mengganggu fungsi patut dibicarakan dengan tenaga kesehatan. Pengasuh juga perlu memperhatikan kondisinya sendiri. Bila orang yang biasanya merawat semua orang kehabisan tenaga, seluruh sistem keluarga menjadi lebih rapuh.

Layanan dapat menyediakan informasi singkat bagi keluarga mengenai reaksi umum setelah bencana, cara mendukung anak, tanda kebutuhan bantuan lebih lanjut, dan akses pada layanan lokal. Materi harus membedakan keadaan gawat dari gejala yang bisa dipantau, tanpa membuat warga menilai sendiri diagnosisnya. Nomor atau tautan layanan hanya dicantumkan jika telah diverifikasi beroperasi.

58. MENYUSUN LINGKUNGAN YANG MENDUKUNG PEMULIHAN

Lingkungan sehari-hari dapat mendukung atau menghambat pemulihan. Rumah yang aman, tempat tidur yang cukup, udara yang lebih bersih, kesempatan berkomunikasi, ruang privat, dan jadwal yang dapat diperkirakan membantu tubuh kembali pada ritme yang lebih stabil. Di tempat pengungsian, kebisingan dan cahaya sepanjang malam dapat memperburuk tidur, sementara kurangnya ruang untuk berbicara dengan keluarga menambah kecemasan. Pengelola dapat mengatur jam tenang, area istirahat, serta kanal pertanyaan yang tidak mengharuskan warga berteriak di ruang umum.

Ruang aman untuk anak tidak harus dilengkapi peralatan mahal. Permainan sederhana, buku, alat gambar, jadwal aktivitas, dan pendamping yang konsisten dapat memberi struktur. Aktivitas harus mempertimbangkan kondisi udara di dalam ruangan dan tidak mengharuskan anak melakukan kegiatan fisik intensif jika kondisi kesehatan tidak mendukung. Anak yang memilih diam tidak boleh dipaksa bercerita atau tampil dalam kegiatan. Pengasuh mendapat informasi tentang apa yang dilakukan anak dan bagaimana menyampaikan kekhawatiran.

Ruang yang mendukung juga perlu memperhatikan privasi dan keamanan perempuan serta kelompok yang berisiko mengalami kekerasan. Tata letak, pencahayaan, akses toilet, pengawasan tanpa intimidasi, dan mekanisme laporan dapat mengurangi risiko. Petugas perlu mengetahui cara merespons laporan dengan aman dan menjaga kerahasiaan. Pengaturan ini bukan pelengkap administratif, melainkan bagian dari kesejahteraan.

Di kawasan yang mengalami paparan jangka panjang, pemerintah dapat mendukung fasilitas publik sebagai tempat berkegiatan dalam ruang: perpustakaan, balai desa, sekolah, atau pusat komunitas. Akses terhadap kegiatan bermakna dan interaksi sosial mengurangi isolasi selama warga membatasi aktivitas luar ruang. Namun, fasilitas perlu memiliki perawatan, staf, dan biaya operasional. Membuka ruang sekali tanpa memastikan kelangsungan akses dapat menimbulkan harapan yang kemudian mengecewakan.

59. ANALISIS KERENTANAN TANPA MELABELI MASYARAKAT

Pemetaan kerentanan membantu mengarahkan sumber daya, tetapi dapat menghasilkan label yang merugikan jika dilakukan secara ceroboh. Menyebut satu desa sebagai “tidak berdaya” dapat menutupi pengetahuan dan kapasitas lokalnya, sedangkan kategori “rentan” dapat membuat pihak lain menganggap warga tidak mampu mengambil keputusan. Analisis yang baik menggambarkan kondisi yang meningkatkan paparan dan hambatan akses, sekaligus mencatat aset dan bentuk kepemimpinan lokal.

Peta dapat menggabungkan lokasi pemukiman, jarak fasilitas, penduduk usia lanjut, disabilitas, sekolah, titik layanan, pola angin, kualitas udara, mata pencaharian, dan wilayah yang sulit dijangkau. Setiap lapisan data mempunyai ketidakpastian. Data penduduk mungkin tidak mutakhir; kelompok yang tidak tercatat dapat menjadi tidak terlihat; alamat rumah dapat menimbulkan risiko privasi. Karena itu, peta harus diverifikasi bersama masyarakat, diakses sesuai kebutuhan, dan tidak dipublikasikan dalam resolusi yang mengidentifikasi individu.

Warga dapat membantu menjelaskan mengapa satu jalur evakuasi tidak cocok bagi pengguna kursi roda, mengapa sebagian rumah tangga tidak menerima siaran seluler, atau mengapa pekerja tidak dapat meninggalkan lokasi saat jam tertentu. Informasi ini mengubah peta dari gambaran abstrak menjadi alat keputusan. Hasil pemetaan harus diikuti tindakan, seperti kunjungan rumah dengan persetujuan, dukungan transportasi, penyediaan alat komunikasi, atau penempatan ruang aman yang lebih dekat.

Penilaian kerentanan perlu bersifat dinamis. Keluarga dapat berpindah, kondisi kesehatan berubah, dan akses pekerjaan bisa hilang selama krisis. Sistem pembaruan harus sederhana dan tidak membebani warga untuk berulang kali mengisi formulir. Pendekatan berbasis aset mengakui bahwa jejaring tetangga, pengetahuan lokal, koperasi, organisasi perempuan, dan pemuda merupakan sumber daya penting yang dapat diperkuat.

60. PEMULIHAN EKONOMI SEBAGAI BAGIAN DARI DUKUNGAN PSIKOSOSIAL

Kehilangan penghasilan dapat membuat keluarga menunda pemeriksaan, membeli obat lebih sedikit, mengurangi kualitas makanan, atau menarik anak dari kegiatan belajar. Dampak tersebut memperpanjang tekanan setelah kabut asap berkurang. Dukungan ekonomi karena itu merupakan bagian penting dari respons psikososial. Ia tidak menggantikan layanan kesehatan mental, tetapi

membantu memperbaiki kondisi yang memicu distress dan membuat perawatan dapat dijangkau.

Bantuan harus dirancang sesuai karakter mata pencaharian. Petani mungkin membutuhkan dukungan untuk memulihkan lahan dan akses benih; pekerja harian mungkin memerlukan bantuan tunai sementara; pedagang kecil mungkin memerlukan akses modal kerja; keluarga yang tinggal di wilayah terdampak dapat memerlukan bantuan sewa atau perbaikan rumah. Program harus menghindari pinjaman yang membebani keluarga yang telah kehilangan sumber daya. Pemilihan penerima perlu transparan dan mempunyai mekanisme keberatan.

Pemulihan mata pencaharian juga terkait dengan identitas dan makna. Bagi seseorang yang telah mengelola kebun selama puluhan tahun, kehilangan lahan produktif bukan sekadar pengurangan pendapatan. Ia dapat memengaruhi harga diri, peran keluarga, relasi antargenerasi, dan harapan masa depan. Program yang hanya mengganti nilai barang mungkin tidak memulihkan hubungan sosial atau akses terhadap sumber alam. Konsultasi dengan warga membantu menentukan bentuk pemulihan yang bermakna.

Alternatif ekonomi perlu dibangun sebelum krisis, terutama bila kebijakan mitigasi membatasi praktik yang sebelumnya memberi penghasilan. Pelatihan keterampilan saja tidak cukup bila tidak ada pasar, modal, akses lahan, atau jaminan harga. Perencanaan sebaiknya menghubungkan pengelolaan tanpa bakar, agroforestri, perlindungan gambut, usaha lokal, dan perlindungan sosial. Dengan demikian, pencegahan risiko tidak membuat masyarakat menanggung biaya transisi sendirian.

61. PENDEKATAN BERDASARKAN TAHAP KEHIDUPAN

Kebutuhan psikososial berubah sepanjang rentang kehidupan. Anak kecil bergantung pada pengasuh untuk rasa aman; remaja memerlukan informasi yang dapat dipercaya dan kesempatan berpartisipasi; orang dewasa memikul

keputusan kerja, ekonomi, dan pengasuhan; lansia mungkin membutuhkan kesinambungan perawatan serta dukungan mobilitas. Program yang menggunakan satu pesan dan satu format layanan untuk seluruh usia akan melewatkan perbedaan tersebut.

Pada anak usia dini, perubahan perilaku sering lebih informatif daripada penjelasan verbal. Pengasuh dapat memperhatikan tidur, makan, permainan, dan kecemasan berpisah. Bagi remaja, ruang untuk berbicara secara pribadi dan tidak menghakimi menjadi penting, dengan perlindungan privasi yang sesuai usia. Orang dewasa dapat membutuhkan dukungan pemecahan masalah dan informasi tentang pekerjaan serta hak bantuan. Lansia memerlukan komunikasi yang tidak menganggap mereka tidak mampu, sekaligus memastikan obat, alat bantu, dan hubungan sosial tidak terputus.

Tahap kehidupan juga berinteraksi dengan identitas dan sumber daya. Seorang ibu muda yang bekerja informal, lansia yang tinggal sendiri, atau remaja yang menjadi pengasuh bagi adiknya memiliki kebutuhan yang tidak tercermin oleh kategori umur saja. Penjangkauan perlu menanyakan peran dan kondisi aktual. Kelompok rentan bukan kategori tetap; seseorang mungkin memiliki kekuatan tertentu dan hambatan lain.

Pendekatan sepanjang hayat dapat menghubungkan layanan kesehatan ibu dan anak, sekolah, layanan lansia, program disabilitas, tempat kerja, dan fasilitas kesehatan primer. Perencanaan yang terhubung mencegah keluarga harus menceritakan kondisi yang sama berkali-kali kepada berbagai layanan, selama pertukaran informasi dilakukan dengan izin. Dukungan yang kontinu membantu warga menghadapi perubahan dari fase darurat ke pemulihan.

62. MENGUATKAN BAHASA PUBLIK TENTANG STRES DAN PEMULIHAN

Bahasa publik membentuk cara masyarakat memahami pengalaman dan cara mereka mencari bantuan. Kalimat seperti “semua akan normal kembali” mungkin menenangkan, tetapi dapat terdengar tidak realistis bila rumah atau

penghidupan telah hilang. “Anda harus tetap kuat” dapat mendorong ketabahan, namun dapat membuat warga merasa tidak boleh menunjukkan kebutuhan. Komunikasi yang lebih membantu mengakui kondisi yang sedang terjadi, menawarkan tindakan spesifik, dan memberi ruang bagi respons yang beragam.

Penggunaan istilah klinis perlu tepat. PTSD, depresi, dan gangguan kecemasan merupakan istilah diagnosis, bukan sinonim untuk takut atau sedih. Menggunakan diagnosis secara longgar dapat menambah stigma dan mengaburkan kebutuhan layanan. Di sisi lain, istilah “stres biasa” tidak boleh dipakai untuk mengecilkan penderitaan yang berat. Petugas dapat menjelaskan bahwa reaksi dapat berbeda, dan bahwa tenaga kesehatan dapat membantu menilai kebutuhan bila gejala mengganggu kehidupan.

Materi publik dapat menyediakan beberapa jalur dukungan: berbicara dengan orang tepercaya, menghubungi puskesmas, menemui tenaga kesehatan jiwa, atau mencari pertolongan darurat bila keselamatan terancam. Informasi perlu ditinjau oleh tenaga profesional dan komunitas yang memahami bahasa setempat. Bila tersedia berbagai dialek, adaptasi tidak hanya berupa terjemahan harfiah; istilah perlu diuji agar maknanya dipahami dan tidak menyalahkan korban.

Kisah pemulihan yang dibagikan di media dapat menguatkan harapan bila disampaikan dengan persetujuan dan tidak menjanjikan hasil seragam. Cerita juga sebaiknya memperlihatkan faktor pendukung seperti solidaritas, layanan, perlindungan sosial, dan perubahan kebijakan, bukan hanya tekad pribadi. Dengan demikian, harapan tetap terhubung dengan kondisi nyata yang dapat dibangun bersama.

63. RENCANA AKSI BAGI PEMERINTAH DAERAH

Pemerintah daerah dapat menerjemahkan kerangka ini menjadi rencana aksi yang berangkat dari kondisi wilayah. Tahap pertama ialah mengidentifikasi

peta paparan, sumber data, titik layanan, kelompok yang berpotensi memerlukan dukungan, dan hambatan akses. Pemetaan dilakukan bersama desa, puskesmas, sekolah, organisasi penyandang disabilitas, kelompok perempuan, masyarakat adat, dan pekerja lokal. Hasilnya bukan daftar warga yang diberi label, melainkan gambaran sumber daya dan kebutuhan yang membantu menentukan prioritas.

Tahap kedua ialah menyiapkan standar operasi untuk setiap fase. Sebelum musim rawan, tetapkan ambang atau indikator tindakan berdasarkan panduan resmi, kanal peringatan cadangan, lokasi ruang lebih bersih, dan daftar petugas. Ketika kualitas udara memburuk, tentukan siapa yang memutuskan penyesuaian sekolah, kerja lapangan, layanan kesehatan, serta dukungan sosial. Pada masa pemulihan, pastikan warga mengetahui fasilitas yang tetap melayani dan cara mengakses bantuan lanjutan.

Tahap ketiga ialah menjamin sumber daya. Rencana memerlukan anggaran untuk alat komunikasi, pemeliharaan fasilitas, transportasi, pelatihan, supervisi, dukungan pekerja, dan layanan klinis. Pemerintah daerah dapat membuat perjanjian kerja sama dengan fasilitas swasta atau organisasi masyarakat, tetapi kepemilikan tanggung jawab tetap jelas. Biaya kegiatan perlu dihitung secara realistis, termasuk biaya operasional setelah peralatan dibeli.

Tahap keempat ialah latihan dan peninjauan. Simulasi meja dapat menguji skenario ketika kabut datang cepat, jaringan seluler gagal, jalan terputus, sekolah tutup, dan puskesmas kewalahan. Latihan lapangan memperlihatkan apakah warga mengetahui rute, apakah kendaraan dapat menjangkau lansia, dan apakah pesan dapat dipahami. Setelah simulasi, setiap kekurangan memiliki penanggung jawab dan tenggat. Siklus ini mengubah rencana menjadi kapasitas nyata.

64. STRATEGI PADA TINGKAT KELUARGA DAN INDIVIDU

Strategi individu paling bermanfaat ketika dirancang sebagai pilihan yang realistis. Mengatur paparan berita, menjaga pola tidur, melakukan jeda relaksasi, meminta bantuan, atau membuat rencana keluarga dapat membantu sebagian orang. Namun, akses terhadap ruang aman, sumber daya, waktu, dan privasi memengaruhi kemungkinan melakukannya. Petugas perlu bertanya tentang hambatan sebelum memberi saran. Bila seseorang bekerja di luar rumah, anjuran untuk tetap di dalam tanpa membahas kebutuhan pendapatan tidak menyelesaikan dilema.

Dukungan sosial dapat diaktifkan melalui satu atau dua orang yang dipercaya, bukan menuntut seseorang berbicara kepada banyak pihak. Keluarga dapat membagi tugas memeriksa informasi, merawat anak, dan memperoleh kebutuhan pokok. Teman atau tetangga dapat menjadi kontak untuk keadaan darurat. Sistem rencana kontak sebaiknya memasukkan anggota keluarga yang mungkin tinggal di lokasi berbeda, serta langkah ketika komunikasi terputus.

Kegiatan pemulihan harus menjaga martabat. Orang yang pernah kehilangan rumah atau pekerjaan tidak selalu ingin tampil sebagai penyintas dalam kampanye. Mereka dapat memilih untuk berpartisipasi dalam perencanaan, bekerja di program pemulihan, atau menjaga privasi. Tidak ada bentuk keterlibatan yang wajib. Bantuan tidak dikondisikan pada kesediaan seseorang berbagi cerita, hadir di forum, atau mengikuti kegiatan kelompok.

Bila gejala terasa berat, individu dapat menghubungi tenaga kesehatan yang dapat dipercaya dan menjelaskan apa yang berubah dalam fungsi sehari-hari. Membawa daftar obat, pengalaman paparan, serta perubahan tidur atau suasana hati dapat membantu konsultasi. Namun, warga tidak seharusnya memikul seluruh tanggung jawab untuk mengumpulkan data atau membuktikan bahwa mereka layak mendapat layanan. Tenaga kesehatan dan sistem pelayanan bertugas mempermudah proses tersebut.

65. BELAJAR DARI EVALUASI DAN MENJAGA MUTU

Evaluasi perlu dimulai sebelum program dilaksanakan, sehingga tujuan, asumsi, indikator, dan sumber data ditentukan bersama. Pertanyaan evaluasi mencakup apakah warga menerima peringatan tepat waktu, apakah perlindungan mengurangi paparan, apakah kelompok yang memerlukan dukungan memperoleh akses, dan apakah rujukan berfungsi. Pertanyaan juga perlu menilai efek samping: apakah ruang aman terlalu jauh, apakah penyaringan mengurangi privasi, apakah bantuan tunai terlambat, atau apakah kegiatan relawan menambah beban perempuan.

Perbandingan antarwilayah dapat membantu mengidentifikasi praktik yang menjanjikan, tetapi perbedaan konteks harus dicatat. Wilayah yang memiliki akses layanan lebih baik mungkin mencatat lebih banyak konsultasi karena warga dapat datang, bukan karena mereka memiliki gejala lebih berat. Evaluasi harus menghindari peringkat sederhana yang mendorong daerah menyembunyikan masalah. Tujuannya adalah memperbaiki mutu, bukan menghukum petugas yang melaporkan kebutuhan.

Sistem umpan balik warga dapat menggunakan survei singkat, kanal aduan, diskusi kelompok, dan wawancara individual. Setiap metode mempunyai hambatan; diskusi kelompok mungkin tidak aman untuk menyampaikan kritik terhadap tokoh berkuasa, sedangkan survei daring mengecualikan sebagian warga. Hasilnya perlu disampaikan kembali dan menunjukkan perubahan yang dibuat. Jika masukan tidak dapat diikuti, alasannya dijelaskan secara terbuka.

Mutu layanan dapat dipantau melalui audit akses, pengalaman pasien, kesinambungan obat, supervisi petugas, waktu tunggu, dan kepuasan warga. Data harus disimpan dengan prinsip minimisasi dan kerahasiaan. Indikator kuantitatif menjadi lebih bermakna saat dipasangkan dengan narasi pengalaman dan analisis ketidakadilan. Evaluasi berkala menciptakan kesempatan untuk memperbaiki prosedur sebelum musim kebakaran berikutnya.

66. ARAH PENGEMBANGAN PENGETAHUAN DAN PENDIDIKAN

Perguruan tinggi dapat memperkuat penelitian lintas disiplin dengan menghubungkan kesehatan masyarakat, psikologi, kehutanan, ilmu atmosfer, antropologi, manajemen bencana, pekerjaan sosial, dan kebijakan publik. Pembelajaran mahasiswa dapat menggunakan kasus kebakaran untuk memahami bagaimana bahaya lingkungan berubah menjadi risiko kesehatan melalui paparan, kerentanan, kapasitas layanan, serta tata kelola. Pendekatan ini menghindari pandangan sempit bahwa kesehatan mental hanya urusan ruang klinik.

Pendidikan tenaga profesional perlu memasukkan literasi bencana, komunikasi risiko, trauma-informed practice, perlindungan data, ketimpangan sosial, dan cara bekerja lintas sektor. Mahasiswa kesehatan belajar membaca konteks ekologis dan sosial; mahasiswa kehutanan memahami dampak kesehatan serta partisipasi komunitas; mahasiswa manajemen menelaah koordinasi, risiko operasional, dan akuntabilitas. Pembelajaran berbasis kasus dapat menggunakan data publik, simulasi, dan wawancara dengan mitra lokal yang telah menyetujui keterlibatan.

Pengetahuan ilmiah perlu dikomunikasikan dalam berbagai bentuk: artikel akademik, panduan praktis, materi sekolah, ringkasan kebijakan, dan dialog warga. Setiap bentuk membutuhkan bahasa yang sesuai, tetapi inti bukti dan batasannya tetap sama. Akademisi harus menyebut keterbatasan data, tidak memberi kepastian palsu, dan membedakan interpretasi dari temuan empiris.

Agenda jangka panjang adalah membangun kumpulan bukti Indonesia yang terbuka, etis, dan dapat dipakai. Data longitudinal, instrumen lokal tervalidasi, evaluasi program, serta dokumentasi pengalaman komunitas dapat memperkuat keputusan. Kumpulan bukti tidak dimaksudkan mengubah penderitaan menjadi angka semata; tujuannya memastikan bahwa pengalaman warga menghasilkan pembelajaran dan perbaikan layanan. Penelitian yang baik

mengembalikan pengetahuan kepada masyarakat dan membantu mencegah dampak berikutnya.

67. ILUSTRASI RESPONS DI WILAYAH PERKOTAAN

Bayangkan sebuah kota yang menerima kabut asap selama sepuluh hari. Puskesmas mencatat lebih banyak keluhan batuk dan gangguan tidur; sekolah mengurangi olahraga luar ruang; para orang tua menghadapi pesan berbeda dari media sosial dan kantor pemerintah. Sebagian keluarga memiliki pendingin udara dan penyaring, sedangkan keluarga lain tinggal di kamar padat dekat jalan raya. Dalam situasi ini, satu pesan yang menyuruh seluruh warga "tinggal di rumah" tidak cukup, sebab kemampuan melakukannya tidak merata dan rumah dapat memiliki suhu serta ventilasi yang berbeda.

Kota dapat membentuk pusat koordinasi yang menyatukan dinas kesehatan, pendidikan, lingkungan, perhubungan, sosial, dan komunikasi publik. Mereka menggunakan sumber data yang disepakati, menetapkan jam pembaruan, membuat peta fasilitas yang lebih bersih, memberi pilihan transportasi, dan mengidentifikasi sekolah atau puskesmas yang mampu berfungsi sebagai lokasi perlindungan. Informasi menjelaskan wilayah, waktu, tingkat ketidakpastian, dan tindakan, serta memberi jalur bagi warga tanpa internet.

Puskesmas dapat mengintegrasikan pertanyaan tentang kecemasan, tidur, dan fungsi saat konsultasi kesehatan pernapasan, tanpa otomatis memberi label gangguan. Sekolah menjaga kegiatan belajar melalui materi luring dan penyesuaian jadwal. Dinas sosial mengidentifikasi keluarga yang kehilangan pendapatan harian dan menghubungkan mereka dengan bantuan yang sesuai. Setelah asap mereda, evaluasi membandingkan jangkauan informasi dan akses fasilitas antarwilayah, lalu memperbaiki lokasi dan kanal komunikasi.

Ilustrasi ini menunjukkan bahwa pengurangan dampak psikologis tidak bergantung pada satu tenaga konselor. Keputusan tata kota, transportasi, penyediaan ruang, sekolah, bantuan sosial, dan komunikasi berkontribusi pada

rasa aman serta kemampuan keluarga menjalankan fungsi. Setiap tindakan memiliki biaya dan kendala, sehingga prioritas perlu dibahas secara terbuka.

68. ILUSTRASI RESPONS DI WILAYAH PEDESAAN RAWAN GAMBUT

Di sebuah wilayah pedesaan dengan permukiman tersebar, asap dapat datang lebih dulu daripada tim layanan. Warga mengetahui kanal dan lahan yang cepat mengering, tetapi pengukuran resmi berada jauh dan jaringan telepon tidak selalu stabil. Sebagian keluarga terlibat dalam kegiatan pertanian dan khawatir bahwa pembatasan kerja akan mengurangi pendapatan. Relawan desa bekerja keras, tetapi belum tentu memiliki perlengkapan yang cukup atau jaminan istirahat.

Respons dapat menggunakan radio lokal dan pertemuan desa untuk memadukan informasi resmi dengan pengamatan warga. Kelompok masyarakat membantu menentukan jalur transportasi, rumah yang memerlukan kunjungan, titik berkumpul, dan siapa yang bisa mendampingi lansia. Puskesmas mengatur layanan keliling atau jadwal telekonsultasi yang memiliki alternatif tatap muka. Posko menyediakan tempat lebih aman, bahan informasi yang mudah dipahami, dan dukungan ekonomi sesuai kebutuhan yang dinilai transparan.

Perencanaan pemulihan melibatkan kelompok tani, masyarakat adat, pemerintah desa, dan lembaga lingkungan untuk menghubungkan pengelolaan air, pemulihan gambut, pencegahan pembakaran, serta alternatif mata pencaharian. Program tidak menyederhanakan penyebab api menjadi perilaku satu kelompok. Penyelidikan insiden dilakukan dengan bukti, dan komunikasi publik menghindari stigma. Relawan diberi jadwal rotasi, perlindungan, dukungan logistik, dan akses konsultasi.

Dalam konteks seperti ini, keberhasilan dapat diukur dari seberapa cepat informasi diterima, apakah warga memiliki pilihan perlindungan yang layak, apakah pekerja dan pengasuh tidak dibiarkan menanggung risiko sendirian,

dan apakah pengetahuan lokal memengaruhi keputusan. Peta satelit tetap berguna, tetapi menjadi lebih bermakna ketika dilengkapi pengamatan lapangan dan dialog yang membangun kepercayaan.

69. KEPUTUSAN KLINIS DAN BATAS PENANGANAN NONSPESIALIS

Petugas nonspesialis dapat melakukan dukungan awal yang manusiawi dan membantu orang memecahkan masalah praktis, tetapi beberapa keadaan memerlukan penilaian klinis. Pembedaan ini melindungi warga dari dua risiko: tidak mendapat bantuan ketika kondisi berat, atau menerima perlakuan klinis berlebihan ketika reaksi masih wajar dan dapat membaik dengan dukungan. Kompetensi, supervisi, protokol lokal, serta akses rujukan menentukan keamanan respons.

Dalam wawancara awal, tenaga terlatih dapat menanyakan perubahan sejak kejadian, dampak pada tidur dan fungsi, riwayat kondisi sebelumnya bila relevan, dukungan yang tersedia, penggunaan obat atau zat, dan rasa aman. Wawancara tidak perlu mengorek detail traumatis yang tidak dibutuhkan. Jika muncul tanda bahaya, petugas mengikuti protokol gawat darurat dan tidak mencoba mengelola kondisi sendirian. Bila informasi belum cukup, konsultasi dengan profesional dapat dilakukan.

Perawatan harus memperhatikan gabungan faktor medis dan psikologis. Gangguan tidur, sesak, nyeri, kelelahan, penggunaan obat, dan masalah kecemasan dapat terjadi bersamaan. Pemeriksaan medis dan evaluasi mental dapat saling melengkapi. Rencana perawatan dijelaskan dengan bahasa sederhana dan melibatkan pasien dalam keputusan. Keluarga dapat dilibatkan dengan persetujuan, kecuali ada keadaan keselamatan yang mengharuskan prosedur sesuai hukum dan pedoman profesional.

Tenaga layanan perlu menghindari pemberian janji bahwa gejala akan segera hilang atau menyalahkan pasien bila pemulihan lambat. Beberapa orang memerlukan waktu, dukungan sosial, terapi, atau penyesuaian lingkungan.

Kontinuitas perawatan dan hubungan yang dapat dipercaya membantu pasien menyampaikan perubahan gejala serta kendala. Evaluasi klinis yang baik tidak hanya mencatat diagnosis, tetapi juga memahami faktor sosial dan praktis yang memengaruhi kesehatan.

70. MENGINTEGRASIKAN PENDEKATAN KESEHATAN MENTAL KE DALAM SISTEM KETAHANAN IKLIM

Kebijakan kesehatan mental yang responsif terhadap kebakaran perlu menjadi bagian dari agenda adaptasi iklim dan kesiapsiagaan bencana yang lebih luas. Perubahan iklim dapat mengubah kondisi yang mendukung kebakaran, tetapi pola penggunaan lahan, tata air, kegiatan manusia, dan kualitas tata kelola ikut menentukan tingkat risiko. Tidak akurat menyebut satu penyebab sebagai penjelasan tunggal. Perspektif risiko majemuk membantu pemerintah dan masyarakat melihat bagaimana kekeringan, gambut terdrainase, aktivitas pembukaan lahan, pola angin, dan kapasitas respons berinteraksi pada wilayah tertentu.

Integrasi tersebut dapat dimulai pada tingkat perencanaan. Dokumen adaptasi iklim daerah dapat mencakup indikator paparan asap, kapasitas ruang aman, akses puskesmas, kebutuhan kelompok dengan hambatan mobilitas, serta rencana kesinambungan sekolah dan penghidupan. Dokumen penanggulangan bencana dapat memuat dukungan psikososial berjenjang dan rujukan. Rencana kesehatan dapat mengenali musim rawan asap sebagai periode yang memerlukan tambahan kapasitas layanan. Ketika rencana-rencana ini saling terhubung, pemerintah dapat menghindari pekerjaan yang tumpang tindih dan menemukan celah sebelum krisis.

Sistem ketahanan iklim memerlukan perhatian pada keadilan distribusi. Wilayah yang menghasilkan komoditas atau berada di dekat kawasan produksi tidak seharusnya menanggung beban asap dan kehilangan mata pencaharian tanpa memperoleh manfaat, akses perlindungan, atau suara dalam keputusan. Kebijakan perlu menilai siapa memperoleh keuntungan dari penggunaan lahan,

siapa menanggung risiko, dan bagaimana hak serta kewajiban diatur. Keadilan prosedural—siapa dapat berpartisipasi dan bagaimana masukan dipakai—berhubungan dengan legitimasi dan kepercayaan. Keadilan hasil—siapa memperoleh perlindungan dan pemulihan—berhubungan dengan kemampuan nyata masyarakat untuk pulih.

Ukuran ketahanan tidak hanya berfokus pada daya tahan fasilitas atau kecepatan memadamkan api. Ia juga dapat menilai apakah keluarga memiliki pilihan tempat yang lebih aman, apakah pelayanan dasar tetap berjalan, apakah anak dapat melanjutkan pendidikan, apakah pekerja mendapat perlindungan, dan apakah masyarakat mampu memengaruhi pemulihan ekosistem. Ukuran tersebut memerlukan data yang dapat dibandingkan dari waktu ke waktu serta dialog untuk memahami angka. Perbaikan tidak selalu terlihat sebagai penurunan gejala individu; dapat pula terlihat dalam pencegahan paparan, akses yang lebih adil, dan meningkatnya rasa aman.

Pendekatan lintas sektor hendaknya memiliki mekanisme pembelajaran bersama. Dinas dan lembaga menyusun skenario, menguji keputusan, membandingkan pengalaman warga, dan mendokumentasikan perubahan prosedur. Universitas dapat membantu mengembangkan alat evaluasi serta melatih tenaga, sementara masyarakat menjadi mitra pengetahuan dan pengawasan. Lembaga pendanaan dapat membantu mengisi kebutuhan sumber daya tanpa mengambil alih penentuan prioritas lokal. Kemitraan perlu transparan mengenai kewenangan, data, pembiayaan, dan konflik kepentingan.

Akhirnya, agenda kesehatan mental dan iklim harus menghindari narasi bahwa masyarakat semata-mata perlu beradaptasi dengan kondisi yang terus memburuk. Adaptasi penting, tetapi pencegahan risiko dan perubahan sumber bahaya juga diperlukan. Mengurangi kebakaran, melindungi gambut dan hutan, memperkuat tata kelola, memastikan pilihan penghidupan yang layak, dan memperluas akses layanan merupakan tindakan yang dapat mengurangi sumber tekanan, bukan hanya membantu warga mengatasinya setelah dampak

muncul. Dengan demikian, pemulihan psikososial menjadi bagian dari pembangunan yang melindungi kesehatan, martabat, ekosistem, dan kemampuan masyarakat menentukan masa depan mereka.

72. MENJEMBATANI BUKTI, KEBIJAKAN, DAN PENGALAMAN WARGA

Bukti ilmiah berguna jika dapat diterjemahkan menjadi keputusan yang sesuai dengan kebutuhan lapangan. Peneliti mungkin menemukan hubungan statistik antara paparan PM2.5 dan kunjungan layanan, sementara warga membutuhkan jawaban tentang kapan sekolah perlu menyesuaikan kegiatan, lokasi mana yang dapat didatangi, dan bagaimana melindungi anggota keluarga dengan kondisi kesehatan tertentu. Penghubung antara dua tingkat ini adalah komunikasi yang menjelaskan makna praktis temuan tanpa mengubah korelasi menjadi kepastian sebab-akibat.

Ringkasan bukti untuk pengambil keputusan dapat menjawab empat pertanyaan. Pertama, apa yang didukung bukti dengan keyakinan cukup baik? Kedua, apa yang masih belum jelas, termasuk keterbatasan data Indonesia? Ketiga, tindakan apa yang berbiaya wajar dan dapat menurunkan risiko sambil menunggu bukti lanjutan? Keempat, indikator apa yang akan digunakan untuk mengetahui apakah tindakan tersebut membantu atau justru menciptakan masalah baru? Format ini menempatkan ketidakpastian sebagai bagian dari keputusan, bukan alasan untuk menunda seluruh respons.

Warga juga perlu melihat bahwa pengalaman mereka memengaruhi pemahaman ilmiah. Jika masyarakat melaporkan gangguan tidur, tekanan karena kehilangan pendapatan, atau kesulitan menggunakan ruang perlindungan, laporan tersebut dapat mengarahkan pertanyaan penelitian dan memperbaiki program. Namun, pengalaman individu tidak dengan sendirinya menggantikan metode ilmiah untuk menguji penyebab atau menghitung prevalensi. Dialog yang saling menghormati menggabungkan kekuatan berbagai jenis pengetahuan tanpa menyamakan fungsi masing-masing.

Penerjemahan bukti harus berlangsung dua arah dan berulang. Temuan baru dapat memperbarui kebijakan, sedangkan hasil pelaksanaan di lapangan dapat menunjukkan pertanyaan yang belum dijawab. Lembaga perlu menyimpan rekam keputusan: bukti apa yang dipakai, siapa yang dimintai pendapat, alternatif apa yang dipertimbangkan, dan kapan keputusan ditinjau kembali. Dokumentasi ini mendukung transparansi dan mencegah kebijakan berhenti sebagai slogan. Pada akhirnya, kualitas kebijakan terletak pada kemampuannya melindungi warga sambil belajar dari bukti dan pengalaman secara terbuka.

73. KESIMPULAN

Kebakaran dan kabut asap dapat memengaruhi kesehatan mental melalui ancaman langsung, paparan fisik, gangguan tidur, pembatasan aktivitas, kehilangan, tekanan mata pencaharian, relasi sosial yang terganggu, ketidakpastian, dan persepsi ketidakadilan. Dampaknya berbeda antarorang dan antarwilayah. Reaksi stres yang umum bukan otomatis gangguan mental, tetapi gejala berat, menetap, atau yang mengganggu fungsi memerlukan perhatian dan akses profesional. Bukti khusus mengenai dampak asap masih berkembang; studi dari negara lain menunjukkan asosiasi yang patut diperhatikan, namun belum memberikan angka prevalensi Indonesia.

Respons yang kuat menggabungkan perlindungan udara dan keselamatan, dukungan dasar, keluarga dan komunitas yang berdaya, layanan kesehatan primer, intervensi profesional, komunikasi risiko yang dipercaya, pemulihan mata pencaharian, serta pencegahan ekologis dan tata kelola yang akuntabel. Intervensi harus menjangkau kelompok yang mengalami hambatan akses dan menghormati budaya, martabat, serta hak masyarakat. Kesehatan mental bukan sekadar urusan coping individu; ia juga mencerminkan apakah sistem mampu melindungi warganya dari ancaman yang berulang dan apakah proses pemulihan memberi mereka kendali serta harapan yang realistis.

21. PENGALAMAN YANG BERBEDA: API, ASAP, DAN KERUSAKAN TEMPAT

Memahami dampak psikologis menuntut pembedaan antara beberapa jenis paparan. Orang yang berada di jalur api mungkin mengalami ancaman segera terhadap nyawa, melihat rumah terbakar, menolong tetangga, atau mengungsi tanpa persiapan. Orang lain mungkin tinggal jauh dari titik api, tetapi mengalami berhari-hari udara tercemar, kekhawatiran terhadap paru-paru dan kesehatan anak, perubahan aktivitas, serta ketidakpastian mengenai kapan paparan berakhir. Ada pula keluarga yang tidak berada di wilayah asap tebal tetapi menerima kabar bahwa kebun, hutan adat, atau tempat penting mereka terdampak. Semua pengalaman itu nyata, tetapi jalur dan kebutuhan dukungannya berlainan.

Ancaman yang tampak jelas kadang memudahkan tindakan: warga dapat melihat bahaya, mengikuti instruksi evakuasi, dan menilai kapan api bergerak. Kabut asap menciptakan ancaman yang lebih sulit dilihat. Udara yang tampak agak cerah belum tentu memberi rasa aman, sedangkan langit yang pekat meningkatkan persepsi bahaya. Warga mungkin menerima informasi dari sensor yang jaraknya jauh, prakiraan angin, atau pesan singkat yang tidak menjelaskan ketidakpastian. Perbedaan antara apa yang dilihat dan apa yang dikatakan angka dapat mengurangi kepercayaan. Karena itu, peringatan perlu menyatukan indikator, menjelaskan batas pembacaan, dan memberi petunjuk perilaku yang dapat dilakukan.

Kerusakan tempat memiliki makna psikologis khusus. Tempat tinggal bukan sekadar koordinat geografis. Ia membentuk rutinitas, identitas, jejaring pertolongan, dan pengetahuan mengenai musim, tanaman, air, serta lanskap. Ketika api atau asap mengubah akses terhadap lahan, rasa kehilangan dapat muncul walaupun rumah masih berdiri. Warga dapat merindukan bau hutan yang dahulu menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari, sekaligus mengalami kesedihan melihat tanah yang terbakar. Istilah solastalgia menggambarkan

sebagian pengalaman distress terkait perubahan lingkungan tempat seseorang tinggal; istilah ini membantu mengidentifikasi dimensi keterikatan pada tempat, tetapi tidak boleh dipakai sebagai diagnosis otomatis.

22. INTERAKSI DENGAN KEHIDUPAN SOSIAL DAN PENGHIDUPAN

Kabut asap mengubah keputusan ekonomi rumah tangga. Pedagang kaki lima, nelayan sungai, pekerja konstruksi, buruh tani, pengemudi, dan pekerja informal lainnya mungkin sulit mengalihkan pekerjaan ke ruang tertutup. Menutup usaha untuk melindungi kesehatan berarti kehilangan pemasukan harian; tetap bekerja berarti menerima paparan dan mungkin mengalami gejala. Keputusan ini bukan semata-mata preferensi individu, melainkan hasil dari pilihan yang tersedia. Jika bantuan tidak menjangkau pekerja informal, keluarga bisa mengurangi biaya makanan, pendidikan, atau obat demi bertahan. Tekanan finansial tersebut dapat memperburuk konflik keluarga dan rasa cemas.

Dalam komunitas yang mata pencahariannya terkait langsung dengan hutan atau lahan, kebakaran dapat menimbulkan paradoks. Sebagian warga mungkin dituding melakukan pembakaran, meskipun situasi faktual, kepemilikan, penggunaan lahan, dan sumber api belum diperiksa. Praktik tradisional dan kegiatan perusahaan tidak boleh disamakan tanpa konteks. Penegakan hukum yang selektif atau komunikasi publik yang menyalahkan kelompok rentan dapat menimbulkan stigma, ketakutan untuk melapor, dan konflik di dalam masyarakat. Tanggung jawab harus ditentukan melalui penyelidikan transparan yang mempertimbangkan bukti, skala kegiatan, hak atas lahan, dan aturan yang berlaku.

Hubungan sosial dapat menjadi faktor pelindung yang sangat penting. Tetangga bisa berbagi transportasi, tempat tinggal, obat, dan kabar; keluarga besar dapat membantu mengasuh anak; kelompok warga dapat mengorganisasi dapur umum atau patroli. Akan tetapi, modal sosial juga dapat habis bila beberapa orang terus-menerus menjadi penolong, bantuan tidak

seimbang, atau konflik mengenai siapa yang patut menerima dukungan muncul. Relawan lokal perlu diakui dan didukung, bukan diperlakukan sebagai sumber daya gratis yang selalu siap. Rotasi tugas, bantuan logistik, perlindungan keselamatan, dan ruang untuk beristirahat menjaga keberlanjutan gotong royong.

Kebijakan tunai dan bantuan sosial tidak hanya berfungsi sebagai intervensi ekonomi. Ia dapat mengurangi rasa kehilangan kendali, membantu keluarga mengambil keputusan perlindungan, dan mencegah stres berkepanjangan akibat ketidakpastian kebutuhan pokok. Prosedur bantuan yang rumit, syarat dokumentasi yang tidak realistis, atau kanal yang hanya tersedia daring dapat menjadikan bantuan tidak terjangkau bagi warga yang paling membutuhkan. Pelibatan kelompok lokal dalam desain distribusi dapat membantu menemukan hambatan tersebut.

23. CONTOH ILUSTRATIF UNTUK MEMAHAMI PERBEDAAN KEBUTUHAN

Ilustrasi berikut bersifat hipotetis dan bukan kisah pasien nyata. Sebuah keluarga di pinggir kota mengalami kabut asap selama beberapa minggu. Anak usia sekolah mengeluh sulit tidur dan takut terkena penyakit paru-paru. Orang tuanya bekerja dengan jam panjang dan terus membaca berita yang saling bertentangan. Keluarga ini tidak kehilangan rumah, tetapi pendapatannya berkurang karena sekolah dan kegiatan usaha berubah. Respons pertama yang tepat bukan langsung memberi diagnosis, melainkan mengklarifikasi kebutuhan: kualitas udara dan gejala kesehatan anak, sumber informasi yang diikuti, pola tidur, kebutuhan belajar, serta akses terhadap ruang yang lebih bersih. Setelah kebutuhan fisik dan informasi diatasi, orang tua dapat dibantu membuat rutinitas dan mengatur waktu konsumsi berita. Bila ketakutan terus mengganggu fungsi, layanan kesehatan primer dapat menawarkan evaluasi lanjutan.

Dalam ilustrasi lain, seorang warga desa yang terlibat membantu pemadaman menghadapi api gambut yang tampak padam, lalu menyala kembali beberapa

hari kemudian. Ia merasa bersalah karena belum mampu menjaga kebun keluarganya sekaligus membantu tetangga, tidur tidak teratur, dan merasa tegang saat mencium bau asap. Pengalaman ini mengandung kelelahan fisik, ancaman yang berulang, beban kerja, dan rasa tanggung jawab. Dukungan yang dibutuhkan dapat meliputi keselamatan kerja dan istirahat, pembagian tugas yang lebih adil, informasi teknis yang dapat dipercaya, serta kesempatan berbicara dengan tenaga terlatih. Mengatakan "harus kuat demi desa" mungkin bermaksud menyemangati, tetapi berisiko membuatnya merasa tidak boleh meminta bantuan.

Ilustrasi ketiga adalah seorang lansia dengan penyakit kronis dan keterbatasan pendengaran yang tinggal sendiri. Pesan evakuasi dikirim melalui aplikasi telepon pintar yang tidak ia gunakan. Ia tidak tahu apakah perlu meninggalkan rumah, khawatir kehilangan barang, dan tidak ingin merepotkan keluarga. Kasus tersebut menunjukkan bahwa komunikasi risiko tidak cukup mengumumkan informasi; pihak berwenang harus memastikan pesan diterima dan dipahami. Pendataan kebutuhan aksesibilitas dengan persetujuan, jaringan kunjungan warga, nomor kontak yang dapat dihubungi, transportasi, serta lokasi pengungsian yang sesuai merupakan bagian dari dukungan psikososial.

Ketiga ilustrasi memperlihatkan bahwa intervensi tidak dapat ditentukan hanya berdasarkan intensitas gejala. Lingkungan, sumber daya, hubungan sosial, hak, pilihan, dan keselamatan menentukan apa yang paling membantu. Pendekatan yang sensitif konteks menanyakan, "Apa yang sedang membuat hidup paling sulit hari ini?" lalu menyesuaikan bantuan tanpa menghakimi.

24. ETIKA, MARTABAT, DAN PERLINDUNGAN DATA

Bantuan psikososial memerlukan persetujuan dan penghormatan terhadap pilihan. Tidak semua orang ingin menceritakan pengalaman, menjalani skrining, atau menerima pendampingan agama maupun konseling. Menolak satu bentuk layanan tidak berarti menolak semua pertolongan. Petugas perlu menjelaskan tujuan dan batas kerahasiaan, menawarkan pilihan, serta

memastikan seseorang tidak kehilangan bantuan material karena menolak intervensi psikologis.

Privasi menjadi isu penting ketika pengungsian berlangsung di ruang publik. Percakapan tentang kehilangan, konflik keluarga, kehamilan, diagnosis, kekerasan, atau kondisi kejiwaan tidak semestinya dilakukan di depan orang lain. Catatan kesehatan dibatasi pada pihak yang memerlukannya untuk pelayanan, disimpan aman, dan tidak dibagikan untuk tujuan promosi atau politik. Data agregat bermanfaat untuk perencanaan, tetapi penyebutan nama, foto, alamat, atau rincian langka dapat mengidentifikasi seseorang, terutama di desa kecil.

Anak memerlukan persetujuan pengasuh dan assent sesuai kapasitas perkembangannya. Wawancara tidak boleh memaksa anak mengulang pengalaman mengerikan hanya untuk kebutuhan dokumentasi media atau penelitian. Pertanyaan sensitif harus dibatasi pada informasi yang dibutuhkan untuk perlindungan dan rujukan. Jika ada indikasi kekerasan atau eksploitasi, petugas harus mengikuti protokol perlindungan anak dan aturan lokal.

Dalam penelitian komunitas adat, persetujuan individu saja belum tentu cukup untuk kegiatan yang menggunakan pengetahuan kolektif atau pemetaan wilayah. Peneliti perlu berkonsultasi dengan lembaga dan pemimpin yang sah, menjelaskan risiko publikasi, membagikan hasil dalam bahasa yang dapat diakses, dan mengakui otoritas komunitas atas data tertentu. Pengumpulan data tidak boleh menambah bahaya hukum, konflik tanah, atau stigma. Kemitraan penelitian yang adil membangun kemampuan lokal dan mengembalikan manfaat pengetahuan kepada komunitas.

Prinsip “tidak merugikan” perlu diterapkan juga pada komunikasi publik. Penggunaan istilah “gila”, “lemah”, atau “tidak normal” dapat menghalangi warga mencari bantuan. Foto orang menangis tanpa persetujuan dapat merusak martabat. Pesan harus menjelaskan bahwa reaksi setelah bencana dapat terjadi pada banyak orang dan bantuan tersedia tanpa menormalisasi

kekerasan atau meremehkan gangguan berat. Sensitivitas budaya bukan pembenaran untuk menahan bantuan klinis; ia berarti layanan dibentuk bersama masyarakat dan tetap menjaga hak individu.

25. KOMPETENSI TENAGA DAN MUTU RUJUKAN

Sistem yang berjenjang hanya bekerja bila setiap lapisan mengetahui peran dan batasnya. Kader dapat menyampaikan informasi, menemani, mengenali tanda kebutuhan, dan menghubungkan seseorang dengan fasilitas; mereka tidak melakukan diagnosis. Guru dapat menyediakan rutinitas dan mengenali perubahan perilaku siswa, tetapi tidak seharusnya diminta mengelola trauma kompleks tanpa supervisi. Petugas kesehatan primer dapat melakukan evaluasi awal dan memberikan intervensi sesuai kompetensi, serta berkonsultasi atau merujuk saat kondisi melampaui kapasitasnya.

Rujukan harus bersifat "hangat" bila memungkinkan. Memberikan secarik kertas berisi alamat layanan belum tentu cukup bagi seseorang yang sedang kewalahan. Petugas dapat menelepon fasilitas tujuan, memastikan jam operasional, menjelaskan kebutuhan dengan persetujuan pasien, menyiapkan transportasi, dan mengecek apakah kunjungan terjadi. Mekanisme umpan balik membantu fasilitas pengirim mengetahui bahwa pasien telah tersambung ke layanan. Pada daerah yang tenaga profesionalnya terbatas, konsultasi jarak jauh dapat menjembatani jarak, asalkan konektivitas, privasi, perizinan, dan kesinambungan perawatan diperhatikan.

Mutu layanan juga mencakup bahasa yang jelas dan tidak menghakimi. Ungkapan seperti "semua orang juga sedang susah" dapat menghapus pengalaman unik seseorang. Sebaliknya, menegaskan "reaksi Anda masuk akal dalam keadaan yang berat" bisa memberi pengakuan tanpa menjanjikan bahwa semua akan segera baik. Intervensi hendaknya berbasis kebutuhan dan bukti, tidak menjanjikan penyembuhan instan, dan tidak membebankan biaya yang tidak dapat dijangkau warga.

Supervisi melindungi penerima layanan sekaligus tenaga. Petugas dapat membahas dilema, batas profesional, risiko keselamatan, dan respons terhadap situasi kompleks dalam ruang yang terstruktur. Organisasi harus memiliki prosedur ketika seorang pekerja mengalami kelelahan, trauma sekunder, atau membutuhkan jeda dari tugas. Mengharapkan penolong terus berfungsi tanpa dukungan merupakan risiko operasional dan etis.

26. MENANGANI STIGMA DAN MEMBANGUN KEPERCAYAAN

Stigma terhadap masalah mental dapat membuat warga takut dianggap tidak mampu, lemah, atau tidak layak bekerja. Dalam sebagian konteks, keluhan emosional lebih mudah diungkapkan sebagai sakit kepala, nyeri, gangguan tidur, atau kelelahan. Tenaga kesehatan perlu mendengar secara menyeluruh tanpa merendahkan gejala fisik maupun menganggap semua keluhan berasal dari stres. Penjangkauan yang menggunakan bahasa sehari-hari dan mengaitkan dukungan dengan fungsi, tidur, pengasuhan, atau pemecahan masalah dapat terasa lebih mudah diterima daripada label diagnostik.

Kepercayaan berkembang melalui tindakan yang konsisten. Jika petugas menjanjikan pembaruan informasi pada waktu tertentu, pembaruan perlu dilakukan meskipun kabarnya belum berubah. Bila bantuan terlambat, masyarakat perlu menerima penjelasan tentang alasan dan perkiraan tindak lanjut. Bila data awal salah, koreksi terbuka lebih baik daripada diam-diam menghapus pesan. Kejujuran mengenai ketidakpastian dapat meningkatkan kredibilitas selama disertai panduan yang bisa dipakai.

Tokoh masyarakat, tenaga kesehatan, guru, pemuka agama, kelompok perempuan, pemuda, serta perwakilan masyarakat adat dapat membantu komunikasi, tetapi keterlibatan mereka harus bersifat representatif. Mengundang hanya tokoh formal dapat membuat suara pengasuh, penyandang disabilitas, pekerja harian, atau keluarga tanpa akses digital tidak terdengar. Forum warga perlu aman dari intimidasi dan memberi kesempatan menyampaikan kritik tanpa kehilangan akses bantuan.

Pemulihan kepercayaan juga memerlukan saluran koreksi. Warga harus dapat melaporkan bahwa angka kualitas udara tidak sesuai pengalaman, tempat perlindungan tidak dapat diakses, atau bantuan tidak menjangkau suatu dusun. Aduan yang dicatat dan ditindaklanjuti menunjukkan bahwa sistem belajar. Kanal dapat berupa posko, telepon, pesan singkat, formulir sederhana, atau pertemuan tatap muka agar tidak hanya mengandalkan satu teknologi.

27. KEBIJAKAN LINGKUNGAN SEBAGAI PENCEGAHAN STRES BERULANG

Penanganan dampak mental tidak lengkap jika sumber risiko terus diproduksi. Pada lahan gambut, tata air yang buruk dapat meningkatkan kerentanan terhadap kebakaran; degradasi hutan dan fragmentasi lanskap dapat memperbesar bahaya; praktik pembukaan lahan yang menggunakan api dapat menimbulkan sumber penyalaan. Namun, strategi pencegahan harus bertumpu pada pemetaan dan bukti lokal, memperhitungkan kondisi sosial ekonomi, serta memastikan alternatif yang dapat dijalankan masyarakat.

Restorasi hidrologi, pemulihan tutupan vegetasi, perlindungan kawasan, pemantauan titik panas, patroli, sarana pemadaman, sistem peringatan dini, dan pembukaan lahan tanpa bakar perlu saling terhubung. Masing-masing memiliki kebutuhan pembiayaan, kapasitas teknis, dan tata kelola. Bila pemantauan menemukan titik api tetapi tidak ada transportasi, komunikasi, atau kewenangan untuk merespons, teknologi tidak mengurangi risiko secara berarti. Sebaliknya, pengetahuan warga mengenai kanal, lahan kering, arah angin, dan jalur akses dapat meningkatkan kualitas peringatan bila diintegrasikan secara aman.

Aspek psikososial perlu dipertimbangkan dalam evaluasi kebijakan lingkungan. Apakah kegiatan restorasi memperkuat mata pencaharian lokal? Apakah warga memiliki kepastian hak? Apakah manfaat dan beban dibagi adil? Apakah pekerjaan patroli memberi perlindungan serta pengakuan yang layak? Kebijakan yang melarang kegiatan tanpa membangun alternatif dapat memicu kecemasan ekonomi. Kebijakan yang melibatkan masyarakat sebagai mitra

pengelola dapat meningkatkan rasa kendali, keterhubungan, dan pengetahuan lokal.

Pencegahan kebakaran mengurangi paparan asap, tetapi manfaat kesehatan mentalnya tidak perlu dibesar-besarkan atau dijanjikan secara kuantitatif tanpa data. Argumen yang dapat dipertanggungjawabkan adalah bahwa mengurangi kejadian kebakaran berulang mengurangi sejumlah sumber tekanan sosial, ekonomi, fisik, dan psikologis; besarnya dampak spesifik harus diteliti. Dengan demikian, kesehatan mental dapat menjadi salah satu lensa untuk menilai apakah pengelolaan lanskap benar-benar melindungi kehidupan masyarakat.

28. PRINSIP UNTUK PRAKTIK YANG BERPIHAK PADA MASYARAKAT

Praktik yang berpihak pada masyarakat dimulai dengan mengakui bahwa warga adalah pemilik pengalaman dan pengetahuan, bukan sekadar sasaran penyuluhan. Petugas perlu menanyakan apa yang telah dicoba, apa yang berhasil, apa yang menghambat, dan apa yang mereka anggap paling mendesak. Jawaban dapat berbeda antar desa dan antar kelompok dalam desa. Tidak ada satu poster, satu aplikasi, atau satu bentuk konseling yang akan menjawab seluruh kebutuhan.

Dukungan diberikan sedekat mungkin dengan kehidupan sehari-hari, tetapi layanan khusus tetap tersedia untuk kebutuhan kompleks. Puskesmas, sekolah, tempat kerja, organisasi masyarakat, dan lembaga bencana perlu memiliki jalur komunikasi dan rujukan. Integrasi tidak berarti semua lembaga melakukan semua tugas; ia berarti tiap lembaga mengetahui perannya, berbagi informasi yang perlu dengan persetujuan, dan tidak membiarkan warga menavigasi sistem sendiri tanpa pendamping.

Praktik juga harus adaptif. Jika pengungsian menyebabkan anak kehilangan tidur, jadwal dan ruang dapat diperbaiki. Jika warga tidak memahami istilah pada indeks udara, materi dapat dirancang ulang. Bila pekerja takut melapor karena kehilangan upah, kebijakan kerja perlu ditinjau. Evaluasi tidak hanya

bertanya berapa orang yang menerima layanan, tetapi apakah layanan relevan, aman, adil, dan mengurangi hambatan.

Terakhir, praktik perlu menghindari dua kesalahan yang berlawanan. Pertama, memediskan semua kesusahan normal dan mendorong diagnosis tanpa indikasi. Kedua, menyebut seluruh penderitaan sebagai "ketahanan masyarakat" dan mengabaikan orang yang memerlukan perawatan profesional. Kerangka berjenjang memungkinkan respons yang proporsional: perlindungan dan dukungan praktis bagi semua, penguatan komunitas, bantuan terarah, serta perawatan klinis berbasis kebutuhan. Kualitas sistem dinilai dari kemampuannya menghubungkan lapisan tersebut dengan martabat, kontinuitas, dan akuntabilitas.

29. PENGALAMAN PENGUNGSIAN DAN TEMPAT PENAMPUNGAN

Evakuasi dapat menyelamatkan nyawa, tetapi pengalaman berpindah dari rumah juga dapat menimbulkan tekanan. Pemberitahuan yang datang mendadak, kesulitan menemukan kendaraan, perjalanan melalui asap, kekhawatiran terhadap hewan ternak atau barang, dan ketidakpastian tentang kapan boleh pulang dapat membuat situasi terasa tidak terkendali. Warga yang pernah mengalami pengungsian sebelumnya mungkin memiliki respons yang lebih kuat karena pengalaman lama teringat kembali. Bagi sebagian orang, keputusan untuk bertahan di rumah bukan tanda tidak peduli terhadap keselamatan; bisa jadi mereka khawatir kehilangan penghasilan, memiliki anggota keluarga yang tidak dapat dipindahkan, atau tidak percaya kondisi tempat penampungan.

Komunikasi evakuasi perlu menyediakan penjelasan mengenai alasan, pilihan lokasi, moda transportasi, barang yang dibawa, dukungan bagi orang yang membutuhkan bantuan, serta pembaruan mengenai keadaan rumah. Informasi praktis mengurangi ruang untuk rumor dan membantu warga membuat keputusan. Jika evakuasi bersifat wajib karena risiko langsung, alasan dan mekanisme pelaksanaannya perlu dijelaskan dengan jelas dan menghormati

martabat. Pemimpin komunitas dapat membantu, tetapi mereka harus mendapat informasi yang sama dengan petugas resmi.

Tempat penampungan yang ramai dapat mengganggu tidur, privasi, praktik agama, kebiasaan makan, perawatan bayi, dan pengelolaan penyakit. Pengaturan ruang yang mempertimbangkan keluarga, perempuan, anak, lansia, disabilitas, dan kelompok minoritas dapat mengurangi ketegangan serta risiko kekerasan. Ventilasi dan kualitas udara dalam ruang juga penting saat kabut masih menyelimuti wilayah. Jika tempat penampungan tidak lebih aman dari paparan, pemerintah harus menjelaskan risiko dan mencari ruang alternatif. Ketersediaan toilet yang layak, air bersih, makanan sesuai kebutuhan, ruang menyusui, akses obat, tempat bermain, pengisian daya telepon, dan area tenang merupakan kondisi dasar yang turut memengaruhi kesejahteraan.

Petugas penampungan dapat menggunakan jadwal harian yang mudah dipahami, menyediakan papan informasi dalam bahasa yang digunakan penghuni, serta mengumumkan waktu pembaruan berikutnya. Ruang konsultasi privat perlu tersedia untuk masalah kesehatan atau perlindungan. Kegiatan kelompok dapat membantu, tetapi partisipasi harus sukarela dan tidak dijadikan prasyarat bantuan. Saat keluarga kembali ke rumah, petugas perlu memastikan bahwa rumah aman, informasi mengenai pembersihan tersedia, dan dukungan kesehatan dapat diakses. Rasa aman tidak pulih hanya dengan menurunkan status pengungsian; keluarga perlu memiliki kepastian mengenai kondisi tempat tinggal dan bantuan lanjutan.

30. HUBUNGAN ANTARA GEJALA FISIK, KESEHATAN MENTAL, DAN KEPUTUSAN MENCARI LAYANAN

Paparan asap dapat meningkatkan keluhan fisik, dan keluhan itu dapat membentuk lingkaran kekhawatiran. Seseorang yang merasakan dada berat mungkin takut mengalami gangguan serius, sementara orang dengan riwayat asma, penyakit jantung, atau pengalaman keluarga meninggal karena masalah pernapasan mungkin menilai gejala sebagai ancaman besar. Penilaian tersebut

tidak selalu berlebihan: risiko fisik harus diperiksa sesuai pedoman klinis. Pada saat yang sama, rasa takut dan hiperventilasi dapat menambah sensasi sesak. Pendekatan yang baik menghindari pilihan palsu antara “fisik” atau “psikologis”, sebab keduanya dapat saling memengaruhi.

Akses layanan dipengaruhi oleh jarak, biaya, transportasi, jam buka, ketersediaan dokter, dan kepercayaan. Warga mungkin menghindari puskesmas karena takut antrean penuh, menganggap keluhan emosional tidak pantas dibicarakan, atau khawatir dicap memiliki gangguan jiwa. Jika fasilitas hanya memberi penjelasan singkat lalu memulangkan pasien, orang dapat merasa gejalanya diabaikan. Sebaliknya, atribusi semua gejala fisik pada kecemasan dapat berbahaya dan memicu kehilangan kepercayaan. Petugas perlu melakukan triase fisik sesuai kompetensi, memeriksa tanda bahaya, menjelaskan apa yang telah dan belum dapat dipastikan, dan membicarakan gejala psikologis dengan empati.

Penggunaan obat juga memerlukan koordinasi. Pasien dengan gangguan mental yang sedang menjalani terapi dapat kehilangan obat saat mengungsi, sulit mendapat resep, atau terputus dari tenaga yang mengenalnya. Perubahan dosis secara mandiri berisiko; keluarga dan pasien perlu diarahkan untuk menghubungi layanan yang merawatnya. Pengungsian dan perpindahan penduduk membuat kesinambungan informasi penting, tetapi rekam medis harus dibagikan dengan persetujuan dan hanya sejauh diperlukan.

Keputusan mencari layanan sering tertunda hingga gejala mengganggu fungsi secara nyata. Edukasi publik dapat memperjelas bahwa mencari bantuan bukan tanda kelemahan dan bahwa dukungan tersedia pada beberapa tingkat, mulai dari petugas primer hingga spesialis. Informasi ini harus menyebut tempat dan jam layanan yang betul-betul beroperasi. Jika informasi publik hanya menyuruh “hubungi konselor” tanpa menjelaskan akses, biaya, dan tindak lanjut, pesan tersebut sulit menjadi pertolongan nyata.

31. KELOMPOK PENOLONG DAN PAPARAN BERULANG

Petugas pemadam, personel kesehatan, aparat, relawan, pengemudi evakuasi, dan pekerja lapangan menghadapi gabungan paparan fisik dan psikologis. Mereka dapat bekerja di udara buruk, menjalani jadwal panjang, menyaksikan cedera atau kematian, memisahkan diri dari keluarga, dan menerima tekanan untuk menyelesaikan misi. Ketika sumber daya terbatas, petugas mungkin merasa keputusan yang diambil tidak cukup untuk melindungi semua orang. Kelelahan, kurang tidur, panas, dehidrasi, dan stres dapat menurunkan perhatian serta meningkatkan risiko kecelakaan.

Kebijakan organisasi harus mencegah beban psikologis menjadi "masalah pribadi" pekerja. Penempatan perlu mempertimbangkan pelatihan, kondisi kesehatan, durasi giliran, pergantian tugas, waktu istirahat, keselamatan respirator, asupan, akses sanitasi, dan komunikasi dengan keluarga. Pengawas perlu mengamati kelelahan serta perubahan perilaku tanpa menganggap semua orang yang tampak tegar baik-baik saja. Setelah kejadian kritis, dukungan rekan sebaya dan akses konseling dapat ditawarkan. Debriefing kelompok yang wajib dan menuntut semua orang menceritakan detail kejadian tidak selalu sesuai bagi setiap pekerja; dukungan harus aman, sukarela, dan dipandu kompetensi.

Petugas kesehatan di wilayah asap menghadapi dilema menjaga pasien sambil melindungi dirinya dan keluarga. Kekurangan alat, ruang yang dipenuhi pasien, serta rasa bersalah saat tidak dapat memenuhi semua kebutuhan berpotensi meningkatkan tekanan moral. Manajemen perlu menyediakan perlindungan yang layak, mekanisme melaporkan kekurangan, jadwal yang manusiawi, rotasi, supervisi, dan pengakuan atas kebutuhan pemulihan. Dukungan kesejahteraan bukan bentuk penghargaan simbolis yang menggantikan lingkungan kerja aman.

Organisasi perlu memiliki rencana dukungan pascakejadian yang bersifat rahasia. Pekerja harus tahu bagaimana mengakses bantuan, apakah layanan

memengaruhi status kerjanya, dan siapa yang dapat melihat informasi klinis. Kerahasiaan sangat penting untuk mencegah ketakutan bahwa keterbukaan tentang stres akan berujung pada hukuman atau pengurangan kesempatan kerja. Dalam jangka panjang, evaluasi dapat melihat absensi, cedera, pergantian staf, konsultasi, dan pengalaman pekerja secara sukarela, tetapi data tidak digunakan untuk menstigma individu.

32. KELUARGA, PENGASUHAN, DAN KESEHATAN PEREMPUAN

Beban kabut asap sering dirasakan melalui pekerjaan pengasuhan yang bertambah. Orang tua perlu memantau gejala anak, mengatur ruang dalam, memastikan kegiatan belajar, mencari informasi, dan menjaga penghasilan. Pengasuh lansia atau anggota keluarga dengan penyakit kronis juga perlu mengoordinasikan obat dan kunjungan layanan. Jika pekerjaan domestik secara tidak seimbang dibebankan kepada perempuan, tekanan mereka dapat meningkat sementara kebutuhan mereka sendiri tidak terlihat. Kebijakan yang sensitif gender perlu menanyakan siapa melakukan tugas perawatan, siapa yang kehilangan pendapatan, dan siapa yang memegang kendali atas sumber daya rumah tangga.

Ibu hamil mungkin mengkhawatirkan dampak asap pada dirinya dan janin, sedangkan ibu yang baru melahirkan dapat menghadapi kelelahan, perubahan tidur, dan terbatasnya dukungan. Komunikasi publik sebaiknya menjelaskan langkah pengurangan paparan yang dapat dilakukan menurut anjuran kesehatan dan mendorong konsultasi individual bila terdapat gejala atau pertanyaan khusus. Hindari klaim mutlak yang membuat rasa bersalah, misalnya menganggap satu paparan singkat pasti menyebabkan gangguan tertentu. Tekanan moral semacam itu tidak meningkatkan perlindungan; ia dapat membuat ibu menanggung kecemasan sendirian.

Layanan kesehatan ibu dan anak dapat memasukkan pemeriksaan kesejahteraan emosional singkat ke kunjungan yang sudah berlangsung. Pertanyaan harus disampaikan dengan privasi dan tanpa stigma, serta

ditopang oleh jalur rujukan yang jelas. Kader dapat membantu menghubungkan ibu dengan dukungan keluarga, layanan sosial, dan tenaga kesehatan, tetapi perlu mengetahui batas kewenangan serta menjaga kerahasiaan. Kelompok pendukung ibu dapat membantu berbagi strategi dan mengurangi isolasi, selama tidak menyebarkan informasi kesehatan yang salah atau memaksa pengalaman pribadi dibuka.

Keluarga yang kehilangan sumber penghasilan, mengalami pengungsian, atau terpisah dari kerabat memerlukan dukungan praktis lebih dahulu. Akses pada makanan, pemeriksaan kehamilan, persalinan aman, obat, dan transportasi merupakan perlindungan yang juga mengurangi stres. Kebijakan yang hanya mengajak ibu untuk “menenangkan diri” tanpa mengatasi beban tersebut dapat terasa menyalahkan korban.

33. PENDIDIKAN DAN PERKEMBANGAN ANAK SELAMA KRISIS ASAP

Penutupan sekolah adalah intervensi kesehatan publik yang dapat melindungi anak dari paparan, tetapi memiliki konsekuensi belajar dan sosial. Durasi dan pola penutupan perlu mempertimbangkan kualitas udara, kemungkinan kegiatan alternatif, akses perangkat dan internet, kebutuhan khusus, layanan makan, serta dukungan bagi anak yang tidak mempunyai ruang belajar aman di rumah. Keputusan harus dipahami orang tua dan siswa; perubahan mendadak tanpa penjelasan dapat meningkatkan kebingungan dan kecemasan.

Sekolah dapat mengembangkan pembelajaran kontingensi sebelum musim rawan: materi yang dapat dipakai luring, jadwal komunikasi, cara mengumpulkan tugas tanpa jaringan, dukungan untuk anak berkebutuhan khusus, dan protokol kembali ke sekolah. Guru perlu memperoleh panduan tentang mengenali perubahan perilaku tanpa mendiagnosis. Anak yang menjadi mudah tersinggung atau kurang fokus mungkin sedang mengalami stres, kurang tidur, gejala fisik, atau kesulitan belajar; percakapan dengan keluarga dan petugas sekolah dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan.

Kegiatan yang mendukung rasa kendali dapat disesuaikan dengan usia. Anak kecil dapat menggambar rencana keselamatan, remaja dapat membantu menyusun pesan untuk teman sebaya, dan siswa dapat ikut memantau kebutuhan ruang kelas yang lebih aman. Namun, sekolah tidak boleh menjadikan anak sebagai pelapor titik api atau memaparkan mereka pada risiko. Pendidikan tentang kebakaran dapat memberi pemahaman ekologis dan keselamatan, tanpa membebankan tanggung jawab mitigasi struktural kepada siswa.

Ketika sekolah dibuka kembali, guru dapat memberi waktu adaptasi, mengurangi beban ujian yang tidak realistis, dan memantau siswa yang mengalami kehilangan atau perpindahan. Pemulihan pembelajaran dan pemulihan psikososial berjalan bersama. Hubungan yang hangat dengan guru, rutinitas, dan dukungan teman dapat menjadi faktor pelindung. Jika ditemukan gangguan yang berlanjut atau tanda bahaya, sekolah harus menghubungkan keluarga dengan layanan yang tepat dan bukan mencoba terapi sendiri.

34. METODE PENGUKURAN DAN TANTANGAN MENAFSIRKAN ANGKA

Pengukuran kesehatan mental dalam situasi kebakaran menghadapi persoalan waktu, paparan, dan instrumen. Survei yang dilakukan segera setelah kejadian dapat menangkap reaksi akut, tetapi belum menjelaskan apakah gejala menetap. Survei beberapa bulan kemudian dapat mempelajari pemulihan, namun responden yang pindah atau kehilangan akses komunikasi mungkin tidak tercatat. Perbandingan lintas wilayah perlu mempertimbangkan apakah kualitas udara diukur dengan sensor tetap, estimasi satelit, atau model; tiap pendekatan memiliki resolusi dan ketidakpastian sendiri.

Instrumen skrining seperti skala distress, kecemasan, depresi, atau trauma dapat berguna bila diterjemahkan, divalidasi, dan sesuai konteks. Skor batas tidak otomatis sama dengan diagnosis. Instrumen yang dikembangkan di satu negara mungkin menggunakan konsep dan bahasa yang tidak identik dengan pengalaman lokal. Peneliti perlu melakukan adaptasi lintas budaya, wawancara

kognitif, pengujian reliabilitas, validitas, dan kesetaraan pengukuran, serta konsultasi dengan tenaga kesehatan dan masyarakat.

Data fasilitas mengukur penggunaan layanan, bukan seluruh beban penderitaan. Peningkatan kunjungan dapat menunjukkan bertambahnya gejala, meningkatnya akses, perubahan kebijakan pelayanan, atau variasi perilaku mencari pertolongan. Penurunan kunjungan tidak selalu menandakan kondisi membaik; bisa jadi jalan terputus atau warga tidak mampu membayar transportasi. Karena itu, interpretasi angka harus menggabungkan data klinis, survei rumah tangga, wawancara, dan informasi pelayanan.

Analisis harus menjelaskan model statistik, periode paparan, luaran, kelompok pembanding, pengendalian perancu, dan kemungkinan bias. Hasil relatif perlu dilengkapi ukuran absolut dan interval ketidakpastian agar tidak dibaca berlebihan. Temuan dari California atau Australia dapat memberi sinyal untuk membangun sistem pemantauan Indonesia, tetapi tidak boleh dipakai sebagai estimasi langsung untuk kabupaten di Kalimantan atau Sumatra. Keadaan sosial, pola asap, struktur layanan, dan perilaku mencari bantuan berbeda.

35. KERANGKA LOGIS UNTUK EVALUASI PROGRAM

Evaluasi program dapat dimulai dengan rantai hasil. Input berupa anggaran, tenaga, data kualitas udara, sarana perlindungan, dan kemitraan lokal. Kegiatan mencakup penyampaian peringatan, pembukaan ruang aman, kunjungan rumah, dukungan keluarga, pelatihan petugas, dan rujukan. Keluaran mencakup jumlah warga yang menerima informasi, jumlah ruang yang berfungsi, obat yang tersedia, dan rujukan yang berhasil. Hasil jangka pendek dapat berupa meningkatnya pengetahuan, kemampuan mengambil tindakan, keterhubungan, rasa aman, tidur, atau akses layanan; hasil jangka panjang mencakup penurunan paparan berulang, pemulihan fungsi, dan tata kelola yang lebih akuntabel.

Kerangka ini tidak boleh menyederhanakan perubahan psikologis menjadi satu target angka. Kualitas informasi, relevansi lokal, kepercayaan, dan pengalaman warga perlu dinilai. Beberapa hasil bergantung pada kondisi lingkungan di luar program, seperti turunnya hujan atau pergerakan asap. Evaluasi harus mencatat faktor eksternal agar capaian atau kegagalan tidak keliru dikaitkan hanya dengan satu intervensi.

Metode campuran dapat membantu. Data kuantitatif mengukur jangkauan dan tren, sedangkan wawancara atau diskusi kelompok menjelaskan mengapa layanan diterima atau tidak digunakan. Kelompok yang tidak pernah hadir di posko perlu dicari, bukan dianggap tidak membutuhkan bantuan. Partisipasi warga dalam merumuskan pertanyaan evaluasi dapat memperluas definisi keberhasilan. Bagi sebagian komunitas, pulih berarti dapat kembali berkebun atau menggunakan wilayah hutan; bagi yang lain, pulih berarti anak kembali bersekolah dan obat tersedia.

Evaluasi juga harus membedakan indikator tanggung jawab program dari kondisi mental individu. Petugas tidak dapat menjamin bahwa semua gejala hilang, tetapi lembaga dapat bertanggung jawab atas keterjangkauan, mutu, respons keluhan, keamanan data, dan kesinambungan layanan. Penilaian ini membantu memastikan bahwa program tidak mengukur korban secara berlebihan dan mengabaikan kinerja institusi.

36. PRIORITAS RISET DAN PEMBELAJARAN KEBIJAKAN

Riset Indonesia perlu mengisi kesenjangan bukti tentang paparan asap jangka pendek dan berulang, pengalaman masyarakat di lokasi gambut, dampak terhadap anak dan remaja, kesejahteraan pekerja, pengalaman masyarakat adat, serta hubungan antara penghidupan dan tekanan psikologis. Penelitian prospektif yang mengukur kondisi sebelum musim rawan sangat bernilai karena dapat mengurangi bias ingatan dan memberi gambaran faktor pelindung. Kemitraan antaruniversitas, dinas kesehatan, badan

penanggulangan bencana, organisasi masyarakat, dan komunitas dapat memperkuat desain dan akses lapangan.

Pertanyaan kebijakan yang layak diteliti mencakup: apakah ruang udara lebih bersih mengurangi gejala dan gangguan aktivitas; bagaimana perlindungan pendapatan memengaruhi keputusan mengurangi paparan; apakah peringatan yang disesuaikan dengan bahasa dan aksesibilitas mempercepat tindakan; bagaimana rujukan puskesmas berjalan selama krisis; dan bentuk tata kelola apa yang meningkatkan rasa percaya masyarakat. Studi implementasi perlu mengidentifikasi biaya, tenaga, hambatan, dan kelayakan, bukan hanya efektivitas ideal di lingkungan terkontrol.

Pengetahuan lokal juga merupakan sumber pembelajaran. Warga mengetahui lokasi yang kerap terbakar, kapan asap mulai masuk, jalur transportasi yang masih dapat dilalui, dan kelompok yang tidak terjangkau pesan digital. Menghimpun pengetahuan ini secara etis dapat memperbaiki rencana, tetapi informasi sensitif mengenai batas lahan atau praktik tertentu tidak boleh dipublikasikan tanpa persetujuan. Komunitas harus mendapatkan hasil yang dapat dipakai dan memiliki suara dalam memutuskan apa yang dibagikan.

Kebijakan adaptif memerlukan siklus belajar: mengumpulkan bukti, berdiskusi dengan warga, mencoba langkah yang layak, mengukur dampak dan efek samping, lalu memperbaiki pelaksanaan. Bila suatu strategi tidak berhasil, evaluasi sebaiknya mencari penyebabnya sebelum menyimpulkan bahwa masyarakat tidak patuh. Mungkin ruang bersih terlalu jauh, pesan tidak dipahami, alat tidak tersedia, atau bantuan terlambat. Pembelajaran kebijakan semacam ini menjadikan pengalaman krisis sebagai dasar perubahan, bukan sekadar arsip laporan.

37. MENYUSUN PESAN KESEHATAN MENTAL YANG TIDAK MENAMBAH KECEMASAN

Pesan publik tentang kesejahteraan harus mengakui bahwa takut dan khawatir dapat muncul sebagai respons terhadap ancaman nyata. Pesan tidak menjanjikan bahwa semua orang akan baik-baik saja dan tidak mengumumkan bahwa setiap paparan akan menimbulkan trauma. Bahasa yang seimbang dapat menyatakan bahwa sebagian besar orang mungkin mengalami reaksi sementara, dukungan sosial dapat membantu, dan layanan profesional tersedia bila gejala berat atau menetap.

Petunjuk bantuan perlu konkret. Sebuah pesan dapat menyebut tanda yang patut diperhatikan, seperti gangguan tidur atau kesulitan berfungsi yang berlanjut, lokasi layanan, cara mengaksesnya, serta apa yang dapat dilakukan keluarga. Informasi mengenai risiko keselamatan harus disampaikan secara bertanggung jawab, dengan jalur bantuan yang dapat dihubungi. Jangan menampilkan detail sensasional atau metode menyakiti diri; lindungi orang yang sedang rentan dan keluarga yang berduka.

Pesan harus disampaikan berulang melalui kanal yang beragam, tetapi tidak membanjiri warga. Jadwal pembaruan dapat mengurangi dorongan memeriksa informasi tanpa henti. Otoritas perlu menjelaskan sumber data, tanggal pembaruan, dan wilayah yang diwakili. Bila sistem mengalami gangguan, masyarakat perlu mengetahui kanal cadangan. Koreksi informasi salah hendaknya disampaikan dengan mengulang fakta secara jelas dan menghindari memperluas rumor yang belum tersebar luas.

Pusat komunikasi publik dapat bekerja bersama tenaga kesehatan, pakar kualitas udara, organisasi komunitas, dan media untuk menyiapkan materi sebelum musim rawan. Pengujian pada warga yang beragam membantu menemukan istilah yang membingungkan atau pesan yang menimbulkan stigma. Dengan demikian, komunikasi risiko menjadi bagian dari kesiapsiagaan, bukan reaksi ad hoc setelah krisis berkembang.

38. MENGHUBUNGKAN KETAHANAN DENGAN PEMULIHAN SOSIAL

Konsep ketahanan sering digunakan untuk menjelaskan kemampuan individu atau komunitas menghadapi gangguan, tetapi definisinya beragam. Ketahanan dapat berarti bertahan, kembali ke fungsi sebelumnya, beradaptasi, atau melakukan transformasi terhadap struktur yang membuat risiko terus muncul. Bagi komunitas yang berulang kali mengalami kebakaran, “kembali seperti semula” mungkin berarti kembali ke kondisi rentan. Pemulihan yang berkeadilan seharusnya membuka ruang untuk mengurangi sumber risiko serta memperkuat hak dan penghidupan.

Sumber daya ketahanan dapat bersifat material dan relasional: rumah yang lebih terlindungi, tabungan, layanan kesehatan, jaringan keluarga, pengetahuan lokal, kepemimpinan yang dipercaya, akses informasi, dan hak tenurial yang jelas. Program perlu memperkuat sumber-sumber ini, bukan hanya mengukur karakter pribadi seperti optimisme atau daya lenting. Ketika warga tidak memiliki ruang aman atau kehilangan mata pencaharian, pelatihan coping tanpa perbaikan kondisi dapat terasa menyalahkan.

Pemulihan sosial juga mengandung proses pengakuan. Warga ingin didengar mengenai kerugian, memperoleh penjelasan atas keputusan, dan melihat tindak lanjut atas keluhan. Pengakuan bukan sekadar upacara atau pernyataan simpati; ia dapat berupa pemulihan layanan, bantuan yang transparan, penggantian kerugian sesuai ketentuan, restorasi lingkungan, dan perubahan prosedur yang menyebabkan kegagalan. Pelibatan masyarakat dalam mengawasi pemulihan dapat mengurangi kesenjangan informasi.

Penting untuk tidak mengidealkan komunitas. Hubungan sosial dapat menyediakan pertolongan, tetapi juga dapat memunculkan eksklusi, konflik, dan tekanan pada perempuan atau relawan tertentu. Program hendaknya bertanya siapa yang paling sering membantu, siapa yang menerima dukungan, dan siapa yang tidak terwakili. Ketahanan yang berkelanjutan memerlukan pembagian beban dan akses yang adil.

39. DARI RESPON KLINIS MENUJU KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan mental dalam krisis kebakaran perlu dipahami sebagai hasil interaksi antara tubuh, pikiran, keluarga, komunitas, lingkungan, ekonomi, dan lembaga. Layanan klinis penting bagi orang yang memerlukan diagnosis dan terapi, tetapi tidak dapat menggantikan udara yang lebih aman, perlindungan pendapatan, tempat tinggal, sekolah, restorasi ekosistem, atau penegakan kebijakan. Sebaliknya, kebijakan lingkungan yang efektif dapat mengurangi sejumlah paparan dan tekanan sosial sebelum masyarakat harus menanggung dampak psikologis yang lebih besar.

Sistem yang baik bekerja dari hulu ke hilir. Di hulu, pencegahan mengurangi peluang dan skala kebakaran. Pada fase kesiapsiagaan, masyarakat mengetahui risiko, pilihan perlindungan, dan jalur layanan. Selama krisis, bantuan praktis, informasi, dukungan sosial, dan perawatan kesehatan dijalankan bersama. Pada masa pemulihan, dukungan klinis dan sosial terus tersedia, sementara pembelajaran memperbaiki pengelolaan lanskap serta tata kelola.

Keberhasilan tidak hanya dilihat dari ketiadaan laporan gangguan, sebab gangguan mungkin tidak terdeteksi atau warga tidak memiliki akses layanan. Keberhasilan juga tampak dalam kemampuan masyarakat mendapat informasi tepat waktu, merasa dihormati, mempertahankan fungsi penting, memperoleh bantuan yang layak, dan berpartisipasi dalam keputusan yang memengaruhi hidupnya. Dari sudut pandang ini, kesehatan mental menjadi salah satu ukuran apakah sistem perlindungan publik bekerja secara manusiawi dan adil.

40. MEMBANGUN ALUR PENAPISAN DAN RUJUKAN YANG AMAN

Alur penapisan sebaiknya menjawab kebutuhan operasional, bukan sekadar mengumpulkan skor. Petugas pertama-tama memastikan keselamatan dan kebutuhan mendesak: apakah orang masih berada di lokasi berisiko, apakah ada kesulitan bernapas yang memerlukan pemeriksaan segera, apakah obat penting tersedia, apakah ada anak atau anggota keluarga yang terpisah, dan

apakah individu dapat memenuhi kebutuhan dasar. Langkah berikutnya adalah menanyakan fungsi sehari-hari serta dukungan yang dimiliki. Baru setelah itu, bila sesuai, petugas menawarkan penapisan gejala dan menanyakan apakah warga bersedia berbicara lebih lanjut.

Satu alur dapat membedakan tiga tingkat respons. Tingkat pertama adalah dukungan praktis dan informasi bagi warga dengan tekanan ringan atau sementara, disertai kesempatan menghubungi layanan kembali. Tingkat kedua adalah dukungan terarah dari petugas terlatih bagi orang dengan gejala atau gangguan fungsi yang nyata, termasuk konsultasi terjadwal dan tindak lanjut. Tingkat ketiga adalah rujukan segera untuk ancaman keselamatan atau kondisi klinis berat. Kriteria operasional perlu ditetapkan oleh otoritas kesehatan dan disesuaikan dengan layanan setempat; artikel ini tidak menentukan diagnosis atau ambang klinis.

Sistem rujukan memerlukan nama fasilitas penerima, jam buka, cara menghubungi, transportasi, mekanisme pembiayaan, dan proses tindak lanjut. Daftar layanan diperbarui berkala karena fasilitas dapat berubah fungsi ketika terjadi bencana. Petugas perlu mempunyai jalur konsultasi apabila ragu, dan tidak menyerahkan beban keputusan sendirian kepada relawan. Di lokasi terpencil, koordinasi melalui telepon atau radio dapat menjadi alternatif, tetapi informasi pasien hanya disampaikan dengan persetujuan serta menggunakan saluran yang cukup aman.

Tindak lanjut dapat dilakukan melalui panggilan atau kunjungan yang disepakati. Tujuannya memastikan bahwa kebutuhan yang telah dicatat memperoleh respons, bukan melakukan pengawasan. Jika warga menolak tindak lanjut, petugas dapat menjelaskan cara mengakses bantuan kemudian. Hasil rujukan dicatat seminimal mungkin dan dilaporkan dalam bentuk agregat untuk perencanaan. Sistem perlu memantau apakah kelompok tertentu memiliki tingkat rujukan yang rendah akibat hambatan akses, bukan menganggap rendahnya angka sebagai rendahnya kebutuhan.

41. MENYIAPKAN RUANG LEBIH BERSIH SECARA INKLUSIF

Ruang udara bersih dapat ditempatkan di fasilitas publik seperti sekolah, puskesmas, gedung komunitas, tempat ibadah, atau lokasi layanan pengungsian yang dinilai aman. Keputusan lokasi perlu mempertimbangkan sebaran populasi, jalur angkutan, jarak berjalan kaki, kebutuhan penyandang disabilitas, ketersediaan tenaga, kapasitas, ventilasi, listrik, dan akses air. Satu lokasi pusat mungkin mudah dikelola, tetapi terlalu jauh bagi warga desa. Beberapa titik dengan kapasitas lebih kecil mungkin lebih mudah dijangkau, tetapi memerlukan koordinasi tambahan.

Fasilitas harus menetapkan siapa yang dapat menggunakan ruang, bagaimana prioritas diberikan ketika kapasitas terbatas, berapa lama seseorang dapat tinggal, dan bagaimana kebutuhan khusus dipenuhi. Keluarga dengan bayi, lansia, orang dengan penyakit kronis, petugas lapangan setelah misi, serta warga yang tinggal di rumah tidak layak dapat memerlukan prioritas berdasarkan risiko. Aturan harus transparan agar keputusan tidak tampak sewenang-wenang. Staf dapat menggunakan registrasi yang sederhana dan menjaga data kesehatan tetap rahasia.

Ruang bersih tidak hanya soal penyaring udara. Pengelolaan pintu dan jendela, sumber polusi dalam ruang, kebersihan, kepadatan, pemeliharaan peralatan, serta pemantauan kondisi perlu ditangani. Ruang yang bising, panas, tidak memiliki privasi, atau tidak aman bagi perempuan dan anak mungkin tidak akan digunakan. Fasilitas sebaiknya memberi tempat duduk, air minum, akses toilet, pengisian daya, informasi yang diperbarui, dan kegiatan dalam ruang. Jika tidak dapat menjamin tingkat perlindungan tertentu, pengelola harus mengomunikasikan batasannya secara jujur.

Aksesibilitas harus diuji bersama pengguna. Pengumuman perlu tersedia dalam format audio dan visual, jalur masuk dapat dilalui kursi roda, dan staf mengetahui cara berkomunikasi dengan orang yang memiliki hambatan pendengaran atau kognitif. Jam operasional harus sesuai dengan kebutuhan

pekerja. Dukungan transportasi dapat menentukan apakah ruang benar-benar memberi manfaat. Penyediaan ruang semacam ini juga dapat menjadi tempat sosial yang mengurangi isolasi selama pembatasan aktivitas.

42. KETERKAITAN DENGAN PANAS EKSTREM DAN KRISIS LAIN

Kabut asap dapat terjadi bersama panas, kekeringan, gangguan air, dan kegagalan panen. Seseorang yang berada di rumah tertutup untuk mengurangi asap mungkin mengalami suhu dalam ruang yang tinggi. Penggunaan kipas atau pendingin dapat terganggu oleh pemadaman listrik, sementara membuka jendela dapat meningkatkan paparan. Pilihan perlindungan memerlukan panduan yang memperhitungkan kombinasi bahaya, bukan rekomendasi satu risiko secara terpisah. Petugas perlu memahami kondisi perumahan dan sumber daya listrik keluarga.

Bencana berulang juga terjadi di wilayah yang sama dengan banjir, longsor, atau gempa. Warga mungkin belum pulih secara ekonomi dan emosional ketika krisis asap berikutnya datang. Pengalaman sebelumnya dapat menyediakan pengetahuan dan jejaring respons, tetapi juga memicu kelelahan serta perasaan bahwa kehidupan selalu berada dalam keadaan darurat. Program bantuan perlu mengenali akumulasi tersebut dan menghindari persaingan antarprogram yang membuat keluarga harus menceritakan kehilangan berkali-kali.

Perencanaan perlu menggunakan pendekatan multi-bahaya. Tempat pengungsian untuk asap harus dievaluasi terhadap risiko banjir; rute evakuasi perlu mempertimbangkan jalan tertutup atau asap pekat; layanan telekonsultasi harus memiliki alternatif ketika jaringan padam. Sistem peringatan dapat menyatukan pesan bahaya, tetapi tidak membingungkan publik dengan notifikasi yang terus-menerus tanpa prioritas. Satu kanal yang menyampaikan tindakan berdasarkan tingkat urgensi dapat membantu warga mengalokasikan perhatian.

Ketika berbagai bahaya bergabung, kelompok dengan sumber daya terbatas dapat mengalami kerugian berlapis. Rumah dengan ventilasi buruk dan tidak memiliki pendingin menghadapi dilema antara panas dan asap. Pekerja harian tidak bisa berhenti bekerja pada cuaca buruk. Rumah tangga dengan anggota sakit mungkin perlu memilih antara transportasi ke layanan dan risiko paparan luar. Kebijakan bantuan perlu didesain untuk situasi nyata ini, termasuk tempat tinggal sementara, dukungan listrik, akses transportasi, dan perlindungan penghasilan.

43. BUDAYA, AGAMA, DAN SUMBER MAKNA

Bagi sebagian warga, praktik agama, doa, ibadah bersama, atau pertemuan adat merupakan sumber dukungan, struktur waktu, dan makna. Pemuka agama atau tetua adat dapat membantu menyampaikan informasi dan mendampingi keluarga yang berduka, apabila mereka memiliki kepercayaan komunitas. Kegiatan tersebut tidak menggantikan perawatan klinis yang diperlukan, dan layanan psikososial tidak boleh memaksakan interpretasi spiritual terhadap penderitaan seseorang.

Penting untuk menghindari dua kecenderungan: menganggap semua komunitas mempunyai praktik yang sama, atau mengabaikan dimensi budaya karena layanan dirancang semata-mata menurut model klinis formal. Pertanyaan yang lebih tepat ialah bagaimana orang sendiri memahami gejala dan jenis pertolongan yang mereka anggap sesuai. Konsultasi dengan komunitas dapat membantu menentukan bahasa, bentuk pertemuan, peran keluarga, dan batas privasi.

Tokoh agama dan adat yang dilibatkan perlu memperoleh pembekalan tentang informasi kesehatan, tanda kebutuhan rujukan, perlindungan terhadap kelompok rentan, dan kerahasiaan. Mereka tidak diminta memberi diagnosis atau menghalangi seseorang mengakses layanan. Bila ada kepercayaan atau praktik yang berpotensi membahayakan, petugas perlu berdialog dengan

hormat dan menjelaskan risiko serta pilihan yang lebih aman tanpa mempermalukan warga.

Ritual pemulihan atau peringatan dapat membantu komunitas menandai kehilangan dan menyatukan dukungan, tetapi kegiatan harus diputuskan oleh warga dan tidak digunakan sebagai bukti bahwa proses pemulihan telah selesai. Sebagian orang memilih berpartisipasi; yang lain mungkin membutuhkan privasi. Menyediakan berbagai pilihan merupakan cara menghormati keragaman. Makna budaya juga dapat berperan dalam pemulihan lanskap, sebab hutan, sungai, tanah, dan tempat tertentu mungkin memiliki nilai spiritual serta identitas yang tidak tergantikan oleh kompensasi ekonomi saja.

44. PENGGUNAAN TEKNOLOGI DAN BATASNYA

Aplikasi kualitas udara, pesan seluler, peta satelit, media sosial, dan layanan konsultasi jarak jauh dapat mempercepat akses informasi. Data satelit berguna untuk mengidentifikasi sebaran asap dan titik panas, sedangkan jaringan sensor dapat membantu menggambarkan perubahan lokal. Sistem dapat mengirim peringatan ke kelompok tertentu atau menghubungkan kader dengan pusat layanan. Namun, data sumber jauh memiliki keterbatasan resolusi, jeda pembaruan, dan ketidakpastian; aplikasi tidak otomatis mengukur paparan individu di dalam rumah.

Ketergantungan pada digital berisiko mengecualikan warga tanpa telepon pintar, akses data, listrik, sinyal, atau literasi digital. Informasi perlu disebarkan melalui radio, posko, sekolah, telepon suara, pengeras suara, dan kunjungan langsung. Bagi warga dengan hambatan penglihatan, pendengaran, membaca, atau bahasa, desain harus menyediakan format yang sesuai. Pilihan analog bukan teknologi ketinggalan zaman; ia merupakan bagian dari redundansi yang membuat sistem bertahan ketika jaringan utama gagal.

Teknologi harus menggunakan prinsip privasi sejak perancangan. Data lokasi rinci dan informasi psikologis dapat mengungkap identitas atau aktivitas warga. Persetujuan, tujuan pengumpulan, masa penyimpanan, akses, dan penghapusan perlu dinyatakan secara jelas. Data yang dikumpulkan untuk peringatan tidak boleh dialihkan menjadi pemantauan perilaku atau penegakan hukum tanpa dasar dan prosedur yang sah. Sistem otomatis yang mengklasifikasi distress perlu diuji, dipantau, dan menyediakan jalur pemeriksaan manusia.

Kecerdasan buatan dapat membantu merangkum laporan, mengidentifikasi pola pertanyaan, atau mengarahkan warga ke sumber resmi, tetapi tidak boleh membuat diagnosis atau keputusan keselamatan tanpa tenaga manusia. Sistem bahasa otomatis dapat salah menerjemahkan istilah lokal dan mengabaikan konteks. Perlu mekanisme koreksi dan pengawasan oleh pakar serta komunitas. Teknologi memperluas kemampuan organisasi; ia tidak memperbaiki tata kelola yang tidak jelas atau kekurangan layanan nyata.

45. KEMITRAAN ANTARSEKTOR DAN PEMBAGIAN TANGGUNG JAWAB

Kesehatan mental masyarakat terdampak memerlukan koordinasi kesehatan, pendidikan, sosial, lingkungan, tenaga kerja, transportasi, komunikasi, dan penanggulangan bencana. Koordinasi bukan sekadar mengundang seluruh instansi ke rapat. Perlu ada penanggung jawab, tujuan bersama, pembagian data yang aman, prosedur keputusan, dan cara menyelesaikan kesenjangan layanan. Bila setiap lembaga hanya melaporkan programnya sendiri, warga tetap dapat terjebak di antara kewenangan.

Dinas kesehatan dapat memimpin kesiapan layanan dan rujukan; dinas pendidikan menyiapkan protokol pembelajaran; dinas sosial mengoordinasi perlindungan dan bantuan; badan penanggulangan bencana mengintegrasikan risiko ke operasi; lembaga lingkungan mengelola pemantauan dan pencegahan; pemerintah desa memahami kebutuhan lokal dan jaringan warga. Perusahaan perlu mematuhi kewajiban hukum, melaporkan insiden yang

relevan, melindungi pekerja, dan membantu pemulihan sesuai mekanisme yang berlaku. Organisasi masyarakat sipil dan akademisi dapat mendukung komunikasi, riset, pelatihan, dan pemantauan independen.

Pembagian tanggung jawab tidak boleh mengaburkan akuntabilitas. Kemitraan dapat mempercepat respons, tetapi tidak menjadikan tanggung jawab publik atau hukum bersifat opsional. Jika bantuan perusahaan diberikan, perlu transparansi sumber, kriteria penerima, dan pengungkapan konflik kepentingan. Bantuan kemanusiaan tidak menggantikan pencegahan atau kewajiban pemulihan atas dampak yang terbukti.

Rapat koordinasi dapat menggunakan daftar isu yang jelas: siapa menerima peringatan; layanan apa yang tetap buka; kebutuhan obat apa yang terancam; kelompok mana yang belum dijangkau; bagaimana merespons keluhan; dan kapan keputusan dievaluasi. Satu basis data operasional dapat membantu jika akses berbasis peran, keamanan, pembaruan, dan interoperabilitasnya dijaga. Komunikasi antarinstansi perlu diuji saat latihan karena sistem yang tampak lancar di atas kertas dapat gagal ketika listrik, sinyal, atau personel terganggu.

46. MENJAGA BANTUAN TETAP BERLANJUT SETELAH PERHATIAN PUBLIK MENURUN

Perhatian publik biasanya paling tinggi ketika asap terlihat pekat atau api mendekati permukiman. Namun, masalah kesehatan, kehilangan pendapatan, kerusakan tempat tinggal, gangguan pendidikan, dan sengketa pemulihan dapat berlangsung setelah berita utama berpindah ke isu lain. Sistem perlu memiliki mekanisme untuk menentukan kapan dukungan rutin kembali diberikan tanpa memutus layanan yang masih dibutuhkan.

Fasilitas kesehatan dapat mempertahankan jalur tindak lanjut bagi pasien dengan gangguan tidur, kecemasan, atau gejala trauma yang mengganggu fungsi. Sekolah dapat memantau siswa yang masih mengalami absensi atau kesulitan belajar. Lembaga sosial dapat menilai apakah keluarga memperoleh

bantuan yang dijanjikan dan apakah mereka kembali pada kondisi penghidupan minimum. Pemerintah daerah dapat menyelenggarakan forum evaluasi setelah masa darurat untuk membahas kesenjangan layanan dan perubahan yang harus diselesaikan sebelum musim berikutnya.

Kriteria penutupan program perlu transparan. Jumlah kunjungan yang turun saja tidak cukup untuk menyatakan kebutuhan berakhir. Perlu diketahui apakah penurunan terjadi karena gejala pulih, layanan sulit dijangkau, atau warga berhenti mencari pertolongan. Dukungan dapat dialihkan dari posko sementara ke layanan primer dan jaringan komunitas, tetapi warga perlu mengetahui bagaimana mengaksesnya. Program pemulihan harus menghindari ketergantungan pada donor jangka pendek yang membuat layanan menghilang tepat saat gejala menetap.

Kelangsungan program juga bergantung pada pembelajaran institusi. Rencana musim berikutnya perlu memperhitungkan temuan evaluasi, anggaran, perubahan personel, dan perkembangan lanskap. Jika satu puskesmas memiliki pengalaman baik, pembelajaran dapat didokumentasikan dan dibagikan tanpa mengasumsikan bahwa modelnya dapat disalin utuh ke daerah lain. Adaptasi harus mempertimbangkan geografi, populasi, bahasa, dan jaringan sosial setempat.

47. MATRIKS PELAKSANAAN BERDASARKAN WAKTU

Sebelum musim rawan, pemerintah daerah bersama warga dapat memutakhirkan peta paparan, menyiapkan daftar layanan, menetapkan jalur rujukan, menguji komunikasi, memperbaiki ruang aman, dan meninjau kebutuhan obat serta transportasi. Sekolah, puskesmas, perusahaan, dan organisasi komunitas menyusun prosedur sesuai perannya. Kelompok rentan dilibatkan dalam simulasi agar kekurangan akses ditemukan sebelum krisis.

Ketika indikator risiko meningkat, petugas mengirim peringatan melalui kanal beragam, mengaktifkan ruang bersih, menyesuaikan kegiatan luar ruang,

menjangkau pasien yang memerlukan dukungan, dan memastikan pekerja memahami perlindungan yang tersedia. Data dari warga dan sensor dipadukan, sementara ketidakpastian pengukuran dijelaskan. Keluhan tentang hambatan akses dicatat dan ditindaklanjuti.

Selama puncak kejadian, prioritas bergeser pada keselamatan, perlindungan paparan, kontinuitas layanan dasar, evakuasi bila diperlukan, dukungan keluarga, kapasitas puskesmas dan rumah sakit, serta rujukan darurat. Petugas menghindari intervensi yang memaksa penyintas menceritakan pengalaman. Laporan berkala mencakup perubahan kondisi, tindakan, dan kelompok yang belum terjangkau.

Setelah kejadian, sistem melanjutkan layanan yang dibutuhkan, memulihkan pembelajaran dan penghidupan, memantau kelompok dengan kehilangan berat, mengevaluasi efektivitas dan ketidakadilan distribusi, serta memperbaiki rencana. Laporan hasil dibagikan kepada warga dalam bahasa yang mudah dipahami. Kesimpulan evaluasi harus menghasilkan tindakan, jadwal, dan penanggung jawab untuk perbaikan. Matriks waktu membantu menjelaskan kapan tugas dilakukan, tetapi harus lentur untuk menyesuaikan variasi durasi dan tingkat keparahan kebakaran.

48. PRINSIP KEHATI-HATIAN DALAM MENYAMPAIKAN KLAIM ILMIAH

Krisis kesehatan dapat mendorong penyampaian informasi yang terlalu pasti. Penulis dan petugas perlu membedakan antara bukti asosiasi, mekanisme yang masuk akal, dan hubungan sebab-akibat yang telah diuji secara kuat. Jika sebuah studi menemukan perubahan kunjungan layanan setelah kenaikan PM2.5 kebakaran, hasilnya tidak berarti seluruh pasien mengalami gangguan hanya karena polusi, atau bahwa efek yang sama pasti terjadi di Indonesia. Perlu menyebut karakter studi, populasi, periode, hasil yang diukur, dan keterbatasan.

Demikian pula, tidak semua warga mengalami trauma, depresi, atau kecemasan klinis. Generalisasi semacam itu dapat menstigma dan membuat orang merasa abnormal karena tidak mengalami gejala tertentu. Sebaliknya, menyatakan bahwa “kebanyakan orang akan pulih sendiri” tanpa menyediakan akses bantuan dapat mengecilkan kebutuhan mereka yang mengalami gejala berat. Pesan seimbang mengakui variasi respons dan menekankan akses layanan sesuai kebutuhan.

Klaim tentang kelompok rentan perlu berhati-hati. Risiko lebih tinggi dapat muncul karena paparan lebih besar, kondisi penyakit sebelumnya, akses perlindungan terbatas, ketimpangan sosial, atau kombinasi faktor. Tidak tepat menganggap perempuan, anak, lansia, atau masyarakat adat secara inheren rapuh. Kebijakan sebaiknya mengidentifikasi hambatan yang dapat diubah dan sumber kekuatan kelompok tersebut.

Dalam konteks publikasi, semua data lokal harus menyertakan sumber, waktu, definisi, dan metodologi. Bila angka belum tersedia, ruang kosong dalam bukti dinyatakan dengan jujur. Ketidakpastian bukan alasan untuk diam; ia menjadi dasar untuk mengambil langkah perlindungan yang proporsional sambil memperbaiki pemantauan dan penelitian. Sikap ini menjaga kredibilitas ilmu sekaligus memberi ruang bagi tindakan kesehatan masyarakat.

GLOSSARIUM

Dukungan psikososial: Berbagai bentuk dukungan sosial, praktis, komunitas, dan profesional yang membantu melindungi kesejahteraan psikologis serta fungsi sosial.

Distress psikologis: Pengalaman tekanan emosional seperti kecemasan, kesedihan, ketegangan, atau rasa kewalahan; tidak selalu berarti diagnosis gangguan mental.

Evakuasi: Perpindahan terencana atau darurat dari lokasi yang berbahaya ke tempat lebih aman.

Kabut asap: Campuran asap dan partikel atau gas di atmosfer yang mengurangi kualitas udara; komposisi dan tingkat paparannya dapat berbeda.

Kesehatan mental: Keadaan kesejahteraan psikologis yang mendukung kemampuan menghadapi tekanan, belajar, bekerja, berelasi, dan berpartisipasi.

Ketahanan: Proses adaptasi dan pemulihan yang dipengaruhi sumber daya individu, keluarga, komunitas, dan sistem; bukan kewajiban untuk selalu kuat.

PM2.5: Partikel udara berdiameter aerodinamis hingga 2,5 mikrometer yang dapat masuk jauh ke saluran pernapasan.

Paparan berulang: Kontak yang terjadi berkali-kali atau dalam episode yang berulang dengan asap, api, atau dampak terkait.

PFA: Psychological First Aid atau pertolongan pertama psikologis; dukungan awal yang manusiawi, praktis, dan tidak memaksa bagi orang yang sedang mengalami krisis.

PTSD: Gangguan stres pascatrauma; kondisi klinis yang dapat timbul setelah pengalaman traumatis dan memerlukan asesmen profesional.

Ruang udara bersih: Ruang yang dirancang atau dikelola untuk mengurangi paparan polusi udara dibandingkan lingkungan luar.

Solastalgia: Distress yang terkait perubahan lingkungan tempat tinggal yang dekat dan bermakna, terutama ketika perubahan itu merusak rasa keterikatan pada tempat.

Stres antisipatoris: Tekanan yang muncul karena mengantisipasi ancaman atau peristiwa buruk yang mungkin terjadi.

Skrining: Penapisan awal untuk mengenali kemungkinan kebutuhan atau risiko; bukan proses diagnosis.

Trauma: Pengalaman yang dirasakan sangat mengancam atau melampaui kemampuan seseorang untuk mengatasinya pada saat kejadian; tidak setiap pengalaman buruk menghasilkan gangguan klinis.

Tata kelola: Pengaturan kewenangan, keputusan, akuntabilitas, partisipasi, sumber daya, dan pengawasan dalam pengelolaan risiko.

DAFTAR PUSTAKA

Zhu, Q., Zhang, D., Wang, W., D'Souza, R. R., Zhang, H., Yang, B., Steenland, K., Scovronick, N., Ebelt, S., Chang, H. H., & Liu, Y. (2024). Wildfires are associated with increased emergency department visits for anxiety disorders in the western United States. Nature Mental Health, 2(4), 379–387. https://doi.org/10.1038/s44220-024-00210-8

Eisenman, D. P., & Galway, L. P. (2022). The mental health and well-being effects of wildfire smoke: A scoping review. BMC Public Health, 22, Article 2274. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14662-z

Grant, E., & Runkle, J. D. (2022). Long-term health effects of wildfire exposure: A scoping review. The Journal of Climate Change and Health, 6, Article 100110. https://doi.org/10.1016/j.joclim.2021.100110

Ho, R. C., Zhang, M. W. B., Ho, C. S. H., Pan, F., Lu, Y., & Sharma, V. K. (2014). Impact of 2013 South Asian haze crisis: Study of physical and psychological symptoms and perceived dangerousness of pollution level. BMC Psychiatry, 14, Article 81. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-81

Humphreys, A., Walker, E. G., Bratman, G. N., & Errett, N. A. (2022). What can we do when the smoke rolls in? An exploratory qualitative analysis of the impacts of rural wildfire smoke on mental health and wellbeing, and opportunities for adaptation. BMC Public Health, 22, Article 41. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12411-2

Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007

Jung, Y. S., Johnson, M. M., Burke, M., Heft-Neal, S., Bondy, M. L., Chinthrajah, R. S., Cullen, M. R., Nelson, L., Dresser, C., & Nadeau, K. C. (2025). Fine particulate matter from 2020 California wildfires and mental health-related emergency department visits. JAMA Network Open, 8(4), e253326. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.3326

To, P., Eboreime, E., & Agyapong, V. I. O. (2021). The impact of wildfires on mental health: A scoping review. Behavioral Sciences, 11(9), Article 126. https://doi.org/10.3390/bs11090126

World Health Organization. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205

CATATAN

Naskah ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan asesmen, diagnosis, atau terapi profesional. Jika seseorang berada dalam bahaya langsung atau tidak mampu menjaga keselamatan dirinya, hubungi layanan gawat darurat dan fasilitas kesehatan setempat.