

Policy Brief

Pembukaan kembali aktivitas sekolah di Indonesia

Disusun oleh :

Dr. Ahmad Fuady, MSc-HEPL¹

Dr. Grace Wangge, PhD²

¹*Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*

²*Southeast Asian Ministry of Education Organization – Regional Center for Food and Nutrition (SEAMEO RECFON)/Pusat Kajian Gizi Regional Universitas Indonesia*

Rekomendasi Pembukaan Kembali Aktivitas Sekolah

Pandemi COVID-19 memaksa banyak negara di dunia melakukan intervensi sosial dan kesehatan masyarakat, termasuk restriksi mobilitas, penutupan kegiatan bisnis dan sekolah. Anak-anak usia sekolah menjadi populasi yang mengalami dampak signifikan meskipun secara epidemiologis mereka bukan populasi mayoritas kasus positif COVID-19. Upaya pembatasan jarak fisik pada kelompok usia ini seringkali berfokus pada penutupan sekolah yang secara tidak langsung juga memiliki risiko besar di luar risiko kesehatan yang harus dimitigasi secara paripurna. Ada kekhawatiran besar pada orangtua siswa khawatir mengenai risiko kesehatan anak-anak mereka ketika sekolah dibuka kembali, sedangkan perhatian terhadap upaya intervensi selain penutupan sekolah masih sangat terbatas.

Kapan dan bagaimana membuka kembali kegiatan sekolah adalah keputusan politik yang paling sulit dan sensitif. Ini bukan saja menyangkut kompleksitas epidemiologis yang terus bergerak dinamis, namun juga kultur dan psikologis masyarakat yang membutuhkan informasi dan komunikasi yang jelas dan akurat.

Mengapa sekolah harus kembali dibuka?

Penutupan sekolah dalam jangka panjang berpotensi melandaikan kurva pembelajaran (*learning curve*) siswa. Rekomendasi dan panduan pembelajaran jarak jauh dapat meminimilisir potensi negatif tersebut. Namun, dalam jangka panjang, potensi tersebut tidak dapat ditanggung dengan baik lagi karena siswa tidak hanya memerlukan sensitisasi kognitif, namun juga sosial dan emosional yang didapatkan dari interaksi sosial dengan teman sebayanya.¹

Pembelajaran jarak jauh juga berpotensi melebarkan kesenjangan pencapaian antar status sosial. Siswa yang berasal dari keluarga mampu dapat mengakses pembelajaran jarak jauh dengan baik, namun siswa dari keluarga tidak mampu akan mengalami keterbatasan akses. Begitupun dengan kesenjangan pencapaian pendidikan antar daerah dengan kesiapan infrastruktur yang sangat bervariasi.

Dalam jangka panjang, jumlah anak yang putus sekolah berpotensi meningkat. Ini dapat terjadi bila aktivitas ekonomi juga mengalami pelambatan signifikan. Pengalaman krisis finansial 1998 menunjukkan bahwa jumlah anak putus sekolah meningkat, baik karena faktor suplai dan permintaan.² Di sisi suplai, banyak sekolah yang tutup karena ketidakmampuan menggaji guru dan karyawannya. Di sisi permintaan, keluarga yang mengalami

penurunan kapasitas finansialnya memaksa anak-anak mereka keluar sekolah, bahkan membantu bekerja dan mencari penghasilan.

Penutupan sekolah jangka panjang juga berisiko memengaruhi kesehatan mental dan emosional anak-anak usia sekolah. Tanpa pandemi, gangguan mental pada anak dan remaja di dunia sudah berada pada kisaran 10-20%.³ Di situasi pandemi, kekhawatiran terhadap COVID-19, disrupsi ekonomi, dan penutupan sekolah berpotensi meningkatkan tekanan di dalam keluarga yang berujung pada kecemasan dan depresi, termasuk pada anak-anak usia sekolah.⁴ Beragam studi menunjukkan bahwa paparan tekanan seperti ini akan mengganggu proses pembelajaran dan perkembangan siswa di masa depan.⁵

Selain itu, masalah gizi pada anak-anak sekolah berpotensi meningkat. Asupan nutrisi yang adekuat adalah hal esensial yang harus dipenuhi untuk kesehatan dan kesejahteraan anak usia sekolah. Banyak negara melaksanakan program nutrisi yang disediakan melalui sekolah, baik berupa makan pagi, makan siang, atau makanan ringan, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi tersebut.⁶ Di Indonesia, Program Gizi Anak Sekolah (ProGAS) telah diluncurkan di 39 kabupaten sejak 2018 dan berhasil merubah pola baik konsumsi makanan gizi seimbang dari 24,7% menjadi 47,7%.^{7,8} Penutupan sekolah jangka panjang berpotensi menurunkan pola konsumsi gizi seimbang yang dapat dibentuk sejak usia sekolah dan menempatkan anak pada risiko gangguan nutrisi jangka panjang.

COVID-19 pada anak usia sekolah

Secara global, kasus COVID-19 yang terkonfirmasi pada anak terbatas antara 1-5% dari total kasus.^{9,10} Beberapa pendapat mengajukan argumen bahwa kecilnya kasus tersebut karena tidak adanya skrining pada anak-anak seperti yang dilakukan pada orang dewasa. Namun, data di Korea Selatan dan Islandia – dua negara yang melakukan pemeriksaan massal di komunitas – juga menunjukkan kecilnya kasus COVID-19 pada anak.

Anak-anak yang terinfeksi umumnya mengeluhkan gejala dan tanda yang ringan dan jarang sekali menimbulkan kondisi kritis. Data CDC Cina menunjukkan bahwa 94% kasus COVID-19 pada anak adalah kasus tanpa gejala dan bergejala ringan hingga sedang. Hanya 0,6% kasus anak yang membutuhkan perawatan kritis, dan kasus ini didominasi oleh bayi.¹¹ Anak-anak usia sekolah (6-15 tahun) yang terinfeksi umumnya menunjukkan gejala ringan dan sedang, umumnya batuk dan demam (>50% pasien anak yang bergejala), serta *rhinorrhoea* dan nyeri tenggorokan (30-40%). Anak-anak jarang mengalami gejala diare dan/atau muntah, meski tidak menutup kemungkinan mengalaminya sebagai gejala tunggal.

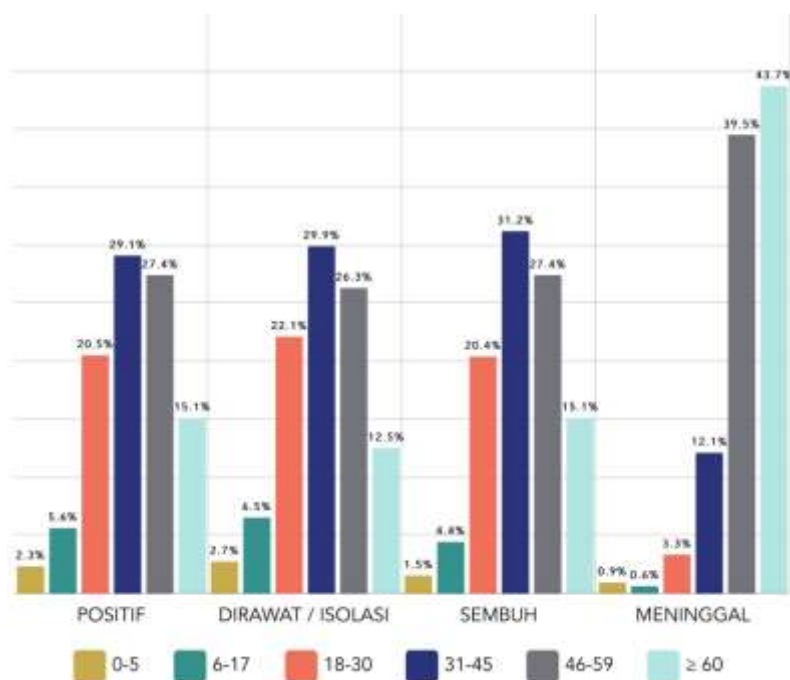
Peran anak-anak dalam persebaran COVID-19 masih belum jelas karena minimnya survey sero-epidemiologi pada anak-anak. Data dari Shenzhen, China, menunjukkan bahwa rerata serangan infeksi (*attack rate*) pada anak dan dewasa sama besarnya (15%), dan terjadi pada keluarga.¹² Namun, data dari Guangzhou, Shanghai, Wuhan,¹³ Jepang,¹⁴ dan Belanda¹⁵ menunjukkan rerata serangan infeksi yang lebih rendah pada anak-anak dibandingkan orang dewasa. Di South New Wales, pada 18 kasus positif COVID-19 yang ditemukan di antara siswa dan guru sekolah dasar dan menengah, hanya ada dua kasus sekunder terinfeksi di antara 863 orang yang berkontak erat, dan keduanya diduga terinfeksi dari guru, bukan sesama siswa.¹⁶ Bahkan, seorang anak yang terinfeksi pada klaster French Alp tidak menginfeksi anak lain di sekolahnya meskipun ia berinteraksi dengan sekitar 100 anak yang lain.¹⁷ Ini mengindikasikan bahwa pola transmisi infeksi pada anak berbeda dengan pada orang dewasa, dan transmisi pada anak diduga lebih terkait dengan interaksi erat mereka dengan orang dewasa, baik di rumah maupun kegiatan sosial, dibandingkan dengan interaksi di dalam kelas.¹⁸

Meski demikian, risiko penularan COVID-19 pada anak-anak tetap perlu diwaspadai, terutama pada anak dengan gangguan nutrisi, karena meningkatkan risiko kematian dan mengganggu pertumbuhan, perkembangan, dan capaian proses pembelajaran.¹⁹ COVID-19 juga mengganggu rantai layanan nutrisi dari berbagai aspek. Kemunduran ekonomi meningkatkan hilangnya pendapatan keluarga sehingga kebutuhan nutrisi keluarga tidak dapat tercukupi dengan baik. Rantai suplai makanan juga terganggu akibat wabah. Di sisi lain, layanan kesehatan terbebani oleh kasus COVID-19 dan mengurangi layanan nutrisi, termasuk dalam upaya deteksi dini dan

penatalaksanaan malnutrisi dan *wasting* – kondisi anak yang menunjukkan kurangnya berat badan anak pada usianya.²⁰

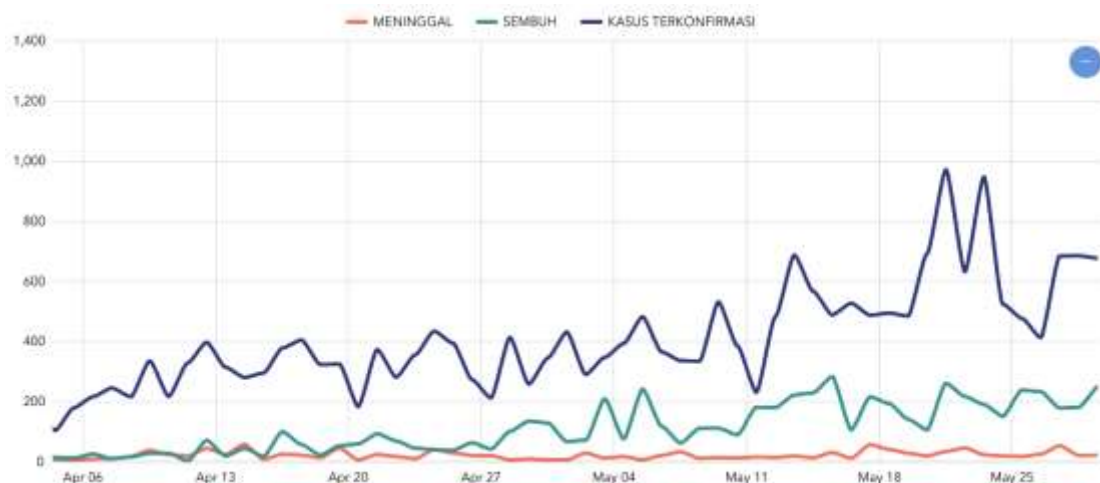
COVID-19 di Indonesia

Situasi lokal di Indonesia menunjukkan hal yang serupa dengan situasi global. Angka infeksi, kebutuhan perawatan, dan mortalitas pada usia anak sekolah lebih rendah dibandingkan pada usia dewasa (Gambar 1). Namun situasi ini terus bergerak secara dinamis. Data nasional Indonesia menunjukkan bahwa penambahan kasus positif baru masih terus meningkat sejak bulan April 2020 (Gambar 2). Peningkatan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, akibat meningkatnya persebaran sehingga jumlah kasus COVID-19 meningkat secara absolut. Kedua, adanya peningkatan kapasitas diagnostik sehingga jumlah kasus COVID-19 secara relatif lebih tinggi dibandingkan periode sebelumnya ketika kapasitas diagnostik masih terbatas.



Gambar 1. Data epidemiologis kasus COVID-19 di Indonesia dalam beberapa kelompok usia.

Belum ada data yang cukup lengkap untuk mengidentifikasi siswa dan guru yang berisiko terhadap infeksi dengan gejala berat dan membutuhkan penanganan kritis maupun siswa dengan kondisi penyerta atau kebutuhan khusus terkait COVID-19. Pada perkembangan kebijakan selanjutnya, kelengkapan dan transparansi data yang mencakup variabel-variabel tersebut harus dapat disediakan sebagai bagian dari laporan dan evaluasi.



Gambar 2. Grafik kasus COVID-19 terkonfirmasi, sembuh dan meninggal di Indonesia.

Faktor pertimbangan pembukaan kembali sekolah

Faktor selain epidemiologi yang perlu diperhatikan adalah kesiapan fasilitas kesehatan dan kolaborasi yang kuat dengan dinas pendidikan. Setiap daerah perlu menilai kesiapan layanan kesehatan mulai dari tingkat primer dan kesiapan responsivitas sistem yang dibangun oleh Dinas Kesehatan dalam menerima laporan keluhan, merespon kasus baru, mengidentifikasi sumber daya yang tersedia, menampilkan informasi secara cepat dan tepat, dan mencegah terhadinya wabah baru. Dinas Pendidikan dan Dinas Kesehatan perlu membangun sistem komunikasi yang adekuat untuk dapat melakukan penelusuran kontak jika terjadi kasus atau wabah di sekolah. Pembukaan sekolah harus disesuaikan dengan konteks lokal dan memerlukan akses dan analisis data yang cepat dan reliabel hingga di tingkat kota atau kabupaten. Hal ini memungkinkan terjadinya perbedaan kebijakan antara satu kota dengan kota lainnya, meski kota-kota tersebut berada di dalam satu provinsi.

Selain itu dinas kesehatan dan gugus tugas penanganan Covid-19 di daerah perlu berkoordinasi dalam proses monitoring dan evaluasi kesiapan sekolah dalam pelaksanaan protokol pencegahan COVID-19 yang perlu dilakukan dalam rangka menghindari penularan yang lebih luas.

Risiko transmisi COVID-19 juga dipengaruhi bagaimana siswa memanfaatkan transportasi ketika mengakses sekolah dan pola persebaran antara rumah siswa dan sekolah. Pemanfaatan transportasi publik massal – dengan lokasi antara rumah dan sekolah yang berjauhan – meningkatkan risiko penularan antar warga, baik di stasiun, halte, maupun di dalam kendaraan. Kondisi ini berbeda antara daerah perkotaan dan satelitnya dengan mobilitas tinggi dan daerah pedesaan yang cenderung memiliki keterbatasan mobilitas.

Densitas siswa per sekolah menjadi faktor posibilitas dilakukannya *physical distancing* di sekolah. Rata-rata jumlah siswa per sekolah adalah 166 siswa per sekolah dasar dan 231 siswa per sekolah menengah tingkat pertama. Rerata ini bervariasi antar daerah: tertinggi di Jakarta (324 siswa per SD, 331 siswa per SMP) dan terendah di Sulawesi Utara (101 siswa per SD) dan Maluku Utara (134 siswa per SMP).²¹ Intervensi *physical distancing* dapat dilakukan dengan memecah kelas dalam jumlah siswa yang lebih kecil atau mengubah tata letak kelas yang memungkinkan ruang lebih longgar antar siswa.²²

Transmisi COVID-19 berisiko meningkat pada aktivitas yang melibatkan banyak orang. Aktivitas antar jemput sekolah memungkinkan adanya percampuran orang dalam jumlah banyak dan mungkin melibatkan kendaraan pribadi yang dapat menimbulkan kemacetan. Aktivitas lain, seperti kegiatan ekstrakurikuler dan makan, baik yang dilakukan di kantin dan maupun penjaja makanan di sekitar sekolah, juga berisiko menjadi

faktor transmisi penyakit di sekolah. Selain itu, ada tipe sekolah khusus, seperti sekolah berasrama (*boarding school*) atau pesantren membutuhkan perhatian khusus dan tindakan yang berbeda dibandingkan sekolah biasa.

Risiko infeksi COVID-19 meningkat pada anak dengan gangguan nutrisi. Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stunting masih tinggi, yaitu 30,²³8%. Prevalensi stunting di 20 provinsi berada di atas 30% (tinggi hingga sangat tinggi), dan angka ini berpotensi meningkat setelah terjadinya pandemic COVID-19. Pada anak usia sekolah (5-12 tahun), asupan energi yang mereka dapatkan masih sangat kurang (29,7%) dan sangat kurang (40,1%) dibandingkan standar angka kecukupan energi.²⁴ Untuk dapat meminimalisir risiko infeksi pada anak usia sekolah, program dukungan nutrisi harus dapat dijalankan secara paralel dan berkesinambungan.

Rekomendasi

Pembukaan kembali aktivitas sekolah harus dilakukan secara bertahap. Pembukaan aktivitas sekolah harus dimulai secara parsial dengan membagi jumlah siswa yang masuk sekolah dalam jumlah yang lebih kecil dibandingkan biasanya agar memungkinkan adanya *physical distancing* dan menurunkan risiko transmisi penyakit. Ada beberapa pilihan rotasi yang dapat dilakukan dan disesuaikan dengan konteks daerah dan sekolah masing-masing.

- Rotasi antar kelas/tingkatan. Jumlah siswa yang masuk sekolah digilir antara kelas/tingkatan ganjil dan genap di hari yang berbeda.
- Setengah kelas. Jumlah siswa dalam kelas direduksi hingga setengahnya dan diatur dalam jadwal masuk yang berselang-seling antar hari.
- Pekan *on-off*. Sekolah dibagi ke dalam tiga kelompok besar. Kelompok pertama masuk pada pekan pertama selama lima hari (Sabtu dan Minggu libur), lalu libur selama dua pekan. Kelompok kedua masuk pada pekan kedua, lalu libur selama dua pekan. Begitu pula kelompok ketiga. Opsi ini berdasarkan asumsi bahwa periode inkubasi virus berlangsung selama lima hari dan bila terjadi infeksi, gejala akan muncul setelah 14 hari monitoring aktif atau karantina.²⁵

Tidak melakukan kegiatan ekstrakurikuler. Aktivitas ekstrakurikuler mencakup acara pementasan, olahraga bersama, upacara bendera, *field trip*, dan kegiatan sosial lain dalam jumlah massa yang besar yang dapat meningkatkan risiko transmisi penyakit.

Pengaturan masuk ke dan keluar dari lingkungan sekolah. Waktu masuk dan keluar sekolah adalah waktu kritis yang memungkinkan percampuran banyak orang. Pengaturan dapat dilakukan dalam beberapa opsi.

- Membagi siswa dalam beberapa kelompok dan menjadwalkan jam masuk dan keluar di waktu yang berbeda secara rasional. Misalnya, antar kelompok berselang setengah jam. Ini dilakukan untuk mereduksi kepadatan orang dan/atau kemacetan yang ditimbulkan yang dapat meningkatkan risiko transmisi penyakit.
- Membuat aturan *physical distancing* bagi pengantar dan penjemput dengan memberi marka di area lingkungan sekitar sekolah. Jika memungkinkan, diatur dengan jalur masuk dan keluar yang berbeda sehingga meminimalisir pencampuran banyak orang. Pengantar dan penjemput tidak diperkenankan berkerumun.
- Minimalisir penggunaan bus atau kendaraan antar jemput sekolah.

Dukungan nutrisi dan bantuan sosial nutrisi anak usia sekolah. Untuk meminimalisir risiko terinfeksi COVID-19 dan gangguan tumbuh kembang dan capaian pembelajaran, kualitas nutrisi anak usia sekolah harus diperhatikan dengan baik. Namun, dengan menurunnya kondisi ekonomi, kebutuhan nutrisi seimbang di dalam keluarga – khususnya keluarga miskin – juga berpotensi menurun sehingga membutuhkan dukungan sosial dari pemerintah dan sekolah. Pemerintah, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan dan sekolah perlu memformulasikan alternatif bantuan sosial dalam bentuk dukungan nutrisi anak sekolah, baik berupa paket makan pagi atau makan siang. Dukungan nutrisi ini akan memberikan asupan nutrisi yang lebih baik dibandingkan nutrisi yang disiapkan sendiri dalam keluarga.^{26,27} Konsep ProGAS dapat dipertimbangkan penyesuaiannya sebagai alternatif bantuan

sosial nutrisi sekaligus peningkatan kapasitas sekolah dan masyarakat dalam upaya peningkatan gizi anak dalam jangka panjang.

Pengaturan makan bersama. Jika sekolah memiliki kegiatan makan bersama, maka kegiatan tersebut dilakukan di kelas masing-masing dengan pengaturan yang tepat dan bukan di ruang makan bersama. Minimalisir penggunaan kantin, kecuali jika upaya *physical distancing* dapat dilakukan, baik dengan mengatur jam istirahat sekolah dan jalur keluar masuk kantin. Minimalisir kontak siswa dengan penjaja makanan di lingkungan sekitar sekolah.

Jika memungkinkan, lakukan aktivitas di luar kelas.

Siapkan protokol kesehatan level kabupaten. Protokol kesehatan harus disusun sebelum sekolah memulai kembali aktivitas dan didiseminasikan kepada seluruh siswa dan orangtua. Protokol yang dimaksud minimal mencakup cara cuci tangan 20 detik, etika bersin dan batuk, tidak bersalaman dan berpelukan, tidak menyentuh bagian muka dengan tangan, dan memberitahu pihak sekolah bila ada keluhan sakit. Siswa perlu meminimalisir penggunaan transportasi publik massal. Namun, jika terpaksa melakukannya, berikan saran protokol kesehatan, seperti memakai masker secara benar selama di perjalanan.

Perkuat sarana penunjang. Sekolah harus mempersiapkan sarana penunjang yang memungkinkan sekolah dapat merespons setiap kejadian terkait COVID-19 dengan cepat dan tepat, termasuk menyediakan ruang dan penanggungjawab upaya kesehatan sekolah (UKS), alat disinfeksi dan kebersihan, layanan *hotline* yang dapat diakses orangtua, dan sistem informasi yang tersambung ke Dinas Pendidikan, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan.

Monitoring dan evaluasi. Seluruh upaya intervensi pembukaan kembali aktivitas sekolah ini harus dimonitor dan dievaluasi secara ketat dengan kolaborasi antara sekolah, Dinas Pendidikan, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan kota/kabupaten. Monitoring ketat dilakukan setiap pekan dengan menganalisis kemungkinan perubahan intervensi, baik berupa pengetatan maupun pelonggaran.

Referensi

- ¹ World Bank. We should avoid flattening the curve in education – Possible scenarios for learning loss during the school lockdowns. 2020. Tersedia di: https://blogs.worldbank.org/education/we-should-avoid-flattening-curve-education-possible-scenarios-learning-loss-during-school?CID=WBW_AL_BlogNotification_EN_EXT. Diakses pada 30 Mei 2020.
- ² Cameron L. Can a public scholarship program successfully reduce school drop-outs in a time of economic crisis? Evidence from Indonesia. *Economics of Education Review*. 2009; 28:3.
- ³ Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-1525. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- ⁴ World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization. 2014.
- ⁵ National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3. Updated Edition. 2014. Tersedia di: <http://www.developingchild.harvard.edu>. Diakses 30 Mei 2020.
- ⁶ UNICEF. Mitigating the effects of the COVID-19 pandemic on food and nutrition of school children: interim guidance note. 2020.
- ⁷ Sekiyama M, Kawakame T, Nurdiani R, et al. School feeding programs in Indonesia. *Jpn J Nutr Diet*. 2018;76(1).
- ⁸ Tribun Medan. Kemendikbud cegah kekurangan gizi anak sekolah lewat ProGAS. Terbit pada 12 Maret 2019. Tersedia di: <https://medan.tribunnews.com/2019/03/12/kemendikbud-cegah-kekurangan-gizi-anak-sekolah-lewat-progas>. Diakses pada 2 Juni 2020.
- ⁹ Boast A, Munro A, Goldstein H. An evidence summary of Paediatric COVID-19 literature, Don't Forget the Bubbles. Updated May 29, 2020. Tersedia di: <http://doi.org/10.31440/DFTB.24063>. Diakses 30 Mei 2020.
- ¹⁰ World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19 . Geneva: World Health Organization. May 10, 2020. Tersedia di: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332052/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Schools-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ¹¹ Dong Y, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, Tong S 2020. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics*. 2020; 145: 5. Tersedia di: <https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2020/03/16/peds.2020-0702.1>. Diakses 30 Mei 2020.

- ¹² Qifang Bi, Yongsheng Wu, Shuijiang Mei, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: analysis of 391 cases and 1,286 of their close contacts. medRxiv preprint. 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20028423>. This version posted March 27, 2020.
- ¹³ Zhang J, Litvinova M, Liang Y, Wang Y, Wang W, Zhao S, et al. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. Science. 2020;eabb8001.
- ¹⁴ Mizumoto K, Omori R, Nishiura H. Age specificity of cases and attack rate of novel coronavirus disease (COVID-19). medRxiv. 2020;2020.03.09.20033142.
- ¹⁵ RIVM. Children and COVID-19. Updated May 28, 2020. Tersedia di: <https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19>. Diakses 30 Mei 2020.
- ¹⁶ National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS). COVID-19 in schools – the experience in New South Wales. Tersedia di http://ncirs.org.au/sites/default/files/2020-04/NCIRS%20NSW%20Schools%20COVID_Summary_FINAL%20public_26%20April%202020.pdf. Diakses 30 Mei 2020.
- ¹⁷ Danis K, Epaulard O, Bénet T, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. Clin Infect Dis. 2020;ciaa424. doi:10.1093/cid/ciaa424.
- ¹⁸ Zhang J, Litvinova M, Liang Y, Wang Y, Wang W, Zhao S, Wu Q, Merler S, Viboud C, Vespignani A, Ajelli M, Yu H. Science. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. Science. 2020. Tersedia di: <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/05/04/science.abb8001/tab-pdf>.
- ¹⁹ UNICEF. Supporting children's nutrition during the COVID-19 pandemic. UNICEF dan WWF. 2020. <https://www.unicef.org/media/68521/file/Supporting-children's-nutrition-during-COVID-19-2020.pdf>.
- ²⁰ World Bank. How nutrition can protect people's health during COVID-19. 13 Mei 2020. Tersedia di: <https://blogs.worldbank.org/voices/how-nutrition-can-protect-peoples-health-during-covid-19>.
- ²¹ Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Statistik pendidikan. Tersedia di: <http://statistik.data.kemdikbud.go.id/index.php/page/smp>. Diakses 30 Mei 2020.
- ²² scher-Pines, L., Schwartz, H.L., Ahmed, F. *et al.* School practices to promote social distancing in K-12 schools: review of influenza pandemic policies and practices. *BMC Public Health* **18**, 406 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5302-3>
- ²³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2018. Kemenkes RI. Jakarta: 2018.
- ²⁴ Kementerian Kesehatan. Buku studi diet total: survei konsumsi makanan individu Indonesia 2014. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: 2014.
- ²⁵ Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Annals of Internal Medicine*. 2020; 172:9, 577-582.
- ²⁶ Dunn CG, Kenney E, Fleischacker SE, Bleich SN. Feeding low-income children during the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med* 2020; 382:e40.
- ²⁷ Southeast Asian Ministers of Education Organization - Regional Center for Food and Nutrition. Pengukuran dampak penguatan kapasitas guru dan orangtua pada pelaksanaan program gizi anak usia sekolah dasar di Indonesia.