

# **RUNTUHNYA LAYANAN KESEHATAN PADA MASA GENOSIDA: TINJAUAN LITERATUR GANGGUAN, DAMPAK, DAN REKONSTRUKSI ADIL PALESTINA**

**Imanta Alifia Octavira\***

Master Program Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga,  
Surabaya

**Dina Sudriyani**

Department of Organization, Membership, Cadre Development, PATELKI DPW  
NTB, Mataram

**Candra Dwisaptarini**

Department of Product, Ngaji Lagi Indonesia, Mataram

e-mail: [imanta.alifia.octavira-2023@fk.unair.ac.id](mailto:imanta.alifia.octavira-2023@fk.unair.ac.id)

## **ABSTRAK**

Pelayanan kesehatan di Palestina menghadapi hambatan struktural yang serius, terutama dalam penanganan kasus darurat. Penelitian ini menyoroti beragam gangguan, dampak, dan rekonstruksi sistem kesehatan Palestina pasca-runtuhnya layanan akibat genosida. Studi ini bertujuan memberi kontribusi konseptual dan praktis bagi pengembangan kebijakan ketahanan layanan kesehatan yang adil dan berkelanjutan. Metode yang digunakan adalah studi literatur dengan pendekatan naratif dan analisis deskriptif dari berbagai publikasi akademik dan laporan lembaga internasional. Hasil penelitian menunjukkan adanya gangguan sistem kesehatan berupa strategi sistematis yang mencakup penghancuran infrastruktur (>400 serangan), penargetan tenaga medis (>980 tewas, >300 ditahan), dan blokade yang memutus suplai vital serta menahan hampir 50% permohonan perawatan pasien. Pengungsi, ibu hamil, dan masyarakat menjadi rentan terhadap penyakit fisik, mental, gizi buruk, akses terbatas ke air bersih yang memperburuk kondisi kesehatan. Upaya rekonstruksi sistem kesehatan mencakup aspek fisik dan teknis seperti perlindungan fasilitas medis, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan layanan primer, dukungan psikososial bagi masyarakat serta penghentian kekerasan struktural. Penelitian ini menawarkan pendekatan yang lebih komprehensif dengan merekomendasikan beragam solusi dengan memadukan berbagai konsep teori, berbeda dari literatur sebelumnya yang cenderung berfokus pada satu jenis solusi. Penelitian ini juga merekonstruksi persoalan dari akar penyebabnya melalui upaya penghentian kekerasan struktural yang menjadi sumber utama permasalahan.

**Kata Kunci:** Palestina, Sistem Kesehatan, Genosida, Rekonstruksi

## 1. PENDAHULUAN

Otoritas kesehatan di Gaza mengonfirmasi bahwa jumlah korban tewas akibat serangan militer Israel sejak Oktober 2023 telah mencapai 60.430 jiwa, dengan 148.722 orang lainnya mengalami luka-luka. Sebagian besar korban disebut merupakan perempuan dan anak-anak. Dalam 24 jam terakhir, sedikitnya 98 warga Palestina dilaporkan tewas dan 1.079 lainnya terluka akibat serangan yang masih berlangsung di Jalur Gaza, menurut laporan sumber medis yang dikutip The Peninsula, Minggu, 3 Agustus 2025. Sejak Israel melanjutkan kembali operasi militernya pada 18 Maret, setelah gencatan senjata selama dua bulan berakhir, jumlah korban jiwa bertambah menjadi 9.246 orang, sementara korban luka-luka mencapai 36.681 (Metrotvnews, 2025).

Data WHO Per tanggal 12 September 2025 menjelaskan bahwasannya, sebanyak 2,1 juta penduduk Gaza mengalami krisis pangan berkepanjangan, di mana hampir 500 ribu orang berada dalam kondisi darurat kelaparan, mengalami malnutrisi parah, penyakit, hingga kematian (WHO, 2025). Hal tersebut merupakan suatu keadaan darurat medis yang didefinisikan sebagai situasi kritis dan mendadak yang memerlukan tindakan cepat karena berpotensi mengancam jiwa. (Marchon & Mendes Junior, 2014). Keadaan ini harus segera ditangani dengan tepat dan cepat, karena jika tidak ditangani dapat menimbulkan risiko serius yang mengancam keselamatan pasien.

Terbatasnya akses layanan kesehatan, penurunan signifikan cakupan vaksinasi, minimnya ketersediaan air bersih dan sanitasi, serta meningkatnya ancaman terhadap perlindungan anak telah memperbesar risiko penyakit serius, khususnya pada anak-anak dengan malnutrisi akut berat yang sangat membutuhkan perawatan untuk bertahan hidup (WHO, 2025). Pelayanan kesehatan dalam hal ini sering terabaikan. hambatan-hambatan sering dihadapi dalam menangani kasus darurat, termasuk keterbatasan peralatan dan obat-obatan yang sesuai, tidak kurangnya jumlah ambulans serta keterbatasan kompetensi dalam melakukan penanganan keadaan darurat akibat minimnya pengalaman menangani berbagai macam kasus dan tantangan dalam memperluas keterampilan (Ramanayake *et al.*, 2014).

Kementerian Kesehatan Palestina (PMOH) merupakan penyedia layanan utama. PMOH menyediakan sekitar 65% layanan kesehatan primer (PHC) di Palestina melalui jaringan luas pusat kesehatan primer yang tersebar di seluruh gubernur Palestina. Pusat kesehatan primer pemerintah mencakup 73% dari total pusat kesehatan primer di Tepi Barat. Selain itu, PMOH juga mengelola sekitar 60% tempat tidur rumah sakit di Palestina. Kinerjanya dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya dan lemahnya yurisdiksi, yang menghambat pergerakan bebas antara wilayah perkotaan dan pedesaan Palestina serta memberlakukan banyak pembatasan terhadap mobilitas pasien maupun tenaga kesehatan (Ministry of Health Health Annual Report Palestine 2023 State of Palestine PHIC, 2024). Upaya PMOH dalam mengembangkan kinerjanya, membutuhkan alokasi sumber daya yang memadai dan merata di berbagai tingkat layanan kesehatan, selaras dengan pertumbuhan penduduk serta perubahan kebutuhan kesehatan masyarakat akibat transisi demografis dan epidemiologis (Eker & Imam, 2025)

Hal ini mendukung akses yang adil terhadap layanan kesehatan. Akses yang adil terhadap layanan kesehatan berkaitan dengan ketersediaan, kemampuan dan kesesuaian

layanan untuk menampung (Gulliford, *et al.*, 2002). Keberadaan fisik dan distribusi yang tepat dari sumber daya kesehatan serta tenaga kesehatan dengan kapasitas yang memadai dan dapat dijangkau secara tepat waktu juga sangat penting untuk menghapus kesenjangan akses kesehatan (Basu S, *et al.*, (2019). Pertimbangan kebutuhan kesehatan masyarakat yang nyata dan beragam juga tak kalah penting (Jindal *et al.*, 2023)

Alokasi dan distribusi sumber daya dalam sistem kesehatan dianggap sebagai isu utama untuk memastikan terpenuhinya semua kebutuhan dari berbagai kelompok masyarakat, sehingga dapat mencapai keadilan kesehatan yang lebih baik. Ketidaksetaraan dalam penyediaan, distribusi, dan pemanfaatan layanan kesehatan merupakan variabel utama yang umum digunakan untuk mengukur keadilan kesehatan (Guindo *et al.*, 2012)

Kajian *literatur review* ini yang menyoroti gangguan, dampak, dan kemungkinan rekonstruksi sistem kesehatan Palestina pasca-runtuhnya layanan akibat penjajahan sangat diperlukan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi konseptual dan praktis bagi pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih adil, berketahanan, serta berorientasi pada pemenuhan hak-hak kesehatan masyarakat Palestina. Selain itu, hasil penelitian juga dapat menjadi rujukan penting bagi komunitas internasional dalam merancang strategi rekonstruksi sistem kesehatan di wilayah konflik, dengan menekankan prinsip keadilan, keberlanjutan, dan perlindungan hak asasi manusia.

## 2. TINJAUAN LITERATUR DAN PENGEMBANGAN HIPOTESIS

Konflik bersenjata yang berlangsung di Palestina telah menciptakan salah satu krisis kemanusiaan dan kesehatan dengan skala dan dampak yang sangat besar. Literatur akademis dan laporan organisasi internasional semakin banyak yang mendokumentasikan suatu pola yang mencerminkan kerusakan terutama sistem kesehatan. Serangan terhadap infrastruktur medis, yang dilengkapi dengan blokade yang telah berlangsung lama, telah menghancurkan kapasitas untuk perawatan masyarakat. Tinjauan literatur ini bertujuan untuk mensistematisasikan bukti- bukti mengenai pola serangan terhadap sistem kesehatan dan dampak kesehatan multidimensi yang berjangka panjang.

### 2.1 Pola dan Bukti Serangan Sistematis terhadap Sistem Kesehatan

Pola serangan sistematis terhadap fasilitas kesehatan di Palestina menunjukkan adanya bentuk kekuasaan yang bekerja melampaui lingkup militer. Serangan, blokade, dan pembatasan akses medis merupakan strategi yang diarahkan bukan hanya untuk menimbulkan kerusakan fisik, tetapi juga untuk mengontrol kehidupan masyarakat. Fenomena ini dapat dijelaskan melalui dua kerangka teoritis yakni *Weaponisation of Health*, yang melihat kesehatan sebagai instrumen kekuasaan, dan *Biopower* Michel Foucault, yang menyoroti bagaimana kekuasaan modern mengatur kehidupan melalui pengawasan terhadap populasi. Konsep *Weaponisation of Health* yang dikutip dari (Abi-Rached *et al.*, 2025) berangkat dari pandangan bahwa dalam konteks konflik, akses terhadap layanan kesehatan dan infrastruktur pendukungnya dapat secara sengaja dijadikan alat untuk mencapai tujuan militer atau politik. Serangan semacam ini

tidak bersifat kebetulan, melainkan strategi terencana untuk melemahkan kapasitas kesehatan masyarakat, menghancurkan moral warga sipil, dan menciptakan krisis kemanusiaan yang memaksa populasi tunduk atau mengungsi. Bukti-bukti dari laporan Organisasi Kesehatan Dunia dalam literatur (WHO 2024) mendukung interpretasi ini: sebanyak 417 serangan terhadap fasilitas kesehatan di Gaza menyebabkan kehancuran rumah sakit utama seperti Al-Shifa dan membuat hampir 70% fasilitas medis tidak lagi berfungsi. Laporan serupa dari (Abi-Rached *et al.*, 2025) juga mencatat ratusan tenaga medis tewas, memperkuat kesimpulan bahwa serangan tersebut dilakukan secara disengaja dan berulang, bukan sebagai dampak sampingan pertempuran.

Pemanfaatan kesehatan sebagai senjata juga tampak melalui tindakan non-militer. Pembatasan pergerakan pasien dan tenaga medis, sistem izin yang sangat ketat, serta blokade terhadap pasokan obat, bahan bakar, dan alat medis berfungsi untuk memperdalam kerusakan yang sudah terjadi. Laporan dari OCHA 2024 dan WHO 2024 melaporkan bahwa 44% permohonan izin pasien dari Tepi Barat ditolak atau tertunda, sementara pasokan medis ke Gaza hampir berhenti sepenuhnya. (Feldman *et al.* 2021) menilai bahwa kebijakan ini telah berlangsung lama dan bersifat sistematis, secara efektif mengganggu sistem kesehatan agar tidak dapat pulih atau beroperasi bahkan pada tingkat minimum. Dengan demikian, pola ini sepenuhnya konsisten dengan logika *weaponisation of health*. Sementara itu, teori *Biopower* yang diperkenalkan Foucault (Simo Kristensen, 2013) menjelaskan atas logika kekuasaan yang melandasi pola tersebut. *Biopower* menggambarkan bentuk kekuasaan modern yang tidak hanya menindas, tetapi juga mengatur kehidupan melalui pengawasan terhadap tubuh, kesehatan, dan kondisi hidup masyarakat. Dalam konteks Palestina, kebijakan blokade, pengendalian akses terhadap perawatan medis, dan pembatasan barang-barang vital dapat dipahami sebagai mekanisme biopolitik yang digunakan untuk mengatur kehidupan sekaligus menentukan batas kelangsungan hidup populasi tertentu. Kekuasaan ini secara halus tetapi nyata mengatur siapa yang dapat dirawat, siapa yang dibiarkan sakit, dan seberapa jauh sistem kesehatan dapat berfungsi.

Dampak terburuk dari *Biopower* muncul ketika kekuasaan menciptakan batas antara kehidupan yang dianggap layak dilindungi dan kehidupan yang boleh dibiarkan mati. Pola serangan sistematis terhadap fasilitas medis, pembunuhan lebih dari 986 tenaga kesehatan (Abi-Rached *et al.*, 2025), serta munculnya krisis gizi dan wabah penyakit (WHO, 2024) menunjukkan adanya proses di mana kehidupan masyarakat Palestina ditempatkan di luar perlindungan moral dan hukum. Seperti disimpulkan oleh (A Soni, 2024), pola tersebut tidak bersifat insidental, melainkan strategi sistematis untuk menghancurkan layanan kesehatan dan memperpanjang penderitaan massal. Dalam kerangka *Biopower*, hal ini merupakan bentuk kekuasaan yang tidak hanya mengatur kehidupan, tetapi juga membiarkan populasi tertentu hidup dalam kondisi yang mematikan.

Dengan demikian, perpaduan antara teori *Weaponisation of Health* dan *Biopower* menawarkan pemahaman yang lebih menyeluruh mengenai serangan terhadap sistem kesehatan di Palestina. Teori pertama menyoroti mekanisme strategis di mana kesehatan dijadikan instrumen perang, sedangkan teori kedua mengungkap cara kekuasaan mengatur dan menyeleksi kehidupan melalui kebijakan dan struktur yang tampak administratif. Bersama-sama, keduanya menjelaskan bahwa apa yang terjadi di Palestina bukan sekadar krisis medis

akibat perang, melainkan strategi politik yang disengaja dan berlapis, di mana sistem kesehatan dijadikan medan kekuasaan untuk mengontrol, melemahkan, dan memusnahkan kehidupan sipil secara perlahan.

## 2.2 Dampak Kesehatan Multi Dimensi

Kajian tentang dampak serangan terhadap masyarakat Palestina menunjukkan bahwa penderitaan yang terjadi tidak hanya disebabkan oleh kekerasan fisik, tetapi juga oleh struktur sosial dan kebijakan yang menekan kehidupan warga sipil. Melalui teori *structural violence* dalam (Galtung, 1969) menjelaskan bahwa kekerasan dapat muncul dari sistem sosial dan politik yang menciptakan ketidakadilan dan menghalangi masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Dalam konteks Palestina, hal ini terlihat dari blokade, penghancuran fasilitas kesehatan, dan pembatasan bantuan kemanusiaan yang secara sistematis menghambat akses terhadap air bersih, listrik, dan layanan medis (WHO, 2024; Irfan *et al.*, 2025). Situasi tersebut menunjukkan akibat dari bentuk kekerasan struktural yang dirancang untuk melemahkan kehidupan sipil. Sementara itu, teori *social determinants of health* dari (M Marmot & R Wilkinson, 2006) menegaskan bahwa kondisi sosial seperti kemiskinan, gizi, lingkungan, dan akses terhadap layanan publik merupakan faktor utama yang menentukan kesehatan masyarakat. Ketika sistem air, sanitasi, dan pangan dihancurkan, kualitas kesehatan menurun drastis dan wabah penyakit mudah menyebar. Studi (Leone *et al.*, 2019) serta (Irfan *et al.*, 2025) menunjukkan bahwa gangguan pada layanan kesehatan dan kondisi sosial di Gaza menyebabkan meningkatnya penyakit menular, kematian ibu dan bayi, serta krisis gizi. Dengan demikian, teori ini membantu menjelaskan bagaimana kondisi sosial-ekonomi yang diciptakan oleh blokade dan kehancuran infrastruktur berdampak langsung pada kesehatan fisik dan sosial masyarakat Palestina.

Kedua teori tersebut saling melengkapi dalam memahami situasi Palestina, kekerasan struktural menggambarkan bagaimana sistem kekuasaan menciptakan ketidakadilan, sementara determinan sosial kesehatan menjelaskan bagaimana ketidakadilan itu berpengaruh terhadap kesejahteraan masyarakat. Berdasarkan berbagai temuan penelitian, dampak serangan terhadap masyarakat Palestina tampak dalam bentuk penderitaan multidimensi meliputi kerusakan fisik, krisis kesehatan, trauma psikologis, dan melemahnya struktur sosial. Oleh karena itu, analisis tentang kondisi Palestina perlu melihat bahwa konflik ini bukan hanya persoalan militer, tetapi juga persoalan sosial dan kemanusiaan yang menyentuh hak dasar untuk hidup sehat dan bermartabat

## 2.3 Pengembangan Hipotesis

Serangan terhadap sistem kesehatan Palestina adalah strategi yang bertujuan untuk melemahkan ketahanan sosial, demografi, dan kesehatan masyarakat lokal. Dengan demikian, setiap kerangka rekonstruksi yang diajukan tidak akan berhasil menciptakan sistem Kesehatan yang berkelanjutan serta adil jika menitikberatkan pada pemulihan infrastruktur fisik tanpa menangani akar permasalahan kekerasan struktural, menuntut pertanggungjawaban atas

kejahatan perang, dan mengembalikan kedaulatan Palestina atas tanah, sumber daya, dan sistem kesehatan.

### 3. METODE PENELITIAN

#### 3.1 Strategi Pencarian

Penelitian ini menggunakan desain literature review dengan pendekatan naratif. Literature review bertujuan untuk mengumpulkan, menelaah, dan menganalisis literatur yang relevan terkait topik penelitian yaitu runtuhnya layanan kesehatan pada masa genosida: tinjauan literatur gangguan, dampak, dan rekonstruksi adil Palestina. Metode yang digunakan yaitu studi literatur dari berbagai publikasi akademik dan laporan lembaga internasional, dengan pendekatan analisis dekriptif dimana peneliti melakukan pencarian artikel dengan kata kunci healthcare, palestina, dan akses kesehatan. Pemilihan artikel sumber pustaka dilakukan dengan meninjau judul dan abstrak yang membahas fakta dan analisis sistem dan ketersediaan kesehatan terhadap asyarakat palestina saat penjajahan berlangsung.

#### 3.2 Data Base

Sumber telaah pada penelitian ini yaitu yang utama adalah Pubmed, Researchgate, Wiley Online library, GSDRC dengan melalui pencarian google, namun literatur tambahan diambil dari basis data lembaga internasional seperti WHO (World health organization, OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), dan menyertakan opini populer dari Lembaga berita. Literatur yang ditemukan kemudian diseleksi berdasarkan judul, abstrak, dan kesesuaian dengan fokus kajian. Setelah dilakukan penyaringan literatur berdasarkan pencarian kata kunci yang ada, digunakan 30 refrensi pada penelitian literature review ini sesuai dengan yang tercantum dalam bab daftar pustaka. Jumlah artikel yang digunakan di hasil dan pembahasan yang menjadi diskusi dan pembentukan rekonstruksi yaitu sebanyak 18 literatur baik yang berasal dari jurnal akademik maupun dilengkapi dengan data dari website lembaga internasional seperti WHO dan OCHA.

#### 3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusinya adalah literatur yang relevan dengan tema dan telah dicari berdasarkan kata kunci, dengan kebebasan rentang waktu terbit serta tersedia dalam bahasa Inggris atau Indonesia. Kriteria Eksklusinya yaitu artikel duplikat, publikasi populer tanpa dasar ilmiah, atau literatur yang tidak relevan dengan fokus penelitian yaitu diluar pembahasan Kesehatan, yaitu social, ekonomi, hukum dan aspek lainnya. Literatur yang mencakup aspek tersebut hanya dijadikan sebagai Refrensi kerangka berpikir yang tidak dicantumkan secara detail dan terstruktur dalam penelitian ini.

#### 3.4 Analisis Data

Analisis dilakukan secara kualitatif deskriptif. Literatur yang terpilih dibaca secara kritis, kemudian diekstraksi untuk menemukan tema-tema utama, perbedaan pandangan, serta kesenjangan penelitian. Hasil analisis disusun secara naratif, dikelompokkan sesuai tema besar gangguan aspek sistem kesehatan saat genosida di

Palestina, dampak terhadap masyarakat Palestina, dan strategi rekonstruksi yang perlu dilakukan. Hasil yang diharapkan memberikan gambaran komprehensif mengenai perkembangan penelitian sebelumnya, mengidentifikasi celah (research gap) yang dapat menjadi dasar penelitian lanjutan, menawarkan perspektif baru berdasarkan sintesis literatur yang ada.

## 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Serangan dan blokade Terhadap Layanan Kesehatan

Hasil kajian literatur terhadap berbagai laporan dan studi akademik menunjukkan bahwa serangan terhadap sistem kesehatan di Palestina berlangsung secara sistematis, meluas, dan berlapis. Laporan WHO 2024 yang mencatat setidaknya 417 serangan terhadap fasilitas medis di Gaza dalam periode beberapa bulan, yang menyebabkan kerusakan berat pada rumah sakit utama seperti Al-Shifa dan Al-Nasser serta membuat hampir 70 persen rumah sakit tidak lagi berfungsi. Studi *BMJ Global Health* yang tercantum dalam (Abi-Rached *et al.*, 2025) memperkuat temuan tersebut dengan data mengenai pembunuhan lebih dari 986 tenaga kesehatan dan hilangnya akses medis bagi ribuan pasien yang bergantung pada layanan darurat.

Penelitian lain oleh (Irfan *et al.*, 2025) dan (Çamcı *et al.*, 2025) menyoroti dimensi epidemiologis dari krisis ini. Hancurnya sistem air, sanitasi, dan pasokan listrik menimbulkan ledakan penyakit menular seperti hepatitis A, polio, dan infeksi kulit, serta tingkat infeksi pascaoperasi yang sangat tinggi. Ketidakterediaan alat steril, antibiotik, dan air bersih menunjukkan bahwa penghancuran infrastruktur kesehatan telah menciptakan kondisi yang memperparah risiko biologis di wilayah tersebut.

Selain kekerasan fisik, berbagai laporan internasional juga menemukan bentuk serangan administratif. Data yang dikutip dari OCHA 2024 menunjukkan bahwa sekitar 44 % permohonan izin pasien dari Tepi Barat untuk dirujuk ke rumah sakit di luar wilayah ditolak atau tertunda. Pembatasan serupa juga diterapkan pada pergerakan tenaga medis, bantuan logistik, serta pengiriman bahan bakar dan obat-obatan penting ke Gaza. Laporan (WHO, 2025) memperkuat temuan tersebut dengan data terverifikasi mengenai serangan terhadap fasilitas kesehatan dan hambatan administratif sistemik yang mengganggu rujukan pasien, distribusi medis, dan operasional rumah sakit. WHO mendokumentasikan pola berulang dari penolakan izin, penundaan di pos pemeriksaan militer, serta fragmentasi wilayah yang membuat tenaga medis sulit menjangkau pasien.

Kajian hukum yang dilakukan oleh (Lederman, 2025), (Salehi *et al.*, 2025) dan (Manduca *et al.*, 2024) menyimpulkan bahwa pola serangan ini melanggar prinsip perlindungan terhadap fasilitas medis sebagaimana diatur dalam Pasal 19 Konvensi Jenewa. Kondisi ini menandai krisis normatif global, di mana hukum internasional gagal mencegah penghancuran sistem kesehatan secara terang-terangan. Sejumlah penulis seperti (Abi-Rached *et al.*, 2025) dan (Çamcı *et al.*, 2025) kemudian mengusulkan istilah baru seperti *healthocide* dan *medicide* untuk menegaskan bahwa penghancuran layanan kesehatan merupakan strategi yang disengaja dan sistematis, bukan akibat sampingan konflik bersenjata.

Secara keseluruhan, seluruh hasil penelitian mengarah pada kesimpulan yang sama: serangan terhadap sistem kesehatan di Palestina bukan peristiwa acak, melainkan tindakan terencana yang bertujuan melemahkan kapasitas kehidupan masyarakat melalui kehancuran

fisik, pembatasan administratif, dan kontrol terhadap sumber daya vital.

Temuan-temuan tersebut menunjukkan dengan jelas bagaimana serangan terhadap sistem kesehatan Palestina dapat dipahami melalui dua kerangka teoritis: *Weaponisation of Health* dan *Biopower*. Rumah sakit, tenaga medis, dan obat-obatan bukan hanya sasaran sekunder, tetapi bagian dari strategi untuk menekan populasi sipil dan mematahkan ketahanan sosial masyarakat. Serangan terhadap fasilitas medis di Gaza, diikuti dengan blokade terhadap logistik medis dan energi, memperlihatkan bagaimana kesehatan dimanfaatkan secara sistematis sebagai instrumen politik dan militer, serta danya kekuasaan yang mengatur kehidupan melalui pengelolaan dan pembatasan terhadap tubuh, kesehatan, dan populasi.

Dalam konteks Palestina, kebijakan blokade, sistem izin berobat, dan pengendalian pasokan medis berfungsi sebagai alat untuk menentukan siapa yang memiliki hak atas kesehatan dan siapa yang dibiarkan menderita. Kekuasaan ini tidak hanya menghancurkan kehidupan, tetapi juga mengatur ritme keberlangsungan hidup masyarakat dalam kondisi yang terkontrol dan rentan.

Penerapan kedua teori ini memperlihatkan bahwa pola serangan terhadap sistem kesehatan Palestina merupakan gabungan antara kekerasan destruktif dan kekuasaan regulatif. Serangan fisik menghancurkan infrastruktur, sementara kebijakan administratif dan pembatasan logistik menghalangi pemulihan. Dalam kerangka *Biopower*, tindakan semacam ini menciptakan garis pemisah antara kehidupan yang layak dilindungi dan kehidupan yang dianggap dapat dibiarkan mati. Dengan demikian, kesehatan menjadi arena politik di mana kekuasaan tidak hanya mengendalikan ruang dan sumber daya, tetapi juga menentukan keberlanjutan hidup suatu populasi.

Berdasarkan hasil penelitian dan tinjauan literatur tersebut, dapat disimpulkan bahwa penghancuran sistem kesehatan di Palestina merupakan bentuk kekuasaan terencana yang bekerja dalam dua lapis kekerasan militer yang tampak di permukaan dan kekuasaan biopolitik yang mengatur kehidupan dari dalam. Kedua mekanisme ini saling melengkapi dalam menciptakan situasi di mana kesehatan tidak lagi menjadi hak dunia, tetapi alat dominasi yang menentukan siapa yang boleh hidup sehat dan siapa yang harus hidup dalam penderitaan

## 4.2 Dampak Serangan Terhadap Kesehatan

Hasil penelusuran terhadap beberapa artikel ilmiah menunjukkan bahwa masyarakat Palestina, khususnya di Jalur Gaza, mengalami dampak sosial dan kesehatan yang sangat berat akibat serangan militer dan blokade berkepanjangan. Berdasarkan laporan WHO 2024 lebih dari dua pertiga fasilitas kesehatan di Gaza berhenti beroperasi karena kerusakan infrastruktur, kekurangan bahan bakar, dan pembatasan akses logistik. Kondisi ini membuat ribuan warga tidak dapat memperoleh layanan kesehatan dasar, termasuk pasien kronis, ibu hamil, dan anak-anak.

Penelitian (Irfan *et al.*, 2025) menemukan bahwa kehancuran sistem air dan sanitasi menyebabkan munculnya kembali penyakit menular seperti hepatitis A, polio, tifus, dan diare akut. Tingkat infeksi pascaoperasi mencapai 80% akibat minimnya alat steril, air bersih, dan antibiotik. Studi ini juga melaporkan munculnya patogen resisten terhadap antibiotik, seperti *Carbapenem-Resistant Acinetobacter baumannii* (CRAB), yang mengancam tenaga medis dan pasien di lapangan.

Temuan (Leone *et al.*, 2019) memperkuat hasil tersebut dengan menunjukkan bahwa intensitas konflik berdampak langsung terhadap penurunan layanan kesehatan ibu dan anak. Cakupan imunisasi menurun drastis, dan banyak ibu melahirkan tanpa dukungan tenaga medis

akibat hancurnya rumah sakit serta keterbatasan transportasi. Selain itu, laporan WHO 2024 mencatat lebih dari 540.000 perempuan usia subur hidup dalam kondisi berisiko tinggi karena tidak memiliki akses terhadap layanan persalinan yang aman.

Dampak sosial dan psikologis juga muncul secara luas. Penelitian (Veronese *et al.*, 2022) melaporkan bahwa anak-anak Palestina tumbuh dalam situasi penuh ketakutan dan kehilangan, sehingga mengalami gangguan psikologis kronis seperti kecemasan dan stres pascatrauma. Kondisi ini diperparah oleh keterbatasan dukungan psikososial, runtuhnya sistem pendidikan, serta hilangnya rasa aman dalam kehidupan sehari-hari. Tekanan yang dialami keluarga, terutama para ibu, juga meningkat karena mereka harus berjuang mempertahankan kehidupan anak-anak di tengah kelaparan, keterbatasan medis, dan ancaman kekerasan berulang. Dalam konteks ini, krisis kesehatan tidak hanya merujuk pada tubuh yang sakit, tetapi juga pada keruntuhan kesejahteraan sosial dan emosional masyarakat Palestina. Seluruh literatur menunjukkan pola yang konsisten bahwa penghancuran sistem kesehatan dan pembatasan sumber daya telah menciptakan krisis kemanusiaan yang sistematis dan berlapis, yang tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga sosial dan mental.

Bila dianalisis dengan menggunakan teori *structural violence* dari (Galtung, 1969), hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa penderitaan masyarakat Palestina bukan sekadar akibat dari perang terbuka, melainkan hasil dari struktur kekuasaan yang secara sadar menciptakan kondisi hidup tidak manusiawi. Blokade yang menghalangi air, listrik, dan obat-obatan merupakan bentuk kekerasan yang tersembunyi di balik kebijakan politik. Dalam kerangka ini, tindakan yang secara perlahan meniadakan hak dasar masyarakat untuk hidup sehat termasuk dalam kategori kekerasan struktural, karena mereka tidak langsung melukai tubuh, tetapi menghancurkan kemampuan masyarakat untuk bertahan hidup secara bermartabat.

Selanjutnya, temuan-temuan dari (Irfan *et al.*, 2025), (Leone *et al.*, 2019), dan laporan WHO 2024 juga sejalan dengan teori *social determinants of health* dari Marmot dan (Marmot & R Wilkinson, 2006), yang menegaskan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh kondisi sosial, ekonomi, dan lingkungan. Ketika akses terhadap air bersih, pangan, tempat tinggal, dan pelayanan medis terganggu, maka tingkat penyakit dan kematian akan meningkat. Dengan demikian, blokade terhadap Gaza dapat dipahami sebagai bentuk serangan terhadap determinan sosial kesehatan, karena meniadakan syarat dasar bagi masyarakat untuk hidup sehat. Keterbatasan air dan pangan (struktur) menyebabkan malnutrisi, penurunan imunitas, serta meningkatnya infeksi (hasil kesehatan). Ini menggambarkan bagaimana kekerasan terhadap sistem sosial menjadi kekerasan terhadap kehidupan biologis.

Dari sudut pandang sosial, hasil-hasil penelitian juga memperlihatkan bahwa masyarakat Palestina tetap menunjukkan ketahanan yang kuat. Meskipun hidup di bawah tekanan dan kekurangan, mereka mengembangkan solidaritas komunitas dan jaringan sosial untuk saling menopang (Veronese *et al.*, 2022). Fenomena ini memperlihatkan bahwa di tengah kekerasan struktural, muncul pula kekuatan sosial yang menjadi bentuk perlawanan. Dalam pandangan akademik, hal ini penting karena menunjukkan bahwa masyarakat bukan hanya korban pasif, melainkan juga agen yang mempertahankan keberlangsungan hidup dan nilai kemanusiaannya. Secara keseluruhan, pembahasan ini menegaskan bahwa dampak serangan terhadap masyarakat Palestina bersifat multidimensi dan sistematis. Konflik yang berkepanjangan tidak hanya menghancurkan fasilitas kesehatan, tetapi juga merusak struktur sosial yang menopang kehidupan. Kondisi ini menunjukkan keterkaitan erat antara kekerasan struktural dan kesehatan masyarakat.

Dari pandangan penulis, krisis yang menimpa masyarakat Palestina adalah contoh nyata

bagaimana politik dapat memanipulasi kehidupan manusia hingga pada tingkat paling dasar: hak untuk hidup sehat. Situasi ini menjadi tantangan moral bagi komunitas internasional, karena kesehatan seharusnya berdiri di atas nilai kemanusiaan, bukan kekuasaan. Dengan mengembalikan perhatian pada keadilan sosial dan determinan kesehatan yang setara, masyarakat Palestina dapat memperoleh kembali haknya untuk hidup dengan martabat dan keamanan, sebagaimana mestinya setiap manusia.

#### 4.3 Rekonstruksi Terhadap Pelayanan Kesehatan

Hasil tinjauan literatur yang telah dilakukan memberikan Gambaran bahwasannya solusi atas permasalahan Kesehatan di Palestina telah diusulkan. Solusi tersebut diharapkan akan berdampak terhadap kualitas dan kuantitas pelayanan Kesehatan, baik dari segi tindakan preventif maupun kuratif. Salah satu solusi yang ditawarkan sebagai tindakan preventif untuk mencegah adanya kepadatan pelayanan Kesehatan yang berujung tidak maksimalnya pelayanan yaitu, Jumlah dan keberagaman makanan yang cukup. Intervensi yang terbukti dapat meningkatkan ketahanan pangan meliputi perencanaan diet, suplementasi mikronutrien, fortifikasi makanan, konseling gizi, dan pemantauan kenaikan berat badan. suplementasi harian kemungkinan telah membantu mencegah luaran yang lebih buruk dan tetap menjadi strategi penting untuk mendukung kesehatan maternal dan neonatal selama konflik. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan delapan kali kunjungan ANC (antenatal care) selama kehamilan, dengan kunjungan pertama dilakukan pada trimester Pertama, hal ini dijelaskan dalam salah satu literatur dari (Aldabbour *et al.*, 2025). Literatur (Leone *et al.*, 2019) juga menyoroti ANC, DPT dan OPV sebagai intervensi preventif, namun tindakan ini perlu adanya pertimbangan dalam kebijakan masa depan dan dalam perencanaan menghadapi kemungkinan periode konflik yang terus meningkat.

Tantangan kesehatan di tengah serangan militer terhadap penduduk palestina diperhatikan pula dari segi angka infeksi yang menurun dan meningkatkan luaran pasien yang dapat dilakukan dengan memastikan ketersediaan APD yang memadai, mengembangkan sistem portabel pemurnian air, antibiotik dan diagnostik, peningkatan air bersih, sanitasi, dukungan psikososial untuk tenaga kesehatan dan pasien, mendirikan unit perawatan luka, serta memanfaatkan *telemedicine*. Namun, penting untuk dicatat bahwa sejauh mana pedoman ini dapat diterapkan secara praktis, bukan sekadar idealis, hampir sepenuhnya bergantung pada sejauh mana bantuan medis diizinkan masuk ke Gaza. Tanpa akses kemanusiaan yang memadai dan ketersediaan layanan medis, penyakit endemik seperti tifoid dan demam berdarah hanya akan semakin meluas, dan penyakit non-endemik seperti polio juga akan menjadi ancaman dengan polio sudah menjadi penyebab kekhawatiran akut. Tim medis yang berkunjung menghadapi hambatan tambahan serta regulasi yang semakin ketat yang diberlakukan oleh Israel seiring dengan memburuknya krisis (Irfan *et al.*, 2025).

Adanya evaluasi terhadap pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial di Palestina ini dibutuhkan langkah konkret dari seluruh pihak yang terlibat. Pertama, perdamaian dan rekonsiliasi antara Israel dan Palestina perlu terus diupayakan melalui diplomasi yang kuat guna mencapai kesepakatan damai yang berkelanjutan. Selain itu, bantuan kemanusiaan dan pembangunan harus diperkuat untuk mendukung pemulihan sosial dan ekonomi di kawasan tersebut. Pemerintah Palestina juga perlu mengambil langkah untuk memperkuat sistem kesehatan dan jaringan dukungan sosial, serta memberikan perlindungan dan bantuan bagi

para korban konflik, terutama kelompok rentan seperti anak-anak, perempuan, dan lansia (Risdayani *et al.*, 2024).

Perawatan Kritis Palestina di Tengah Tekanan Militer memerlukan perlindungan internasional yang komprehensif terhadap fasilitas-fasilitas ini serta pendokumentasian pelanggaran medis untuk memastikan akuntabilitas. Untuk meningkatkan layanan perawatan kritis di Gaza, perlu dibentuk juga program pelatihan perawatan intensif guna menambah jumlah tenaga medis di bidang ini, dengan dukungan kolaborasi internasional. Pengembangan ICU (*Intensive care unit*) bergerak juga diperlukan untuk mengurangi tekanan pada rumah sakit, disertai penyediaan pasokan medis dan peralatan yang esensial. Selain itu, perlu disusun protokol khusus perawatan kritis masa perang melalui kerja sama dengan Kementerian Kesehatan, WHO, dan organisasi lain. Protokol ini harus mencakup unit triase dan perawatan bergerak untuk menangani kejadian korban massal (Barakat, 2025). Prinsip fundamental bahwa ruang medis atau Rumah Sakit tidak boleh menjadi sasaran dalam konflik juga harus tetap dipertahankan (Salehi *et al.*, 2025).

Beberapa usaha dalam memaksimalkan fasilitas kesehatan, harus dibarengi dengan kualitas dari tenaga kesehatan itu sendiri. Pembuatan dan implementasi program pelatihan yang komprehensif bagi tenaga kesehatan primer, dengan fokus pada kursus kegawatdaruratan, serta meningkatkan ketersediaan peralatan emergensi di klinik layanan primer sangat diperlukan. Peningkatan kualitas penanganan darurat juga dapat dicapai melalui pelatihan khusus yang ditujukan untuk memperbaiki keterampilan dan pengetahuan staf kesehatan (Hamshari *et al.*, 2024).

Kemudahan akses transportasi publik juga erupakan solusi yang dapat diusahakan. Suatu penelitian dari (Jabali *et al.*, 2024) menyoroti pentingnya sistem transportasi publik yang andal dalam meningkatkan akses ke layanan kesehatan. Oleh karena itu, disarankan agar Otoritas Palestina mengalokasikan dana untuk memperkuat jaringan transportasi publik, terutama di daerah pedesaan yang sering terisolasi akibat serangan pemukim. Program-program ketahanan komunitas perlu diperluas untuk membantu masyarakat mengatasi tantangan yang ditimbulkan oleh pembatasan pergerakan. Intervensi ini dapat mencakup pelatihan keterampilan, peningkatan kapasitas lokal, dan dukungan psikososial untuk meningkatkan ketahanan individu dan kolektif, disertai reformasi signifikan dalam sistem kesehatan dan transportasi Palestina untuk meningkatkan infrastruktur dan akses layanan kesehatan. Hal ini mencakup perencanaan strategis untuk mengatasi hambatan mobilitas yang disebabkan oleh pos pemeriksaan dan serangan militer. Pendekatan Berbasis Bukti dalam Perencanaan Kebijakan. Penting untuk menggunakan data berbasis bukti dalam merancang kebijakan dan intervensi.

Kesehatan secara fisik, harus selaras dan didukung dengan adanya kesehatan secara mental atau psikologi. Terutama yang berkaitan dengan kekerasan struktural dan sumber-sumber perlawanan pada anak-anak Palestina yang hidup di bawah pendudukan militer dan penindasan politik tindakan sehari-hari yang membawa kebahagiaan (atau kehidupan normal), momen-momen positif pemenuhan keinginan, dan menjaga kehidupan sehari-hari tetap normal di tengah situasi yang menantang. Oleh karena itu, anak-anak menekankan kembali pentingnya kunjungan ke taman dan perjalanan bersama orang tua sebagai momen nyata untuk memulihkan kebahagiaan dan kesejahteraan setelah mengalami pengalaman traumatis. Upaya untuk membuat kehidupan sesegera mungkin menjadi normal dan mempertahankan berbagai aspek rutinitas harian sangatlah penting bagi kesejahteraan anak-anak dan remaja. Hal ini telah dipelajari dalam konteks kapasitas ketahanan dan perlawanan

masyarakat Palestina (Veronese *et al.*, 2022).

Pentingnya hubungan keluarga, teman sebaya, dan sosial muncul dengan kuat sebagai cara untuk menikmati kehidupan sehari-hari, meskipun mengalami penindasan yang terus berlangsung. Banyak bunga dikaitkan dengan aspek sosial, seperti teman sebaya, keluarga, dan komunitas. Orang tua, kerabat, dan anggota komunitas dipandang sebagai sumber perlindungan dan keamanan di tengah kekerasan dari pihak Israel maupun kekerasan intra-komunitas, sekaligus sebagai tempat untuk belajar mengekspresikan dan mengelola emosi. Demikian pula, hubungan positif dengan teman dan sebaya dikaitkan dengan peristiwa yang dianggap sebagai sumber kebahagiaan dan kesejahteraan. Mampu memanfaatkan hubungan sosial memiliki efek positif dan bermanfaat pada masa kanak-kanak, serta memungkinkan anak-anak merasakan rasa aman dan kedekatan yang membuka peluang untuk pengalaman bersama. Menyampaikan kebaikan dan dukungan timbal balik merupakan tindakan sebuah lembaga yang menumbuhkan perasaan positif dan kesejahteraan di antara anak-anak, meskipun dalam kondisi hidup yang sulit. Hal ini juga menjadi cara untuk melawan rasa tak berdaya dan meruntuhkan struktur kekuasaan yang mengasingkan (Veronese *et al.*, 2022).

#### 4.4 Rekomendasi Advokatif

Literatur mengenai pelayanan kesehatan di Palestina menunjukkan bahwa sistem kesehatan di wilayah tersebut menghadapi tantangan multidimensi yang kompleks, mencakup aspek struktural, politik, dan kemanusiaan. Sejumlah studi menyoroti bahwa keterbatasan infrastruktur medis, kekurangan tenaga kesehatan, serta hambatan logistik akibat blokade dan konflik berkepanjangan telah menurunkan kualitas serta aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat sipil. Berbagai upaya internasional telah dilakukan, seperti bantuan kemanusiaan dari organisasi non-pemerintah, pengiriman obat-obatan dan peralatan medis, serta program pelatihan bagi tenaga kesehatan lokal. Namun demikian, literatur yang bersifat humanistik mengingatkan bahwa pendekatan teknokratis semata tidak cukup untuk menyelesaikan akar permasalahan pelayanan kesehatan di Palestina. Tidak dapat dipungkiri bahwa ketidakmaksimalan sistem kesehatan di wilayah tersebut berakar pada kondisi politik dan kekerasan struktural yang terus berlangsung. Genosida dan blokade yang sistematis telah menciptakan kepadatan pasien, kerusakan fasilitas kesehatan, serta keterbatasan mobilitas tenaga medis dan sumber daya. Dengan demikian, penyelesaian masalah kesehatan di Palestina tidak dapat dipisahkan dari upaya menghentikan kekerasan dan pelanggaran hak asasi manusia yang terjadi. Oleh karena itu, solusi yang berkelanjutan harus melibatkan pendekatan multidisipliner menggabungkan kebijakan kesehatan publik dengan advokasi kemanusiaan dan keadilan sosial. Dalam konteks ini, penghentian genosida bukan hanya merupakan tuntutan moral, tetapi juga prasyarat mendasar bagi terbentuknya sistem kesehatan yang efektif, adil, dan manusiawi di Palestina.

Peneliti mengusulkan beberapa rekonstruksi antara lain :

1. Rekonstruksi Berbasis Keadilan Struktural (Structural Justice Health Reconstruction)  
Pendekatan ini menempatkan rekonstruksi kesehatan bukan hanya pada perbaikan fasilitas, tetapi pada penghapusan kekerasan struktural yang menjadi akar kehancuran sistem kesehatan. Konsep ini mengusulkan bahwa setiap kebijakan kesehatan harus disertai dengan mekanisme keadilan transisional (transitional health justice), seperti audit kemanusiaan, pemulihan hak tenaga medis korban perang, dan pengembalian kedaulatan Palestina atas

sumber daya kesehatan. Menghubungkan teori *structural violence* (Galtung) dengan praktik rekonstruksi sistem kesehatan, menciptakan model “reconstruction as resistance”.

2. Integrasi Kesehatan Biopolitik dan Ketahanan Komunitas (Bio-political and Community Resilience Health Model)  
Mengadaptasi konsep *biopower* Foucault, penelitian ini mengusulkan sistem kesehatan yang menolak kontrol eksternal atas kehidupan rakyat Palestina, dengan membangun desentralisasi layanan kesehatan berbasis komunitas melalui *mobile clinic networks*, *telehealth diplomacy*, dan *community-led health governance*.
3. Ekosistem Kesehatan Transdisipliner (Transdisciplinary Health Ecosystem)  
Solusi ini mengusulkan integrasi lintas bidang: kedokteran, teknologi, psikologi, ekonomi, dan studi perdamaian, untuk menciptakan ekosistem kesehatan yang adaptif di wilayah konflik, serta penghambatan atas blokade dan memperlancar mobilitas tenaga medis dan sumber daya. Misalnya : sistem *open-source telemedicine*, *AI-based logistics tracking* untuk distribusi medis, dan *data humanitarian governance platform* yang menjamin transparansi bantuan.

Kebaharuan utama penelitian ini adalah formulasi “Rekonstruksi Kesehatan Berbasis Keadilan Struktural dan Ketahanan Sosial”, yakni model konseptual yang menyatukan teori *structural violence*, *biopower*, dan *social resilience* ke dalam desain rekonstruksi sistem kesehatan di wilayah pascagenosida. Pendekatan ini menawarkan paradigma baru bahwa pemulihan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari pemulihan kedaulatan, hak asasi, dan keadilan global.

#### 4.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan metodologis dan reflektif yang perlu diakui agar interpretasi hasil dapat ditempatkan dalam konteks yang tepat. Pertama, sumber literatur yang digunakan sebagian besar berasal dari publikasi berbahasa Inggris dan basis data internasional seperti Pubmed, Researchgate, Wiley Online library, GSDRC dengan melalui pencarian google, serta laporan lembaga global seperti WHO, OCHA, dan beberapa Lembaga berita. Ketergantungan pada sumber-sumber berbahasa Inggris ini berpotensi menyebabkan keterbatasan representasi terhadap literatur lokal berbahasa Arab, termasuk laporan nasional Palestina yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Palestina (*Palestinian Ministry of Health*), *Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS)*, maupun lembaga non-pemerintah lokal. Literatur berbahasa Arab sering kali memuat perspektif budaya, politik, dan praktik kesehatan yang lebih kontekstual, yang dalam studi ini mungkin belum sepenuhnya terakomodasi karena keterbatasan akses bahasa dan publikasi.

Kedua, sifat penelitian ini sebagai tinjauan literatur naratif menyebabkan tidak semua data dapat diverifikasi secara langsung melalui sumber primer lapangan. Sebagian angka dan temuan empiris yang digunakan bergantung pada laporan lembaga internasional dan publikasi sekunder yang memiliki rentang waktu dan metodologi berbeda. Oleh karena itu, beberapa data masih bersifat provisional (sementara) dan dapat berubah mengikuti pembaruan dari lembaga resmi. Kondisi konflik yang masih berlangsung di Palestina juga mempengaruhi ketersediaan dan reliabilitas data kesehatan secara real-time.

Ketiga, posisi penulis yang berasal dari institusi akademik di luar Palestina menimbulkan potensi bias epistemologis dalam menafsirkan realitas sosial dan politik kesehatan di wilayah

tersebut. Perspektif luar ini, meskipun memungkinkan objektivitas analitis dan jarak kritis, tetap berisiko mengabaikan nuansa lokal, pengalaman lived reality, serta dinamika komunitas kesehatan Palestina sendiri. Oleh karena itu, hasil analisis dalam penelitian ini harus dipahami sebagai konstruksi akademik yang berupaya menghormati sumber-sumber lokal namun tetap dibatasi oleh jarak geografis, politik, dan bahasa.

Keempat, studi ini tidak mengikutsertakan pendekatan lapangan (*fieldwork*) atau wawancara langsung dengan tenaga kesehatan dan masyarakat Palestina, sehingga dimensi pengalaman empirik langsung belum terwakili secara penuh. Ketiadaan data primer ini juga membatasi kemampuan penelitian untuk mengevaluasi implementasi aktual dari strategi rekonstruksi yang diusulkan.

Meskipun demikian, penelitian ini berupaya meminimalkan bias melalui triangulasi sumber dari berbagai lembaga internasional dan akademik, serta dengan mengintegrasikan teori lintas disiplin seperti *weaponisation of health*, *biopower*, dan *structural violence* untuk memastikan analisis tetap berpijak pada kerangka ilmiah yang kuat. Dengan menyadari keterbatasan dan posisi reflektif penulis, penelitian ini diharapkan dapat berfungsi sebagai kontribusi awal bagi diskursus akademik dan kemanusiaan yang lebih luas mengenai rekonstruksi sistem kesehatan yang adil, berketahanan, dan berdaulat di Palestina.

## 5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil tinjauan literatur, dapat disimpulkan bahwa kehancuran sistem kesehatan di Palestina terjadi dalam bentuk serangan terhadap rumah sakit, tenaga medis, dan pasokan obat-obatan disertai dengan blokade dan pembatasan akses Kesehatan. Dampak dari serangan dan blokade ini bersifat multidimensi: mencakup krisis medis, malnutrisi, penyakit menular, kematian ibu dan anak, serta trauma psikologis yang meluas. Kekerasan struktural dan kehancuran determinan sosial kesehatan (air, pangan, dan lingkungan) memperparah penderitaan rakyat Palestina dan memperlihatkan bahwa kesehatan tidak dapat dipisahkan dari keadilan sosial dan politik. Upaya rekonstruksi sistem kesehatan harus melampaui aspek fisik dan teknis. Solusi berkelanjutan menuntut pemulihan hak asasi, penghentian blokade, perlindungan fasilitas medis, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan layanan primer, serta dukungan psikososial bagi masyarakat dan anak-anak. Selain itu, kolaborasi internasional, pendekatan berbasis bukti, dan kebijakan yang berpihak pada kemanusiaan menjadi kunci dalam membangun kembali sistem kesehatan yang adil, berketahanan, dan manusiawi. Pemulihan kesehatan Palestina juga dapat terwujud dengan penghentian kekerasan struktural yang menjadi akar dari krisis kemanusiaan ini. Kesehatan di Palestina hanya dapat dipulihkan jika hak hidup dan martabat manusia dikembalikan sepenuhnya kepada rakyatnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- A Soni. (2024). Israel Systematic Weaponisation of Health In Gaza. *S Afr J Bioethics Law* , 17(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7196/SAJBL.2024.v17i1.2021>
- Abi-Rached, J. M., Sharara, A. I., Nasrallah, M. P., & Abiad, F. (2025). Healthocide and medical neutrality: a call for action and reflection. In *BMJ Global Health* (Vol. 10, Issue 8). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018656>
- Aldabbour, B., Elamassie, S., Mahdi, S., Abuzaid, H., Abed, T., Tannira, Y., Skaik, K., Zaydah, Y. A., Elkolak, A., Alhabashi, M., Abualqumboz, A., Alwali, A., Alagha, H., Eid, M., Abed, S., & Bottcher, B. (2025). Exploring maternal and neonatal health in a conflict-affected setting: cross-sectional findings from Gaza. *Conflict and Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-025-00687-9>
- Barakat, Y. (2025). Critical care in Gaza amidst military pressure: The struggle of healthcare workers in Gaza's Warzone. In *BMJ Global Health* (Vol. 10, Issue 8). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-018936>
- Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. (2019). Association of primary care physician supply with population mortality in the united States, 2005–2015. *JAMA Intern Med*;179(4):506–14
- Çamcı, M., Turan, Ö. F., Baran, M. F., Alpaslan, M. Ş., & Soğanda, Ş. Y. (2025). Mediciide in the Gaza Strip: A one-year anatomy of systematic attacks on healthcare services. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(2), 211–220. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.1624118>
- Eker, O. Al, & Imam, A. (2025). Equity in the distribution of health resources and services in the West Bank, Palestine: a focus on hospitals and primary healthcare centers. *International Journal for Equity in Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02444-z>
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. <http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/422690http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>
- Guindo, L. A., Wagner, M., Baltussen, R., Rindress, D., van Til, J., Kind, P., & Goetghebeur, M. M. (2012). From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. In *Cost Effectiveness and Resource Allocation* (Vol. 10). <https://doi.org/10.1186/1478-7547-10-9>
- Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. (2002). What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy*;7(3):186–8
- Hamshari, S., Hamadneh, S., Ghneem, M., Khalaf, R., Daqqa, S., Alwafa, R. A., & Ktaifan, M. (2024). Barriers faced by primary healthcare providers in addressing emergencies in the Northern region of Palestine before and during the Gaza war. *BMC Primary Care*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02512-3>
- Haryono, W. (2025, 22 Oktober). *Korban tewas di Gaza tembus 60.000 jiwa sejak Oktober 2023*. Metro TV News. <https://www.metrotvnews.com/read/NP6C32oz-korban-tewas-di-gaza-tembus-60->

000-jiwa-sejak-oktober-2023

- Irfan, B., Lulu, I., Hamawy, A., Shammala, A. A., Kullab, S., Fawaz, M., Sammour, A. A. K., Khawaja, H., Alshaer, N., Abu-Sittah, G., Alser, O., Perlmutter, M., Al-Shembari, A., Hickey, J., Nayfeh, T., Tahir, M., Sultan, M. J., Nasser, E., Wajahath, M., ... Saleh, K. J. (2025). Combating infections under siege: Healthcare challenges amidst the military assault in Gaza. In *World Medical and Health Policy* (Vol. 17, Issue 1, pp. 188–213). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/wmh3.642>
- Jabali, O., Ayyoub, A. A., & Jabali, S. (2024). Navigating health challenges: the interplay between occupation-imposed movement restrictions, healthcare access, and community resilience. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18817-y>
- Jindal, M., Chaiyachati, K. H., Fung, V., Manson, S. M., & Mortensen, K. (2023). Eliminating health care inequities through strengthening access to care. *Health Services Research*, 58(S3), 300–310. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14202>
- Lederman, Z. (2025). International Humanitarian Law and the Immunity of Hospitals in Gaza. *Bioethics*. <https://doi.org/10.1111/bioe.13433>
- Leone, T., Alburez-Gutierrez, D., Ghandour, R., Coast, E., & Giacaman, R. (2019). Maternal and child access to care and intensity of conflict in the occupied Palestinian territory: A pseudo longitudinal analysis (2000-2014). *Conflict and Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0220-2>
- M Marmot, & R Wilkinson. (2006). Social Determinants of Health, 2nd Edition. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 1111–1112. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl121>
- Manduca, P., Rothchild, A., Meyers, A., Tognoni, G., Summerfield, D., Balduzzi, A., Luisi, V. S., Cigliano, B., Nitsch, L., Rubin, R., Bono, I., Agnoletto, V., Balduzzi, L., Takahashi, N., Raso, R., Traverso, T., & Camandona, F. (2024). On the duty to protect the people of Gaza: how the collapse of the hospital health care system has reinforced genocidal intent. In *Journal of Public Health and Emergency* (Vol. 8). AME Publishing Company. <https://doi.org/10.21037/jphe-24-11>
- Marchon, S. G., & Mendes Junior, W. V. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: Revisão sistemática. In *Cadernos de Saude Publica* (Vol. 30, Issue 9, pp. 1815–1835). Fundacao Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
- Ministry of Health. (2024). Health Annual Report Palestine 2023. State of Palestine, PHIC. Retrieved October 10, 2025, from <https://www.moh.ps>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2025). *About us*. OCHA oPt. Retrieved October 10, 2025, from <https://www.ochaopt.org/about-us>
- Ramanayake, R. P. J. C., Ranasingha, S., & Lakmini, S. (2014). Management of emergencies in general practice: Role of general practitioners. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 305. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148089>
- Risdayani, F., Mancanagara, K., & Anisa, N. (2024). The Impact Of The Blockade And Politics On Health And Social Welfare In Palestine. *Eduvest-Journal of Universal Studies*, 4(8), 6825–6843. <http://eduvest.greenvest.co.id>
- Salehi, M., Bahramnezhad, F., Siامي, Z., Mohammadpour, S., Besharati, L., & Akhondzadeh, S. (2025). War Attacks on Medical Staff, Hospital and Healthcare System During 225 Days in Gaza: A Scoping Review and Efficiency Assessment of the International Humanitarian Law. In *Journal of*

*Iranian Medical Council* (Vol. 8, Issue 1, pp. 13–22). Islamic Republic of Iran Medical Council.  
<https://doi.org/10.18502/jimc.v8i1.17056>

Simo Kristensen, K. (2013). *Michel Foucault on Bio-power and Biopolitics*. University of Helsinki.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2024, September). *Movement and access in the West Bank – September 2024*. OCHA oPt.  
<https://www.ochaopt.org/content/movement-and-access-west-bank-september-2024>

Veronese, G., Cavazzoni, F., Russo, S., & Ayoub, H. (2022). Structural violence and sources of resistance among Palestinian children living under military occupation and political oppression. *Journal of International and Intercultural Communication*, 15(4), 391–413.  
<https://doi.org/10.1080/17513057.2022.2102204>

World Health Organization. (2024). WHO's work in health emergencies Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem. Retrieved October 10, 2025, from :  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA77/A77\\_12-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_12-en.pdf)

World Health Organization. (2025). *Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem*. Retrieved October 10, 2025, from  
<https://www.who.int/publications/i/item/health-conditions-in-the-occupied-palestinian-territory-including-east-jerusalem>