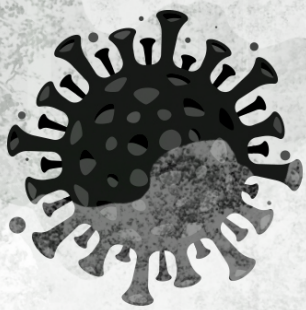


KENDALI PENANGANAN COVID-19 MILIK SIAPA?



KENDALI PENANGANAN COVID-19 MILIK SIAPA?

Beberapa kebijakan pemerintah daerah untuk mengatasi pandemi COVID-19 mengalami tarik ulur atau bahkan ditolak oleh pemerintah pusat. Birokrasi panjang dan lamban untuk mendapatkan izin penerapan PSBB, bahkan penolakan masih terjadi ke beberapa daerah, seperti Kota Sorong, Kabupaten Rote Ndao, dan Kota Palangkaraya. Di lain sisi, tidak dipungkiri masih banyak pemerintah daerah yang belum melakukan persiapan cukup untuk penanganan wabah ini.

Pembagian kewenangan menjadi pelik dalam situasi penanganan pandemi di Indonesia. Haruskah mandat kendali berada di pusat agar daerah mampu melakukan kebijakan yang seragam dan sesuai agenda pemerintah? Adakah ruang bagi pemerintah daerah untuk mengambil alih kemudi agar kebijakan dapat didesain sesuai dengan konteks lokal? Atau sebenarnya yang diperlukan hanya pembagian kewenangan yang jelas?

COVID-19 ADALAH BENCANA NASIONAL: TOMBOL KENDALI DI BNPB

Penetapan status bencana nasional melalui Kepres No.12/2020 menempatkan Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dalam ruang kendali aba-aba penanganan COVID-19 di tingkat nasional. Penetapan ini menganulir Kepres No.11/2020 tentang Penetapan Status Kedaruratan Kesehatan Masyarakat dua minggu sebelumnya. Hal ini juga meresmikan bahwa Menteri Kesehatan bukan lagi jenderal perang.

Kebijakan tersebut menugaskan BNPB, melalui Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19, sebagai pusat koordinasi dan komunikasi lintas kementerian dan lembaga, koordinasi elemen masyarakat dan penentu langkah penanganan wabah nasional. Selain itu, Gugus Tugas memiliki keleluasaan untuk melakukan asesmen situasi dan mobilisasi sumber daya.

Namun demikian, BNPB, sebagai lembaga pemerintah non-departemen setingkat menteri, tidak sepenuhnya memahami bahwa konteks penanganan pandemi berbeda dengan situasi bencana alam, yang merupakan DNA dari BNPB. Maka, tidak heran, kita disuguhi adegan saling berebut panggung oleh kementerian dan lembaga yang lain.

Dengan dinamika yang ada saat ini, pemerintah daerah memiliki keterbatasan untuk melakukan upaya penanganan secara drastis dan sesegera mungkin di daerahnya sendiri. Pengambilan keputusan harus mendaki jalur hierarkis dan proses birokrasi yang membutuhkan waktu lama. Hal ini terbukti dari status tarik ulur yang terjadi pada proses

penetapan Pembatasan Sosial Berskala Besar dan Karantina Wilayah yang harus menunggu persetujuan Menteri Kesehatan terlebih dahulu (1). Keterbatasan pemahaman juga mendorong kebijakan yang dirancang di pusat untuk diimplementasikan secara seragam di daerah.

COVID-19 ADALAH URUSAN KESEHATAN MASYARAKAT: DESENTRALISASI KEWENANGAN KE DAERAH

Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menyatakan bahwa semua urusan pemerintahan kecuali politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, agama, menjadi urusan masing-masing pemerintah daerah.

Sesuai mandat undang-undang, sektor kesehatan menjadi salah satu aspek yang wajib menjadi wewenang pemerintah daerah. Namun, dikatakan juga kemudian dalam Pasal 13 bahwa urusan pemerintahan yang mencakup lintas daerah provinsi atau lintas negara menjadi kewenangan pemerintah pusat. Maka, pemerintah pusat menjadi pemegang kendali penanganan pandemi.

Melalui Surat Edaran 440/2622/SJ, pemerintah pusat menetapkan peran kepala daerah sebagai panglima gugus tugas percepatan penanganan COVID-19 di daerah. Dalam surat tersebut juga, disebutkan bahwa pemerintah daerah dapat menetapkan status keadaan darurat bencana COVID-19, dengan syarat mendapat rekomendasi dari Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) dan Dinas Kesehatan (Dinkes) setempat. Namun, pemerintah pusat tetap menghimbau kepala daerah dalam menetapkan kebijakan di daerahnya untuk selalu memperhatikan sinergitas dengan kebijakan pusat.

Tidak diragukan lagi, ketimpangan pada implementasi desentralisasi kesehatan di Indonesia masih terjadi karena perbedaan kapasitas dan kepemimpinan, distribusi sumber daya yang kurang merata, serta ketergantungan anggaran kepada pemerintah pusat. Namun, situasi saat ini menggambarkan sentralisasi kebijakan dalam penanganan COVID-19 mengakibatkan pemerintah daerah tidak memiliki keleluasaan dalam menetapkan kebijakan yang perlu diberlakukan dengan segera di daerah. Padahal, kebijakan desentralisasi kesehatan memberikan mandat kepada daerah untuk melakukan perencanaan alokasi anggaran maupun sumber daya secara efektif dan efisien sesuai target. Kebijakan ini juga memungkinkan lahirnya inovasi dan kebijakan lokal sesuai dengan kebutuhan setiap daerah. Pemerintah pusat harus dapat memberikan diskresi kepada pemerintah daerah untuk menetapkan kebijakan yang diperlukan pada masa gawat darurat seperti sekarang.

DESAIN MANDAT ALTERNATIF

Preferensi tujuan penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia membenturkan kepentingan kesehatan masyarakat dengan roda perekonomian, ketidakpastian manfaat dari opsi penanganan yang tersedia, dan partisipasi aktor yang sangat cair. Poin catatan ketiga turut menimbulkan kebingungan terkait siapa aktor yang dapat terlibat aktif, konstelasi politik daripada aktor yang terlibat, serta intensi di balik keterlibatan mereka.

Dalam konteks pengambilan keputusan, kondisi ini dianalogikan dengan “tong sampah” dimana aliran aktor, masalah, solusi, dan peluang pilihan bergabung menjadi satu dan pada akhirnya menghasilkan keluaran (outcome) yang sulit diprediksi (2).

Keberhasilan penanganan COVID-19 akan bergantung pada kebijakan, sumber daya dan aktor yang terlibat dalam implementasi level mikro. Penanganan akan beragam di setiap daerah tergantung pada persepsi pemerintah daerah terhadap kebijakan pemerintah pusat, sumber daya yang tersedia, dan keleluasaan modifikasi pengaturan sesuai konteks sosial lokal.

1. Dinamika Kepemimpinan Pusat-Daerah

Pembagian wewenang dan kendali perintah antara pemerintah pusat dan daerah adalah faktor penentu dalam keberhasilan penanganan pandemi. Dalam situasi bencana nasional, dinamika pusat-daerah serta kejelasan pembagian kewenangan mengalami perubahan. Pemerintah pusat, dalam hal ini BNPB, menjadi pemegang kendali utama negara untuk koordinasi serta integrasi regulasi, kebijakan, panduan, maupun mobilisasi sumber daya. Peran ini seharusnya tidak perlu membatasi fungsi pemerintah daerah dalam menerapkan kebijakan yang diperlukan untuk penanganan pandemi di daerahnya. Dalam situasi gawat darurat, pemerintah daerah harusnya dapat dengan lincah mengikuti kebutuhan secara cepat tanpa banyak persyaratan dan birokrasi.

Kebijakan pun tidak dapat dirancang secara seragam di semua daerah yang memiliki ragam karakteristik yang berbeda-beda. Pemerintah pusat seharusnya berfokus pada mengeluarkan panduan dan strategi nasional untuk pemerintah daerah, memberikan asistensi teknis juga melakukan pengawasan ketat terhadap kebijakan-kebijakan di daerah. Aturan tersebut memberikan keleluasaan bagi pemerintah daerah sebagai pelaksana dan panglima untuk menetapkan seluruh upaya yang diperlukan di daerahnya.

Dalam dinamika di atas, peran dan kualitas kepemimpinan pemerintah pusat menjadi penting. Pada situasi yang ideal, ketua pelaksana seharusnya memiliki pemahaman teknis mengenai pandemi, seperti Menteri Kesehatan. Maka dalam situasi seperti sekarang, Ketua BNPB yang telah ditunjuk harus memperkuat koordinasi dan komunikasi dengan lintas kementerian dan lembaga serta tim ahli untuk menentukan kebijakan terbaik. BNPB harus tetap melibatkan kementerian dan lembaga teknis, termasuk Kementerian Kesehatan dan Kementerian Desa PDT. Hal ini sayangnya belum tergambar dalam Surat Keputusan BNPB No. 2/2020 tentang Tim Teknis Penyusunan Protokol Percepatan Penanganan COVID-19, yang mengeluarkan peran dan fungsi Kementerian Kesehatan dari bingkai teknis. Presiden, sebagai pemilik kuasa politik tertinggi, juga diharapkan dapat lebih tegas mengambil keputusan dan menetapkan prioritas demi melindungi warga negaranya.

2. Pembiayaan

Dalam UU No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dikatakan bahwa dana penanggulangan bencana menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah

pusat dan pemerintah daerah. Kenyataannya, banyak pemerintah daerah yang kesulitan melakukan penanganan pandemi secara optimal karena keterbatasan anggaran. Dalam situasi normal, tahun 2017 saja tercatat hanya 177 dari 514 kabupaten dan kota yang memiliki anggaran kesehatan daerah dengan standar ideal (10%) (3).

Pemerintah pusat melalui Kementerian Keuangan terus mendorong pemerintah daerah untuk melakukan realokasi dan refocusing anggaran daerah untuk tujuan penanganan COVID-19. Dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang menurun serta keterbatasan kapasitas fiskal daerah yang masih sangat tergantung dari pembiayaan pusat, kecepatan transfer pusat ke daerah menjadi krusial dalam situasi tanggap darurat. Contohnya, bila pada situasi normal Dana Alokasi Khusus (DAK) ditransfer empat kali dalam setahun, maka saat ini pemerintah pusat dapat melakukan transfer dua kali dalam setahun dengan nominal yang sama. Kantong pembiayaan lain yang dapat digunakan adalah Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Bagi Hasil (DBH), Dana Desa, Dana Siap Pakai (DSP) Kebencanaan dan Anggaran Belanja Tidak Terduga (BTT) daerah. Selain itu, pemerintah pusat juga harus mendorong dan membantu daerah mencari sumber-sumber pendanaan lain secara kreatif, seperti mobilisasi dana dari pihak swasta maupun masyarakat.

3. Tes dan Lacak (Test and Trace)

Tes dan lacak menjadi komponen penting memutus rantai penyakit menular. Pemerintah harus memiliki kemampuan melacak dan menemukan kasus-kasus positif dengan segera sebelum menyebabkan penyebaran yang lebih luas. Maka dalam hal ini, surveilans yang mencakup kegiatan pemantauan dan pelacakan kasus menjadi salah satu kunci penanganan pandemi. Masih banyak kendala di lapangan yang memengaruhi kualitas surveilans, termasuk keterbatasan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) untuk pelaksanaan surveilans, alokasi SDM yang tidak spesifik, keterbatasan sarana pendukung berupa sistem informasi dan teknologi untuk pencatatan dan pelaporan, serta minimnya anggaran untuk surveilans. Surveilans seringkali hanya dilakukan oleh pemerintah pusat dan data surveilans umumnya langsung dikirim ke tingkat pusat tanpa analisa terlebih dahulu di tingkat daerah. Situasi ini mengindikasikan kebutuhan penguatan kapasitas surveilans oleh pusat ke daerah.

Transparansi data untuk mengetahui persebaran kasus, juga akses laboratorium untuk menemukan kasus merupakan elemen penting dalam surveilans. Di awal penanganan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI memiliki otoritas penuh terhadap kontrol data maupun akses pemeriksaan COVID-19 dengan alasan kekhawatiran akan penyalahgunaan data atau menebar ketakutan di tengah masyarakat. Kebijakan tersebut membuat pemerintah daerah tidak mengetahui data persebaran di daerah mereka dan keterlambatan menemukan kasus. Namun kini, pemerintah pusat telah menerapkan desentralisasi pengolahan data dan akses pemeriksaan sudah sampai ke level pemerintah kabupaten dan kota. Hal yang sudah sepatutnya dilakukan dari awal.

4. Perawatan (Treat)

Untuk mempersiapkan daerah akan kemungkinan terjadinya peningkatan kasus, pemerintah daerah perlu segera menambah kapasitas tempat tidur dan perawatan sekaligus memastikan layanan esensial lain tetap berjalan. Namun, dengan perubahan beberapa aturan dan dikeluarkannya RUU Omnibus, pemerintah menunjukkan niatan untuk mendorong pendekatan sentralisasi pada sektor kesehatan. Contohnya, perubahan UU no 44/2009 tentang pemberian izin pendirian dan operasional rumah sakit, dimana kebijakan terbaru mengatur pemerintah pusat sebagai satu-satunya pihak yang dapat mengeluarkan izin tersebut melalui lembaga OSS (online Single Submission; atau Perizinan Berusaha Terintegrasi secara Elektronik) untuk memotong birokrasi dan membuat perizinan lebih mudah (4). Proses perizinan serupa juga diterapkan pada izin pendirian dan operasional seluruh tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, hingga laboratorium (5) (6). Pemerintah daerah dan provinsi masih dapat menyelenggarakan layanan kesehatan, namun semua izin usaha dan operasional harus melalui pemerintah pusat. Dengan proses birokrasi dan keterbatasan sumber daya di tingkat pusat untuk memproses seluruh perizinan daerah, hal ini berpotensi menghambat upaya yang dibutuhkan di tingkat daerah untuk merespon cepat kebutuhan penanganan pandemi. Dalam situasi bencana nasional, lagi-lagi seharusnya ada pengecualian bagi daerah untuk memangkas proses birokrasi.

5. Isolasi (Isolate)

Selain tes, lacak, dan rawat (test, trace and treat), isolasi menjadi bagian esensial untuk menekan penyebaran dan memutus rantai penularan wabah COVID-19. Kebijakan ini diserahkan oleh pemerintah pusat untuk menjadi wewenang penuh pemerintah daerah. Pada praktiknya, banyak daerah yang telah menerapkan isolasi mandiri dikarenakan keterbatasan kapasitas perawatan atau isolasi tersentral. Isolasi mandiri dilakukan hingga tingkat komunitas karena pasien melakukan isolasi di rumah atau fasilitas kelurahan/desa yang difasilitasi oleh aparat setempat. Untuk itu pemerintah daerah berperan sangat penting untuk melakukan edukasi, pencatatan, pengawasan hingga penindakan bagi yang tidak patuh melakukan isolasi. Dalam hal ini, pusat dapat membantu daerah melakukan pengawasan dan arahan teknis hingga bantuan teknologi untuk melakukan pemantauan.

KECEPATAN DAN KELINCAHAN ADALAH KUNCI

Ada satu pertanyaan penting yang harus dijawab bersama-sama. Faktor apa yang lebih penting dalam menentukan keberhasilan: apakah upaya penanganan pandemi harus berfokus hanya pada resep rancangan pemerintah pusat atau pada hasil dari implementasi sebuah kebijakan yang dilaksanakan secara kolektif melibatkan pemerintah pusat dan pemerintah daerah?

Iterasi atau mutasi kebijakan nasional di tingkat sub-nasional dapat dipandang sebagai eksperimen implementasi alami - dibanding sebuah perebutan wilayah kekuasaan. Hal ini mengindikasikan bahwa perspektif top-down lebih sesuai pada tahap perencanaan awal, tetapi pandangan bottom-up lebih efektif digunakan pada tahapan implementasi dan evaluasi selanjutnya (2).

COVID-19 merupakan penyakit yang baru. Wajar jika kebijakan penanganan COVID-19 menjadi sebuah area abu-abu yang ketersediaan pengetahuannya masih sangat terbatas dalam menerjemahkan implementasi atau mengorkestrasi elemen-elemen kebijakan yang saling berhubungan. Ketidakjelasan ini harus dilihat sebagai peluang untuk menerapkan cara dan tujuan baru. Penting bagi perancang kebijakan untuk memanfaatkan situasi ini secara aktif, terutama dalam peningkatan pengetahuan mereka tentang proses perubahan melalui penerapan evaluasi formatif¹.

Menjelang puncak pandemi, Indonesia harus menghindari dua perangkap implementasi. Pertama, proses implementasi kebijakan tidak harus dipaksa menjadi bentuk yang dibatasi. Program penanganan COVID-19 yang menuntut konformitas hanya akan bertemu dengan kepatuhan superfisial. Menuntut keseragaman berarti merampas informasi penting dan membatasi penggunaan pengetahuan *street-level bureaucrats*² sebagai sumber daya.

Kedua, pembelajaran adalah kunci. Jika ada 514 kota dan kabupaten dengan 514 outcome yang berbeda, maka informasi mengenai kebijakan apa yang manjur atau tidak manjur sulit untuk dikumpulkan dan dibandingkan. Pembelajaran akan terjadi dalam pola acak. Di sinilah pentingnya indikator atau ukuran keberhasilan yang sama yang dapat digunakan oleh berbagai daerah. Evaluasi dan umpan balik adalah komponen vital yang menjadi arena pertarungan Indonesia ke depan.

Penanganan pandemi membutuhkan kecepatan dalam bertindak, meski dengan risiko 'terjatuh' bila salah mengambil langkah. Untuk itu pemerintah penting untuk terus melakukan evaluasi dan pembelajaran agar dapat secara lincah beradaptasi dengan kebutuhan yang terus berubah selama masa pandemi. Kecepatan dan kelincihan respon menjadi kunci untuk negara seberagam dan seluas Indonesia berhasil mengakhiri pandemi.

Melihat contoh penanganan pandemi di negara lain

Kendali terpusat negara Cina

Cina menerima banyak pujian atas respon penanganan pandemi yang cepat, seperti pembangunan dua rumah sakit dalam waktu dua minggu, kebijakan lockdown dan mobilisasi cepat sumber daya ke daerah-daerah terdampak. Dalam waktu dua bulan, Cina telah membuka kembali Kota Wuhan yang awalnya menjadi episenter wabah. Meskipun demikian, Cina juga banyak menerima kritikan terkait penanganan terpusat. Penanganan ini memunculkan masalah lain seperti kurangnya transparansi ke level daerah dan lambatnya upaya tegas dan proses pengambilan keputusan dari daerah ke pusat, terutama keputusan untuk menahan infeksi keluar Cina mengingat kendali dikontrol oleh Pemerintah Pusat (7).

Contoh negara yang memiliki kendali terpusat namun dengan pendekatan yang lebih 'demokratis' adalah Korea Selatan. Pemerintah Korea Selatan melakukan pendekatan pencegahan dan deteksi melalui tes masif sejak awal kasus ditemukan. Belajar dari penanganan SARS dan MERS, pemerintah Korea Selatan juga menerapkan perubahan peraturan data privasi publik untuk kepentingan pelacakan dan penelusuran kasus (9).

Dalam keadaan gawat darurat, pemerintah Singapura memiliki otoritas untuk mengeluarkan peraturan gawat darurat yang bersifat sementara untuk dapat memberlakukan segala upaya yang diperlukan untuk penanganan pandemi (8).

Kendali terdesentralisasi

Negara yang berhasil menerapkan sistem desentralisasi dalam penanganan wabah COVID-19 ini, terutama dalam hal pelayanan kesehatan, adalah Jerman. Jerman tidak memiliki sistem diagnostik tersentral, seperti yang sebelumnya diterapkan pemerintah melalui Litbangkes. Pemerintah Jerman membuka akses pasar untuk laboratorium. Klinik swasta yang mampu dan memenuhi standar juga dapat melakukan pemeriksaan. Akses tes yang terjangkau untuk warga negara Jerman menjadi salah satu alasan kuat bagaimana negara tersebut bisa memiliki tingkat fatalitas kasus yang rendah meski memiliki kasus positif tertinggi keempat di Eropa (10).

Sementara itu, pemerintah Amerika Serikat yang memiliki sistem desentralisasi memiliki kesulitan melakukan koordinasi respon dan surveilans yang terintegrasi mengingat setiap negara bagian memiliki sistem surveilans dan kesehatan sendiri (11).

¹Aktivitas pemantauan kemajuan selama proses/upaya berlangsung untuk memberikan umpan balik bagi penyempurnaan pembelajaran
²aparatur birokrasi yang bersentuhan langsung dengan publik atau melakukan layanan publik (Michael Lipsky, 2010)

Pustaka

1. **Kesehatan, Kementerian.** Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2020. *Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19*. Jakarta : s.n., 2020.
2. *Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation.* **Matland, R E.** 2, 1995, Journal of public administration research and theory, Vol. 5, pp. 145-174.
3. **Quddus, Ghina Ghaliya.** 10 Persen APBD Wajib untuk Anggaran Kesehatan, Kemenkeu Siapkan Ini. Kompas.com. [Online] 11 27, 2017. [Cited: 04 29, 2020.] <https://ekonomi.kompas.com/read/2017/11/27/063800826/10-persen-apbd-wajib-untuk-anggaran-kesehatan-kemenkeu-siapkan-ini>.
4. **Permenkes No 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.**
5. **Permenkes No 411 Tahun 2010 tentang Laboratorium Klinik.**
6. **Undang-Undang no 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.**
7. **Murtha, Jack.** COVID-19: Who's in charge here? [Online] april 07, 2020. [Cited: april 29, 2020.] <https://www.mdlinx.com/internal-medicine/article/6747>.
8. **Neo, Jaclyn and Lee, Darius.** Singapore's Legislative Approach to the COVID-19 Public Health 'Emergency'. Verfassungsblog. [Online] April 18, 2020. [Cited: April 29, 2020.] <https://verfassungsblog.de/singapores-legislative-approach-to-the-covid-19-public-health-emergency/>.
9. **When Covid-19 meets centralized, personalized power.** Ang, Yuen Yuen. s.l. : Nature Human Behaviour, April 09, 2020.
10. **Covid-19: Why Germany's case fatality rate seems so low.** BMJ. m1395, April 07, 2020, Vol. 369.
11. **Scott, Dylan.** Coronavirus is exposing all of the weaknesses in the US health system. Vox. [Online] March 16, 2020. [Cited: April 29, 2020.] <https://www.vox.com/policy-and-politics/2020/3/16/21173766/coronavirus-covid-19-us-cases-health-care-system>.