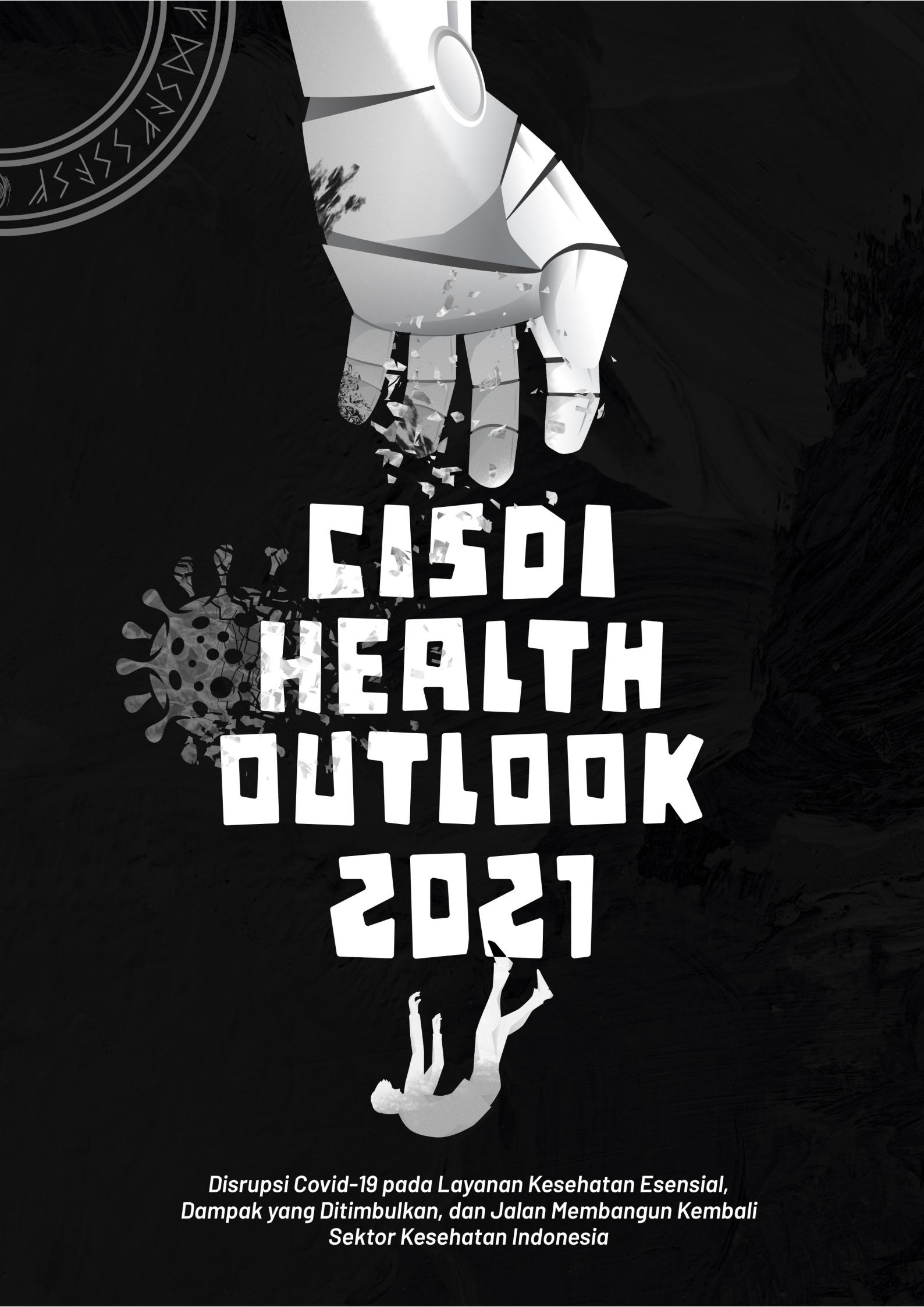




CISDI HEALTH OUTLOOK 2021

*Disrupsi Covid-19 pada Layanan Kesehatan Esensial,
Dampak yang Ditimbulkan, dan Jalan Membangun Kembali
Sektor Kesehatan Indonesia*

CISDI HEALTH OUTLOOK 2021

Disrupsi Covid-19 pada Layanan Kesehatan Esensial, Dampak yang Ditimbulkan, dan Jalan Membangun Kembali Sektor Kesehatan Indonesia

Dipublikasikan di Indonesia pada Desember 2020 oleh
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives

Probo Office Park
Jl. Probolinggo No. 40C Menteng, Jakarta Pusat 10350

www.cisdi.org

Desain sampul oleh Dedi Suhendi, hak cipta dilindungi.

Diedit oleh Dwitri Amalia.

Kecuali dinyatakan berbeda, seluruh isi laporan ini dilindungi dalam
Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



Sebagian hak dipertahankan.

Cara mengutip kajian ini:
(CISDI, 2020)

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2020. **Health Outlook 2021: Disrupsi Covid-19 pada Layanan Kesehatan Esensial, Dampak yang Ditimbulkan, dan Jalan Membangun Kembali Sektor Kesehatan Indonesia**. Jakarta: Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives.

Daftar Isi

Daftar Singkatan.....	3
Daftar Istilah.....	6
Pengantar.....	10
Ringkasan Eksekutif.....	11
BAB 1	
Selayang Pandang Sistem Kesehatan Indonesia 2020	16
1.1 arjanaan Wabah Covid-19 Di Indonesia.....	18
1.2 Dampak Wabah Covid-19 Pada Pilar Sistem Kesehatan Nasional.....	23
1.2.1 Layanan Kesehatan.....	24
1.2.2 Tenaga Kesehatan.....	26
1.2.3 Sistem Informasi Kesehatan.....	28
1.2.4 Pembiayaan Kesehatan.....	29
1.2.5 Kepemimpinan.....	32
1.2.6 Tata Kelola.....	33
1.3 Lingkaran Setan Covid-19 Pada Sistem Kesehatan, Ekonomi, Politik, Dan Sosial.....	35
BAB 2	
Refleksi: Lingkaran Setan Pandemi COVID-19.....	37
BAB 3	
Menata Ulang Masa Depan Sistem Kesehatan Indonesia 2021: Berbagai Skenario.....	44
Penutup.....	59

Daftar Singkatan

ADAPTT	<i>Surge Planning Support Tool</i>
ADE	<i>Antibody Dependent Enhancement</i>
AKI	Angka Kematian Ibu
APBN	Anggaran Pendapatan Belanja Negara
APBD	Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
BIN	Badan Intelijen Negara
BLC	Bersatu Lawan COVID
BNPB	Badan Nasional Penanggulangan Bencana
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOR	<i>Bed Occupancy Rate</i>
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BPNT	Bantuan Pangan Non Tunai
BPOM	Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPPSDM	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
BPS	Badan Pusat Statistik
CISDI	<i>Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives</i>
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
DAK	Dana Alokasi Khusus
DKI	Daerah Khusus Ibukota
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i>
ERD	<i>Enhanced Respiratory Disease</i>
ESFT	<i>Essential Supplies Forecasting Tool</i>
EUA	<i>Emergency Use Authorization</i>
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccine and Immunization</i>
GDP	<i>Gross Domestic Product</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
ICT	<i>Information and Communication Technology</i>
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
IHR	<i>International Health Regulation</i>
INA-CBGs	<i>Indonesia Case Base Groups</i>
ITAGI	<i>Indonesian Technical Advisory Group on Immunization</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KEK	Kurang Energi Kronik
Kemenag	Kementerian Agama
Kemendikbud	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
Kemenhub	Kementerian Perhubungan
Kemenkeu	Kementerian Keuangan
KMP	Kemitraan Multipihak
KOMDAT	Komunikasi Data
KOMDA PP	Komisi Daerah Pengkajian dan Penanggulangan

KOMNAS PT	Komite Nasional Pengendalian Tembakau
Litbangkes	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Menko	Menteri Koordinator
NAR	<i>New All Record</i>
NHA	<i>National Health Account</i>
NSPK	Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria
ODP	Orang Dalam Pemantauan
OECD	<i>Organization for Economic Co-Operation and Development</i>
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
PBI APBN	Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
PBI APBD	Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
PBPU	Pekerja Bukan Penerima Upah
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PDB	Produk Domestik Bruto
PDP	Pasien Dalam Pengawasan
Perpres	Peraturan Presiden
Perkeni	Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i>
PHEOC	<i>Public Health Emergency Operating Centre</i>
PHK	Pemutusan Hubungan Kerja
PHR	<i>Personal Health Record</i>
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PKH	Program Keluarga Harapan
PNPK	Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran
PONEK	Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PP	Permenkes Pelaksanaan
PPE	<i>Personal Protect Equipment</i>
PPNI	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PPU	Pekerja Penerima Upah
Prolegkes	Prioritas Legislasi Kesehatan
PSBB	Pembatasan Sosial Berskala Besar
PT	Perseroan Terbatas
PTM	Penyakit Tidak Menular
PUPR	Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat
Pusdatin	Pusat Data dan Informasi
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RAPBN	Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
Risfaskes	Riset Fasilitas Kesehatan
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RKO	Rencana Kebutuhan Obat
RKP	Rencana Kerja Pemerintah
RLI	Rasio Lacak Isolasi
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	Rumah Sakit
RSMTH	<i>Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene</i>
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
RT	Rukun Tetangga
RW	Rukun Warga

SARI	<i>Severe Acute Respiratory Infection</i>
SD	Sekolah Dasar
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumber Daya Manusia
SIHA	Sistem Informasi HIV/AIDS
SIK	Sistem Informasi Kesehatan
SIP	Sistem Informasi Puskesmas
SISRUTE	Sistem Rujukan Terintegrasi
SITT	Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SMA	Sekolah Menengah Atas
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SPM	Standar Pelayanan Minimum
TBC	<i>Tuberculosis</i>
TK	Taman Kanak-kanak
TNI	Tentara Nasional Indonesia
TPB	Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
UNAIR	Universitas Airlangga
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UU	Undang-Undang
UKBM	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
VAERD	<i>Vaccine Associated Enhanced Respiratory Disease</i>
VAERS	<i>Vaccine Adverse Events Reporting System</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Daftar Istilah

<i>Ad hoc</i>	Bersifat sementara atau tidak permanen.
<i>Bed Occupancy Rate</i>	Angka penggunaan tempat tidur.
<i>Birokrasi</i>	Sistem pemerintahan yang dijalankan oleh pegawai pemerintah karena telah berpegang pada hierarki dan jenjang jabatan.
<i>Clinical pathway</i>	Suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.
<i>Cost-benefit analysis</i>	Pehitungan yang menjumlahkan manfaat suatu situasi atau tindakan dan lantas mengurangi biaya yang terkait dengan pengambilan tindakan tersebut.
<i>COVAX</i>	Konsorsium internasional; terdiri dari GAVI, the Vaccine Alliance, the Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) dan WHO yang bertugas untuk mengakselerasi upaya riset, pengembangan, dan produksi kandidat vaksin COVID-19.
<i>Crowding out effect</i>	Situasi yang menggambarkan fenomena ketika kebijakan fiskal dan suku bunga meningkat sehingga mengurangi investasi.
<i>Direct medical cost</i>	Biaya yang dikenakan untuk pelayanan kesehatan.
<i>Direct mortality</i>	Kematian yang terjadi akibat virus SARS-COV-2 atau komorbiditas yang diderita oleh pasien suspek.
<i>E-catalog (katalog elektronik)</i>	Sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang/jasa tertentu dari berbagai penyedia barang/jasa pemerintah.
<i>Epidemiologi</i>	Ilmu yang mempelajari tentang pola penyebaran penyakit atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan, serta faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keadaan tersebut.
<i>Emergency Use Authorization</i>	Izin yang dikeluarkan untuk penggunaan metode atau produk medis tertentu untuk mendeteksi, mencegah, atau mengobati penyakit dalam keadaan darurat.
<i>Eufemisme</i>	Menggantikan kata-kata yang dianggap kasar dengan kata-kata yang dianggap pantas atau lebih halus.

<i>False dichotomy</i>	Memberikan dua pandangan/pilihan yang seakan-akan hanya dua pilihan tersebut yang diakui, padahal ada banyak skenario alternatif bukan hanya dua pilihan tersebut.
<i>Global</i>	Secara umum atau keseluruhan; secara bulat; secara garis besar.
<i>INA-CBGs</i>	Indonesia Case Base Groups; sistem pembayaran dalam bentuk paket berdasarkan diagnosis penyakit dan prosedur pengobatan yang diderita pasien. Tarif ini dibayarkan BPJS Kesehatan ke rumah sakit. Perhitungannya menggunakan standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
<i>Indirect Medical Cost</i>	Biaya yang tidak langsung dikenakan akibat dari pelayanan kesehatan.
<i>Indirect mortality</i>	Kematian yang dipengaruhi oleh efek pengganda (<i>multiplier effect</i>) akibat tidak ditanganinya pandemi secara cepat dan responsif.
<i>Influenza-like illness</i>	Penyakit-penyakit yang memiliki gejala menyerupai influenza.
<i>Intermittent suppression</i>	Menargetkan intervensi di tempat yang paling membutuhkan dan menjalankan pembatasan sosial berkala.
<i>Interoperabilitas</i>	Karakter sebuah objek atau produk yang dioperasikan dengan menggunakan perangkat yang beragam.
<i>Karantina</i>	Tempat penampungan yang lokasinya terpencil guna mencegah terjadinya penularan penyakit dan sebagainya.
<i>Komprehensif</i>	Bersifat mampu menangkap dengan baik; luas dan lengkap.
<i>Leading agency</i>	Organisasi/institusi yang memimpin proses suatu kegiatan yang berhubungan dengan menjalankan sebuah program atau menyelesaikan suatu masalah.
<i>Menggantung asap</i>	Melakukan perbuatan yang sia-sia.
<i>New Normal</i>	Perubahan perilaku untuk tetap menjalankan aktivitas normal namun dengan ditambahkan penerapan protokol kesehatan untuk mencegah penularan COVID-19.
<i>Obat formularium nasional</i>	Daftar obat yang disusun berdasarkan bukti ilmiah mutakhir oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional.
<i>Out-of-pocket spending (OOP)</i>	Pembiayaan yang harus ditanggung sendiri oleh individu.

Pandemi	Wabah yang berjangkit serempak di mana-mana meliputi daerah geografis yang luas.
Partnership among equal	Prinsip kemitraan yang setara antara pihak-pihak yang terikat dalam kemitraan tersebut.
Pentahelix	Model pelibatan lima elemen masyarakat (pemerintah, akademisi, masyarakat sipil, sektor swasta, dan media) dalam pembangunan atau perubahan sosial.
Physical distancing	Protokol menjaga jarak secara fisik.
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) adalah rumah sakit rujukan yang memberikan pelayanan 24 jam untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi.
Rasio Kematian Regional	Rasio kematian Jumlah angka kematian dibanding jumlah total penduduk. Regional Bersifat daerah; kedaerahan.
Seed vaccine	Bibit vaksin yang diekstrak di dalam laboratorium menggunakan metode konvensional atau genetika terbalik (<i>reverse genetics</i>) untuk dikembangkan sebagai vaksin.
Severe Acute Respiratory Infection	Infeksi saluran pernapasan yang diakibatkan oleh SARS-Associated Corona Virus.
Single pool	Menempatkan semua jenis asuransi dalam satu wadah (pool), yang kemudian dibagikan antara anggota secara proporsional sebagaimana telah disetujui bersama mengenai baik premi kerugian, biaya ataupun keuntungan.
Social prescribing	Peresepan sosial; rujukan komunitas; cara untuk memungkinkan dokter, perawat, dan profesional perawatan primer lainnya untuk merujuk pasien ke berbagai non-klinis.
Street-level bureaucrats	Birokasi pada tingkat bawah yang berhubungan langsung dengan masyarakat, khususnya dalam hal pelayanan kepada masyarakat.
Stunting	Masalah gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu yang lama.
Sub-nasional	Bagian-bagian pemerintahan dalam suatu kesatuan negara; provinsi/kabupaten.
Surge Capacity	Adalah kemampuan sistem pelayanan kesehatan untuk secara cepat menambah kapasitas melebihi dari kondisi pelayanan normal untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis yang meningkat.

<i>Surveillance</i>	Jagaan; pengawasan; penjagaan; pengamatan.
<i>Swoosh shape</i>	Pertumbuhan ekonomi mencapai titik terendah dalam jangka waktu yang pendek, lalu membutuhkan jangka waktu yang lebih lama untuk memperoleh pertumbuhan positif; seperti logo sepatu Nike.
<i>Telemedicine atau telemedis</i>	Pemakaian telekomunikasi untuk memberikan informasi dan pelayanan medis jarak jauh.
<i>Tobacco-attributable disease</i>	Penyakit yang terjadi sebagai akibat dari konsumsi tembakau.
<i>Undernutrition</i>	Keadaan tubuh yang disebabkan oleh asupan zat gizi sehari-sehari yang kurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh.
<i>Under-reporting</i>	Melaporkan jumlah temuan yang lebih sedikit dari jumlah yang seharusnya.
<i>Unpaid care work</i>	Pekerjaan perawatan/pengasuhan tanpa upah/tidak dibayar.
<i>Untapped potential</i>	Potensi yang belum digali.
<i>Wasting</i>	Keadaan kekurangan gizi akut yang disebabkan asupan nutrisi yang tidak memadai dan adanya penyakit.
<i>Whole of government</i>	Sebuah pendekatan penyelenggaraan pemerintahan yang menyatukan upaya-upaya kolaboratif pemerintahan dari keseluruhan sektor dalam lingkup yang lebih luas guna mencapai tujuan pembangunan kebijakan, manajemen program dan pelayanan publik.
<i>Whole of society</i>	Sebuah pendekatan penyelenggaraan pemerintahan yang menyatukan upaya-upaya kolaboratif dari masyarakat dari keseluruhan sektor dalam lingkup yang lebih luas guna mencapai tujuan pembangunan kebijakan, manajemen program, dan pelayanan publik.
<i>Vaccine hesitancy</i>	Adanya penolakan atau keragu-raguan terhadap vaksinasi.
<i>Zonasi</i>	Zonasi Pembagian atau pemecahan suatu area menjadi beberapa bagian sesuai dengan fungsi dan tujuan pengelolaan.

Pengantar

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) menerbitkan *Health Outlook 2021* untuk memberi arah dan rekomendasi bagi pemerintah dan sebagai referensi bagi pemangku kepentingan lainnya dalam menentukan prioritas perbaikan kebijakan kesehatan Indonesia. Kajian ini menilai kinerja sistem kesehatan Indonesia tahun 2020 di tengah pandemi COVID-19 menurut kerangka kerja penanganan wabah milik Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization, WHO*).

Setelah memetakan berbagai kejadian dan merefleksikan penggerak – kecenderungan – tantangan utama yang secara signifikan menandai dunia kesehatan Indonesia selama tahun 2020, CISDI mengembangkan empat skenario sederhana. Keempat skenario ini dikembangkan untuk mengantisipasi pendekatan dan arah kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2021. Setiap skenario mempunyai karakteristik yang masing-masing mempunyai kemungkinan sama untuk terjadi (*equally plausible*).

CISDI merumuskan rekomendasi untuk perbaikan kebijakan berdasarkan tantangan implementasi empat skenario alternatif tersebut. Rekomendasi disusun berdasarkan pengetahuan eksplisit dan implisit yang diperoleh dari pengalaman bekerja di level akar rumput untuk membantu Puskesmas di Jakarta Utara dan Kota Bandung menahan laju penyebaran COVID-19, sekaligus mempertahankan integritas layanan kesehatan esensial.

Kajian ini disiapkan oleh tim yang dipimpin oleh Gatot Suarman dan terdiri dari Yurdhina Meilissa, Olivia Herlinda, Yenuarizki, Adrianna Bella, Egi Abdul Wahid, dan Lara Rizka. Diah Satyani Saminarsih mengatur luas dan kedalaman kajian. Dedi Suhendi dan Rudra Ardiyase mengatur tata letak laporan ini.

Kami memperoleh berbagai masukan dan bimbingan sesuai latar belakang keilmuan dan kepakaran Dewan Penasihat CISDI yang terdiri dari Akmal Taher, Wicaksono Sarosa, Christian P. Somali, Ani Rahardjo, Anindita Sitepu, dan Fasli Jalal. Masukan khusus tentang tata kelola Pemerintah Pusat dan Daerah, layanan kesehatan primer dan kelembagaan kami terima dari Yudhi Prayudha Ishak Djuarsa.

CISDI bertanggung jawab penuh atas temuan, kesimpulan, dan rekomendasi yang tertulis dalam kajian ini.

Ringkasan Eksekutif

Bagi kami, 2020 terasa amat muram. Sepanjang tahun kami saksikan Pemerintah Indonesia memaksa rakyat hidup berdampingan dengan SARS-CoV-2¹, tanpa kejelasan strategi penanganan wabah dan tanpa menyediakan paket intervensi kesehatan masyarakat sesuai standar yang ditetapkan oleh WHO².

Pemerintah memilih jalan yang berujung pada ledakan wabah yang tidak kunjung usai, mengakibatkan hilangnya begitu banyak nyawa manusia. Pola komunikasi publik pemerintah berlawanan dengan pendapat ilmiah dan kerap melontarkan pernyataan yang mengecilkan dampak pandemi. Nyatanya, COVID-19 mampu menyebabkan komplikasi kesehatan jangka panjang bahkan pada orang yang telah dinyatakan pulih^{3,4}. Peluang mutasi virus SARS-CoV-2 amat besar karena tingginya laju transmisi. Ini menyebabkan kekebalan yang didapatkan pasien pasca infeksi mungkin tidak bisa mencegah re-infeksi⁵. Perpaduan kedua hal ini terbukti mematikan. Fasilitas kesehatan kewalahan menghadapi lonjakan kasus COVID-19, sehingga harus mengorbankan layanan kesehatan non-COVID-19.

Pemerintah tidak bisa mengendalikan crowding out effect, sehingga menyebabkan kenaikan kematian yang dipercepat. Kehilangan nyawa manusia jelas mengurangi kesejahteraan, berlawanan dengan fungsi objektif dari ekonomi. Pendapatan tanpa kesehatan bukanlah bentuk kesejahteraan. Pendapatan tanpa 'nyawa' atau kehidupan bukan pula kesejahteraan.

Tidak ada komunikasi risiko yang transparan. Pemerintah terkesan tergesa-gesa membuka kembali aktivitas perekonomian tanpa melakukan dua pekerjaan besar dengan benar: (1) secara tepat, cepat, konsisten, dan terus menerus menilai situasi wabah melalui *testing* dan *tracing*, dan (2) bertindak menangani kasus melalui *treat*, *isolation*, dan *quarantine*. Kekurangtepatan penilaian situasi ini merupakan faktor pendorong dimulainya kebijakan 'new normal'. Kebijakan 'new normal' terlalu dini disampaikan, sehingga pemerintah daerah terlalu cepat beradaptasi padahal nyatanya pandemi tidak terjadi bersamaan di seluruh negeri. Alih-alih agresif melakukan tes dan lacak untuk mengidentifikasi zona merah, menargetkan intervensi di tempat yang paling membutuhkan, dan menjalankan pembatasan sosial berkala, pemerintah justru menghilangkan kewaspadaan publik dengan menampilkan kesan bahwa pandemi segera usai. Ini mendorong mereka yang patuh pada anjuran pembatasan pergerakan terperjara di dalam rumah tanpa kepastian.

Komitmen pemerintah melindungi warga terbatas pada yang miskin, yang sakit, dan layanan publik yang dianggap esensial. Padahal, dalam situasi pandemi definisi kerentanan meluas. Kelompok yang tadinya rentan bertambah rentan dan kelompok yang tadinya tidak rentan menjadi rentan. Masyarakat rentan secara sosial dan ekonomi memiliki kemampuan lebih rendah melakukan upaya-upaya pencegahan dengan konsisten. Padahal, pembatasan sosial, baik yang tetap

¹ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) adalah jenis virus corona yang menyebabkan penyakit coronavirus 2019 (COVID-19).

² Pada Agustus 2020, hasil *Intra-Action Review* (IAR) WHO yang didukung oleh Kementerian Kesehatan RI untuk penilaian respon COVID-19 di Indonesia menunjukkan secara garis besar upaya pemerintah Indonesia masih membutuhkan peningkatan.

³ Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network – United States, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:993–998. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1>

⁴ WHO, EPI Win, Infodemic Management. 2020. What we know about long-term effect of COVID-19: The latest on the COVID-19 global situation and long-term sequelae. [PowerPoint slides]. Retrieved from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6_2

⁵ Tillett, R. L., Sevinsky, J. R., Hartley, P. D., Kerwin, H., Crawford, N., Gorzalski, A., Laverdure, C., Verma, S. C., Rossetto, C. C., Jackson, D., Farrell, M. J., Van Hooser, S., & Pandori, M. (2021). Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(1), 52–58. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30764-7](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30764-7)

maupun berjeda kemungkinan besar perlu dipertahankan hingga akhir 2022. Pengawasan terhadap SARS-CoV-2 harus terus dipertahankan karena lonjakan penularan masih bisa terjadi hingga 2024⁶. Perlindungan terhadap populasi rentan, terutama perempuan dan anak hendaknya inheren dalam setiap aspek pengendalian wabah. Lemahnya perlindungan terhadap perempuan dan anak menyebabkan memburuknya kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan berbasis gender.

Di sisi lain, lemahnya keterlibatan warga negara mendorong sebagian rakyat yang tidak memahami kepentingan persoalan enggan 'menerima' konsekuensi-konsekuensi kebijakan yang diambil pemerintah. Penegakan aturan terasa pandang bulu dalam beberapa kasus. Pemerintah tidak memberikan contoh baik, juga tidak mendapat sanksi tegas ketika berbuat kecerobohan yang membahayakan. Ketidadaan akuntabilitas ini mendorong rakyat tidak merasa malu ataupun bersalah melanggar protokol kesehatan. Padahal, bila strategi nasional dan komunikasi risiko menjadi bagian penting dari strategi penanganan wabah dan disampaikan secara utuh dan transparan, warga tidak akan takut. Sebaliknya, informasi yang terbuka ini mendorong mereka menyadari keparahan wabah dengan lengkap sehingga terbiasa mendisiplinkan diri mengikuti ketentuan pemerintah untuk mencegah penularan. Sebab, tanpa keterbukaan informasi, sulit membangun ekosistem yang mendukung masyarakat mematuhi ketentuan 3M.

Pemerintah mempunyai tendensi untuk melakukan sentralisasi kebijakan pencegahan penyebaran COVID-19 pada lembaga *ad hoc* di level nasional. Hal ini bisa dibaca dari setidaknya dua sudut pandang. Pertama, wabah dilihat sebagai sebuah ancaman sangat serius sehingga pemerintah membutuhkan tambahan tiga serangkai dalam pakem birokrasi, yaitu

kerangka regulasi, kelembagaan, dan anggaran. Kedua, setelah sekian bulan berjalan, pada kenyataannya berbagai lembaga *ad hoc* yang telah dibentuk tersebut tidak berhasil melakukan *delivery* pengendalian wabah. Banyak aspek tata kelola yang menjamin keterkaitan dan kerja sama antara lembaga *ad hoc* dengan kementerian teknis ternyata bergantung pada faktor-faktor subyektif lain di luar ranah regulasi resmi. Presiden gagal mengambil kemudi, pengendalian wabah kehilangan pemimpin. Menteri Kesehatan tidak punya pemahaman menyeluruh mengenai sistem kesehatan, segan menyampaikan *investment case* kepada presiden bahwa solusi komprehensif di bidang kesehatan masyarakat adalah respons terbaik untuk COVID-19, dan enggan melakukan proses tawar-menawar politik kepada kelompok-kelompok yang mewakili kepentingan lain.

Para ahli dan ilmuwan bidang kesehatan maupun kedokteran tidak mendapat visibilitas maupun legitimasi untuk memberi pandangan dan saran pada pembuat kebijakan berdasarkan bukti. Pada akhirnya, ruang kosong kepemimpinan dari berbagai sisi ini diisi pendapat-pendapat yang tidak berbasis sains dari para tokoh maupun pejabat publik yang berebut panggung. Hal ini memperburuk sengkabut informasi di ruang publik.

Kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah tumpang tindih, tidak konsisten, bahkan saling menegasikan satu sama lain. Dengan dalih menjaga rantai informasi dan kestabilan domestik, pemerintah pusat kerap mengkritisi upaya proaktif pemerintah daerah yang bertentangan dengan preskripsi dari Jakarta. Kebijakan pemerintah daerah dinarasikan sebagai keputusan serampangan yang tidak berbasis bukti, alat untuk meningkatkan popularitas, ataupun berpotensi menyebabkan

⁶ <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/05/11/science.abb5793>

kepanikan masyarakat. Hal ini sedikit banyak mengecilkan semangat pemerintah daerah untuk merumuskan kebijakan terbaik untuk penanganan berdasarkan kebutuhan daerah. Ini juga menyulitkan pemerintah daerah dalam pencegahan COVID-19 berdasarkan risiko potensial dan memastikan kapasitas lokal naik untuk mengimbangi peningkatan penyebaran.

Tidak ada satupun negara yang siap menghadapi COVID-19. Dan tidak ada satu resep jitu penanganan wabah COVID-19 yang bisa dilaksanakan seragam di semua negara. Namun, banyak negara berhasil belajar dari dinamika dan pakem penanganan wabah COVID-19 maupun wabah sebelumnya. Hal ini menunjukkan setidaknya enam upaya penanganan wabah yang perlu dilakukan oleh pemerintah Indonesia:

1. Respon penanganan COVID-19, terutama *testing, tracing, treatment* (3T) membutuhkan layanan kesehatan primer yang kuat, terutama di dalam aspek layanan kesehatan dasar dan kesehatan masyarakat, penyelidikan epidemiologi, pemberdayaan komunitas, dan keterlibatan lintas sektor.
2. Menggalakkan perubahan perilaku masyarakat, yaitu patuh dengan konsisten mencuci tangan, menjauhi kerumunan, dan mengenakan masker (3M). Ini hanya bisa dicapai dengan adanya lingkungan pendukung, seperti kebijakan dan komunikasi publik, edukasi, dan infrastruktur.
3. Meluncurkan strategi yang holistik sehingga penanganan cepat, pengambilan langkah drastis dan terukur sebagai kunci keberhasilan.
4. Menjalankan koordinasi, komunikasi, keterbukaan, dan terbangunnya kepercayaan antara pusat-daerah

esensial untuk mengimplementasikan penanganan COVID-19 di level mikro.

5. Kelincahan dalam menyesuaikan strategi hanya dapat dilakukan bila evaluasi dilakukan dengan indikator yang sama dan umpan balik untuk pembaruan strategi tersedia segera.
6. Penilaian *cost-benefit* pengendalian wabah yang menempatkan kesehatan dan ekonomi sebagai *false dichotomy* merenggut ribuan nyawa. Padahal, runtuhnya sistem kesehatan akan menyebabkan lingkaran setan ekonomi, politik, sosial yang sulit untuk diurai.

Walaupun banyak hal terlanjur tidak mungkin lagi dikoreksi seiring dengan hilangnya momentum, tahun depan pola pikir pemerintah harus berubah. Manajemen kasus COVID-19 hendaknya dibangun dengan pola pikir menangani lonjakan kasus saat ini seefisien mungkin sembari bersiap menghadapi gelombang infeksi selanjutnya.

Indonesia juga harus disiapkan untuk menghadapi sebuah dunia baru. Layanan publik dan aktivitas ekonomi harus berjalan di bawah ancaman lonjakan kasus COVID-19 yang dapat terjadi kapan saja sampai imunitas kawanan (*herd immunity*) tercapai.

Sesungguhnya, wabah COVID-19 menunjukkan kegawatdaruratan kesehatan di Indonesia. Pandemi ini seharusnya bisa dikendalikan selama pemerintah mengambil kebijakan berbasis sains dan merujuk masukan ilmuwan lembaga sains nasional; menjalankan kolaborasi pentahelix; serta menyusun strategi dan kepemimpinan dengan prinsip solidaritas dan transparansi. Dalam kacamata kami, jika wabah COVID-19 sejak awal dikelola dengan baik, berpotensi memberi jendela peluang yang “sempurna” untuk

meletakkan dasar bagi sistem kesehatan yang tangguh di seluruh Indonesia. Pemerintah hendaknya jeli melihat peluang pelibatan pemuda secara utuh dalam pengendalian wabah, mengingat saat ini ujung tombak pelayanan kesehatan di garis terdepan sebagian besar adalah profesional muda kesehatan. Kami setuju kita perlu keluar dari pembatasan sosial sesegera mungkin karena tidak semua orang beruntung bisa bertahan dalam tekanan ini. Akan tetapi, perlu diingat merelaksasi pembatasan sosial tanpa perhitungan yang dibarengi investasi besar-besaran dalam infrastruktur kesehatan masyarakat, akan semakin mengancam nyawa publik dan terutama tenaga kesehatan.

Namun, hal tersebut hanya dapat terjadi jika Kementerian Kesehatan berfungsi utuh dan penuh sebagai *leading agency* penanganan wabah dan tidak hanya dimintai pertanggungjawaban untuk mencapai target penemuan kasus. Kementerian Kesehatan harusnya memberikan strategi komprehensif untuk merespons target jangka pendek, seperti peningkatan angka kesembuhan dan penurunan fatalitas kasus untuk kasus terkonfirmasi dan suspek. Dalam jangka menengah, Kementerian Kesehatan harus berinvestasi menyiapkan dukungan logistik, menjamin akses imunisasi dan intervensi perubahan perilaku untuk menjamin penerimaan vaksin dan akses yang merata pada kelompok dengan berbagai latar belakang sosial ekonomi.

Ada sejumlah skenario bagaimana wabah ini dapat berakhir tetapi tidak ada yang akan kembali “normal” dalam waktu dekat, seperti yang ada di benak kita. Dari beberapa pilihan skenario di bawah, CISDI mengambil posisi bahwa skenario pertama seharusnya bukan lagi pilihan. Itulah titik pendaratan kita sebagai bangsa yang telah berjuang melalui semua ujian pandemi.

Skenario pertama: Negeri Impian.

Pada skenario ini vaksin dosis tunggal tersedia cepat dengan efikasi tinggi, dan negara tidak menemui kesulitan sumber daya untuk memenuhi rekomendasi WHO yaitu mencakup 60-70% populasi. Kuatnya diplomasi kesehatan melalui multilateralisme mendorong akses terhadap vaksin untuk 20% populasi secara bertahap hingga akhir 2021. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional terjadi menyeluruh dan prioritas diletakkan pada layanan kesehatan primer untuk menjaga kesehatan 85% populasi. Digabung dengan akuisisi vaksin dari berbagai sumber lain dan kekuatan surveilans (tes dan lacak), serta platform pendataan yang integratif, dalam skenario ini Indonesia akan keluar dengan selamat dari pandemi dan perekonomian membaik kembali.

Skenario kedua: Menggantang Asap.

Vaksin tersedia tetapi negara memiliki keterbatasan sumber daya membeli dan mengedarkannya ke seluruh pelosok karena berbagai kendala distribusi dan logistik, sementara kondisi ekonomi tak kunjung membaik. Di sisi lain, tekanan untuk segera membuka seluruh restriksi sosial yang berujung pada tekanan ekonomi juga menyebabkan pengetatan pembatasan sosial tidak lagi diminati, apalagi dijadikan opsi kebijakan pemerintah.

Skenario ketiga: Mimpi Buruk.

Vaksin gagal tersedia. Pemerintah berupaya menghilangkan SARS-CoV-2 sesegera mungkin, namun untuk mencapainya membutuhkan usaha ekstra keras untuk melakukan tes dan lacak yang agresif. Hal ini membutuhkan sumber daya ekstensif di tengah kondisi resesi ekonomi, karena tidak lagi tersedia sumber daya/dukungan anggaran yang dibutuhkan. Dunia usaha tidak lagi bisa memberikan dukungan sumber daya karena perputaran bisnis tidak lagi

menghasilkan cukup pemasukan. Sementara itu, karena lemahnya diplomasi kesehatan, bantuan luar negeri melalui jalur multilateralisme sulit diamankan.

Skenario keempat: Mungkinkah Kembali?

Vaksin tidak tersedia dalam jumlah cukup untuk membangun kekebalan kawanan. Pemerintah melakukan tes dan lacak dalam jumlah medioker. Pemerintah menjamin ketersediaan terapi antivirus untuk mengobati COVID-19. Populasi secara bertahap dapat membangun kekebalan kawanan alami. Artinya, 60-70% populasi akan jatuh sakit sebelum mendapat kekebalan. Implikasinya, sistem kesehatan selalu berada di ambang kolaps. Ekonomi bisa membaik tapi membutuhkan waktu sangat lama, berujung pada naiknya angka pengangguran dan kemiskinan serta memburuknya profil kesehatan populasi. Semua ini membutuhkan upaya perbaikan jangka panjang yang hanya bisa tercapai dengan dukungan kebijakan lintas kementerian.

Indonesia harus siap bagaimana pun skenarionya. Setiap skenario memiliki tantangan dan konsekuensi pelaksanaannya masing-masing.

Kita tidak menginginkan wabah COVID-19 di Indonesia berakhir dengan bencana.

Pembatasan sosial tanpa infrastruktur kesehatan masyarakat yang tangguh akan memungkinkan COVID-19 menyebar ke populasi tanpa bisa dibendung. Hasilnya bisa berupa pemusnahan kaum lansia dan rentan melalui seleksi ala Darwin. Ini harus dihindari bagaimanapun caranya karena (tetap) hidup dan (tetap) sehat, walaupun di tengah wabah, adalah hak asasi manusia.

Bab 1.

Selayang Pandang Sistem Kesehatan Indonesia 2020





History, in general, only informs us what bad government is.

Thomas Jefferson

Badai pandemi COVID-19 sejak awal 2020 menghantam tatanan dunia dalam waktu singkat. Bagi Indonesia, pandemi menguak gunung es persoalan pada enam pilar sistem kesehatan nasional (SKN). Runtuhnya sistem kesehatan kemudian mengirimkan gelombang kejut pada sistem politik, ekonomi, dan sosial.

Pemerintah Tiongkok memberi peringatan ditemukannya virus Corona jenis baru di Wuhan sejak 30 Desember 2019⁷. Pada 7 Januari 2020, virus itu diberi nama 2019-nCoV. Tidak lama setelah itu, pada 13 Januari, kasus pertama di luar China terkonfirmasi di Thailand. Peneliti di Hong Kong menemukan bahwa virus dapat menular dari orang ke orang.

Dalam dunia yang saling terhubung, pandemi menyebar melewati batas-batas negara dengan kecepatan tinggi. WHO mendeklarasikan 2019-nCoV sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) pada 30 Januari 2020 atas usulan *International*

Health Regulation (IHR) Emergency Committee. Saat itu terdapat 98 kasus tanpa kematian di 18 negara di luar China. Empat negara (8 kasus) memiliki bukti penularan dari manusia ke manusia (Jerman, Jepang, Amerika Serikat, dan Vietnam).

WHO mengubah status COVID-19 menjadi pandemi pada 11 Maret 2020 karena tingkat penyebaran dan keparahan yang tinggi, dan kekhawatiran kelambanan respons banyak negara. Dalam jumpa pers yang dipimpin langsung oleh Direktur Jenderal, WHO meminta setiap negara mengambil langkah kedaruratan agresif. Ditegaskan melalui pendekatan *whole-of-government* dan *whole-of-society* akan terbangun strategi komprehensif. Setiap negara masih bisa mengubah arah perjalanan pandemi, apabila mereka melakukan deteksi, tes, pengobatan, isolasi, pelacakan sekaligus mobilisasi publik dalam responsnya.

⁷WHO. (2020, December 17). Timeline: WHO's COVID-19 response.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>.

Bagian pertama tulisan ini berlanjut untuk memberikan selang pandang perjalanan wabah COVID-19 selama 2020. Setelah itu, kami akan memberikan pandangan kritis mengenai langkah-langkah yang diambil pemerintah Indonesia untuk mengatasi wabah. Pada bagian akhir, kami akan menganalisis bagaimana keputusan-keputusan tersebut mengubah wajah kesehatan di Indonesia secara keseluruhan dan mempengaruhi sektor non-kesehatan secara signifikan.

1.1 Perjalanan Wabah Covid-19 di Indonesia

Indonesia baru mengumumkan kasus pertama per 2 Maret 2020. Padahal, kasus positif yang terkonfirmasi di Malaysia⁸ dan Singapura⁹ pada awal Maret juga menunjukkan riwayat bepergian dari Indonesia di bulan Februari.

Hampir mustahil untuk mencerna strategi penanganan yang dipilih Pemerintah Indonesia sepanjang tahun 2020. Strategi mitigasi Pemerintah Indonesia selalu bertumpu pada imbauan pembatasan sosial skala besar (PSBB) tanpa paksaan, walau terbukti tidak manjur. Pelonggaran PSBB juga tidak dibarengi aksi lacak dan tes yang agresif. Kemunculan sentra isolasi di ibu kota, tidak secara sistematis memancing kemunculan sentra isolasi dalam skala lebih kecil di tingkat sub-nasional hingga komunitas. Akibatnya, sampai Desember 2020 Indonesia belum melihat puncak kurva pandemi dan kecepatan angka penambahan kasus terus meningkat.

Sejak penetapan kasus pertama COVID-19 di Indonesia pada Maret 2020, telah terdapat 643.508 kasus terkonfirmasi COVID-19 dan 19.390 kasus kematian akibat COVID-19 (per 17 Desember 2020¹⁰). Selama seminggu terakhir (7-13 Desember 2020), insiden COVID-19 di Indonesia adalah 15,5 per 100.000 penduduk, naik dari 15,3 per 100.000 penduduk di minggu sebelumnya. Ini adalah insiden tertinggi sejak kasus pertama dilaporkan di Indonesia. Dibandingkan dengan Australia dan beberapa negara tetangga di Asia Tenggara (Malaysia, Filipina, Singapura, Vietnam, dan Thailand) yang telah mengalami penurunan kasus, peningkatan kasus COVID-19 di Indonesia merupakan situasi terburuk di kawasan dengan jumlah kasus konfirmasi dan kematian harian yang terbanyak, tren jumlah kasus harian yang secara konsisten mengalami peningkatan, dan jumlah tes per kasus konfirmasi terendah¹¹.

Ketidaksiapan sistem penanganan bencana di Indonesia terlihat dari usang dan tumpang tindihnya kerangka regulasi penanggulangan bencana dan wabah penyakit menular. Merujuk pada Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease (COVID-19), setidaknya terdapat empat Undang-Undang (UU) yang dijadikan rujukan penerbitan yaitu UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah dan Penyakit Menular, UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

⁸ Aida, NR. Pasien ke-78 Virus Corona Malaysia Memiliki Riwayat Perjalanan ke Indonesia. (2020, March 7). Kompas. Retrieved from <https://www.kompas.com/tren/read/2020/03/07/205100265/pasien-ke-78-virus-corona-malaysia-memiliki-riwayat-perjalanan-ke-indonesia?page=all>

⁹ Mukaromah, VF. (2020, March 2). Dua Kasus Baru Corona Covid-19 di Singapura, Pasien Punya Riwayat Perjalanan ke Batam. Kompas. Retrieved from <https://www.kompas.com/tren/read/2020/03/02/112349465/dua-kasus-baru-corona-covid-19-di-singapura-pasien-punya-riwayat-perjalanan?page=all>

¹⁰ Satgas Covid-19. (n.d.). Peta Sebaran Covid-19. <https://Covid19.Go.Id/>. <https://covid19.go.id/peta-sebaran>

¹¹ Roser, M., Hannah Ritchie, E. O.-O., & Hasell, J. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus>

UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular kelewat usang dan belum disesuaikan dengan perkembangan panduan *Internasional Health Regulation* terbaru hingga hanya sedikit bagian yang relevansinya dapat dipergunakan.

UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana tidak memfasilitasi pencegahan, deteksi dini, dan mitigasi pandemi yang termasuk dalam kategori bencana nasional non-alam. Tidak heran mesin BNPB sebagai lembaga yang memiliki mandat penanggulangan bencana juga tidak dilengkapi dengan kemampuan penanganan wabah.

Berbeda dengan ketiga UU lain, UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan mengamankan peran pemerintah pusat dibanding desentralisasi. UU ini seolah menghilangkan kekuatan politik-hukum utama Pemerintah Daerah untuk melakukan tindakan penanggulangan seperlunya manakala terdapat tersangka wabah di wilayahnya¹², menetapkan status darurat bencana sesuai cakupan skala administratifnya¹³, serta menyampaikan secara berkala jenis dan persebaran penyakit yang berpotensi menular dalam waktu singkat beserta daerah sumber penularannya¹⁴.

Indonesia menyia-nyiakan periode emas penanganan wabah karena birokrasi bergerak kalah cepat dari laju transmisi SARS-CoV2¹⁵. Upaya skrining suhu dan risiko, serta karantina di 304 titik masuk bersifat formalitas dan longgar. PP Pembatasan Sosial Berskala Besar terbit 1 April 2020 atau dua minggu setelah penetapan pandemi oleh WHO dan bencana nasional oleh Presiden. Saat itu jumlah kasus COVID-19 mencapai 1.677 dengan 157 kasus meninggal dunia. Menteri Kesehatan baru menerbitkan Permenkes Pelaksanaan PP PSBB pada 4 April 2020 ketika jumlah kasus COVID-19 telah naik menjadi 2.092 orang dengan 191 kasus meninggal dunia.

Pemerintah Daerah, DKI Jakarta misalnya, meski telah memberikan himbauan bekerja dan belajar dari rumah, serta menutup beberapa kegiatan keramaian sejak 14 Maret, baru resmi memberlakukan PSBB per 10 April 2020¹⁶. Keterlambatan ini disebabkan karena menunggu izin dari Kementerian Kesehatan. Pada periode yang sama, keinginan beberapa daerah untuk memberlakukan PSBB ditolak karena dianggap tidak memenuhi persyaratan¹⁷. Akibatnya, intervensi kesehatan masyarakat kehabisan napas menahan laju transmisi komunitas di 514 kabupaten/kota di Indonesia.

¹² Lihat pasal 12 ayat 1 UU Nomor 7 Tahun 1984 dalam "Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular," Hukum Online, <https://www.hukumonline.com/pusatdata/detail/415/undangundang-nomor-4-tahun-1984#>

¹³ Lihat pasal 51 ayat 2 UU Nomor 24 Tahun 2007 dalam "Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana," Hukum Online, <https://www.hukumonline.com/pusatdata/detail/26595/undangundang-nomor-24-tahun-2007>

¹⁴ Lihat pasal 155 Ayat 1 UU Nomor 36 Tahun 2007 dalam "Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan," Hukum Online, <https://www.hukumonline.com/js/pdfjs/web/viewer.html?file=/pusatdata/viewfile/lt5b5fdd8147604/parent/lt4af3c27570c04>

¹⁵ Sebagian diadaptasi dari <https://www.cnnindonesia.com/longform/nasional/20200817/longform-jejak-pandemi-di-tangan-jokowi/index.html>

¹⁶ Permatasari, A. N. (2021, April 8). Mulai 10 April 2020 DKI Jakarta Terapkan PSBB, Berikut Info Lengkap. Kompas TV. <https://www.kompas.tv/article/75109/mulai-10-april-2020-dki-jakarta-terapkan-psbb-berikut-info-selengkapnya#:~:text=JAKARTA%2C%20KOMPAS.TV%20%2D%20Mulai,jarak%20sosial%20selama%20kebijakan%20berlaku>

¹⁷ Iqbal, M. (2020, April 16). Daftar Daerah yang Ditolak Terawan untuk Lakukan PSBB. News.

<https://www.cnbcindonesia.com/news/20200416114929-4-152340/daftar-daerah-yang-ditolak-terawan-untuk-lakukan-psbb>

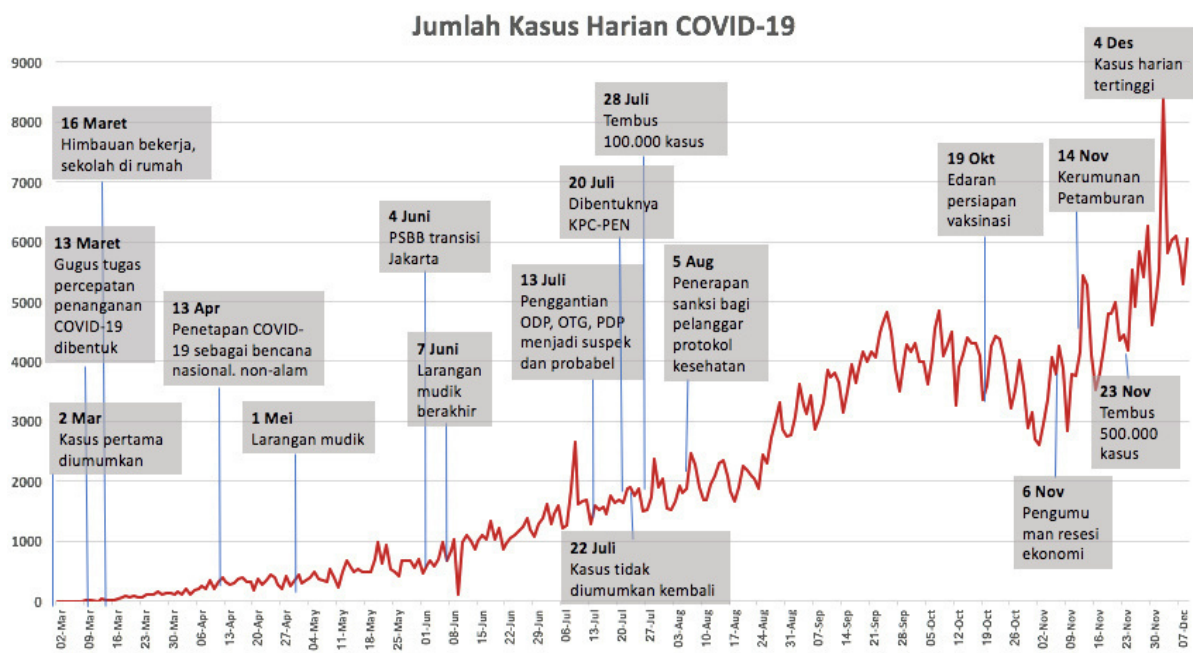


Figure 1. Grafik jumlah harian Covid-19 sejak ditemukannya kasus pertama (2 Maret 2020) hingga 4 Desember 2020.

Keterbatasan sumber daya membuat intervensi tes, lacak, dan isolasi tidak pernah berada pada proporsi ideal. Peningkatan kapasitas tes berjalan sangat lambat dan fluktuatif. Dengan jumlah penduduk 270 juta, Indonesia membutuhkan paling tidak 40.000 orang dites setiap harinya agar memenuhi standar minimum 1 tes per 1.000 populasi per minggu. Pada minggu ke-2 Desember, jumlah tes baru mencapai 0,84 tes per 1.000 populasi per minggu yang menunjukkan masih banyak ketimpangan kapasitas lab antar provinsi.

DKI Jakarta menyumbangkan 20-30% kapasitas tes dari jumlah total setiap harinya. Sampai minggu pertama Desember, Satgas melaporkan hanya 11 provinsi yang telah memenuhi standar minimum tes WHO; 13 provinsi telah mencapai 50% target; dan 10 provinsi masih di bawah 50%.

Pedoman nasional untuk penemuan kasus COVID-19 dengan RT-PCR merekomendasikan agar dilakukan dua tes berturut-turut dalam waktu 24 jam untuk kasus suspek. Hal ini berarti, jika

protokol laboratorium diikuti dengan benar dan tes PCR tersedia, jumlah spesimen yang diuji per hari setidaknya harus dua kali lipat dari jumlah orang yang diuji. Namun, pada 17 Desember 2020 misalnya, 43.461 orang dinyatakan telah menjalani tes RT-PCR namun jumlah spesimen yang diuji adalah 60.629.

Dengan keterbatasan akses tes, dalam panduan terbaru tes merekomendasikan prioritas pada orang dengan gejala. Bila kontak erat namun tidak bergejala, disarankan hanya dilakukan karantina. Dengan mengikuti kriteria tersebut ditambah keterbatasan fasilitas serta longgarnya pengawasan isolasi mandiri, laju penularan kasus sulit dibendung.

Indonesia gagal mengidentifikasi orang-orang yang terpapar COVID-19 dengan yang tidak terpapar. Rasio lacak-isolasi (RLI) Indonesia per 9 Desember 2020 adalah 1,62, yang berarti untuk 1 kasus yang terkonfirmasi, hanya 1-2 orang yang dilacak. Enam belas provinsi di Indonesia memiliki RLI >1, tiga provinsi bahkan memiliki RLI 0. Alhasil, orang-orang yang positif berpotensi

menularkan ke orang-orang lain tanpa disadari. Selain itu, rendahnya kapasitas tes ini dapat memungkinkan angka yang dicatat oleh pemerintah lebih rendah (*underreporting*) dibandingkan kasus riil di lapangan. Hasilnya, pemerintah tidak memiliki data yang bisa dipercaya untuk memandu langkah perbaikan. Peningkatan kapasitas lacak dilakukan sangat terlambat di puskesmas-puskesmas, ketika penolakan dan misinformasi di masyarakat sudah berlangsung terlalu lama.

Kurva Epidemi COVID-19 Indonesia yang akurat, baik pada skala nasional maupun sub-nasional, tidak tersedia. Jumlah kasus konfirmasi tambahan yang dilaporkan kepada publik setiap hari tidak mencerminkan jumlah kasus baru harian. Ini disebabkan setidaknya empat hal; (1) rendahnya cakupan tes PCR yang digunakan untuk menemukan kasus baru; (2) lemahnya penyelidikan epidemiologi sehingga perkiraan tanggal orang terinfeksi atau mulai bergejala tidak dapat ditentukan; (3) rata-rata pemeriksaan sampel dari 426 laboratorium PCR tidak diketahui, dan (4) terjadi backlog di laboratorium dan *data input*, dikarenakan otoritas penuh pemerintah pusat dalam analisis dan pelaporan kasus sehingga pemerintah daerah tidak mampu menganalisis kurva epidemiologinya sendiri.

Kesuksesan pengendalian wabah bertumpu pada sistem data dan pendataan yang *robust*. Namun demikian, tumpang tindih sistem pendataan dari tingkat kecamatan hingga pusat tanpa interoperabilitas antara berbagai platform dan aplikasi, menyebabkan Respons Nasional Penanganan COVID-19 secara keseluruhan tidak bisa dikategorikan sebagai suatu hal yang berbasis data. Menurut *Center for Disease Control* (CDC), ada dua kurva independen yang harus

dipantau di skala sub-nasional secara terbuka; kurva epidemiologi dan garis ambang kapasitas layanan. Data keduanya tidak tersedia dengan andal dan aktual sehingga Indonesia tidak memiliki landasan ilmiah untuk menilai efektivitas tindakan pengendalian, menentukan puncak pandemi, apalagi memperkirakan akhir pandemi.

Pada 9 Mei 2020 Gugus Tugas memperkenalkan platform satu data bernama *Bersatu Lawan COVID* (BLC) untuk digunakan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten, layanan kesehatan, dan rumah sakit. BLC menampilkan data kasus COVID-19 (kasus yang dikonfirmasi, ODP, PDP, kontak dengan gejala) serta data tentang logistik, seperti ketersediaan alat pelindung diri (PPE) dan peralatan laboratorium. BLC diharapkan mempersingkat jalur pelaporan dari tingkat sub-nasional ke tingkat nasional.

Namun, tidak jelas bagaimana platform ini menghubungkan data dari berbagai sistem surveilans yang ada secara *real time*. Hingga Desember 2020 tidak tampak ada perbaikan dan sinkronisasi platform pelaporan dan data. Sejak November 2020, pelaporan pencatatan kontak dilaporkan Puskesmas melalui aplikasi Silacak dari Kementerian Kesehatan. Namun, aplikasi Silacak tidak terhubung dengan platform *New All Record* (NAR) sehingga tidak bisa dilihat berapa orang yang konfirmasi pada hari itu yang berhasil ditelusur. Kementerian Kesehatan juga tidak menerima laporan tentang indikator penelusuran kontak dan pemantauan isolasi mandiri meskipun kedua indikator tersebut harus dipantau menurut Panduan Penanganan COVID-19 Revisi 5.

Pengambilan kebijakan berbasis sistem zonasi dengan data tidak lengkap dapat menyesatkan dan membahayakan.

Permasalahan data menjadi momok awal. Pemerintah menggunakan sistem zonasi yang ditetapkan berdasarkan beberapa indikator penting epidemiologi, surveilans, dan layanan kesehatan. Namun, seringkali datanya tidak dikumpulkan di level sub-nasional, atau kalaupun tersedia, tidak aktual dan handal. Contohnya, pembukaan kembali sekolah berbasis sistem zonasi. Jumlah tes yang dilakukan oleh pemerintah daerah juga akan sangat berpengaruh ke jumlah kasus yang ditemukan. Indikator jumlah kasus positif tidak dapat menjadi indikator yang berdiri sendiri. Konsekuensinya, kebijakan yang diambil, meski berbasis data malah membahayakan kesehatan masyarakat.

Pemantauan situasi untuk menilai ambang kapasitas layanan bergerak kalah cepat dari laju transmisi wabah.

Tiga indikator ini persiapan pengumpulan datanya baru dimulai di Indonesia pada Mei 2020: (1) *WHO Oxygen Capacity Survey* yang menilai distribusi dan kapasitas pengolahan oksigen, (2) dasbor *Essential Supplies Forecasting Tool* (ESFT), dan (3) *Surge Planning Support Tool* (ADAPTT) yang mampu memperkirakan jumlah tempat tidur RS dan ICU. Hal ini menyebabkan pengiriman logistik dari BNPB dipandu oleh permintaan *ad hoc* bukan prediksi kebutuhan yang mempertimbangkan kurva epidemiologi.

Penanganan COVID-19 tidak berbasis pada prinsip sistem kesehatan: terlalu rumah sakit-sentris dan tidak menempatkan layanan kesehatan primer sebagai pelindung terdepan kesehatan populasi.

Indonesia saat ini mengandalkan 132 RS Rujukan tingkat 2 untuk menangani kasus parah dan kritis dan 171 RS Rujukan tingkat 1 di tingkat Provinsi untuk menangani kasus ringan sedang. Pendekatan ini memaksa orang

menempuh jarak jauh untuk memperoleh perawatan sehingga berisiko menularkan sepanjang perjalanan atau terinfeksi nosokomial di RS rujukan yang kemungkinan telah menjadi episenter baru. Padahal, sesungguhnya terdapat potensi yang belum dimanfaatkan pada layanan kesehatan primer yang lebih dekat dengan komunitas. Layanan kesehatan primer mencakup tidak hanya puskesmas milik pemerintah, namun juga klinik-klinik swasta dan praktik mandiri yang banyak berada di provinsi-provinsi padat penduduk. Pendekatan yang tidak melihat segitiga sistem kesehatan nasional sebagai kesatuan ini, juga membebani biaya tinggi baik secara langsung (*direct medical cost*) pada anggaran negara maupun tidak langsung (*indirect medical cost*) bagi pasien dan keluarganya.

Penumpukan dan konsentrasi penanganan wabah di RS juga membuat intervensi 3T (*test, trace, treat*) berpijak pada landasan yang rapuh.

Respons penanganan COVID-19, terutama 3T membutuhkan layanan kesehatan primer yang kuat, terutama dalam aspek penyelidikan epidemiologi, surveilans, pemberdayaan komunitas dan keterlibatan lintas sektor untuk memutus rantai penularan di tingkat komunitas. Peran puskesmas juga penting untuk mendorong kepatuhan 3M di masyarakat melalui upaya peningkatan kesadaran atau literasi publik terkait COVID-19. Kasus ringan dan tanpa gejala seharusnya bisa tertangani di level puskesmas dan aktor lokal sehingga mencegah penumpukan di RS.

Sebagian ahli dan ilmuwan bidang kesehatan maupun kedokteran, tidak mendapat visibilitas maupun legitimasi untuk memberi pandangan dan saran pada pembuat kebijakan berdasarkan bukti. Sebagian lagi, alih-alih mencerahkan dan berpihak pada sains, terpaksa 'menyokong' pilihan politis

tertentu. Pada akhirnya, ruang kosong kecerdasan kepemimpinan dari berbagai sisi ini disugahi dengan pendapat-pendapat yang tidak berbasis sains oleh para pejabat publik yang berebut panggung, memperburuk sengkabut informasi di ruang publik.

Beberapa contoh utama kekeliruan pengambilan kebijakan adalah obat COVID-19 dari riset UNAIR, BIN, dan TNI yang didorong untuk digunakan segera tanpa ada basis uji klinis yang valid. Kalung ekaliptus oleh Kementerian Pertanian untuk menangkal COVID-19 meramalkan perbincangan publik bahkan terlihat seperti mendapat dukungan dari para pejabat yang ikut memakai kalung tersebut. Hal semacam ini tentu menambah kebingungan publik yang sejak awal tidak pernah menerima informasi yang utuh, kredibel dan transparan mengenai COVID-19 serta implikasinya pada hidup sehari-hari.

Demikian pula dengan penetapan zonasi oleh Satgas COVID-19 yang dilakukan tanpa basis data kenaikan jumlah kasus yang *real time* dan akurat. Sungguh berbahaya bisa kemudian zonasi ini dijadikan dasar dibuka atau tidaknya pembelajaran tatap muka. Karena artinya, ada tambahan risiko penularan yang terjadi di banyak sekolah. Kita berharap proses pengambilan keputusan untuk pengadaan dan distribusi vaksin tidak mengulang pola yang sama. Kajian mendalam berdasarkan berbagai rujukan ilmiah dapat dilakukan terlebih dahulu sebelum mengambil keputusan. Adanya para pakar kedokteran dan kesehatan selayaknya digunakan sebagai rujukan sains yang utama.

1.2 Dampak Wabah Covid-19 Pada Pilar Sistem Kesehatan Nasional

Dunia sebenarnya telah berada pada jalur positif untuk memberikan akses layanan kesehatan untuk semua (*universal health coverage*) pada 2030, sebelum COVID-19 secara fundamental merusak tatanan sistem kesehatan global. Dalam waktu 25 minggu, pandemi mengikis pencapaian program imunisasi selama 25 tahun terakhir¹⁸.

Deklarasi Dunia untuk Jaminan Kesehatan Semesta yang ditandatangani bertepatan dengan Sidang Umum PBB pada 2018 dengan gamblang menyebutkan layanan kesehatan primer yang transformatif adalah cara untuk memastikan tercapainya Jaminan Kesehatan Semesta. Dengan modalitas ini, harusnya dunia mampu segera berpaling menuju prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Semesta dan layanan primer sebagai gerbang penjaga kesehatan masyarakat yang seharusnya paling berdaya dalam mengendalikan wabah. Beberapa negara di Asia seperti Thailand dan Vietnam yang memiliki layanan kesehatan primer yang tangguh telah membuktikan wabah bisa dikendalikan dengan mengaktifasi prinsip serta pilar kesehatan masyarakat dalam infrastruktur kesehatan primernya.

Ketika sistem kesehatan kewalahan, *direct mortality* akibat wabah dan *indirect mortality* akibat penyakit lain yang dapat dicegah melalui vaksin atau pengobatan meningkat dramatis. Setiap negara perlu membuat keputusan sulit untuk mengintervensi wabah sembari

¹⁸ We can end COVID-19. Together. (n.d.). <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2020-report/?download=false#GlobalPerspective>

menyediakan layanan kesehatan lain dan meneruskan pembangunan kesehatan semaksimal mungkin. Oleh sebab itu, diperlukan perencanaan dan koordinasi untuk mengurangi risiko runtuhnya sistem kesehatan.

Rasio kematian terus meningkat walau laju peningkatan sesungguhnya diprediksi jauh lebih tinggi karena data tidak dilaporkan sesuai standar WHO. Suspek dan probabel yang meninggal tidak dilaporkan di banyak Kabupaten/Kota walaupun mereka dimakamkan sesuai protokol COVID-19. Padahal menurut definisi WHO, kematian pada pasien suspek (bergejala COVID-19 namun belum terkonfirmasi) adalah kematian terkait COVID-19 yang harus dilaporkan juga.

Walau pencatatan kematian tidak lengkap, Laporan Situasi WHO per 2 Desember 2020 menyebut Indonesia memiliki rasio kematian lebih tinggi dari rasio rerata dunia (2,39%), yaitu 3,4%. Hingga 16 Desember 2020, angka kematian di DKI Jakarta mencapai 281 kematian per 1 juta penduduk (tertinggi di Indonesia), diikuti oleh Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Jawa Timur, Sulawesi Utara, dan Bali. Selama satu minggu terakhir, jumlah kasus kematian akibat COVID-19 di Indonesia adalah 0,40 per 100.000 penduduk, tingkat tertinggi sejak kasus pertama dilaporkan.

Terdapat peningkatan yang tidak dapat dijelaskan pada angka pemakaman di DKI Jakarta pada sepanjang tahun 2020¹⁹. Selama 2015-2019, rata-rata pemakaman di DKI Jakarta adalah 600/minggu dan berada pada kisaran yang sama hingga awal Maret 2020. Sejak itu, angka pemakaman melonjak hingga 1.000/minggu, lalu menjadi 1.400/minggu di September 2020. Secara total, terjadi 61% peningkatan pemakaman di 2020 dibandingkan tren 5 tahun sebelumnya.

Dengan pola kenaikan yang sama, dalam periode Maret-November 2020 terdapat 16.118 pemakaman yang 48% di antaranya dilakukan dengan protokol COVID-19.

COVID-19 mengekspos celah dan kerentanan sistem kesehatan di Indonesia. Meskipun pengetahuan ilmiah global mengenai penanganan COVID-19 berkembang cepat, sayangnya hal ini tidak diimbangi kekuatan sistem kesehatan nasional untuk memberikannya kepada mereka yang paling membutuhkan; baik secara komprehensif atau dalam skala besar. Kita menyaksikan pilar yang berkontribusi untuk memastikan sistem kesehatan nasional tetap aman dan kuat terguncang: layanan kesehatan tidak siap, tenaga kesehatan kewalahan dan tidak terlindungi, sistem satu data COVID-19 hingga level rumah tangga tidak tersedia, pembiayaan kesehatan tertekan, tata kelola bersengkaret, dan ketidakmampuan serta kegagalan kepemimpinan.

1.2.1 Layanan Kesehatan

Terbatasnya akses pada makanan bergizi, hilangnya pendapatan keluarga dan terganggunya keberlangsungan layanan kesehatan esensial anak dan ibu pada masa pandemi COVID-19 berkontribusi terhadap ancaman gizi anak. Survei Cepat *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) pada April-Mei 2020²⁰ menunjukkan 75% posyandu ditutup dan lebih dari 41% kunjungan rumah ditangguhkan. Hampir 86% posyandu melaporkan penangguhan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak. Sebanyak 55% melaporkan penangguhan layanan imunisasi dan 46% melaporkan gangguan

¹⁹Elyazar, IRF et.al., 2020. Excess mortality during the first ten months of COVID-19 epidemic at Jakarta, Indonesia. medRxiv 2020.12.14.20248159; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.12.14.20248159>

²⁰UNICEF. 2020. Penilaian cepat: Dampak pandemi COVID-19 terhadap layanan imunisasi di Indonesia. Diakses dari: <https://www.unicef.org/indonesia/media/4871/file/Penilaian%20Cepat:%20Dampak%20Pandemi%20COVID-19%20terhadap%20Layanan%20Imunisasi%20di%20Indonesia.pdf>

distribusi vitamin A, dan 46% melaporkan penangguhan layanan perawatan antenatal. Alasan utama dari penangguhan layanan meliputi masalah keamanan masyarakat serta langkah-langkah menjaga jarak fisik dan kecemasan petugas kesehatan.

Pemerintah memperluas dukungan pencegahan *stunting* melalui program perlindungan yang dijalankan oleh Kementerian Sosial, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) dan bantuan pangan non tunai (BPNT). Pemerintah telah mengalokasikan total Rp695,2 triliun (sekitar US\$47,5 miliar) untuk respon COVID-19 dan Rp203,9 triliun (sekitar US\$13,9 miliar) ditujukan untuk perlindungan sosial, termasuk PKH dan Program Sembako yang merupakan bagian dari BPNT. Namun, penetapan Menteri Sosial sebagai tersangka dugaan korupsi bantuan sosial penanganan COVID-19 menjadi sinyal tidak efektifnya penyaluran bantuan sosial ini di tengah jalan.

Banyak indikasi penyalahgunaan situasi bencana untuk keuntungan segelintir kelompok elit. Dalam buku *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, Naomi Klein mengungkapkan kecenderungan upaya dan kebijakan pro-korporasi dengan memanfaatkan syok dan disorientasi publik yang terdampak bencana. Tertangkapnya Menteri Sosial menjadi bukti kuat praktik tersebut di Indonesia. Di awal pandemi, kita juga disuguhi kekisruhan impor *rapid test* dan komersialisasi tes COVID-19 dengan batasan harga yang tidak terkontrol. Kali ini pun, program vaksin mandiri berisiko besar menjadi ajang komersialisasi dan mencari

keuntungan banyak pihak.

Bank Dunia (2020) memperkirakan angka *stunting* batita akan tetap turun dan meneruskan tren penurunannya dari 30,8% (2018) menjadi 27,6% (2020), namun dengan akselerasi yang lebih lambat. Dalam skenario realistis, perlambatan penurunan angka *stunting* akan mencapai 3 persen, yakni hanya menjadi 21,0% (bukan 18,2%) di 2024. Hal ini berarti target RPJMN 2020-2024 yang berupa angka *stunting* <20% diprediksi tidak akan tercapai.

Sebagai negara dengan insiden TBC terbanyak kedua di dunia, dampak COVID-19 terhadap kasus TBC terasa signifikan. Fokus penanganan layanan yang beralih ke COVID-19 menyebabkan disrupsi ke banyak layanan kesehatan lain, termasuk TBC. Pada Mei 2020 saja Kementerian Kesehatan mencatat terjadi penurunan secara drastis pasien TBC yang berobat ke layanan kesehatan. Stop TB Partnership, sebuah organisasi masyarakat sipil yang bergerak dalam advokasi dan upaya pengentasan Tuberculosis, mengestimasi secara global akan ada penambahan 6,3 juta kasus dan 1,4 juta kematian pasien TBC di dunia sepanjang 2020-2025 akibat COVID-19. Perhitungan ini menggunakan asumsi penutupan wilayah selama 3 bulan dan restorasi layanan kesehatan selama 10 bulan.

Survei Komite Nasional Pengendalian Tembakau (Komnas PT) menampilkan mayoritas (49,8%) responden yang merokok mengaku tetap mengeluarkan uang untuk membeli rokok selama masa pandemi COVID-19. Dari responden yang tersebut, mayoritas (50,2%)

mengaku jumlah batang rokok yang dikonsumsi selama pandemi COVID-19 memiliki kuantitas yang tetap, bahkan terdapat 15,2% yang mengaku mengonsumsi rokok lebih banyak selama pandemi COVID-19²¹.

Temuan ini bertolak belakang dengan kajian ilmiah yang mengindikasikan perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko kerentanan dan fatalitas penyakit COVID-19. Berdasarkan berbagai hasil *systematic review*²² ditemukan indikasi perokok lebih rentan terinfeksi SARS-COV-2. Dan ketika terinfeksi, perokok memiliki risiko lebih tinggi mengalami kesakitan yang parah. Selain itu, merokok juga telah lama diketahui meningkatkan kejadian penyakit kronis tidak menular, seperti penyakit jantung iskemik, stroke, dan kanker paru yang juga merupakan komorbid COVID-19.

Surge capacity²³ mencapai titik jenuh. Konsistensi peningkatan kasus COVID-19 melonjak tajam setiap harinya menyebabkan tingginya tingkat keterisian tempat tidur dan ICU (*bed occupancy rate*, BOR) di beberapa daerah di Indonesia. Data Pemprov DKI Jakarta per 21 November 2020 menampilkan rasio keterisian tempat tidur di 98 rumah sakit umum daerah di DKI Jakarta mencapai 78% (172 dari 230 ICU RSUD) dan rasio keterisian ruang isolasi mencapai 68% (1.054 dari 1.554). Per 1 Desember 2020, tingkat keterisian tempat tidur di Provinsi Jawa Tengah mencapai 76,7%.

1.2.2 Tenaga Kesehatan

Puskesmas belum seluruhnya siap melakukan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi pada masa pandemi COVID-19. Survei CISDI menunjukkan 45,4% puskesmas belum mendapatkan pelatihan tentang pengendalian dan pencegahan infeksi untuk layanan di masa pandemi. Hanya 62% puskesmas responden yang memiliki SOP penggunaan APD untuk pelayanan masa pandemi COVID-19. Fasilitas cuci tangan dan *hand sanitizer* pun belum tersedia cukup di 18,5% Puskesmas. Lebih dari 50% puskesmas melakukan modifikasi lingkungan untuk mencegah penularan seperti mengatur tempat duduk dan memasang pembatas akrilik, namun hanya sekitar 36% yang memanfaatkan teknologi informasi seperti antrian pendaftaran online dan layanan jarak jauh. Survei menunjukkan masih banyak puskesmas yang belum mendapatkan pelatihan mengenai pengendalian dan pencegahan infeksi di puskesmas. Hal ini diperparah dengan keterbatasan fasilitas serta penerapan protokol kesehatan. Tanpa persyaratan minimum tersebut dipenuhi, puskesmas berpotensi menjadi sumber penularan COVID-19.

Pada bulan kesepuluh pandemi, beban kerja tenaga kesehatan tidak pernah berkurang dan tidak juga diimbangi perlindungan dari risiko penularan dan stigma sosial. Tiadanya strategi pengendalian wabah berdampak terhadap tenaga kesehatan yang merupakan

²¹ Rahmayanti & Ikhsan, *forthcoming*

²² Vardavas & Nikitara 2020; Nugraha et.al 2020; Reddy et.al 2020

²³ Adalah kemampuan sistem pelayanan kesehatan untuk secara cepat menambah kapasitas melebihi dari kondisi pelayanan normal untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis yang meningkat. WHO menggarisbawahi pentingnya empat prinsip dalam merespon surge capacity: ketersediaan ruangan, ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten dan terlatih, kecukupan suplai fasilitas serta kesiapan sistem manajemen dalam merespon lonjakan kasus.

penopang utuhnya sistem kesehatan nasional. Dalam situasi yang tidak jelas kapan berakhirnya, tenaga kesehatan diharapkan terus memberikan layanan kesehatan berkualitas. Survei Kebutuhan Puskesmas CISDI, Kawal Covid-19, dan Cek Diri terhadap 647 puskesmas responden mendokumentasikan keterbatasan APD untuk melayani pasien dengan gejala mirip COVID-19, terutama untuk masker N95 (66%), gaun medis (43%), dan masker bedah (40%).

Stigma yang diterima tenaga kesehatan dan keluarga amat tinggi dan semakin menyulitkan mereka bekerja. Tenaga kesehatan banyak menjadi sasaran kecurigaan masyarakat karena dipandang membawa dan menyebarkan virus. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Laporan Covid-19 kepada 181 responden pada 7-16 Agustus 2020, lebih dari setengah responden pernah merasa diperbincangkan oleh orang-orang di sekitar mereka. Lebih buruk dari itu, 33% responden diabaikan masyarakat; 25% dijuluki penyebar virus; 10% mengalami perundungan (*bullying*) di media sosial; dan sebagian anggota keluarga mereka (7%) mengalami penolakan untuk mendapatkan dan menggunakan layanan fasilitas umum²⁴.

Situasi kerja yang tidak kondusif juga dihadapi oleh kelompok Peserta Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kerap terhimpit antara status mahasiswa dan status darurat kesehatan yang mengharuskan mereka bekerja memberi respon atas kebutuhan layanan medis. Data global

menunjukkan profesional muda kesehatan berada di garis depan pengendalian pandemi. Mereka bekerja di layanan primer maupun sekunder. Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI) memperkirakan, 6.600 staf pengajar dan PPDS telah terpapar COVID-19 dan tersebar di 17 Institusi pendidikan. Dengan tingkat keterpaparan dan kerentanan yang tinggi, 31% dari lebih 7.000 responden survei Tim Kepresidenan dan Kementerian Kesehatan mengaku belum mendapat tes PCR²⁵.

Insentif tambahan untuk tenaga kesehatan terlambat turun. Hingga akhir Juni, baru hampir 30% tenaga kesehatan yang telah mendapatkan insentif. Kemenkes merespon keluhan Presiden atas terlambatnya insentif tenaga kesehatan dengan alasan proses birokrasi yang panjang. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) mencatat per 25 Mei 2020 sebanyak 330 laporan menyatakan perawat di rumah sakit milik pemerintah atau swasta mengalami pemotongan gaji dan tidak menerima bonus liburan. Sebanyak 65% dari mereka adalah pekerja lepas.

Persentase kematian tenaga kesehatan di Indonesia per September 2020 sebesar 2,3% adalah salah satu yang tertinggi di dunia. Tim Mitigasi Ikatan Dokter Indonesia menyatakan setidaknya 342 dokter, dokter gigi, dan perawat meninggal akibat COVID-19 dalam rentang Maret hingga November 2020. Tentunya ini berdampak pada pelemahan layanan kesehatan serta hilangnya modal sumber daya manusia kesehatan yang sangat

²⁴D. (n.d.). Hentikan Stigma Covid-19. www.laporcovid19.org. <https://laporcovid19.org/kajian/hentikan-stigma-covid-19/>

²⁵Safitri, D. (2020, September 28). Dilema ganda dokter residen di ujung tombak corona. Diakses dari: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200928104017-20-551714/dilema-ganda-dokter-residen-di-ujung-tombak-corona>

berharga. Situs resmi COVID-19 tidak memberikan informasi ihwal profesi dan pekerjaan ODP/PDP/kasus terkonfirmasi COVID-19. Tanpa data terbuka ini Indonesia tidak dapat mengukur level risiko petugas kesehatan. Dengan rasio dokter-pasien sebanyak 4 dokter per 10.000 orang, kehilangan 200 orang dokter korban COVID-19 setara dengan 500.000 orang tidak mendapat pelayanan kesehatan²⁶.

1.2.3 Sistem Informasi Kesehatan

Puskesmas memiliki peran penting dalam penemuan dan pencatatan kasus COVID-19 di level komunitas. Puskesmas dituntut untuk bisa melakukan kegiatan penemuan kasus dan penyelidikan epidemiologi untuk mendeteksi adanya wabah COVID-19 di level komunitas. Hasil penyelidikan epidemiologi itu kemudian dikirimkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota, provinsi, serta *Public Health Emergency Operating Centre* (PHEOC) Kementerian Kesehatan.

Puskesmas juga memiliki peran untuk melakukan testing, tracing dan isolasi. Puskesmas memiliki akses untuk mengisi data orang yang akan menerima tes PCR termasuk melakukan *update* hasil pemeriksaan. Per November 2020, puskesmas dapat melaporkan hasil pencatatan kontak melalui aplikasi Silacak yang dikelola Kementerian Kesehatan.

Data mengenai jumlah kasus terkonfirmasi positif dilaporkan berbeda di Puskesmas, kabupaten/kota hingga nasional. Puskesmas memiliki peran untuk melakukan pengambilan spesimen baik dengan *rapid test* maupun PCR. Puskesmas mengirim spesimen pemeriksaan PCR ke Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda), lalu selanjutnya Puskesmas akan menerima laporan hasil dari Dinas Kesehatan atau laboratorium. Puskesmas dan Labkesda kemudian akan melakukan pelaporan pemeriksaan spesimen ke Kementerian Kesehatan melalui platform NAR.

Dinas kabupaten/kota dan provinsi juga memiliki dasbor pelaporan masing-masing. Data yang dimiliki oleh puskesmas sering berbeda dengan data yang dikeluarkan oleh laman kabupaten kota. Di beberapa daerah, data pasien konfirmasi positif tidak dikomunikasikan oleh puskesmas ke level komunitas seperti Satgas tingkat kecamatan atau desa/kelurahan. Hal ini menyebabkan tim Satgas tidak bisa membantu puskesmas dalam melakukan kegiatan penelusuran kasus atau pemantauan orang yang melakukan isolasi mandiri.

Hingga November 2020, tidak ada platform pelaporan level nasional untuk indikator penting seperti penelusuran kontak dan pemantauan orang dengan isolasi mandiri. Aplikasi Silacak milik Kementerian Kesehatan baru diperkenalkan pada bulan November 2020 di beberapa daerah prioritas terutama yang mendapat bantuan tenaga relawan *tracer* dari Satgas Nasional. Sebelum itu, pelaporan

²⁶ WHO, Global Health Workforce Statistics, OECD, country data

dilakukan mandiri oleh masing-masing puskesmas dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan. Dua data penting ini, bahkan tidak ditemukan pada mayoritas platform pelaporan milik daerah dan pusat.

Kementerian Kesehatan juga tidak menerima laporan tentang indikator penelusuran kontak dan pemantauan isolasi mandiri meskipun kedua indikator tersebut disebutkan di Panduan Penanganan COVID-19 Revisi 5. Aplikasi Silacak saat ini juga belum terhubung dengan NAR sehingga tidak bisa dilihat berapa orang yang konfirmasi pada hari itu yang berhasil dilakukan penelusuran kontak. Kendala teknis lainnya dari aplikasi Silacak adalah untuk pengisian masih dilakukan oleh tim bantuan *tracer* dari gugus tugas yang memiliki masa tugas hingga Desember. Hal ini akan menjadi masalah jika belum ada *transfer of knowledge* ke tenaga kesehatan lokal.

Dashboard Silacak juga hanya bisa dilihat di level kabupaten kota. Puskesmas hanya dijadikan hub untuk melakukan input data, namun hasil dari input tersebut tidak bisa dilihat puskesmas untuk mengukur keberhasilan mereka.

Gentingnya masalah COVID-19 tidak menyebabkan mekanisme pelaporan menjadi lebih sederhana. Banyaknya dokumen pelaporan yang harus diisi oleh puskesmas dan isu interoperabilitas platform data COVID-19 membuat tenaga kesehatan kehabisan waktu. Untuk pelaporan kasus di puskesmas, misalnya, tenaga kesehatan harus mengisi di aplikasi Silacak dan NAR untuk Kementerian Kesehatan, dan form PE

(penyelidikan epidemiologi) untuk laporan ke Dinas Kesehatan meskipun data yang dikirim memiliki banyak kesamaan.

Khusus untuk aplikasi NAR, banyak puskesmas tidak mampu mengisi dengan baik karena banyaknya form isian dan aplikasinya tidak ramah pengguna. Kondisi ini menyebabkan banyak kasus yang sudah dites namun tidak di-input di NAR sehingga data tidak masuk ke sistem pelaporan. Banyaknya aplikasi juga menyebabkan puskesmas harus melakukan input data yang sama pada platform yang berbeda.

1.2.4 Pembiayaan Kesehatan

Dari sisi *supply-side financing*, anggaran dan stimulus kesehatan dalam program pemulihan ekonomi nasional menurun hingga 62,5%, dari Rp87,55 triliun pada 2020 menjadi Rp25,40 triliun pada 2021. Secara total memang jumlah anggaran stimulus program pemulihan ekonomi nasional turun hingga 48,7% dari Rp695,2 triliun menjadi Rp356,4 triliun pada 2021. Pemerintah mengatakan anggaran kesehatan tersebut akan digunakan untuk pengadaan vaksin antivirus, sarana dan prasarana kesehatan, laboratorium, serta bantuan iuran BPJS untuk Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU). Hingga November 2020, serapan anggaran kesehatan baru bergerak hingga 33,1%. Tabel 1 menunjukkan semua klaster menunjukkan penurunan signifikan, kecuali sektoral K/L Pemda yang justru meningkat anggarannya. Anggaran tersebut akan ditujukan terutama untuk meningkatkan pariwisata, ketahanan pangan dan perikanan, kawasan industri, pengembangan

ICT, pinjaman ke daerah, serta antisipasi pemulihan ekonomi. Insentif usaha mengalami penurunan paling besar, yaitu

hingga 100T. Pembiayaan korporasi menjadi anggaran terkecil dalam program, sama seperti tahun 2020.

No.	Klaster	2020 (T)	2021 (T)	Selisih (T)	Persen perubahan
1	Kesehatan	87,55	25,40	-62,15	-71%
2	Perlindungan sosial	203,9	110,2	-93,7	-46%
3	Sektoral K/L & Pemda	106,11	136,7	+30,6	+28,8%
4	UMKM	123,46	48,8	-74,7	-60,5%
5	Pembiayaan Korporasi	53,57	14,9	-38,7	-72,2%
6	Insentif Usaha	120,61	20,40	-100,2	-83,1%
	Jumlah	695,2	356,4	-338,8	-48,7%

Figure 2 Anggaran Program Pemulihan Ekonomi Nasional Tahun 2020 dan 2021

Keseriusan pemerintah untuk melakukan penanganan tidak terefleksi melalui postur APBN. Meski reformasi sistem kesehatan nasional menjadi salah satu fokus di RKP 2021, namun anggaran untuk kesehatan hanya mengalami kenaikan 7,4% dari Rp78,5 triliun di 2020 menjadi Rp84,3 triliun di 2021. Sementara anggaran Kementerian PU & PR mengalami kenaikan hingga 98% dari Rp75,6 triliun

menjadi Rp149,8 triliun. Anggaran kedua dan ketiga tertinggi dimiliki oleh Kementerian Pertahanan dan Polri. Hal ini tentunya menjadi pertanyaan besar mengenai komitmen serius pemerintah melakukan penanganan COVID-19 secara tepat melalui pendekatan kesehatan masyarakat dan penguatan sistem kesehatan nasional.

No	Kementerian/ Lembaga	APBN 2020 (Perpres 72/2020)	RAPBN 2021	Selisih	Persen perubahan
1	Kementerian PU & PR	75,6 T	149,8 T	+74,2 T	+98,1%
2	Kementerian Pertahanan	117,9 T	137 T	+19,1 T	+16,2%
3	Polri	92,6 T	112 T	+19,4 T	+20,9%
4	Kementerian Sosial	104,4 T	92,8 T	-11,6 T	-11,11%
5	Kementerian Kesehatan	78,5 T	84,3 T	+5,8 T	+7,4%
6	Kemendikbud	70,7 T	81 T	+10,3 T	+14,6%
7	Kemenag	62,4 T	67 T	+4,3 T	+6,9%
8	Kemenhub	32,7 T	45,7 T	+13 T	+39,8%
9	Kementerian Keuangan	39 T	43,3 T	+4,3 T	11%
10	Kementerian Pertanian	14 T	21,8 T	+7,8 T	55,7%

Figure 3 Belanja Pemerintah per Kementerian/Lembaga Tahun 2020 dan 2021
Sumber: Kemenkeu, 2020

Fokus dan prioritas pemerintah yang tergambar melalui anggaran lagi-lagi hanya berpusat pada pemulihan ekonomi. Dengan potensi menurunnya pemasukan untuk pembiayaan kesehatan, ditambah dengan minimnya alokasi APBN dan stimulus penanganan COVID-19, harapan untuk memperkuat sistem kesehatan, mengoptimalkan upaya 3T yang lebih masif, serta memberikan akses vaksin gratis untuk semua masyarakat akan menjadi harapan semu.

Dari sisi *demand-side financing*, dalam jangka pendek Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memproyeksikan arus kas 2020 surplus Rp2,5 triliun. Masa bulan madu semu ini disebabkan karena iuran sebagai sumber arus kas utama naik signifikan khususnya PBI-APBN dan PBI-APBD. Di sisi lain jumlah rumah sakit yang mengajukan klaim INA-CBGs menurun drastis karena berkurangnya utilisasi terutama pada layanan pasca rawat inap. Namun, setelah situasi stabil, kemungkinan pengeluaran BPJS-K akan melonjak tinggi karena komplikasi akibat penundaan layanan kesehatan.

Empat juta anggota JKN yang keluar dari keanggotaan (*drop out*) antara akhir Desember 2019 sampai akhir Juni 2020 juga menggambarkan potensi peningkatan defisit di masa depan. Perlambatan perekonomian yang terus terjadi mengakibatkan 2.100 badan usaha tutup, sementara 29% badan meminta penangguhan/penghapusan pembayaran iuran 71%. Jumlah ini setara dengan 401.500 peserta PPU atau 857.000

peserta (pekerja dan anggota keluarga). Sedangkan peserta PBPU yang berhenti membayar iuran karena permasalahan ekonomi adalah sebesar 780.300 orang pada April 2020.

Pada skenario berat, COVID-19 mengakibatkan PHK sektor formal sebesar 3,9 juta pekerja formal dan 1,3 juta pekerja di sektor informal. Dengan demikian BPJS-K akan kehilangan potensi penerimaan iuran dari 8,7 juta peserta PPU dan 2,9 juta peserta PBPU. Dengan komposisi peserta segmen PPU Kelas II adalah 60% dan Kelas I adalah 40%, COVID-19 akan mengurangi penerimaan iuran JKN kelompok PPU sebesar Rp2,92 triliun (skenario berat) dan Rp4,48 triliun (skenario sangat berat). Penurunan penerimaan iuran khususnya dari segmen PPU ini akan sangat mempengaruhi kesinambungan pembiayaan program JKN karena selama ini kelompok PPU merupakan peserta yang rutin membayar iuran dan paling sedikit menggunakan jasa layanan kesehatan JKN karena mereka umumnya memiliki asuransi kesehatan swasta tambahan.

Hilangnya potensi penerimaan iuran dari peserta PBPU juga cukup signifikan, yaitu Rp1,3-1,8 triliun, tergantung dari skenario dampak COVID-19 terhadap jumlah PHK di sektor informal. Proyeksi penurunan penerimaan iuran kelompok PBPU disebabkan beberapa hal, seperti (1) peserta non-aktif akibat dampak COVID-19, (2) kenaikan jumlah peserta non-aktif akibat penyesuaian iuran program JKN tanggal 1 Januari 2020 (sesuai Perpres 75/2019), dan (3) pemberlakuan kembali iuran JKN lama (sesuai Perpres 82/2018). Perlu

diketahui bahwa Perpres 75/2019 mengakibatkan 5% penurunan peserta PBP dan penurunan kelas rawat peserta PBP. Sebanyak 15,5% peserta PBP aktif kelas 1 turun ke kelas 2 dan sebanyak 26,5% peserta aktif kelas 1 pindah ke kelas 3. Kondisi ini semakin menekan pengumpulan iuran kelompok PBP.

Kontribusi pajak rokok daerah untuk Jaminan Kesehatan Nasional diprediksi turun karena kenaikan tarif cukai 2020 ditetapkan lebih rendah dari 2019 dan kebijakan simplifikasi belum dilaksanakan. Kementerian Keuangan dalam konferensi persnya menyatakan bahwa kedua keputusan ini diambil untuk melindungi industri dari pukulan ganda akibat dampak COVID-19 pada sektor industri dan tenaga kerja. Tahun depan kami memprediksi beban ekonomi yang harus ditanggung negara akibat *tobacco attributable disease* akan semakin meningkat. Di tahun 2019 saja, diperkirakan Indonesia harus membayar Rp446.73 triliun karena tingginya konsumsi rokok, termasuk di dalamnya biaya kesakitan (Rp60.28 triliun) dan biaya kematian (Rp368.52 triliun) akibat penyakit kronis terkait rokok²⁷.

1.2.5 Kepemimpinan

Tendensi melakukan sentralisasi kebijakan pencegahan penyebaran COVID-19 pada lembaga ad hoc di level nasional amat terasa. Kemudian pengendalian wabah kosong tanpa kepemimpinan yang kuat. Menteri Kesehatan tidak memahami sistem kesehatan, segan menyampaikan *investment case* kepada Presiden bahwa solusi komprehensif di

bidang kesehatan masyarakat adalah respon terbaik terhadap penyebaran COVID-19 dan enggan melakukan proses tawar-menawar politik kepada kelompok-kelompok yang mewakili kepentingan lain. Konsekuensinya, tampuk kepemimpinan COVID-19 berpindah antara BNPB dan Kemenko Ekonomi yang tidak memiliki keahlian dan mesin teknis yang dibutuhkan untuk penanganan COVID-19.

Absennya kepemimpinan Menteri Kesehatan dalam penanganan wabah menyisakan tanda tanya besar bagi kredibilitas kepemimpinan dan kemampuan Kementerian Kesehatan.

Setidaknya ada dua indikasi penting, yaitu (1) teguran Presiden terhadap serapan anggaran kesehatan yang hanya 1,53% hingga Juni 2020, dan (2) teguran Presiden tentang ketimpangan pemeriksaan COVID-19 di Indonesia pada Sidang Kabinet September 2020. Penunjukan Menteri Koordinator Bidang Perekonomian dan juga Menteri Koordinator Bidang Maritim dan Investasi sebagai ujung tombak kendali penanganan wabah memperkuat dugaan kentalnya aspek birokratis-politis dan lemahnya posisi tawar ilmuwan serta sains dalam pengendalian wabah. Situasi ini menunjukkan pemerintah lebih memprioritaskan pemulihan ekonomi dibanding kesehatan^{28,29}.

Perubahan kendali kepemimpinan beberapa kali selama penanganan COVID-19 menunjukkan kegagalan politik kepemimpinan. Penetapan status bencana nasional melalui Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 menempatkan BNPB

²⁷ CISDI, forthcoming

²⁸ Adam, A., Kresna, M., & Adam, A. (2020, March 11). "Kikuknya" Menkes Terawan Menghadapi COVID-19. Tirto.Id. <https://tirto.id/kikuknya-menkes-terawan-menghadapi-covid-19-ed3a>

²⁹ BBC News Indonesia. (2020, June 30). Virus corona: Siapa yang diuntungkan, siapa yang dirugikan karena pandemi Covid-19. BBC News Indonesia. <https://www.bbc.com/indonesia/majalah-53220630>

dalam ruang kendali penanganan COVID-19 di tingkat nasional. Hal ini juga meresmikan Menteri Kesehatan bukan lagi pemimpin perang melawan wabah. 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. Namun demikian, BNPB tidak sepenuhnya memahami konteks penanganan pandemi berbeda dengan situasi bencana alam yang merupakan DNA BNPB. Berpindahnya prioritas penanganan bencana dari BNPB pada Maret 2020 ke prioritas pemulihan ekonomi dengan kepemimpinan Menko Ekonomi sejak Juli 2020 mengesankan masing-masing lembaga dan pemimpin pemerintahan mengambil langkah sendiri-sendiri³⁰.

Kolaborasi pentahelix sering kali hanya disebutkan sebagai bagian dari komunikasi publik pemerintah, namun tidak pernah benar-benar diimplementasikan dengan konsekuen dari awal penanganan pandemi. Besarnya magnitudo pandemi membuatnya tidak mungkin bisa ditangani oleh hanya satu pihak, dengan cara-cara biasa. Itu sebabnya dokumen strategi WHO menggarisbawahi pentingnya strategi berbasis keseluruhan pemerintahan dan keseluruhan masyarakat (*whole-of-government and whole-of-society approach*). Keberhasilan pengendalian wabah menyaratkan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan pembangunan dari tingkat global, regional, nasional, sub-nasional

hingga komunitas untuk bersama-sama membangun aksi kolektif penanganan COVID-19. Sayangnya, pemerintah cenderung bekerja sendiri memakai sepenuhnya mesin dan tata cara birokrasi tanpa pelibatan utuh berbagai kelompok masyarakat sipil, sektor korporasi/dunia usaha, para ahli, dan lembaga-lembaga ilmu pengetahuan. Pelibatan cenderung superfisial, sebatas formalitas dan sering kali tidak berpedoman pada prinsip kemitraan berimbang (*partnership among equals*). Pada praktiknya, keterlibatan pemangku kepentingan pembangunan lain di luar pemerintah masih terhalang regulasi dan birokrasi yang membelit, meski pada masa darurat pandemi.

1.2.6 Tata Kelola

Kebijakan pusat-daerah tumpang tindih, tidak konsisten, bahkan saling menegasikan satu sama lain. Dengan dalih menjaga rantai informasi dan kestabilan domestik, pemerintah kerap mengkritisi upaya proaktif pemerintah daerah yang bertentangan dengan preskripsi dari Jakarta. Kebijakan pemerintah daerah dinarasikan sebagai keputusan serampangan yang tidak berbasis bukti, melainkan hanya alat meningkatkan popularitas ataupun dianggap berpotensi menyebabkan kepanikan masyarakat. Hal ini sedikit banyak mengecilkan hati pemerintah daerah untuk merumuskan kebijakan pencegahan COVID-19 berdasarkan risiko potensial dan berupaya memastikan kapasitas lokalnya meningkat seiring dengan peningkatan penyebaran.

³⁰ Mas'udi, W., & Astrina, A. R. (2020, April). Policy Brief Problematika Kebijakan Krisis Covid-19 di Indonesia. FISIPOL UGM. <https://fisipol.ugm.ac.id/wp-content/uploads/sites/1056/2020/04/Policy-Brief-Problematika-Kebijakan-Krisis-COVID-19-di-Indonesia.pdf>

Sinergi dan koordinasi antar institusi dan lembaga pemerintah dalam menangani krisis masih lemah. Masalah ini setidaknya ditunjukkan dua hal: (1) masih tidak adanya pemahaman kebijakan dan pernyataan publik yang sama di antara kementerian/lembaga dan pejabat yang berada di bawah kendali langsung presiden dan (2) kebijakan di tingkat sub-nasional yang sering kali tidak saling terkoordinasi dengan pusat.

Terlepas dari koordinasi antar lembaga, kementerian yang paling berpengalaman dan memiliki pemahaman teknis menangani wabah penyakit seharusnya mengoordinasi segala upaya terkait. Sedangkan pembentukan Gugus Tugas Penanganan COVID-19 atau Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional dipimpin oleh K/L yang memiliki keterbatasan pemahaman dan kemampuan teknis mengenai penanganan pandemi. Keterlibatan Badan Intelijen Negara (BIN) dalam kerangka penanganan wabah pun menjadi pertanyaan. BIN seharusnya berperan untuk mendeteksi ancaman dan mencegah terjadinya krisis di Indonesia dengan membantu pelacakan kontak, namun publik justru melihat keterlibatan mereka mendanai tes PCR gratis dan obat COVID-19. Dengan suguhan adegan saling berebut panggung antara kementerian dan lembaga selama pandemi, penanganan wabah seharusnya dipimpin langsung oleh presiden dan dibantu oleh Kementerian Kesehatan.

Koordinasi pemerintah pusat dan daerah menjadi kunci menentukan langkah penanganan yang tepat hingga ke unit pemerintahan terkecil. Dengan dinamika yang ada saat ini pemerintah daerah sering kali memiliki keterbatasan untuk mengupayakan penanganan dengan drastis dan sesegera mungkin di daerah masing-masing. Pengambilan keputusan harus mendaki jalur hierarkis dan proses birokrasi yang lama. Hal ini menyebabkan status tarik ulur yang terjadi di awal pada proses penetapan PSBB dan karantina wilayah yang harus menunggu persetujuan Menteri Kesehatan terlebih dulu. Penolakan beberapa menteri kepada Pemprov Jakarta melakukan PSBB total turut mewarnai situasi menjadi bukti.

Sesuai mandat UU Nomor 23 Tahun 2014 mengenai desentralisasi, sektor kesehatan menjadi salah satu aspek yang wajib menjadi wewenang pemerintah daerah. Namun, dikatakan juga bahwa urusan pemerintahan yang mencakup lintas daerah provinsi atau lintas negara menjadi kewenangan pemerintah pusat. Karenanya, betul bahwa pemerintah pusat menjadi pemegang kendali penanganan pandemi di tingkat nasional. Namun, pemerintah pusat memiliki banyak keterbatasan untuk melakukan penanganan hingga ke tingkat sub-nasional. Melalui Surat Edaran 440/2622/SJ, pemerintah pusat menetapkan peran kepala daerah sebagai ketua gugus tugas percepatan penanganan COVID-19 di daerah yang berarti mereka berwenang melakukan segala upaya penanganan COVID-19 yang dibutuhkan di daerah mereka. Keterbatasan pemahaman dan

kapasitas pemerintah daerah sering kali menjadi tantangan penerapan kebijakan yang dirancang di pusat untuk diimplementasikan secara seragam di daerah. Tali koordinasi dan komunikasi yang sering kurang optimal antara pemerintah pusat ke daerah akhirnya mempertanyakan kewenangan masing-masing pimpinan tingkat sub-nasional dan nasional. Peristiwa di Petamburan yang dipicu oleh kerumunan 10.000 orang memperuncing masalah ini. Selain dipanggilnya Gubernur Jakarta dan Jawa Barat serta digantinya Kapolda Metro Jaya dan Jawa Barat. Instruksi Mendagri Nomor 6 Tahun 2020 menegaskan kembali kepala daerah yang tidak taat UU dapat diberhentikan Mendagri.

1.3 Lingkaran Setan Covid-19 Pada Sistem Kesehatan, Ekonomi, Politik, dan Sosial

Pandemi COVID-19 memukul perekonomian global dan mayoritas negara di dunia (The World Bank, 2020). Ketika pemerintah menerapkan kebijakan yang diperlukan untuk memperlambat penyebaran virus, dan publik mengubah perilaku untuk membatasi kemungkinan terpapar, rantai pasokan global mulai ditutup, dan bencana ekonomi meluas.

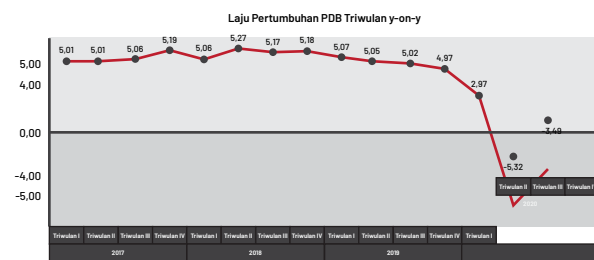
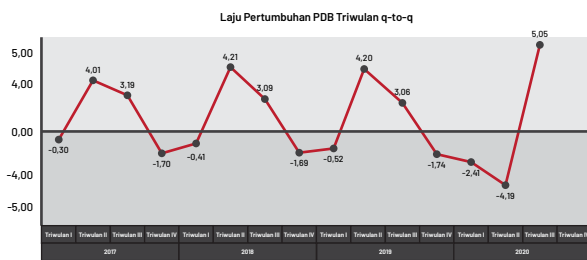
Kondisi ketika banyak negara mengalami resesi secara bersamaan seperti ini terjadi pada 1870, sekitar 2 abad yang lalu.

Dana Moneter Internasional (*International Monetary Fund*, IMF) memproyeksikan bahwa walaupun US\$18 triliun telah dihabiskan untuk merangsang perekonomian di seluruh dunia, ekonomi global akan kehilangan US\$12 triliun, atau lebih, pada akhir 2021. Dalam hal kerugian produk domestik bruto (PDB) global, kondisi ini adalah resesi terburuk sejak akhir Perang Dunia II. Dalam istilah yang sama, kerugian finansial COVID-19 dua kali lebih besar dari *Great Recession* tahun 2008.

***Institute of Health Metrics and Evaluation* memperkirakan kemiskinan ekstrem telah meningkat 7% hanya dalam beberapa bulan karena COVID-19 dan mengakhiri kemajuan 20 tahun terakhir yang dicapai program pengentasan kemiskinan.** Pada tahun 2020 saja, pandemi mendorong hampir 37 juta orang di bawah garis kemiskinan ekstrem US\$1,90 per hari. Apabila garis kemiskinan untuk negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah ditetapkan US\$3,20 per hari, 68 juta orang telah jatuh di bawah garis tersebut sejak tahun lalu.

Namun, 'jatuh di bawah garis kemiskinan' adalah eufemisme. Arti yang sebenarnya adalah bertahan hidup dari hari ke hari. Golongan miskin baru ini kemungkinan besar perempuan yang banyak bekerja pada sektor informal di ruang publik yang tidak lagi bisa diakses dan minim akses ke bantuan sosial. Selama pandemi, perempuan mengalami tambahan *unpaid care work*; mengurus anak, suami, dan orang sakit, pada waktu ketika mereka seharusnya ada di sekolah, tempat kerja, atau layanan kesehatan.

Laju Pertumbuhan PDB Triwulanan 2017-2020



Penanganan pandemi yang buruk di Indonesia menjatuhkan perekonomian pada kondisi resesi yang berkelanjutan. Seperti terlihat pada Figur 1, pertumbuhan ekonomi pada masa awal pandemi COVID-19 berada pada titik terendah sejak 1999, yaitu -5,32% y-on-y³¹ dan -4,19% q-to-q³² pada kuartal II 2020. Penerapan *new normal* dan relaksasi PSBB pada akhir kuartal II 2020—yang diharapkan mampu mengeluarkan Indonesia dari kondisi resesi ekonomi—justru meningkatkan laju penyebaran COVID-19 dan membuat Indonesia menetap dalam pertumbuhan ekonomi y-on-y minus di kuartal III 2020 (Sparrow et al., 2020). Krisis ekonomi akibat pandemi COVID-19 ini berkontribusi terhadap penambahan setidaknya 1,6 juta orang miskin baru di bulan Maret 2020³³ dan peningkatan jumlah pengangguran sebanyak 37,6% pada Agustus 2020³⁴.

Pandemi COVID-19 memengaruhi perekonomian secara jangka pendek dan jangka panjang. Dalam jangka pendek, pandemi COVID-19 menyebabkan krisis ekonomi melalui penerapan kebijakan PSBB dan pembatasan aktivitas yang memukul sisi penawaran dan permintaan

dalam perekonomian (Allen & Mirsaedi, 2020). Pada sisi penawaran, kebijakan PSBB berkepanjangan yang menyebabkan “kebekuan ekonomi” mampu menurunkan produktivitas tenaga kerja, serta penurunan tingkat investasi dan arus modal; sedangkan pada sisi permintaan, peningkatan pemutusan hubungan kerja, meningkatnya ketidakpastian kondisi ekonomi, serta berkurangnya pendapatan masyarakat dan pemasukan pemerintah menyebabkan penurunan tingkat konsumsi dan masyarakat dan pemerintah (Mohaddes et al., 2020). Dalam kasus Indonesia, krisis ekonomi akibat kebijakan kesehatan terkait COVID-19 paling besar disebabkan oleh penurunan investasi yang berada pada sisi penawaran, yang selanjutnya disusul oleh konsumsi masyarakat dan konsumsi pemerintah pada sisi permintaan (Sparrow et al., 2020). Dalam jangka panjang, pandemi COVID-19 akan menurunkan kualitas sumber daya manusia akibat: (1) tingkat kematian dan tingkat kesakitan karena kerusakan tubuh secara permanen akibat COVID-19 dan disrupsi pada layanan kesehatan esensial dan (2) akses ke proses pembelajaran yang terhambat akibat PSBB.

³¹ Y-on-y: PDB atas dasar harga konstan pada suatu triwulan dibandingkan dengan triwulan yang sama tahun sebelumnya.

³² Q-to-q: PDB atas dasar harga konstan pada suatu triwulan dibandingkan dengan triwulan sebelumnya.

³³ Dibandingkan data kemiskinan sebelumnya, yaitu bulan September 2020.

³⁴ Dibandingkan bulan yang sama di tahun sebelumnya, yaitu bulan Agustus 2019.

Bab 2.

*Refleksi:
Lingkaran
Setan
Pandemi
COVID-19*



Don't Waste a Crisis. Your Patient's or Your Own.

**M.F. Weiner, *Medical Economics* 53,
no. 5, March 8, 1976.**

Kata "pandemi" berasal dari bahasa Yunani "pan-" (semua) + "demos" (orang atau populasi) = "pandemos" = "semua orang". Pandemi berarti penyakit itu berjangkit di seluruh dunia dan menyerang (hampir) semua orang.

Prefiks "pan" mungkin juga berarti bahwa penyakit itu mempengaruhi setiap aspek masyarakat. Sebuah artikel di India mengenai pandemi influenza 1918 menyebut: "*a set of mutually exacerbating catastrophes*". Dalam sekejap mata, krisis kesehatan menjadi krisis ekonomi, krisis pangan, krisis perumahan, krisis politik. Semuanya saling bertabrakan.

Penilaian *cost-benefit* pengendalian wabah yang menempatkan kesehatan dan ekonomi sebagai *false dichotomy* telah merenggut ribuan nyawa. Runtuhnya sistem kesehatanlah yang menyebabkan lingkaran setan ekonomi, politik, dan sosial tidak mungkin diurai.

Ekonomi dan kesehatan memiliki hubungan timbal balik sehingga keduanya saling memengaruhi dan tak dapat dipisahkan³⁵. Dalam kasus pandemi COVID-19, krisis ekonomi yang terjadi akibat pandemi COVID-19 dapat menimbulkan dampak buruk bagi tingkat kesehatan saat ini dan masa depan. Secara spesifik, krisis ekonomi yang disebabkan oleh COVID-19 dapat memperburuk status kesehatan setidaknya melalui dua hal utama: (1) penurunan kualitas sumber daya di masa depan, serta (2) penurunan cakupan jaminan kesehatan dan kerugian finansial sektor layanan kesehatan.

³⁵ Sachs, J. D., Ahluwalia, I. J., Amoako, K. Y., Aninat, E., Cohen, D., Diabre, Z., Doryan, E., Feachem, R. G. A., Fogel, R., Jamison, D., Kato, T., Lustig, N., Mills, A., Moe, T., Singh, M., Panitchpakdi, S., Tyson, L., & Varmus, H. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. In Report of the Commission on Macroeconomics and Health. <https://doi.org/10.1038/nm0602-551b>

Bukti ilmiah terdahulu menunjukkan bahwa keberadaan krisis ekonomi di Indonesia berkontribusi terhadap peningkatan jumlah bayi lahir rendah, kasus *stunting*, *wasting*, dan *undernutrition*, tingkat stres dan masalah mental, serta penurunan pertumbuhan angka harapan hidup dan rasio kematian^{36,37,38,39}. Peningkatan kemiskinan pada masa pandemi COVID-19 juga dapat menjembatani dampak krisis ekonomi terhadap penurunan status kesehatan melalui (a) peningkatan kebiasaan tidak sehat, seperti merokok dan minum minuman keras, (b) peningkatan stres yang memicu penurunan kesehatan mental dan keausan tubuh (beban alostatis), dan (c) ketidakmampuan mengakses layanan kesehatan⁴⁰.

Dalam kasus Indonesia, krisis ekonomi akibat COVID-19 berpotensi meningkatkan kasus beban ganda malnutrisi dalam bentuk *stunting* pada anak dan kekurangan gizi pada ibu akibat penurunan keamanan pangan, serta kasus kelebihan berat badan dan obesitas akibat terbatasnya aktivitas fisik⁴¹. Di sisi lain, pemutusan hubungan

kerja, penurunan pendapatan masyarakat, dan penurunan subsidi PBI pemerintah daerah pada masa pandemi telah menurunkan tingkat kepemilikan jaminan kesehatan masyarakat sebanyak 2,7% dari total peserta aktif. Hal ini terjadi pada empat bulan setelah kasus pertama COVID-19, sehingga akan menurunkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan⁴².

Selain itu, krisis ekonomi juga memberi dampak negatif pada sisi penawaran layanan kesehatan. Peningkatan pasien COVID-19 yang memenuhi kapasitas tempat tidur fasilitas kesehatan, pembatasan jumlah tindakan kesehatan elektif, dan penurunan kunjungan ke fasilitas kesehatan akan dapat meningkatkan kerugian atau kebangkrutan penyedia layanan kesehatan dan berujung pada peningkatan ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan⁴³. Pada kasus Indonesia, telah terjadi penurunan pertumbuhan industri layanan kesehatan y-on-y sebesar 6,7% poin sejak Maret hingga Juni 2020⁴⁴.

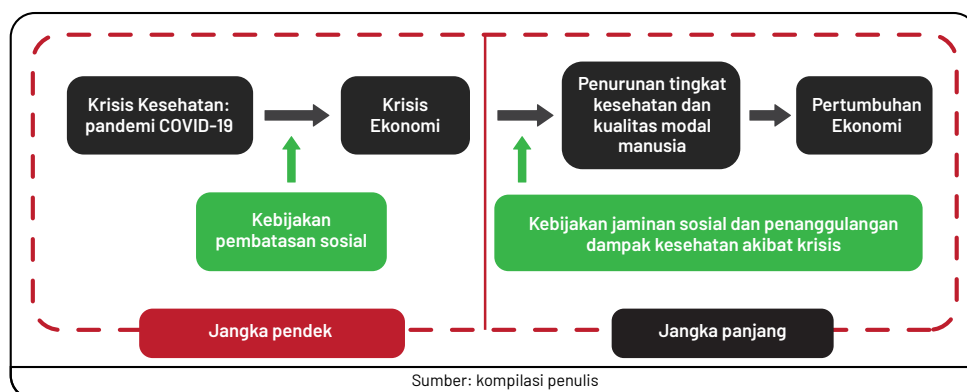


Figure 4 Simulasi dampak penanganan wabah terhadap pertumbuhan ekonomi

- ³⁶ Bhutta, Z. A., Bawany, F. A., Feroze, A., Rizvi, A., Thapa, S. J., & Patel, M. (2009). Effects of the Crises on Child Nutrition and Health in East Asia and the Pacific. *Global Social Policy*, 9, 119–143. <https://doi.org/10.1177/1468018109106888>
- ³⁷ Friedman, J., & Thomas, D. (2009). Psychological health before, during, and after an economic crisis: Results from Indonesia, 1993–2000. *World Bank Economic Review*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1093/wber/lhn013>
- ³⁸ Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75(3), 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.04.002>
- ³⁹ Waters, H., Saadah, F., & Pradhan, M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 18(2), 172–181. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg022>
- ⁴⁰ Bloom, D. E., & Canning, D. (2003). The Health and Poverty of Nations: From theory to practice. *Journal of Human Development*, 4(1), 47–71. <https://doi.org/10.1080/1464988032000051487>
- ⁴¹ UNICEF. (2020). COVID-19 dan Anak-Anak di Indonesia: Agenda Tindakan untuk Mengatasi Tantangan Sosial Ekonomi (Issue May).
- ⁴² Sparrow, R., Dartanto, T., & Hartwig, R. (2020). Indonesia Under the New Normal: Challenges and the Way Ahead. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 56(3), 269–299. <https://doi.org/10.1080/00074918.2020.1854079>
- ⁴³ Blumenthal, D., Fowler, E. J., Abrams, M., & Collins, S. R. (2020). Covid-19 – Implications for the Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 383(15), 1483–1488.
- ⁴⁴ Sparrow, R., Dartanto, T., & Hartwig, R. (2020). Indonesia Under the New Normal: Challenges and the Way Ahead. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 56(3), 269–299. <https://doi.org/10.1080/00074918.2020.1854079>

Figur di atas menunjukkan keberadaan jangka pendek pandemi mampu menyebabkan krisis ekonomi yang akan menurunkan tingkat kesehatan yang memengaruhi modal manusia dan pembangunan ekonomi dalam jangka panjang. Adanya hubungan timbal balik antara ekonomi dan kesehatan menegaskan bahwa pengentasan krisis di masa pandemi memerlukan kebijakan yang berkesinambungan untuk memutus "lingkaran setan" masalah ekonomi dan kesehatan. Sayangnya, kebijakan pemerintah Indonesia saat ini hanya berfokus pada pemulihan ekonomi jangka pendek melalui penerapan "new normal", menentukan target penerima kebijakan yang kurang tepat sasaran, dan menetapkan anggaran 2021 yang tidak berkesinambungan dengan proses penanganan krisis di tahun 2020⁴⁵.

Tiada data nasional yang terintegrasi dan bisa dipercaya membuat pemerintah kesulitan menghitung ongkos ekonomi 'sesungguhnya' dari pandemi COVID-19. Hasil analisis Yusuf (2020)⁴⁶ menyimpulkan bahwa, intervensi kuat (seperti melalui pembatasan sosial berskala besar yang efektif) dapat menurunkan pertumbuhan ekonomi tahun 2020 ke 1,0% tanpa stimulus fiskal dan 1,8% dengan stimulus fiskal. Akan tetapi, dalam jangka panjang (2019-2030) akan menghasilkan pertumbuhan ekonomi lebih tinggi (5,1-5,2%) daripada skenario intervensi minimal (4,8%). Disimpulkan pula bahwa nilai kerugian ekonomi dari strategi intervensi kuat tersebut jauh lebih rendah daripada kerugian ekonomi skenario intervensi minimal. Selisih kerugiannya bisa mencapai Rp5.600 triliun tanpa memperhitungkan nilai mortalitas, dan bisa mencapai Rp14.000 triliun-hampir setara dengan nilai total PDB Indonesia di tahun 2019-jika memperhitungkan nilai ekonomi dari mortalitas (*avoidable deaths*).

Terhantamnya perekonomian global dan nasional akibat pandemi COVID-19 merupakan sebuah pengingat bahwa kesehatan merupakan sebuah komponen investasi sumber daya manusia jangka panjang yang sama pentingnya dengan faktor pertumbuhan ekonomi lainnya⁴⁷.

Prefiks "pan" mungkin juga berarti bahwa persoalan ini tidak bisa diselesaikan sendiri. Kita tidak bisa aman seorang diri sebagaimana tidak ada satu pun kebijakan yang dapat menjadi *panacea*. Pada awal pandemi terjadi, terbatasnya pengetahuan ilmiah yang tersedia tentang virus SARS-CoV-2 membuat kebijakan penanganan wabah COVID-19 menjadi sebuah area yang penuh ketidakpastian. Ketersediaan bukti berbasis sains masih sangat terbatas untuk bisa diorkestrasi menjadi elemen-elemen kebijakan yang saling berhubungan dengan akurasi eksekusi yang baik. Karenanya, dengan prinsip solidaritas, sejatinya pemerintah mempunyai posisi tawar tinggi untuk segera mengajak publik luas dan meminta pertimbangan berbasis sains dari berbagai pihak terutama kelompok-kelompok ilmuwan dan masyarakat sipil di dalam negeri. Sementara di luar negeri, dengan begitu banyaknya negara-negara di dunia mengalami tantangan serupa, berperan lebih aktif dalam diplomasi kesehatan melalui jalur multilateralisme adalah strategi yang tepat untuk diambil.

Pentahelix sebagai saluran dari pelibatan multi aktor dan multi sektor pembangunan sering kali hanya disebutkan sebagai bagian dari komunikasi publik pemerintah namun tidak pernah benar-benar diimplementasikan dengan konsekuensi dari awal penanganan pandemi. Besarnya magnitudo pandemi membuatnya tidak mungkin bisa ditangani dengan cara-cara biasa. Itu sebabnya dokumen strategi

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Arief Anshory Yusuf (2020, 14 April), Mengukur Ongkos Ekonomi "Sesungguhnya" Dari Pandemi Covid-19. Diakses dari: <http://sdgcenter.unpad.ac.id/mengukur-ongkos-ekonomi-sesungguhnya-dari-wabah-covid-19/>

⁴⁷ Remes J, Dewhurst M, Woetzel J. Research: Poor Health Reduces Global GDP by 15% Each Year. Harvard Business Rev. 2020 Jul 8; Available from: <https://hbr.org/2020/07/research-poor-health-reduces-global-gdp-by-15-each-year>.

WHO menggarisbawahi pentingnya strategi berbasis keseluruhan pemerintahan dan keseluruhan masyarakat (*whole-of-government and whole-of-society approach*). Keberhasilan pengendalian wabah mensyaratkan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan pembangunan dari tingkat global, regional, nasional, sub-nasional hingga komunitas untuk bersama-sama membangun aksi kolektif penanganan COVID-19.

Sayangnya, barangkali, karena telah terbentuknya kultur birokrasi selama bertahun-tahun, pemerintah cenderung bekerja sendiri. Pemerintah terbiasa memakai sepenuhnya mesin dan tata cara birokrasinya sendiri tanpa pelibatan utuh berbagai kelompok masyarakat sipil, sektor korporasi/dunia usaha, para ahli dan lembaga-lembaga ilmiah. Pelibatan cenderung superfisial, sebatas formalitas dan sering kali tidak berpedoman pada prinsip kemitraan berimbang (*partnership among equals*). Pada praktiknya, keterlibatan pemangku kepentingan pembangunan lain di luar pemerintah masih terhalang oleh regulasi dan birokrasi yang membelit meski di masa darurat seperti pandemi.

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 formatif. Meski jendela kesempatan telah lewat, pemerintah tetap harus berpegang pada kompas penanganan kasus: meningkatkan kemampuan teknis sistem kesehatan seperti deteksi kasus, lacak kasus dan isolasi; pelaporan data secara transparan; pembagian peran yang jelas antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah; dan menerapkan kebijakan yang melindungi rakyat serta mengkomunikasikannya menggunakan

prinsip-prinsip komunikasi risiko dan perubahan perilaku.

Mencermati jumlah kasus yang terus meningkat, kita harus siap menghadapi puncak pandemi di mana puluhan bahkan ratusan ribu orang jatuh sakit setiap hari. Indonesia harus mampu untuk segera keluar dari perangkap implementasi yang hanya *business as usual* dengan berlandaskan prinsip kehidupan normal. 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* sebagai sumber daya.

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 kelincahan respon menjadi kunci untuk negara semajemuk dan seluas Indonesia berhasil mengakhiri pandemi.

Kebijakan berbasis data dan sense of urgency tidak bisa diabaikan. Dalam kondisi krisis, arah kebijakan pemerintah akan sangat menentukan sejauh mana penanganan yang dilakukan. Kebijakan yang diciptakan juga akan memengaruhi keputusan yang diambil oleh pejabat publik baik di level nasional dan sub-nasional. Dalam konteks Indonesia, krisis kebijakan terjadi sebagai dampak dari rendahnya *sense of urgency* sejak awal pandemi. Kebijakan yang diambil terkesan setengah hati dan tidak mengedepankan kesehatan sebagai determinan utama dalam membuat keputusan. Tidak tegas dalam

pembatasan sosial di awal pandemi merupakan cerminan dari keraguan pemerintah.

Ketakutan akan hancurnya ekonomi menjadi acuan utama pemerintah dalam menentukan langkah penanganan. Krisis kebijakan juga terlihat jelas dalam komunikasi tentang pandemi kepada publik. Pemerintah menjadikan keresahan publik sebagai alasan untuk membatasi informasi yang sampai pada masyarakat luas⁴⁸. Kesalahan prioritas juga nampak dari fokus pemerintah sejak awal yang terlalu berpusat pada peningkatan kapasitas rumah sakit (RS). Pemerintah melupakan aspek pencegahan dan upaya pemutusan rantai penularan dan terlambat memperkuat puskesmas yang memiliki peran strategis upaya respon COVID-19.

Krisis kebijakan ini membawa dampak yang sangat serius. Hal ini terlihat dari perilaku masyarakat yang tidak patuh menjalankan protokol kesehatan yang berakibat lonjakan kasus yang tidak menunjukkan tren penurunan. Krisis kebijakan juga berdampak pada hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah. Munculnya protes terkait Pilkada yang tetap dilaksanakan dan penolakan vaksin dari masyarakat merupakan bentuk hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah.

Komunikasi risiko adalah hal baku dan wajib dalam penanganan wabah, berfungsi sebagai pilar utama dalam merespon dan mengantisipasi gelombang kepanikan di masyarakat. Sentralnya peran komunikasi risiko dijelaskan dalam *International Health Regulation* (2005) dan juga menjadi salah satu indikator dalam *Inter Action Review* (2020). Namun, tak terhitung berapa kali sejak bulan Maret 2020, pejabat pemerintahan membuat komentar dan komunikasi kepada publik yang tidak sesuai, terkesan meremehkan, tanpa

empati terhadap pertaruhan nyawa masyarakat, dan tampak mengecilkan dampak dari pandemi ini. Hal tersebut menegaskan perhitungan matematis para ahli sebagai sebuah penghinaan dan mengada-ada, yang juga menurunkan *sense of urgency* masyarakat.

WHO menyoroti peran komunikasi risiko sebagai sarana pertukaran informasi, nasihat dan opini antara elemen secara real time sebagai bagian integral dalam upaya penanganan wabah. Dalam situasi penuh ketidaktauan dan ketidakpastian, pembuat kebijakan harus mampu membangun kepercayaan agar seluruh elemen masyarakat mau dan bersedia mengikuti arah kebijakan dan terlibat dalam implementasi di lapangan.

Pakar komunikasi risiko dan situasi darurat kesehatan telah merumuskan faktor-faktor yang terbukti efektif membangun kepercayaan publik terhadap pembuat kebijakan: (1) mengakui ketidakpastian dalam pesan, termasuk prakiraan dan peringatan, (2) transparansi data, (3) penyebaran informasi secara cepat, (4) membangun narasi komunikasi sains yang mudah dipahami, (5) mengumpulkan masukan dari masyarakat dan mendorong terjadinya dialog, (6) memastikan koordinasi pesan yang disampaikan oleh pejabat publik dan media massa satu suara, (7) hindari perubahan informasi yang terlalu cepat dan cegah perbedaan narasi dari beberapa institusi pemerintahan yang berbeda, serta (8) melakukan diseminasi informasi melalui berbagai kanal yang terjangkau masyarakat.

Sayangnya, Pemerintah Indonesia tidak memenuhi seluruh daftar periksa komunikasi risiko WHO. Alih-alih menerjemahkan bukti-bukti ilmiah, mengkomunikasikannya secara transparan dan membangun model mental di masyarakat agar memahami

⁴⁸ Putri, R. D., & Putri, R. D. (2020, February 4). Gelombang Diskriminasi dan Rasisme yang Muncul Akibat Hoaks Corona. Tirto.Id. <https://tirto.id/gelombang-diskriminasi-dan-rasisme-yang-muncul-akibat-hoaks-corona-ewFs>

bagaimana penularan terjadi, pemerintah mengawali komunikasi risiko di masa pandemi dengan imbauan masif kepada masyarakat agar tetap tenang. Retorika ini hanya menjadi payung pesan tanpa keseragaman informasi serta keterbukaan untuk berdialog.

Dari sisi gaya komunikasi, pemerintah menunjukkan penyangkalan terhadap rekomendasi dan model sains, serta kerap inkonsisten dalam menyampaikan pesan. Meskipun pemerintah sudah melakukan beberapa upaya rutin seperti konferensi pers harian dan laporan situasi COVID-19 harian, serta mengembangkan pusat informasi penangkal hoaks dan misinformasi yang marak di masyarakat, perubahan perilaku masyarakat tidak berjalan sesuai yang diharapkan jika pemerintah hanya menyampaikan pesan tanpa implementasi kebijakan berbasis bukti.

Komunikasi risiko membutuhkan modifikasi lingkungan untuk mendorong perubahan perilaku. Meminta masyarakat untuk patuh 3M namun tanpa kebijakan dan faktor yang mendukung perubahan perilaku tersebut tidak akan berhasil. Intervensi pada keterikatan emosi, pengetahuan kognitif, dan modifikasi lingkungan penting untuk memunculkan perubahan perilaku yang berkelanjutan⁴⁹. Sekumpulan peneliti dari Inggris⁵⁰ juga telah merumuskan prinsip komunikasi perubahan perilaku untuk mempercepat diadopsinya protokol jaga jarak (*physical distancing*) di masa pandemi COVID-19. Dengan kondisi geografis kepulauan, jumlah populasi dan keberagaman masyarakat seperti Indonesia, maka kebijakan perubahan perilaku di masyarakat juga tentu akan beragam.

⁴⁹ Switch, C. and Switch, D. (2011). Switch. London: Random House Business Book.

⁵⁰ Bonell C, Michie S, Reicher S, et al. Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the COVID-19 pandemic: key principles. J Epidemiology Community Health 2020; 74:617-619

Bab 3.

*Menata Ulang
Masa Depan
Sistem
Kesehatan
Indonesia
2021: Berbagai
Skenario*

“When
the facts
change, I change
my mind – What
do you do, sir?”

John Maynard Keynes

Sesungguhnya, masa depan adalah sesuatu yang bisa dirancang dan ditentukan berdasarkan pendorong dan kejadian-kejadian dari masa lalu hingga kini. Melihat tahun 2020 yang didominasi oleh kegagalan dan kehilangan sangat besar berupa hilangnya jutaan nyawa manusia di seluruh dunia; kita tidak bisa memisahkan dan melihatnya hanya sebagai satu kejadian yang berdiri sendiri. Keberhasilan membangun kembali masa depan setelah pandemi, sangat bergantung pada kesadaran kita melihat dunia terbagi menjadi masa lalu sebelum pandemi; dunia saat ini dalam kondisi porak-poranda karena pandemi; dan dunia ke depan yang akan dibangun kembali.

Bab 1 dan 2 telah mengurai berbagai kejadian dan merefleksikan penggerak – kecenderungan – tantangan utama yang secara signifikan menandai dunia

kesehatan Indonesia selama tahun 2020. Berdasarkan ketiganya kami mengembangkan skenario sederhana untuk mengantisipasi pendekatan dan arah kebijakan pembangunan kesehatan 2021. Setiap skenario mempunyai karakteristik yang masing-masing mempunyai kemungkinan sama untuk terjadi.

Hasil pemetaan terhadap kecenderungan yang disampaikan pada Bab 2 laporan ini mengindikasikan dua penggerak pokok yakni (1) **ketersediaan vaksin** dan (2) **pemulihan ekonomi**. Keduanya kami pakai sebagai elemen baku dalam mengembangkan skenario ini

⁵² Pada saat laporan ini ditulis Amerika Serikat, Kanada, Inggris dan Singapura telah mengeluarkan Emergency Use Authorization (EUA) untuk vaksin produksi Pfizer-BioNTech.

Dalam bidang ketersediaan vaksin, menurut data WHO, saat ini terdapat lebih dari 200 kandidat vaksin yang sedang dalam pengembangan. Per 1 Desember 2020, 13 vaksin telah berhasil memasuki uji coba klinis fase ke-3. Dalam waktu dekat, kecenderungan pemberian vaksin domestik dengan izin edar darurat atau *Emergency Use Authorization* (EUA) akan meningkat⁵¹ terutama di negara dengan kapasitas layanan dan pemantauan keamanan yang memadai⁵². Negara-negara yang memiliki kapasitas layanan imunisasi rendah akan tetap mengandalkan alternatif terapi medikamentosa.

Di masa depan, situasi yang sama bisa terus terjadi, namun bisa juga terjadi pergeseran situasi apabila COVAX menetapkan satu kandidat vaksin bertipe dosis tunggal dan mulai mendistribusikannya untuk 3% populasi di Indonesia atau 8.100.000 orang pada akhir kuartal pertama atau awal kuartal kedua 2021 – yang secara umum lebih diinginkan. Dalam skenario paling optimis di mana Pemerintah berhasil melakukan vaksinasi ke 60% populasi atau 160 juta jiwa (438.356 orang per hari), protokol kesehatan baru bisa dilepas secara bertahap paling cepat pada tahun 2022.

Dalam bidang pemulihan ekonomi, pembalikan (*turn around*) sudah mulai terjadi⁵³. Kecenderungan kontraksi di triwulan ketiga 2020 lebih kecil dibandingkan dengan kontraksi triwulan kedua 2020 yaitu 5,32%. Hampir semua komponen dalam PDB dari sisi pengeluaran membaik. Sisi permintaan, pada triwulan ketiga 2020, walau terbatas, sudah mulai naik, konsisten dengan data konsumsi rumah tangga. Di masa depan, kecenderungan ini ingin dipertahankan – bahwa pemulihan akan berbentuk seperti lambang *swoosh*⁵⁴. Namun ada kemungkinan yang sama besarnya bahwa jika pandemi merebak lagi, pola pemulihan ekonomi akan bisa berbentuk huruf K⁵⁵.

Kemungkinan yang terjadi dalam faktor ketersediaan vaksin dan pemulihan ekonomi akan dikombinasikan sehingga menghasilkan kombinasi empat skenario sebagai berikut:



⁵¹ Pada saat laporan ini ditulis Amerika Serikat, Kanada, Inggris dan Singapura telah mengeluarkan Emergency Use Authorization (EUA) untuk vaksin produksi Pfizer-BioNTech.

⁵² Food and Drugs Administration (FDA) menekankan bahwa vaksin virus SARS-CoV-2 dianggap efektif ketika ia mampu paling tidak melindungi 50 persen dari orang yang divaksinasi. Memastikan vaksin aman menjadi penting karena vaksin dapat mengakibatkan KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi), seperti respon imun dan alergi (co: ADE (Antibody Dependent Enhancement), VAERD (Vaccine Associated Enhanced Respiratory Disease), dan ERD (Enhanced Respiratory Disease).

⁵³ Basri, C. M. (2020, November 11). Resesi dan Pembalikan Ekonomi. Kompas.id. <https://www.kompas.id/baca/opini/2020/11/11/resesi-dan-pembalikan-ekonomi/>

⁵⁴ Pola pemulihan berbentuk swoosh shape (logo sepatu Nike) di mana pertumbuhan ekonomi mencapai titik terendah pada triwulan kedua 2020, lalu mulai membaik dan akan mencapai pertumbuhan positif dalam triwulan pertama 2021.

⁵⁵ Dalam konteks antarsektor dan kelompok pendapatan, pemulihan ekonomi mungkin akan berbentuk huruf K. Pemulihan berlangsung secara tidak merata, ada yang naik ke atas, ada yang turun ke bawah seperti huruf K.

Skenario 1: Negeri Impian.

Pada skenario ini vaksin *single dose* tersedia cepat dengan efikasi tinggi. Sebagai negara yang terdaftar mengikuti inisiatif WHO *Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator*, Indonesia mempunyai akses untuk menerima vaksin yang telah terbukti keamanan dan efektivitasnya sebanyak 20% dari total populasi. Proses distribusinya akan dilakukan bertahap hingga akhir 2021. Sebanyak 3% pertama dari populasi diperkirakan akan mulai didistribusikan pada akhir kuartal pertama atau awal kuartal kedua 2021.

Selain itu, enam jenis vaksin COVID-19 juga dipersiapkan untuk program vaksinasi di Indonesia melalui mekanisme kerja sama bilateral: Bio Farma, Astra Zeneca, Sinopharm, Moderna, Pfizer Inc and BioNtech, dan Sinovac Biotech⁵⁶. Vaksin pertama yang sampai adalah dari PT. Sinovac BioTech pada 6 Desember 2020 sebanyak 1,2 juta dosis. Pesanan kloter dua sebanyak 1,8 juta dosis dan 30 juta dosis dalam bentuk bahan baku curah akan diterima pada bulan Januari 2021.

Pada skenario ini juga diasumsikan bahwa pembalikan ekonomi sangat cepat dan/atau Pemerintah memiliki komitmen tinggi untuk mengelola eksternalitas akibat COVID-19. Pemerintah memiliki dan mengalokasikan anggaran untuk memberikan vaksin kepada seluruh penduduk sesuai amanat UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular. Sementara itu, sebagian penduduk juga berdaya untuk mengakses vaksin dari penyedia layanan vaksinasi berbayar untuk memperpendek waktu antrian. *Herd immunity* bisa dicapai pada tahun 2021 dan dengan segera ekonomi bisa beroperasi 100%.

⁵⁶ Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) Nomor HK.01.07/ Menkes/ 9860/ 2020 tentang Penetapan Jenis Vaksin Untuk Pelaksanaan Vaksinasi *Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*.

Persoalan	Kondisi saat ini	Tantangan 2021
Ketersediaan Vaksin	Pada 16 Desember 2020, Presiden Joko Widodo memberi pernyataan publik bahwa vaksinasi COVID-19 untuk masyarakat gratis. Presiden juga memerintahkan jajarannya untuk memprioritaskan program vaksinasi pada tahun anggaran 2021 dan mengalkulasi ulang keuangan negara. Keputusan ini menganulir Kepmenkes HK.01.07/ Menkes/9860/2020 yang semula memprogramkan dua skema vaksinasi COVID-19: yang gratis dikelola Kementerian Kesehatan, sementara yang mandiri alias berbayar dikelola Kementerian BUMN. Secara tersirat, instruksi ini menargetkan cakupan imunisasi 100% penduduk tercapai di 2021. Target ini lebih besar dari sebelumnya sebesar 60%, atau 160 juta penduduk selesai divaksinasi pada akhir tahun 2021. Dalam hitungan kasar, bila setiap orang membutuhkan dua dosis untuk mendapatkan kekebalan, maka Indonesia membutuhkan paling tidak 320 juta dosis. Bila ditambah dengan <i>wastage rate</i> vaksin sebesar 15%, maka kebutuhan total adalah 368 juta dosis vaksin. Melalui mekanisme ACT Accelerator, fasilitas COVAX di bawah WHO menjamin ketersediaan vaksin 20% dari total populasi dengan distribusi bertahap mulai akhir kuartal pertama atau awal kuartal kedua hingga akhir 2021. Komitmen vaksin bilateral yang sudah diijazahi oleh Indonesia sejauh ini mencakup: (1) Sinovac: 3 juta dosis dan 15 juta bulk; (2) Sinopharm: 65 juta dosis; (3) AstraZeneca/Oxford: 100 juta dosis. Bibit vaksin dalam negeri (Vaksin Merah Putih) saat ini tengah diproduksi oleh Eijkman, LIPI, UI, UNAIR, UGM, dan ITB. <i>Seed vaccine</i> ditargetkan siap untuk diproduksi dengan skala besar mulai Januari 2021 dengan bekerja sama dengan industri farmasi: Kalbe, Sanbe, Dewoong Infion, Biotis, dan Tempo Scan Pacific.	Indonesia perlu melakukan 2 hal: menambah jumlah dosis dan keberagaman portofolio vaksin COVID-19. Hal ini bisa dilakukan dengan membeli vaksin sendiri secara bilateral antar negara, <i>business-to-business</i> atau bersama negara-negara yang tergabung dalam kolaborasi regional ASEAN dan/atau Organisasi Konferensi Islam (OKI). Usaha yang dilakukan sendiri bisa bertumpu pada dua mekanisme: membeli dari produsen di dalam negeri dan/atau di luar negeri. Jika membeli sendiri, BPOM harus amat berhati-hati sebelum mengeluarkan izin guna darurat. Vaksin yang dipilih harus aman dan memiliki efikasi paling tidak 60-70% sesuai standar WHO. Opsi paling ideal adalah menunggu uji fase klinis 3 selesai. Opsi lainnya adalah memilih vaksin yang terbukti aman dan efikasinya melalui data analisis interim uji fase 3 yang dipublikasikan di jurnal ilmiah. Pada saat pemilihan vaksin, data harus dibuka ke publik via BPOM. Keterbukaan ini ada salah satu upaya untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada vaksin pilihan Pemerintah. Multilateralisme regional lebih menguntungkan karena mampu mengumpulkan daya beli (<i>pooling buying power</i>) sehingga memberikan jaminan volume bagi berbagai produsen vaksin untuk memproduksi vaksin baru COVID-19 dalam skala besar vaksin dan melakukan investasi awal yang berisiko dari sisi manufaktur. Di sisi lain, keberadaan Badan Regulator Obat Regional juga akan mempercepat proses perizinan. Kerja sama dengan negara-negara OKI berpotensi memitigasi <i>vaccine hesitancy</i> di negara yang berpenduduk mayoritas Islam.

Persoalan	Kondisi saat ini	Tantangan 2021
Targeting	Ada 6 kelompok target penerima vaksin dengan total populasi 160 juta, yaitu: 1. Sasaran pertama diberikan pada garda terdepan yang menangani pandemi COVID-19, termasuk di dalamnya tenaga kesehatan, aparat hukum, TNI/Polri, dan pelayanan publik dengan jumlah yang mencapai 3,4 juta orang. 2. Sasaran kedua adalah tokoh masyarakat yakni tokoh agama dan perangkat daerah (Kecamatan, RT/RW dan Desa), jumlahnya mencapai sekitar 5,6 juta orang. 3. Sasaran ketiga, adalah seluruh tokoh/tenaga pendidik mulai dari PAUD, TK, SD, SMP, SMA, sampai sederajat perguruan tinggi, sebanyak 4,3 juta orang. 4. Sasaran keempat, akan diberikan kepada aparatur pemerintah pusat dan daerah dengan jumlah sebanyak 2,3 juta orang. 5. Sasaran kelima adalah kepada penerima bantuan iuran BPJS dengan jumlah mencapai 86 juta orang. 6. Masyarakat dan pelaku ekonomi lainnya sebanyak 57 juta orang. Rekomendasi kriteria penerima vaksin adalah: 1. Berusia 18-59 tahun. 2. Individu yang dalam keadaan sehat tanpa penyakit penyerta. 3. Tidak dalam keadaan hamil. 4. Tidak pernah terinfeksi COVID-19.	WHO merekomendasikan prioritas vaksin pada tenaga kesehatan, kelompok lansia, orang dengan penyerta kondisi tertentu, serta populasi rentan lainnya untuk menekan angka kematian dan kesakitan. Sayangnya, sejauh ini hasil analisis interim yang menunjukkan keamanan dan efikasi pada kelompok lansia baru vaksin Moderna dan Pfizer. Indonesia belum memiliki kesepakatan pengadaan dengan kedua produsen vaksin tersebut. Indonesia juga tidak memiliki <i>cold chain</i> yang dipersyaratkan untuk mengedarkan vaksin ini. Dengan jumlah yang amat terbatas di awal, tenaga kesehatan dan pelayan publik harus diutamakan. Terutama bagi mereka yang bekerja di tempat yang memiliki potensi tinggi tertular atau menularkan, misal: fasilitas Kesehatan, panti, penjara, dan lain sebagainya. Baru setelah itu secara bertahap mencakup kelompok rentan lainnya. Percepatan proses vaksinasi dan menekan lama antrean harus didukung dengan pendataan kependudukan secara masif oleh Puskesmas dan aparat RT/RW, dikombinasikan dengan data populasi dengan penyakit penyerta serta penyelidikan epidemiologi provinsi. Pemerintah sedang mempersiapkan Sistem Informasi Satu Data Vaksinasi COVID-19, mencakup berbagai data, termasuk data BPJS, untuk menentukan kelompok sasaran. Kelompok sasaran tersebut akan dikirimkan pesan singkat melalui SMS untuk penjadwalan dan lokasi vaksinasi. Namun yang tidak kalah penting, Pemerintah harus memastikan bahwa pencatatan tidak hanya dilakukan untuk penerima vaksin dari Pemerintah, namun juga penerima vaksin yang membayar sendiri.

Persoalan	Kondisi saat ini	Tantangan 2021
Pembiayaan	Kecuali target program vaksinasi diubah pasca instruksi Presiden, Indonesia akan memulai imunisasi COVID-19 paling lambat bulan Februari 2021 dengan target awal 107 juta orang divaksinasi. Untuk itu dibutuhkan anggaran Rp61,4 triliun. Jika target vaksinasi 160 juta penduduk, maka Pemerintah akan membutuhkan setidaknya Rp160 triliun. Lebih tinggi dari anggaran yang saat ini dialokasikan sebesar Rp34 triliun.	Indonesia harus melakukan APBN perubahan pada awal tahun 2021. Ruang fiskal untuk menggratiskan vaksin masih tersedia dari anggaran infrastruktur dan pertahanan keamanan. Anggaran untuk vaksinasi juga bisa dicapai dengan penggunaan dana sisa Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) 2020 yang hingga awal Desember baru terserap sekitar 63%. Dana Sisa Lebih Pembiayaan Anggaran (SILPA) pada pos lain serta pendanaan lain melalui filantropi atau pinjaman luar negeri juga bisa menjadi alternatif. Jika realokasi anggaran tidak dilakukan dengan disiplin, beban keuangan negara akibat defisit akan semakin besar. Postur APBN 2021 dengan defisit anggaran terhadap PDB yang berada di angka 5,7% harus tetap dijaga sebagai sinyal kehati-hatian keuangan/<i>financial prudence</i>.
Delivery arrangement	Kementerian Kesehatan RI mengatur alur distribusi pemberian vaksin pada orang dewasa, yang platformnya belum terdefinisi dengan baik. Mengasumsikan bahwa Pemerintah akan memakai jalur distribusi milik Kementerian Kesehatan maka setelah vaksin menerima izin edar atau EUA dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), pemerintah akan mendistribusikannya melalui Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten menuju 10.134 puskesmas di tingkat kecamatan, 2.877 rumah sakit/klinik pemerintah/swasta serta 49 KKP beserta wilayah kerja. Peran layanan kesehatan primer seperti Puskesmas dan jaringan di wilayah kerjanya menjadi sangat penting untuk memastikan proses vaksinasi berjalan dengan baik dan terdistribusi ke setiap penjuru daerah. Kesiapan infrastruktur harus segera ditingkatkan mengingat hanya 77,6% Puskesmas yang memiliki pembeku/freezer dan 90% Puskesmas memiliki cold box dan kontainer vaksin yang masih berfungsi (Rifaskes, 2019).	Jika Pemerintah mendapatkan vaksin dari produsen yang berbeda, maka sistem <i>delivery</i> yang dibangun harus mengikuti persyaratan yang ditetapkan masing-masing produsen. Vaksin yang membutuhkan pendinginan ultra, yaitu -20 derajat celsius dan -70 derajat celsius hanya dimungkinkan di kota besar dan fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas mesin pendingin khusus. Sementara, daerah dengan infrastruktur terbatas mendapatkan jatah vaksin dengan sistem pendinginan umum. Penggunaan vaksin dengan jenis yang berbeda dan efikasi yang berbeda akan berisiko menimbulkan efektivitas yang berbeda di lokasi dan populasi yang berbeda. Sebuah pemodelan di Amerika Serikat memperkirakan untuk mencapai imunitas kawanan dibutuhkan cakupan imunisasi 100% dengan vaksin berefikasi 60%. Vaksin dengan efikasi lebih tinggi, 70% misalnya, membutuhkan cakupan 75%. Maka dengan vaksin yang efikasitasnya berbeda-beda, bisa jadi dibutuhkan lebih banyak populasi yang harus divaksinasi. Hal ini harus dihitung dengan benar melibatkan para ahli. Dengan target 158,6 juta, dan memfungsikan seluruh 13.011 puskesmas, RS, dan klinik di Indonesia, maka setiap fasilitas kesehatan paling tidak harus melakukan vaksinasi secara total pada 12.190 orang. Untuk mempercepat waktu tunggu, rumah dan fasilitas vaksinasi bisa diaktifkan dan diikutsertakan.

Persoalan	Kondisi saat ini	Tantangan 2021
		Pemerintah sendiri telah menyiapkan 440.000 tenaga kesehatan dan 23.000 juru imunisasi. Jumlah tersebut masih kurang dari kebutuhan ideal. Dengan rasio ideal juru imunisasi terhadap target imunisasi rutin dan COVID-19 adalah 1:20. Maka jumlah ideal tenaga vaksinasi adalah 762.867 orang. Untuk mencapai target vaksinasi 107 juta, setiap provinsi membutuhkan rerata 95 vaksinator hari, tergantung jumlah populasi masing-masing. Estimasi tersebut belum memperhitungkan waktu distribusi, penerimaan masyarakat, dan hal teknis lainnya. Pemerintah juga perlu memastikan bahwa imunisasi esensial lainnya tidak terganggu. Pada kondisi ini, pembaharuan perhitungan <i>Workload Indicators of Staffing Needs</i> (WISN) di layanan kesehatan perlu dihitung ulang.
KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi), seperti respon imun dan alergi (contoh: ADE (<i>Antibody Dependent Enhancement</i>), VAERD (<i>Vaccine Associated Enhanced Respiratory Disease</i>), dan ERD (<i>Enhanced Respiratory Disease</i>).	Surveilans KIPi merupakan kegiatan deteksi dini, merespon kasus KIPi dengan cepat dan tepat, mengurangi dampak negatif imunisasi untuk kesehatan individu dan program imunisasi. KIPi langsung dilaporkan oleh tenaga kesehatan/pasien langsung kepada fasilitas penyedia layanan. Setiap ada kejadian dilaporkan berjenjang ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi dan dilengkapi investigasi untuk dilakukan kajian serta rekomendasi oleh Komisi Daerah pengkajian dan Penanggulangan KIPi (Komda PP KIPi) dan Komnas PP KIPi⁵⁷.	Pengawasan keamanan (<i>post-marketing surveillance</i>) reguler melalui sistem pelaporan efek samping vaksin (<i>vaccine adverse events reporting system</i> (VAERS)) yang responsif dan dibentuk dari tingkat komunitas hingga ke nasional untuk dapat dengan cepat menindaklanjuti laporan. Penggunaan teknologi akan mempermudah dan mempercepat pelaporan serta tindak lanjut Pengembangan P-Care ke arah <i>electronic personal health records</i> (PHR) akan menjadi alternatif teknologi yang efisien. Pendekatan ini akan merekam riwayat vaksinasi, serta efek samping dan bisa melapor langsung ke sistem begitu ada KIPi. Namun, isu perlindungan data pribadi akan menjadi tantangan di sini.
Vaccine hesitancy	Survey daring⁵⁸ yang dilakukan oleh Kemenkes, ITAGI, UNICEF, dan WHO bulan September 2020 menunjukkan 27,6 persen responden belum memutuskan untuk mengikuti imunisasi dan 7,5 persen responden menolak untuk mengikuti imunisasi. Penolakan disertai dengan berbagai macam alasan, di antaranya 59 persen tidak yakin dengan keamanannya, 43 persen tidak yakin efektivitasnya, 24 persen takut akan efek samping, 25,8 persen tidak percaya vaksin, dan 15,7 persen karena kepercayaan agama.	Untuk meningkatkan penerimaan vaksin di masyarakat, maka penting untuk menciptakan lingkungan pendukung dan menghilangkan penghalang. Beberapa faktor penting yang harus dipertimbangkan adalah: lokasi, biaya, waktu, tenaga dan layanan kesehatan berkualitas, informasi, serta regulasi⁵⁹. Dibanding melakukan pemaksaan vaksin melalui peraturan dan sanksi, lebih baik pemerintah berusaha meningkatkan penerimaan vaksin melalui penciptaan lingkungan pendukung tersebut.

⁵⁷Sipahutar, R. Y. (2020, Januari). Pengembangan Basis Data Program Imunisasi dalam Upaya Identifikasi Kasus Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPi) Berbasis Individu di Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2020. Universitas Airlangga. <http://repository.unair.ac.id/96730/1/1.%20HALAMAN%20DE-PAN.pdf>

⁵⁸Covid-19, S. P. (2020, November 17). Survei Penerimaan Vaksin COVID-19 di Indonesia - Hasil Kajian | Satgas Penanganan COVID-19. Covid19.Go.Id. <https://covid19.go.id/p/hasil-kajian/covid-19-vaccine-acceptance-survey-indonesia>

⁵⁹WHO Technical Advisory Group on Behavioural Insights and Sciences for Health. Meeting report: Behavioural Considerations for Acceptance and Uptake of COVID-19 Vaccines. 15 October 2020.

Skenario 2: Menggantung Asap.

Pada skenario kedua diasumsikan bahwa vaksin tersedia tetapi negara memiliki keterbatasan sumber daya untuk membeli dan mengedarkannya dengan merata/*equitable distribution* karena kondisi ekonomi tak kunjung membaik, ditambah berbagai persoalan teknis lain. Di sisi lain, tekanan untuk segera membuka ekonomi juga menyebabkan pengetatan pembatasan sosial tidak lagi diminati oleh Pemerintah.

Persoalan	Kondisi saat ini	Usulan Perbaikan
Pemerintah lebih banyak bergantung pada alokasi COVAX dan vaksinasi mandiri untuk melakukan paling tidak 67% populasi tervaksinasi karena keterbatasan anggaran.	COVAX akan membutuhkan waktu untuk melakukan distribusi secara global hingga 20% populasi. Hanya mengandalkan alokasi COVAX akan membuat penanganan COVID-19 berjalan terlalu lama. Survei ITAGI, WHO, dan UNICEF menunjukkan bahwa dari 65% responden yang bersedia divaksinasi: 35% responden bersedia mau membayar, 27% masih ragu, dan 38% menolak membayar vaksin. Sebanyak dari responden yang bersedia divaksin dan membayar, 31% bersedia membayar hingga Rp50.000; 28% hingga Rp100.000; dan 4% hingga Rp500.000.	Hasil survei dan resistensi masyarakat untuk vaksin berbayar akan menggagalkan program vaksinasi COVID-19 serta harapan untuk segera melakukan eradikasi wabah dan memulihkan ekonomi nasional. Pemerintah pusat harus menunjukkan komitmennya dengan menjadikan vaksinasi sebagai prioritas program selain 3T. Mengharapkan semua pemerintah daerah memiliki kemampuan dan komitmen yang sama untuk menanggung masyarakatnya, termasuk <i>co-financing</i>, juga akan sulit. Apabila opsi skema mandiri ditetapkan, Pemerintah harus melakukan pembatasan harga. Harga per dosis suntikan kemungkinan akan berkisar antara Rp450.000-500.000, tergantung jenis vaksin.
Dalam situasi ini pemerintah memiliki keterbatasan untuk melakukan upaya 3T secara masif. Ditambah dengan resistensi dan keterbatasan akses ke vaksin, maka pembatasan sosial berkala (<i>intermittent suppression</i>) masih menjadi opsi penting untuk mencegah ledakan kasus dan memberi waktu untuk layanan kesehatan.	Beberapa pemerintah daerah masih memberlakukan PSBB, terutama di wilayah Jakarta, Bodebek, dan Tangerang Raya. Pemprov Jakarta belum pernah menarik PSBB secara total, hanya melakukan pelonggaran dengan PSBB transisi. PSBB transisi terbukti tidak menurunkan kasus karena kasus di Jakarta masih terus naik. Penegakkan PSBB dan protokol kesehatan banyak dikritisi dan dianggap tidak efektif.	Perbaikan menyeluruh kebijakan dan implementasi yang mendukung penerapan PSBB dan kepatuhan masyarakat untuk protokol kesehatan, disertai dengan upaya 3T yang kuat dan pemberian bantuan sosial dan stimulus bagi masyarakat yang terdampak. Baca rekomendasi lengkap kami di: bit.ly/CISDIPembatasanSosialCovid19 dan bit.ly/CISDIKapasitasTesCovid19

Persoalan	Kondisi saat ini	Usulan Perbaikan
Dalam kondisi resesi ekonomi, pemerintah hanya dapat memfasilitasi bantuan sosial yang sangat terbatas, maka pemerintah sangat menghindari pemberlakuan pembatasan sosial yang lebih ketat.	Dalam UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, pemerintah wajib untuk menyediakan semua sumber daya yang dibutuhkan. Dalam konteks tersebut, termasuk bantuan sosial. Dalam kondisi sekarang, pemerintah tampak menghindari opsi pembatasan sosial, karena selain isu ekonomi terpuruk, juga pemerintah berkewajiban memberikan bantuan sosial, sementara anggaran pemerintah mulai habis karena pandemi yang berkepanjangan. Kekisruhan bantuan sosial sejak awal belum juga terpecahkan. Isu pendataan sasaran, pemberian yang tidak tepat, hingga korupsi bantuan sosial oleh Menteri Sosial. Hingga awal Desember 2020, dari total anggaran 203 T untuk pemulihan sosial yang mencakup berbagai macam skema bantuan sosial, serapan anggaran sebesar 57%. Penyaluran bantuan sosial akan berakhir pada 2020.	Dalam situasi resesi ekonomi, dengan atau tanpa pembatasan sosial, pemberian bantuan sosial pada kelompok sosio-ekonomi miskin dan rentan tetap penting. Perbaikan dan pembaharuan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial juga harus menjadi prioritas 2020 dan kuartal 1 2021. Untuk membantu penduduk terdampak COVID-19 yang paling rentan bisa lebih tepat sasaran jika dikonversi dalam bentuk uang tunai sehingga penerima bantuan lebih leluasa memilih barang yang hendak dibelinya sesuai kebutuhan. Menurut teori mikroekonomi, pilihan yang lebih banyak akan memberikan kepuasan lebih tinggi ketimbang bantuan natura seperti sembako. Kedua, uang tunai bisa dibelanjakan di warung tetangga atau di pasar rakyat/ tradisional, sehingga perputaran uang di kalangan pengusaha kecil, mikro, dan ultra-mikro bertambah secara signifikan. Ketiga, pengadaan sembako yang terpusat membutuhkan ongkos tambahan seperti untuk transportasi, pengemasan, petugas yang terlibat, serta beragam biaya administrasi dan pelaporan. Akibatnya penerima tidak memperoleh penuh haknya, tidak sebanyak dana yang dialokasikan.

Skenario 3: Mimpi Buruk.

Vaksin tidak tersedia. Pemerintah berupaya menghilangkan SARS-CoV2 sesegera mungkin. Tindakan ini membutuhkan tes dan lacak yang agresif dan membutuhkan sumber daya ekstensif di tengah kondisi resesi ekonomi. Kondisi ini adalah situasi yang sedang terjadi di Indonesia saat laporan ini disusun. Baca rekomendasi lengkap kami mengenai *non-pharmaceutical public health interventions against COVID-19* di: <http://bit.ly/CISDIPembatasanSosialCovid19> dan <http://bit.ly/CISDIKapasitasTesCovid19>.

Skenario 4: Mungkinkah Kembali.

Vaksin tidak tersedia, namun Pemerintah memiliki ruang fiskal untuk menjamin ketersediaan terapi antivirus untuk mengobati COVID-19 yang membuatnya menjadi penyakit ringan, sehingga populasi aman dan secara bertahap dapat membangun kekebalan kawanan alami. Selama periode menunggu itu, Pemerintah pun memiliki daya untuk memperluas bantuan sosial.

Skenario ini sebetulnya juga harapan yang semu. Jika eradikasi dengan vaksinasi saja membutuhkan waktu 2-3 tahun⁶⁰, periode menunggu kekebalan alami terbentuk sendiri tanpa vaksin, akan sangat lama.

Persoalan	Kondisi saat ini	Usulan Perbaikan
Ketersediaan obat	Indonesia telah bergabung dalam <i>Solidarity Trial</i> – program uji coba global WHO untuk melakukan pengujian klinik terhadap empat alternatif terapi: 1) remdesivir; 2) chloroquine atau hydroxychloroquine; 3) lopinavir + ritonavir; and 4) lopinavir + ritonavir + interferon (B1b). Semua obat tersebut sudah masuk ke dalam Formularium Nasional yang berlaku per 1 April 2020 (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/813/2019), kecuali remdesivir yang harus diimpor langsung dari 5 produsen obat yang ditunjuk Gilead Sciences. Chloroquine diproduksi lokal di Indonesia oleh PT Kimia Farma (Persero) Tbk (KAEF), sementara bahan baku hydroxychloroquine yang diproduksi oleh PT Dexa Medica masih impor. Cloroquine atau hydroxychloroquine kemudian dikeluarkan dari <i>Solidarity Trial</i>. Demikian juga dengan kombinasi lopinavir dan ritonavir, karena hasil uji coba menunjukkan hydroxychloroquine dan kombinasi lopinavir ritonavir menghasilkan sedikit bahkan tidak ada pengurangan kematian pasien COVID-19 yang dirawat di rumah sakit jika dibandingkan dengan standar perawatan.	Remdesivir adalah satu-satunya obat yang disetujui <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) untuk pengobatan COVID-19. PT Kalbe Farma Tbk dan PT Amaro Pharma Global telah menurunkan harga obat remdesivir dengan merk dagang Covifor dari Rp 3 juta per vial menjadi Rp 1,5 juta per vial. Emiten BUMN farmasi PT Indofarma Tbk. mendistribusikan obat antivirus untuk pasien Covid-19 yakni Remdesivir dengan nama dagang Desrem seharga Rp1,3 juta per vial (botol kecil) ke rumah sakit. Stok yang disediakan per Oktober 2020 hanya 400.000 vial. Ketersediaan yang terbatas di RS dan mahalnya harga obat ini akan menyebabkan aksesibilitas obat yang aman, berkualitas, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup tidak tercapai. Kecuali, bila obat ini masuk ke dalam formularium nasional dan ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Integrasi layanan COVID-19 ke dalam sistem JKN membutuhkan komitmen politik, penetapan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Pedoman Praktik Klinik dan perhitungan tarif yang baru.

⁶⁰ Anderson, R. M., Vegvari, C., Truscott, J., & Collyer, B. S. (2020). Challenges in creating herd immunity to SARS-CoV-2 infection by mass vaccination. *The Lancet*, 396(10263), 1614–1616. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32318-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32318-7)

Persoalan	Kondisi saat ini	Usulan Perbaikan
Dalam situasi ini pemerintah memiliki keleluasaan untuk melakukan upaya 3T secara benar.	Beberapa pemerintah daerah masih memberlakukan PSBB, terutama di wilayah Jakarta, Bodebek, dan Tangerang Raya. Pemprov DKI Jakarta belum pernah menarik PSBB secara total, hanya melakukan pelonggaran dengan PSBB transisi. PSBB transisi terbukti tidak menurunkan kasus karena kasus di Jakarta masih terus naik. Penegakkan PSBB dan protokol kesehatan banyak dikritisi dan dianggap tidak efektif.	Perbaikan menyeluruh kebijakan dan implementasi yang mendukung penerapan PSBB dan kepatuhan masyarakat untuk protokol kesehatan, disertai dengan upaya 3T yang kuat dan pemberian bantuan sosial dan stimulus bagi masyarakat yang terdampak. Baca rekomendasi lengkap kami di: bit.ly/CISDIPembatasanSosialCovid19 dan http://bit.ly/CISDIKapasitasTesCovid19 .
Bantuan sosial	Pemerintah dapat memfasilitasi bantuan sosial yang lebih besar untuk membuat masyarakat berdiam di rumah.	Pemerintah perlu mendesain kebijakan bantuan sosial yang lebih berpihak pada pemerataan, misalnya dengan memberi prioritas pada infrastruktur dan literasi digital untuk mengatasi ketimpangan digital; investasi dalam bidang pendidikan dan vokasi untuk meningkatkan keterampilan dan melatih ulang keterampilan; akses Kesehatan terutama yang berkaitan dengan vaksin (sebagai langkah antisipatif) dan perbaikan serta perluasan sistem perlindungan sosial.

Walaupun fundamental pandang kesehatan keempat opsi skenario ini berbeda, keempat skenario di atas membutuhkan komitmen politik, kematangan teknis kelembagaan, tata kelola yang solid dan berintegritas serta kapasitas sumber daya manusia yang mumpuni.

Semua skenario menuntut reformasi layanan kesehatan primer sebagai jangkar respon wabah COVID-19. Hak masyarakat untuk sehat melalui upaya pencegahan, promosi dan pengobatan hingga rehabilitasi mampu diberikan dengan sistem kesehatan primer yang kuat. Pada masa pandemi fungsi tersebut mengalami disrupsi, layanan kesehatan primer baik yang dimiliki oleh negara dan swasta gagal mendistribusikan sumber daya yang dimiliki. WHO mencatat secara global 90% negara mengalami kegagalan dalam memberikan layanan kesehatan esensial⁶¹. Program pencegahan penyakit melalui imunisasi menjadi layanan paling

terdampak, di mana 70% negara melaporkan penurunan layanan. Pelayanan kesehatan penyakit tidak menular juga dilaporkan terganggu di 69% negara, di mana penyakit tidak menular (PTM) dalam 10 tahun terakhir telah menjadi penyakit penyebab kematian tertinggi secara global maupun di Indonesia⁶². UNICEF melaporkan 84% fasilitas kesehatan di Indonesia mengalami gangguan dalam memberikan layanan imunisasi⁶³. Survei yang dilakukan oleh CISDI juga menemukan 62% puskesmas melaporkan disrupsi pada kegiatan luar gedung terkait pencegahan penyakit tidak menular⁶⁴.

Penurunan layanan esensial disebabkan berkurangnya permintaan layanan (*demand-side*) dan penyediaan layanan (*supply-side*). Penurunan permintaan disebabkan masyarakat yang khawatir atau takut tertular. Sedangkan penurunan dari segi suplai disebabkan menurunnya kapasitas fasilitas kesehatan dalam

⁶¹ In WHO global pulse survey, 90% of countries report disruptions to essential health services since COVID-19 pandemic

⁶² Noncommunicable diseases (who.int)

⁶³ Rapid Assessment: Immunization Services in Indonesia | UNICEF Indonesia

⁶⁴ Policy Brief (3 November 2020) copy (cisdi.org)

memberikan layanan karena banyaknya tenaga kesehatan yang tertular. Selain itu, adanya gangguan distribusi dan ketersediaan obat dan bahan keperluan kesehatan (*medical supply*)⁶⁵. Di Indonesia 92% puskesmas melaporkan penurunan kunjungan pasien selama masa pandemi⁶⁶. CISDI melakukan survei kelengkapan APD pada periode awal pandemi terhadap 714 fasilitas kesehatan. Selama periode survei dilakukan (28 Maret-2 April 2020), ditemukan hanya 9,5% faskes yang memiliki masker yang cukup, bahkan saat itu hanya 2,1% faskes yang memiliki APD *Coverall Hazmat*⁶⁷. Layanan esensial yang tidak terlayani akan berdampak jangka panjang terhadap profil kesehatan masyarakat secara global. Bank Dunia menyebutkan, disrupsi terhadap layanan kesehatan pada masa pandemi saat ini akan menyebabkan krisis kesehatan yang tidak kalah mengerikan dibanding dampak COVID-19⁶⁸. Studi Lancet memperkirakan setiap 15% penurunan layanan esensial dalam 6 bulan akan mengakibatkan kematian 253.500 anak dan 12.190 kematian ibu. Pada skenario yang lain penurunan sebesar 45% dalam 6 bulan, akan menyebabkan kematian pada 1.1 juta anak dan 45 ribu ibu⁶⁹.

Penanganan COVID-19 memerlukan solusi yang berangkat dari pendekatan sistem kesehatan bukan pendekatan yang bersifat kasus. Pendekatan kasus hanya akan melahirkan pemborosan sumber daya, aksi yang tidak terkoordinasi serta masalah yang tidak terselesaikan. Pendekatan melalui sistem kesehatan akan mengaktifasi semua fungsi dari seluruh elemen dalam sistem tersebut untuk merespon COVID-19 dengan efektif. Layanan kesehatan primer merupakan pemungkin (*enabler*) dan dasar utama

dalam respon efektif yang harus diambil oleh setiap negara. Pemerintah menyediakan layanan kesehatan primer untuk publik melalui puskesmas. Sebagai suatu sistem, puskesmas memiliki jejaring layanan ke 10.134 puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia dan terhubung dengan layanan kesehatan rujukan di rumah sakit dan ekosistem kesehatan yang mumpuni. Jumlah tenaga kesehatan di puskesmas mencapai 784.358⁷⁰. Pelibatan serta penguatan puskesmas dalam respon COVID-19 akan mampu meningkatkan kemampuan negara dalam melakukan upaya deteksi dini melalui surveilans yang efektif. Demikian juga halnya dengan kegiatan testing, penelusuran kontak, isolasi dan penanganan awal di tingkat komunitas akan lebih efektif jika dilakukan oleh puskesmas. Dalam kampanye perubahan perilaku seperti peningkatan perilaku 3M, puskesmas memiliki platform upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dapat memobilisasi masyarakat seperti kader, tokoh masyarakat, serta kelompok kunci untuk bersama-sama menghadapi pandemi.

Pandemi COVID-19 semakin memperkuat kebutuhan akan layanan kesehatan primer yang tangguh. Sebenarnya, Puskesmas Indonesia pernah menjadi contoh bagi dunia untuk penerapan konsep *primary care housing integration* dan *avenues for integration*. Sistem kesehatan primer di Indonesia sejak tahun 1970-an sudah mengadopsi integrasi model layanan yang dikenal dengan puskesmas, di mana upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) terintegrasi dalam satu entitas fasilitas (Bappenas, 2016). Melalui UKM, puskesmas mampu melakukan komunikasi risiko dan edukasi kepada

⁶⁵ In WHO global pulse survey, 90% of countries report disruptions to essential health services since COVID-19 pandemic

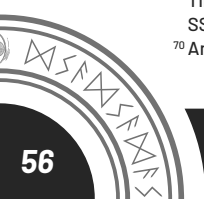
⁶⁶ Apeksi: Stok APD Langka Buat Pemda Terpaksa Beli dari Perantara - Nasional Katadata.co.id

⁶⁷ CISDI : Survei Kesiapan FKTP Menghadapi COVID-19 28 Maret - 2 April 2020 Kepada 714 Faskes di Seluruh Indonesia. Tidak dipublikasikan.

⁶⁸ Killer # 2: Disrupted health services during COVID-19 (worldbank.org)

⁶⁹ Early Estimates of the Indirect Effects of the Coronavirus Pandemic on Maternal and Child Mortality in Low- and Middle-Income Countries by Timothy Roberton, Emily D. Carter, Victoria B. Chou, Angela Stegmüller, Bianca D. Jackson, Yvonne Tam, Talata Sawadogo-Lewis, Neff Walker: SSRN.

⁷⁰ Analisis sebaran tenaga kesehatan puskesmas di Indonesia berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang puskesmas.



masyarakat untuk menerapkan perilaku 3M, termasuk upaya deteksi dini melalui surveilans dengan jejaring yang dimiliki puskesmas. Dengan UKP, puskesmas dapat melakukan upaya penegakan diagnosis awal orang dengan suspek COVID-19 dan melakukan isolasi dan karantina mandiri. Pada orang dengan gejala sedang dan berat, puskesmas dapat melakukan rujukan sehingga pasien dapat mendapatkan penanganan yang dibutuhkan segera. Kedua upaya ini bisa mengurangi beban rumah sakit dengan mencegah sebanyak mungkin orang tertular di level komunitas serta mengurangi angka kematian dengan melakukan penanganan kasus lebih dini pada orang yang terkonfirmasi positif.

Untuk mendukung peran tersebut, transformasi sistem kesehatan nasional adalah keniscayaan untuk memperkuat peran strategis Puskesmas dalam menghadapi Pandemi COVID-19 dan ancaman pandemi berikutnya. Saat ini layanan kesehatan primer di Indonesia memiliki banyak tantangan strategis dan struktural di antaranya: (1) prioritas layanan UKP dibanding UKM; (2) kemampuan puskesmas sebagai pembina wilayah belum optimal; (3) pelibatan klinik swasta dan praktik mandiri masih minim. Untuk mencapai penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas untuk semua, reformasi layanan kesehatan primer harus mencakup prinsip-prinsip kemudahan akses (*accessibility*), koordinasi (*coordination*), memenuhi kebutuhan secara menyeluruh (*comprehensiveness*) dan keberlanjutan (*continuity*) (Espinosa-González, 2019)⁷¹. Transformasi layanan harus bisa menyentuh: (1) dukungan regulasi dan arah kebijakan dari pusat tentang peran strategis puskesmas dalam sistem kesehatan nasional; (2) kebijakan dan keberpihakan dari pemerintah daerah yang menginvestasikan pembangunan kesehatan melalui puskesmas, termasuk

penyediaan SDM berkualitas dan fasilitas yang lengkap dalam memenuhi SPM bidang kesehatan; (3) lingkungan yang mendukung untuk terwujudnya kolaborasi lintas sektor atau pentaheliks dalam mendukung peran puskesmas; (4) kebijakan kesehatan yang terhubung dengan kebijakan sosial budaya, ekonomi dan perdagangan, dan lainnya yang termasuk determinan kesehatan. Hal tersebut akan memperkuat paradigma sehat juga menjadi komponen vital sistem kesehatan yang tangguh.

Mewujudkan sistem kesehatan yang tangguh terhadap pandemi membutuhkan upaya kesehatan masyarakat yang kuat. Sayangnya, desain puskesmas saat ini cenderung mengarah ke layanan kesehatan perorangan atau upaya kuratif dari pada upaya kesehatan masyarakat. Arsitektur kepegawaian di puskesmas saat ini terisi oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi utama memberikan layanan kuratif, sehingga banyak tenaga kesehatan seperti perawat dan bidan mengisi pos-pos promosi kesehatan, surveilans kesehatan, dan kesehatan lingkungan. Maka, komposisi kepegawaian di Puskesmas dengan kompetensi utama promotif dan preventif patut menjadi perhatian. Selain itu, prioritas program dan anggaran pun harus tercermin juga mengarah ke penguatan upaya kesehatan masyarakat, seperti surveilans, promosi kesehatan dan lainnya.

Puskesmas harus menjadi menjadi pembina wilayah dan berkolaborasi dengan klinik dan praktik mandiri untuk pelayanan kesehatan dalam satu ekosistem yang saling mendukung. Kompleksitas masalah kesehatan yang saat ini dihadapi, seperti peningkatan beban penyakit, kebutuhan pada layanan kesehatan yang lebih personal, juga keterbatasan pemerintah menyediakan fasilitas dan SDM, menunjukkan

⁷¹ Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey (nih.gov).

kebutuhan darurat pelibatan pihak non-pemerintah (WHO, 2016)⁷². Laporan Badan Pusat Statistik menyebutkan 55,5% penduduk mengakses layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan dokter praktik dan klinik swasta; hanya 33,7 % yang berkunjung ke puskesmas, sisanya ke rumah sakit dan kesehatan tradisional (BPS, 2019)⁷³. Dalam fungsi puskesmas sebagai koordinator wilayah untuk pelayanan kesehatan, terutama UKP dengan klinik dan praktik mandiri juga belum optimal dilakukan. Hal ini dibuktikan dengan data yang tidak tersinkronisasi antara fasilitas kesehatan dalam satu wilayah kerja puskesmas. Kondisi ini menyebabkan banyak capaian yang tidak terukur serta masalah yang tidak terdeteksi. Dalam konteks capaian, data dari Riset Kesehatan Dasar 2018 menyebutkan hanya sekitar 12% ibu melahirkan di puskesmas dan 35% bersalin di klinik dan praktik perorangan (Riskedas, 2018). Koordinasi antar faskes menjadi sangat penting terutama pada masa pandemi COVID-19, data BPS menyampaikan lebih dari 50% penduduk berobat rawat jalan ke fasilitas kesehatan swasta. Koordinasi dengan Puskesmas dalam surveilans *influenza-like illness* (ILI) dan *Severe Acute Respiratory Infection* (SARI) menjadi penting untuk dapat mendeteksi penduduk dengan suspek COVID-19. Jika puskesmas gagal dalam melakukan fungsi koordinasi banyak data yang tidak terekam padahal puskesmas satu-satunya fasilitas yang hasil keluarannya berkaitan langsung dengan indikator program prioritas seperti SPM, PIS-PK dan SDGs (Bappenas, 2016).

⁷² WHO. 2018. Technical Series on Primary Health Care: The Private Sector, Universal Health Coverage and Primary Health Care. WHO. Geneva.

⁷³ [download.html \(bps.go.id\)](https://download.html(bps.go.id)) Susenas 2019.

"Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It is a word that, if misused, can cause unreasonable fear, or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death."

Tedros Adhanom Gebreyesus

Masa yang drastis membutuhkan perubahan dan upaya yang drastis juga. Sepanjang 100 tahun sejarah kemanusiaan, tidak pernah ada kejadian dengan skala sebesar pandemi COVID-19. Dalam kurun waktu kurang dari satu tahun, COVID-19 telah membuat lebih dari 60 juta orang jatuh sakit dan lebih dari 1,5 juta orang di antaranya meninggal dunia.

Seluruh dunia terseok-seok mencoba bertahan, berusaha keluar dari lorong gelap dan panjang sebagai pemenang. Beberapa negara berhasil, banyak lainnya yang hingga saat ini seolah terjebak dalam lingkaran setan pandemi. Ibarat pesawat yang akan jatuh, sekarang terasa seperti periode *stall* – saat di mana pesawat mulai sulit dikendalikan dan pilot sekuat tenaga berusaha melawan gravitasi yang menarik jatuh pesawatnya. Bulan ke-sepuluh pandemi yang diwarnai berulang kali lockdown atau pembatasan pergerakan; harus diakui, membawa konsekuensi nyata di banyak sektor di luar kesehatan. Hendaknya diingat juga bahwa akar masalah sesungguhnya adalah gawat darurat kesehatan yang disebabkan karena wabah penyakit menular.

Upaya-upaya penyelesaiannya hingga kini belum berhasil menunjukkan hasil nyata. Angka kasus baru dan kasus terus meningkat dan pembatasan pergerakan tidak lagi menunjukkan dampak yang berarti. Tuntutan ekonomi dan politik membuat relaksasi pembatasan pergerakan terjadi sangat terlalu dini dan sulit untuk membalikkan dinamika ini. Konsekuensinya, ekonomi tidak juga kunjung membaik seperti yang diharapkan. Dari sudut pandang politik, kendati Pilkada berhasil dilaksanakan, banyak sekali korban jiwa yang bertambah karenanya. Sementara itu, wabah meluas makin tidak terkendali.

Tidak ada jalan lain, untuk menyelamatkan nyawa manusia dan landasan-landasan penopang pembangunan kesehatan; pemerintah harus kembali ke fundamental

pengendalian wabah: tes, lacak, isolasi – walaupun bila pada waktunya, vaksin yang aman dan efisien telah tersedia. Konsistensi Pemerintah dalam mengerjakan hal ini, termasuk dalam transparansi data, niscaya jadi pendorong yang meningkatkan kepatuhan publik dalam menjalankan protokol kesehatan.

“Kerusakan” dan ekspos masalah yang terjadi selama lebih dari dua pertiga tahun 2020, harus dipikirkan penyelesaiannya. Beberapa permasalahan yang menjadi lebih kompleks dengan adanya pandemi:

1. Implikasi sosio kultural dan ekonomi: kekerasan terhadap anak dan perempuan, kekerasan berbasis rumah tangga, naiknya angka kemiskinan hingga setara dengan kondisi 3 tahun lalu, bertambahnya pengangguran, dan stigma tentang COVID-19 yang mengenai pasien maupun tenaga kesehatan.
2. Implikasi politik dan bernegara: meningkatnya ketidakpercayaan terhadap informasi dan kebijakan pemerintah secara umum, terutama pengendalian wabah.
3. Implikasi ekonomi – terutama pada *livelihood* dan *well-being*: dikotomi kesehatan – ekonomi terbukti tidak tepat. Kesejahteraan ekonomi tidak mungkin bisa dicapai tanpa profil kesehatan yang baik. Pandemi yang tidak kunjung selesai menyebabkan lemahnya daya dan posisi keekonomian.
4. Implikasi pada kebijakan: guncangan yang disebabkan oleh pandemi demikian besarnya hingga membutuhkan pergeseran prioritas kebijakan setidaknya dalam 1-3 tahun ke depan. Pandemi, menjadi variabel strategis dan utama dalam penyusunan kebijakan di semua sektor pembangunan, bukan hanya kesehatan.

5. Implikasi pada nilai: pandemi dan dampaknya membuat kita mempertanyakan hal-hal fundamental seperti keberpihakan dalam pembangunan hingga eksistensialisme dan nilai-nilai kemanusiaan.

Beberapa faktor yang bisa menjadi katalis untuk membalik keadaan, di antaranya adalah:

1. Aktif sebagai negara yang percaya sepenuhnya dan berperan sebagai advokat multilateralisme: Kondisi geopolitik berubah dengan signifikan karena adanya pandemi. Jelas terlihat bahwa negara yang cepat bertindak, segera mengambil posisi strategis dalam multilateralisme global maupun regional sekaligus mengaktifkan surveilans serta kesiapan nasional; terbukti berhasil mengendalikan pandemi. Bahkan, bisa bergeser menjadi negara-negara terkuat setelah pandemi usai karena keberhasilannya melindungi integritas sumber daya manusia.
2. Membangun generasi muda baru dalam bidang kesehatan global sebagai investasi sumber daya manusia jangka panjang agar Indonesia menjadi pemain aktif dalam bidang kesehatan global.
3. Penentuan pasti tentang arah, tujuan, prioritas kebijakan pembangunan nasional yang dibangun dengan keterlibatan semua aktor pembangunan dan melalui metode/pendekatan yang berbasis bukti.
4. Penguatan layanan kesehatan primer sebagai fondasi pembangunan kesehatan publik dengan kunci pada integrasi layanan dan keterlibatan

masyarakat sebagai penggerak kesehatan wilayah akan memperkuat kesiapan komunitas menghadapi berbagai macam ancaman dan tantangan kesehatan.

5. Menghimpun kekuatan publik dan komunitas. Khususnya dalam reformasi kesehatan, keikutsertaan dan rasa memiliki dari masyarakat akan menopang kekuatan layanan kesehatan primer.

Di atas semua hal teknis dan begitu banyaknya pekerjaan rumah, berbagai usaha pengendalian pandemi COVID-19 menunjukkan kepada kita kualitas terbaik kemanusiaan: inovasi, tindakan heroik para tenaga kesehatan di garis depan, dan orang biasa yang menunjukkan kepedulian serta melakukan upaya untuk keluarga, tetangga, dan komunitas.

Keluar dengan selamat dari situasi ini mensyaratkan keberanian bermanuver dengan langkah yang di luar kebiasaan – bahkan drastis. Hanya dengan kepemimpinan yang berdiri di atas semua kepentingan, solidaritas bersama seluruh pihak baik aktor pembangunan maupun masyarakat; kita akan bertahan hidup dan kembali mendapatkan hakikat dari kehidupan.