



Kajian Kebijakan Studi Inklusivitas Program Vaksinasi COVID-19



Pada Masyarakat Adat
dan Kelompok Rentan





CISDI Kajian Kebijakan Studi Inklusivitas Program
Vaksinasi COVID-19 pada Masyarakat Adat dan
Kelompok Rentan.

Dipublikasikan di Indonesia pada Juli 2023 oleh
Center for Indonesia's Strategic Development
Initiatives (CISDI).

Tim Peneliti:

Olivia Herlinda
Sinta Amalia Kusumastuti Sumulyo
Ayudina Larasanti
Sayyid Muhammad Jundullah
Alessandra Nerissa Pradana

Kajian dan penerbitan laporan ini didukung oleh
CLUA (The Climate and Land Use Alliance) dan
Koalisi Akses Vaksin untuk Masyarakat Adat dan
Kelompok Rentan.

Probo Office Park Jl. Probolinggo No. 40C
Menteng, Jakarta Pusat 10350 www.cisdi.org
Desain sampul oleh CISDI, hak cipta dilindungi.
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, 2023) Center
for Indonesia's Strategic Development Initiatives.
2023. Kajian Kebijakan Studi Inklusivitas Program
Vaksinasi COVID-19 pada Masyarakat Adat dan
Kelompok Rentan.

Daftar Isi

Daftar Isi	iii
Daftar Singkatan	iv
Daftar Gambar	vi
Daftar Tabel	vi
Daftar Lampiran	vi
Ringkasan Eksekutif	vii

Bab 1 Pendahuluan 1

- Situasi Global 2
- Situasi Nasional 3
- Tujuan 4

Bab 2 Metodologi Penelitian 5

- Kerangka Konsep 6
- Sumber Data 9
- Analisis 10

Bab 3 Kajian Literatur 11

- Vaksinasi COVID-19 bagi Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan 12
- Vaksin sebagai *Public Goods* 16
- Kerangka Kebijakan Indonesia Untuk Menjamin Akses ke Vaksin 18

Bab 4 Pembiayaan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia 21

- Anggaran Kesehatan Indonesia 23
- Anggaran Program Penanganan Pandemi COVID-19 Masih Timpang dan Realisasi Anggaran di Tingkat Provinsi Cukup Lambat 26
- Anggaran Program Vaksinasi COVID-19 28
- Pembiayaan Pengadaan Vaksinasi COVID-19 29
- Pembiayaan Distribusi Vaksin COVID-19 32
- Pembiayaan Pelaksanaan Program Vaksinasi COVID-19 33
- Pembiayaan Perawatan COVID-19 di Indonesia 36

Bab 5 Studi Kasus Akses Vaksinasi COVID-19 Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan di Indonesia 37

- Kebijakan dan Tata Kelola 38
- Pembiayaan Program Vaksinasi COVID-19 44
- Kolaborasi Lintas Sektor 64
- Pelibatan Masyarakat Sipil dan Komunitas 65

- Permintaan (*Demand*) 66
- Penyediaan Layanan Kesehatan 68
- Sumber Daya Manusia Kesehatan 70
- Data dan Sistem Informasi Program Vaksinasi COVID-19 72
- Sistem Informasi dalam Pelaksanaan Program Vaksinasi COVID-19 74
- Inovasi di Berbagai Daerah terkait Pelayanan Vaksinasi COVID-19 77
- Suplai, Distribusi dan Logistik 79

Bab 6 Kesimpulan dan Rekomendasi 81

- Kesimpulan 82
- Tantangan Akses Vaksin COVID-19 bagi Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan 83
- Rekomendasi 87

Daftar Pustaka 93

Lampiran 101

Daftar Singkatan

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome	IFP: Instalasi Farmasi Pemerintah
APBD: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara	IMF: International Monetary Fund
APBN: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah	JAKI: Jakarta Kini
APD: Alat Pelindung Diri	JKN: Jaminan Kesehatan Nasional
BBC: British Broadcasting Corporation	Kemendagri: Kementerian Dalam Negeri
BI: Bank Indonesia	Kemenkes: Kementerian Kesehatan
BIN: Badan Intelijen Negara	Kemenkeu: Kementerian Keuangan
BLT: Bantuan Langsung Tunai	KEPMENKES: Keputusan Menteri Kesehatan
BMHP: Bahan Medis Habis Pakai	KIE: Kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi
BOK: Bantuan Operasional Kesehatan	KIHESB: Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya
BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	KIPI: Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
BPK: Badan Pemeriksa Keuangan	KITAS: Kartu Izin Tinggal Terbatas
BPKAD: Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah	KPC-PEN: Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional
BPKP: Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan	KTP: Kartu Tanda Penduduk
BPOM: Badan Pengawas Obat dan Makanan	LSM: Lembaga Swadaya Masyarakat
BRIN: Badan Riset dan Inovasi Nasional	NGO: Non- Governmental Organization
BTT: Belanja Tak Terduga	NIK: Nomor Induk Kependudukan
BUMN: Badan Usaha Milik Negara	NTT: Nusa Tenggara Timur
CEPI: Coalition for Epidemic Preparedness Innovations	OAP: Orang Asli Papua
COVAX: COVID-19 Vaccines Global Access	ODGJ: Orang dengan Gangguan Jiwa
COVID-19: CoronaVirus Disease 19	ODHIV: Orang dengan Human Immunodeficiency Virus
CPNS: Calon Pegawai Negeri Sipil	OPD: Organisasi Perangkat Daerah
CSO: Civil Society Organisation	PCare: Primary Care
DAK: Dana Alokasi Khusus	PD3I: Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi
DAU: Dana Alokasi Umum	PEN: Pemulihan Ekonomi Nasional
DBH: Dana Bagi Hasil	PERMENKES: Peraturan Menteri Kesehatan
DHA: District Health Accounts	PERPRES: Peraturan Presiden
DID: Dana Insentif Daerah	PHA: Provincial Health Account
DKI: Daerah Khusus Ibukota	PHEIC: Public Health Emergency of International Concern
DTPK: Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan	PKLW: Pedagang Kaki Lima dan Warung
FGD: Focus Group Discussion	PMIB: Pekerja Migran Indonesia Bermasalah
GAVI: The Global Alliance for Vaccines and Immunizations	POLRI: Kepolisian Republik Indonesia
HAM: Hak Asasi Manusia	PP: Peraturan Pemerintah
HIV: Human Immunodeficiency Virus	PPKS: Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial
HP: Handphone	PT: Perseroan Terbatas
HWDI: Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia	PUSKAPA: Pusat Kajian dan Advokasi Perlindungan
IAR: Intra Action Review	

dan Kualitas Hidup Anak

RI: Republik Indonesia

RKA: Rencana Kerja dan Anggaran

RS: Rumah Sakit

RSU: Rumah Sakit Umum

RT: Rukun Tetangga

RW: Rukun Warga

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

SDM: Sumber Daya Manusia

SDMK: Sumber Daya Manusia Kesehatan

SE: Surat Edaran

SHA: System of Health Account

SK: Surat Keputusan

SMILE: Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik
Elektronik

SOP: Standard operating procedure

TKD: Transfer ke Daerah

TNI: Tentara Nasional Indonesia

TV: Television

UMKM: Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah

UN: United Nations

UNDP: United Nations Development Program

UNICEF: United Nations Children's Fund

USAID: United States Agency for International
Development

UU: Undang - Undang

WHO: World Health Organization

Daftar Gambar

Gambar 2.1. Health System Resilience Framework	16
Gambar 2.2 System of Health Accounts (SHA) Framework	16
Gambar 4.1. Alur Pembiayaan dan Pelaksanaan Program Vaksinasi Nasional	22
Gambar 4.2. Anggaran Kesehatan dan PEN kluster kesehatan	23
Gambar 4.3. Pagu dan Realisasi Anggaran PEN 2020	24
Gambar 4.4. Pagu dan Realisasi Anggaran PEN 2021	24
Gambar 4.5. Pagu dan Realisasi Anggaran PEN 2022	24
Gambar 4.6. Alokasi Anggaran PEN tahun 2020	25
Gambar 4.7. Alokasi Anggaran PEN tahun 2021	25
Gambar 4.8. Alokasi Anggaran PEN tahun 2022	25
Gambar 4.9. Anggaran Vaksinasi COVID-19 tahun 2021-2022	26
Gambar 4.10 Persentase Realisasi Anggaran Penanganan COVID-19 per 24 Juli 2021	27
Gambar 4.11. Anggaran Vaksinasi COVID-19 tahun 2021-2022	28
Gambar 4.12. Distribusi Vaksin Sampai ke Provinsi	32
Gambar 5.1 Rantai distribusi vaksin COVID-19 berdasarkan Permenkes No. 7 Tahun 2023 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19	41
Gambar 5.2 Gambaran rantai distribusi vaksin COVID-19 berdasarkan pemantauan media	41
Gambar 5.3. Peta distribusi vaksin COVID-19 oleh partai politik dalam rentang waktu Maret-September 2021	42

Daftar Tabel

Tabel 3.1. Kelompok Prioritas Program Vaksinasi Berdasarkan Peta Jalan Vaksinasi WHO	13
Tabel 3.2. Variabel yang Menentukan Kerentanan Kelompok	13
Tabel 4.1. Total Pembelian Vaksin di Indonesia (2021-2023)	29
Tabel 4.2. Jumlah hibah vaksin COVID-19 melalui mekanisme kerja sama bilateral dan multilateral	30
Tabel 5.1. Kelompok rentan dalam kebijakan nasional	38
Tabel 5.2 Tabel Regulasi Pemerintah terkait Penganggaran Program Vaksinasi COVID-19	45
Tabel 5.3 Tabel Sumber Anggaran Program COVID-19 dari Berbagai Daerah	48
Tabel 5.4 Tabel Besaran dan Realisasi Anggaran Program Vaksinasi COVID-19 dari Berbagai Daerah	51
Tabel 5.5 Tabel Komponen/ Mata Anggaran pada Penganggaran Program Vaksinasi COVID-19 dari Berbagai Daerah	54
Tabel 5.6. Gambaran keraguan terhadap vaksin COVID-19 di tiga daerah di Indonesia	66

Daftar Lampiran

Lampiran 1: Distribusi Informan Penelitian	101
Lampiran 1.1 Tabel Distribusi <i>Informan In Depth Interview</i>	
Lampiran 1.2 Tabel Distribusi <i>Informan Focus Group Discussion</i>	
Lampiran 2: Operasionalisasi Indikator dan Sub-populasi Rentan	102

Ringkasan Eksekutif



It is therefore with great hope that I declare COVID-19 over as a global health emergency. However, that does not mean COVID-19 is over as a global health threat.

Tedros A. Ghebreyesus
5 Mei 2023

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia selama tiga tahun untuk menanggulangi pandemi COVID-19, salah satunya melalui vaksinasi COVID-19. Dua program vaksinasi COVID-19 digulirkan, yakni Vaksinasi Program yang melibatkan pemerintah pusat dan daerah serta Vaksinasi Gotong Royong yang melibatkan badan hukum/ usaha.

Tahun 2023 adalah tahun yang monumental. Skenario perubahan struktur anggaran kesehatan hingga pergeseran tanggung jawab pengadaan vaksin dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 telah diputuskan. Penurunan transmisi dan kematian akibat infeksi COVID-19 secara nasional mendorong Presiden Joko Widodo mencabut status pandemi COVID-19 di Indonesia pada 21 Juni 2023,

mengikuti namun berbeda dari keputusan yang telah diambil oleh *World Health Organization* (WHO) sebulan sebelumnya yang hanya mengakhiri status kedaruratan COVID-19.

Hingga kini empat provinsi di Indonesia masih memiliki cakupan vaksinasi COVID-19 di bawah 50%, begitu pula masyarakat adat dan kelompok rentan masih menemui hambatan substansial di lapangan dalam mengakses vaksin COVID-19. Menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah Indonesia untuk memastikan akses vaksinasi COVID-19 yang setara terhadap kelompok rentan, rekomendasi yang digencarkan oleh WHO pasca mencabut status kedaruratan pandemi COVID-19.

Menghadapi situasi tersebut, CISDI menyadari perlunya melakukan kajian kebijakan dengan tujuan utama memetakan situasi dan tantangan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 masyarakat adat dan kelompok rentan di Indonesia dari berbagai dimensi kerangka ketahanan sistem kesehatan yang disesuaikan. Adapun dimensi-dimensi yang dikaji dalam kajian kebijakan ini meliputi dimensi kebijakan dan tata kelola, pembiayaan, pelibatan masyarakat sipil, kolaborasi lintas sektor, permintaan (demand), penyediaan layanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, data dan sistem informasi, serta distribusi dan logistik.

Kajian kebijakan ini menggunakan pendekatan kombinasi (*mixed methods*), yaitu kualitatif dengan desain studi kasus, sehingga dimungkinkan adanya eksplorasi yang mendalam melalui wawancara dan FGD terhadap berbagai dimensi kerangka ketahanan sistem kesehatan dalam pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 di Indonesia dengan fokus mengenai akses masyarakat adat dan kelompok rentan. Kajian kebijakan ini juga dilengkapi dengan pendekatan kuantitatif dalam pengumpulan data anggaran dan analisisnya secara deskriptif.

FGD yang dilaksanakan melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan organisasi masyarakat sipil. Sedangkan pengumpulan data anggaran dan wawancara mendalam dilakukan dengan melibatkan enam dinas kesehatan provinsi dan enam dinas kesehatan kabupaten/kota di Indonesia pada bulan April hingga Juni 2023. Pemilihan dinas kesehatan yang menjadi subjek penelitian dilakukan secara purposive berdasarkan cakupan vaksinasi dosis primer yang dibagi ke dalam tiga kategori, yakni daerah yang memiliki cakupan vaksinasi dosis primer lebih dari 70%; 50-70%; dan kurang dari 50%.

Kajian kebijakan ini berkesimpulan bahwa program vaksinasi COVID-19 di Indonesia belum cukup inklusif dan afirmatif dalam memastikan akses yang setara bagi masyarakat adat dan kelompok rentan. Memastikan desain program vaksinasi COVID-19 yang lebih inklusif dan afirmatif masih diperlukan terutama pasca dicabutnya status kedaruratan pandemi COVID-19 di Indonesia.

Simpulan tersebut bermula dari hasil kajian kebijakan yang memetakan situasi dan tantangan di berbagai dimensi. Dalam dimensi kebijakan dan tata kelola, kurangnya kebijakan operasional dan komprehensif dalam mendefinisikan kelompok rentan serta tata laksana penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan menyebabkan masyarakat adat dan kelompok rentan menghadapi kesulitan dalam mengakses vaksin COVID-19. Meskipun ada pendekatan afirmatif di beberapa daerah, implementasinya tidak selalu baik dan terkadang hanya mengandalkan inisiatif organisasi masyarakat sipil (*bottom-up*).

Dalam dimensi pembiayaan, terlihat bahwa penganggaran program vaksinasi COVID-19 tidak menyediakan komponen anggaran khusus untuk memastikan akses dan penjangkauan masyarakat adat dan kelompok rentan. Tren penganggaran program vaksinasi COVID-19 di berbagai daerah sejalan dengan tren penganggaran penanganan

COVID-19, yaitu mayoritas mengalami penurunan dari tahun 2021 ke tahun 2022. Anggaran vaksinasi COVID-19 di tahun 2023 pun sudah tidak disediakan secara khusus, tetapi dilebur dengan upaya vaksinasi lainnya. Realisasi anggaran program penanganan pandemi COVID-19 di tingkat provinsi, terutama pada tahun 2021, cukup lambat akibat hambatan administrasi dan birokrasi, serta proses penyesuaian data penerima bantuan.

Salah satu kendala utama program vaksinasi COVID-19 adalah terkait distribusi vaksin dari provinsi hingga fasyankes. Tidak semua daerah memiliki anggaran distribusi vaksin COVID-19 yang akhirnya distribusi vaksin dilakukan bersamaan dengan obat-obatan dan bahan medis dan habis pakai lainnya. Hal ini menyebabkan keterlambatan pelaksanaan vaksinasi di masyarakat, juga kadaluarsanya vaksin. Ketersediaan, besaran, dan keterlambatan insentif untuk tim vaksinator pun menjadi isu di beberapa daerah.

Sedangkan dalam dimensi pelibatan masyarakat sipil dan koordinasi lintas sektor, didapatkan gambaran bahwa kolaborasi lintas sektor dan pelibatan yang bermakna organisasi masyarakat sipil dan kelompok rentan sering kali hanya pada tahapan implementasi. Sementara di beberapa kasus masih terhambat dengan tantangan birokrasi dan administrasi, serta kemauan dari pemangku kebijakan.

Jika ditinjau dari dimensi permintaan (*demand*), keraguan terhadap vaksin COVID-19 masih menjadi permasalahan di kalangan masyarakat adat dan kelompok rentan. Masalah ini disebabkan oleh adanya misinformasi yang merajalela, rendahnya upaya membangun kepercayaan dengan kelompok rentan, serta konteks politik dan sejarah yang tidak disertai dengan pendekatan afirmatif yang memperhatikan aspek penerimaan (*acceptability*) vaksinasi COVID-19.

Selanjutnya, dalam dimensi penyediaan layanan kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan, terlihat bahwa kegiatan percepatan vaksinasi di beberapa daerah cenderung reaktif, sehingga

tidak ada petunjuk teknis yang secara khusus dan berkelanjutan dalam menjangkau masyarakat adat dan kelompok rentan. Terutama di daerah dengan letak geografis yang terpencil, dibutuhkan tindakan afirmatif dan anggaran untuk melakukan penjangkauan karena fasilitas publik yg belum aksesibel. Selain itu, kapasitas internet dan akses ke ponsel pintar yang terbatas membuat beban kerja vaksinator menjadi bertambah dengan memasukkan data ganda (*online* dan *manual*).

Kemudian, dimensi data dan sistem informasi menemukan bahwa tidak ada data terpilah terkait sasaran dan capaian vaksinasi COVID-19 khusus untuk masyarakat adat dan kelompok rentan yang dikarenakan adanya perbedaan definisi kerentanan antara masing-masing lembaga pemerintahan. Sistem informasi dan media promosi kesehatan yang ada juga belum sepenuhnya ramah terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.

Terakhir, dimensi suplai, distribusi, dan logistik di daerah terpencil sangat bergantung terhadap ketersediaan transportasi dan infrastruktur. Sedangkan, tidak semua daerah memiliki keleluasaan fiskal untuk memenuhi infrastruktur dasar dan kebutuhan transportasi.

Cara pikir yang mengedepankan kebijakan dan pemrograman vaksinasi COVID-19 berorientasi HAM dibutuhkan untuk memastikan akses vaksinasi COVID-19 yang setara terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan, terutama memasuki tahun 2023 dengan segala perubahan yang terjadi akibat pencabutan status kedaruratan pandemi COVID-19. Masyarakat adat dan kelompok rentan perlu dipandang sebagai sekelompok pemegang hak (*rights holder*) yang membutuhkan upaya afirmatif. Perbaikan yang dilakukan baik pemerintah pusat maupun daerah dalam dimensi kebijakan dan tata kelola, pembiayaan, kolaborasi lintas sektor, pelibatan masyarakat sipil, permintaan, penyediaan layanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, serta distribusi dan logistik akan menjadi kunci dalam mencapai tujuan pemerataan akses vaksinasi COVID-19 di Indonesia.

Bab 1

Pendahuluan



Situasi Global



Saat ini dunia sudah memasuki tahun ketiga pandemi COVID-19, krisis kesehatan global yang terus menyebabkan hilangnya nyawa serta timbulnya disrupsi sosial dan ekonomi. Di tingkat global, COVID-19 telah meregang enam juta jiwa manusia dan *International Monetary Fund* (IMF) memproyeksikan kerugian keluaran ekonomi kumulatif dari pandemi hingga tahun 2024 menjadi sekitar US\$13,8 triliun (Agarwal et al., 2022).

Secara global, terdapat tren penurunan transmisi dan kematian akibat infeksi COVID-19 yang menjadi dasar bagi *World Health Organization* (WHO) untuk mencabut status pandemi COVID-19 sebagai Public Health Emergency of International Concern (PHEIC); kedaruratan kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional) pada 5 Mei 2023. Meskipun begitu, COVID-19 masih dianggap sebagai permasalahan kesehatan yang berkelanjutan dan WHO merekomendasikan untuk tetap mempertahankan upaya meningkatkan cakupan vaksinasi COVID-19 bagi semua orang dalam kelompok prioritas tinggi.

Sejarah memberikan pembelajaran bahwa vaksin memainkan peran penting dalam pertarungan global melawan penyakit menular. Pengembangan vaksin COVID-19 yang terbilang cukup cepat telah memberikan harapan bagi pemulihan kesehatan global. Kendati demikian, ketimpangan akses vaksin di tingkat global masih dirasa sampai saat ini. Hingga 11 Juli 2023, hanya 67,73% dan 33,8% populasi di negara-negara berpendapatan rendah-menengah dan rendah yang telah divaksinasi setidaknya satu dosis, berbanding jauh dengan negara-negara berpendapatan tinggi dan tinggi-menengah yang berada di angka 80,27% dan 80,77% (WHO Vaccine Dashboard, 2023).

Rendahnya porsi vaksin yang diterima oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah hingga saat ini masih diakibatkan oleh:

(1) keterbatasan pengetahuan dan teknologi di negara-negara berpendapatan rendah dan rendah-menengah untuk memproduksi vaksin; (2) keengganan negara-negara berpendapatan tinggi untuk menanggalkan paten dan berbagi pengetahuan serta teknologi produksi vaksin (Udayakumar et al., 2022); dan (3) praktik yang dilakukan oleh banyak negara berpenghasilan tinggi dan tinggi-menengah untuk melakukan pembelian vaksin lebih awal (Gill dan Ruta, 2022). Akibatnya, negara-negara berpendapatan rendah dan rendah-menengah membutuhkan dukungan eksternal signifikan karena keterbatasan fiskal (Klingebiel dan Izmetiev, 2020). Selain itu, negara-negara tersebut terpaksa menganggarkan sejumlah besar porsi anggaran kesehatan mereka untuk pengadaan vaksin dan berisiko terjebak sehingga terus bergantung terhadap pembiayaan luar negeri.

Berdasarkan estimasi WHO dan Bank Dunia, setidaknya dibutuhkan tambahan US\$10,5 miliar per tahun untuk menutup ketimpangan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi. Sebesar US\$1,8 miliar dari jumlah total yang dibutuhkan tersebut diperlukan untuk memastikan akses pada alat kesehatan, obat, atau vaksin yang adil (WHO dan Bank Dunia, 2022).

Pembentukan sejumlah inisiatif kesehatan global telah menciptakan momentum untuk pembiayaan pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi global, termasuk produksi dan pemerataan vaksin COVID-19. Namun, kegagalan COVID-19 *Vaccines Global Access* (COVAX) dalam mempercepat pemerataan vaksin dan rendahnya besaran komitmen kontribusi pada Pandemic Fund tidak mampu berbuat banyak untuk mengatasi ketimpangan akses vaksin global, sehingga memberikan kesan bahwa negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah akan tetap tertinggal dalam rancangan pemulihan global (Puyvallée & Storeng, 2022; Vogel, 2022).

Situasi Nasional



Pada tingkat nasional, perubahan skenario anggaran sulit dihindari. Kementerian Keuangan RI (2023) melalui Informasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2023 menyebutkan bahwa seiring kasus COVID-19 yang semakin terkendali, Pemerintah melakukan penyesuaian anggaran dengan alokasi sebesar Rp.178,7 triliun untuk anggaran kesehatan reguler, artinya tidak ada lagi anggaran khusus penanganan COVID-19. Angka kesehatan keseluruhan turun 16,1% jika dibandingkan dengan anggaran kesehatan pada tahun 2022, yakni sebesar Rp212,9 triliun.

Pada 21 Juni 2023, Presiden Joko Widodo mencabut status kedaruratan pandemi COVID-19. Artinya, perawatan dan vaksin COVID-19 tidak akan lagi ditanggung oleh Pemerintah Pusat. Sejak dicabutnya status kedaruratan pandemi COVID-19, ketimpangan cakupan vaksinasi masih terjadi di Indonesia. Setidaknya ada 18 provinsi yang belum memenuhi target 70% vaksinasi dosis primer, empat

provinsi diantaranya, yakni Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua masih memiliki cakupan vaksinasi dosis primer di bawah 50%, bahkan Provinsi Papua sendiri berada di angka 23,83%, jauh tertinggal dari rata-rata nasional yang berada di angka 74,54% (Dasbor Vaksinasi COVID-19 Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan kelompok sasaran, cakupan vaksinasi primer kelompok lansia sedikit berada di bawah rata-rata nasional, yakni 70,33%. Sementara untuk masyarakat adat dan kelompok rentan lainnya, data vaksinasinya masih dikelompokkan bersama kelompok masyarakat umum, dengan cakupan vaksinasi primer sebesar 70,49% (Dasbor Vaksinasi COVID-19 Kemenkes RI, 2023).

Pada segi perencanaan dan target cakupan vaksinasi, tidak ada definisi operasional yang jelas secara terpisah dari setiap jenis kerentanan, dan tidak ada petunjuk penjangkauan vaksinasi

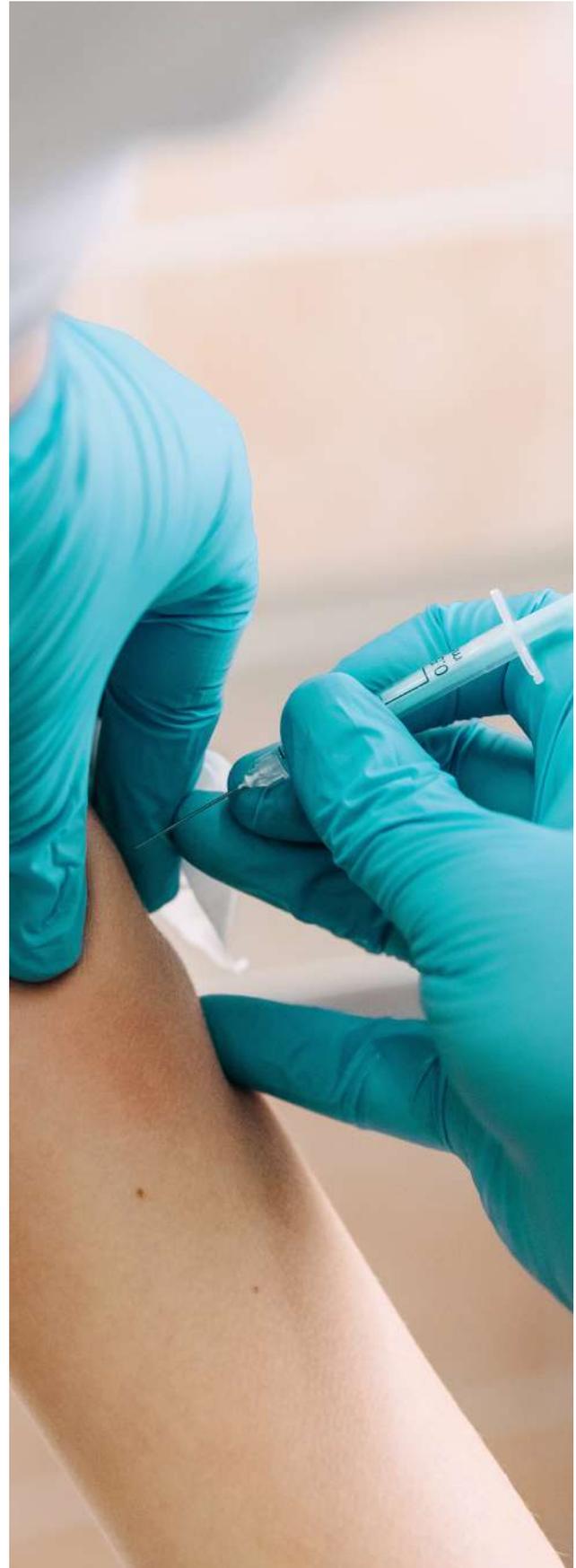
masyarakat adat dan kelompok rentan. Padahal, masyarakat adat dan kelompok rentan mengalami dampak pandemi COVID-19 yang paling signifikan. Hingga saat ini, jaminan suplai vaksin dan pembiayaan dalam melakukan pendekatan afirmatif bagi masyarakat adat dan kelompok rentan masih sangat minimum. Ketimpangan ini membuat masyarakat adat dan kelompok rentan kesulitan dalam mengakses vaksinasi COVID-19. Padahal, pemerataan akses vaksin yang mampu menjangkau kelompok rentan menjadi penting untuk memastikan pemulihan nasional yang inklusif dan menyeluruh.



Tujuan

Kajian kebijakan ini bertujuan untuk:

- 1 Memetakan situasi dan tantangan pelaksanaan vaksinasi kelompok rentan di Indonesia, termasuk dari segi pembiayaan;
- 2 Membantu Pemerintah dalam mengidentifikasi sub-populasi kelompok rentan dalam konteks kedaruratan kesehatan di Indonesia; dan
- 3 Merumuskan rekomendasi kebijakan dalam mendorong tata kelola, pembiayaan, dan pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 yang ramah terhadap kelompok rentan.



Penelitian ini menggunakan pendekatan kombinasi (*mixed methods*), yaitu kualitatif dengan desain studi kasus sehingga dimungkinkan adanya eksplorasi yang mendalam terhadap berbagai dimensi kerangka ketahanan sistem kesehatan (*health system resilience framework*) pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 pada masyarakat adat dan kelompok rentan di Indonesia; dilengkapi dengan pendekatan kuantitatif dalam pengumpulan data anggaran dan analisisnya secara deskriptif. Kajian ini mengumpulkan data primer melalui proses wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD) melalui aplikasi zoom dengan menggunakan panduan wawancara semi terstruktur, juga data sekunder terkait anggaran vaksin COVID-19 di level dinas kesehatan provinsi maupun kabupaten/kota. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah metode telaah dokumen, wawancara mendalam dan FGD. Waktu pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan mulai bulan Maret hingga Juni 2023. Tahapan dimulai dari pengambilan data sekunder dan wawancara mendalam pada dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, kemudian terakhir dengan FGD.



Kerangka Konsep

Kerangka konsep utama dan penelitian ini memodifikasi kerangka ketahanan sistem kesehatan yang memiliki enam dimensi besar, yaitu:

Governance and Financing

Dimensi ini terkait keputusan pemerintah yang berpengaruh terhadap infrastruktur kesehatan, peraturan/pedoman, akses terhadap pengobatan dan perawatan, penyediaan jaminan kesehatan, dan pembiayaan.

Community Engagement

Kerangka ketahanan sistem kesehatan menjadikan dimensi pelibatan masyarakat sebagai inti dari ketahanan sistem kesehatan. Untuk dapat melayani masyarakat secara adil, maka ketahanan sistem kesehatan harus dikembangkan bersama masyarakat dan disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Tidak akan ada ketahanan sistem kesehatan tanpa pelibatan masyarakat di berbagai bidang atau dimensi yang lain.

Health Service Delivery

Pada dimensi ini mengkaji berbagai upaya yang telah dilakukan untuk tetap dapat memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat di tengah situasi pandemi COVID-19, seperti upaya membangun fasilitas pelayanan baru, memanfaatkan fasilitas umum sebagai tempat pelayanan, dll.

Health Workforce

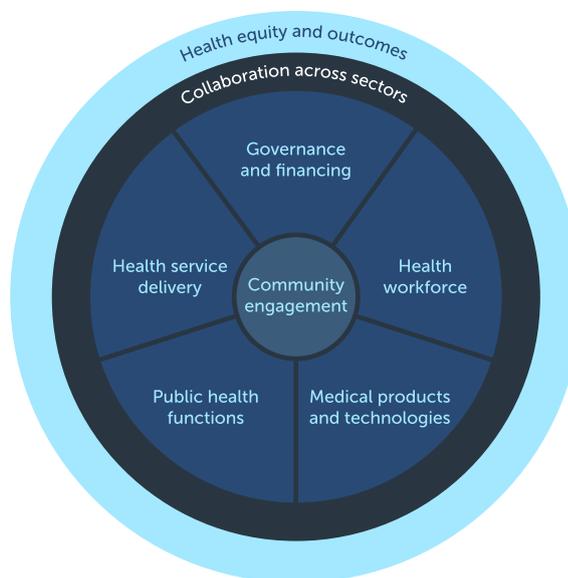
Dimensi ini terkait kecukupan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan pada masa krisis. Untuk dapat mencapai ketahanan sistem kesehatan, dibutuhkan tidak hanya dibutuhkan tenaga kesehatan yang cukup dan merata dari segi jumlah, namun juga dibutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih.

Medical Product, and Technologies

Dimensi ini terkait dengan aspek ketersediaan logistik dan dukungan teknologi dalam pelayanan kesehatan. Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, ketersediaan logistik yang didalamnya juga mencakup distribusi dan penjaminan mutu produk kesehatan sangat penting untuk diperhatikan. Adanya dukungan teknologi dalam pemberian layanan juga menjadi unsur penting untuk memastikan masyarakat mendapatkan akses pelayanan.

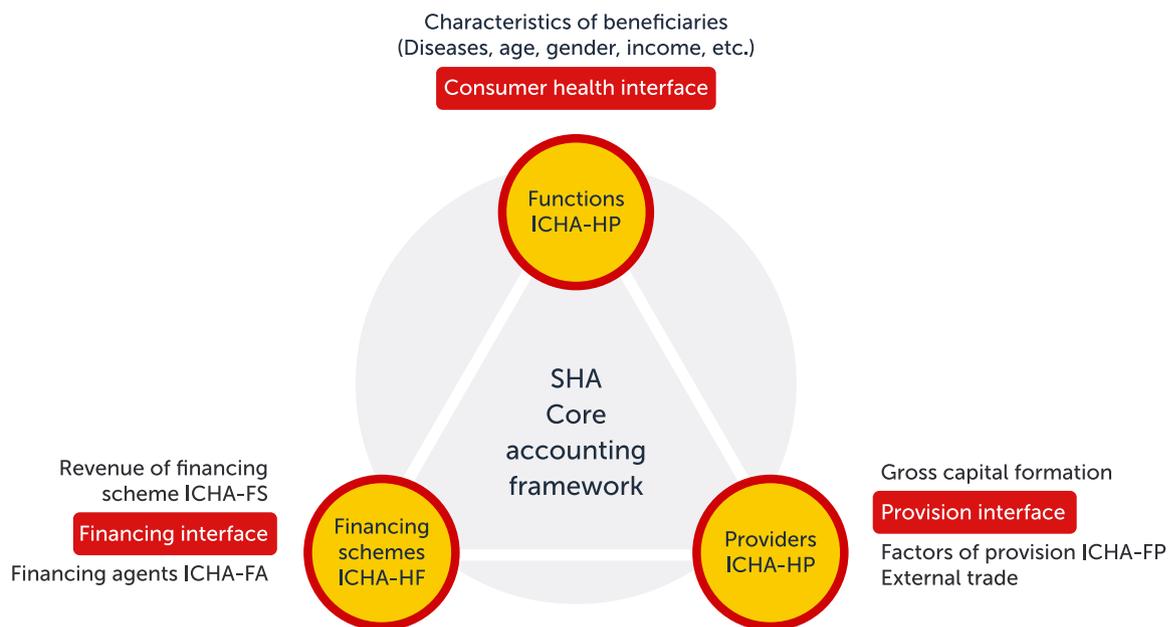
Public Health Function

Dimensi ini terkait koordinasi dan integrasi antara sistem layanan kesehatan dengan sistem kesehatan masyarakat. Meliputi fungsi promosi kesehatan di masyarakat, hingga aspek sistem informasi dan pendataan (Haldane et al., 2021).



Gambar 2.1. Health System Resilience Framework

Sedangkan khusus terkait aspek pembiayaan, penelitian ini menggunakan kerangka konsep yang bersumber dari kerangka teori WHO System of Health Accounts (SHA) (2011) berikut:



Gambar 2.2. System of Health Accounts (SHA) Framework

Kerangka teori SHA menggambarkan secara sistematis aliran pembiayaan yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Tujuan dari SHA adalah untuk menggambarkan sistem pelayanan kesehatan dari perspektif belanja kesehatan pada lingkup nasional maupun internasional (WHO, 2011).

Implementasi kebijakan desentralisasi di Indonesia mendorong adanya kebutuhan bagi pemangku kebijakan untuk dapat mengawasi pelaksanaan pembiayaan kesehatan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Oleh karena itu, dilakukan penyusunan *District Health Accounts* (DHA) sebagai proses penelusuran belanja kesehatan secara komprehensif di wilayah kabupaten/kota dan penyusunan *Provincial Health Accounts Parsial* (PHAP) untuk menelusuri belanja kesehatan di wilayah provinsi yang tidak tercatat pada DHA. Penyusunan PHA dan DHA tersebut bertujuan untuk memperoleh data secara rinci terkait dengan belanja kesehatan dari berbagai sumber dana serta

pemanfaatan belanja menurut penyedia layanan, fungsi layanan, dan skema pembiayaan.

Secara metodologi, analisis belanja kesehatan untuk penyusunan PHA dan DHA pada dasarnya mengadopsi dimensi-dimensi dalam *System of Health Accounts* (SHA)-11 yang kemudian disesuaikan dengan kebutuhan pemerintah daerah dalam melakukan analisis belanja kesehatan melalui penambahan dimensi lainnya (Kemenkes – USAID, 2021). Dalam penelitian ini dimensi yang akan digali adalah dimensi sumber biaya, pengelola anggaran, dan mata anggaran. Dimensi sumber biaya meliputi asal anggaran tersebut berasal, apakah dari APBN, APBD, atau sumber biaya yang lain. Dimensi pengelola anggaran terkait dengan siapa saja yang terlibat untuk mengelola anggaran tersebut, apakah internal atau ada keterlibatan pihak luar. Sedangkan dimensi mata anggaran terkait dengan komponen apa saja yang ada di dalam penganggaran program.



Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data yang diperoleh dari beberapa sumber, yaitu sebagai berikut:

1 Data Sekunder

Penelitian ini diawali dengan melakukan desk review melalui dokumen kebijakan, jurnal, dan artikel berita. Sumber data sekunder dalam penelitian ini adalah sumber berbahasa Inggris atau Indonesia yang tersedia di internet, dan data anggaran di tingkat dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota terkait pembiayaan program vaksinasi COVID-19, serta berbagai dokumen dan sumber data yang terkait dengan penelitian ini. Data sekunder pembiayaan dan anggaran merupakan sumber analisis data secara kuantitatif.

2 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) menggunakan pedoman wawancara kepada informan serta FGD. Informan penelitian dipilih berdasarkan prosedur *purposive*¹, yaitu menentukan kelompok peserta yang menjadi informan sesuai dengan kriteria terpilih yang relevan dengan masalah yang diteliti. Informan wawancara mendalam adalah staf dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota. Informan FGD dalam penelitian ini terdiri dari perwakilan kementerian dan lembaga, perwakilan dinas kesehatan, perwakilan organisasi masyarakat sipil, serta perwakilan dari media. Untuk lebih jelasnya sampling informan ada di bagian bawah ini.

● Sampling

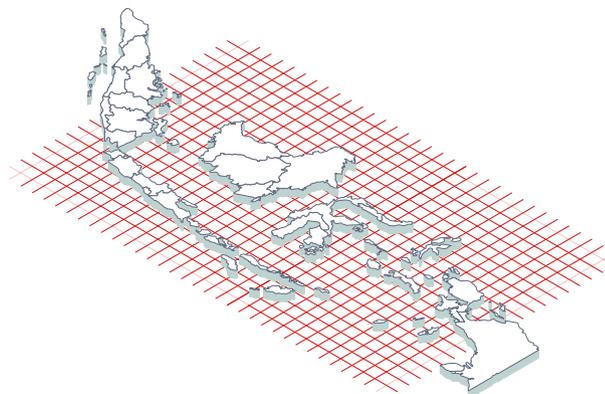
Untuk data primer melalui wawancara dan FGD, penelitian ini mengumpulkan data melalui dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota di Indonesia.

Daftar dinas kesehatan yang menjadi subjek penelitian tercantum pada lampiran 1. Pemilihan dinas kesehatan yang menjadi subjek penelitian berdasarkan dari cakupan vaksinasi dosis primer yang dibagi ke dalam tiga kategori, yakni: (i) daerah yang memiliki cakupan vaksinasi dosis primer lebih dari 70%; (ii) 50-70%; dan (iii) kurang dari 50%. Pemilihan informan dilakukan secara purposive untuk memilih perwakilan dari masing-masing kategori dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/ kota di Indonesia.

Kriteria inklusi informan dalam penelitian ini adalah:

- 1 Petugas dari dinas kesehatan yang terpilih telah bekerja selama minimal enam bulan.
- 2 Diutamakan petugas dari bagian keuangan/ perencanaan atau bagian pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P).
- 3 Memiliki pengetahuan terkait pembiayaan dan pelayanan program vaksinasi COVID-19.

Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah informan yang tidak bersedia direkam selama proses wawancara mendalam.



¹ Kunci dasar penggunaan prosedur ini adalah penguasaan informasi dari informan serta subjek penelitian dianggap mengetahui benar fenomena yang menjadi objek penelitian sehingga dapat membantu penulis dalam menggali informasi dan data yang dibutuhkan.

Analisis

Penelitian ini menggunakan analisis tematik dengan variabel atau dimensi yang bersumber dari kerangka ketahanan sistem kesehatan dan *System of Health Account* seperti yang sudah dijelaskan pada bagian kerangka konsep yang dimodifikasi sesuai kebutuhan kajian ini.

Adapun tahapan analisis data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1 Penyusunan catatan (transkrip) hasil wawancara mendalam dan FGD kedalam bentuk teks.
- 2 Dilakukan noting quality, yaitu meninjau data dan mengidentifikasi tema-tema yang muncul dari hasil transkrip serta mengembangkan penjelasan-penjelasan.
- 3 Melakukan ekstraksi transkrip ke dalam matriks excel sesuai dimensi/variabel penelitian dan pemberian kode informan.
- 4 Uji validitas data pada penelitian ini menggunakan triangulasi. Triangulasi dilakukan untuk melihat gejala dari berbagai sudut dan melakukan pengujian temuan dengan berbagai sumber informasi dan teknik. Triangulasi dalam penelitian ini dengan triangulasi sumber yaitu dengan melibatkan informan dari perwakilan kementerian dan lembaga, perwakilan dinas kesehatan, perwakilan organisasi masyarakat, serta perwakilan dari media, serta dari data primer ditriangulasi dengan data sekunder untuk mendukung, mengonfirmasi, maupun memperkaya data primer.

Analisis data kuantitatif menggunakan pendekatan deskriptif berdasarkan data sekunder pembiayaan yang telah dikumpulkan di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Data dianalisis dengan melihat tren pembiayaan, proporsi, frekuensi, dan juga komposisi anggaran maupun realisasi pembiayaan.



Bab 3

Kajian Literatur



Vaksinasi COVID-19 bagi Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan

Pandemi COVID-19 tidak diantisipasi sebelumnya. Oleh karenanya, terdapat kelompok-kelompok yang paling terdampak di berbagai negara dengan beragam tingkatan ekonomi (Perry et al., 2021; Barron et al., 2021; Narayan et al., 2022). Kelompok-kelompok yang paling terdampak tersebut secara umum disebut sebagai kelompok rentan. Tidak ada konsensus mengenai definisi kelompok rentan dalam konteks pandemi. Meski begitu, terdapat benang merah dari berbagai definisi kelompok rentan yang berusaha didefinisikan oleh berbagai jurnal dan laporan. Dalam berbagai jurnal dan laporan berbahasa Inggris yang kami temui, sejumlah terminologi digunakan, antara lain *vulnerable groups/people*, *disadvantaged populations*, *hingga at-risk populations*.

Pada tahun pertama COVID-19 merebak sebagai pandemi, *United Nations (UN) Framework for the Immediate Socio-economic Response to COVID-19* (2020) menggunakan terminologi *vulnerable people dan at-risk populations* secara bergantian untuk merujuk kelompok yang sama, yakni mereka yang menghadapi marginalisasi sosial ekonomi tertinggi selama pandemi dan membutuhkan perhatian khusus.

Sedangkan Persad, et al (2020) menggunakan terminologi *disadvantaged populations* dan mendefinisikannya sebagai kelompok yang termarginalkan secara sosial dan ekonomi serta menghadapi peningkatan risiko kematian akibat infeksi COVID-19 dan kerentanan medis.

Secara lebih komprehensif, Barron, et al (2021) mendefinisikan *people living in vulnerable conditions* sebagai kelompok yang secara sistemik tidak terlihat dan/atau menghadapi pengucilan dan

diskriminasi yang membuat mereka mendapatkan akses yang tidak cukup terhadap pelayanan publik dan dalam konteks pandemi, mereka adalah yang terdampak secara substansial oleh ketimpangan yang ditimbulkan oleh pandemi.

Sedangkan menurut Aliansi Masyarakat Adat Nusantara (2021) Masyarakat Adat adalah kelompok masyarakat yang memiliki sejarah asal-usul dan menempati wilayah adat secara turun-temurun. Masyarakat Adat memiliki kedaulatan atas tanah dan kekayaan alam, kehidupan sosial-budaya yang diatur oleh hukum adat, dan lembaga adat yang mempertahankan keberlanjutan kehidupan Masyarakat Adat sebagai komunitas adat.

Sebagai badan kesehatan dunia, WHO (2021) merilis panduan dengan judul *Actions for consideration in the care and protection of vulnerable populations from COVID-19* dan berusaha mendefinisikan *vulnerable populations* sebagai kelompok yang menghadapi berbagai hambatan, antara lain status kesehatan awal yang buruk, literasi kesehatan yang rendah, dan rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan publik yang membuat mereka berisiko lebih tinggi terhadap infeksi COVID-19 dan/atau tingkat keparahan penyakit akibat infeksi COVID-19.

Dalam konteks spesifik vaksinasi, sebenarnya WHO pada tahun 2020 telah merilis rekomendasi peta jalan vaksinasi yang terus diperbaharui, dengan dokumen terbaru dirilis pada 30 Maret 2023. Peta jalan vaksinasi tersebut memberikan rekomendasi pelaksanaan program vaksinasi berdasarkan kelompok prioritas.

Tabel 3.1. Kelompok Prioritas Program Vaksinasi Berdasarkan Peta Jalan Vaksinasi WHO

Kelompok Prioritas	Sub-populasi
Tinggi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lansia, dengan dan tanpa penyakit penyerta 2. Tenaga kesehatan 3. Individu dengan gangguan imunitas sedang-berat 4. Dewasa muda dengan penyakit penyerta dan/atau penderita obesitas 5. Perempuan dewasa/remaja yang hamil
Sedang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dewasa muda yang sehat 2. Anak-anak dan remaja dengan penyakit penyerta dan/atau penderita obesitas
Rendah	Anak-anak dan remaja yang sehat

Sumber: WHO SAGE roadmap on uses of COVID-19 vaccines in the context of OMICRON and substantial population immunity (2023)

Tabel di atas dapat menjadi panduan dasar bagi setiap negara untuk pelaksanaan program vaksinasi COVID-19, terutama dalam konteks meningkatkan imunitas populasi secara umum. Namun begitu, tabel tersebut dapat disesuaikan dengan konteks negara masing-masing, misalnya di Indonesia dengan masih adanya kelompok-kelompok yang menemui hambatan dalam mengakses vaksin COVID-19. Peta jalan vaksinasi WHO mengakui hal tersebut, sehingga menuntut setiap negara untuk mempertimbangkan aspek kerentanan dalam pelaksanaan program vaksinasi dan menyerahkan sepenuhnya kepada negara untuk menerjemahkan definisi operasional kelompok rentan.

Benang merah dari definisi kelompok rentan dengan segala terminologi yang dipakai di berbagai literatur yang kami baca adalah bahwa kelompok rentan merupakan kelompok yang menemui hambatan substansial di lapangan, baik itu pengucilan atau diskriminasi sistemik, literasi kesehatan yang rendah, status kesehatan awal yang buruk, rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan publik, dan hambatan substansial lainnya yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko infeksi COVID-19 dan/atau tingkat keparahan penyakit akibat infeksi COVID-19, sehingga membutuhkan perhatian khusus.

Tabel 3.2. Variabel yang Menentukan Kerentanan Kelompok

Kelompok Rentan	
Variabel Independen	Hambatan substansial, dapat berupa hambatan klinis, administratif, infrastruktur, sosial dan perilaku, finansial, dan lainnya
Variabel Dependen	Peningkatan risiko infeksi COVID-19, tingkat keparahan penyakit, dan/atau kematian akibat infeksi COVID-19

Berdasarkan konteks dan kebutuhan spesifik Indonesia, CISDI dan Pusat Kajian dan Advokasi Perlindungan dan Kualitas Hidup Anak (PUSKAPA) UI (2021) telah mencoba mengembangkan setidaknya tujuh indikator kerentanan yang dapat menjadi pijakan para pemangku kebijakan untuk menemukan sub-populasi kelompok rentan dalam konteks pandemi COVID-19, sebagai berikut:

- 1 Individu tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai dan mumpuni, termasuk asuransi kesehatan.
- 2 Individu dengan status sosial-ekonomi rendah: penghasilan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan (harian, lepas, atau informal).
- 3 Individu dengan penyakit penyerta, terutama yang terbukti sebagai pemberat, seperti diabetes, hipertensi, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan.
- 4 Kelompok demografi dengan relasi kuasa rendah seperti lansia, anak, dan perempuan.
- 5 Individu yang mengalami ketertinggalan sosial berdasarkan agama/kepercayaan, disabilitas, etnis/suku, gender/seksualitas, status HIV-AIDS (Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immunodeficiency Syndrome, serta status kewarganegaraan).
- 6 Individu di wilayah 3T (tertinggal, terpencil, terluar).
- 7 Individu yang tidak mampu melaksanakan praktik 5M, termasuk tanpa akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai serta padat penduduk, tinggal di hunian yang sempit atau institusi sosial dengan ruang privat yang terbatas (contoh: penghuni lapas, pencari suaka/pengungsi).

Berdasarkan kajian yang dilakukan, secara spesifik berikut teridentifikasi sub-populasi kelompok rentan yang perlu menjadi prioritas dalam program vaksinasi COVID-19 di Indonesia:

- Individu tanpa kartu identitas atau kartu tanda penduduk (KTP).
- Individu tanpa JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)/asuransi kesehatan lainnya.
- Individu dengan tingkat pendidikan rendah dan tanpa akses informasi kesehatan yang memadai.
- Pekerja harian, lepas, atau informal dengan penghasilan rendah.
- Lansia.
- Ibu hamil.
- Penderita penyakit penyerta yang terbukti sebagai pemberat infeksi penyakit menular, misalnya penderita obesitas, hipertensi, diabetes, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan.
- Penganut agama/kepercayaan yang dianggap menyimpang.
- Disabilitas (fisik, mental, sensorik, dan intelektual).
- Individu dengan identitas gender dan/ atau orientasi seksual marjinal, seperti transpan.
- Orang dengan HIV (ODHIV)/AIDS
- Masyarakat adat.
- Individu lainnya yang tinggal di wilayah 3T tanpa akses ke pelayanan kesehatan yang mumpuni dan memadai.
- Penghuni lapas.
- Pengungsi dan pencari suaka.
- Individu tanpa akses air bersih dan sanitasi yang memadai.
- Individu yang tinggal di hunian atau institusi sosial sempit dan tanpa ruang privat yang memadai, misalnya mess karyawan industri/pertambangan, pesantren, dll.
- Individu yang tinggal di wilayah terdampak konflik bersenjata, misalnya di Papua.
- Individu yang tinggal di wilayah terdampak konflik sosial/agraria, misalnya mereka yang tinggal di tenda/sentra pengungsian akibat tidak diterima oleh masyarakat setempat mengingat identitas marjinal mereka.

Adapun penjelasan terperinci terkait kerentanan yang dialami, hambatan spesifik yang dihadapi masing-masing kelompok rentan dapat ditemukan di lampiran 2.

Secara saintifik, belum diketahui proporsi populasi yang harus divaksinasi COVID-19 untuk mulai membentuk kekebalan kelompok (WHO, 2020). WHO melalui berbagai rekomendasi peta

jalan vaksinasi yang dirilis sepanjang tahun 2020-2023 memberikan rekomendasi fokus vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok dengan risiko infeksi/kematian yang tinggi. Sehingga, mengedepankan akses vaksin COVID-19 yang adil terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan sudah seharusnya menjadi prioritas daripada menekankan cakupan vaksinasi COVID-19 yang hanya fokus terhadap kuantitas.



Vaksin sebagai *Public Goods*

Ketimpangan akses vaksin, baik di tingkat global dan nasional yang diakibatkan oleh oligopoli dan perang paten perusahaan farmasi besar serta negara-negara berpenghasilan tinggi dan ketidakmampuan banyak negara dalam membangun strategi penjangkauan yang sensitif terhadap kelompok rentan menggambarkan situasi di mana vaksin belum dianggap sebagai barang publik. Padahal, WHO (2022) menekankan betapa pentingnya meredefinisi vaksin sebagai barang publik dengan tujuan agar vaksin dapat berkontribusi secara signifikan untuk perlindungan dan peningkatan kesehatan manusia yang adil di antara semua orang.

Terdapat dua prinsip utama dari barang publik, yakni tidak adanya persaingan (*non-rivalrous*) dan tidak dapat dikecualikan (*non-excludable*). Prinsip tidak adanya persaingan bermaksud bahwa individu dapat mengonsumsi barang publik tanpa mengurangi jumlah ketersediaan barang publik tersebut untuk individu lain. Sedangkan prinsip tidak dapat dikecualikan bermakna bahwa barang publik yang disediakan atau diproduksi tidak boleh mencegah orang lain yang tidak memiliki akses dan/atau kemampuan membayar untuk mendapatkannya (Peacock, 2022).

Penjaminan akses vaksin sebagai hak dan/atau barang publik sebetulnya bukanlah hal yang sama sekali baru. Di tingkat internasional, Indonesia telah meratifikasi Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (KIHESB) pada 30 September 2005 melalui Undang - Undang (UU) No. 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya. Pasal 12 KIHESB menekankan kewajiban negara untuk menjamin hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental.

Melalui Komentar Umum KIHESB No. 14, Indonesia sebagai negara yang meratifikasi KIHESB memiliki kewajiban untuk mengambil upaya individu dan kolektif untuk, antara lain, menyediakan teknologi yang relevan, menggunakan dan meningkatkan surveilans epidemiologis dan pengumpulan data secara terpilah, implementasi atau peningkatan program imunisasi dan strategi pengendalian penyakit menular lainnya.

Dalam pernyataan tentang akses universal dan merata terhadap vaksin COVID-19 yang dirilis oleh Komite Kovenan KIHESB pada 27 November 2020, vaksin secara jelas didefinisikan sebagai barang publik yang harus dijamin aksesnya oleh negara untuk semua orang, termasuk kelompok rentan.

Indonesia telah juga meratifikasi Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas (KHPD) pada tahun 2011 melalui UU No. 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas. Pasal 25 KHPD menyatakan kewajiban negara untuk menjamin akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang sensitif terhadap disabilitas yang mereka sandang.

Perlu ditekankan bahwa kedua instrumen hukum HAM (Hak Asasi Manusia) internasional yang telah diratifikasi Indonesia tersebut tidak membatasi kewajiban negara dalam menjamin akses kesehatan, termasuk vaksin, hanya kepada warga negara, melainkan semua orang yang berada di bawah yurisdiksi negara tersebut.

Kebijakan vaksinasi berbasis HAM secara khusus bertujuan untuk mewujudkan hak atas kesehatan. Pembuatan kebijakan dan pemrograman vaksinasi harus dipandu oleh standar dan prinsip HAM yang bertujuan untuk mengembangkan kapasitas pengemban tanggung jawab (*duty-bearer*)

untuk memenuhi kewajiban mereka dan memberdayakan pemegang hak (*rights-holder*) untuk mengklaim hak kesehatan mereka secara efektif. Komentar Umum No. 14 Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (KIHESB) menjelaskan bahwa empat elemen: ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan dan kualitas sangat penting untuk penikmatan hak atas kesehatan, termasuk vaksinasi oleh semua.

- 1 **Ketersediaan (*availability*):** pelayanan kesehatan masyarakat yang berfungsi dan fasilitas kesehatan, barang, jasa dan program dalam jumlah yang cukup.
- 2 **Aksesibilitas (*accessibility*):** non diskriminasi, aksesibilitas fisik, aksesibilitas ekonomi, dan aksesibilitas informasi.
- 3 **Penerimaan (*acceptability*):** penghormatan terhadap etika kedokteran dan sensitif budaya, peka terhadap usia dan gender.
- 4 **Kualitas (*quality*):** patut secara ilmiah dan medis serta dalam kualitas yang baik.

Tidak hanya melalui instrumen hukum HAM internasional, berbagai kebijakan di tingkat nasional memandatkan negara untuk menjamin hak atas kesehatan, termasuk akses vaksin, antara lain (i) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; dan (ii) Peraturan Pemerintah (PP) No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial yang mengatur perihal perlindungan sosial bagi masyarakat dengan kondisi yang membutuhkan bantuan sosial ekonomi berupa pelayanan kesehatan, tempat penampungan sementara, terapi psikososial, dan uang tunai.

Terdapat setidaknya tiga alasan utama mengapa akses vaksin harus dijamin sebagai barang publik global.

Pertama, keharusan moral. Akses kolektif terhadap vaksin berkorelasi dengan kekebalan kelompok (*herd immunity*), sehingga menjadi keharusan moral untuk memastikan bahwa ketimpangan akses vaksin tidak berlanjut menghambat kekebalan kelompok. Hal ini selaras dengan pernyataan Sekretaris Jenderal Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), António Guterres pada tahun 2021 yang menyebut keadilan vaksin sebagai tes moral terbesar bagi komunitas global (*United Nations*, 2021).

Kedua, risiko kesehatan lintas batas negara jika ketimpangan akses vaksin terus terjadi. Jika negara-negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah gagal dalam mencapai kekebalan kelompok, maka persebaran dan mutasi virus dapat menjadi risiko yang konstan, bahkan berakibat terhadap efektivitas vaksin yang telah dikembangkan.

Ketiga, keuntungan ekonomi. Berdasarkan estimasi *Oxfam International* pada tahun 2020, negara-negara berpenghasilan tinggi dapat kehilangan US\$119 miliar per tahun jika negara-negara berpenghasilan rendah terhambat dalam mengakses vaksin. Sebaliknya, untuk setiap US\$1 yang dibelanjakan oleh negara-negara berpenghasilan tinggi untuk memasok vaksin ke negara-negara berpenghasilan rendah, negara-negara berpenghasilan tinggi akan mendapatkan kembali sekitar US\$4,8 (*RAND Corporation*, 2020).



Kerangka Kebijakan Indonesia Untuk Menjamin Akses ke Vaksin



Kebijakan strategis yang secara spesifik berbicara mengenai akses vaksin terhadap kelompok rentan masih cukup terbatas. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan PP No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial telah menjadi dasar dari penjaminan hak atas kesehatan di Indonesia. Kebijakan pelaksanaan vaksin belum sepenuhnya berbasis hak karena tidak melihat masyarakat sebagai individu yang memiliki seperangkat hak yang harus dijamin untuk menunjang akses vaksin.

Pemerintah Indonesia menggulirkan program vaksinasi dalam beberapa tahap dengan tahap III yang dimulai sejak April 2021 menargetkan masyarakat umum dan kelompok rentan dari aspek geospasial, sosial, dan ekonomi sebagai

sasaran penerima vaksin utama. Peraturan Presiden (Perpres) No. 99 Tahun 2020 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 memberikan mandat kepada Kementerian Kesehatan (Kemenkes) untuk menetapkan kriteria sasaran penerima vaksin. Sayangnya, sebagai produk kebijakan pertama dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19, Kemenkes melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 10 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 dan Kepmenkes (Keputusan Menteri Kesehatan) No. HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 tidak secara operasional mendefinisikan “kelompok rentan.”



Permenkes dan kepmenkes hanya menyebutkan "masyarakat rentan dari aspek geospasial, sosial, dan ekonomi."

Meskipun Kemenkes telah mengeluarkan kebijakan terbaru melalui Permenkes No. 7 Tahun 2023 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19, tidak ada perubahan mengenai definisi kelompok rentan. Dalam permenkes tersebut, permenkes masih menyebutkan "masyarakat rentan dari aspek geospasial, sosial, dan ekonomi."

Komite Ahli untuk Kebijakan Imunisasi WHO memberikan pekerjaan rumah bagi setiap negara untuk menerjemahkan secara operasional peta jalan vaksinasi mereka yang sensitif terhadap kebutuhan kelompok rentan ke dalam konteks

spesifik negara terkait. Permenkes No. 10 Tahun 2021 pada hakikatnya mencantumkan indikasi vaksin dari Komite Ahli untuk Kebijakan Imunisasi WHO sebagai salah satu rujukan penentuan kriteria penerima vaksin, namun hingga kini Pemerintah belum berhasil menerjemahkan secara operasional peta jalan vaksinasi nasional yang sensitif terhadap kebutuhan kelompok rentan.

Kemenkes pada tahun 2021 sempat mengeluarkan Surat Edaran (SE) HK.02.02/III/15242/2021 yang menyatakan masyarakat rentan, termasuk 1) kelompok penyandang disabilitas, 2) masyarakat adat, 3) penghuni lembaga pemasyarakatan, 4) Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS), 5) Pekerja Migran Indonesia Bermasalah (PMIB), dan 6) masyarakat lainnya yang belum memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK). Melalui Surat Edaran (SE)



tersebut, Pemerintah Daerah diberikan kewenangan untuk menentukan targetnya sendiri dengan menggunakan metode dan data masing-masing. Meskipun patut diapresiasi, Indonesia membutuhkan pembakuan definisi operasional kelompok rentan yang lebih lengkap melalui regulasi yang lebih kuat dan diikuti dengan tata laksana penjangkauan vaksinasi kelompok rentan.

Cukup mengkhawatirkan, alih-alih memperbaiki kebijakan untuk lebih berbasis hak, Pemerintah justru mengeluarkan kebijakan dengan ancaman sanksi administratif melalui Perpres No. 14 Tahun 2021 tentang Perubahan atas Perpres No. 99 Tahun 2020 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19. Melalui kebijakan tersebut, setiap orang yang telah ditetapkan sebagai sasaran penerima

Vaksin COVID-19 yang tidak mengikuti vaksinasi dapat dikenakan sanksi administratif berupa penundaan atau penghentian pemberian jaminan/ bantuan sosial, layanan administrasi pemerintahan, dan/atau denda.

Dalam konteks Indonesia, yang dibutuhkan sekarang adalah kebijakan dan pelaksanaan vaksinasi yang berbasis hak. Hal genting yang perlu dipastikan adalah definisi operasional dari kelompok rentan dan tata laksana penjangkauannya. Hal tersebut dikarenakan meskipun suplai vaksin di tingkat nasional mencukupi (Bisnis, 2023), masih terdapat sejumlah kelompok yang harus diperhatikan secara khusus karena mereka masih menemui hambatan substansial untuk mengakses vaksin, sehingga meningkatkan risiko infeksi COVID-19 dan/atau tingkat keparahan penyakit akibat infeksi COVID-19.

Bab 4

Pembiayaan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia



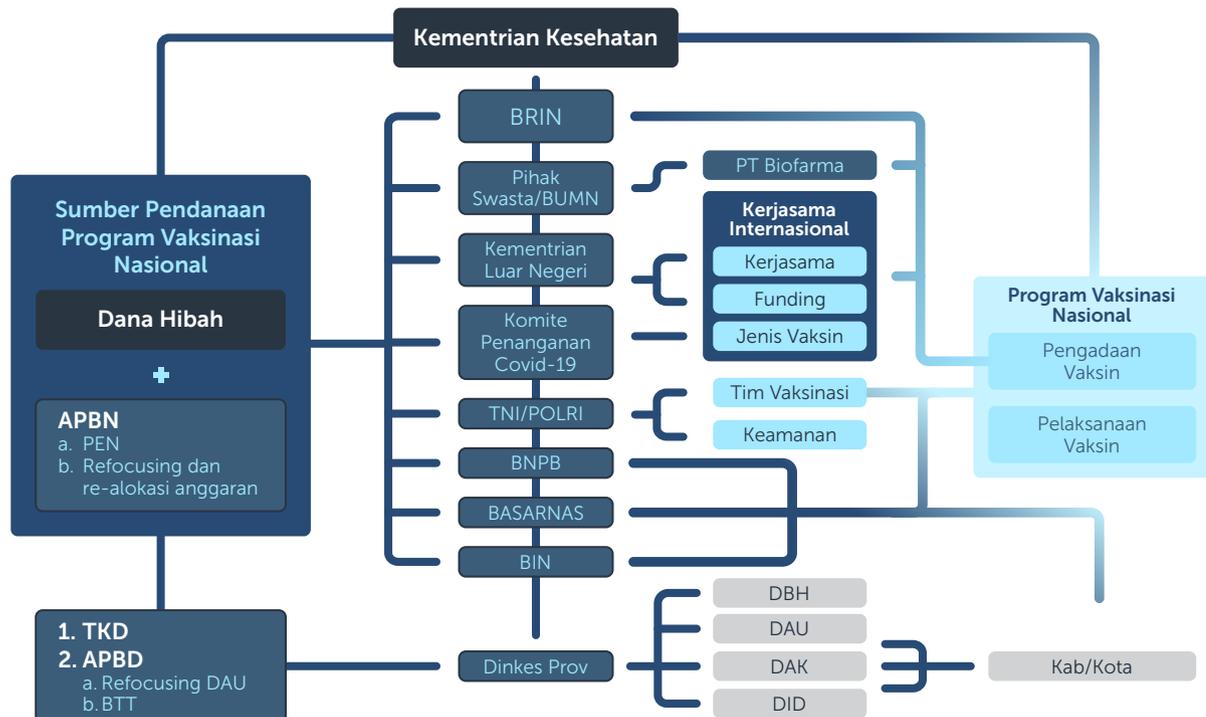
Vaksin memainkan peran penting dalam pertarungan melawan penyakit menular, sehingga keputusan untuk memberikan akses vaksin COVID-19 secara gratis oleh Pemerintah sudah tepat, terutama mengingat status pandemi COVID-19 sebagai kedaruratan kesehatan. Terdapat dua komponen pembiayaan yang akan dibahas dalam bagian ini, yakni pengadaan vaksin COVID-19 dan pelaksanaan program vaksinasi COVID-19.

Komponen pengadaan vaksin COVID-19 terdiri dari sub-komponen penyediaan vaksin COVID-19 serta peralatan pendukung dan logistik yang diperlukan dan distribusi vaksin COVID-19 sampai pada titik serah yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Pembiayaan berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Dana Hibah. Selain dalam bentuk pembiayaan, hibah stok vaksin juga diterima oleh Indonesia melalui mekanisme kerja sama bilateral dan multilateral.

Sedangkan pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 memiliki sub-komponen yang berbeda-

beda di tingkat daerah, dapat berupa distribusi ke kota/kabupaten, vaksinasi dosis primer dan booster, insentif tenaga vaksinator, advokasi dan sosialisasi, hingga evaluasi dan pengawasan. Pembiayaan pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 berasal dari APBN, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dan sumber lainnya.

Dalam gambar 4.1, alur anggaran APBN dan dana hibah digunakan untuk mendukung program vaksinasi COVID-19 nasional oleh Kementerian dan Lembaga yang terlibat pada proses pengadaan dan pelaksanaan program vaksinasi nasional, sedangkan untuk dana yang digunakan oleh dinas kesehatan provinsi menggunakan alokasi dana Transfer ke Daerah (TKD) dan APBD yang terdiri atas *Refocusing* Dana Alokasi Umum (DAU) dan Belanja Tidak Terduga (BTT). Sedangkan untuk Dinkes kabupaten/kota menggunakan anggaran yang bersumber dari DAU, DAK, Dana Insentif Daerah (DID) (Pemerintah Pusat, 2022).

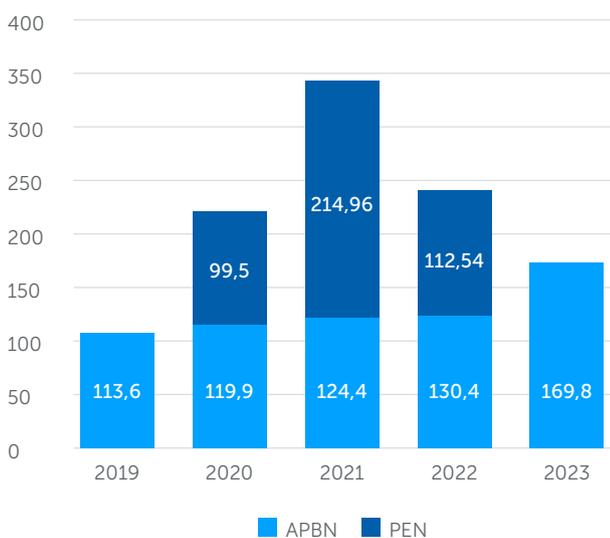


Gambar 4.1. Alur Pembiayaan dan Pelaksanaan Program Vaksinasi Nasional

Sesuai dengan Perpres No. 99 Tahun 2020, proses pengadaan vaksinasi juga dapat dilakukan melalui kerjasama internasional dan bantuan pembiayaan internasional oleh Kementerian Luar Negeri yang disetujui oleh Kementerian Kesehatan. Untuk jenis dan jumlah pengadaan ditentukan oleh Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi

Nasional (KPCPEN). Pemerintah bekerjasama dengan pihak swasta/Badan Usaha Milik Negara (BUMN) untuk menugaskan Perseroan Terbatas (PT) Biofarma dalam proses distribusi vaksin hibah. Sedangkan untuk pemantauan mutu di daerah dilakukan oleh Instalasi Farmasi Pemerintah (IFP).

Anggaran Kesehatan Indonesia



Sumber: CISDI, 2023; Kemenkeu, 2021; Kemenkeu, 2022; Kemenkeu, 2022

Gambar 4.2. Anggaran Kesehatan dan PEN kluster kesehatan

Gambar 4.2. menunjukkan secara keseluruhan alokasi anggaran kesehatan Indonesia dari tahun 2019 hingga 2023 mengalami peningkatan, terutama ketika pandemi berlangsung (tahun 2020-2022). Peningkatan anggaran ini secara signifikan bersumber dari dana yang dialokasikan untuk KPCPEN untuk penanganan pandemi COVID-19.

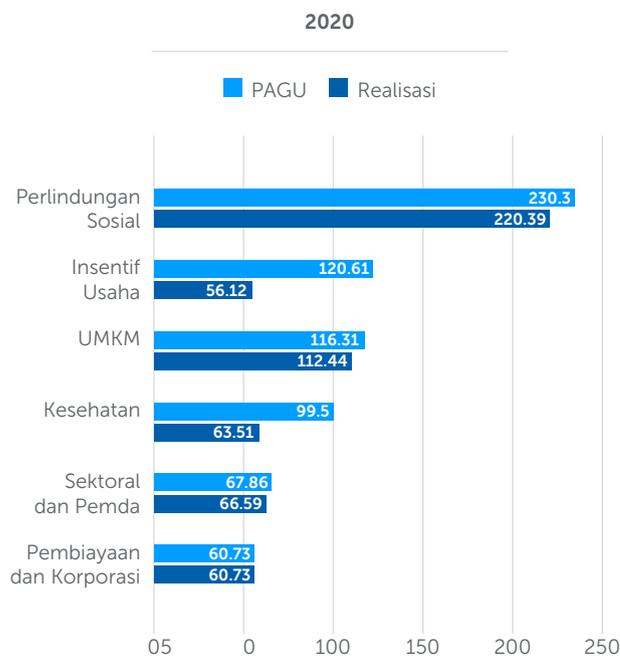
Anggaran PEN

Untuk mengatasi dampak pandemi COVID-19, pemerintah membentuk Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional

(KPCPEN) dengan dikeluarkannya Perpres Nomor 82 Tahun 2020 pada 20 Juli 2020. Komite tersebut bertujuan untuk mengintegrasikan upaya penanganan pandemi lintas Kementerian/Lembaga dengan lima program utama, yaitu: (1) berkomitmen untuk mengamankan rakyat dari COVID-19; (2) perencanaan reformasi kesehatan berbasis gotong royong; (3) meningkatkan daya beli masyarakat; (4) meningkatkan penerimaan negara; dan (5) percepatan penyerapan tenaga kerja (Kemenko Perekonomian, 2023)

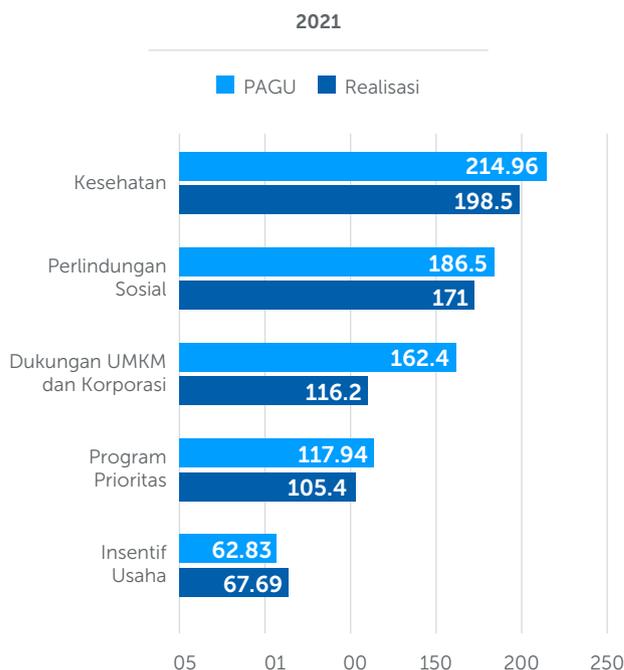
Setiap tahunnya, PEN² memiliki kluster utama yang berbeda dengan besaran anggaran yang berbeda, karena menurut Wakil Menteri Keuangan alokasi anggaran PEN didesain fleksibel dengan akuntabilitas yang terjaga dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai upaya untuk menjaga dan mempertahankan pertumbuhan ekonomi (Kemenkeu, 2023). Adapun pembagian porsi anggaran PEN pada 6 kluster pada tahun 2020 dapat dilihat di gambar 4.3 dimana kluster kesehatan mendapat anggaran keempat tertinggi atau sebesar Rp 99,5 triliun dengan realisasi sebesar Rp 63,5 triliun (63,8%) dengan belanja tertinggi pada belanja penanganan COVID-19 (Rp 41,77 triliun) dan insentif tenaga kesehatan (Rp 8,83 triliun) yang dijabarkan dalam gambar 4.6. Anggaran kesehatan masih di bawah anggaran untuk perlindungan sosial karena pada tahun 2020 anggaran PEN cenderung didominasi oleh realisasi

² PEN adalah pembiayaan yang digunakan untuk mengurangi dampak pandemi COVID-19 terhadap perekonomian Indonesia yang memiliki beberapa kluster fokus, termasuk kesehatan.



Sumber: Kemenkeu, 2021; Kemenkeu, 2022; Kemenkeu, 2022

Gambar 4.3. Pagu dan Realisasi Anggaran PEN 2020



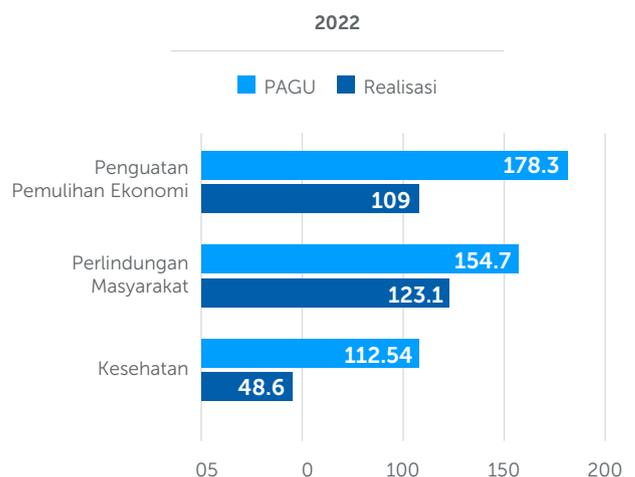
Sumber: Kemenkeu, 2021; Kemenkeu, 2022; Kemenkeu, 2022

Gambar 4.4. Pagu dan Realisasi Anggaran PEN 2021

untuk kebutuhan perlindungan sosial seperti dengan memberikan sembako, Bantuan Langsung Tunai (BLT), dan bantuan sosial lainnya (Kemenkeu,2021).

Sedangkan pada tahun 2021 (gambar 4.4), Pemerintah mengalirkan anggaran PEN ke dalam lima bidang dengan realisasi tertinggi oleh klaster kesehatan (Rp198,5 triliun; 92,34%). Secara detail, dalam laporan audit realisasi anggaran tahun 2021 PEN yang ditunjukkan dalam gambar 4.7, kebutuhan pengobatan COVID-19 (*therapeutic*) mendominasi pagu anggaran hingga Rp87,9 triliun, dengan realisasinya mencapai Rp104 triliun (118%). Sedangkan untuk program vaksinasi COVID-19, PEN menganggarkan sebesar Rp57,7 triliun dengan realisasi sebesar Rp38,9 triliun (67,4%). Selain itu, peningkatan kasus yang sangat cepat di tahun 2021, namun program vaksinasi yang terlambat membuat infeksi menyebar dengan signifikan dan membuat angka kesakitan dan kematian meningkat tajam. Tidak heran biaya pengobatan membengkak di luar ekspektasi pada tahun tersebut.

Melalui gambar 4.5 terlihat bahwa pada tahun 2022 Pemerintah memprioritaskan alokasi anggaran untuk kegiatan penguatan pemulihan ekonomi dengan alokasi hingga Rp178,3 triliun, jauh di atas anggaran kesehatan yang hanya dialokasikan sebesar Rp112,54 triliun. Sedangkan untuk



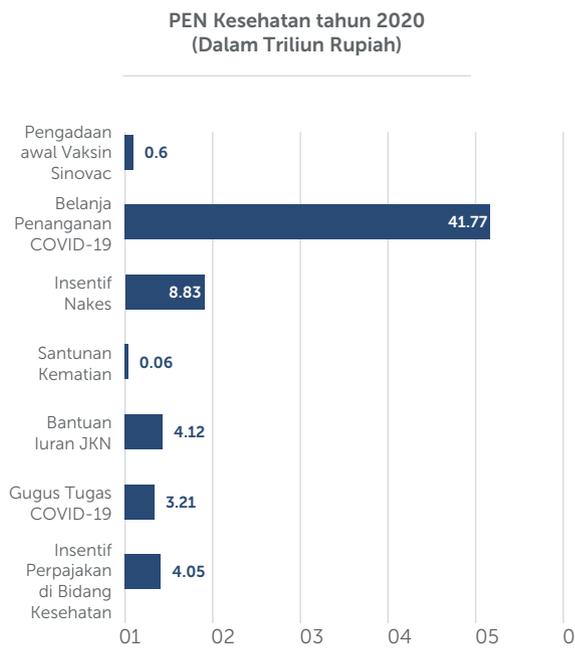
Sumber: Kemenkeu, 2021; Kemenkeu, 2022; Kemenkeu, 2022

Gambar 4.5. Pagu dan Realisasi Anggaran PEN 2022

realisasi anggaran PEN 2022, klaster kesehatan masih jauh dibawah kegiatan pemulihan ekonomi (Rp109 triliun) dan perlindungan masyarakat (Rp123,1 triliun), yaitu hanya sebesar Rp48,6 triliun (Kemenkeu, 2023).

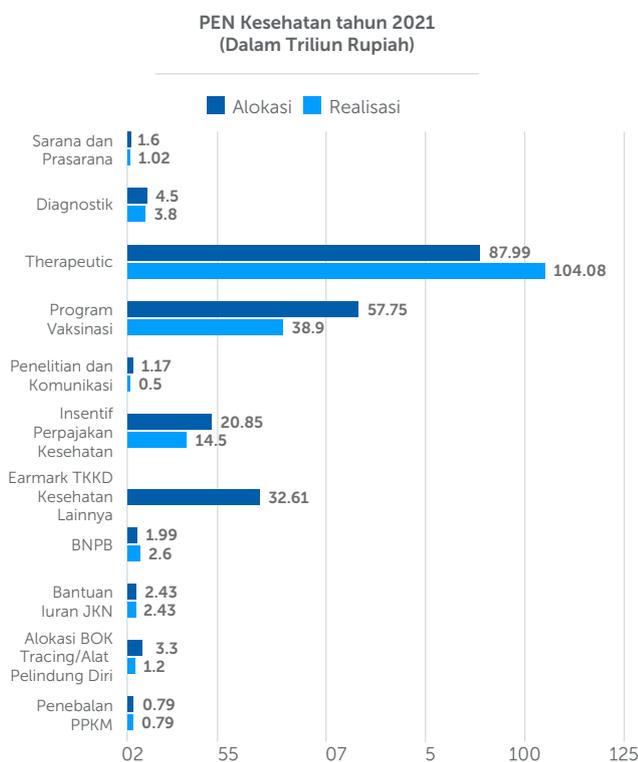
Rincian dari alokasi anggaran kesehatan tahun 2022 dapat dilihat pada gambar 4.8 yang menjelaskan bahwa sebagian besar anggaran digunakan untuk kebutuhan perawatan atau therapeutic (Rp37,97 triliun) dan penanganan kesehatan lainnya (Rp32,31 triliun), sedangkan hanya Rp10,76 triliun yang dianggarkan untuk program vaksinasi COVID-19. Secara keseluruhan, anggaran kesehatan PEN mayoritas dianggarkan untuk biaya pengobatan, penanganan COVID-19, dan program vaksinasi.

Namun pada tahun 2023, anggaran PEN ditiadakan (Kominfo, 2023), hal ini disebabkan karena per tahun 2023, KPCPEN dibubarkan lalu digantikan oleh Global Crisis Response yang memiliki mandat dalam penanganan krisis energi, krisis pangan, dan krisis utang di bawah Kemenko Perekonomian (Kumparan, 2022).



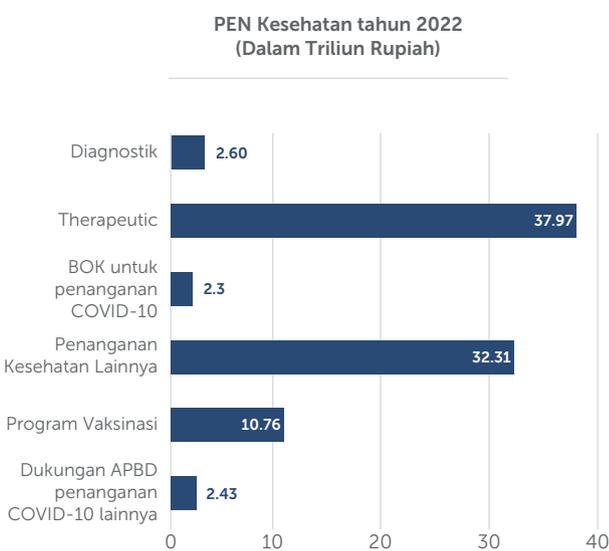
Sumber: Kemenkeu, 2021

Gambar 4.6. Alokasi Anggaran PEN tahun 2020



Sumber: Kemenkeu, 2022

Gambar 4.7. Alokasi Anggaran PEN tahun 2021



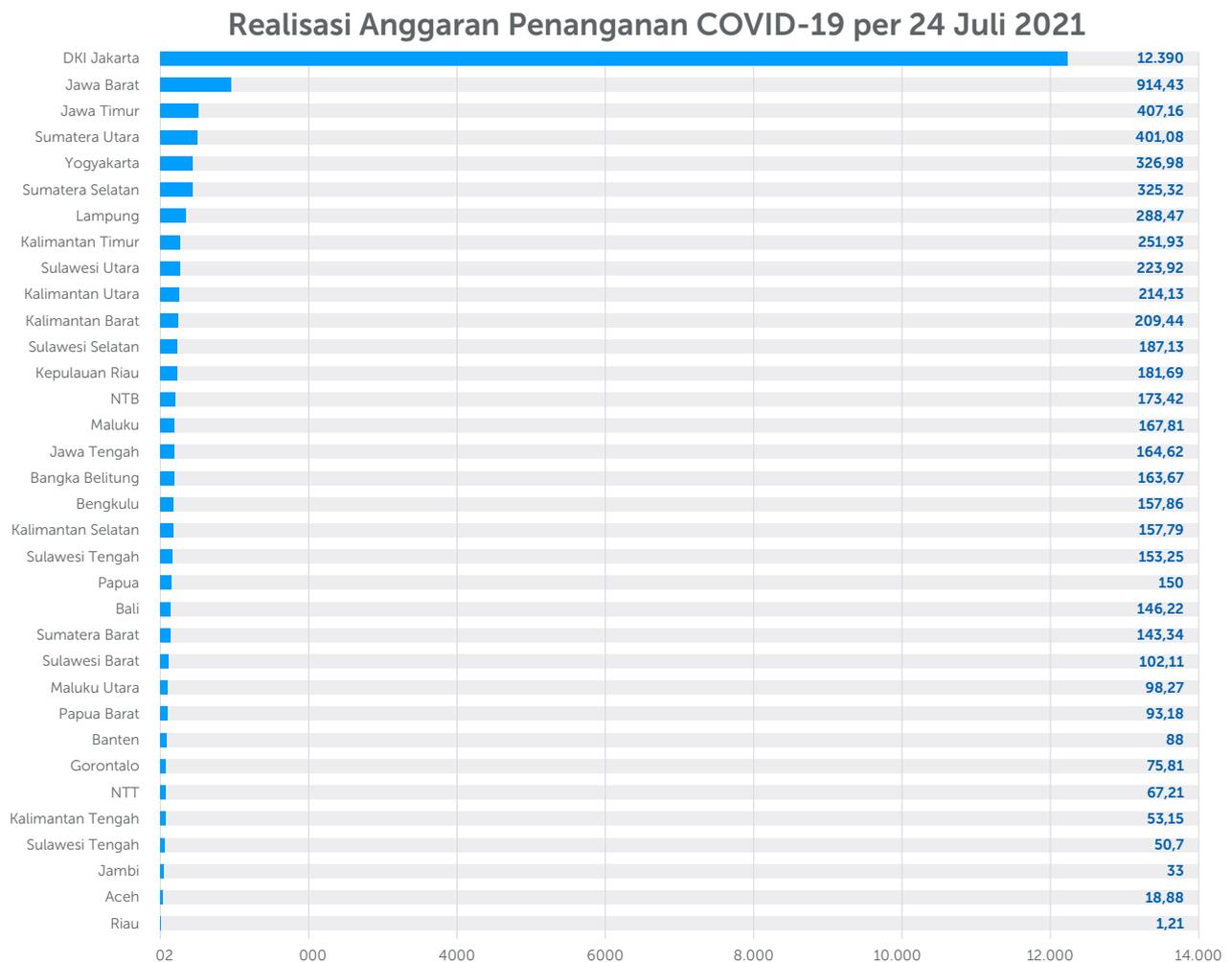
Sumber: Kemenkeu, 2023

Gambar 4.8. Alokasi Anggaran PEN tahun 2022

Anggaran Program Penanganan Pandemi COVID-19 Masih Timpang dan Realisasi Anggaran di Tingkat Provinsi Cukup Lambat

Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) mencatat, anggaran penanganan COVID-19 yang terealisasi oleh seluruh provinsi hanya sebesar 29,18% dari pagu anggaran ketika percepatan dilakukan secara masif pada pertengahan tahun 2021. Selain itu, ada ketimpangan fiskal signifikan antardaerah. Hal

tersebut dibuktikan dengan realisasi anggaran DKI Jakarta meski hanya terealisasi sebesar 34,57% atau sebesar Rp12,39 triliun, namun angka tersebut tetap menjadikan DKI Jakarta memiliki nominal realisasi tertinggi di Indonesia dan jauh lebih besar dibandingkan daerah lain.



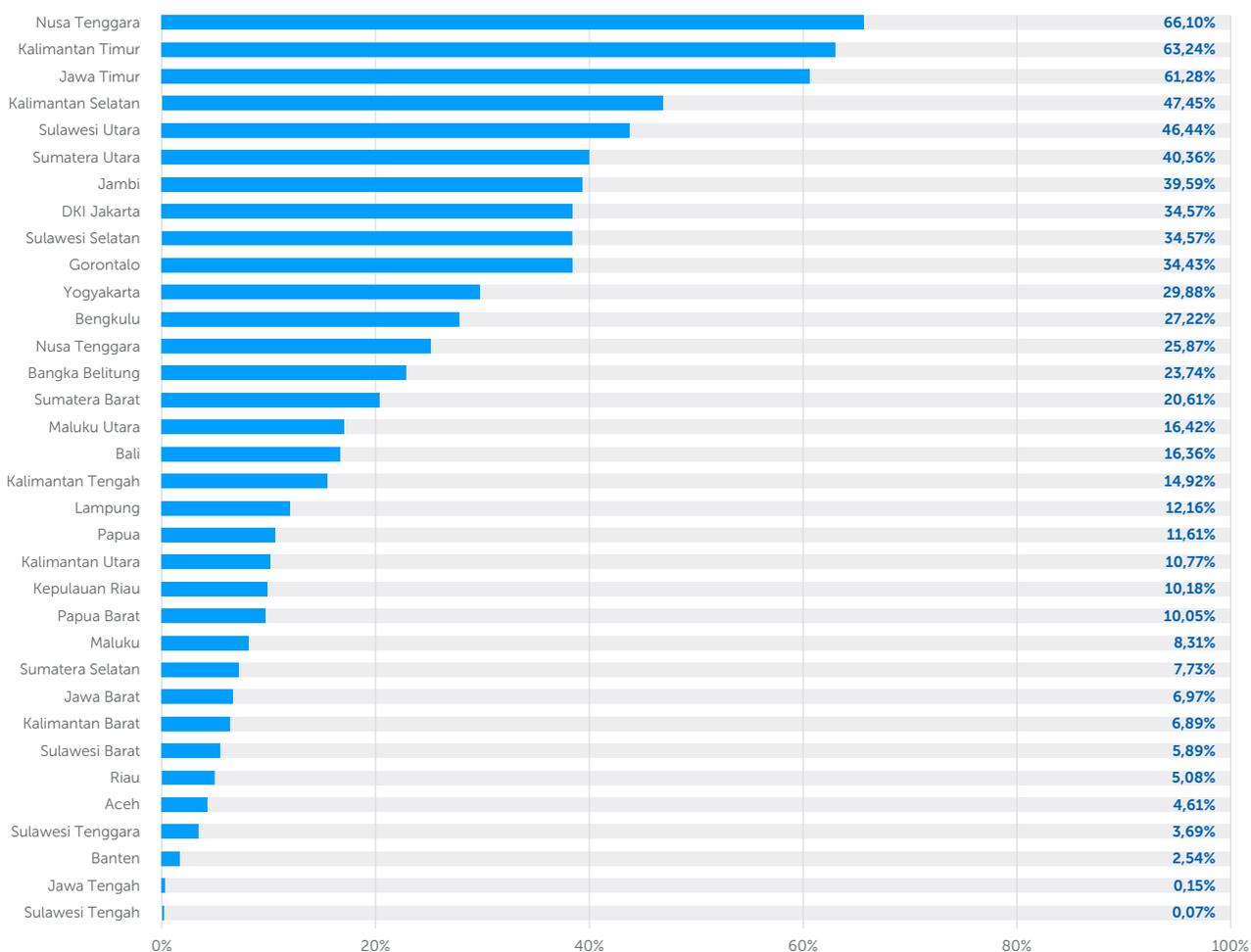
Sumber: Kemendagri, 2021

Gambar 4.9 Realisasi Anggaran Penanganan COVID-19 per 24 Juli 2021

Selain itu, Jawa Barat sebagai provinsi dengan realisasi anggaran terbesar kedua saja hanya merealisasikan 6,97% anggaran atau sebesar Rp 914,43 miliar. Sedangkan 32 provinsi lainnya hanya merealisasikan kurang dari Rp500 miliar untuk menanggulangi pandemi COVID-19 di pertengahan tahun 2021, dengan Provinsi Aceh sebagai provinsi dengan besaran realisasi

terendah dengan Rp18,8 miliar atau sebesar 4,61% dari pagu anggaran. Secara umum, hanya ada tiga provinsi yang telah merealisasikan anggaran lebih dari 50%, yaitu Nusa Tenggara Timur (NTT), Kalimantan Timur, dan Jawa Timur, sedangkan Jawa tengah dan Sulawesi tengah merealisasikan anggaran kurang dari 1% pada pertengahan 2021 (Kemendagri, 2021).

Persentase Realisasi Anggaran Penanganan COVID-19 per 24 Juli 2021



Sumber: Kemendagri, 2021

Gambar 4.10 Persentase Realisasi Anggaran Penanganan COVID-19 per 24 Juli 2021

Anggaran Program Vaksinasi COVID-19

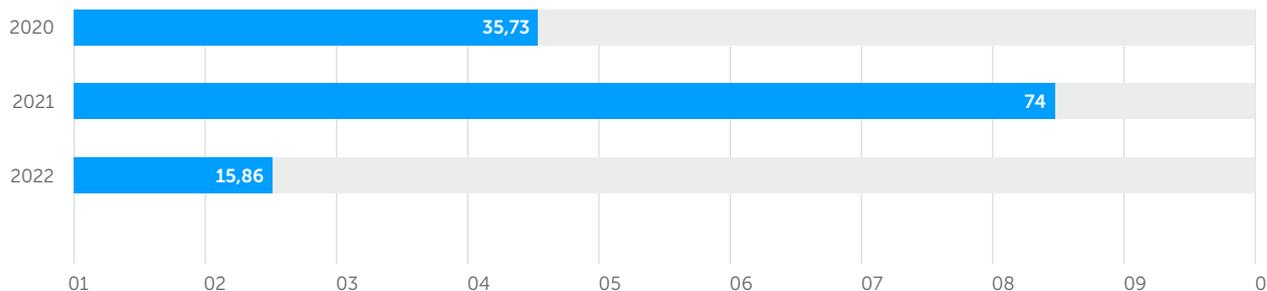
Anggaran program vaksinasi (gambar 4.11) dialokasikan tertinggi pada tahun 2021 dan terendah pada 2022. Penurunan signifikan di tahun 2022 terjadi akibat cenderung lebih terkendalinya transmisi COVID-19 dan menurunnya minat masyarakat akan vaksinasi pada tahun tersebut. Tahun 2020, anggaran vaksinasi berasal dari APBN sebesar Rp35,73 triliun, di mana anggaran ini digunakan untuk membeli tiga juta dosis vaksin serta bahan habis pakai (suntik, alkohol swab, dll) (Kemenkeu, 2021; CISDI, 2023; Kemenkeu, 2022).

Selanjutnya, pada tahun 2021, ketika kasus mulai meningkat secara drastis akibat dari varian Delta. Pemerintah mengupayakan percepatan program penanganan COVID-19 dan vaksinasi nasional, sehingga dibutuhkan anggaran yang lebih besar untuk mengimplementasikannya. Oleh karenanya,

anggaran untuk program vaksinasi naik lebih dari dua kali lipat menjadi Rp74 triliun yang berasal dari tiga sumber yaitu PEN (Rp36,4 triliun), realokasi APBN (Rp19,6 triliun), dan APBN (Rp18 triliun) (Kemenkeu, 2022).

Namun pada tahun 2022, anggaran kesehatan PEN mengalami penurunan dengan alokasi sebesar Rp112,54 triliun. Penurunan ini juga terjadi untuk program vaksinasi mengalami penurunan dengan anggaran PEN sebesar Rp10,76 triliun dan Rp5,1 triliun berasal dari anggaran keluaran strategis pelaksanaan APBN T.A. 2022 yang digunakan untuk penyediaan vaksinasi COVID-19 (Kemenkeu, 2023). Sedangkan pada tahun 2023, alokasi anggaran untuk program vaksinasi COVID-19 dan PEN sudah dihapuskan. Sehingga anggaran kesehatan hanya bergantung pada APBN sebesar Rp169,8 triliun.

Anggaran Program Vaksinasi COVID-19 Tahun 2020-2022



Sumber : Kemenkeu, 2022, Kemenkeu, 2023

Gambar 4.11. Anggaran Vaksinasi COVID-19 tahun 2021-2022

Pembiayaan Pengadaan Vaksinasi COVID-19

Pada Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020 ditetapkan jangka waktu pengadaan vaksin COVID-19 dilakukan untuk tahun 2020 sampai dengan tahun 2022 dan dapat diperpanjang bila diperlukan. Untuk pengadaan vaksin COVID-19, penetapan jenis dan jumlah vaksin dilakukan oleh pemerintah melalui Kemenkes dan berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait. Sedangkan untuk pengadaan suplai vaksin COVID-19 dilakukan melalui:

- A** Penugasan kepada BUMN yakni PT Bio Farma (Persero),
- B** Penunjukan langsung badan usaha penyedia, dan/atau
- C** Kerjasama dengan lembaga/badan internasional yakni dengan *The Coalition*

for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), The Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI); dan/atau lembaga/badan internasional lainnya. Pengadaan Vaksin COVID-19 tersebut meliputi penyediaan vaksin, peralatan pendukung dan sekaligus distribusi vaksin sampai diterima oleh masyarakat (Kemenkeu, 2022).

Secara garis besar, pembiayaan terkait dengan pengadaan program Vaksinasi COVID-19 terdiri dari tiga sumber, yakni APBN, realokasi APBN, dan anggaran Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN).

Berdasarkan tabel 4.1, jumlah keseluruhan vaksin COVID-19 yang dibeli oleh Pemerintah Indonesia sepanjang tahun 2021 sampai 2023 mencapai 349,8 juta dosis vaksin dengan pembelian tertinggi terjadi pada tahun 2021 sebesar 329,6

Tabel 4.1. Total Pembelian Vaksin di Indonesia (2021-2023)

Tahun	BIOVAC	Indovac	Inavac	Coronavac	AZ	Pfizer	Novavax	Total
2021	123.335.100	0	0	110.600.000	50.088.740	34.632.000	9.000.000	329.655.840
2022	0	4.559.200	1.171.755	14.000.000	0	0	0	19.730.955
2023	0	440.800	53.245	0	0	0	0	494.045
Total	125.335.100	5.000.000	1.225.000	124.600.000	50.088.740	34.632.000	9.000.000	349.880.840

Keterangan: Angka menunjukkan dosis

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) dalam Kegiatan Intra Action Review (IAR) COVID-19 Tahap VIII (2023)

juta dosis. Pada tahun 2021, jenis vaksin yang dibeli oleh Pemerintah Indonesia adalah vaksin BIOVAC, Coronavac, Astrazeneca, Pfizer, dan Novavax. Selanjutnya pada tahun 2022, Pemerintah hanya membeli vaksin Coronavac dikarenakan pada tahun ini Pemerintah mulai memberdayakan vaksin mandiri Indovac dan Inavac.

Selain melalui mekanisme pembelian, Perpres No. 99 Tahun 2020 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 memungkinkan Indonesia untuk melakukan pengadaan vaksin COVID-19 melalui mekanisme kerja sama bilateral dan multilateral berupa hibah stok vaksin. Sepanjang tahun 2021-2023, Indonesia telah bekerjasama dengan COVAX Facility, sejumlah negara, dan perusahaan dalam pengadaan vaksin COVID-19. Berdasarkan tabel 4.2, total hibah vaksin COVID-19 yang diterima oleh Indonesia adalah sejumlah 137.992.180 vaksin.

Secara kumulatif, pengadaan vaksin COVID-19 yang dilakukan dan diterima oleh Pemerintah Indonesia sepanjang tahun 2021 sampai 2023 untuk kepentingan vaksinasi program adalah sebanyak 487.873.020 dosis vaksin COVID-19. Sedangkan sasaran vaksinasi COVID-19 di Indonesia menurut Kemenkes adalah sejumlah 234.666.020 individu (Dasbor Vaksinasi COVID-19 Kemenkes, 2023).

Meskipun jumlah kumulatif pengadaan vaksin COVID-19 yang diterima oleh Pemerintah hingga tahun 2023 adalah 104% dari jumlah dosis vaksin yang dibutuhkan oleh Pemerintah (469.332.040 dosis vaksin) untuk memvaksinasi seluruh sasaran vaksinasi COVID-19 dengan dosis primer, kami memahami bahwa variabel eksternalitas seperti waktu, masa kadaluarsa, kesiapan infrastruktur, logistik dan distribusi, keterbatasan fiskal, dan suplai global berpengaruh terhadap terpenuhi atau tidaknya kebutuhan vaksinasi COVID-19 di Indonesia (Dasbor Vaksinasi COVID-19 Kemenkes, 2023).

Setidaknya pada tahun 2021, Indonesia sempat mengalami kekurangan dosis vaksin COVID-19. Menurut perhitungan Kemenkes, Indonesia harus mampu mengamankan sebanyak 363 juta dosis vaksin COVID-19 hingga pertengahan tahun 2021. Sedangkan sampai akhir April 2021, jumlah dosis vaksin COVID-19 yang telah diamankan Pemerintah baru mencapai 120 juta dosis vaksin COVID-19, sepertiga dari target yang harus dicapai dalam waktu dua bulan (Liputan 6, 2021).

Memasuki tahun 2022, kecukupan dosis vaksin COVID-19 di Indonesia mulai membaik. Melalui FGD mengenai keadilan akses vaksinasi COVID-19 yang dilakukan oleh CISDI pada Mei 2022, Biofarma mengakui bahwa sampai

Tabel 4.2. Jumlah hibah vaksin COVID-19 melalui mekanisme kerja sama bilateral dan multilateral

Tahun	Hibah Multilateral (COVAX)	Hibah Bilateral									
		UAE	Jepang	Australia	Belanda	China	Singapura	Perancis	UK	BUMN	J-Bio
2021	78.281.910	750.000	4.152.150	5.695.000	3.780.400	5.200.400	122.400	600.000	1.000.000	0	0
2022	32.111.990	0	2.722.930	2.700.000	0	0	0	0	0	75.000	200.000
2023	0	0	0	0	0	0	0	0	0	600.000	0
Total	110.393.900	750.000	6.875.080	8.395.000	3.780.400	5.200.400	122.400	600.000	1.000.000	675.000	200.000
Total Hibah Vaksin		137.992.180									

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) dalam Kegiatan Intra Action Review COVID-19 Tahap VIII (2023)

akhir tahun 2022, suplai vaksin COVID-19 tidak lagi menjadi permasalahan di Indonesia, melainkan permasalahan besar yang ada pada saat itu adalah mengenai distribusi, bagaimana memastikan bahwa vaksin COVID-19 dapat disalurkan secara merata ke seluruh Indonesia, di tengah keterbatasan infrastruktur, logistik, dan masa kedaluwarsa vaksin COVID-19 yang dihadapi oleh Indonesia.

Sedangkan tahun 2023, melalui kegiatan IAR COVID-19 Tahap VIII, Kemenkes juga mengklaim bahwa stok vaksin COVID-19 di Indonesia mencukupi. Hingga 16 Juni 2023, stok vaksin COVID-19 yang tersedia di Indonesia ada sejumlah 5.736.822 dosis dengan 4.990.703 dosis masih disimpan oleh Biofarma dan sisanya, 746.119 dosis sudah sampai ke daerah.

Realisasi anggaran pembelian vaksin COVID-19 pada tahun 2020 hingga 2021 untuk pembelian vaksin COVID-19 sejumlah lebih dari 300 juta dosis vaksin COVID-19 oleh Pemerintah Indonesia adalah Rp 33,91 triliun. Tidak ada data spesifik yang menyebutkan angka realisasi anggaran pembelian vaksin COVID-19 pada tahun 2022, namun alokasinya adalah sebesar Rp 9,52 triliun (Detik, 2022). Di tengah keterbatasan fiskal yang dihadapi oleh Indonesia, sampai Februari 2022, Pemerintah Indonesia setidaknya menerima pinjaman dari Asian Development Bank (ADB) sebesar Rp6,3 triliun dan Bank Dunia sebesar Rp 7,3 triliun untuk membeli vaksin COVID-19.

Kecukupan dosis vaksin COVID-19 pada tahun 2023 khususnya ditunjang oleh vaksin Indovac dan Inavac yang diproduksi di dalam negeri. Setidaknya 5.000.000 dosis vaksin Indovac dan 1.225.000 dosis vaksin Inavac telah diproduksi oleh Indonesia untuk membantu memenuhi kebutuhan vaksinasi COVID-19 di Indonesia.

Direktur Utama (Dirut) Biofarma menyebutkan bahwa kapasitas produksi Indovac pada tahun 2023 sebenarnya adalah 120 juta dosis per

tahun jika pasar masih membutuhkan (Setkab RI, 2022). Sedangkan kapasitas produksi vaksin Inavac adalah sebanyak 240 juta dosis per tahun (Kompas, 2022). Pernyataan Dirut Biofarma secara implisit menggarisbawahi tantangan vaksinasi COVID-19 di Indonesia, terutama pasca dicabutnya status kedaruratan pandemi COVID-19 di Indonesia. Faktor permintaan (*demand*) akan menentukan jumlah vaksin COVID-19 yang akan diproduksi di dalam negeri.

Sebagaimana disinggung sebelumnya, permasalahan distribusi vaksin COVID-19 di Indonesia berkaitan dengan masa kedaluwarsa vaksin COVID-19 yang singkat. Tidak ada kompilasi data yang menampilkan jumlah vaksin COVID-19 yang kedaluwarsa di Indonesia sepanjang tahun 2021 hingga 2023. Namun begitu, data 2021 hingga Agustus 2022, menurut Wakil Menteri Kesehatan RI, Dante Saksono Harbuwono, terdapat setidaknya 40,2 juta dosis vaksin COVID-19 terbuang karena kedaluwarsa. Sebagian besar vaksin COVID-19 yang kedaluwarsa berasal dari hibah karena masa kedaluwarsa yang singkat (Republika, 2022).

Pengadaan vaksin COVID-19 di Indonesia mengalami dinamika kebutuhan yang dipengaruhi oleh suplai global, permintaan masyarakat, jumlah kasus, infrastruktur dan logistik, juga ketersediaan fiskal, di antara hal lainnya. Pengadaan vaksin untuk seluruh masyarakat Indonesia membutuhkan dana yang cukup signifikan. Indonesia cenderung bisa memenuhi jumlah kebutuhan vaksin dari segi suplai di pusat melalui berbagai mekanisme pinjaman, hibah, kerjasama, dan produksi domestik. Pemerintah Indonesia juga memperkirakan dapat menggunakan kapasitas produksi domestik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat Indonesia. Tantangan utama selama pandemi masih di distribusi hingga ke level fasyankes dan memastikan masyarakat dapat menerima vaksin. Ke depannya investasi perlu diarahkan untuk peningkatan kapasitas produksi serta penguatan hingga ke level subnasional, terutama distribusi dan pelaksanaan vaksinasi.

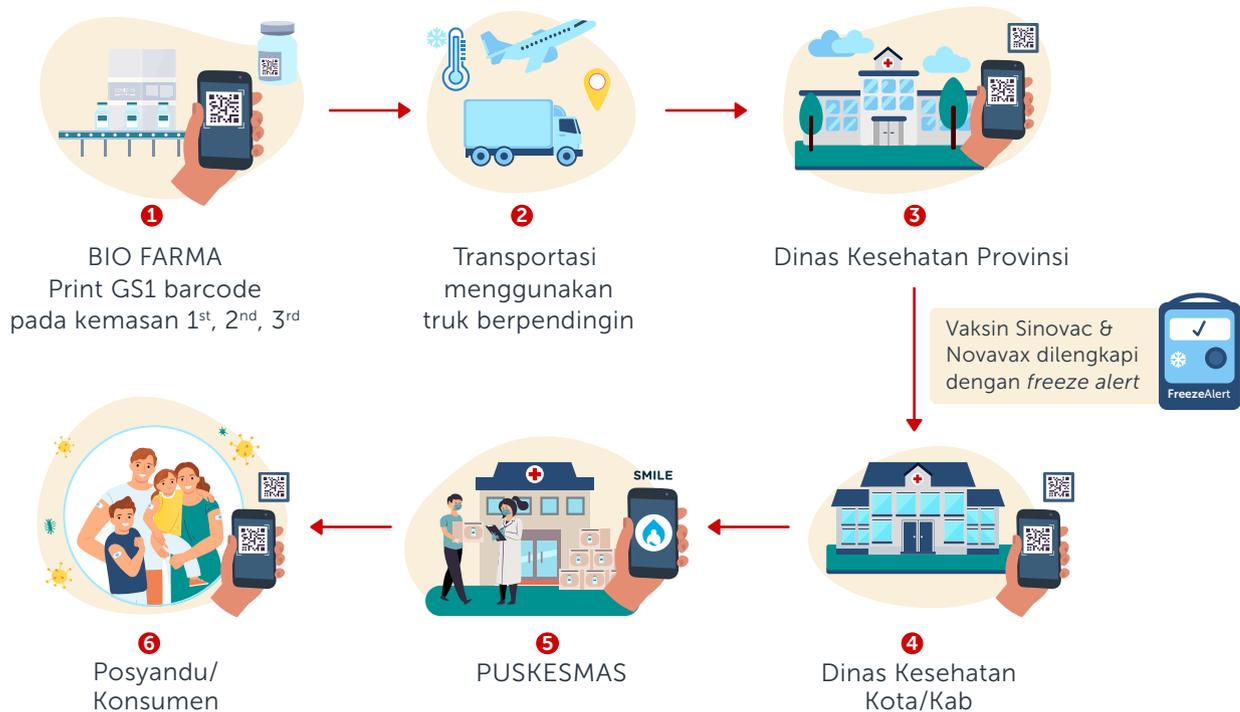
Pembiayaan Distribusi Vaksin COVID-19

Sebagai tindak lanjut dari Perpres No. 99 Tahun 2020, Permenkes No. 10 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 mengatur mengenai peralatan pendukung dan logistik yang dilakukan melalui penugasan Biofarma. Elemen kunci penyimpanan vaksin menggunakan *cold chain* termasuk pada tingkat *primary* (nasional), *intermediate* (provinsi dan kota/kabupaten), dan tingkat *peripheral* (puskesmas/posyandu).

Sedangkan pengawasan kualitas dan mutu vaksin COVID-19 serta kesiapan distribusi diawasi oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) sebelum didistribusikan ke Instalasi Farmasi Pemerintah (IFP) melalui Unit Pelaksana Teknis (UPT) BPOM di seluruh Indonesia (BPOM, 2021).

Pada gambar 4.12 dijelaskan terkait distribusi vaksin dari pusat sampai ke provinsi. Biofarma melakukan distribusi vaksin COVID-19 umumnya

Distribusi Vaksin Sampai ke Provinsi



Sumber: PT. Bio Farma

Gambar 4.12 Distribusi Vaksin Sampai ke Provinsi

hingga ke Dinas Kesehatan Provinsi, dimana setelah itu akan menjadi kewajiban provinsi untuk mendistribusikan lebih lanjut ke level Kabupaten/ Kota. Biofarma memberikan *barcode* pada kemasan vaksin COVID-19 untuk selanjutnya dilakukan distribusi dengan transportasi yang dilengkapi dengan pendingin ke Dinas Kesehatan Provinsi. Selanjutnya, stok vaksin COVID-19 akan dilengkapi dengan *freeze alert* sebelum didistribusikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan dicatat melalui aplikasi *Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik Elektronik* (SMILE) sebelum didistribusikan ke puskesmas untuk selanjutnya diberikan pada masyarakat. Lima poin utama yang perlu diperhatikan dalam distribusi vaksin yang sesuai dengan Cara Distribusi Obat yang Baik (CDOB) yaitu terkait dengan:

- 1 Personel dan pelatihan terhadap personel pengelola vaksin.
- 2 Bangunan dan fasilitas sesuai dengan persyaratan rantai dingin.
- 3 Operasional penerimaan, penyimpanan dan pengiriman vaksin sesuai *Standard Operating Procedure* (SOP).
- 4 Program pemeliharaan sarana dan prasarana, serta.
- 5 Kalibrasi, kualifikasi dan validasi untuk memastikan suhu pengiriman memenuhi persyaratan (BPOM, 2021).

Vaksin COVID-19 hasil produksi Biofarma dan vaksin COVID-lainnya didistribusikan ke beberapa daerah di Indonesia dan digunakan dalam program vaksinasi nasional yang dimulai pada tanggal 13 Januari 2021. Biofarma tidak hanya mendistribusikan vaksin COVID-19, tapi juga vaksin lainnya yang mana pada tahun 2020 Biofarma merealisasikan Rp 44,66 miliar, tahun 2021 PT Bio Farma merealisasi jasa distribusi senilai Rp 388,83 miliar, dan turun 13,68% menjadi senilai Rp 346,27 miliar pada 2022 akibat dari penurunan kebutuhan vaksinasi COVID-19 (Biofarma, 2020; Biofarma, 2021; Biofarma, 2022).

Pembiayaan Pelaksanaan Program Vaksinasi COVID-19

Terkait dengan aspek pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 di Indonesia, pada Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19, dijelaskan bahwa pendanaan pelaksanaan kegiatan vaksinasi program bersumber dari APBN (Dekonsentrasi, Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik/Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), APBD, dan sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

A APBN

Sebagai dampak dari COVID-19, terdapat kegiatan dalam anggaran dekonsentrasi yang menunya harus disesuaikan dengan kondisi maupun anggaran (*refocusing* anggaran). Menu-menu dekonsentrasi pada tahun 2022 dialokasikan untuk mempercepat penanggulangan COVID-19 salah satunya percepatan vaksinasi di berbagai kabupaten/kota (Bappenas, 2021).



Mekanisme dekonsentrasi merupakan salah satu upaya pemerataan pembangunan kesehatan. Dana dekonsentrasi kesehatan merupakan salah satu skema pendanaan ke daerah dalam rangka pelimpahan urusan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah di wilayah tertentu untuk mendukung pencapaian target pembangunan nasional.

Alokasi dana dekonsentrasi di Kemenkes termasuk dalam tiga besar, sehingga dana dekon berpotensi untuk mendukung pencapaian target pembangunan nasional dan meningkatkan peran daerah dalam pembangunan kesehatan. Sebagian besar dana dekonsentrasi digunakan untuk membiayai kegiatan non fisik (koordinasi, perencanaan, fasilitasi, pelatihan, pembinaan, pengawasan, dan pengendalian) yang mendukung program Kemenkes. Sebagian kecil digunakan untuk membiayai kegiatan penunjang (pengadaan barang yang menghasilkan aset tetap).

Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Bidang Kesehatan juga diarahkan untuk digunakan dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19. Dana ini merupakan dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan ke daerah untuk membiayai operasional kegiatan program prioritas nasional di bidang kesehatan yang menjadi urusan daerah guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di daerah. Dana tersebut pada dasarnya

bukan sebagai dana utama dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, diperlukan peran serta pemerintah daerah yang kreatif dan inovatif untuk memenuhi kebutuhan anggaran pembangunan kesehatan (Kompak, 2022).

Selain itu, pendanaan program pelaksanaan vaksinasi juga disebar melalui beberapa K/L. Pada tahun 2022, Kementerian Pertahanan (Kemenhan) mendapat penambahan anggaran dalam klaster kesehatan yang menjadi bagian dalam Program PEN untuk dukungan vaksinasi sebesar Rp 300 miliar dan untuk kebutuhan Perlindungan Masyarakat berupa Bantuan Pedagang Kaki Lima dan Warung (PKLW) Nelayan sebesar Rp 855,3 miliar dan Bantuan Langsung Tunai (BLT) Minyak Goreng sebesar Rp 650 miliar. Lebih lanjut, pada tahun 2022, Badan Intelijen Negara (BIN) juga mendapatkan tambahan anggaran untuk vaksinasi COVID-19 sebesar Rp 187,2 miliar, Kepolisian RI juga melakukan automatic adjustment anggaran sebesar Rp 1,5 triliun untuk kegiatan tim vaksinasi dan kegiatan lain yang membantu percepatan program vaksinasi COVID-19 (Himpunan RKA-K/L, 2023). Pada tahun yang sama, Badan Nasional Pencarian dan Pertolongan (Basarnas) juga melakukan refocusing dan realokasi anggaran sebesar Rp 398,1 miliar untuk pelaksanaan pengadaan vaksin dan program vaksinasi nasional, penanganan pandemi COVID-19, dukungan anggaran perlindungan sosial kepada masyarakat dan percepatan pemulihan ekonomi nasional.

³ Dana Alokasi Umum (DAU) adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar-Daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan Desentralisasi.

Sementara itu, Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) mengalokasikan Rp 5,7 triliun untuk melakukan riset obat dan vaksin (Himpunan RKA-K/L, 2023). Hal ini didukung dengan adanya S.E. Dirjen Perimbangan Keuangan No. SE-6/PK/2021 yang dibuat untuk mendukung pelaksanaan vaksinasi, termasuk pendanaan untuk pembayaran insentif atau honorarium kepada tenaga kesehatan yang melaksanakan vaksinasi COVID-19, termasuk dari unsur Tentara Nasional Indonesia (TNI)/Kepolisian RI, bidan, serta tenaga yang diperbantukan lainnya yang ditunjuk oleh pemerintah, di mana paling sedikit 8% dari alokasi DAU (Kemenkeu, 2021).

Studi ini tidak menemukan data spesifik besaran anggaran pelaksanaan vaksinasi secara keseluruhan. Untuk itu, tim peneliti tidak dapat mengestimasi berapa kebutuhan biaya untuk pelaksanaan vaksinasi COVID-19.

B APBD

Pada Kepmenkes No. 30/KM.7/2020 tentang Penggunaan Sebagian (*Earmarking*) Dana Alokasi Umum (DAU) atau Dana Bagi Hasil (DBH) dalam Rangka Dukungan Pendanaan Program Vaksinasi COVID-19 menyebutkan bahwa Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota menyediakan dukungan pendanaan dalam APBD untuk program vaksinasi COVID-19 di daerah masing-masing yang dananya dapat bersumber dari Dana Alokasi Umum³ (DAU) dan Dana Bagi Hasil⁴ (DBH). Besarnya ditetapkan paling sedikit 4% dari alokasi DAU tahun anggaran 2021 atau sesuai dengan kebutuhan daerah dengan memperhatikan jumlah penduduk dan jangkauan wilayah distribusi vaksin COVID-19. Jika Pemerintah Daerah tidak mendapat alokasi DAU tahun anggaran 2021, dukungan pendanaan bersumber dari DBH sesuai kemampuan keuangan daerah (Kemenkeu, 2020).

Sebagai kelanjutan dari Kepmenkes tersebut, Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4241/2021 tentang Petunjuk Teknis Perencanaan

Penganggaran Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 Bersumber Dana Alokasi Umum dan Dana Bagi Hasil Tahun Anggaran 2021 juga dijelaskan bahwa dukungan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 untuk Pemerintah Provinsi dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan dukungan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 untuk Pemerintah Kabupaten/Kota dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Dalam regulasi yang sama juga dijelaskan bahwa kegiatan vaksinasi COVID-19 yang didanai dari DAU dan DBH meliputi koordinasi pelaksanaan vaksinasi COVID-19, penyusunan mikroplaning, advokasi dan sosialisasi pelaksanaan vaksinasi COVID-19, pemantauan kejadian ikutan pasca vaksinasi COVID-19, bimbingan teknis dan monitoring pelaksanaan vaksinasi COVID-19, distribusi vaksin dan logistik vaksinasi COVID-19, pengamanan, operasional vaksinasi di fasilitas pelayanan kesehatan, dan mobile vaksinasi/pos vaksinasi. Kegiatan operasional vaksinasi di fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari penyediaan APD (masker medis/bedah, sarung tangan, pelindung wajah (*face shield*), honor tim vaksinasi, konsumsi, transportasi, dan manajemen limbah.

Kegiatan-kegiatan yang bisa didanai dari DAU atau DBH tersebut sebagaimana diuraikan di atas sifatnya adalah pilihan. Kepala daerah bisa memilih kegiatan yang belum tersedia dananya dari sumber lain atau masih terdapat kekurangan. Selanjutnya dalam pelaksanaan kegiatannya harus disinergikan dan tidak terjadi duplikasi pembiayaan (*double costing*) dengan kegiatan yang anggarannya bersumber dari pendanaan lainnya seperti dana dekonsentrasi, APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sehingga lebih berdaya guna dan berhasil guna.

Seperti APBN, studi ini tidak menemukan data spesifik besaran APBD pelaksanaan vaksinasi secara keseluruhan. Untuk itu, di bagian selanjutnya tim peneliti hanya akan melihat estimasi dari beberapa daerah fokus dalam studi ini.

⁴ Dana Bagi Hasil (DBH) adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada Daerah berdasarkan angka persentase untuk mendanai kebutuhan Daerah dalam rangka pelaksanaan Desentralisasi

Pembiayaan Perawatan COVID-19 di Indonesia

Data biaya perawatan COVID-19 di Indonesia bervariasi antarprovinsi. Penelitian Al Faizin (2022) menemukan variasi biaya perawatan COVID-19 antarprovinsi dengan menggunakan rata-rata biaya perawatan klinis per individu untuk perawatan hingga sembuh di rumah sakit (RS) untuk semua tingkat keparahan (ringan, sedang, dan parah). Penelitian ini menemukan bahwa biaya paling tinggi adalah di Provinsi Jawa Timur dengan biaya sebesar US\$1.505,95 (Rp22,6 juta) per individu, diikuti oleh Yogyakarta dengan biaya sebesar US\$1.295,23 (Rp19,4 juta), provinsi Papua dengan rata-rata perawatan sebesar US\$1.233,60 (Rp18,6 juta) dan paling rendah ada di provinsi Sumatera Utara dengan US\$377,52 (Rp5,6 juta).

Perbedaan biaya perawatan antarprovinsi disebabkan oleh variasi kebijakan COVID-19 di setiap provinsi, sebagai akibat dari sistem kesehatan yang terdesentralisasi di Indonesia, seperti tingginya kasus di Jawa Timur yang membutuhkan pengadaan tambahan dengan membangun sejumlah rumah sakit darurat dan rumah sakit lapangan serta menyediakan pasokan yang diperlukan bagi penyedia layanan kesehatan, termasuk alat pelindung diri (APD).

Selain itu, menurut Pratiwi, et al (2022) biaya perawatan COVID-19 yang mahal di pulau Jawa dikarenakan oleh perawatan yang didominasi oleh RS kelas A dan B, di mana RS tipe ini memiliki fasilitas yang lebih canggih, peralatan perawatan

yang lebih baik, dan lebih banyak dokter spesialis. Sedangkan biaya perawatan RS untuk COVID-19 di luar Jawa tinggi akibat dari terbatasnya kesediaan bahan medis habis pakai dan obat-obatan. Dalam keterbatasan informasi soal COVID-19 pada awal pandemi, diperlukan penggunaan obat antivirus dan antibiotik yang intensif hingga sepuluh hari atau lebih.

Selain itu, terdapat indikasi biaya pengobatan COVID-19 yang berlebihan oleh RS dan pasien dengan kondisi ringan ditagih lebih mahal daripada pasien dengan tingkat keparahan sedang dan tinggi. Hal ini menyiratkan bahwa ada perawatan yang tidak perlu masih diberikan pada pasien dengan kondisi ringan. Faktor-faktor lain seperti biaya transportasi dan ketersediaan sumber daya juga menjadi penyebab utama perbedaan biaya COVID-19 (Pratiwi et al., 2022).

Berdasarkan tingkat keparahan, biaya perawatan kasus ringan dan sedang menjadi jauh lebih tinggi di RS Pemerintah dibanding dengan RS Swasta. Hal ini dikarenakan Kemenkes memberikan lebih banyak wewenang kepada RS Pemerintah daripada RS Swasta untuk menangani kasus-kasus ringan dan sedang, misalnya dengan memberikan fasilitas isolasi pasien di RS Pemerintah, sementara RS Swasta akan memilih untuk memulangkan pasien. Namun, untuk kasus dengan tingkat keparahan tinggi, RS Swasta memiliki biaya perawatan yang lebih mahal (Al Faizin et al., 2022).



Bab 5

Studi Kasus Akses
Vaksinasi COVID-19
Masyarakat Adat
dan Kelompok
Rentan di Indonesia



Berdasarkan hasil analisis data primer dan sekunder yang didapatkan, saat ini di Indonesia masih terdapat ketimpangan pelaksanaan vaksinasi untuk kelompok rentan. Bab ini menjabarkan dan mengidentifikasi situasi dan tantangan yang ditemukan dalam berbagai dimensi yang menghasilkan ketimpangan akses vaksinasi COVID-19 untuk masyarakat adat dan kelompok rentan.

Kebijakan dan Tata Kelola

Memperkuat ekosistem kebijakan dan tata kelola merupakan prasyarat dari upaya dalam memastikan akses vaksin COVID-19 yang adil terhadap kelompok rentan. Dari analisis data primer yang didukung data sekunder, berbagai kelemahan dan tantangan dalam aspek pembiayaan, kolaborasi lintas sektor, pelibatan masyarakat sipil dan komunitas, permintaan, pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, data, sistem informasi, dan teknologi, hingga logistik dan distribusi seringkali bersumber dari lemahnya atau tidak adanya kebijakan yang mengatur.

Ketimpangan cakupan vaksinasi primer COVID-19 di Indonesia bermula dari lemahnya ekosistem kebijakan dan tata kelola yang kemudian melahirkan tantangan-tantangan dari berbagai aspek lain di luar kebijakan dan tata kelola. Secara umum, kami memetakan setidaknya enam situasi dan tantangan besar sebagai dasar argumentasi bahwa ekosistem kebijakan dan tata kelola di tingkat pusat dan dua belas daerah yang menjadi fokus studi ini belum cukup kuat untuk memastikan akses vaksin COVID-19 yang adil terhadap kelompok rentan.

Tabel 5.1. Kelompok rentan dalam kebijakan nasional

Kebijakan	Definisi Kelompok Rentan
Kementerian Kesehatan RI melalui Juru Bicara Vaksinasi COVID-19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tinggal di zona merah COVID-19. 2. Sosial ekonomi lemah. 3. Kurang beruntung secara sosial. 4. Kelompok marginal ibu kota. 5. Penyandang disabilitas. 6. Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
Surat Edaran Kemenkes RI HK.02.02/III/15242/2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 bagi Masyarakat Rentan dan Masyarakat Lainnya yang Belum Memiliki NIK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelompok penyandang disabilitas. 2. Masyarakat adat. 3. Penghuni lapas. 4. Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS). 5. Pekerja Migran Indonesia Bermasalah (PMIB). 6. Masyarakat lainnya yang belum memiliki NIK.
Permenkes No. 7 Tahun 2023 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Penanggulangan COVID-19	Masyarakat rentan dari aspek geospasial, sosial dan ekonomi.

1 **Ketiadaan kebijakan yang secara operasional dan komprehensif mendefinisikan kelompok rentan dan tata laksana penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok rentan**

Karena ketiadaan kebijakan di tingkat Pusat, Pemerintah Daerah diberi kewenangan untuk menentukan targetnya sendiri, terutama pada vaksinasi tahap III, dengan menggunakan metode dan data masing-masing. Sebagai contoh, Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta menargetkan warga di RW kumuh miskin dan lokasi yang menjadi transmisi lokal varian Delta. Sementara, Pemerintah Kota Surabaya menetapkan masyarakat berpenghasilan rendah dan penghuni rusun sebagai prioritas (CISDI dan PUSKAPA UI, 2021).

Banyak Pemerintah Daerah justru menunggu dan membutuhkan payung kebijakan dari Pemerintah Pusat terkait dengan tata laksana penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.

Ketiadaan definisi operasional kelompok rentan juga berkontribusi terhadap pemahaman Pemerintah Pusat dan Daerah terkait kelompok rentan. Pemahaman yang ada cukup beragam, namun umumnya mengacu pada kelompok lansia, individu dengan penyakit penyerta dan kelompok disabilitas fisik. Untuk itu, kajian kebijakan ini menemukan praktik baik dengan tingkat intervensi yang cukup tinggi adalah akses vaksin COVID-19 terhadap kelompok disabilitas fisik, lansia, dan individu dengan penyakit penyerta.

"Kami melakukan vaksinasi door to door untuk mencapai sasaran lansia dan kami ada pelayanan khusus untuk disabilitas." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)

"Kepmenkes sebagai petunjuk teknis, vaksin dilaksanakan bertahap. Kelompok rentan, termasuk lansia dan individu dengan komorbid sebagai target vaksinasi tahap III." (Perwakilan Kemenkes)

Melalui elaborasi wawancara, baru mulai didapatkan gambaran praktik baik akses vaksin COVID-19 terhadap kelompok rentan lain, seperti penghuni lapas, individu yang tinggal di wilayah kumuh dan miskin, disabilitas mental, masyarakat adat, hingga pekerja harian lepas dengan tingkat intervensi yang berbeda-beda.

Namun, kelompok rentan lain seperti transpuan dan ODHIV/AIDS misalnya, tidak merasakan pendekatan afirmatif dalam mengakses vaksin COVID-19 di enam daerah yang menjadi fokus studi kami. Meskipun begitu, adanya pendekatan afirmatif dalam menunjang akses vaksin COVID-19 tidak serta merta berarti bahwa tata kelolanya sudah baik. Sebagai contoh, di suatu daerah, pendekatan afirmatif yang menyoar kelompok disabilitas ternyata tidak cukup mampu memperhitungkan kebutuhan vaksinasi COVID-19 terhadap pendamping kelompok disabilitas dalam rangka membangun kepercayaan kelompok disabilitas tersebut.

Selain itu, pendekatan afirmatif yang dilakukan untuk memastikan akses vaksin COVID-19 justru banyak datang dari kelompok masyarakat sipil. Untuk sejumlah kasus, Pemerintah Daerah justru mengandalkan metode bottom-up yang mana Pemerintah Daerah bertumpu kepada komunitas akar rumput dalam memastikan akses vaksin COVID-19 yang adil terhadap kelompok rentan. Sebagai contoh, di suatu daerah, komunitas akar rumput aktif bersurat kepada puskesmas dan Pemerintah Daerah untuk memastikan akses vaksin COVID-19 yang adil terhadap kelompok disabilitas. Komunitas akar rumput bahkan yang menanggung biaya skrining kesehatan kelompok disabilitas dan konsumsi panitia, mengingat keterbatasan anggaran Pemerintah Daerah.

2 **Prasyarat NIK dalam mengakses vaksinasi COVID-19 pada masa awal program vaksinasi COVID-19 digulirkan**

Kemenkes melalui Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk

Teknis Penyelenggaraan Vaksinasi COVID-19 mengamanatkan bahwa penduduk diwajibkan menunjukkan NIK saat mengakses vaksinasi COVID-19. Berbagai platform pendaftaran vaksin daring menyediakan kolom NIK yang harus diisi oleh calon penerima vaksin (CISDI dan PUSKAPA UI, 2021).

Masalah ketiadaan NIK menjadi kendala bagi masyarakat adat dan kelompok rentan dalam mengakses vaksin COVID-19. Sejumlah masyarakat adat dan kelompok rentan yang tidak memiliki NIK mengalami kendala dalam hal legal prosedural, seperti agama/kepercayaan yang belum diakui, status sebagai pencari suaka/pengungsi, tidak memiliki bukti domisili tetap, dan sebagainya (CISDI dan PUSKAPA UI, 2021).

Intervensi vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok tanpa NIK mayoritas baru terjadi ketika sudah ada Surat Edaran dari Kemenkes. Hanya terdapat satu praktik baik kepemimpinan daerah yang kami temui yang mana dinas kesehatan provinsi berani memberikan akses vaksin COVID-19 kepada penghuni lapas tanpa NIK sebelum Surat Edaran dari Kemenkes terbit.

"Kami dinas kesehatan provinsi mengambil alih tanggung jawab vaksinasi COVID-19 dari dinas kesehatan kabupaten/kota yang tidak berani memberikan akses vaksin COVID-19 kepada penghuni lapas tanpa NIK. Kami catat secara manual terlebih dahulu, kami lakukan karena khawatir virus akan semakin menyebar." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

3 Rendahnya transparansi rantai distribusi vaksin COVID-19

Penentuan sasaran vaksinasi COVID-19 dipengaruhi oleh aktor-aktor yang terlibat dalam proses distribusi vaksin COVID-19, terutama dalam konteks Indonesia, tidak ada kerangka hukum yang dapat mendefinisikan secara operasional dan mengatur tata laksana penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok rentan.

Rantai distribusi vaksin COVID-19 lebih kompleks daripada yang telah diatur dalam kebijakan. Untuk mendukung percepatan vaksinasi COVID-19, Presiden Joko Widodo memberikan arahan agar vaksin didistribusikan 50% kepada dinas kesehatan daerah, 25% kepada Tentara Nasional Indonesia (TNI), dan 25% kepada Kepolisian RI (Polri) (Kemenko Perekonomian, 2021).

Proses distribusi yang dilakukan oleh TNI maupun Polri memiliki tingkat transparansi yang rendah. Laporan COVID-19 (2022) menemukan bahwa pelibatan organisasi lain dalam rantai distribusi vaksin COVID-19 selain dinkes menimbulkan masalah. Terdapat risiko miskoordinasi yang besar yang menyebabkan dinkes tidak mengetahui jumlah vaksin yang didapatkan oleh organisasi lain selain dinkes itu sendiri.

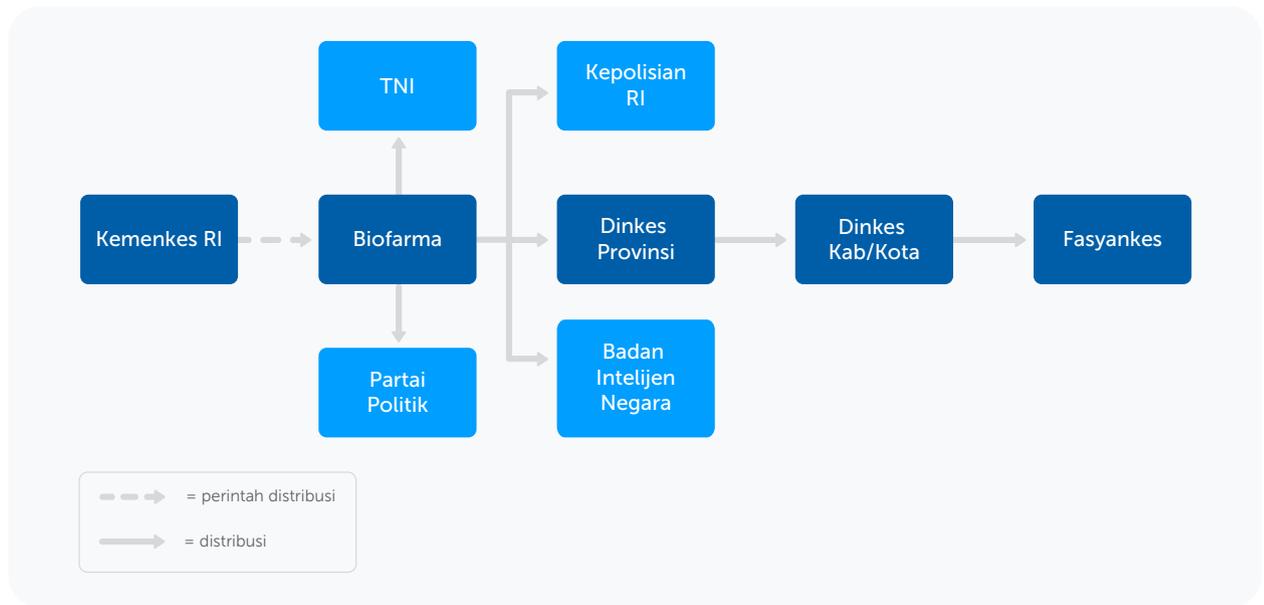
Alih-alih ikut mempercepat vaksinasi, pelibatan TNI-Polri di beberapa daerah justru menyebabkan persoalan lain muncul. Pada Juli 2021, stok vaksin di Kota Semarang menipis yang memaksa sejumlah layanan vaksinasi yang sebelumnya dibuka kemudian ditutup. Diketahui bahwa alokasi vaksin dari Pemerintah Pusat di daerah tersebut adalah sekitar 500.000 dosis per pekan, namun 60-65% di antaranya didistribusikan melalui pintu TNI-Polri (Solopos, 2021).

Persoalan transparansi rantai distribusi vaksin COVID-19 tidak berhenti dengan adanya pelibatan TNI-Polri. Pada praktiknya, Badan Intelijen Negara (BIN) dan partai politik turut terlibat dalam distribusi vaksin COVID-19, meskipun tidak dimandatkan oleh regulasi maupun arahan presiden. Keterlibatan partai politik menimbulkan bias politik yang begitu besar dalam proses distribusi, menyebabkan terjadinya perubahan makna vaksin sebagai barang publik menjadi komoditas politik.

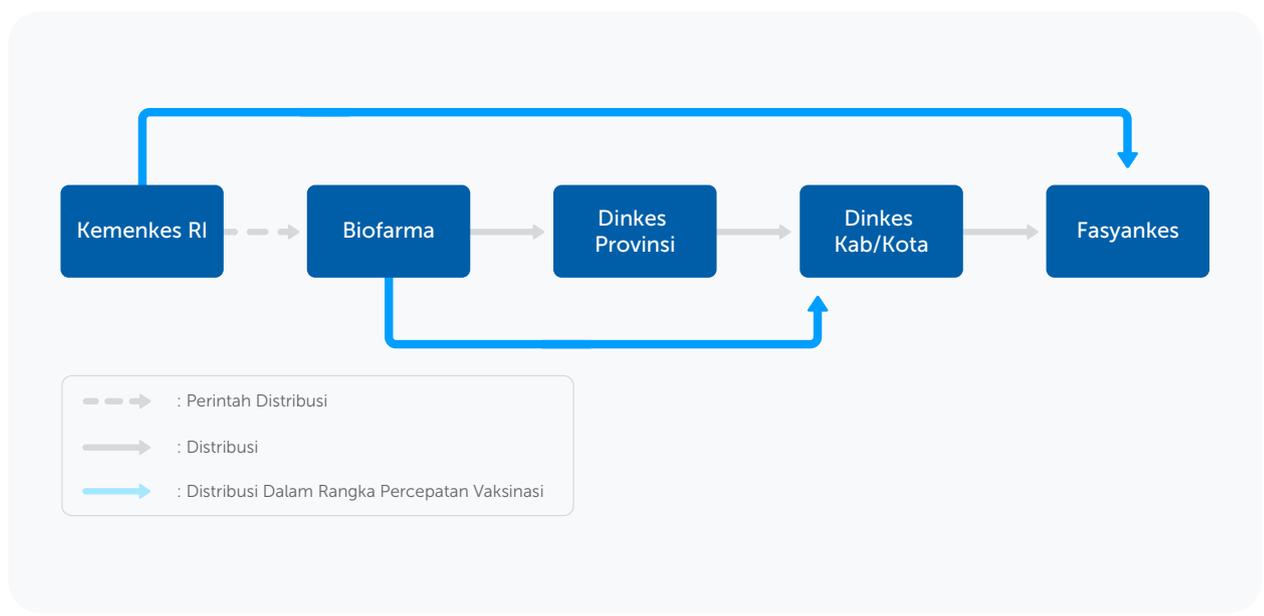
Gambar 5.1 menunjukkan rantai distribusi vaksin COVID-19 di Indonesia seperti yang tertera di dalam Permenkes No. 7 Tahun 2023 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19.

Biofarma yang mendapatkan mandat distribusi dapat melakukan distribusi melalui dinas kesehatan provinsi terlebih dahulu, dan akan didistribusikan oleh dinas kesehatan provinsi, ke kabupaten/kota, dan ke fasilitas pelayanan kesehatan; atau langsung

melalui dinas kesehatan kabupaten/kota atau fasyankes. Sementara gambar 5.2 menggambarkan secara sederhana rantai distribusi vaksin riil dalam implementasi yang terjadi selama program vaksinasi COVID-19 nasional.



Gambar 5.1 Rantai distribusi vaksin COVID-19 berdasarkan Permenkes No. 7 Tahun 2023 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19



Gambar 5.2 Gambaran rantai distribusi vaksin COVID-19 berdasarkan pemantauan media

Lila Sari melalui media New Mandala (2021) menyebutkan bahwa berdasarkan pernyataan dari sejumlah responden dan pemberitaan di media, partai politik dapat mengajukan alokasi vaksin COVID-19 dari Kemenkes.

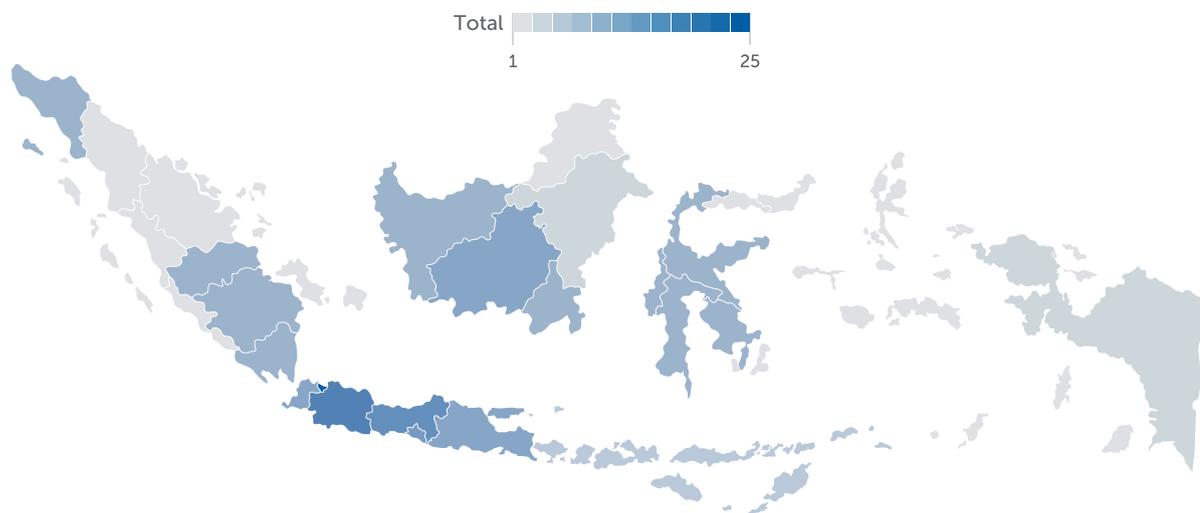
Sebagai contoh, di Kabupaten Kendal, Jawa Tengah, Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan (PDIP) mendapatkan stok vaksin sejumlah 1.250 dosis dari Kemenkes, 250 dosis lebih banyak daripada yang diminta oleh partai tersebut, yang kemudian digunakan untuk menyelenggarakan vaksinasi massal yang sekaligus mempromosikan tokoh lokal, yakni anggota parlemen nasional dari daerah tersebut, Tuti Nusandari Rusdiono. Acara tersebut bahkan hanya menghadirkan dinkes setempat sebagai "pemantau" (Gatra, 2021).

Melalui gambar 5.3 jelas bahwa partai politik tidak mendistribusikan vaksin COVID-19 mereka di tempat-tempat yang cakupan vaksinasi COVID-19 dan kapasitas rendah. Sebaliknya, secara umum, mereka mendistribusikan vaksin COVID-19 di Jawa, khususnya Jakarta dan Jawa Barat, di mana pelaksanaan vaksinasi COVID-19 berjalan relatif lebih efektif. Argumen bahwa kampanye partai politik membantu mencapai kekebalan kelompok

(*herd immunity*) dan menjangkau daerah-daerah yang paling membutuhkan vaksin adalah lemah (New Mandala, 2021).

Meskipun tidak ada data terbaru mengenai persebaran distribusi vaksin COVID-19 oleh partai politik, gambar 5.3 telah dapat merepresentasikan gambaran umum distribusi vaksin COVID-19 tahap III - yang menjadikan kelompok rentan dan masyarakat umum sebagai sasaran utama - oleh partai politik. Keterlibatan partai politik dalam distribusi vaksin COVID-19 selama tahap III telah terbukti tidak membantu akses vaksinasi COVID-19 yang setara di Indonesia.

Melalui gambar 5.2, kami berusaha memetakan rantai distribusi vaksin COVID-19 di tengah rendahnya transparansi distribusi vaksin COVID-19. Pada realitasnya, rantai distribusi vaksin COVID-19 mungkin lebih kompleks dari yang telah kami petakan, pasalnya terdapat dugaan aktor lain seperti organisasi masyarakat yang juga mendapatkan alokasi vaksin COVID-19 (Tirto, 2021) dan dugaan sejumlah partai politik yang mendapatkan alokasi vaksin bukan hanya dari Kemenkes, tetapi melalui Pemerintah Daerah, TNI, maupun Polri (New Mandala, 2021).



Sumber: New Mandala (2021)

Gambar 5.3. Peta distribusi vaksin COVID-19 oleh partai politik dalam rentang waktu Maret-September 2021

4 Tidak semua Daerah memiliki regulasi setingkat Peraturan Gubernur/Bupati/Walikota yang mengatur mengenai teknis pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di daerah mereka

Hanya 1 dari 12 daerah yang memiliki regulasi setingkat Peraturan Gubernur/Bupati/Walikota yang mengatur mengenai teknis pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di daerah mereka. Regulasi di tingkat daerah pada dasarnya penting untuk secara lebih teknis menerjemahkan pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 sesuai konteks daerah masing-masing. Ketiadaan mekanisme honor tim vaksinator yang jelas hingga lemahnya pelibatan masyarakat sipil dan komunitas setempat menjadi lazim ditemukan di daerah-daerah yang menjadi fokus studi kami. Sedangkan daerah yang memiliki regulasi tersebut, yakni DKI Jakarta melalui Peraturan Gubernur No. 61 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi Program COVID-19, memiliki pelibatan masyarakat sipil dan komunitas, hingga sistem data vaksinasi COVID-19 yang meskipun tidak sempurna, lebih baik karena mampu mendorong inovasi. Selain itu, Provinsi Bali memiliki Peraturan Gubernur No. 29 Tahun 2021 tentang Honorarium Tim Vaksinasi COVID-19 yang mengatur dan mewajibkan Provinsi Bali untuk memberikan honorarium terhadap tenaga vaksinator.

"Provinsi kami memiliki peraturan gubernur yang mengatur pelaksanaan vaksinasi dengan empat inovasi: (i) memakai aplikasi untuk pendaftaran vaksinasi; (ii) melakukan dashboard visualisasi capaian (termasuk kelompok rentan yang contohnya meliputi ibu hamil dan lansia) per RW bersama disdukcapil dan diskominfo, serta melibatkan lintas OPD (Organisasi Perangkat Daerah) untuk membantu verifikasi untuk sasaran vaksinasi; dan (iii) keterlibatan Forkopimda yang mengizinkan partisipasi pasukan akar rumput baik di tingkat Rukun Tetangga (RT), Rukun Warga (RW), dan kader kesehatan untuk menciptakan capaian vaksinasi yang baik." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

Sejumlah daerah memiliki kebijakan dalam bentuk Instruksi Gubernur dan Surat Edaran dalam mengatur vaksinasi COVID-19 dan pembatasan kegiatan masyarakat. Namun, umumnya kebijakan tersebut lebih normatif, menekankan percepatan vaksinasi COVID-19 yang harus tetap dilakukan. Sekalipun lebih teknis, Surat Edaran juga tidak memiliki kekuatan hukum yang cukup tinggi.

5 Desain kebijakan yang tidak memberikan dukungan optimal kepada tenaga vaksinator selaku garda terdepan dalam memastikan akses vaksin COVID-19 yang adil terhadap kelompok rentan

Banyak dari tenaga kesehatan di puskesmas harus memikul beban ganda, yang mana selain harus menjalankan tugas pokok sebagai dokter, perawat, maupun tenaga promosi kesehatan, mereka juga harus menjadi tenaga vaksinator di berbagai tempat (tidak hanya di puskesmas).

Sedangkan, penghargaan terhadap tenaga vaksinator dirasa kurang memadai. Bagian pembiayaan akan menjabarkan bagaimana sejumlah daerah tidak memiliki anggaran insentif tenaga vaksinator yang mana hal tersebut bermuara dari kebijakan di tingkat pusat yang memandang insentif tenaga vaksinator sebagai sesuatu yang opsional.

"Vaksinasi COVID-19 adalah bagian dari strategi pengendalian pandemi COVID-19 secara cepat dan untuk pemulihan semua sektor pembangunan, maka pemberian honor bagi tim vaksinasi dapat dipertimbangkan untuk diberikan." (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4241/2021 tentang Petunjuk Teknis Perencanaan Penganggaran Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 Bersumber Dana Alokasi Umum dan Dana Bagi Hasil Tahun Anggaran 2021)

Ketidakberpihakan terhadap beban ganda yang diemban oleh banyak tenaga kesehatan di tengah

tekanan untuk melaksanakan percepatan vaksinasi COVID-19 berpengaruh terhadap motivasi mereka untuk memastikan akses vaksin COVID-19 yang adil.

"Ya nggak dapet insentif berupa uang, semoga dapat di akhirat." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)

"Teman-teman tim vaksinator kami benar-benar jatuh bangun, sampai begadang dan stress, banyak yang mau mundur juga karena mereka kerja lebih, sedangkan tim sebelah (penanganan COVID-19) mendapatkan insentif, tetapi kami tim vaksinator tidak, itu kan menimbulkan gesekan dan kecemburuan sosial." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)

6 Dugaan penyimpangan dan korupsi dana pelaksanaan program vaksinasi COVID-19

Penyimpangan dan korupsi dana operasional pelaksanaan vaksinasi COVID-19 dapat memiliki dampak yang merugikan terhadap penjangkauan

vaksinasi COVID-19, terutama bagi kelompok rentan yang membutuhkan sumber daya ekstra melalui pendekatan afirmatif. Sepanjang tahun 2021, Laporan COVID-19 menerima setidaknya 71 laporan warga yang terkait penyimpangan dan penyalahgunaan pelaksanaan program vaksinasi COVID-19, di mana sebagian besar (27 laporan) diduga melibatkan oknum petugas hingga pejabat atau kepala daerah yang memiliki akses secara langsung terhadap distribusi vaksin (Laporan COVID-19, 2022).

Dana operasional pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 tidak luput dari persoalan korupsi. Sepanjang tahun 2021 hingga 2023, terdapat dugaan korupsi dana operasional pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di Provinsi Sumatera Utara (Kompas, 2021); Kota Ternate, Maluku Utara (AntaraneWS, 2022); Kabupaten Sarolangun, Jambi (Tribun Sarolangun, 2023); Kabupaten Flores Timur, Nusa Tenggara Timur (NTT) (Tribunnews Kupang, 2023); dan Kabupaten Manggarai Timur, Nusa Tenggara Timur (Garda NTT, 2023).

Pembiayaan Program Vaksinasi COVID-19

1 Perencanaan Penganggaran Program Vaksinasi COVID-19

A Proses Perencanaan Penganggaran

Setiap daerah memiliki proses dan alur perencanaan penganggaran yang berbeda, sesuai dengan kapasitas dan kebijakan daerah masing-masing. Sebagian besar daerah yang masuk ke dalam lokasi penelitian menyusun anggaran tersendiri untuk program vaksinasi COVID-19, tetapi terdapat daerah yang tidak menganggarkan untuk program vaksinasi COVID-19 secara khusus, melainkan digabung dengan anggaran untuk imunisasi rutin/program.



Pada umumnya dinas kesehatan berkoordinasi dengan BPKAD (Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah) dalam melakukan perencanaan penganggaran program vaksinasi COVID-19.

"perencanaan penganggaran mengikuti kaidah-kaidah penganggaran baik dari peraturan kementerian keuangan maupun dari Peraturan Gubernur untuk penganggaran APBD jadi

semuanya kami berpedoman pada itu terutama kami juga berpedoman pada PMK" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

Terkait dengan proses perencanaan penganggaran program vaksinasi COVID-19, terdapat berbagai peraturan yang telah dikeluarkan pemerintah yang dapat memberikan pedoman bagi daerah dalam melakukan penyusunan anggaran (Tabel 5.2).

Tabel 5.2 Tabel Regulasi Pemerintah terkait Penganggaran Program Vaksinasi COVID-19

Regulasi	Temuan
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19.	Perencanaan kebutuhan vaksinasi COVID-19 disusun dengan memperhitungkan data dasar (jumlah sasaran, fasilitas pelayanan kesehatan/pos pelayanan vaksinasi, tenaga pelaksana, kebutuhan vaksin, peralatan pendukung dan logistik), baik untuk vaksinasi program maupun vaksinasi gotong royong (Kemenkes, 2021).
Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 185/ PMK 02/ 2020 Tentang Pengelolaan Anggaran dalam Rangka Penanganan Pandemi COVID-19 Dan Atau Program Pemulihan Ekonomi Nasional.	Pembahasan terkait Vaksinasi COVID-19 belum ada.
Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 24/ PMK 02/ 2022 Tentang Pengelolaan Anggaran dalam Rangka Penanganan Pandemi COVID-19 Dan Program Pemulihan Ekonomi Nasional (Pen)	Berdasarkan kebijakan dan strategi penanganan pandemi COVID-19 dan Program PEN, penanganan COVID-19 dan Program PEN pada sektor kesehatan memiliki subsektor vaksinasi yang tidak terbatas untuk pengadaan, distribusi, pelaksanaan, dan dukungan lainnya. (Kemenkeu, 2022).
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 10 Tahun 2021 Tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19	Pendanaan pelaksanaan vaksinasi program dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). (Kemenkes, 2021).
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19	Pendanaan pelaksanaan kegiatan vaksinasi program bersumber dari APBN (Dekonsentrasi, DAK non fisik/BOK), APBD dan sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penggunaan anggaran operasional pelaksanaan vaksinasi merujuk pada Keputusan Menteri yang menetapkan tentang petunjuk teknis perencanaan penganggaran pelaksanaan vaksinasi dalam rangka penanggulangan pandemi COVID-19 bersumber dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Bagi Hasil (DBH) Tahun Anggaran 2021 (Kemenkes, 2021).

Regulasi	Temuan
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4241/2021 Tentang Petunjuk Teknis Perencanaan Penganggaran Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 Bersumber Dana Alokasi Umum dan Dana Bagi Hasil Tahun Anggaran 2021.	Dukungan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 untuk pemerintah daerah provinsi dilaksanakan oleh dinas kesehatan provinsi. Dukungan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 untuk pemerintah daerah kabupaten/kota dilaksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota (Kemenkes, 2021).
Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1112/2022 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19.	Juknis Klaim COVID-19 juga digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan penggantian biaya pelayanan kasus kejadian ikutan pasca vaksinasi COVID19 (Kemenkes, 2022).

Sudah terdapatnya berbagai Peraturan Menteri Keuangan dan Menteri Kesehatan beserta turunannya berupa petunjuk teknis bahkan sudah terdapat petunjuk teknis perencanaan penganggaran pelaksanaan vaksinasi (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4241/2021) yang didalamnya terdapat penjelasan terkait komponen-komponen pembiayaan yang dapat dianggarkan seharusnya dapat menjadi acuan dan pedoman bagi pemerintah daerah yang dalam hal ini dinas kesehatan baik pada level provinsi maupun kabupaten/ Kota untuk menyusun anggaran khusus program vaksinasi COVID-19. Namun, pada kenyataan di lapangan, masih terdapat dinas kesehatan yang tidak menyusun anggaran khusus untuk vaksinasi COVID-19 dan hanya tergabung dengan anggaran penanganan COVID-19, bahkan ada daerah yang mengambil anggaran dari program vaksin/imunisasi rutin. Hal ini dikarenakan tidak adanya kebijakan dari pemerintah pusat yang secara spesifik memberikan instruksi untuk melakukan perencanaan anggaran khusus untuk kegiatan vaksinasi COVID-19. Ketiadaan kebijakan ini berdampak pada perencanaan yang kurang optimal yang tidak mencantumkan komponen anggaran untuk vaksinasi COVID-19 sejak awal proses penyusunan anggaran.

"Jadi ini seluruh kegiatan untuk program imunisasi rutin Puskesmas ini untuk kegiatan

vaksinasi dan imunisasi, jadi memang agak sulit kalau saya hanya menghitung untuk vaksin COVID-nya saja." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

"Dari segi anggaran sebenarnya kan dari awal pelaksanaan vaksinasi memang tidak ada khusus, itu kami ambil 2021-2022 itu dari monitoring kasus pengendalian dan penanganan COVID-19 itu.. dari pusat komponennya memang tidak ada untuk vaksinasi." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

Terkait dengan adanya peraturan yang berjenjang tentu dibutuhkan koordinasi dari berbagai pihak dalam penyusunan anggaran program vaksinasi COVID-19. Terdapat daerah yang aktif dan rutin melakukan koordinasi sehingga dapat mengkomunikasikan apabila terdapat kekurangan anggaran atau komponen yang belum dapat tercakup, ada pula daerah yang memang anggarannya sudah ditentukan jumlahnya kemudian oleh bagian pelayanan vaksin COVID-19 yang akan membaginya sesuai anggaran yang tersedia.

"Jadi kalau ketersediaan anggaran itu kan kita harus koordinasi juga dengan apa aturan-aturan regulasi yang di BPKAD (Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah). Jadi ada regulasi pada saat itu juga kami koordinasi dengan inspektorat Bu untuk apa

satuan-satuan apa yang bisa dibayarkan secara keseluruhan baik untuk distribusi, lalu untuk apa - untuk apa itu, keseluruhan pembiayaan vaksin itu. Kalau untuk satuannya itu tunggu dari BPKAD apa menu-menu apa itu coding nya Bu, jadi tinggal menyesuaikan dengan standar satuan harganya." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"karena Pemkab sudah mengalokasikan sekian maka jumlah itulah yang kita gunakan untuk program vaksinasi". (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

"kalau proses penyusunan anggaran nya kita dari dari sejumlah sekian dari jumlah satuan ini dibagi berapa. Anggaran berasal dari Pemda dinas kesehatan mendapatkan dana BTT sekian jadi sudah dipatok segitu setiap tahunnya". (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

Pada proses penyusunan anggaran, idealnya melibatkan berbagai pihak yang akan terlibat dalam pelaksanaan program. Namun, pada kenyataan di lapangan, di sebagian besar daerah penentuan dan perencanaan anggaran untuk program vaksinasi ini hanya melibatkan dinas kesehatan dan pemerintah daerah, dan hanya sedikit yang melibatkan puskesmas. Tidak ada forum diskusi dengan perwakilan masyarakat dan organisasi dalam penyusunan anggaran program vaksinasi COVID-19 sehingga masukan atau input terkait anggaran program vaksinasi COVID-19 ini juga terbatas yang ditampung dan direalisasikan.

"enggak melibatkan instansi di luar itu memang lingkupnya dinas kesehatan gitu." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

"kebijakan kepala seksi dan kepala bidang sama bagian perencanaan. tidak ada (keterlibatan pihak luar) karena memang ini kan hanya apa namanya ya untuk tim vaksinasi ya. Kalau vaksinnya maksudnya kan gratis dari pusat begitu". (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"untuk penganggarannya memang murni dianggarkan dan disusun oleh dinas kesehatan mungkin dengan input dari Puskesmas apabila memang tadi seperti kita membutuhkan komponen makan minum ini penting dan lain sebagainya." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

Banyak faktor, termasuk kerangka regulasi, yang mempengaruhi proses penyusunan anggaran terlebih di masa krisis dan dengan sistem desentralisasi karena bergantung kepada kapasitas dan kebijakan daerah masing-masing. Namun, karena anggaran ini merupakan modal dasar dalam terlaksananya sebuah program, tentu saja dibutuhkan komitmen tinggi, pelibatan masyarakat sipil, dan juga koordinasi berbagai pihak agar perencanaan optimal dan anggaran vaksinasi COVID-19 cukup sehingga proses pelaksanaan vaksinasi COVID-19 dapat berjalan baik. Pengawasan rutin yang berjenjang juga sangat dibutuhkan untuk memastikan perencanaan anggaran berjalan dengan baik dan implementasi program vaksinasi COVID-19 yang setara.

B Sumber dan Pengelola Anggaran

Sumber anggaran utama yang digunakan dinas kesehatan baik provinsi maupun kabupaten kota untuk distribusi maupun pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 pada umumnya berasal dari APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Pada tabel 5.3 berikut menyajikan informasi terkait sumber anggaran dari berbagai daerah yang menjadi lokasi studi ini.

Pada tabel 5.3 didapatkan informasi bahwa selain dana yang bersumber dari APBD, beberapa daerah pada pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 juga menggunakan sumber anggaran dari BTT, DAK-Non Fisik, hingga penggunaan dana Otsus.

"2022 itu memang kan tidak ada lagi perpanjangan surat mengenai kami boleh me-refocusing DAU, untuk merencanakan dari awal sejumlah anggaran yang sama dengan 2021 itu

tidak ada kewenangan kami, sehingga sumber anggarannya kemudian diambil dari BTT.” (Perwakilan dinas kesehatan provinsi)

Terdapat juga dinas kesehatan yang mendapat bantuan dari pihak luar seperti bank, organisasi donor internasional, TNI, POLRI, dan lain-lain, dalam proses implementasi program vaksinasi COVID-19, tetapi mekanisme pengelolaan anggarannya dikelola sendiri oleh pihak luar tersebut.

“kalau biaya khusus kayaknya sih tidak ada (sumber dana dari luar/ donor), tetapi kami diundang itu tim vaksin diundang oleh misalnya BI (Bank Indonesia). Kadang juga pelaku pariwisata kadang juga. Jadi kami yang hadir sebagai tim vaksin di mana kami diberikan transportasi, diberikan makan minum seperti itu sih bentuk dari pelaksanaan vaksin. Tapi

waktu 2021 lebih banyak Mbak jadi misalnya nih mall gitu mengundang kami itu vaksin untuk melakukan vaksinasi, di sana difasilitasi berupa makan siang, jadi keterlibatan pihak swasta seperti itu.”(Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

“UNICEF bikin pertemuan-pertemuan untuk kabupaten kota membahas cakupan vaksin antaranya. WHO bantu itu tenaga untuk input di aplikasi SMILE itu ada. Jadi itu UNICEF bikin acara di hotel yang dikelola sendiri lewat perantara lembaga lokal. ya jadi narasumber kami dibayarin, kalau kita perjadiin mereka bayarin, makan bayarin.” (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

Untuk pendanaan yang bersumber dari APBN dan APBD pada umumnya semuanya dikelola secara

Tabel 5.3 Tabel Sumber Anggaran Program COVID-19 dari Berbagai Daerah

Daerah	Sumber Anggaran		
	2021	2022	2023
Dinas Kesehatan Provinsi			
Provinsi Bali	APBD (Refocusing DAU)	BTT	*
Provinsi DKI Jakarta	APBD + DAK-Non Fisik	APBD	APBD
Provinsi Sulawesi Tengah	APBD	APBD	*
Provinsi Lampung	APBD	APBD	*
Provinsi Maluku	BTT	BTT	*
Provinsi Papua	BTT	BTT	*
Dinas Kesehatan Kabupaten Kota			
Kabupaten Gianyar	BOK/DAK-Non Fisik **	BOK/DAK-Non Fisik **	*
Kota Jakarta Selatan	APBD	APBD	APBD
Kabupaten Sigi	DAU	DAU + DID	*
Kabupaten Tanggamus	APBD	APBD + DAK-Non Fisik	*
Kabupaten Seram Bagian Barat	APBD + DAK	DAK + DID	*
Kota Jayapura	Refocusing DAU + DID Dana Otonomi Khusus (Otsus)	BOK/DAK-Non Fisik	*

* Tidak ada lagi penganggaran khusus program vaksinasi COVID-19

** Anggaran tidak secara khusus ada untuk program vaksinasi COVID-19, diambilkan dari program vaksin reguler/ gabung dengan penanganan COVID-19

Sumber : Data dari dinas kesehatan yang diolah tim peneliti

internal oleh dinas kesehatan. Sedangkan kegiatan dukungan program vaksinasi COVID-19 yang sumber pendanaannya yang berasal dari pihak luar, pendanaan juga dikelola sendiri oleh pihak tersebut. Dinamika yang ditemukan di lapangan seputar sumber pendanaan ini diantaranya adalah adanya hambatan koordinasi yang menyebabkan lembaga donor seperti BUMN tidak dapat dengan mudah memberikan bantuannya. Hal ini salah satunya dikarenakan karena terbentur kebijakan vaksin yang belum mengakomodir penggunaan vaksin gotong royong untuk booster vaksin program dan hambatan lain adalah terkait pemerintah daerah yang dirasa kurang kooperatif dan kurang memiliki komitmen untuk meningkatkan cakupan vaksin COVID-19.

"Jadi kami di koalisi dan filantropi koalisi vaksin itu beberapa kali didatangi oleh Kimia Farma dan ada juga BUMN yang mengajak kerjasama untuk percepatan vaksinasi. Mereka menyediakan vaksin. Mereka menyediakan bahkan sampai ke ini ya dukungan operasional. Nah ini di tengah-tengah minimnya pendanaan itu ternyata nggak dilihat sebagai peluang kita udah udah coba maksimalkan upaya itu tapi kemudian terbentur pada kebijakan PCare (Primary Care)." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil)

"Tapi banyak juga pemerintah daerah yang tidak melihat dan memahami esensi dan urgensi vaksinasi. Ada dinkes yang tetap ngotot pelaksanaan vaksinasi tetap di puskesmas. Ada juga yang ketika kami menghubungi dinkesnya untuk berkoordinasi awak kami diminta datang langsung, padahal kan ini kondisi COVID." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil)

"Pihak dinas juga kadang-kadang harus diberikan apa yang pemahaman bahwa kerja kerja ini adalah kerja koordinasi dan tidak bisa berdiri sendiri. Jadi mungkin ini tiba-tiba datang, O ini NGO (Non-Governmental Organization), ini LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), padahal kita hadir dengan latar belakang ingin berkoordinasi. Mereka santai-santai saja ketika

vaksin overlimit, yang butuh vaksin itu mereka, masyarakat, bukan kami katanya." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil)

Terkait dengan keterbatasan sumber anggaran untuk program vaksinasi ini tentu akan menjadi salah satu alternatif yang baik untuk dapat bekerja sama dan berkoordinasi dengan pihak swasta maupun masyarakat sipil. Untuk dapat mencapai koordinasi yang baik diperlukan dukungan kebijakan dan adanya diskusi rutin yang melibatkan baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga donor, BUMN, dan kelompok masyarakat sipil sehingga berbagai hambatan dapat dikomunikasikan dan mendapat solusi yang sesuai.

2 Tren Anggaran Program Vaksinasi COVID-19

Tren penganggaran program vaksinasi COVID-19 di berbagai daerah menunjukkan hal yang serupa, yaitu mayoritas mengalami penurunan dari tahun 2021 ke tahun 2022, dimana pada tahun 2023 sudah tidak lagi mengalokasikan khusus untuk program vaksinasi COVID-19. Tabel 5.3 menyajikan hasil dari pengumpulan data dari beberapa dinas kesehatan terkait besar anggaran program vaksinasi COVID-19 dan realisasinya di berbagai daerah yang menjadi lokasi penelitian..

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pada tahun 2021, provinsi dengan anggaran program vaksinasi COVID-19 tertinggi adalah DKI Jakarta (208 M; Rp22.169 per kapita) dan terendah adalah Maluku (302 juta; Rp188 per kapita). Untuk tahun 2022, Provinsi Maluku menjadi provinsi dengan alokasi anggaran tertinggi (2,5 M; Rp1.580 per kapita) dan terendah Provinsi Bali (38,3 juta; Rp 10 per kapita). Sedangkan pada tahun 2023, hanya Provinsi DKI Jakarta saja yang masih mengalokasikan khusus untuk program vaksinasi COVID-19. Kemudian apabila ditinjau lebih dalam hingga pada realisasi anggaran, Provinsi Lampung menjadi satu-satunya provinsi yang penyerapannya mencapai 100% pada tahun 2021 dan 2022. Terkait data realisasi anggaran untuk Provinsi DKI Jakarta, tidak dapat diketahui secara pasti persen realisasinya karena

sistem penganggaran di Dinas Kesehatan DKI Jakarta berbeda dari wilayah lain, yaitu perencanaan anggaran dilakukan oleh dinas kesehatan, tetapi pelaksanaan atau realisasinya dikelola oleh suku dinas kesehatan. Pada tabel 4.3 tersebut angka realisasi DKI Jakarta merupakan realisasi dari komponen anggaran yang dipegang dinas kesehatan provinsi saja.

DKI Jakarta pada tahun 2021 menjadi provinsi dengan anggaran tertinggi dibandingkan 5 provinsi lainnya, selain memiliki kapasitas fiskal yang tinggi, juga dikarenakan jumlah penduduk dan kasus positif COVID-19 DKI Jakarta menjadi yang tertinggi. Jumlah penduduk DKI Jakarta yang sebesar 9,3 juta penduduk, dengan mobilitas yang tinggi membuat jumlah kasus COVID-19 DKI Jakarta pada tahun 2020 menjadi yang tertinggi secara nasional dengan 183.735 kasus atau setara dengan 24,72% dari total kasus nasional (Katadata.co.id, 2021). Hal ini membuat DKI Jakarta menjadi wilayah prioritas untuk program vaksinasi COVID-19, terlihat dari anggaran per kapita DKI menjadi yang paling tinggi juga yaitu sebesar Rp22.169 di tahun 2021. Secara kumulatif pun hingga tahun 2023, DKI Jakarta telah melebihi target capaian vaksinasi COVID-19, yaitu sebesar 116,7%, karena melayani tidak hanya penduduk Jakarta, tetapi juga warga pendatang yang tinggal atau berkunjung ke Jakarta.

Provinsi Maluku pada tahun 2021 menjadi provinsi yang memiliki anggaran total vaksinasi dan anggaran per kapita terendah karena memang hanya menganggarkan untuk komponen distribusi vaksin COVID-19 saja dan tidak ada komponen-komponen pendukung lain seperti insentif vaksinator. Jumlah sasaran vaksin Provinsi Maluku jika dibandingkan 5 provinsi lain, juga menjadi yang terendah yaitu sebesar 1,6 juta penduduk. Hal ini berhubungan dengan jumlah kasus COVID-19 sepanjang tahun 2020 di Provinsi Maluku sebanyak 5.754 kasus yang relatif rendah dibanding provinsi padat penduduk (malukuterkini.com, 2021). Namun, pada tahun 2022, justru provinsi dengan anggaran perkapita tertinggi adalah Maluku dikarenakan adanya penambahan besaran anggaran yang

signifikan pada komponen distribusi vaksinasi COVID-19. Kemungkinan genjotan anggaran ini juga dikarenakan masih rendahnya capaian vaksinasi di Provinsi Maluku dengan berbagai tantangannya.

Sedangkan untuk daerah lain, yang mayoritas mengalami banyak penurunan anggaran pada tahun 2022 dikarenakan program vaksinasi sudah gencar dilakukan sepanjang 2021 dan kasus COVID-19 sudah mulai berkurang. Pada anggaran Dinas Kesehatan Maluku sendiri jika ditinjau dari realisasi anggaran, hanya sebesar 31,6-35,3% anggaran yang dapat direalisasikan di tahun 2021-2022, dan realisasi ini adalah yang terendah dibandingkan dengan 5 provinsi lainnya. Sedangkan terkait dengan cakupan vaksinasi COVID-19, Provinsi Maluku menjadi salah satu provinsi yang cakupannya masih di bawah 50%. Lain halnya dengan Provinsi Papua yang memiliki capaian terendah vaksinasi (23,5%). Papua memiliki anggaran 8,9M (Rp3.066 per kapita) di tahun 2021 dengan realisasi yang cukup baik (71,6%), tetapi mengalami penurunan anggaran secara signifikan di tahun 2022 dan tidak dianggarkan pada tahun 2023.

Cakupan tingkat kabupaten/kota hanya Kota Jakarta Selatan (140%) dan Kabupaten Gianyar (90,4%) yang telah mencapai target cakupan vaksinasi. Sedangkan 4 kabupaten/kota lainnya masih dibawah target 70%. Kota Jakarta Selatan pada tahun 2021 menjadi kota dengan anggaran program vaksinasi COVID-19 tertinggi sebesar Rp52,7 Miliar (Rp26.566 per kapita), begitupun dengan jumlah sasaran vaksinasi kota Jakarta Selatan yang juga tertinggi dibanding 5 kabupaten/kota yang lain dengan 1,9 juta penduduk dengan mobilitas penduduk yang juga tinggi. Selain itu, Jakarta secara umum juga banyak melayani penduduk kota sekitar Jakarta dan penduduk non-Jakarta yang bekerja atau berkunjung ke Jakarta, sehingga capaian vaksinasi pun bisa mencapai target lebih dari 100%.

Kabupaten Seram Bagian Barat memiliki cakupan vaksinasi di bawah 30% hingga tahun 2023. Data anggarannya menunjukkan anggaran vaksinasi 2021 sebesar 71 juta (Rp 386 per kapita) yang naik

hingga empat kali lipat di tahun 2022 sebesar 289 juta (Rp1.576 per kapita), dan tidak dianggarkan di tahun 2023. Kenaikan anggaran di tahun 2022 kemungkinan dilakukan untuk meningkatkan percepatan capaian vaksinasi. Dengan tantangan geografis dan lainnya, Kabupaten Seram Barat

membutuhkan lebih banyak komitmen anggaran dari Pemerintah Daerah maupun Pusat.

Sedangkan Kabupaten Sigi memiliki anggaran per kapita tertinggi pada tahun 2021 dan 2022 sebesar Rp32.937 dan Rp15.358, hal ini dikarenakan

Tabel 5.4 Tabel Besaran dan Realisasi Anggaran Program Vaksinasi COVID-19 dari

Kabupaten Tanggamue	2021				2022				2023		Jumlah Sasaran Vaksin	Capaian Vaksin Dosis Primer (2023)
	Besar Anggaran (Rp)	Anggaran per Kapita (Rp)****	Realisasi		Besar Anggaran (Rp)	Anggaran per Kapita (Rp)****	Realisasi		Besar Anggaran (Rp)	Anggaran per Kapita (Rp)****		
Dinas Kesehatan Provinsi												
Provinsi DKI Jakarta	208.012.109.465	22.169	51.000.000***	0,02%***	654.030.000	70	3.000.000***	0,5%***	87.680.000	9	9.382.849	116.7%
Provinsi Bali	7.404.081.810	1.962	764.693.275	10,33%	38.339.400	10	38.474.400	100,4%	*	*	3.774.174	97,5%
Provinsi Sulawesi Tengah	1.023.310.000	479	780.470.000	76,27%	1.699.999.850	796	1.455.389.225	85,6%	*	*	2.135.907	63,9%
Provinsi Lampung	9.698.355.557	1.283	9.698.355.557	100%	280.826.640	37	280.826.640	100%	*	*	7.558.816	66,9%
Provinsi Maluku	302.666.250	188	106.868.000	35,3%	2.549.231.000	1.580	807.333.500	31,6%	*	*	1.613.247	45,0%
Provinsi Papua	8.990.110.000	3.066	6.434.356.398	71,6%	1.696.248.000	578	1.693.430.415	99,8%	*	*	2.932.640	23,5%
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota												
Kota Jakarta Selatan	52.783.464.000	26.556	52.783.464.000	69,30%	24.900.000	13	24.900.000	100%	19.000.000	10	1.987.617	140,9%
Kabupaten Gianyar	22.400.000**	49	11.700.000	52,23%	5.850.000**	13	5.250.000	89,74%	*	*	452.830	90,4%
Kabupaten Sigi	6.091.731.945	32.937	5.476.136.925	89,89%	2.840.506.699	15.358	1.839.214.142	99,95%	*	*	184.952	37,1%
Kabupaten Tanggamus	350.000.000	652	350.000.000	100%	5.074.538.880	9.455	4.521.671.470	89,11%	*	*	536.701	60,2%
Kabupaten Seram Bagian Barat	71.000.000	386	71.000.000	100%	289.734.057	1.576	279.654.114	96,5%	*	*	183.820	24,5%
Kota Jayapura	3.621.907.457	13.350	3.621.907.457	100%	155.355.400	573	155.355.400	99%	*	*	271.306	57,3%

Keterangan :

* Tidak ada lagi penganggaran khusus program vaksinasi COVID-19

** Anggaran tidak secara khusus ada untuk program vaksinasi COVID-19, diambilkan dari program vaksin reguler/ gabung dengan penanganan COVID-19

*** Realisasi yang didapat hanya komponen yang dipegang Dinkes, sedangkan sisanya tidak ada data besaran realisasi (adanya di suku dinas kesehatan)

**** Anggaran per kapita dihitung secara sederhana dari total anggaran dibagi jumlah sasaran vaksin

anggaran tersebut sebagian besar digunakan untuk kegiatan operasional pelayanan di puskesmas dan kegiatan pengadaan alat kesehatan seperti vaccine carrier dan vaccine refrigerator. Pengadaan ini diperlukan karena kabupaten Sigi merupakan wilayah DTPK dan pada awal pandemi infrastruktur untuk penyimpanan vaksinasi masih terbatas. Selanjutnya Kabupaten Gianyar baik tahun 2021 maupun 2022 memiliki anggaran terendah sebesar Rp22,4 juta dan Rp5,8 Juta dengan besaran anggaran per kapita sebesar Rp 49 dan Rp13 karena tidak memiliki anggaran khusus program vaksinasi COVID-19, sehingga anggaran diambil dari program vaksin reguler/ gabung dengan anggaran penanganan COVID-19. Di sisi lain, Kota Jakarta Selatan memiliki anggaran per kapita terendah tahun 2022 (Rp13) karena anggaran program vaksinasi hanya dialokasikan untuk kegiatan sosialisasi, koordinasi, pemantauan, dan bimbingan teknis. Hal ini berkorelasi dengan capaian vaksin di Jakarta selatan yang sudah mencapai lebih dari 100% di awal tahun.

Selanjutnya untuk realisasi anggaran di tingkat kabupaten/kota di tahun 2021, Kabupaten Tanggamus, Kabupaten Seram Bagian Barat, dan Kota Jayapura telah merealisasikan 100% anggaran, sedangkan Kabupaten Gianyar memiliki serapan anggaran terkecil (52,23%). Hal ini menunjukkan bahwa di tahun 2021 beberapa kabupaten/kota masih memiliki hambatan untuk memaksimalkan anggaran yang ada karena kendala birokrasi, administrasi, sumber data, distribusi, penerimaan masyarakat, dan lainnya. Kendati demikian, pada tahun 2022 semua kabupaten/kota telah mampu meningkatkan realisasinya karena mungkin penurunan anggaran yang juga signifikan.

Dinas kesehatan di beberapa daerah juga menyebutkan bahwa sudah tidak ada anggaran untuk vaksinasi COVID-19 pada tahun 2023. Penyebab yang disampaikan oleh dinas kesehatan terkait sudah tidak adanya anggaran khusus diantaranya dikarenakan sudah tidak ada instruksi untuk dapat melakukan refocusing DAU dan juga kasus COVID-19 yang sudah menurun serta

antusiasme masyarakat untuk vaksin juga sudah berkurang.

"Jadi 2023 tidak ada lagi kebijakan refocusing DAU tapi dia temen-temen bidang P2P itu dalam melaksanakan vaksinasi COVID-19 lanjutan ini untuk Booster itu kemungkinan sudah menganggarkan juga include dengan program vaksin yang lain." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Untuk di 2023 karena kasus sudah mereda, vaksin juga sudah mulai mereda kami anggarkan kami rencanakan untuk monitoring pelaksanaan vaksinasi saja rencananya. Tapi, karena ada apa namanya masalah di keuangan kami jadi kemarin itu kena rasionalisasi." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

"anggaran vaksinasi itu kan yang dibiayai yang dianggarkan itu kan transpor tim vaksinasi. Tapi, 2023 ini tim vaksinasi itu kan sudah tidak dapat jalan lagi. Makanya memang sudah tidak dianggarkan." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"ini memang sudah tidak ada lagi (untuk tahun 2023), tapi untuk pelaksanaannya tetap. Jika ada ini vaksinasi Puskesmas tetap siap untuk melaksanakan kegiatan vaksin. Untuk pemberian jasa maupun makan minum dan lain sebagainya itu penganggarannya sudah tidak ada karena tidak ada anggarannya lagi." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

Namun, masih ada daerah yang tetap menganggarkan khusus untuk program vaksinasi COVID-19 dengan pertimbangan bahwa kasus COVID-19 masih ada sehingga proses vaksinasi harus terus berjalan dan menyediakan anggaran khusus.

"karena dari perintah pengendalian dan pencegahan COVID nya belum hilang, makanya tetap dimasukkan terkait pencegahan dan pengendalian terkait pemantauan KIPI (Kejadian

Ikutan Pasca Imunisasi)." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Tahun 2023 untuk transport saja jadi transport lokal saja jadi untuk transport. makan petugas vaksin tidak ada, transport aja tuh. Transport lokal kita kan ada yang Rp150.000 ada yang Rp200.000 ini." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

Sama dengan proses perencanaan penganggaran, trend anggaran yang disediakan pemerintah daerah untuk program vaksinasi juga dipengaruhi oleh kapasitas, kemampuan, dan komitmen daerah masing-masing dalam memaksimalkan cakupan vaksinasi COVID-19. Terdapat pemerintah daerah yang masih berkomitmen untuk meningkatkan cakupan vaksinasi COVID-19 di daerahnya, tetapi sebagian besar daerah sudah terlihat menurun dalam upaya meningkatkan cakupan vaksinasi COVID-19 di wilayahnya. Sudah dicabutnya status PPKM dan Pandemi COVID-19 oleh Presiden yang berlanjut dengan penghapusan regulasi vaksinasi COVID-19 yang tidak lagi menjadi syarat perjalanan menjadi penyebab semakin menurunnya animo masyarakat untuk mendapat vaksinasi COVID-19. Namun, vaksinasi COVID-19 merupakan komponen penting dalam mencapai herd immunity, juga menurunkan risiko kesakitan dan kematian untuk populasi, terutama kelompok rentan. Sehingga sudah seharusnya pemerintah pusat, pemerintah daerah, hingga level rumah sakit dan puskesmas tetap mempertahankan komitmen yang sama untuk melakukan vaksinasi COVID-19.

Terkait dengan kemampuan daerah dalam menyediakan anggaran khusus untuk program vaksinasi COVID-19 yang semakin menurun dari tahun ke tahun ini, dapat disiasati salah satunya dengan upaya meningkatkan kemitraan dengan pihak swasta maupun lembaga donor. Pihak swasta memiliki anggaran yang dapat membantu pemerintah daerah untuk dapat meningkatkan pelayanan vaksinasi COVID-19. Banyak pihak swasta, masyarakat sipil, dan lembaga donor yang memiliki keinginan dan kemampuan dalam membantu pemerintah dalam hal pelayanan vaksinasi

COVID-19. Namun, kemitraan ini membutuhkan kebijakan pemerintah yang dapat memfasilitasi kemitraan ini agar dapat berjalan dengan lebih lancar.

3 Komponen Pembiayaan Program Vaksinasi COVID-19

Pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 dijelaskan bahwa kegiatan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 yang dibiayai oleh APBN, APBD dan sumber lain yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan antara lain biaya operasional, biaya distribusi vaksin dan logistik, biaya pengembangan dan penyebarluasan materi KIE (Kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi), biaya penyelenggaraan pertemuan advokasi, koordinasi dan sosialisasi, bimbingan teknis dan monitoring, dan surveilans KIPI (Kemenkes, 2021).

Kajian ini menemukan bahwa setiap daerah memiliki komponen yang beragam yang dimasukkan dalam penganggaran program vaksinasi COVID-19. Berbagai komponen yang ditemukan dalam penganggaran di berbagai daerah diantaranya adalah terkait komponen distribusi, insentif tim vaksinator, biaya perjalanan dinas, monitoring evaluasi, makan minum, advokasi dan sosialisasi, pelatihan, APD (Alat Perlindungan Diri), dan lain-lain. Pada tabel 5.5 dibawah ini disajikan penjelasan berbagai komponen/ mata anggaran yang terdapat pada penganggaran program vaksinasi COVID-19 dari berbagai daerah yang menjadi lokasi studi ini.

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa komponen anggaran program vaksinasi COVID-19 yang paling sering ada di level dinas kesehatan provinsi adalah belanja perjalanan dinas dan belanja makan minum. Sedangkan untuk anggaran distribusi tidak selalu ada di setiap provinsi, padahal distribusi vaksin merupakan tugas dinas kesehatan provinsi untuk memastikan vaksin sampai di dinas kesehatan kabupaten/ kota. Sedangkan

Tabel 5.5 Tabel Komponen/ Mata Anggaran pada Penganggaran Program Vaksinasi COVID-19 dari Berbagai Daerah

Daerah	Komponen/Mata Anggaran
Dinas Kesehatan Provinsi	
Provinsi Sulawesi Tenggara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belanja makanan dan minuman aktivitas lapangan dan tim investigasi KIPPI 2. Belanja pengadaan 3. Honorarium tim pelaksana kegiatan dan Sekretariat tim pelaksana kegiatan 4. Belanja perjalanan dinas 5. Advokasi stakeholder 6. Peningkatan kompetensi dan kualifikasi sumber daya manusia kesehatan
Provinsi DKI Jakarta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi Pelaksanaan Imunisasi COVID-19 2. Bimbingan Teknis dan Monitoring Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 3. Pemantauan Kejadian Ikutan Pasca Vaksinasi COVID-19 (Pengendalian COVID-19) 4. Operasional Vaksinasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Pengendalian COVID-19) 5. Koordinasi Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 (Pengendalian COVID-19)
Provinsi Sulawesi Tengah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belanja makanan dan minuman rapat dan aktivitas lapangan 2. Belanja perjalanan dinas dalam negeri
Provinsi Lampung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insentif vaksin 2. Distribusi vaksin COVID-19 3. Pemeliharaan sarana rantai dingin 4. Makanan dan minuman untuk penjagaan vaksin COVID-19 oleh tim polisi 5. Sarana Rantai dingin (Hibah ke kako: RS, Puskesmas, Farmasi) 6. sarana APD dan kantong limbah medis
Provinsi Maluku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribusi vaksin ke kabupaten/kota melalui pos
Provinsi Papua***	<ol style="list-style-type: none"> 1. Program vaksinasi
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	
Kabupaten Gianyar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi pencegahan dan pengendalian COVID19 ke Puskesmas
Kota Jakarta Selatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penatalaksanaan Investigasi Penyakit Berpotensi KLB dan/atau KLB (Pengendalian COVID-19) 2. Pemantauan Kejadian Ikutan Pasca Vaksinasi COVID-19 (Pengendalian COVID-19) 3. Operasional Pelayanan Rumah Sakit 4. Operasional Pelayanan Puskesmas 5. Bimbingan Teknis dan Monitoring Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 6. Koordinasi Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 (Pengendalian COVID-19) 7. Advokasi dan Sosialisasi Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 (Pengendalian COVID-19)
Kabupaten Sigi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sub. Kegiatan Peningkatan Upaya Promosi Kesehatan, Advokasi, Kemitraan dan pemberdayaan masyarakat 2. Sub. Kegiatan Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota 3. Sub. Kegiatan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD 4. Sub. Kegiatan Pengadaan Sarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan 5. Sub. Kegiatan Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan 6. Sub. Kegiatan Pemeliharaan Sarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan 7. Sub. Kegiatan Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan 8. Sub. Kegiatan Pengelolaan Surveilans Kesehatan 9. Sub. Kegiatan Operasional Pelayanan Fasilitas Kesehatan Lainnya 10. Sub. Kegiatan Operasional Pelayanan Puskesmas 11. Sub. Kegiatan Operasional Pelayanan Fasilitas Kesehatan Lainnya 12. Sub. Kegiatan Operasional Pelayanan Puskesmas

Daerah	Komponen/Mata Anggaran
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	
Kabupaten Tanggamus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insentif Vaksinator 2. Transport pelayanan Vaksinasi
Kabupaten Seram Bagian Barat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribusi Vaksin 2. Belanja cetak penggandaan 3. Belanja Perjalanan Dinas Dalam Kota 4. Kegiatan Pelatihan Peningkatan Kapasitas Petugas Trakking COVID 19 5. Kegiatan Pembinaan Pelacakan Kontak COVID 19 Kepada Petugas Puskesmas dan Petugas Tracer
Kota Jayapura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belanja Barang 2. Belanja Jasa 3. Belanja Perjalanan Dinas

* Tidak ada lagi penganggaran khusus program vaksinasi COVID-19

** Anggaran tidak secara khusus ada untuk program vaksinasi COVID-19, diambilkan dari program vaksin reguler/ gabung dengan penanganan COVID-19

*** Dinas kesehatan tidak memberikan detail rincian komponen anggaran

pada level kabupaten/kota komponen anggaran program vaksinasi COVID-19 yang paling sering muncul adalah Kegiatan operasional di Rumah Sakit dan Puskesmas, Perjalanan dinas/transport, dan kegiatan monitoring pelaksanaan vaksinasi COVID-19. Paling tidak dari data yang diberikan ke tim peneliti, nampak hanya Kabupaten seram bagian barat saja yang memiliki komponen khusus untuk kegiatan distribusi vaksin.

Beragamnya komponen yang ada dalam penganggaran program vaksinasi COVID-19 ini disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan daerah masing-masing dalam menyediakan anggaran untuk program vaksinasi COVID-19. Hal ini membuat komponen yang ada pada satu daerah, mungkin tidak terdapat pada penganggaran daerah lain karena terbatasnya dana yang dialokasikan untuk program vaksinasi COVID-19. Meskipun pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 telah disebutkan komponen-komponen yang dapat dibiayai oleh APBN maupun APBD, realitanya tidak semua daerah mampu untuk menganggarkan semua komponen tersebut.

Pada sub bab ini akan dibahas lebih detail terkait dua komponen pembiayaan yang menjadi komponen esensial dalam pelayanan vaksinasi COVID-19, yaitu biaya distribusi vaksin dan insentif tim vaksinator.

A Anggaran Distribusi Vaksin

Pemerintah Provinsi bertanggung jawab untuk mendistribusikan vaksin COVID-19 ke Kabupaten/Kota, dan Pemerintah Kabupaten/Kota selanjutnya bertugas mendistribusikan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan pos pelayanan Vaksinasi COVID-19 di wilayahnya, berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan PT Bio Farma atau badan usaha lain yang ditunjuk. Hal ini juga disampaikan perwakilan Kementerian Kesehatan RI dalam sesi FGD (Focus Group Discussion).

"Penyediaan vaksin covid dan distribusi ada (sampai ke tingkat provinsi). Dari Provinsi ke Kabupaten Kota dan selanjutnya ke puskesmas mereka ada sendiri biasanya biayanya. Kemenkes hanya ke level provinsi saja." (Perwakilan Kementerian Kesehatan)

Dalam Kepmenkes RI HK.01.07/MENKES/4241/2021, menu distribusi vaksin dan logistik vaksinasi COVID-19 termasuk dalam salah satu menu kegiatan yang dianggarkan dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19 (Kemenkes, 2021). Namun, pada kenyataan di lapangan tidak semua daerah memiliki anggaran distribusi vaksin COVID-19 yang akhirnya menyebabkan berbagai kendala.

"Benar untuk distribusi kami di program imunisasi tidak mengganggu akan tetapi anggaran itu ada di Farmasi tapi bukan khusus vaksin COVID mereka gabung dengan obat-obatan. mereka ada di farmasi distribusi obat-obatan jadi di situ sekalian mereka distribusi obat-obat ke Kabupaten sekalian dengan vaksinasi COVID." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Nggak ada kami nggak nggak pernah merealisasikan itu (anggaran distribusi) jadi karena kami ambilnya dari apa dari biaya-biaya operasional dinas kesehatan Jadi kami mengambil itu ambil semacam apa namanya BBM dari sini dan kami ambil ke provinsi vaksinnya itu. puskesmas juga gitu pakai ambulans." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

Selain itu, berdasarkan Permenkes 42/2022, DAK Non fisik Bidang kesehatan dapat digunakan untuk distribusi vaksin COVID-19. DAK Non Fisik yang terdiri dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dinas kesehatan dan BOK Puskesmas di dalamnya terdapat komponen kefarmasian dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai). Pendistribusian vaksin COVID-19 masuk ke dalam komponen kefarmasian dan BMHP (Kemenkes, 2022). Namun, pemanfaatan DAK Non Fisik untuk vaksin COVID-19 tersebut juga menemui kendala di lapangan dikarenakan oleh terbentur aturan pemanfaatan DAK Non Fisik yang tidak dapat digunakan untuk perjalanan keluar daerah.

"yang kurang di sini ada anggaran untuk distribusinya yang saya bilang tadi kan ini nggak punya anggaran untuk pengambilan vaksin nya itu yang jadi kendalanya. Karena memang terbentur juga dengan aturan, karena kita dibiayai dari anggaran DAK Non fisik dan tidak bisa untuk melakukan perjalanan ke luar daerah seperti itu. Ya betul distribusi tidak ada. Jadi kami memang terbentur dengan juknis dari DAK-nya." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

Upaya yang pada umumnya ditempuh dinas kesehatan untuk mengatasi ketiadaan anggaran distribusi vaksin COVID-19 ini adalah dengan menggabungkan distribusi vaksin bersamaan dengan distribusi obat-obatan, BMHP (Bahan Medis Habis Pakai), alat kesehatan, dan vaksin imunisasi rutin yang lain dari bagian farmasi. Namun, melalui cara ini juga terdapat kendala yang ditemui dikarenakan bagian farmasi memiliki jadwal tersendiri untuk mengambil alkes dan obat-obatan. Sehingga ketika vaksin COVID-19 datang dari pusat ke provinsi, tidak dapat segera diambil, terlebih vaksin COVID-19 memiliki masa kadaluarsa yang cenderung singkat.

"Kita vaksin ini mengikutkan distribusi obat jadi vaksinasi itu di kami titipkan ke bagian farmasi. Kami tidak mencantumkan itu (dana distribusi) karena penganggaran seperti obat bukan dari vaksinasi COVID tapi untuk secara umum." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)

"Jadi sebenarnya untuk distribusi ini memang tidak ada alokasinya. Distribusi pas itu masih terbatas juga. karena vaksin yang datang dari pusat itu sedikit-sedikit. Dana distribusi vaksin itu misalnya yang dijatah hanya 4-5 kali saja. sedangkan vaksin dari pusat datangnya sedikit-sedikit tapi kalau nggak segera diambil akan ED (expired date). itu yang dikeluhkan teman-teman puskesmas terutama yang jauh" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"(pengambilan vaksin bersama bagian farmasi ambil alkes dan obat-obatan) salah satu memang ya karena kita tidak punya anggaran ya terpaksa seperti itu gitu loh. jadi teman-teman puskesmas (walaupun) kita sudah dikasih dari provinsi (tapi) harus nunggu." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota)

Hambatan distribusi ini juga dirasakan oleh kelompok masyarakat sipil yang tergabung di dalam Koalisi Akses Vaksin untuk Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan yang ingin mengirimkan bantuan vaksin ke daerah. Sebelumnya, provinsi bersedia

mengirimkan vaksin ke daerah, tetapi mulai awal tahun 2023, provinsi meminta koalisi sendiri yang melakukan pengiriman ke daerah.

"Dalam beberapa bulan ini kami terus terang kesulitan, karena sebelumnya kita bisa kirim sampai ke wilayah ya, dan dalam beberapa bulan terakhir ini ada beberapa wilayah yang tidak bersedia menerima vaksin itu, mereka minta biasanya vaksin itu turun di provinsi kemudian oleh provinsi disebar ke daerah ya. Tapi dalam beberapa bulan ini daerah mereka menolak menerima vaksin dan mereka meminta kami menjamin bahwa vaksin sampai ke wilayah dengan cara membayar atau membiayai pengangkutan vaksinnya ke daerah." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Mengingat komponen distribusi ini merupakan hal yang esensial dalam pelayanan program vaksinasi COVID-19. Seharusnya pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten/kota dapat menyediakan anggaran khusus distribusi vaksin COVID-19 yang terpisah dengan distribusi obat dan alkes dari bagian farmasi. Adanya anggaran khusus diperlukan agar pengiriman dapat dilakukan tepat waktu mengingat pentingnya kebutuhan masyarakat akan vaksin terpenuhi dan masa kadaluarsa vaksin yang cukup singkat. Anggaran distribusi vaksin COVID-19 ini sudah diatur dalam Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/4241/2021. Maka dalam hal anggaran distribusi ini, kementerian kesehatan, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota bertanggung jawab melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan petunjuk teknis perencanaan penganggaran (Juknis Rengar) Vaksinasi COVID-19 sesuai dengan kewenangan masing-masing (Kemenkes, 2021). Sehingga apabila suatu daerah baik provinsi, kabupaten/kota, maupun puskesmas memiliki kendala dalam penyediaan anggaran distribusi vaksin COVID-19, dapat segera terdeteksi dan dicari solusinya sebelum hal tersebut dapat mengganggu proses pelayanan vaksinasi COVID-19.

B Insentif Tim Vaksinator

Aturan tidak mewajibkan daerah untuk memberikan insentif bagi tim vaksinator. Pada Kepmenkes RI No HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 sendiri memang tidak terdapat pasal yang mengatur khusus terkait pemberian insentif kepada tim vaksinator vaksin COVID-19. Namun, pada Kepmenkes No HK.01.07/MENKES/4241/2021 tentang Petunjuk Teknis Perencanaan Penganggaran Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 Bersumber DAU dan DBH 2021 terdapat penjelasan bahwa vaksinasi COVID-19 adalah bagian dari strategi pengendalian pandemi COVID-19 secara cepat dan untuk pemulihan semua sektor pembangunan, maka pemberian honor bagi tim vaksinasi dapat dipertimbangkan untuk diberikan. Honor tim vaksinasi diberikan sesuai dengan standar harga satuan regional berdasarkan keputusan kepala daerah yang menetapkan mengenai tim vaksinasi (Kemenkes, 2021).

Tim vaksinator merupakan komponen penting dalam terlaksananya program vaksinasi COVID-19, tetapi tidak semua daerah memiliki kemampuan untuk menyediakan anggaran untuk tim vaksinator COVID-19. Tim vaksinator COVID-19 banyak yang diberdayakan dari tenaga kesehatan puskesmas yang diberikan tupoksi tambahan untuk melakukan vaksinasi. Temuan dari studi ini menunjukkan bahwa pemberian insentif ini memang dikembalikan sesuai dengan kapasitas dan kebijakan daerah masing-masing. Dikarenakan tidak terdapat aturan khusus dari pusat, maka ada daerah yang menganggarkan insentif untuk tim vaksinator dengan mengeluarkan Surat Keputusan (SK) dari kepala daerah atau kepala dinas kesehatannya dan ada pula daerah yang tidak memberikan insentif untuk tim vaksinatornya.

"dari kepalanya penetapannya tuh dari Keputusan Kepala Dinas itu ya. setiap kali

*turun perhitungannya (insentif tim vaksin)."
(Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota)*

*"kami hanya ada di 2021 itu adalah insentif
vaksinator yang di SK kan SK timnya oleh
Gubernur." (Perwakilan Dinas Kesehatan
Provinsi)*

Untuk daerah yang memiliki anggaran untuk tim vaksinator pun masih menemui kendala diantaranya adalah anggaran yang disediakan dirasa kurang terkait nominalnya. Hal ini disampaikan salah satu dinas kesehatan yang menyatakan bahwa besaran honor tim vaksinator yang sebelumnya dianggarkan sesuai Perpres No 33/2022 Tentang Perubahan Ketiga atas Perpres No 99/2020 Tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 (Peraturan Presiden, 2020), dirasa kurang sesuai, sehingga pemerintah provinsi mengeluarkan Pergub untuk penyesuaian honor tim vaksinator.

*"Kita tahu sendiri Perpres 33 yang mengatur
tentang tim pelaksana kegiatan itu, belum
cocok untuk teman-teman yang melaksanakan
vaksinasi ini terutama tim vaksin. Kami yang
bekerja dari pagi sampai malam kemudian
belum lagi yang ke lapangan. Jadi kami
menyusun kemudian Pergub yang khusus
untuk mengatur insentif yang besaran honor
itu jauh di atas kertas dengan yang diatur oleh
peraturan 33 seperti itu dan itu baru terbit
disahkan Juni (2021) seperti itu mbak sesuai
dengan aturan APBD. " (Perwakilan Dinas
Kesehatan Provinsi)*

*"Ada masukan dari teman-teman puskesmas
bahwa pada saat melakukan kegiatan
itu mereka dari pagi sampai sore jadi
membutuhkan biaya operasional seperti makan
minum, maka pelaksanaan vaksinasi juga dari
itu tentunya untuk biaya operasional seperti
BBM. Jadi makanya kami menganggarkan tiga
item untuk makan minum insentif." (Perwakilan
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).*

Kendala lainnya adalah fleksibilitas dalam penugasan karena pemberian insentif harus sesuai nama yang tercantum di SK, misal orang tersebut berhalangan turun, maka insentif tidak dapat dialihkan ke orang yang menggantikannya.

*"Mereka bilang namanya sudah tercantum gitu
(di SK) tapi dia tidak bisa melaksanakan jadi
tidak bisa dibayar misalnya karena sakit dan
penggantinya tidak bisa dibayar . " (Perwakilan
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).*

Selain itu anggaran honor untuk tim vaksinator pada umumnya hanya ada di tahun 2021 saja, sedangkan tahun 2023 sudah tidak dianggarkan karena SK kepala daerah tersebut sudah tidak berlaku lagi.

*"Tidak diperpanjang lagi hanya di tahun 2021 itu
aja Pergub yang tentang SK Tim vaksinator itu
di Tahun 2022 tidak ada lagi." (Perwakilan Dinas
Kesehatan Kabupaten/Kota).*

*"Insentif ini hanya 2021 ya, selanjutnya tidak
ada." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/
Kota).*

*"Nggak ada lagi di tahun 2021 saja ya (insentif
tim vaksin), tapi honor sekretariat masih ada
sekretariat COVID itu ada di 2022 masih ada,
2023 sudah tidak ada lagi. " (Perwakilan Dinas
Kesehatan Provinsi).*

Sedangkan, bagi staf dinas kesehatan provinsi, sebagian mendapatkan insentif ketika melaksanakan pelayanan vaksinasi COVID-19 dada juga yang meskipun menjadi tim vaksinator tidak mendapatkan insentif. Upaya untuk mengusulkan adanya insentif sudah dilakukan, namun tidak setiap daerah usulannya mendapat persetujuan.

"Awalnya dinas kesehatan provinsi itu tidak boleh diberikan insentif karena yang boleh hanya puskesmas dan rumah sakit, karena waktu itu di regulasinya tidak diperbolehkan. kami door to door, Kementerian Kesehatan melihat bahwa kami memang benar-benar bekerja sehingga

regulasi yang dinas kesehatan Provinsi tidak boleh mendapatkan honor di dalam regulasi itu di direvisi sehingga kami diperkenankan untuk mendapatkan insentif karena memang kami membantu melakukan percepatan juga di daerah terpencil." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Belanja perjalanan dinas, tidak ada insentif. iya vaksinasi itu hanya dibayarkan transport. sudah ada upaya untuk mengajukan memang tidak disetujui." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Tidak ada insentif untuk tim vaksin, juga tetap tidak di APBD-perubahan insentif vaksinator itu, adanya 2022 transport untuk tim vaksin aja." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Terdapat daerah yang menganggarkan anggaran untuk tim COVID-19, namun tidak menganggarkan honor untuk tim vaksinator COVID-19 yang akhirnya menimbulkan kecemburuan di antara para petugas puskesmas.

"Kalau ditanya dulu ya sangat membutuhkan (honor tim vaksinator). karena kenapa, teman-teman kami di bawah terutama untuk vaksin massal kemarin itu benar-benar jatuh bangun mungkin sampai begadang sampai stress. Kegiatan sebelah (3T) dapat insentif gitu dan kegiatan kami tidak kita ya itu kan setidaknya menimbulkan gesekan di bawah gesekan sekali itu di bawah kemudian menimbulkan kecemburuan." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

Selain permasalahan terkait besaran nominal yang didapatkan, juga ada permasalahan di daerah terkait keterlambatan dalam pembayaran insentif atau honor tim vaksinator. Terdapat daerah yang mengalami kendala dalam ketersediaan anggaran sehingga terlambat membayarkan insentif tim vaksinatornya.

"Iya utang jasa itu untuk tenaga kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit yang melakukan

vaksinasi. Kalau yang saya lihat itu jadi dana yang tersedia itu yang ditanggihkan itu adalah yang untuk insentif ya. untuk makan minum kurang cuma kan kami utamakan insentif tim vaksinator. banyak sekali yang protes bahkan mereka mau demo. November-Desember dananya sudah betul-betul tidak ada sudah nihil, kemudian dilakukan upaya komunikasi terhadap kepada bapak bupati agar dilakukan pembayaran di bulan April (2023)." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

"Tidak cukup. karena Kenapa? kalau cukup berarti tidak ada utang jasa sampai di 2023 ini menandakan kurang lebih satu miliar itu hanya untuk membayar jasa yang dianggap hutang yang belum terbayar di tahun 2022. Jadi kalau cukup itu sebenarnya kami tidak cukup. " (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

Pemberian insentif atau honor kepada tim vaksinator di luar makan, minum dan transport merupakan bentuk apresiasi dan penghargaan yang diberikan kepada tim vaksinator yang telah melaksanakan tugasnya dalam membantu percepatan program vaksinasi COVID-19. Staf puskesmas yang menjadi tim vaksinator umumnya melakukan tupoksi ini sebagai tambahan dari tanggung jawab lainnya di puskesmas. Terlebih, tim vaksinator memiliki tugas yang cukup berat terutama pada saat 2021 dimana dihadapkan dengan target cakupan vaksinasi dari pemerintah pusat, minat masyarakat untuk vaksin yang masih kurang, hingga berbagai kendala lainnya, termasuk dalam adaptasi penggunaan aplikasi. Sehingga sudah seharusnya pemerintah daerah dapat menyediakan komponen anggaran terkait insentif tim vaksinator ini dengan nominal yang layak. Selain itu, ketepatan waktu dalam pembayaran juga harus diperhatikan. Beberapa kasus keterlambatan dalam pembayaran hingga berbulan-bulan seharusnya tidak terjadi dan dapat diantisipasi sebelumnya. Untuk itu, koordinasi rutin dari berbagai tingkatan untuk pengawasan dan pembinaan terkait implementasi penggunaan anggaran berperan sangat penting.

4 Anggaran Vaksinasi COVID-19 Khusus untuk Kelompok Rentan

Pada studi ini, tidak ditemukan daerah yang memiliki komponen anggaran vaksinasi COVID-19 khusus kelompok rentan. Baik tingkat dinas kesehatan provinsi maupun dinas kesehatan kabupaten kota menunjukkan bahwa komponen anggaran program vaksin yang disusun merupakan anggaran untuk program vaksinasi COVID-19 secara umum. Tidak ada komponen khusus untuk kelompok rentan misalnya untuk penjangkauan maupun untuk pemeriksaan pendahuluan.

"Jadi secara penganggaran memang seperti saya sampaikan sebelumnya kami tidak menganggarkan secara khusus yang kelompok rentan seperti itu." (Perwakilan dinas kesehatan provinsi).

"Untuk mengenai anggaran pada populasi rentan, kita tidak ada bentuk penganggaran khusus." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Cuma umum saja tidak ada komponen khusus untuk menjangkau kelompok tidak ada sifatnya umum saja." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

"Jadi kami di Papua tidak peduli mana rentan atau kelompok tidak rentan barangsiapa di wilayah kota Jayapura, kabupaten Jayapura, baik dia di kantor, di kompleks, di kos-kosan, di gereja, di sekolah. Di mana saja mereka minta kami vaksin akan kami layani." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Hal ini juga berlaku pada pemerintah pusat, Kementerian kesehatan juga tidak memiliki anggaran khusus untuk penjangkauan kelompok rentan dalam program vaksinasi COVID-19. Baik pada Keputusan Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan, maupun Petunjuk Teknis, meskipun telah dijelaskan adanya kelompok prioritas penerima vaksin COVID-19 yang mencakup kelompok disabilitas, lansia, dan

masyarakat adat namun kelompok prioritas tersebut masuk ke dalam kategori kelompok umum. Hanya terdapat penjelasan pada Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 terkait penyusunan rencana pelaksanaan vaksinasi COVID-19 untuk daerah sulit (Kemenkes, 2021). Namun, terkait penjangkauan wilayah sulit ini juga tidak ada dinas kesehatan yang menganggarkan secara khusus. Kemendagri pun tidak lagi menganggarkan penjangkauan khusus oleh dukcapil untuk kebutuhan administrasi, dikembalikan ke kebutuhan dan keputusan daerah.

"Jadi satu kesatuan. Yang khusus untuk operasional, bukan untuk kelompok rentan." (Perwakilan Kementerian Kesehatan).

"Betul tidak ada klasifikasi anggaran khusus untuk kelompok rentan. Penyediaan vaksin covid dan distribusi ada (sampai ke tingkat provinsi) namun tidak spesifik ke kelompok rentan." (Perwakilan Kementerian Kesehatan).

"2020 kami ada DAK untuk dukcapil daerah untuk jemput bola, namun saat ini mekanisme jemput bola saat ini dicabut, saat ini kami serahkan ke daerah dengan APBD." (Perwakilan Kementerian Dalam Negeri).

Beberapa perwakilan daerah menyatakan memang seharusnya ada anggaran khusus penjangkauan kelompok rentan dalam program vaksinasi COVID-19 ini, namun ada pula daerah yang merasa tidak diperlukan adanya komponen anggaran khusus karena di dalam penganggaran secara umum juga berlaku untuk kelompok rentan. Selain itu, terdapat anggapan bahwa untuk kelompok rentan tidak berfokus di dinas kesehatan namun pada dinas sosial sehingga dinas kesehatan tidak perlu menganggarkan khusus untuk kelompok rentan dalam program vaksinasi COVID-19.

"Sebenarnya pada prinsipnya kadang-kadang sejujurnya ini yang harus diperbaiki ya (adanya anggaran khusus kelompok rentan)." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Daerah terpencil itu tidak bisa dijangkau dengan roda empat bahkan dengan roda dua jadi bisanya dengan jalan kaki. Sehingga membutuhkan biaya yang besar kalau kunjungan rumah." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

"Kalau untuk kelompok-kelompok rentan kami mungkin tidak punya seperti itu, disabilitas kami tidak punya. Kalau orang-orang yang kaya penyakit itu mungkin punya, cuma setiap bulan kami tahu ada seperti Posyandu namanya posbindu khusus untuk penderita penderita penyakit tidak menular, anggaran yang khusus untuk menjemput bola tidak ada" (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

"Ya seharusnya sih tidak ada khusus lagi, Tetapi dia sudah direncanakan menjadi satu itu karena apa Karena kelompok rentan kami sendiri aksesnya itu baik. Kalau menurut saya jadi kami tidak kesulitan akses gitu. " (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Di daerah Jakarta tidak ada terpencil dalam tanda kutip mungkin tidak perlu ada pengkhususan anggaran untuk kelompok rentan karena sama aja itu kita pendekatannya sama kalau secara umum." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota).

"Tapi kalau kelompok rentan itu domainnya bukan di kami ini jadi bukan semuanya kami kami hanya fokus yang untuk di kesehatan untuk kelompok rentan dari dinsos dan biro kesra (kesejahteraan)." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Dukungan penjangkauan serta anggaran untuk kelompok rentan ini justru diperoleh dari organisasi masyarakat sipil yang diantaranya membantu dalam pendataan dan skrining kesehatan untuk kelompok rentan, dimana anggarannya berasal dari organisasi tersebut.

"Kita itu dari pusat programnya sebelum teman-teman disabilitas divaksin, kita lakukan skrining tes kesehatan gula darah, kolesterol, diabetes. kita melakukan pembiayaan pengadaan tes tersebut karena kami lihat teman-teman Ini kebanyakan tidak bisa akses informasi terhadap kesehatannya sendiri sebelum mereka divaksin dilakukan dan itu semua penganggaran dari kami sendiri, termasuk akomodasi kami menjemput untuk teman-teman yang berada di lokasi-lokasi yang jauh. Juga seperti untuk teman-teman tuli kita sendiri yang menyiapkan interpreter bahasa isyarat." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

"Kemudian di inovasi-inovasi itu dilakukan oleh masyarakat sipil pemeriksaan pendahuluan, dari pendataan dari rumah ke rumah dan lain-lain gitu. Jadi itu yang kemudian kita lakukan dan akhirnya bisa mendorong pencapaian vaksinasi untuk disabilitas jauh lebih tinggi dibandingkan sebelumnya. karena sekali lagi kebutuhan dan persoalan kelompok rentan tidak dipahami dan tidak dimasukkan ke kebijakan akhirnya di daerah ya diimplementasikan begitu dan akhirnya tidak tercapai. " (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

"Saya kira pemerintah sudah perlu, sudah saatnya juga untuk memikirkan skema-skema dimana skema ini bisa menjadi alternatif untuk mendukung pembiayaan vaksinasi di luar pembiayaan negara yang makin kecil dan makin terbatas gitu. perlu beberapa kebijakan yang bisa mendorong pihak lain untuk membantu misalnya ada apresiasi rekognisi dari pemerintah terhadap pihak-pihak yang masih bersedia untuk mendukung kegiatan vaksinasi. " (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Kelompok rentan membutuhkan perhatian khusus dalam program vaksinasi COVID-19, karena kemampuan kelompok rentan dalam mengakses informasi dan layanan vaksinasi COVID-19 lebih terbatas dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya, sehingga dibutuhkan penjangkauan

khusus. Kegiatan penjangkauan ini tidak saja terkait dengan transportasi dan akomodasi untuk menjemput atau mendatangi kelompok rentan, namun juga pemeriksaan pendahuluan yang dilakukan sebelum melakukan vaksinasi COVID-19 pada kelompok rentan dan masyarakat adat yang memiliki penyakit penyerta. Komponen-komponen ini tentu membutuhkan penganggaran khusus agar vaksinasi dapat menjangkau kelompok-kelompok tersebut. Penyediaan anggaran khusus penjangkauan kelompok rentan ini membutuhkan komitmen tinggi dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, hingga fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dan puskesmas. Namun, ketiadaan komponen penganggaran khusus penjangkauan kelompok rentan di berbagai daerah yang ditemukan dalam studi ini menunjukkan bahwa komitmen dan pemahaman pemerintah terhadap kelompok rentan masih kurang. Hal tersebut bisa jadi disebabkan karena adanya keterbatasan anggaran. Sebagai langkah alternatif, salah satu yang dapat diupayakan oleh daerah adalah dengan bekerja sama dengan organisasi masyarakat sipil, pihak swasta, filantropi dan sebagainya. Ini menjadi langkah yang dapat difasilitasi dengan kebijakan dari pemerintah yang dapat memudahkan kemitraan.

5 **Kebutuhan Anggaran Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 Lainnya**

Terdapat daerah yang mengeluhkan terkait ketiadaan anggaran untuk mendukung pengamanan dari Polri berupa penyediaan makan minum dan snack. Anggaran pengamanan sendiri sebenarnya sudah diatur dalam Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/4241/2021 yang mencantumkan bahwa pengamanan dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19 dapat dianggarkan apabila diperlukan dan atas izin pejabat berwenang baik dinas kesehatan maupun pejabat pengampu pengamanan. Biaya pengamanan dapat berupa makan, minum, dan transpor petugas mengacu pada standar harga satuan regional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kemenkes, 2021). Meski sudah tercantum dalam peraturan, beberapa dinas kesehatan menyampaikan kesulitannya

menyediakan anggaran tersebut sebelum akhirnya dapat diupayakan melalui adanya refocusing di APBD perubahan. Selain itu, manajemen limbah COVID-19 oleh puskesmas juga terkendala anggaran.

"walaupun sudah kami terangkan kami tidak ada anggaran, nah tapi itu juga ada kesulitan di kami karena mereka menganggap mereka mengawal aktif berarti kami harus mempersiapkan operasional makan minum. Ini karena memang kami sudah tidak ada costnya dan kami hanya menyiapkan makan minum itu pun dari dana-dana kami itu nggak ngerti juga lagi pokoknya tapi supaya jangan sampai ada ketersinggungan karena kami sudah sampaikan juga tapi mereka tetap seperti itu itu berhenti pada waktu bulan puasa, mereka tetap minta, "Pak kami juga puasa jadi kami juga nggak makan jadi mohon maaf ". Itu akhirnya kami berjuang di dana refocusing yang akhirnya bisa diselesaikan dengan APBD perubahan. demikian juga di Puskesmas di Kabupaten (terkait pengamanan) maksudnya sama kayak kami ya mereka juga berjuang di APBD dan refocusing masing-masing." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

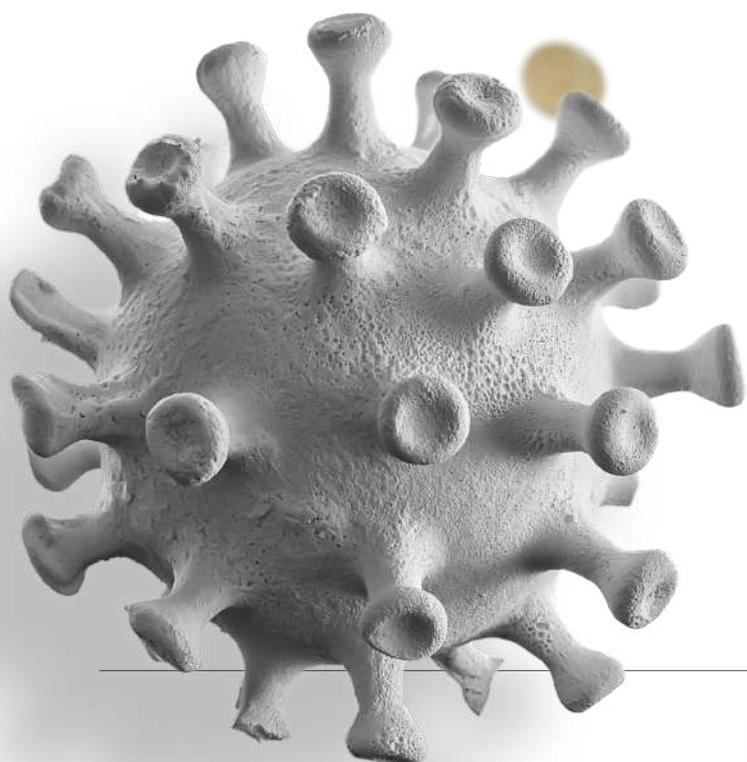
"karena saya di bagian urusan untuk limbahnya juga, jadi untuk distribusi itu saya kasih tahu sekalian. Untuk limbah COVID, tempat jarum suntik entah apa-apa itu, kami dinas kesehatan membuat kerjasama dengan ini dengan RSUD (Rumah Sakit Umum). Jadi limbahnya itu kepala dinas mengarahkan untuk semua kepala puskesmas limbahnya dibawa ke dinas nanti dihancurkan dimusnahkan kayak gitu. Nah yang jadi masalahnya itu puskesmas-puskesmas mereka tidak punya anggaran. Bagaimana mau dibawa itu limbah-limbah seperti itu yang harus dimusnahkan, karena kan dilarang (juga) dimusnahkan di puskesmas, puskesmas tidak punya alat untuk mengelola limbah. Itu salah satu contoh Kenapa saya bilang tidak ada anggaran (juga) untuk distribusi." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

Tidak tersedianya anggaran untuk melakukan bimbingan teknis, pengawasan dan evaluasi untuk program vaksinasi COVID-19. Padahal komponen tersebut penting untuk memastikan program berjalan optimal dan kendala di lapangan dapat diselesaikan segera.

"Dananya itu kalau menurut saya masih tetap kurang, karena dana vaksin ini cenderung banyak yang suka diabaikan. karena saya melihatnya seperti anggaran rutin yang tidak diutamakan. dan walaupun dianggarkan saya merasa masih agak kurang. semakin kesini kan anggarannya hanya pertemuan kalau dari APBD Murni, sedangkan kalau APBN kan ada bimtek ya ibarat kata uang turun lapangan uang transportnya baik itu ke sudinkes rumah sakit, maupun puskesmas. menurut saya perlu diperkuat lagi untuk monitoring evaluasi, rapat koordinasi yang mengundang narasumber untuk update dan sharing. jangan sekedar anggarannya untuk rapat koordinasi rutin." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Anggaran merupakan unsur penting dalam mendukung pelaksanaan vaksinasi COVID-19

sehingga diperlukan berbagai upaya dari pemerintah untuk dapat memastikan pembiayaan untuk program vaksinasi COVID-19 dapat tersedia dengan cukup. Salah satu upayanya adalah meningkatkan kemitraan dan keterlibatan pihak luar baik dari pihak swasta, organisasi masyarakat sipil, maupun pihak lain untuk terlibat dalam program vaksinasi COVID-19, terlebih untuk vaksinasi COVID-19 kelompok rentan. Adanya komitmen dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, hingga fasyankes dan puskesmas yang masih tinggi untuk menjalankan program vaksinasi COVID-19, ditambah adanya dukungan dari pihak swasta dan organisasi masyarakat sipil menjadi modal kuat untuk tetap berjalannya program vaksinasi COVID-19. Tanpa komitmen yang kuat dari berbagai pihak, maka yang terlihat adalah seperti saat ini dimana anggaran 2023 untuk vaksinasi COVID-19 sudah tidak dianggarkan secara khusus, minat masyarakat untuk vaksin sudah jauh menurun, dan berlanjut ke menurunnya semangat dari puskesmas, dinas kabupaten/kota dan provinsi terkait program vaksinasi COVID-19. Pemerintah pusat perlu terus mendorong komitmen semua pihak bahwa meskipun status pandemi sudah dicabut, kegiatan vaksinasi harus tetap berjalan.



Kolaborasi Lintas Sektor



Menyambung bagian pembahasan kebijakan dan tata kelola, kami menemukan bahwa mayoritas Pemerintah Daerah tidak memiliki peraturan setingkat pergub/perbup/perwali, sehingga tidak ada pengaturan mengenai kolaborasi lintas sektor dalam penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.

Kendala koordinasi antara Pemerintah Pusat dan Daerah umumnya berkaitan dengan stok vaksin. Umumnya terjadi perbedaan antara permintaan dan kebutuhan daerah dengan stok yang dikirimkan oleh pemerintah pusat akibat kendala perencanaan ataupun koordinasi.

Terkait koordinasi antar OPD secara umum, praktik baik kolaborasi lintas sektor sudah cukup merata di berbagai daerah. Dinkes di berbagai daerah memiliki kolaborasi lintas sektor dengan Dinsos dan Dukcapil, terutama dalam menentukan sasaran kelompok rentan tertentu dan membantu

pendaftaran administrasi kelompok rentan untuk vaksinasi COVID-19.

"Kami ke OPD-OPD membantu percepatan kan waktu itu pelayanan pertama masyarakat umum selanjutnya yang kedua itu pelayanan publik. Pelayanan publik ini adalah OPD-OPD. Pada waktu melaksanakan vaksinasi di OPD [misalnya dinas sosial dia bilang bu kami ada panti dan kami bilang kami siap membantu bapak siapkan panti mana / siapkan sasarannya] dan setelah bersurat ke kami, kami siapkan tim dan turun. Begitu juga dengan populasi lapas" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Kami bawa tim ke lapas dan melakukan penyuntikan dan yang tidak punya KTP dilakukan pencatatan manual (koordinasi dengan dokter di lapas)" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

Pelibatan Masyarakat Sipil dan Komunitas

Dalam rangka implementasi program vaksinasi COVID-19 di Indonesia, pelibatan masyarakat sipil dan komunitas kelompok rentan dalam perencanaan kebijakan maupun implementasi vaksinasi menjadi penting. Minimnya pelibatan masyarakat sipil dapat menyebabkan ketidaksesuaian antara kebijakan yang dirumuskan dengan kebutuhan dan preferensi masyarakat yang dilayani. Praktik baik di lapangan telah menunjukkan bagaimana masyarakat sipil membantu dalam pendataan, skrining, penjangkauan dan bahkan pembiayaan juga pengadaan vaksin. Ini menunjukkan bahwa kolaborasi antara masyarakat dan pemerintah dalam menjangkau kelompok rentan sangat diperlukan. Namun seringkali terkendala persoalan birokrasi untuk bermitra dengan organisasi masyarakat sipil dan komunitas.

"Kolaborator nya itu sampai sudah ada surat edaran dari kita, bagaimana teknis pakta integritas lalu juga proses SOP alur sehingga kolaborator itu harus bersurat ke dinkes nanti lalu di-cc atau di disposisi ke sudinkes dan puskesmas terkait sehingga mereka bisa membuat sentra vaksin sampai panjang" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Selain itu, upaya Pemerintah Daerah untuk berkolaborasi dengan tokoh adat dan agama juga mempunyai peran penting dalam rangka percepatan cakupan vaksinasi, seperti memperoleh dukungan serta mengedukasi masyarakat mengenai vaksinasi. Dengan adanya pembentukan grup Whatsapp antara dinas kesehatan dengan komunitas rentan, hal ini juga menjadi faktor yang membantu dalam melibatkan masyarakat. Grup ini bertujuan untuk memudahkan komunikasi langsung antar dinas kesehatan dan komunitas rentan dan juga untuk memantau capaian program vaksinasi secara efektif. Ada juga salah satu daerah yang membuka forum

yang berisi semua sektor mulai dari pemerintahan, swasta, dan juga organisasi sosial. Forum ini tergolong efektif karena memudahkan untuk berbagi data-data yang berguna untuk menjangkau kelompok rentan.

"... dalam suatu forum kita bekerja sama dengan teman-teman yang lain untuk bisa menjangkau daerah-daerah yang sangat sulit disana terdapat pemerintahan dan itu sangat efektif sekali dengan kita meng-share data-data tersebut mereka bergerak bersama untuk menjangkau teman-teman rentan" (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Terakhir, kegiatan vaksinasi juga banyak dibantu oleh berbagai kolaborator, sentra vaksin, termasuk pihak swasta, akademisi, kelompok masyarakat, media pers, sampai mahasiswa. Pihak swasta berkontribusi dengan menyediakan sumber daya dan fasilitas yang diperlukan untuk mendukung program vaksinasi seperti lokasi pelaksanaan dan terkadang dukungan keuangan. Kelompok masyarakat juga ikut serta dalam kegiatan vaksinasi dengan membantu dalam pendaftaran vaksinasi dan juga memberi dukungan moral kepada masyarakat yang divaksin. Selain itu, partisipasi dari kaum muda seperti para mahasiswa dalam kegiatan vaksinasi dengan membantu menyediakan bantuan lokasi dan logistik maupun menjangkau kelompok rentan.

"Kita itu banyak dibantu oleh kolaborator... kolaborator nya itu dibagi ada yang bagian institusi pendidikan terus juga ada [selain pendidikan] pelaku usaha UMKM (Usaha Mikro, Kecil, dan Menengah) juga pariwisata terus perkantoran lewat disnaker, media (NET / RCTI) dari kominfo diskominfo" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Permintaan (*Demand*)

Penolakan akan vaksin masih terjadi di masyarakat, termasuk oleh kelompok rentan. Tingkat permintaan terhadap vaksin COVID-19 berkaitan erat dengan tingkat keraguan terhadap vaksin COVID-19 (*vaccine hesitancy*). Keraguan masyarakat terhadap vaksin COVID-19 menyebabkan vaksin COVID-19 tidak terserap dengan baik di sejumlah daerah.

The WHO SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy mendefinisikan keraguan terhadap vaksin sebagai keterlambatan penerimaan atau penolakan vaksinasi meskipun layanan vaksinasi tersedia. Keraguan terhadap vaksin dapat disebabkan oleh

berbagai alasan, seperti terbatasnya akses informasi yang memadai mengenai vaksin, kekhawatiran terhadap keamanan vaksin, persepsi terhadap industri farmasi, politik dan sejarah, keyakinan agama, dan berbagai alasan lainnya (MacDonald, 2015).

Di Indonesia, tingkat keraguan terhadap vaksin COVID-19 bervariasi antardaerah. Berikut gambaran keraguan terhadap vaksin COVID-19 di tiga daerah di Indonesia setelah vaksin COVID-19 tersedia.

Tabel di bawah menunjukkan studi yang dilakukan di daerah yang berbeda, namun memiliki kurang

Tabel 5.6. Gambaran keraguan terhadap vaksin COVID-19 di tiga daerah di Indonesia

No	Peneliti	Desain Studi	Tujuan Studi	Hasil
1.	Wasaraka (2022)	Kuantitatif; <i>cross-sectional study</i>	Memetakan persepsi masyarakat asli Papua di Papua Barat terhadap vaksin COVID-19	Berdasarkan wawancara dengan 46 responden, mayoritas (61,8%) responden menyatakan bahwa mereka mungkin tidak bersedia untuk mendapatkan vaksinasi COVID-19. Sedangkan, hanya 5,9% responden yang secara pasti menyatakan bersedia untuk divaksinasi COVID-19. Alasan responden tidak menerima untuk divaksinasi COVID-19 beragam, mulai dari alasan keyakinan, khawatir dengan keamanan vaksin COVID-19 karena memiliki penyakit penyerta, tidak percaya vaksin COVID-19, dll.
2.	Syafrianto, et al (2022)	Kualitatif; pendekatan <i>health belief model</i>	Menganalisis penerimaan vaksinasi COVID-19 di Kabupaten Batang Hari, Jambi	Sejumlah informan menolak untuk mendapatkan vaksin COVID-19 dengan berbagai alasan, antara lain keyakinan bahwa virus Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)-CoV-2 tidak berbahaya dan bisa sembuh berdasarkan peningkatan imun, adanya rasa takut dan cemas, hingga tidak mempercayai Pemerintah. Melalui studi ini, sebagian responden lansia menolak untuk divaksinasi COVID-19 karena khawatir memperburuk penyakit penyerta yang sedang diderita hingga masih merasa takut karena belum mendapatkan edukasi yang cukup mengenai vaksin COVID-19.
3.	Sujarwoto, et al (2023)	Kuantitatif; <i>cross-sectional study</i>	Memetakan tingkat keraguan masyarakat Kabupaten Malang, Jawa Timur terhadap vaksin COVID-19	Berdasarkan hasil survei terhadap 3.014 responden, hanya 39,8% responden yang merasa yakin untuk divaksinasi COVID-19, sedangkan 60,2% responden memiliki tingkat keraguan yang berbeda-beda, atau bahkan tidak ingin divaksinasi COVID-19 sama sekali. Dalam studi ini, ditemukan bahwa tingkat pendidikan yang semakin rendah dan usia yang semakin tua meningkatkan tingkat keengganan untuk divaksinasi COVID-19 akibat terpapar misinformasi.

lebih alasan yang serupa yang menyebabkan keraguan akan vaksin COVID-19, seperti ketakutan akan efek samping vaksin, terutama bagi yang memiliki penyakit penyerta, di antara alasan lainnya.

Aspek permintaan menjadi tantangan yang cukup besar di Indonesia, sehingga pendekatan-pendekatan alternatif, terutama dalam menguatkan akses informasi terhadap individu-individu yang ragu/resisten terhadap vaksin COVID-19 dapat diatasi.

Kajian kebijakan ini menemukan banyak praktik baik di tingkat daerah terkait dengan penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok rentan, mulai dari kegiatan vaksinasi COVID-19 dari rumah ke rumah, pemberian insentif sembako, pengadaan festival, hingga membuka pelayanan vaksinasi COVID-19 pada sore dan malam hari. Namun begitu, penolakan dari kelompok rentan dan keluarganya kerap masih terjadi.

Masalah permintaan harus dilihat secara lebih makro alih-alih memandangnya sebagai masalah yang terisolasi. Secara garis besar, terdapat tiga masalah yang mendasari penolakan kelompok rentan terhadap program vaksinasi COVID-19.

1 Misinformasi yang merajalela

Sebagaimana masyarakat umum, kelompok rentan turut terpapar dengan hoaks, sehingga mereka takut untuk divaksinasi COVID-19. Di antara hoaks yang beredar adalah terkait dengan bagaimana vaksin COVID-19 dapat mempercepat kematian, bertentangan dengan adat dan agama, hingga dapat memperburuk kondisi disabilitas.

"Penerimaan dari rekan disabilitas sangat susah sekali, karena ada keraguan dari rekan disabilitas apakah vaksin tidak akan memperparah kondisi mereka." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

2 Rendahnya upaya membangun kepercayaan (trust building) dengan kelompok rentan.

Kelompok rentan terkadang bergantung kepada pendamping atau orang yang mereka percaya sebelum memutuskan ingin divaksinasi COVID-19 atau tidak. Sedangkan yang terjadi di lapangan, terkadang penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan tidak cukup mampu membangun kepercayaan di antara kelompok rentan, sehingga program tersebut dianggap kurang efektif dan hanya menghabiskan waktu.

"Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 sempat menghabiskan waktu kunjungan saja karena pihak yang memvaksin hanya mengkhususkan ke disabilitas sedangkan pendampingnya yang juga rentan (lansia) tidak ikut divaksin." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

3 Militerisasi pelaksanaan vaksinasi COVID-19

Keterlibatan TNI dalam penanganan COVID-19 telah menjadi topik yang cukup diperbincangkan (lihat LIPI, 2020; Laporan COVID-19, 2021; Jun Honna, 2022). Keterlibatan militer dalam penanganan COVID-19 dinilai telah memperluas kewenangan militer ke dalam urusan sipil. Sebagai bagian dari penanganan COVID-19, pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 tidak luput dari keterlibatan TNI.

Sejumlah daerah memiliki konteks trauma sejarah dan politik yang menyebabkan ketimpangan cakupan vaksinasi COVID-19 antara pendatang dan orang asli. Pelibatan TNI dan Polri perlu diberikan perhatian khusus atau dievaluasi, terutama di daerah yang memiliki konteks trauma sejarah dan politik tersebut.

"Di sini, cakupan vaksinasi pendatang lebih baik dibanding orang asli." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Ada anggapan vaksin COVID-19 digunakan untuk menghilangkan suku tertentu." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)

Lebih lanjut, reportase Project Multatuli (2021) dan British Broadcasting Corporation (BBC) Indonesia (2021) menyebutkan bahwa keengganan sejumlah Orang Asli Papua (OAP) dalam menerima vaksinasi COVID-19 juga disebabkan oleh pelibatan TNI dan Polri. OAP memiliki sejarah trauma dari konflik bersenjata yang terjadi di Papua, sehingga militerisasi pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 menjadi tantangan tersendiri yang berkaitan erat dengan aspek keengganan masyarakat menerima vaksin COVID-19.

Mengatasi keraguan terhadap vaksin di antara kelompok rentan adalah bagian dari upaya yang lebih luas untuk mengurangi ketimpangan pelayanan kesehatan. Dengan secara aktif mengatasi hambatan vaksinasi COVID-19, seperti masalah akses informasi, hambatan politik atau sejarah, dan ketidakpercayaan terhadap vaksin, kita dapat bekerja menuju akses vaksinasi COVID-19 yang adil dan meningkatkan hasil kesehatan untuk semua.

Penyediaan Layanan Kesehatan

Program vaksinasi sejak akhir tahun 2022 hingga 2023 nampak mengalami stagnasi capaian. Beberapa tantangan yang berkaitan dengan akses ke layanan kesehatan yang studi ini temukan di beberapa daerah, yaitu :

Kegiatan percepatan vaksinasi di beberapa daerah cenderung reaktif tanpa adanya petunjuk teknis yang secara khusus dan berkelanjutan mampu menjangkau masyarakat adat dan kelompok rentan. Program percepatan dan penjangkauan hanya dilakukan ketika kasus meningkat saja dimana sebagian besar daerah masih bergantung pada bantuan satgas bersama dengan Polri, TNI, Dukcapil dan BIN. Kegiatan percepatan ini cenderung reaktif terhadap pandemi, dimana bantuan yang diberikan hanya ketika kasus meningkat saja. Sehingga ketika kasus mulai menurun penjangkauan berkurang karena bantuan dari K/L lain sudah tidak tersedia dan vaksinasi kembali dibebankan pada puskesmas dan dinas kesehatan daerah tanpa adanya petunjuk teknis yang khusus dan berkelanjutan. Hal ini menyebabkan kegiatan percepatan berhenti sehingga sebagian besar daerah mengalami stagnasi pada capaian kesehatan, meski daerah tersebut capaiannya masih di bawah 50%.

Penyediaan layanan kesehatan terkait program vaksinasi COVID-19 belum sepenuhnya dapat diakses secara optimal oleh masyarakat adat dan kelompok rentan. Selama tahun 2022, meski cakupan vaksinasi telah mencapai target di Jawa dan Bali, namun di beberapa provinsi di Wilayah Indonesia Timur masih kesulitan untuk mencapai target cakupan vaksinasi COVID-19, seperti Maluku dan Papua. Di lapangan, Koalisi Akses Vaksin untuk Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan juga menemukan kasus di Kabupaten Kupang dimana penyandang disabilitas di daerah terpencil tidak terfasilitasi untuk mengakses vaksin karena fasilitas kesehatan terdekat masih jauh untuk diakses. Oleh karenanya, permasalahan terkait akses vaksinasi bagi kelompok rentan dengan hambatan geografis membutuhkan petunjuk teknis dan penganggaran yang lebih spesifik. Namun di lapangan menemukan bahwa anggaran untuk program vaksinasi COVID-19 secara khusus di sebagian besar daerah termasuk di wilayah Indonesia Timur justru telah ditiadakan. Hal ini ke depannya akan semakin mempersulit penyediaan layanan vaksinasi COVID-19 bagi masyarakat adat dan kelompok rentan, terutama ketika kedaruratan dicabut.

Penggunaan Vaksin Johnson & Johnson (J&J) dengan 1 dosis primer untuk masyarakat adat dan

kelompok rentan bisa menjadi salah satu solusi untuk pemerataan akses vaksinasi COVID-19 khususnya untuk wilayah dengan akses geografis yang sulit. Beberapa daerah menggunakan vaksinasi J&J yang hanya membutuhkan 1 dosis yang setara dengan 2 dosis untuk mencapai imunitas primer COVID-19. Penerapan inovasi ini kedepannya bisa menjadi solusi bagi pemerintah pusat untuk mendistribusikan vaksinasi dengan 1 dosis untuk khusus daerah terpencil dan pedalaman.

"Di daerah, kami mendistribusikan vaksin J&J, vaksin 1 dosis yang setara dengan 2 dosis (vaksin lain) untuk masyarakat adat dan kelompok rentan, agar kita tidak perlu datang 2-3 kali karena sudah lengkap" (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Selain penggunaan vaksin J&J, tetap dibutuhkan upaya door to door dalam penjangkauan kelompok rentan dan masyarakat adat. Ke depannya upaya penjangkauan terkait vaksinasi COVID-19 pada masyarakat adat dan kelompok rentan ini dapat dilakukan secara berkesinambungan bersama dengan program imunisasi dasar lengkap dan vaksinasi Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Menggandeng komunitas/rekan sebaya serta adanya pelibatan tokoh agama dapat diupayakan dalam pemerataan akses kesehatan terutama vaksinasi bagi penyakit menular.

"Kami melakukan vaksinasi door to door untuk mencapai sasaran lansia, kami ada pelayanan khusus untuk disabilitas yang juga sempat didatangi oleh bapak bupati. Puskesmas yang melaksanakannya. Kami sempat mendapatkan support dari BIN untuk door to door. Kami juga melakukan jemput bola dengan dibantu oleh POLRES yang mencari lansia, dijemput pakai bis, diangkut dan dibawa ke lokasi layanan vaksin." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Kebutuhan pemeriksaan skrining dan lanjutan untuk kelompok dengan kondisi komorbid dan imun yang rentan masih seringkali tidak diperhitungkan. Studi ini menemukan di beberapa wilayah skrining

bagi kelompok komorbid dengan kondisi imunitas tertentu masih disamakan dengan skrining vaksin masyarakat umum. Hal ini membuat kebutuhan tambahan yang sebetulnya diperuntukkan untuk populasi ini menjadi kurang diperhatikan dan tidak dialokasikan anggarannya. Sehingga pasien dengan kondisi komorbid masih perlu untuk memeriksakan diri secara mandiri baru bisa mengakses vaksin. Koalisi Akses Vaksin untuk Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan juga menemukan bahwa beberapa penyandang disabilitas dengan komorbid tidak mampu melakukan pemeriksaan kesehatan serta mendapatkan informasi terkait kesehatannya sebagai prasyarat melakukan vaksinasi. Hal ini semakin menjadi hambatan terutama bagi penyandang disabilitas berat (*Severe disability*).



Sumber Daya Manusia Kesehatan

Peningkatan beban kerja tidak diiringi dengan penambahan kapasitas SDM yang setara. Meski selama program percepatan dinas kesehatan dibantu oleh K/L lainnya dalam menjangkau kelompok rentan, namun ketika program percepatan ini selesai, kegiatan vaksinasi dibebankan pada dinas kesehatan daerah. Hal ini dibuktikan dengan banyak daerah yang mengalami penurunan upaya penjangkauan ketika kasus menurun di akhir 2022 hingga pertengahan 2023 dengan capaian semua daerah yang tidak mengalami peningkatan secara signifikan di waktu yang sama. Ditambah dengan kapasitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dari awal pandemi tidak mengalami penambahan berarti, terutama di daerah timur, membuat kegiatan vaksinasi COVID-19 menjadi beban tersendiri bagi dinas kesehatan daerah dan puskesmas, sehingga nakes mengalami penurunan motivasi untuk melakukan pelayanan vaksinasi COVID-19.

"Untuk menjangkau kelompok rentan, kami kekurangan petugas di lapangan, karena untuk menjangkau mereka kami membutuhkan uang dan juga SDM" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Kalau kita mau berbicara secara apa ya? Pasti kurang lah kalau memang dengan dana berapapun yang kita anggarkan. Kalau pengalaman kan ya sekarang kita kan cuma mengandalkan tenaga puskesmas yang turun itu sudah over-over tugas banyak yang terlalu melebihi apa beban kerja mereka sudah kurangnya kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM)." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

Kapasitas internet dan akses ke ponsel pintar yang terbatas menambah beban kerja vaksinator. Tantangan ini dialami oleh kebanyakan vaksinator

dimana mereka perlu melakukan pelayanan juga input data secara manual. Sehingga ketika ingin melakukan input data ke PCARE/SMILE/SATU SEHAT, vaksinator perlu mencari sinyal yang baik untuk mengakses aplikasi/website yang diberikan oleh pemerintah pusat untuk selanjutnya dilakukan input ulang. Hal ini membuat beban kerja vaksinator menjadi bertambah. Terlebih, tidak semua vaksinator dan puskesmas memiliki akses yang cukup ke ponsel pintar untuk dapat melakukan input ke aplikasi yang ditetapkan.

"Di Provinsi kami sudah cukup banyak yang memiliki ponsel untuk satu sehat, namun ada banyak daerah yang masih belum memiliki smartphone sehingga, kami minta bantuan kader, tetangga, dan anak untuk pinjam HP" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Kendati demikian, tidak semua wilayah memberikan insentif bagi tenaga kesehatan vaksinator. Bahkan ketika kasus meningkat, masih ada beberapa daerah tidak memberikan insentif tambahan bagi vaksinator yang mengalami overwork karena kegiatan vaksinasi COVID-19, input data, dan melakukan pelayanan di fasilitas kesehatan. Hal ini karena insentif bagi tenaga kesehatan bergantung pada keputusan pemerintah daerah dan kebijakan pemda tiap daerah, dimana masih ada daerah yang tidak memprioritaskan insentif vaksinator sebagai upaya untuk mendukung percepatan vaksin. Dari wawancara mendalam yang kami lakukan, masih ada daerah dimana vaksinator tenaga kesehatan yang memiliki beban kerja berlebih dan lembur tidak mendapatkan insentif, meski dinas kesehatan sudah mengajukan untuk memberikan insentif sekalipun ke pemerintah daerah. Selain itu, hanya sebagian vaksinator di beberapa daerah yang mendapatkan uang saku transportasi dimana hanya diberikan tahun 2021 dan 2022 saja. Padahal insentif memang sudah selayaknya diberikan oleh

daerah yang memiliki target percepatan terutama daerah dengan kapasitas vaksinator yang terbatas. Mengingat beban kerja petugas kesehatan puskesmas yang merangkap tim vaksinator ketika percepatan berlipat ganda dalam memberikan pelayanan kesehatan.

"Insentif untuk tim vaksin (juru imunisasi) tidak ada, banyak yang kerja hingga lembur dan vaksin massal tapi tidak mendapatkan insentif, sedangkan untuk (tenaga kesehatan) program pelayanan program COVID19 mendapatkan insentif, sehingga ada kecemburuan sosial" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Di beberapa daerah, percepatan vaksinasi untuk menjangkau kelompok masyarakat adat dan kelompok rentan sudah berkolaborasi lintas sektor yang cukup efektif untuk menjangkau kelompok tersebut. Percepatan capaian program vaksinasi sebelumnya pada tahun 2021 dan 2022, tim vaksinator puskesmas dan dinkes berkolaborasi dengan TNI, POLRI, Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) di beberapa wilayah telah berhasil melakukan percepatan hingga menjangkau 70% dari jumlah penduduk di beberapa provinsi. Kolaborasi ini tidak hanya membantu dari segi kapasitas SDM dan lembaga seperti membantu distribusi vaksin, monitoring kualitas vaksin, hingga

membantu penambahan SDM untuk melakukan input data ke platform online yang disediakan oleh pemerintah pusat. Selain itu bala bantuan lintas sektor ini juga turut serta membantu pemberian insentif bagi masyarakat untuk meningkatkan minat masyarakat dalam mengakses vaksin (ex: sembako seperti minyak dan beras) dan bahkan insentif bagi tenaga kesehatan atau vaksinator. Selain itu, beberapa pemerintah daerah memberikan bantuan dengan merekrut tenaga honorer dan sukarela yang digaji Pemda sehingga membantu memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan untuk sementara.

"Ada sekitar 500-1000 CPNS (calon pegawai negeri sipil) yang membantu input PCare pada saat kasus meningkat secara drastis" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Bantuan berupa SDM yang berasal dari organisasi Internasional turut serta dalam percepatan vaksinasi. Saat program vaksinasi berlangsung, terdapat wilayah yang mendapat dukungan tenaga penginput data yang berasal dari WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF) dan United Nations Development Program (UNDP) yang cukup signifikan dalam membantu tenaga kesehatan dalam melakukan input data dan penjemputan kelompok masyarakat adat dan kelompok rentan.



Data dan Sistem Informasi Program Vaksinasi COVID-19

Tidak ada data terpilah terkait sasaran dan capaian vaksin COVID-19 khusus kelompok rentan. Hasil studi ini menunjukkan bahwa tidak terdapat daerah dalam studi kasus ini yang memiliki data yang terpisah antara kelompok rentan dan kelompok masyarakat umum dalam program vaksinasi COVID-19. Hal ini disebabkan oleh pengkategorian masyarakat mengikuti ketentuan dari pusat dimana pembagian dari pusat adalah berdasar kelompok usia.

"Sesuai kriteria yang memang ditentukan di pusat saja itu kriterianya itu pelayan publik, anak, remaja, lansia, masyarakat umum. Kalau untuk disabilitas rentan itu kita lihat umurnya dia masuk di mana remaja kah atau masyarakat atau lansia." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Total sasaran nasional 234,6 juta sudah ada kategori-kategori termasuk kelompok rentan. Kemenkes tidak memiliki data pemilahan, kelompok umum yang rentan jadi satu/ masih digabung." (Perwakilan Kementerian Kesehatan).

Tidak adanya data terpilah untuk kelompok rentan menyebabkan tidak diketahuinya kelompok rentan mana yang belum mendapatkan akses ke vaksin COVID-19. Tidak ada opsi pengkategorian khusus kelompok rentan, kecuali lansia, ibu hamil, dan anak-anak menyebabkan kebingungan tim vaksinator di lapangan saat menginputkan kelompok rentan ke dalam kelompok masyarakat atau kelompok usia tertentu.

"Kami itu memang PCare dan juga KPC PEN tuh memang belum memilah masyarakat rentan ya, sesuai dengan klasifikasi yang ada gitu jadinya apa namanya, agak kesulitan untuk melakukan transfer knowledge atau apa ya workshop

cara penginputan data kerentanan itu kan di masyarakat umum itu." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Belum adanya kesepakatan lintas K/L dan OPD terkait definisi kerentanan dalam konteks pandemi COVID-19. Setiap lembaga memiliki definisi kerentanan sendiri dan dalam pendataan kelompok rentan pemilahan menjadi tantangan dikarenakan masih terdapat ketidaksepahaman dari berbagai pihak terkait siapa saja yang masuk dalam kategori kelompok rentan. Bahkan ada keraguan dan kerancuan mengenai definisi dan kategori disabilitas di beberapa daerah. Hal ini menyebabkan kebingungan baik dinas kesehatan, dinas sosial, hingga tim vaksinator di fasyankes untuk menggolongkan seseorang termasuk dalam kelompok rentan atau bukan.

"Untuk yang disabilitas memang kita kurang tinggi capaiannya, karena memang data disabilitas juga batasan-batasan disabilitas itu kami masih belum memahami batasannya seperti apa yang disabilitas. Sehingga disabilitas itu kita membatasinya hanya yang cacat mental, yang down syndrome, yang cacat fisik, yang berat gitu aja, tapi kalau cacat fisik ringan kita tidak masukkan di disabilitas hanya di masyarakat umum. jadi disitulah mungkin akhirnya capaian untuk yang disabilitasnya kurang terlalu tinggi." (Perwakilan puskesmas).

"Masalahnya kata-kata di ragam disabilitas ini persepsinya masih berbeda di masyarakat terutama bagi petugas pendata jenis ini masuk kemana ini masuk disabilitas apa dan kerentanan apa di sistem di adminduk pengelompokan disabilitas masih yang lama." (Perwakilan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil).

Sumber data yang terbatas dan pembaharuan data yang tidak rutin menyebabkan permasalahan dalam perencanaan target maupun penjangkauan. Hal ini juga menjadi salah satu faktor adanya perbedaan data. Disinilah peran organisasi masyarakat sipil dalam membantu pendataan kelompok rentan sangat dibutuhkan pemerintah daerah. Kecenderungan yang ada di lapangan terkait data yang ada di Dukcapil adalah data yang dimiliki umumnya hanya diperbaharui setiap beberapa waktu. Data siapa dan dimana kelompok rentan juga tersebar di berbagai dinas dan instansi sehingga mempersulit penentuan jangkauan dan upaya penjangkauan.

"Jadi kalau tidak melakukan validasi atau update datanya, data Dukcapil kurang sempurna. Ini disebabkan banyak penduduk disabilitas maupun keluarganya yang tidak mencantumkan kedisabilitasnya dalam biodata kependudukan. Salah satu penghambat kita itu." (Perwakilan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil).

"Makanya kita kemarin mengusulkan data 1 pintu. Kita bersedia memberikan data disabilitas ke Dukcapil, tapi kita juga minta agar kita dapat mengakses data tersebut. Jadi data itu datang 1 pintu. Nah karena permasalahan data di dukcapil itu selalu yang tercatatkan, misal dia pindah atau meninggal itu tidak terupdate. sehingga kita kaget begitu banyak disabilitas yang ada di daerah kami. (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

"Nah data mana yang akan kita pakai itu yang juga penting untuk di disepakati oleh pemerintah karena Kementerian sosial punya data sendiri, Kemenkes juga punya data sendiri dan sayangnya dan semua datanya nggak lengkap juga, jadi kita bingung dalam penggunaan data ini." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Kolaborasi dan koordinasi lintas sektor di berbagai daerah dibutuhkan untuk mengumpulkan data

kelompok rentan yang akurat. Kolaborasi yang dilakukan tidak hanya antar lembaga pemerintah daerah namun terdapat juga daerah yang melibatkan pihak swasta dan organisasi masyarakat sipil. Kepmenkes RI Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 menyebutkan bahwa pendataan dan penetapan sasaran vaksinasi COVID-19 untuk vaksinasi program dikoordinasikan oleh Kemenkes dengan mekanisme pendataan top-down dan pendataan bottom up (Kemenkes, 2021). Sudah ada upaya di berbagai daerah berupa perjanjian kerjasama antar dinas untuk pemanfaatan data kependudukan agar dapat mengakses data secara real time untuk keperluan verifikasi dan validasi. Ada daerah yang perjanjian kerjasamanya sudah disetujui dan ada yang masih dalam proses.

"Kami datang kami lakukan bersama-sama dengan tim untuk yang di panti-panti juga itu di dinas sosial yang memfasilitasi karena permintaan mereka juga aktif jadi data memang dari mereka." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"secara formal ini dinas kesehatan sudah mengajukan pemanfaatan data kependudukan kepada kami untuk validasi dan verifikasi data penduduk. Nanti kalau sudah disetujui dinas kesehatan akan bisa mengakses data penduduk itu secara online secara real-time." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Namun, beberapa daerah masih kurang kooperatif dan tertutup terkait data yang menghambat kolaborasi proses pendataan kelompok rentan di berbagai daerah.

"sementara untuk di beberapa wilayah untuk kemungkinan masukan data NGO itu juga beberapa pemda nya tertutup sekali. Mereka percaya diri dengan data yang sudah dimiliki. Padahal teman-teman HWDI, teman-teman AMAN, dan konstituen disabilitas kelompok rentan itu jauh lebih lengkap datanya." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Berbagai dinamika di lapangan ditemui terkait data kelompok rentan khususnya yang terkait dengan vaksinasi COVID-19, seperti tidak adanya data terpilah kelompok rentan dalam pencatatan peserta vaksinasi COVID-19, adanya perbedaan pemahaman terhadap pengkategorian kelompok rentan yang menyebabkan setiap lembaga memiliki versi jumlah disabilitas atau kelompok rentan yang berbeda, juga tidak jelasnya sumber data, serta pembaharuan data yang tidak rutin, semakin menunjukkan pentingnya kolaborasi dan adanya data yang terpusat satu pintu yang dapat diakses berbagai pihak. Setiap elemen dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, hingga tenaga kesehatan di fasyankes dan organisasi

masyarakat sipil seharusnya memiliki pemahaman yang sama terkait pengkategorian kelompok rentan. Terkait hal ini dibutuhkan diskusi khusus untuk menghasilkan payung hukum dan kebijakan yang menjelaskan secara detail terkait kelompok rentan. Adanya kebijakan yang jelas akan mendorong data yang tepat dan seragam terkait jumlah sasaran kelompok rentan. Selain itu, diharapkan basis data kelompok rentan ini terpusat dan dapat diakses semua pihak sehingga siapapun yang membutuhkan dapat langsung merujuk ke data tersebut. Mengingat data merupakan aspek penting dalam membuat sebuah kebijakan dan program sehingga penting untuk bisa memperoleh data yang andal dan faktual.

Sistem Informasi dalam Pelaksanaan Program Vaksinasi COVID-19

Aplikasi PCare & SMILE

Pelaksanaan program vaksinasi COVID-19, didukung oleh penerapan berbagai aplikasi. Dua aplikasi yang paling utama dalam pelayanan program vaksinasi COVID-19 di Indonesia adalah aplikasi PCare dan SMILE. Kedua aplikasi inilah yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, hingga level fasyankes untuk memantau dan melaporkan proses vaksinasi COVID-19 di Indonesia.

Namun, beberapa kendala dalam penggunaan aplikasi PCare⁵ dan SMILE⁶ yang dihadapi di lapangan, diantaranya adalah petugas di lapangan membutuhkan waktu untuk beradaptasi dengan aplikasi, adanya kendala jaringan, hambatan terkait kurang disiplinnya petugas untuk mencatatkan di sistem, warga yang tidak punya NIK tidak dapat masuk ke sistem pencatatan, kendala terkait

tiket yang belum muncul untuk jenis vaksin tertentu, adanya perbedaan data kumulatif dan data individual, jenis vaksin tertentu, hingga permasalahan terkait tidak terintegrasinya PCare dan SMILE yang menyebabkan salah satu dinas kesehatan daerah sempat diperiksa oleh pihak kepolisian.

"Kalau di awal-awal pelaksanaan vaksin mungkin ini adalah kendala kami terutama untuk orang luar negeri yang ada di Bali ya baik dia punya KITAS (Kartu Izin Tinggal Terbatas) maupun Non-KITAS semua pun awalnya memang menjadi kendala di sistem PCare Vaksin itu."
(Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Kami harus jujur juga kadang-kadang terutama di Puskesmas itu nggak mau melayani kalau tidak punya NIK, karena mereka takut kepada BPK (Badan Pemeriksa Keuangan) / BPKP (Badan Pengawas

⁵ Aplikasi Primary Care (PCare) adalah bagian dari sistem informasi satu data vaksinasi COVID-19. Pcare mendukung proses registrasi sasaran penerima vaksin, skrining status kesehatan, serta mencatat dan melaporkan hasil pelayanan vaksinasi COVID-19 (Kemenkes, 2021).

Keuangan dan Pembangunan). " (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi)

"Pihak kepolisian setempat memeriksa kami, kami dituduh menghilangkan bahkan menjual vaksin sampai 200.000-an. Jadi ya artinya apa ya berkembangnya aplikasi ini riweuh juga butuh waktu dan penjelasan yang cukup rigid. Itu tahun 2021 awal kemarin ya ceritanya. Ini karena keterbatasan SDM juga keterbatasan ada beberapa kendala jaringan sinyal mereka tidak mengentry kan sehingga yang terbaca di pusat itu kami belum memvaksin karena masih banyak di aplikasi itu belum terpakai padahal teman-teman sudah bergerak disuntikkan tapi belum di entri kan waktu itu " (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Kejadian kami memvaksin kelompok rentan dalam masyarakat adat di beberapa daerah di mana vaksin Janssen itu 1 kali vaksin yang telah dianggap dia vaksin dosis pertama dan kedua, Nah dalam prakteknya mereka yang akan vaksin booster itu terhambat karena yang muncul di PCare mereka itu belum vaksin kedua." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil),

Kendala pada aplikasi PCare dan SMILE yang menjadi salah satu aplikasi utama dan paling penting dalam program vaksinasi COVID-19 dapat sangat berdampak terhadap terhambatnya proses vaksinasi COVID-19. Selain itu, infrastruktur dan lingkungan pendukung, seperti kesiapan tenaga kesehatan juga sinyal, menjadi esensial untuk memastikan kesiapan penggunaan aplikasi tersebut.

Transisi PeduliLindungi ke SATUSEHAT

Selain terdapat kendala terkait penggunaan aplikasi PCare dan SMILE, adanya transisi dari aplikasi PeduliLindungi ke aplikasi SATUSEHAT juga menemui berbagai kendala di berbagai daerah yang menjadi informan dalam penelitian ini. Aplikasi PeduliLindungi diinisiasi oleh Kementerian BUMN bersama dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika RI dan PT Telkom Indonesia. Aplikasi

ini bertujuan membantu pemerintah dalam proses pelacakan kontak, kasus juga registrasi dan identifikasi vaksinasi (Kominfo, 2021). Tepat pada tanggal 1 Maret 2023, Kementerian Kesehatan resmi mengubah PeduliLindungi menjadi aplikasi SATUSEHAT Mobile dengan harapan portal ini dapat menjadi panduan bagi sektor swasta dan pengembang TI layanan kesehatan daerah dan kota untuk menerapkan standar yang sama untuk interoperabilitas data (Kemenkes, 2023).

Seperti layaknya kondisi perubahan yang lain, transisi dari PeduliLindungi ke SATUSEHAT juga membutuhkan adaptasi dari berbagai dinas kesehatan hingga penyedia layanan. Permasalahan yang paling banyak dikeluhkan adalah tiket vaksin yang tidak keluar sehingga masyarakat tidak dapat melakukan vaksinasi COVID-19. Keluhan yang juga muncul terkait dengan hal tersebut adalah kontak 119 untuk aplikasi SATUSEHAT cenderung lambat merespon.

"Saya rasakan sebagai fasilitator adalah dari perubahan transformasi dari peduli lindungi ke satu sehat tidak mudah lagi. Ada masalah tiket vaksin kedua nggak keluar, tiket vaksin ketiga nggak keluar dan harus email atau nomor sekian, tapi kami email tidak ada tanggapan. kami sudah katakan mohon dibantu masalah ini. Transformasi itu yang membuat tiket-tiket dari peserta yang sudah divaksin ini tidak keluar sehingga kami tidak bisa input di aplikasi PCare vaksin." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

"Harapan saya Pcare yang sudah di ada di KPC-PEN itu sudah cukup bagus pada saat itu harapan saya kalau memang itu diserahkan ke Kementerian, ya seluruhnya gitu jadi ketika kita ingin mengambil data seperti dulu di KPC-Pen itu bisa kita ambil juga di Peduli Lindungi gitu." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Selain itu, kendala jaringan dan masyarakat yang tidak memiliki handphone untuk mengakses SATUSEHAT juga masih dialami di berbagai wilayah, terutama di luar Pulau Jawa.

⁶ SMILE (Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik Elektronik) digunakan untuk memantau informasi terkait distribusi logistik, pelaporan, dan pemantauan-evaluasi. SMILE memantau secara real-time logistik rantai dingin vaksin dan penyimpanannya di seluruh titik penyedia vaksin, dari provinsi hingga tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit (Kominfo, 2021).

"Untuk daerah-daerah kabupaten-kota yang berada di ibukota Kecamatan, ibukota kabupaten itu sudah banyak yang sudah memiliki apa peralatan untuk mengakses satu sehat ada Android itu. seperti itu ada jaringan tetapi memang kalau kita tidak bisa pungkiri ada beberapa juga yang tidak ada hp-nya, tapi biasanya kami menggunakan akun namanya anaknya atau siapa agar dia bisa mendapatkan sertifikat itu." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Berbagai kendala yang masih dialami seiring dengan proses transisi PeduliLindungi ke SATUSEHAT merupakan hal yang perlu segera ditangani seiring dengan pengembangan aplikasi. Mekanisme sosialisasi yang menyeluruh dan responsif berperan penting agar transisi dapat dilaksanakan secara bertahap dan lancar dari pusat ke daerah hingga ke tingkat layanan dan masyarakat.

Transisi Vaksin Gotong Royong ke Vaksin Program

Sejak awal, pemerintah telah membagi program vaksinasi COVID-19 ke dalam dua jenis yaitu vaksin program dan vaksin gotong royong⁷ berdasarkan jenis pembiayaan dan penyedia layanan vaksinasi COVID-19. Sebelumnya vaksin gotong royong menggunakan vaksin yang berbeda dengan vaksin yang digunakan vaksin program. Namun, hal tersebut tidak berlaku lagi dengan diterbitkannya Permenkes Nomor 18 Tahun 2021 yang menjelaskan bahwa dalam kondisi tertentu untuk memenuhi kebutuhan pelaksanaan vaksinasi COVID-19, jenis vaksin COVID-19 yang digunakan untuk pelaksanaan vaksinasi gotong royong dapat sama dengan jenis vaksin COVID-19 untuk pelaksanaan vaksinasi program (Kemenkes, 2021). Sayangnya kebijakan tersebut tidak diiringi dengan kecepatan perubahan sistem.

Tantangan yang paling banyak dirasakan adalah terkait adanya perbedaan sistem PCare vaksin program dan vaksin gotong royong yang menyebabkan terkendalanya peserta untuk dapat diinput di sistem. Pemerintah menerapkan sistem

satu data, dimana seseorang tidak bisa ikut dalam dua program. Jika orang tersebut sudah terdaftar di skema vaksin gotong royong, maka tidak dapat mengakses vaksin program. Maka, ketika kebijakan menyatakan peserta vaksin gotong royong dapat mengakses vaksin program untuk akselerasi capaian vaksinasi, sistem PCare belum memadai untuk memasukkan ke dalam sistem. Namun terkait kendala ini, perwakilan dari Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa saat ini sedang proses transisi penyatuan PCare peserta vaksin program dan vaksin gotong royong.

"Karena tidak ada yang mau pakai vaksin gotong royong banyak yang mau ke program. Sementara mungkin perusahaan sudah memberikan biaya yang cukup besar untuk penyediaan vaksin kalau nggak dimanfaatkan terbuang. Di saat itu belum ada memang kebijakan bahwa akhirnya bisa dipakai. Mekanisme seperti ini perlu dipertimbangkan lagi apabila mungkin masih mau diteruskan untuk mekanisme vaksinasi gotong royong karena pemantauan oleh sudin juga yang agak lebih sulit." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

"Yang saya sampai sekarang nggak habis mengerti terkait perbedaan pencatatan antara vaksin gotong royong dan vaksin pemerintah ini sampai sekarang jadi kendala ini karena ternyata sampai sekarang dua-duanya punya PCare yang berbeda. Padahal pemerintah kekurangan dana dan seharusnya mendorong pihak lain untuk lebih terlibat tapi ini penyesuaiannya susah." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

"Vaksin gotong royong saat ini sudah bergabung dengan vaksinasi program, saat ini sedang proses transisi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (PCare)." (Perwakilan Kementerian Kesehatan).

Pada kondisi yang ideal, memang pembuatan kebijakan dapat bertahap dan dipertimbangkan dengan waktu yang cukup. Namun ketika

⁷ Vaksinasi gotong royong ditujukan kepada karyawan/karyawati, keluarga, dan individu lain dalam keluarga yang pendanaannya dibebankan pada badan hukum atau badan usaha (Kemenkes, 2021)

dihadapkan dengan kondisi krisis dan mendesak, pemerintah diharapkan dapat segera mengambil keputusan, terutama untuk akselerasi capaian vaksinasi. Hal ini yang dikeluhkan oleh perwakilan Civil Society Organisation (CSO) yang menjadi informan dalam penelitian ini, dimana terkait kebijakan penyatuan PCare vaksin program dan

gotong royong ini, sudah diusulkan sejak lama kepada Kementerian Kesehatan namun perubahan kebijakan membutuhkan waktu yang lama. Hal ini menyebabkan terlewatnya peluang kemitraan dari lembaga atau BUMN yang ingin membantu mempercepat program vaksinasi COVID-19 di Indonesia.

Inovasi di Berbagai Daerah terkait Pelayanan Vaksinasi COVID-19

Berbagai daerah membuat berbagai inovasi terkait data dan sistem informasi dalam memperlancar pelayanan program vaksinasi COVID-19 di wilayahnya. Inovasi yang dilakukan, seperti mengembangkan aplikasi daerah, bertujuan untuk mempermudah masyarakat dan tim vaksinator dalam melakukan pelayanan vaksin COVID-19. Namun tentu informasi dalam sistem informasi tidak dapat terlepas dari kapasitas daerah dan kondisi akses jaringan yang ada di wilayah tersebut. Mengingat akses jaringan internet adalah salah satu modal dasar sistem informasi dapat dijalankan, dan bahwa belum semua daerah di Indonesia memiliki jaringan internet yang lancar. Sehingga tergambar dari hasil penelitian ini bahwa terkait inovasi dalam sistem informasi, kebanyakan berasal dari pemerintah daerah di wilayah Jawa-Bali, sedangkan daerah lain merasa akses internetnya tidak mendukung untuk melakukan inovasi.

"Mereka yang tidak mempunyai NIK pun seperti WNA waktu itu Pemerintah Kabupaten kami memfasilitasi dengan cara membuatkan aplikasi Gianyar manual. Jadi

mereka mereka yang tidak bisa diinput ke sistem PCare waktu itu kami inputkan ke Gianyar manual itu. Ada webnya." (Perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota).

"Jadikan kelebihanannya kita punya JAKI adalah masyarakat bisa mendaftar vaksin sesuai dengan tempat dan jam dan merk vaksin yang dia kehendaki." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Inovasi tidak hanya dilakukan oleh pemerintah daerah, namun juga oleh organisasi masyarakat sipil. Hal ini dilakukan karena dirasa upaya yang dilakukan pemerintah masih kurang sehingga dibutuhkan peran aktif pula dari pihak swasta dan organisasi masyarakat sipil untuk membantu upaya pemerintah dalam mendorong program vaksinasi COVID-19. Inovasi ini dirasa semakin dibutuhkan apabila terkait dengan kelompok rentan, karena pada umumnya upaya yang dilakukan pemerintah masih terfokus pada kelompok masyarakat umum sehingga

kelompok rentan tertinggal. Sementara Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2018 mengungkapkan bahwa akses informasi penyandang disabilitas dalam penggunaan ponsel atau laptop hanya 34,89 persen, sedangkan untuk non-disabilitas sebesar 81,61 persen, sehingga akses informasi secara online yang diterima oleh penyandang disabilitas juga terbatas. Maka diperlukan prioritas program promosi dan informasi mengenai vaksin COVID-19 pada penyandang disabilitas terlebih untuk penyandang disabilitas yang berada di wilayah DTPK (Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan).

Salah satu informan perwakilan CSO dalam penelitian ini menjelaskan bahwa mereka terpacu untuk melakukan inovasi terkait media promosi vaksinasi COVID-19 khususnya pada kelompok rentan. Upaya promosi yang dilakukan pemerintah belum sesuai dengan kebutuhan kelompok rentan karena masih terbatas pada media cetak, dan sedikit media audio visual. Sehingga diperlukan media promosi lain yang lebih ramah kepada kelompok rentan, misalnya terkait penyediaan media video, audio, dan huruf braille. Hal tersebut berdampak terhadap pemenuhan kebutuhan informasi kelompok rentan terkait program vaksinasi COVID-19.

"Sebagian besar dalam bentuk cetak ada beberapa video itu yang kemudian memicu kami juga akhirnya memproduksi beberapa video yang yang diharapkan bisa memenuhi kelompok rentan. Jadi misalnya teman-teman disabilitas itu tidak bisa kalau hanya cetak harus ada audio, kalau pun cetak harus ada huruf braille dan lain-lain." (Perwakilan organisasi masyarakat sipil).

Partisipasi berbagai pihak termasuk media dalam penyebaran informasi tentang pentingnya vaksin COVID-19 merupakan hal yang sangat penting. Informan dalam

penelitian ini menyatakan bahwa saat ini terjadi penurunan minat masyarakat untuk melakukan vaksin COVID-19. Hal tersebut salah satunya dikarenakan juga menurunnya intensitas media nasional yang mempublikasikan terkait COVID-19 dan pentingnya vaksin COVID-19, ditambah pula dengan dicabutnya berbagai regulasi yang menjadikan vaksin COVID-19 sebagai persyaratan perjalanan. Apabila cakupan vaksinasi COVID-19 masih ingin ditingkatkan, maka tetap diperlukan peran aktif dari media juga untuk terus memberikan informasi kepada publik

"Ketika media nasional, TV (Televisi) nasional swasta itu menceritakan itu tentang vaksin ditambah dengan adanya regulasi mengikat dari pemerintah itu cakupan meningkat. Tapi setelah ini tidak ada lagi apa komunikasi publik yang levelnya tinggi, regulasinya juga sudah tidak ada lagi yang mengikat orang semakin lupa gitu dengan masalah penyakit COVID." (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Data dan sistem informasi merupakan elemen penting dalam pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 di Indonesia, tidak terkecuali bagi kelompok rentan. Sehingga berbagai upaya diperlukan untuk mendukung kebutuhan informasi tidak hanya untuk kelompok masyarakat secara umum, namun terlebih kepada kelompok rentan yang memiliki tingkat kesulitan lebih dalam mengakses informasi. Kebutuhan kelompok rentan tidak boleh dilupakan oleh pemerintah saat membuat sistem atau aplikasi baru, begitu pula peran dari pihak swasta dan organisasi masyarakat sipil sangat diperlukan untuk membantu pemerintah dalam memahami dengan lebih akurat terkait kebutuhan kelompok rentan. Pemerintah juga harus berperan aktif mengajak keterlibatan pihak swasta dan organisasi masyarakat sipil dalam pembuatan suatu kebijakan atau pengembangan aplikasi juga integrasi data dan sistem informasi.

Suplai, Distribusi dan Logistik

Distribusi stok vaksin di daerah terpencil sangat bergantung pada ketersediaan transportasi yang ada di lapangan dan tidak semua daerah memiliki anggaran untuk transportasi vaksin COVID-19. Beberapa daerah di Indonesia bagian timur seringkali mengalami kendala terkait distribusi vaksin, terutama pada kapasitas dan kuantitas transportasi yang tidak selalu ada untuk digunakan. Selain itu, anggaran terkait dengan distribusi belum tentu dianggarkan khusus untuk vaksinasi COVID-19, hal ini terbukti dengan beberapa daerah memasukkan anggaran ke dalam anggaran tim farmasi bersama dengan imunisasi lain (selain covid) dan obat-obatan. Daerah umumnya menggunakan anggaran dari dinas kesehatan kabupaten/kota untuk mengambil vaksin dari provinsi karena beberapa dinas provinsi tidak memberikan alokasi anggaran untuk proses distribusi vaksin. Akibatnya di beberapa daerah dengan masyarakat minat tinggi untuk melakukan vaksinasi, memiliki stok vaksin yang sedikit.

"Distribusi vaksin COVID-19 kami mengalami kendala apabila pesawat dan atau kapal cancel/tidak ada" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Jumlah suplai dan jenis vaksin yang masih belum merata dan terorganisir di beberapa daerah. Sebelumnya Koalisi Akses Vaksin untuk Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan telah mendapatkan bantuan berupa dosis pertama vaksin sinopharm, namun saat ini koalisi mengalami kendala dimana supply vaksin sinopharm khusus hanya diberikan untuk vaksinasi gotong-royong. Selain itu, data suplai di tiap daerah masih belum solid dan belum dapat menjadi acuan pasti untuk dilakukan distribusi vaksinasi ke fasilitas kesehatan hingga terdistribusi ke masyarakat.

"Dulu vaksin banyak namun peminat sedikit, sekarang peminat banyak namun stock menipis" (Perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi).

Wacana pemerintah untuk memberlakukan vaksin berbayar dapat menambah hambatan akses vaksin bagi kelompok rentan. Vaksin berbayar hanya akan dapat diakses oleh kelompok masyarakat yang tidak memiliki hambatan finansial maupun akses. Maka dikhawatirkan perlindungan dari vaksin COVID-19 hanya diterima oleh kelompok-kelompok tertentu. Wacana ini telah bergulir beberapa kali selama pandemi. Meski dikatakan akan berlaku begitu pemerintah mencabut status pandemi di Indonesia per 29 Juni 2023, namun nampak belum ada kebijakan terbaru terkait vaksin berbayar.

"Kalau merujuk dari impers kemendagri PPKM memang dicabut tapi pemerintah tetap memberikan vaksin kepada masyarakat secara gratis, belum ada keputusan akan membayar. Karena kita sudah berkomitmen untuk mencapai vaksin dosis lengkap sebesar 70%. Dalam 10 bulan ini masih dilaporkan kasus positif." (Perwakilan Kementerian Kesehatan).

Permasalahan ketersediaan infrastruktur untuk menyimpan vaksinasi di beberapa daerah ketika awal pandemi sempat menjadi kendala karena infrastruktur yang kurang memadai. Penyimpanan beberapa regimen vaksin membutuhkan ruangan ber AC (Air Conditioner) dan kulkas dimana tidak semua fasilitas kesehatan primer dan dinas kesehatan daerah memiliki infrastruktur tersebut. Sehingga beberapa daerah di tahun 2021

menghabiskan sebagian besar anggaran vaksinasi untuk membangun infrastruktur tersebut.

Masih banyak daerah yang mendapatkan vaksin dengan tanggal kadaluarsa yang pendek. Di daerah, seringkali dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas mendapatkan stok vaksin dengan tanggal kadaluarsa yang terlalu dekat antara waktu stok vaksin terdistribusi ke dinas kesehatan hingga terdistribusi ke masyarakat, bahkan beberapa daerah sempat menerima vaksinasi dengan tanggal kadaluarsa kurang dari satu minggu. Oleh karenanya, Kemenkes bekerjasama dengan BPOM membuat perpanjangan batas kadaluarsa atau shelf life vaksin selama cold chain stok vaksin bagus dan sesuai dengan kriteria serta lulus uji stabilitas yang berlaku secara internasional, maka expired date bisa diperpanjang meski telah melewati tanggal kadaluarsa (BPOM, 2022). Namun, masyarakat sulit memahami konsep ini, maka petugas kesehatan harus dapat melakukan sosialisasi dan penjelasan yang baik kepada masyarakat.

"kami seringkali mendapatkan vaksinasi yang hampir expired, sulit bagi kami meyakinkan masyarakat terkait perpanjangan expired dari kemenkes " (Dinas Kesehatan Provinsi).

Infrastruktur yang telah dibangun untuk tujuan vaksinasi COVID-19 bisa digunakan untuk penyimpanan stok berbagai macam vaksinasi di masa mendatang. Dalam wawancara mendalam kami, terdapat dinas kesehatan yang sebelumnya tidak memiliki infrastruktur untuk menyimpan dan memastikan mutu vaksin. Namun, ketika percepatan vaksin akhirnya memiliki infrastruktur yang mendukung, seperti *remote temperature monitoring system* dalam rangka memantau suhu rantai dingin tetap sesuai yang tersedia di tingkat provinsi, kabupaten, bahkan faskes. Sehingga ini bisa menjadi modalitas untuk program vaksinasi dasar lengkap dan vaksinasi penyakit menular lainnya. Selain itu, terdapat daerah yang sudah memiliki pemetaan dengan infografis stok vaksin yang juga bisa terus dikembangkan untuk program vaksinasi di masa depan.



Bab 6

Kesimpulan dan Rekomendasi



Kesimpulan

Di Indonesia terdapat kelompok-kelompok yang mengalami tantangan administratif, hambatan finansial, geografis, informasi, teknologi, infrastruktur, dan logistik untuk mengakses layanan vaksinasi COVID-19. Kelompok-kelompok ini memiliki faktor-faktor kerentanan yang membuat mereka lebih berisiko terpapar kesakitan dan kematian akibat infeksi COVID-19. Kelompok tersebut membutuhkan perhatian lebih dari pemerintah dan aktor lainnya untuk memastikan mereka memiliki akses yang sama untuk bertahan hidup.

Belum adanya perspektif kesetaraan (*equity*) dan inklusivitas dalam kebijakan vaksinasi COVID-19 di Indonesia. Kebijakan masih berorientasi pada pengejaran jumlah target sasaran, tanpa mempertimbangkan pendekatan akses untuk kelompok yang mengalami keterbatasan. Pemangku kebijakan di tingkat pusat maupun subnasional nampak belum memiliki perspektif dan pemahaman mengenai kerentanan dan kesetaraan, terutama dalam isu akses ke vaksin COVID-19.

Tidak ada upaya, strategi dan anggaran khusus untuk penjangkauan kelompok rentan dalam program vaksinasi COVID-19. Tidak adanya kebijakan, definisi yang jelas, dan sumber data yang andal berimplikasi pada terbatasnya upaya dan anggaran yang dapat dialokasikan secara khusus untuk kelompok rentan.

Definisi dan pemahaman kerentanan dalam ranah kebijakan secara umum masih cukup sempit. Ruang lingkup kerentanan harus bertambah di luar definisi yang sering digunakan sekarang (i.e. kelompok lansia, komorbid, disabilitas). Pemahaman ini harus disertai dengan kesepakatan antar sektor dan pemangku kebijakan yang kemudian diterjemahkan menjadi regulasi, komitmen anggaran, dan petunjuk teknis.

Praktik di lapangan menunjukkan pentingnya peran lintas sektor, terutama kelompok masyarakat sipil dan komunitas, dalam mendekatkan akses vaksin untuk kelompok rentan. Kelompok masyarakat sipil dan komunitas berperan signifikan dalam distribusi, pendataan, edukasi, skrining, penjangkauan hingga pendampingan kelompok rentan untuk mengakses vaksin COVID-19. Namun, kolaborasi di beberapa kasus masih terhambat oleh birokrasi dan aturan di daerah.

Mengingat berbagai hambatan dan faktor kerentanan yang dialami, kelompok rentan membutuhkan upaya afirmatif dalam segala lini penjangkauan, skrining, pendampingan, termasuk kegiatan edukasi yang membutuhkan pendekatan dan media khusus. Kelompok rentan juga merupakan warga negara Indonesia yang memiliki hak yang sama untuk bertahan hidup, namun mereka membutuhkan upaya lebih dan strategi khusus untuk memastikan terjaminnya akses dan hak yang setara tersebut. Program vaksinasi COVID-19 dan vaksinasi lainnya harus diupayakan afirmatif dan inklusif.



Tantangan Akses Vaksin COVID-19 bagi Masyarakat Adat dan Kelompok Rentan

Pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 menghadapi tantangan dari berbagai aspek yang menyebabkan masyarakat adat dan kelompok rentan masih menemui hambatan substansial dalam mengakses vaksinasi COVID-19 di Indonesia. Melalui hasil wawancara mendalam dan FGD serta dari kajian data sekunder dan dokumen, berikut ini adalah tantangan yang telah teridentifikasi dari berbagai dimensi dalam memastikan akses vaksin COVID-19 yang setara di Indonesia.

1 Kebijakan dan Tata Kelola

- a. Ketiadaan kebijakan yang secara operasional dan komprehensif mendefinisikan kelompok rentan dan tata laksana penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok rentan menyebabkan ketidakjelasan prioritas sasaran penerima vaksinasi COVID-19, kurangnya dukungan dan sumber daya, hingga tidak efektifnya akses vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.
- b. Adanya prasyarat NIK dalam mengakses vaksinasi COVID-19 pada masa awal program vaksinasi COVID-19 digulirkan menghambat akses vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.
- c. Rendahnya transparansi rantai distribusi vaksin COVID-19 dan ketidakjelasan kebijakan mengenai aktor yang terlibat dalam rantai distribusi vaksin COVID-19 menyulitkan

untuk memastikan bahwa vaksinasi COVID-19 diprioritaskan dengan benar sesuai dengan kelompok yang paling membutuhkan.

- d. Terbatasnya daerah yang memiliki regulasi setingkat Peraturan Gubernur/Bupati/Walikota mengenai teknis pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di daerah mereka berkontribusi terhadap terbatasnya inovasi di daerah, misalnya terkait dengan pelibatan organisasi masyarakat sipil dan komunitas.
- e. Desain kebijakan yang tidak memberikan dukungan optimal kepada tenaga vaksinator sebagai garda terdepan dalam program vaksinasi COVID-19 dapat menghambat upaya vaksinasi yang efektif.
- f. Dugaan penyimpangan dan korupsi dana pelaksanaan program vaksinasi COVID-19 memiliki dampak yang cukup serius dan merugikan bagi upaya penanganan pandemi COVID-19 secara keseluruhan. Dugaan penyimpangan dan korupsi yang terjadi semakin meningkatkan ketimpangan distribusi vaksin COVID-19.

2 Pembiayaan

- a. Tren penganggaran program vaksinasi COVID-19 di berbagai daerah menunjukkan hal yang serupa, yaitu mayoritas mengalami penurunan dari tahun 2021 ke tahun 2022 dan

pada tahun 2023 sudah tidak lagi mengganggu khusus untuk program vaksinasi COVID-19.

- b. Realisasi anggaran program penanganan pandemi COVID-19 di tingkat provinsi, terutama pada tahun 2021, cukup lambat. Hal ini terbukti dengan laporan dari Kemendagri yang mencatat anggaran penanganan COVID-19 yang terealisasi oleh seluruh provinsi baru sebesar 29,18% dari pagu anggaran ketika percepatan dilakukan secara masif pada pertengahan tahun 2021. Penyerapan yang lambat ini disebabkan oleh diantaranya hambatan administrasi dan birokrasi, serta proses penyesuaian data penerima bantuan.
- c. Setiap daerah memiliki proses dan alur perencanaan penganggaran yang berbeda, sesuai dengan kapasitas dan kebijakan daerah masing-masing. Selain itu, penentuan dan perencanaan anggaran untuk program vaksinasi hanya melibatkan dinas kesehatan dan pemerintah daerah. Tidak ada forum diskusi dengan perwakilan masyarakat dan organisasi dalam penyusunan anggaran program vaksinasi COVID-19 sehingga program dan kebijakan belum tentu sesuai kebutuhan masyarakat.
- d. Adanya hambatan koordinasi yang menyebabkan lembaga donor seperti BUMN tidak dapat dengan mudah memberikan bantuannya, salah satunya dikarenakan terbenturnya kebijakan vaksin yang belum mengakomodir penggunaan vaksin gotong royong untuk booster vaksin program dan pemerintah daerah yang dirasa kurang kooperatif.
- e. Tidak semua daerah memiliki anggaran distribusi vaksin COVID-19 yang akhirnya menyebabkan berbagai kendala seperti meskipun vaksin sudah tersedia, namun

puskesmas harus menunggu karena distribusi vaksin bersamaan dengan obat-obatan dan bahan medis dan habis pakai lainnya.

- f. Aturan tidak mewajibkan daerah untuk memberikan insentif bagi tim vaksinator, padahal insentif merupakan salah satu bentuk dukungan kepada tim kesehatan di lapangan. Selain itu, terdapat pula permasalahan daerah yang memberikan insentif namun besaran nominal yang didapatkan dirasa tidak sesuai, juga ada permasalahan di daerah terkait keterlambatan dalam pembayaran insentif atau honor tim vaksinator.
- g. Tidak ditemukan daerah yang memiliki komponen anggaran vaksinasi COVID-19 khusus kelompok rentan. Pada level pemerintah pusat, hingga level dinas kesehatan provinsi maupun dinas kesehatan kabupaten/kota menunjukkan bahwa komponen anggaran program vaksin yang disusun merupakan anggaran untuk program vaksinasi COVID-19 secara umum. Beberapa perwakilan daerah menyatakan memang seharusnya ada anggaran khusus penjangkauan kelompok rentan dalam program vaksinasi COVID-19 ini, namun ada pula daerah yang merasa tidak diperlukan adanya komponen anggaran khusus karena di dalam penganggaran secara umum juga berlaku untuk kelompok rentan
- h. Tidak tersedianya anggaran di berbagai daerah untuk melakukan bimbingan teknis, pengawasan dan evaluasi untuk program vaksinasi COVID-19. Padahal komponen tersebut penting untuk memastikan program berjalan optimal dan kendala di lapangan dapat diselesaikan segera.



3 Kolaborasi Lintas Sektor

- a. Terbatasnya peraturan di tingkat daerah yang mengatur secara formal dan memudahkan kolaborasi lintas sektor dalam penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.
- b. Perencanaan dan koordinasi yang tidak selalu efektif menyebabkan perbedaan antara permintaan dan kebutuhan daerah dengan stok yang dikirimkan oleh Pemerintah Pusat.

4 Pelibatan Masyarakat Sipil

- a. Terbatasnya peraturan di tingkat daerah yang mengatur mengenai pelibatan bermakna organisasi masyarakat sipil dan komunitas dalam pelaksanaan vaksinasi COVID-19.
- b. Terbatasnya mekanisme pentahelix di daerah yang melibatkan organisasi masyarakat sipil dan komunitas secara bermakna dalam perencanaan dan implementasi kebijakan serta anggaran penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan.

5 Permintaan (Demand)

- a. Masih maraknya misinformasi terkait vaksinasi COVID-19 di antara masyarakat adat dan kelompok rentan, menyebabkan masyarakat merasa ragu dan khawatir untuk mendapatkan vaksin COVID-19.
- b. Belum efektifnya upaya pembangunan kepercayaan di kalangan masyarakat adat dan kelompok rentan untuk meningkatkan permintaan vaksinasi COVID-19.
 - a. Keterlibatan TNI, Polri, dan BIN turut menyebabkan disparitas dalam cakupan vaksinasi COVID-19 antara pendatang dan penduduk asli di daerah terdampak konflik antara masyarakat dan Pemerintah.

6 Penyediaan Layanan Kesehatan

- a. Beberapa pelayanan kesehatan di daerah cenderung reaktif, sehingga kegiatan percepatan vaksinasi menjadi kurang optimal dan hanya dilakukan ketika kasus meningkat saja tanpa adanya petunjuk teknis yang secara khusus dan berkelanjutan mampu menjangkau masyarakat adat dan kelompok rentan.



- b. Infrastruktur dan SDM fasyankes belum mumpuni untuk memfasilitasi layanan vaksinasi yang ramah untuk kelompok rentan
- c. Kurang diperhitungkannya kebutuhan pemeriksaan skrining dan lanjutan untuk kelompok dengan kondisi komorbid dan imun yang rentan.

7 Sumber Daya Manusia Kesehatan

- a. Peningkatan beban kerja sewaktu pandemi dan kasus meningkat tidak diiringi dengan penambahan kapasitas SDM yang setara.
- b. Kapasitas internet dan akses ke ponsel pintar yang terbatas menambah beban kerja vaksinator di daerah ketika mereka melakukan pelayanan juga input data secara manual dan digital.
- c. Tidak semua wilayah memberikan insentif bagi tenaga kesehatan vaksinator meski vaksinator mengalami beban kerja yang berlebih karena kegiatan vaksinasi COVID-19, input data, dan melakukan pelayanan di fasilitas kesehatan di waktu yang bersamaan.

8 Data dan Sistem Informasi

- a. Tidak adanya data terpilah untuk kelompok rentan di daerah menyebabkan tidak adanya data pasti jumlah kelompok rentan yang belum mendapatkan akses vaksin COVID-19. Sehingga menghambat proses perencanaan target dan penjangkauan masyarakat adat dan kelompok rentan dalam kegiatan program vaksinasi COVID19.
- b. Tantangan dalam penggunaan aplikasi PCare dan SMILE yang dihadapi di lapangan, diantaranya adalah petugas di lapangan membutuhkan waktu untuk beradaptasi dengan aplikasi, adanya kendala jaringan, hambatan terkait kurang disiplinnya petugas untuk mencatatkan di sistem, warga yang tidak

punya NIK tidak dapat masuk ke sistem pencatatan, kendala terkait tiket yang belum muncul untuk jenis vaksin tertentu, adanya perbedaan data kumulatif dan data individual, jenis vaksin tertentu, hingga permasalahan terkait tidak terintegrasinya PCare dan SMILE yang menyebabkan salah satu dinas kesehatan daerah sempat diperiksa oleh pihak kepolisian.

- c. Transisi dari PeduliLindungi ke SATUSEHAT membutuhkan adaptasi dari berbagai dinas kesehatan hingga penyedia layanan seperti tiket vaksin yang tidak keluar dan kontak 119 untuk aplikasi SATUSEHAT tidak merespon.
- d. Adanya perbedaan sistem PCare vaksin program dan vaksin gotong royong yang menyebabkan terkendalanya peserta untuk dapat diinput di sistem.
- e. Upaya promosi yang dilakukan pemerintah belum sesuai dengan kebutuhan informasi kelompok rentan terkait program vaksinasi COVID-19. karena masih terbatas pada media cetak, dan sedikit media audio visual.

9 Suplai, Distribusi, dan Logistik

- a. Keterbatasan kapasitas dan kuantitas alat transportasi di beberapa daerah membuat distribusi stok vaksin di daerah terpencil menjadi lambat.
- b. Keterbatasan cold storage di berbagai daerah membuat mutu vaksin menjadi mudah menurun.
- c. Masih banyak daerah yang mendapatkan vaksin COVID-19 dengan tanggal kedaluwarsa yang terlalu dekat antara waktu stok vaksin terdistribusi ke dinas kesehatan hingga terdistribusi ke masyarakat, bahkan beberapa daerah sempat menerima vaksinasi dengan tanggal kadaluarsa kurang dari satu minggu.

Rekomendasi

Pemerintah Pusat

- 1 Merevisi Permenkes No. 7 Tahun 2023 Tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 untuk lebih inklusif dan berorientasi terhadap perlindungan masyarakat adat dan kelompok rentan. Belajar dari pandemi COVID-19, WHO mengeluarkan peta jalan rekomendasi vaksinasi COVID-19 dengan memprioritaskan mereka yang paling rentan (tidak hanya berdasarkan usia). Berdasarkan hasil peninjauan kami terhadap Permenkes yang ada, perspektif kerentanan tidak dijabarkan secara jelas, hanya dituliskan berdasarkan aspek geospasial, sosial dan ekonomi. Definisi kerentanan selayaknya sejalan dengan definisi kerentanan yang telah dimasukkan dalam UU Kesehatan terbaru. Definisi tersebut dapat menjadi peluang dan rujukan bagi Pemerintah untuk mendefinisikan kembali program vaksinasi COVID-19 dan vaksinasi lainnya agar dapat mengedepankan perspektif kesehatan masyarakat yang berorientasi pada perlindungan kelompok rentan yang mempertimbangkan berbagai determinan penting lainnya terkait kesehatan.
- 2 Memperluas definisi kelompok rentan dan memastikan individu sebagai berikut mendapatkan upaya afirmatif untuk mendapat akses yang setara ke vaksin.

Individu tanpa kartu identitas atau kartu tanda penduduk (KTP)	Penganut agama/kepercayaan yang dianggap menyimpang
Individu tanpa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/asuransi kesehatan lainnya	Individu dengan disabilitas (fisik, mental, sensorik, dan intelektual)
Individu dengan tingkat pendidikan rendah dan tanpa akses informasi kesehatan yang memadai	Individu dengan identitas gender dan/atau orientasi seksual marjinal, seperti transpuan
Pekerja harian, lepas, atau informal dengan penghasilan rendah	Orang dengan HIV (ODHIV)/AIDS
Lansia	Individu lainnya yang tinggal di wilayah 3T tanpa akses ke pelayanan kesehatan yang mumpuni
Ibu hamil	Penghuni lapas
Penderita penyakit penyerta (obesitas, hipertensi, diabetes, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan)	Pengungsi dan pencari suaka

- 3 Memastikan Surat Edaran Kemenkes RI HK.02.02/III/15242/2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 bagi Masyarakat Rentan dan Masyarakat Lainnya yang Belum Memiliki NIK dapat menjadi rujukan dalam merevisi Permenkes No. 7 Tahun 2023. Selain merevisi Permenkes No. 7 Tahun 2023, Pemerintah harus memastikan penyusunan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) Imunisasi disesuaikan dengan revisi permenkes tersebut.

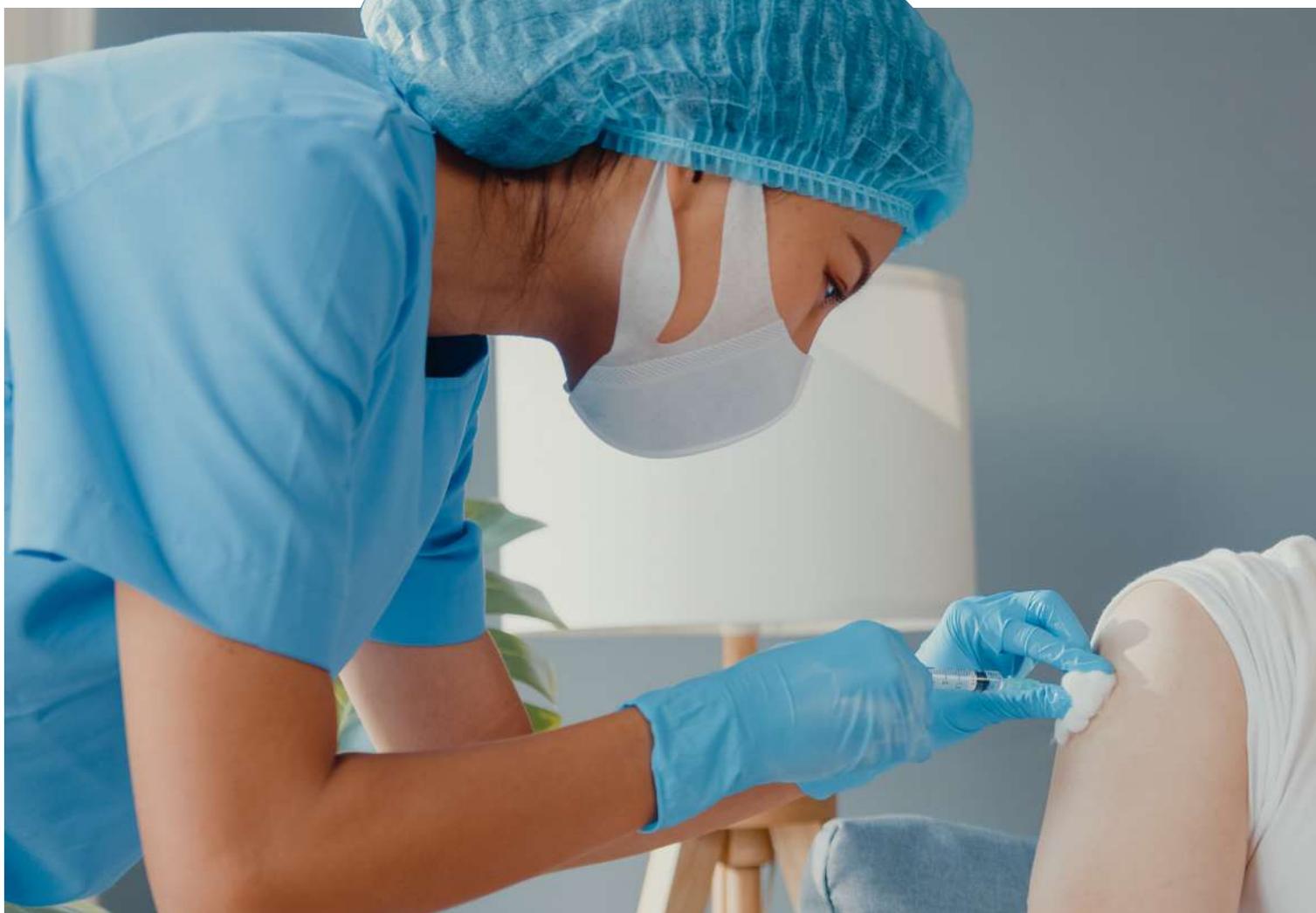
⁸Data masking merupakan proses memalsukan sebuah data berisikan informasi penting yang ditujukan untuk melindungi informasi sensitif data tersebut

⁹Data erasure merupakan jenis keamanan data yang menggunakan perangkat lunak untuk melakukan overwrite data pada perangkat penyimpanan agar tidak dapat dipulihkan kembali. Hal ini dapat mencegah terjadinya kebocoran dan penyalahgunaan data.

- 4 Memastikan pengadaan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 sebagai barang publik yang berorientasi terhadap perspektif kesehatan masyarakat sebagaimana Pemerintah sudah mulai menunjukkan keberpihakannya terhadap inklusivitas ketersediaan dan pemberian vaksin HPV kepada perempuan dewasa.
- 5 Memastikan akses vaksinasi COVID-19, terutama untuk kelompok rentan dan masyarakat adat, terjaga pasca pencabutan status darurat pandemi COVID-19 di Indonesia. Transisi pembiayaan dan penganggaran vaksin COVID-19 tidak boleh menimbulkan fragmentasi yang mengganggu kesiapan sisi suplai (*supply side readiness*) di sepanjang rantai pasok dan membatasi akses masyarakat adat dan kelompok rentan. Pemerintah perlu mendahulukan akses kelompok tersebut ke vaksinasi sembari menyusun kebijakan dan prosedur yang dapat memudahkan akses mereka.
- 6 Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dengan membuat mekanisme formal partisipatif yang dapat melibatkan Pemerintah Pusat dan Daerah (*whole-of-government approach*) serta organisasi masyarakat sipil, komunitas, dan kelompok rentan (*whole-of-society approach*) dalam menentukan kebutuhan dalam pelaksanaan vaksinasi dan memperbaiki dasbor vaksin COVID-19 yang sudah ada untuk mengakomodasi data kerentanan dan alokasi vaksin COVID-19 yang diterima oleh entitas yang memiliki tanggung jawab mendistribusikan vaksin. Mekanisme ini akan meningkatkan transparansi dan akuntabilitas serta membangun kepercayaan dalam proses vaksinasi, memastikan vaksin sampai kepada mereka yang paling membutuhkan.
- 7 Mendorong Pemerintah untuk memasukkan aturan mengenai regulasi konflik kepentingan dalam pengadaan maupun pelaksanaan vaksinasi COVID-19 untuk memastikan vaksin COVID-19 tetap menjadi barang publik.
- 8 Mendorong adanya dasar regulasi tata kelola data dan informasi kesehatan yang dapat mengidentifikasi berbagai jenis kerentanan masyarakat bukan hanya dari aspek kesehatan/medis, namun juga ekonomi, sosial, dan lingkungan merujuk UU Kesehatan yang baru disahkan melalui Pasal Penjelasan Pasal 28 ayat 4. Dasar regulasi ini perlu berada di tingkat Perpres mengenai Satu Data Indonesia, karena berkaitan dengan lintas sektor seperti kependudukan, kesehatan, sosial, dan pemerintahan daerah.
- 9 Melakukan pembaruan data kependudukan secara berkala sehingga didapatkan data kependudukan yang valid dan andal. Hal tersebut akan mendorong integrasi dengan sistem pencatatan vaksinasi atau layanan kesehatan lainnya. Upaya yang dapat dilakukan oleh Disdukcapil di antaranya adalah dengan melakukan penjangkauan secara aktif, seperti melalui *door to door* dan jemput bola, sebagai upaya pembaruan data dan memastikan setiap warga memiliki NIK. Selain itu, perlu dilakukan upaya sinkronisasi dan integrasi data kependudukan dengan jenis kerentanan dengan berkolaborasi antar berbagai kementerian dan lembaga diantaranya Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri/Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil, Kementerian Sosial, serta kementerian lain yang relevan.
- 10 Memastikan keamanan data pribadi dengan membuat kebijakan teknis turunan dari UU Perlindungan Data Pribadi serta membangun infrastruktur dan ekosistem teknologi keamanan data yang lebih terjamin seperti enkripsi ganda data pribadi, *data masking*⁹, *data erasure*⁹, dan *data resilience*¹⁰ dan menyediakan mekanisme formal, seperti aduan atau pemulihan hak, sebagai pegangan masyarakat ketika terjadi kebocoran atau penyalahgunaan pada data pribadi

¹⁰Data resilience merupakan penerapan keamanan data yang baik berarti sistem yang digunakan dapat bertahan atau pulih dari berbagai macam masalah.

- 11 Memastikan kesejahteraan tenaga vaksinator dengan mengatur insentif tenaga vaksinator agar tidak diskresioner melalui revisi Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4241/2021 tentang Petunjuk Teknis Perencanaan Penganggaran Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19 Bersumber Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Bagi Hasil (DBH) Tahun Anggaran 2021.
- 12 Mengkaji kembali keterlibatan TNI, Polri, dan BIN dalam penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap kelompok rentan yang terdampak konflik antara masyarakat dan pemerintah dengan tujuan meningkatkan tingkat penerimaan vaksin¹¹. Pertimbangan harus lebih dititikberatkan terhadap pelibatan bermakna organisasi masyarakat sipil, komunitas, dan tokoh adat/agama/masyarakat dalam penjangkauan vaksinasi COVID-19, terutama di wilayah-wilayah tertentu.
- 13 Membangun kemitraan dengan sektor swasta dengan membuat regulasi yang mengatur mengenai insentif keterlibatan swasta dalam memenuhi kebutuhan infrastruktur untuk menunjang distribusi vaksin COVID-19 sampai ke masyarakat adat dan kelompok rentan.



¹¹Merujuk prinsip acceptability dalam pentingnya prinsip HAM dalam kebijakan dan pemrograman vaksinasi COVID-19 yang dibahas di Bab III.

14. Membuat petunjuk teknis terkait dengan perencanaan dan promosi kesehatan terkait vaksinasi COVID-19 yang terfokus pada kelompok rentan dengan mempertimbangkan faktor seperti tingkat literasi, budaya, dan konteks sosial yang mereka punya.
15. Membuat petunjuk teknis terkait perencanaan dan pengimplementasian anggaran kesehatan untuk akses kesehatan bagi kelompok rentan khususnya vaksinasi COVID-19. Pembiayaan dibutuhkan tidak hanya untuk pengadaan, namun juga memastikan distribusi, rantai dingin, dan vaksin sampai ke masyarakat adat dan kelompok rentan lainnya, termasuk layanan pasca vaksinasi, edukasi dan kebutuhan pelayanan kesehatan lainnya.
16. Memastikan surveilans berbasis masyarakat dapat dimaksimalkan untuk membantu akses vaksinasi COVID-19 bagi kelompok rentan yang terintegrasi, valid dan andal. Pembaruan data dilakukan secara rutin untuk memastikan program dan kebijakan yang tepat sasaran setiap kali butuh untuk menysasar setiap kelompok rentan.
17. Membangun kapasitas infrastruktur distribusi dan logistik juga produksi vaksin dalam negeri untuk memastikan negara dapat memenuhi kebutuhan domestiknya secara berkelanjutan.





Pemerintah Daerah

- 1 Mendesain Pergub/Perbup/Perwali tentang pelaksanaan imunisasi yang berorientasi terhadap kebutuhan/konteks sosial, budaya, dan infrastruktur daerah masing-masing dan sensitif terhadap kebutuhan masyarakat adat dan kelompok rentan. Regulasi ini juga harus memastikan pelibatan bermakna organisasi masyarakat sipil dan komunitas dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan serta evaluasi kebijakan dan penganggaran imunisasi.
- 2 Menyusun strategi dan petunjuk teknis penjangkauan vaksinasi COVID-19 terhadap masyarakat adat dan kelompok rentan yang inovatif dan berbasis kebutuhan dengan tujuan meningkatkan penerimaan masyarakat adat dan kelompok rentan, misalnya dengan menyertakan pendamping sebagai penerima dosis vaksin COVID-19
- 3 Mendesain Pergub/Perbup/Perwali tentang honorarium tenaga vaksinator sebagai bentuk komitmen desain anggaran vaksinasi COVID-19/imunisasi yang mampu memastikan kesejahteraan tenaga vaksinator dengan menyediakan anggaran insentif tenaga vaksinator.



- 4 Memastikan komitmen anggaran untuk penguatan infrastruktur dasar vaksinasi COVID-19 dan juga vaksinasi lainnya, seperti kebutuhan logistik dan distribusi, merujuk revisi Permenkes No. 7 Tahun 2023 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19.
- 5 Membangun koordinasi pentahelix melalui mekanisme/forum formal yang melibatkan Pemerintah Daerah, tenaga medis dan kesehatan, kader kesehatan, pekerja sosial, tokoh adat/agama/masyarakat, dan relawan yang bertujuan: (i) meningkatkan komunikasi risiko di antara masyarakat adat dan kelompok rentan

mengenai vaksin COVID-19; (ii) meningkatkan aksesibilitas dan keterjangkauan masyarakat adat dan kelompok rentan terhadap vaksinasi COVID-19; dan (iii) pendataan masyarakat adat dan kelompok rentan yang seharusnya menjadi sasaran vaksinasi COVID-19.

- 5 Melakukan pembaruan data kependudukan secara berkala. Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil kabupaten/kota bekerjasama dengan Dinas Sosial melakukan pembaruan dan sinkronisasi data kependudukan. Upaya penjangkauan aktif, seperti jemput bola atau sistem door to door, perlu dilakukan terutama untuk kelompok rentan yang terhambat akses.

Daftar Pustaka

(n.d.). Vaksin Dashboard. Retrieved July 12, 2023, from <https://vaksin.kemkes.go.id/#/vaccines> Arlinta, D. (2021, Mei 10). Mengelola Rantai Dingin Vaksin Covid-19. <https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuan-teknologi/2021/05/10/tantangan-dan-upaya-manajemen-rantai-dingin-vaksin-covid-di-indonesia>

BAPPENAS. (2021). *PENAJAMAN PERUNTUKAN DANA DEKONSENTRASI KESEHATAN (STUDI EVALUASI 2021)*. https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/dokumenbappenas/konten/Upload%20Terbaru/Studi%20Evaluasi%202021%20Penajaman%20Peruntukan%20Dekon%20Kesehatan%20signed.pdf

Barron, G., Laryea-Adjei, G., Vike-Freiberge, V., Abubakar, I., Dakkak, H., & Devakumar, D. (2021). Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *Viewpoint*, 7(1), E86-E92. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00235-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00235-8)

Bengy Puyvallée, A. d., & Storeng, K. T. (2022). COVAX, vaccine donations and the politics of global vaccine inequity. *Global Health*, 18(1), 26. NIH. 10.1186/s12992-022-00801-z.

BPOM. (2021, Februari 23). Badan POM Mengawal Distribusi Vaksin COVID-19 Saat Pandemi.

BPOM. (2022). *Penjelasan Badan POM RI Tentang Perpanjangan Batas Kedaluwarsa (Expired Date/ED) Vaksin COVID-19*. <https://www.pom.go.id/new/view/more/klarifikasi/147/Penjelasan-Badan-POM-RI-Tentang-Perpanjangan-Batas-Kedaluwarsa--Expired-Date-ED--Vaksin-COVID-19.html>

Budianto, A. (2021, February 4). Industri Rantai Dingin Masih Minim, Tantangan bagi Distribusi Vaksin Covid-19. *iNews Jabar*. <https://jabar.inews.id/berita/industri-rantai-dingin-masih-minim-tantangan-bagi-distribusi-vaksin-covid-19>

CISDI & PUSKAPA. (2021). *Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia*. <https://cisdi.org/riset-dan-publikasi/publikasi/dokumen/masukan-kebijakan-untuk-memastikan-terjaminnya-akses-kelompok-rentan-pada-vaksinasi-covid-19-di-indonesia>

CISDI & PUSKAPA UI. (2021). *Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia*. <https://cisdi.org/riset-dan-publikasi/publikasi/dokumen/masukan-kebijakan-untuk-memastikan-terjaminnya-akses-kelompok-rentan-pada-vaksinasi-covid-19-di-indonesia>

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.

Dewi, A. (n.d.). Direktorat Jenderal Anggaran. Direktorat Jenderal Anggaran. Retrieved July 12, 2023, from <https://anggaran.kemenkeu.go.id/in/post/penanggulangan-pandemi-covid-19-melalui-program-pengadaan-vaksin-dan-pelaksanaan-vaksinasi-covid-19>

Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan | Apa saja jenis-jenis dana perimbangan? (n.d.). Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. Retrieved July 13, 2023, from <https://djpk.kemenkeu.go.id/?ufaq=apa-saja-jenis-jenis-dana-perimbangan>

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat & Kementerian PPN / BAPPENAS. (2021). *PENAJAMAN PERUNTUKAN DANA DEKONSENTRASI KESEHATAN (STUDI EVALUASI 2021)*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputusan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas. https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/dokumenbappenas/konten/Upload%20Terbaru/Studi%20Evaluasi%202021%20Penajaman%20Peruntukan%20Dekon%20Kesehatan%20signed.pdf

Economic evaluation for mass vaccination against COVID-19. (n.d.). *Formosan Medical Association*, 120(1), 95-105. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664621002357>

Elizabeth, A. (2021, July 31). 'Kitong Su Mau Mati': Covid-19 Meluas, Pasien Membeludak, Vaksinasi Rendah di Papua. *Project Multatuli*. <https://projectmultatuli.org/covid19-papua-vaksinasi-rendah-orang-papu-tak-percaya-pemerintah-indonesia/>

Faizin, A. (2022). Costs of Treating COVID-19 by Hospitals in Indonesia: *Lessons for tariffs and purchasing. COVID-19 Purchasing :Policy Brief Series No. 1.*

Farrar, J., Gopinath, G., Hatchett, R., Sands, P., & Agarwal, R. (2022). *A Global Strategy to Manage the Long-Term Risks of COVID-19. International Monetary Fund.*

Fatah, A. (2022, Desember 14). Kejaksan geladah Dinkes Ternate terkait korupsi anggaran COVID-19. *Antara Maluku.*

Fatimahma, S. (2023, February 8). Menkes: Stok Vaksin Aman, Ada 8,1 Juta Dosis. *Kabar24*. <https://kabar24.bisnis.com/read/20230208/15/1626039/menkes-stok-vaksin-aman-ada-81-juta-dosis>

Gill, I., & Ruta, M. (2022, February 11). *Why global vaccine equity is the prescription for a full recovery | Brookings*. Brookings Institution. Retrieved July 12, 2023, from <https://www.brookings.edu/articles/why-global-vaccine-equity-is-the-prescription-for-a-full-recovery/>

Guritno, T. (2021, Agustus 31). Jangan Ada Ego Sektoral dalam Distribusi Vaksin Covid-19 Artikel ini telah tayang di Kompas.com dengan judul "Jangan Ada Ego Sektoral dalam Distribusi Vaksin Covid-19 ", Klik untuk baca: <https://nasional.kompas.com/read/2021/08/31/19320461/jangan-ada-ego->. Kompas.

Haldane, V., Foo, C. D., & Abdalla, S. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic : lessons from 28 countries. *Nat Med*, 27, 964-980. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34002090/>

Honna, J. (2022). HEALTH SECURITY IN INDONESIA AND THE NORMALIZATION OF THE MILITARY'S NONDEFENCE ROLE. *Trends In Southeast Asia*, (13). https://www.iseas.edu.sg/wp-content/uploads/2022/08/TRS13_22.pdf

Jaya, F. (2023, Maret 2). Dugaan Korupsi Dana Vaksin Bernilai Miliaran di Matim, Kapolda NTT: Saya akan cek, belum ada laporan ke saya. Garda NTT.

Kementerian Dalam Negeri. (2021). *LIMA DAERAH DENGAN REALISASI SERAPAN ANGGARAN COVID-19 TERENDAH*. <https://jdih.bpk.go.id/File/Download/9b7aa06a-1ba3-44c8-afef-df2abe232bb5/LIMA%20DAERAH%20DENGAN%20REALISASI%20SERAPAN%20ANGGARAN%20COVID%20TERENDAH.pdf>

Kementerian Kesehatan. (2021). *Kepmenkes Tentang Petunjuk Teknis Perencanaan Penganggaran Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (covid-19) Bersumber dana Alokasi Umum dan dana Bagi Hasil Tahun Anggaran 2021*. <https://peraturan.infoasn.id/keputusan-menteri-kesehatan-nomor-hk-01-07-menkes-4241-2021/>

Kementerian Kesehatan. (2021). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/171640/keputusan-menkes-no-hk0107menkes46382021>

Kementerian Kesehatan. (2021). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/171640/keputusan-menkes-no-hk0107menkes46382021>

Kementerian Koordinator Perekonomian. (2023). *Vaksinasi COVID-19 di Indonesia*.

Kementerian Keuangan. (2020). *Penggunaan sebagian (earmarking) dana alokasi umum atau dana bagi hasil dalam rangka dukungan pendanaan program vaksinasi corona virus disease 2019*. <https://djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2021/01/Salinan-KMK-No.30-KM.7-2020.pdf>

Kementerian Keuangan. (2021). *Laporan Keuangan Pemerintah Pusat*. <https://media.kemenkeu.go.id/getmedia/104fbe41-1b5d-4d09-a79e-7df823863f75/LKPP-2021.pdf?ext=.pdf>

Kementerian Keuangan. (2021). *Perkembangan Pelaksanaan Program Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (PC&PEN)*. <https://pen.kemenkeu.go.id/api/Medias/23a61caf-2596-4229-ad56-97a6ba733578>

Kementerian Keuangan. (2021). *SURAT EDARAN NOMOR SE-6/PK/2021 TENTANG DUKUNGAN PENDANAAN DAERAH DALAM RANGKA PERCEPATAN PELAKSANAAN VAKSINASI COVID-19*. <https://djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2021/07/SE-6-th-2021-ttg-Percepatan-Vaksinsasi.pdf>

Kementerian Keuangan. (2022). *Infografis Kesehatan*. <https://pen.kemenkeu.go.id/in/page/infografis-kesehatan2022>

Kementerian Keuangan. (2023). *Laporan Keuangan Pemerintah Pusat*. https://media.kemenkeu.go.id/getmedia/dca93798-033d-4d61-9a4f-bf112fd834ab/LKPP_2022.pdf?ext=.pdf

Kementerian Keuangan. (2022). *LAPORAN MONITORING DAN EVALUASI PENANGANAN COVID-19 DAN PEMULIHAN EKONOMI NASIONAL 2021*. <https://pen.kemenkeu.go.id/api/Medias/58973996-0bfd-4e57-b14b-def1e90107b9>

Kementerian Keuangan. (2022). *PENANGGULANGAN PANDEMI COVID-19 MELALUI PROGRAM PENGADAAN VAKSIN DAN PELAKSANAAN VAKSINASI COVID-19*. Direktorat Jenderal Anggaran. Retrieved July 13, 2023, from <https://anggaran.kemenkeu.go.id/in/post/penanggulangan-pandemi-covid-19-melalui-program-pengadaan-vaksin-dan-pelaksanaan-vaksinasi-covid-19>

Kementerian Keuangan. (2022). *Realisasi PEN Sementara*. Website PEN. <https://pen.kemenkeu.go.id/in/page/data-realisasi>

Kementerian Keuangan. (2023). *Informasi APBN 2023*. <https://media.kemenkeu.go.id/getmedia/6439fa59-b28e-412d-adf5-e02fdd9e7f68/Informasi-APBN-TA-2023.pdf?ext=.pdf>

Kementerian Keuangan. (2023, January 26). *Wamenkeu Uraikan Jalan Cerita Anggaran PEN*. Kementerian Keuangan. <https://www.kemenkeu.go.id/informasi-publik/publikasi/berita-utama/Wamenkeu-Uraikan-Jalan-Cerita-Anggaran-PEN>

Kementerian Keuangan RI. (2021). *Realisasi APBN untuk Pengadaan Vaksinasi*. <https://djpb.kemenkeu.go.id/portal/id/component/content/article/842-campaign-4/3744-realisasi-apbn-untuk-pengadaan-vaksinasi.html?Itemid=776>

Kementerian Komunikasi dan Informatika. (2023, January 26). *Masa Transisi Pandemi, KPCCPEN Kembalikan Program ke Kementerian*. Kementerian Komunikasi dan Informatika. <https://www.kominfo.go.id/content/detail/47088/masa-transisi-pandemi-kpccpen-kembalikan-program-ke-kementerian/0/berita>

Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian. (2021, September 21). *Pemerintah Dorong Vaksinasi dan Digitalisasi bagi Pedagang Pasar*.

KEMENTERIAN KOORDINATOR BIDANG PEREKONOMIAN. (2022, June 13). *Perkembangan Kasus Covid-19 Cukup Baik dan Terkendali, Pemerintah Waspadai dan Antisipasi Potensi Kenaikan Kasus Karena Varian Baru*. Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian. <https://ekon.go.id/publikasi/detail/4235/perkembangan-kasus-covid-19-cukup-baik-dan-terkendali-pemerintah-waspadai-dan-antisipasi-potensi-kenaikan-kasus-karena-varian-baru>

Kementerian Negara & Lembaga (RKA - K/L). (2023). *Himpunan Rencana Kerja dan Anggaran*.

Kementerian Perekonomian. (2020, July 20). *Pemerintah Bentuk Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional*. Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian. <https://ekon.go.id/publikasi/detail/389/pemerintah-bentuk-komite-penanganan-covid-19-dan-pemulihan-ekonomi-nasional>

Klingebiel, S., & Izmetiev, A. (2020, June 25). *COVID-19: super-accelerator or game-changer for international (development) co-operation? - Development Matters*. OECD Development Matters. Retrieved July 12, 2023, from <https://oecd-development-matters.org/2020/06/25/covid-19-super-accelerator-or-game-changer-for-international-development-co-operation/>

Koalisi Masyarakat Sipil untuk Akses Keadilan Kesehatan. (2021, Januari 4). *Rentan Penyimpangan Program Vaksinasi, Pemerintah Perlu Perbaiki Mekanisme Distribusi dan Meningkatkan Transparansi*. laporan Covid-19.

Kohli, M., Maschio, M., Becker, D., & Weinstein, M. (2021). *The potential public health and economic value of a hypothetical COVID-19 vaccine in the United States: Use of cost-effectiveness modeling to inform vaccination prioritization*. *Vaccine*, 39(1157-1164). <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.078>

KOMINFO. (2021, Januari 21). *Kementerian Komunikasi dan Informatika*. Kementerian Komunikasi dan Informatika.

<https://www.kominfo.go.id/content/detail/32232/sukseskan-vaksinasi-covid-19-dengan-aplikasi-smile/0/artikel>

Kurniawati, E. (2022). PENINGKATAN KERJA SAMA MULTILATERAL DAN BILATERAL MELALUI DIPLOMASI KESEHATAN MENGENAI PENANGGULANGAN VAKSIN COVID-19 DI INDONESIA. *Jurnal Studi Diplomasi dan Keamanan*, 14(2). <http://jurnal.upnyk.ac.id/index.php/jsdk/article/view/6820/4438>

Kusnandar, V. (2021, October 26). *DKI Jakarta Catat Kasus Covid-19 Terbanyak pada 2020*. Databoks. Retrieved July 24, 2023, from <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/10/26/dki-jakarta-catat-kasus-covid-19-terbanyak-pada-2020>

Kumparan. (2022, Juni 6). Airlangga: Tugas KPCPEN Selesai di 2023, Diganti Global Crisis Response Group. *Kumparan Bisnis*.

Lapor COVID-19. (2021). *Military Intervention in Handling COVID19 Pandemic in Indonesia: Imposition of Problems in the Management of Health Care, Public Behaviour, and Social Assistance*. Lapor COVID-19. https://laporcovid19.org/uploads/2021/11/PRESS-RELEASE_Military-Intervention-in-Handling-COVID-19-Pandemic-in-Indonesia_AT-Translation_Ver-31.pdf

Laporcovid19, AIPJ2, & Transparency International Indonesia. (2022). *TRANSPARANSI DAN AKUNTABILITAS DALAM DISTRIBUSI DAN TATALAKSANA PROGRAM VAKSINASI COVID-19 DI INDONESIA*. <https://laporcovid19.org/post/transparansi-dan-akuntabilitas-dalam-distribusi-dan-tatalaksana-program-vaksinasi-covid-19-di-indonesia>

Macdonald, N. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants Author links open overlay panel. *Vaccine*, 33(34). <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>

Maluku Terkini. (2020, December 31). Update Covid-19 Di Maluku 31 Desember: Total 5.754 Kasus Sepanjang Tahun 2020. *MalukuTerkini.com*. <https://www.malukuterkini.com/2020/12/31/update-covid-19-di-maluku-31-desember-total-5-754-kasus-sepanjang-tahun-2020/>

Media Indonesia. (2021, August 3). Ganjar Ungkap Penyebab Perbedaan Data Vaksinasi di Grobogan. *Media Indonesia*. <https://mediaindonesia.com/nusantara/422900/ganjar-ungkap-penyebab-perbedaan-data-vaksinasi-di-grobogan>

Mengko, D., & Fitri, A. (2020). PERAN MILITER DALAM PENANGANAN PANDEMI COVID-19 DAN DINAMIKA PENGAWASANNYA DI INDONESIA. *Jurnal Penelitian Politik*, 17(2). <https://doi.org/10.14203/jpp.v17i2.898>

Mutia, P. (2021). Comparison of Costs for COVID-19 Treatment in Indonesian Hospitals. *COVID-19 Purchasing: Policy Brief Series-3*.

OECD, EUROSTAT, & WHO. (2017). *A System of Health Accounts*. OECD Publishing. 10.1787/978970985

Peacock, S. J. (2022). Vaccine nationalism will persist: global public goods need effective engagement of global citizens. *Globalization and Health*, 18(14). <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00802-y>

Pemerintah Pusat. (2022). *Undang-undang (UU) Nomor 28 Tahun 2022 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2023*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/232782/uu-no-28->

tahun-2022#:~:text=UU%20No.%2028%20Tahun%202022,Anggaran%202023%20%5BJDIH%20BPK%20RI%5D&text=LN.2022%2FNo.208,go.id%3A%2054%20hlm.

Pemerintah Pusat. (2022). *Undang-undang (UU) Nomor 28 Tahun 2022 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2023 T.E.U.* <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/232782/uu-no-28-tahun-2022>

Perry, B. L., Aronson, B., & Pescosolido, B. A. (2021). Pandemic precarity: COVID-19 is exposing and exacerbating inequalities in the American heartland. *PNAS*, 118(8). <https://doi.org/10.1073/pnas.202068511>

Persad, G., Peek, M. E., & Emmanuel, E. J. (2020). Fairly Prioritizing Groups for Access to COVID-19 Vaccines. *JAMA*, 324(16), 1601-1602. *JAMA Network*. 10.1001/jama.2020.18513

Pribadi, B. (2021, August 3). Acuan Data Vaksinasi Pusat dan Daerah Perlu Sinkronisasi | *Republika Online. Sindikasi* | *Republika*. <https://sindikasi.republika.co.id/berita/qx95q1327/network>

Rahman, K. (2021). *Mitigating Corruption Risks in COVID-19 vaccine rollout*. https://knowledgehub.transparency.org/assets/uploads/kproducts/Mitigating-Corruption-Risks-in-COVID-19-vaccine-rollout_Final_U4-reviewed_PR.pdf

RAND Corporation. (2020). The global economic cost of COVID-19 vaccine nationalism. <https://doi.org/10.7249/RBA769-1>

Riyadi, A. (2021, September 18). PDI Perjuangan Vaksin 1.250 Masyarakat dan Pelajar Kendal Artikel ini telah tayang di halaman gatra.com dengan judul "PDI Perjuangan Vaksin 1.250 Masyarakat dan Pelajar Kendal". Baca selengkapnya: <https://www.gatra.com/news-523196-kesehatan-pdi-perjua>. Gatra.

Rote, E. (2023, April 19). Dua Terpidana Korupsi Dana Covid-19 Flores Timur Ajukan Banding <https://kupang.tribunnews.com/2023/04/19/breaking-news>. *Tribun News*.

Saputra, I. Y. (2021, Juli 28). Stok Vaksin Menipis, Pemkot Semarang Kurangi Pelayanan Vaksinasi Covid-19 Baca artikel Solopos.com "Stok Vaksin Menipis, Pemkot Semarang Kurangi Pelayanan Vaksinasi Covid-19" selengkapnya di sini: <https://jateng.solopos.com/stok-vaksin-menipis-pemkot-sem>. *Semarang Pos*.

SARI, L. (2021, September 29). Herd immunity/herding constituents: parpol and COVID-19 vaccines in Indonesia #1. *New Mandala*.

Sari, L. (2021, September 30). Herd immunity/herding constituents: parpol and COVID-19 vaccines in Indonesia #2. *New Mandala*.

Secretary-General Calls Vaccine Equity Biggest Moral Test for Global Community, as Security Council Considers Equitable Availability of Doses | UN Press. (2021, February 17). UN Press. <https://press.un.org/en/2021/sc14438.doc.htm>

Sinaga, N. (2021, September 9). Korupsi Vaksin Covid-19 di Sumut, Para Terdakwa Kumpulkan Rp313,4 Juta. *Kompas*.

Situation by Region, Country, Territory & Area. (n.d.). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved July 12, 2023, from <https://covid19.who.int/table>

Sudarti, M., Sudarti, E., & Sudarti, K. (2016). *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Bidang Kesehatan*. Rajagrafindo.

Sujarwoto, Maharani, A., Holipah, Andarini, S., Saputri, R., Pakpakhan, E., Oceandy, D., & Tampubolon, G. (2023). Understanding COVID-19 vaccine hesitancy: A cross-sectional study in Malang District, Indonesia. *Front. Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1030695>

Suratman, E. (n.d.). *DANA ALOKASI KHUSUS NON FISIK BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK)*. Retrieved July 13, 2023, from <https://sikompak.bappenas.go.id/storage/app/uploads/public/629/daf/15b/629daf15bd0f4974931696.pdf>

Suratman, E. (2022). *KAJIAN COSTING BERBASIS LAYANAN KESEHATAN DANA ALOKASI KHUSUS NON FISIK BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK)*. KOMPAK.

Syafrianto, Hasyim, H., & Haerawati. (2022). PENERIMAAN VAKSINASI COVID-19 DENGAN METODE PENDEKATAN HEALTH BELIEF MODEL DI KABUPATEN BATANG HARI. *Jurnal Integrasi Kesehatan dan Sains*, 4(2). <https://doi.org/10.29313/jiks.v4i2.10040>

Syambudi, I. (2021, Agustus 31). Ganjar: Alokasi Vaksin Ormas & Titipan DPR Menghambat & Merepotkan Baca selengkapnya di artikel "Ganjar: Alokasi Vaksin Ormas & Titipan DPR Menghambat & Merepotkan", <https://tirto.id/gi6g.tirto.id>.

United Nations. (2020). *A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19*. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/UN-framework-for-the-immediate-socio-economic-response-to-COVID-19.pdf>

Usman, A. (2022, November 22). Bongkar Dugaan Korupsi di Tubuh Dinkes Sarolangun, Kejari Datangi Dua Puskesmas. <https://jambi.tribunnews.com/2022/11>. *Tribun Sarolangun*.

Utama, A. (2021, September 9). Vaksin Covid: Lambatnya vaksinasi di Papua, antara hoaks, trauma pada tentara hingga stok vaksin yang baru habis berbulan-bulan ke depan. BBC Indonesia.

Vogel, G. (2022). The global plan for COVID-19 vaccine fairness fell short. Will next time be different? [10.1126/science.adg2863](https://science.adg2863)

Wang, W. C., Fann, J., E-Chang, R., Jeng, Y.-C., Hsu, C. Y., Chen, H. H., Liu, J. T., & Yen, A. (2021, June). Economic evaluation for mass vaccination against COVID-19. *Journal of Formosan Medical Association*, 120(1), S95-S105. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.05.020>

Wasaraka, Y. (2022). GAMBARAN PERSEPSI MASYARAKAT ASLI PAPUA TERHADAP VAKSIN COVID 19. *Healthy Papua*, 5(1). <https://www.jurnal.akpermarthenindex.ac.id/index.php/akper/article/download/84/58>

WHO. (2020, Desember 31). *Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19*. World Health Organization (WHO). Retrieved July 22, 2023, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

WHO. (2022). *WHO SAGE ROADMAP FOR PRIORITIZING USE OF COVID-19 VACCINES*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351138/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2022.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO & World Bank. (2022). *Analysis of pandemic preparedness and response (PPR) architecture, financing needs, gaps and mechanisms*. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5760109c4db174ff90a8dfa7d025644a-0290032022/original/G20-Gaps-in-PPR-Financing-Mechanisms-WHO-and-WB-pdf.pdf>

World Bank. (2022). *COVID-19 and Economic Inequality*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/219141642091810115/pdf/COVID-19-and-Economic-Inequality-Short-Term-Impacts-with-Long-Term-Consequences.pdf>

World Health Organization. (2021). *Actions for consideration in the care and protection of vulnerable populations from COVID-19*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333043/WPR-DSE-2020-021-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Yamey, G. (2022). It is not too late to achieve global covid-19 vaccine equity. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070650>

Lampiran

Lampiran 1. Distribusi Informan Penelitian

Lampiran 1.1 Tabel Distribusi *Informan In Depth Interview*

No	Instansi	Kategori Cakupan Vaksinasi COVID-19
1.	Dinas Kesehatan Provinsi Bali	> 70%
2.	Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar	
3.	Dinas Kesehatan DKI Jakarta	
4.	Suku Dinas Kesehatan Kota Jakarta Selatan	
5.	Dinas Kesehatan Provinsi Lampung	50%-70%
6.	Dinas Kesehatan Kabupaten Tanggamus	
7.	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah	
8.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sigi	
9.	Dinas Kesehatan Provinsi Maluku	< 50%
10.	Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat	
11.	Dinas Kesehatan Provinsi Papua	
12.	Dinas Kesehatan Kota Jayapura	

Lampiran 1.2 Tabel Distribusi *Informan Focus Group Discussion*

No	Instansi
1.	Kementerian Kesehatan
2.	Kementerian Dalam Negeri
3.	Kementerian Kesehatan
4.	Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
5.	Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil Bali
6.	Puskesmas Tanggamus
7.	Dinas Kesehatan Provinsi Papua
8.	Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar
9.	Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
10.	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah
11.	Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
12.	Suku Dinas Kesehatan Kota Jakarta Selatan
13.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sigi
14.	Puskesmas Gianyar
15.	Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil Lampung
16.	Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia - Pusat
17.	Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia - Bali
18.	Filantropi Indonesia
19.	Public Interest Research and Advocacy Center (PIRAC)

Lampiran 2. Rekomendasi Operasionalisasi Indikator dan Sub-populasi Rentan

Untuk kepentingan kajian kebijakan ini, kami berusaha memperbaharui indikator dan sub-populasi rentan dalam konteks kedaruratan kesehatan dengan tujuan agar kajian kebijakan lebih operasional dan relevan, sehingga dapat digunakan sebagai dasar oleh pembuat kebijakan dalam menetapkan kebijakan dan menjalankan program vaksinasi yang ramah terhadap kelompok rentan, melampaui pandemi COVID-19.

Tabel 5.3 Tabel Sumber Anggaran Program COVID-19 dari Berbagai Daerah

No.	Indikator Kerentanan	Sub-Populasi Rentan	Hambatan Vaksinasi	Upaya yang Bisa Dilakukan	Mitra Potensial
1	Individu tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai dan mumpuni	<ul style="list-style-type: none"> • Individu tanpa KTP • Individu tanpa JKN/asuransi kesehatan lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan finansial (biaya transportasi, biaya vaksin jika tidak memiliki JKN, dan biaya peluang) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi • Hambatan administrasi (jika tidak memiliki JKN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji kembali rencana Pemerintah memasukkan vaksinasi COVID-19 sebagai vaksinasi non-program yang akan ditanggung oleh JKN, mengingat hambatan administrasi sebagai hambatan yang dialami kelompok rentan • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah/pelayanan keliling/atau inovasi lainnya 	BPJS Kesehatan, organisasi masyarakat sipil, lembaga amal atau filantropi, lembaga keagamaan, dll
2	Individu dengan status sosial-ekonomi rendah	<ul style="list-style-type: none"> • Individu dengan tingkat pendidikan rendah dan tanpa akses informasi kesehatan yang memadai • Pekerja harian, lepas, atau informal dengan penghasilan rendah 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan finansial (biaya transportasi dan biaya peluang) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi, terutama di tengah gempuran hoaks yang beredar • Hambatan waktu karena harus bekerja seharian 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah/pelayanan keliling/atau inovasi lainnya • Melibatkan tokoh kunci masyarakat setempat untuk edukasi dan memberantas hoaks, serta melakukan penjangkauan vaksinasi khusus • Membuka waktu pelayanan vaksinasi pada sore/malam hari 	Organisasi masyarakat sipil, tokoh masyarakat, lembaga amal atau filantropi, lembaga keagamaan, dll
3	Individu dengan kondisi klinis tertentu dan/ atau dengan penyakit penyerta	<ul style="list-style-type: none"> • Lansia • Ibu hamil • Penderita penyakit penyerta yang terbukti sebagai pemberat infeksi penyakit menular, misalnya penderita obesitas, hipertensi, diabetes, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan klinis (tidak mampu secara fisik untuk pergi ke tempat vaksinasi dan takut terpapar virus saat pergi keluar rumah untuk vaksinasi) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi, terutama di tengah gempuran hoaks yang beredar 	<ul style="list-style-type: none"> • Memprioritaskan distribusi vaksin dengan efikasi tertinggi pada kelompok lansia dan penyakit penyerta • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah • Memberikan fasilitas skrining kesehatan sebelum vaksinasi • Meningkatkan strategi komunikasi perubahan perilaku, baik berbasis komunitas maupun komunikasi massa untuk mengampanyekan keamanan vaksin bagi individu dengan kondisi klinis tertentu dan/atau dengan penyakit penyerta 	Organisasi masyarakat sipil, tokoh masyarakat setempat, dll

No.	Indikator Kerentanan	Sub-Populasi Rentan	Hambatan Vaksinasi	Upaya yang Bisa Dilakukan	Mitra Potensial
4	Individu yang mengalami ketertinggalan sosial dan struktural	<ul style="list-style-type: none"> • Penganut agama/ kepercayaan yang dianggap menyimpang • Disabilitas (fisik, mental, sensorik, dan intelektual) • Individu dengan identitas gender dan/ atau orientasi seksual marginal, seperti transpan. • ODHIV/AIDS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan infrastruktur (misalnya fasilitas yang tidak ramah disabilitas) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi, terutama di tengah gempuran hoaks yang beredar • Hambatan klinis (tidak mampu secara fisik untuk pergi ke tempat vaksinasi) • Hambatan finansial (misalnya untuk ODHIV/ AIDS harus skrining CD4 terlebih dahulu sebelum vaksinasi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Melibatkan tokoh kunci masyarakat, pendamping, dan keluarga kelompok rentan terkait untuk membangun kepercayaan (<i>trust building</i>), edukasi dan memberantas hoaks, serta melakukan penjangkauan vaksinasi khusus • Menyusun penjangkauan vaksinasi COVID-19 yang inovatif dan berbasis kebutuhan, misalnya dengan memberikan insentif dosis vaksin COVID-19 kepada pendamping 	keagamaan, dingsos, disdukcapil, dll
5	Kelompok masyarakat yang hidup secara turun temurun di wilayah adat tertentu dengan identitas budaya dan hukum adat yang kuat/ mengikat, memiliki kedaulatan atas tanah dan kekayaan alam, kehidupan sosial-budaya yang diatur oleh hukum adat, dan lembaga adat yang mempertahankan keberlanjutan kehidupan masyarakat adat sebagai komunitas adat	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan infrastruktur (jauhnya jarak layanan dan minim pendampingan) • Hambatan finansial (biaya transportasi dan biaya peluang) • Hambatan administrasi (masyarakat adat mengalami hambatan legal dan prosedural seperti syarat agama serta bukti domisili dalam mengakses pelayanan adminduk, sehingga banyak yang tidak memiliki dokumen kependudukan) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi • Hambatan sosial politik, terdapat konflik lahan dan struktural antar masyarakat adat dan pemerintah lokal • Hambatan sosial, penyisihan dan diskriminasi sosial baik dari masyarakat umum serta pemerintah menciptakan rasa enggan, curiga, serta ketidakpercayaan di antara masyarakat adat terhadap kebijakan serta pelayanan vaksinasi • Hambatan bahasa yang menciptakan celah pengetahuan dan informasi di antara masyarakat adat 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah/pelayanan keliling/ atau inovasi lainnya • Melibatkan organisasi masyarakat sipil dan tokoh adat untuk membangun kepercayaan (<i>trust building</i>), edukasi (dalam bahasa yang mereka mengerti), serta melakukan penjangkauan vaksinasi khusus • Mengevaluasi keterlibatan TNI, Polri, dan BIN dalam penjangkauan vaksinasi terhadap masyarakat adat • Meningkatkan pelatihan dan kesadaran tenaga kesehatan serta pendamping akan kebutuhan serta perspektif sosial budaya dari masyarakat adat setempat 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah/pelayanan keliling/atau inovasi lainnya • Melibatkan organisasi masyarakat sipil dan tokoh adat untuk membangun kepercayaan (<i>trust building</i>), edukasi (dalam bahasa yang mereka mengerti), serta melakukan penjangkauan vaksinasi khusus • Mengevaluasi keterlibatan TNI, Polri, dan BIN dalam penjangkauan vaksinasi terhadap masyarakat adat • Meningkatkan pelatihan dan kesadaran tenaga kesehatan serta pendamping akan kebutuhan serta perspektif sosial budaya dari masyarakat adat setempat 	Organisasi masyarakat sipil, tokoh adat, dll

No.	Indikator Kerentanan	Sub-Populasi Rentan	Hambatan Vaksinasi	Upaya yang Bisa Dilakukan	Mitra Potensial
6	Individu yang sulit/tidak mampu melaksanakan praktik perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Penghuni lapas • Pengungsi dan pencari suaka • Individu tanpa akses air bersih dan sanitasi yang memadai • Individu yang tinggal di hunian atau institusi sosial sempit dan tanpa ruang privat yang memadai, misalnya mess karyawan industri/pertambangan, pesantren, dll. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan infrastruktur (misalnya pelayanan kesehatan jauh) • Hambatan finansial (biaya transportasi dan biaya peluang) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah/pelayanan keliling/atau inovasi lainnya • Melibatkan organisasi masyarakat sipil/tokoh kunci masyarakat setempat untuk edukasi, pendataan, dan penjangkauan vaksinasi 	Organisasi masyarakat sipil, lembaga amal dan filantropi, lembaga keagamaan, tokoh masyarakat, dll
7	Individu yang tinggal di wilayah terdampak konflik sosial, agraria, dan/atau bersenjata	<ul style="list-style-type: none"> • Individu yang tinggal di wilayah terdampak konflik bersenjata, misalnya di Papua • Individu yang tinggal di wilayah terdampak konflik sosial/agraria, misalnya mereka yang tinggal di tenda/sentra pengungsian akibat tidak diterima oleh masyarakat setempat mengingat identitas marjinal mereka 	<ul style="list-style-type: none"> • Hambatan sosial politik (misalnya ketidakpercayaan terhadap kebijakan/program pemerintah akibat trauma politik) • Hambatan finansial (biaya transportasi) • Hambatan infrastruktur (misalnya pelayanan kesehatan jauh) • Hambatan akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi, terutama di tengah gempuran hoaks yang beredar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi keterlibatan TNI, Polri, dan BIN dalam penjangkauan vaksinasi terhadap kelompok rentan terdampak konflik antara masyarakat dan pemerintah • Mendekatkan layanan vaksinasi melalui pelayanan rumah ke rumah/pelayanan keliling/atau inovasi lainnya • Melibatkan tokoh masyarakat setempat untuk membangun kepercayaan (trust building), edukasi dan memberantas hoaks, serta melakukan penjangkauan vaksinasi khusus 	Organisasi masyarakat sipil, lembaga amal dan filantropi, lembaga keagamaan, tokoh masyarakat, dll

Perlu ditekankan bahwa kelompok rentan seringkali memiliki persimpangan identitas rentan, sehingga kajian kebijakan ini memandang penting pendekatan kebijakan dan pelaksanaan program vaksinasi berbasis HAM yang sensitif terhadap kebutuhan kelompok rentan, termasuk mereka yang memiliki persimpangan identitas rentan, misalnya transpuan sebagai kelompok yang tersisih secara sosial acap kali juga merupakan kelompok tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan yang mumpuni dan memadai karena tidak memiliki KTP/JKN atau masyarakat adat, tidak hanya merupakan kelompok yang seringkali tinggal di daerah yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga merupakan kelompok pekerja informal dengan waktu kerja dan penghasilan yang tidak tentu.



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