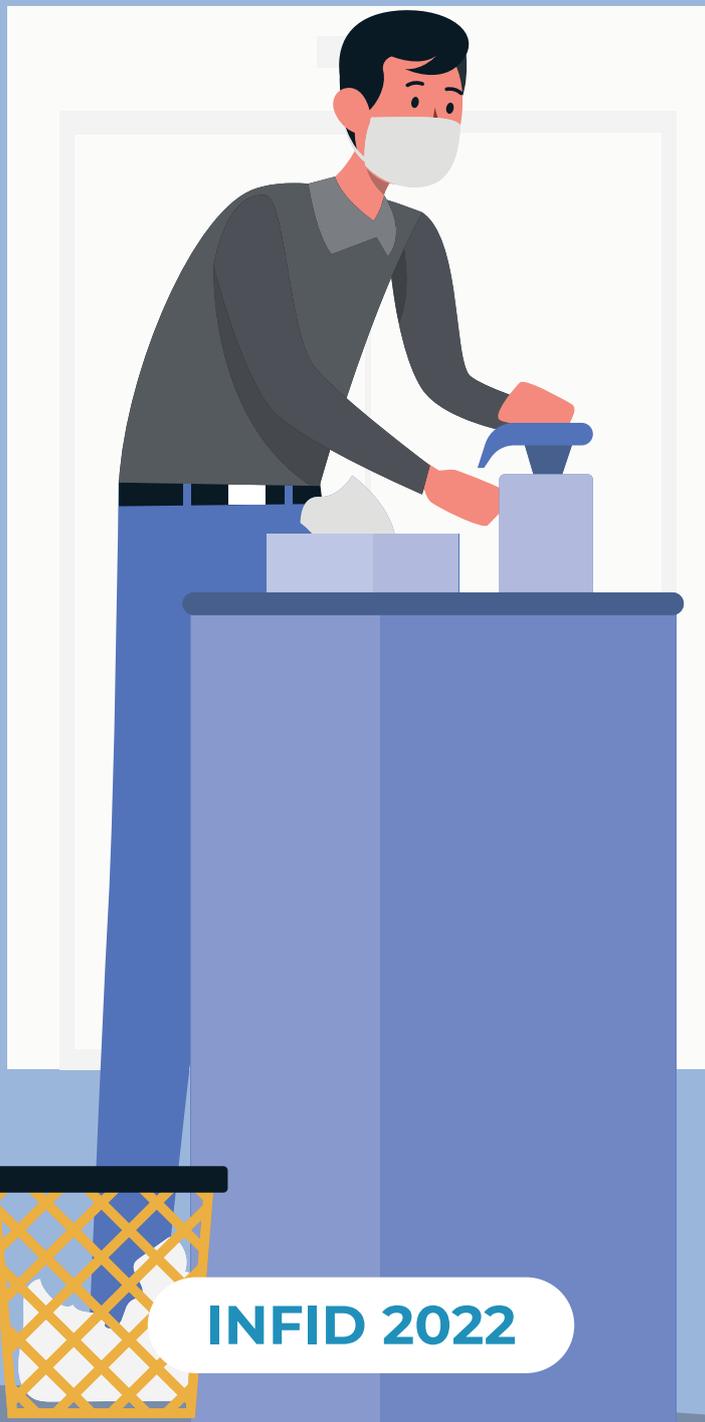


PENGUATAN LAYANAN KESEHATAN PASCA PANDEMI COVID-19: STUDI PADA STAKEHOLDER SISTEM KESEHATAN DI INDONESIA



INFID 2022

Kegiatan ini didukung dan bekerjasama dengan Yayasan Kurawal. Isi dari dokumen ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab dari Penulis, dan tidak mencerminkan pendapat dari Yayasan Kurawal

Penguatan Layanan Kesehatan Pasca Pandemi COVID-19: Studi pada Stakeholder Sistem Kesehatan di Indonesia

Tim Penyusun :

Ari Wibowo
Alfian Helmi
Nur Hannah Muthohharoh
Ilhamda El Zuhri
Elsa Navitalian
Mohamad Yusuf
Bambang Tri Daxoko
Bona Tua Parlinggomon P

Disusun oleh :

International NGO Forum on Indonesian Development bersama
Koalisi Perempuan Indonesia

Diterbitkan oleh:

International NGO Forum on Indonesian Development

Alamat:

Jl. Jati Padang Raya Kav.3 No.105, Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12540 - Indonesia
Phone (62-21) 781 9734, 781 9735, 7884 0497
Email: office@infid.org
Laman: www.infid.org

ISBN

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang



RINGKASAN EKSEKUTIF

COVID-19 telah memicu dan memperkuat momentum untuk perbaikan mendasar sistem kesehatan yang lebih luas. Pemerintah Indonesia misalnya telah menaikkan anggaran kesehatan dari Rp172 triliun pada tahun 2020 menjadi Rp312 triliun pada tahun 2021, atau sekitar 80% dari tahun sebelumnya. Langkah baik tersebut perlu dikawal untuk memastikan adanya perbaikan sistem kesehatan dalam negeri. Terlepas dari perbaikan dan peningkatan komitmen yang telah dilakukan, pandemi memperlihatkan disrupsi yang terjadi dalam sistem kesehatan di Indonesia. Berdasarkan hasil analisis *Bloomberg* periode Juli 2021, *Indonesia menjadi negara terburuk dengan ranking 53 dari 53 negara untuk ketahanan COVID-19* dengan nilai 40,2. Indonesia dianggap masih berkuat dengan tingginya angka kematian, rendahnya vaksinasi, dan pengetatan mobilitas.

Studi ini diantaranya bertujuan untuk: (1) Menyajikan pemahaman terkait karakteristik dan situasi aktual pelayanan kesehatan di Indonesia; (2) Memberikan pemahaman terkait praktik penanganan kesehatan di Era Pandemi COVID-19; (3) Memberikan informasi pembelajaran terkait kolaborasi multipihak yang muncul dalam penanganan dan pengendalian pandemi COVID-19; dan (4) Mendapatkan data dan informasi dari persepsi stakeholder kesehatan mengenai “Persepsi dan Harapan Pada Penguatan Ketangguhan Sistem Kesehatan Nasional Pasca Pandemi COVID-19”

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang bertujuan memotret realitas sosial atas penanganan pelayanan kesehatan selama pandemi COVID-19, dan menggali pembelajaran terbaik dalam upaya penguatan sistem kesehatan nasional dari informan kunci stakeholder maupun pakar. Penelitian dilakukan dari Bulan 1 Juli - 30 Agustus 2022. Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang meliputi: tinjauan atas literatur terkait, wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan 33 stakeholder kunci, dan 8 kali diskusi pakar (*expert discussion*) untuk mendapatkan gambaran menyeluruh dari para pemangku kepentingan dan ahli mengenai penguatan sistem kesehatan nasional pasca pandemi COVID-19.

Hasil studi ini menunjukkan bahwa:

1. Sistem Kesehatan Nasional tidak siap dan tidak efektif dalam menangani COVID-19 baik dalam upaya pencegahan (*testing, tracing, dan tracking*) maupun penanganan lonjakan kasus. Hal ini ditunjukkan oleh beberapa hal berikut:
 - a. **Kurangnya jumlah, ketimpangan distribusi akses dan kualitas faskes.** Kurangnya jumlah dan ketimpangan sebaran faskes masih terjadi terutama di wilayah timur Indonesia dan daerah tertinggal. Dalam masa pandemi, Puskesmas sebagai FKTP belum berfungsi optimal khususnya dalam upaya *promotif-preventif*, sehingga memberi beban berlebih terhadap FKRTL. Pada puncak lonjakan kasus varian delta, kekurangan rawat inap dan alat kesehatan terjadi hampir di seluruh wilayah. Ketimpangan ketersediaan sarana dan prasarana antar daerah mengakibatkan tidak terpenuhinya hak pelayanan kesehatan hingga meningkatkan korban jiwa. Ketimpangan ketersediaan alat pengesanan (*tracing*) di setiap daerah juga memperparah lonjakan kasus.
 - b. **Kurangnya jumlah, ketimpangan distribusi, proporsi jenis, dan kualitas SDM kesehatan.** Indonesia masih kekurangan tenaga kesehatan yakni: dokter spesialis, dokter umum, dan tenaga promosi kesehatan. Dalam konteks pandemi, kecukupan tenaga profesional di bidang penyebaran penyakit menular seperti epidemiolog, ahli virologi, ahli patologi klinik, ahli mikrobiologi, juga sangat mendesak. Di sisi lain, distribusi SDM kesehatan masih terpusat di Pulau Jawa. Di Pulau Jawa sendiri, distribusi SDM kesehatan terpusat di kota-kota besar. Sementara itu, permasalahan SDM kesehatan juga dihadapkan persoalan kualitas, dimana setiap tahunnya masih cukup banyak calon dokter yang belum mampu lulus uji kompetensi.
 - c. **Masalah fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan tersebut belum mampu merespon karakteristik atau perilaku masyarakat Indonesia dalam mencari kesembuhan (*health seeking behavior*) yang cenderung melakukan perawatan di rumah dengan budaya saling membantu antar anggota keluarga.** Dengan demikian, diperlukan penguatan layanan kesehatan sampai ke rumah-rumah dan berbasis institusi sosial

terkecil yaitu keluarga. Pemerintah telah menyusun Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga. Dukungan terhadap implementasi PIS-PK sangat diperlukan untuk optimalisasi pembangunan kesehatan ke depan.

- d. Adanya inkonsistensi kebijakan sepanjang penanganan COVID-19, misalnya terlihat pada tarik ulur kebijakan pelonggaran masker, dan gonta-ganti istilah dalam pembatasan wilayah.** Kebijakan penanganan COVID-19 di awal belum didasarkan pada bukti ilmiah (*evidence-based*), sehingga muncul pernyataan-pernyataan anti-sains, kesimpangsiuran kebijakan dan informasi, hingga akhirnya menyebabkan krisis kesehatan yang semakin parah. Hal ini berhubungan dengan belum optimalnya lembaga yang seharusnya bertugas menangani penyebaran penyakit, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan. Penanganan COVID-19 yang berada dibawah koordinasi Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) menunjukkan bahwa perspektif kedaruratan menjadi dominan. Inkonsistensi kebijakan diperparah dengan komunikasi publik yang buruk, terutama pada awal pandemi.
- e. Ketidakmampuan menekan laju penyebaran dan tingkat fatalitas COVID-19 oleh negara juga disebabkan karena masih **terbatasnya kemampuan finansial**, terutama ketika dihadapkan pada dilema pilihan kebijakan pemberlakuan pembatasan sosial masyarakat yang mesti ditopang oleh kemampuan negara dalam memberikan jaminan sosial dan ekonomi bagi masyarakat terdampak.

- 2. Pandemi COVID-19 memperlebar batasan kelompok rentan dalam pembangunan kesehatan.** Kategori masyarakat yang masuk ke dalam kelompok rentan pada masa pandemi COVID-19 teridentifikasi ke dalam kategori berikut: a) rentan dari sisi individu (penderita penyakit bawaan/komorbid, tunawisma, pekerja informal, PSK, imigran, rehabilitasi); b) geografi (wilayah padat penduduk, wilayah terpencil); c) demografi (perempuan, anak) dan disabilitas; d) status ekonomi (miskin, PHK).

Penanganan COVID-19 belum secara optimal merespon kebutuhan setiap kelompok rentan. Pandemi COVID-19 menempatkan kelompok rentan harus menanggung beban ganda dan menjadikan pemenuhan hak mereka semakin terjerembab dan terabaikan dari perhatian pemerintah.

- 3. Keterbukaan data dan informasi dalam penanganan COVID-19 belum berjalan efektif.** Di sisi lain, persoalan data COVID-19 bukan sekedar menampilkan data jumlah naik atau turunnya kasus dan angka kematian. Selama masih terdapat angka kematian, kebijakan penanganan COVID-19 belum dapat dikatakan berhasil. Indonesia juga perlu memperlihatkan angka kematian berlebih (*excess deaths*) dari pandemi COVID-19. Angka kematian berlebih ini disebabkan terbatasnya layanan kesehatan untuk pasien non COVID-19 pada masa pandemi. Laporan dari WHO, pada 5 Mei 2022 lalu terkait angka kematian berlebih (*excess dead*) —yang jarang dikemukakan di Indonesia— adalah indikasi yang paling riil untuk mengukur dampak kematian dari pandemi COVID-19.
4. Beragam inisiatif akar rumput (baik jaringan masyarakat sipil maupun komunitas di tingkat desa) muncul dalam menangani COVID-19, sangat berperan baik dalam mendukung keterbatasan pemerintah Indonesia. Sayangnya, **Pemerintah belum merekognisi dan memperkuat kolaborasi dengan jaringan masyarakat sipil tersebut.** Munculnya inisiatif akar rumput sangat strategis dalam mengisi peran pemenuhan hak-hak masyarakat saat masa krisis. Peran akar rumput juga esensial dalam menjaga proses demokrasi tetap berjalan dan membangun resiliensi bersama di masa krisis. Peran akar rumput dalam hal ini masih terbatas dari sisi cakupan dampak dan inisiasi akar rumput dalam penanganan COVID-19 tersebut juga belum sepenuhnya direkognisi oleh pemerintah. Pemerintah belum mampu menyediakan data dan informasi secara transparan untuk mendukung langkah akar rumput dalam membantu peran penanganan COVID-19.

Beberapa kondisi tersebut menuntut reformasi Sistem Kesehatan Nasional untuk memastikan hak atas pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dipenuhi, baik dimasa kedaruratan maupun normal. Sejalan dengan temuan dalam studi ini.

Beberapa rekomendasi berikut dapat dilakukan untuk mendukung reformasi

Sistem Kesehatan Nasional:

- 1. Meningkatkan kapasitas sistem kesehatan nasional dalam mendeteksi, memberikan respon, dan menangani ancaman penyakit.** Hal ini dapat ditempuh dengan mendorong lahirnya lembaga khusus dalam urusan pengendalian dan pencegahan penyakit yang bersifat independen, secara struktural berada di bawah presiden dan menjadi bagian dari sistem pemerintahan. Adanya lembaga khusus dimaksudkan agar pembelajaran, ilmu pengetahuan, pengalaman kebijakan yang muncul ketika pandemi dapat terus menerus berkelanjutan dan terhindar dari pragmatisme keputusan kebijakan yang bersifat politis
- 2. Menjamin pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas.** Dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut: a) mempercepat pemutakhiran fasilitas kesehatan primer di setiap daerah; b) peningkatan kapasitas rumah sakit dan fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjut lainnya; c) mendorong inovasi dan produksi alat kesehatan dan farmasi dalam negeri.
- 3. Mengakselerasi pengembangan SDM kesehatan yang berkualitas.** Dengan mendorong beberapa kebijakan berikut: a) menyediakan pendidikan bidang kesehatan (khususnya: dokter umum dan spesialis, tenaga promosi kesehatan, tenaga laboratorium, epidemiolog, ahli virologi) murah dan dapat dijangkau semua kalangan; b) afirmasi putra-putri daerah dalam mengakses pendidikan tenaga kesehatan dengan skema wajib penempatan di daerah; c) mendorong percepatan akreditasi Perguruan Tinggi bidang kedokteran.
- 4. Memperkuat implementasi pendekatan keluarga dalam pembangunan kesehatan.** Melalui strategi berikut: a) penguatan komitmen Pemerintah Daerah; b) pemberdayaan SDM Kesehatan lokal; c) pemutakhiran data profil kesehatan keluarga secara berkala.
- 5. Memperkuat tata kelola anggaran kesehatan.** Antara lain melalui: a) restrukturisasi kebijakan fiskal dengan menentukan proporsi yang berimbang untuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif; b) pemerintah perlu mempersiapkan anggaran *emergency fund* untuk mengantisipasi kondisi darurat nasional sebagai upaya respon

cepat kebijakan fiskal; c) pemerintah melalui kementerian Kesehatan perlu menyampaikan pendetailan realisasi penggunaan anggaran kepada publik, sehingga memungkinkan publik berpartisipasi untuk membantu pengawasan dan mencegah terjadinya peluang korupsi; d) Jika Alokasi Dana Covid dihilangkan, maka peningkatan jangkauan kepesertaan JKN perlu ditingkatkan dan Perlu segera penetapan INA-CBGs untuk penanganan Covid; e) Alokasi anggaran kesehatan ke depan perlu didorong untuk investasi pada pemutakhiran fasilitas kesehatan primer.

- 6. Memperkuat peran akar rumput dalam upaya promosi, pencegahan, dan edukasi.** Pemerintah perlu memberikan dukungan dengan menyediakan data dan informasi yang transparan. Proses gotong royong dan keterlibatan masyarakat sipil ini perlu direkognisi dan diapresiasi oleh negara kedepan, karena sangat membantu negara dalam kondisi krisis (utamanya menjaga proses demokrasi tetap berjalan, melakukan resiliensi bersama dalam pemenuhan hak warga atas jaminan layanan kesehatan yang cukup di tengah krisis, dan aksi kolektif lainnya dalam menghadapi krisis). Hal ini dapat menjadi upaya kolaborasi bersama dalam menghadapi krisis kedepannya. Ragam aksi kolektif tersebut terlihat dari beberapa hal yakni dari edukasi (aksi promoting kesehatan), penyaluran bantuan (alat kesehatan, fasilitas kesehatan, bahan pokok, hingga peti mati), mendukung penyediaan data terkait COVID-19, bahkan advokasi kasus.

- 7. Mendorong digitalisasi pembangunan kesehatan.** Kehadiran layanan seperti *telemedicine* di Indonesia merupakan salah satu alternatif bagi seluruh masyarakat dan kelompok rentan dengan keterbatasan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan. Pemanfaatan layanan *telemedicine* menjadi pilihan prioritas bagi para pasien yang tidak mampu akses langsung faskes.

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF	VI
DAFTAR ISI	XII
DAFTAR TABEL	XV
DAFTAR GAMBAR	XV
DAFTAR LAMPIRAN	XVI
DAFTAR SINGKATAN	XVII
I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan	3
1.4. Metodologi	3
1.4.1. Teknik Pengambilan Data	3
1.4.2. Pemilihan Informan	5
1.4.3. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	5
II. KERANGKA KONSEPTUAL DAN KONSTITUSIONAL	9
2.1. Kesehatan sebagai Hak Asasi	9
2.2. Komponen Inti dari Hak Atas Kesehatan	11
2.3. Kerangka Konstitusional	13
III. KARAKTERISTIK DAN SITUASI AKTUAL PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA	17
3.1. Pendekatan Pembangunan Kesehatan	17
3.2. Akses dan Kualitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan	20
3.3. Ketersediaan dan Kualitas SDM Kesehatan	25
3.3.1. Kurangnya Jumlah SDM Kesehatan	26
3.3.2. Kesenjangan Distribusi Tenaga Kesehatan	30
3.3.3. Kerentanan SDM Kesehatan pada Masa Pandemi COVID-19	32

IV. DINAMIKA KEBIJAKAN PENANGANAN DAN PENGENDALIAN PANDEMI COVID-19: SITUASI AKTUAL & GAP KEBIJAKAN

37

- 4.1. Komunikasi Kebijakan Penanganan COVID-19 yang Inkonsisten 37
- 4.2. Kebijakan Penanganan Pandemi Belum Menjangkau Seluruh Titik Layanan Kesehatan 39
- 4.3. Pencegahan dan Pengendalian Pandemi belum Afirmatif Kelompok Rentan 42
- 4.4. Manusia Bukan Sekedar Angka: Ketertutupan & Salah Penafsiran Data 47

V. INISIATIF KOLABORASI MULTIPihak DALAM PENANGANAN DAN PENGENDALIAN PANDEMI COVID-19

55

- 5.1. Peran Stakeholder Pemerintah dalam Penanganan dan Pengendalian Pandemi COVID-19 55
- 5.2. Inisiatif Akar Rumput Melalui Upaya Memperkuat Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan pada masa COVID-19 59
 - 5.5.1. Laporan covid 60
 - 5.5.2. Kawal Covid 64
 - 5.5.3. Covid Survivor Indonesia (CSI) 68
 - 5.5.4. GUSDURian Peduli 72
 - 5.5.5. Sambatan Jogja 77
 - 5.5.6. Yayasan Kesehatan Perempuan 79
 - 5.5.7. Desa Panggunharjo 82

VI. Penguatan Ketangguhan Sistem Kesehatan Nasional Pasca Pandemi

91

- 6.1. Memperkuat Saluran Komunikasi Kesehatan sebagai upaya Promoting-Preventing-Educating 92
- 6.2. Penyediaan Layanan Kesehatan melalui Fasilitas Telemedicine 93
- 6.3. Transisi ke Endemi & Memperkuat Tata Kelola Anggaran Kesehatan Nasional 95
 - 6.3.1. Transisi Pandemi ke Endemi 95

6.3.2. Strategi Penguatan Tata Kelola Anggaran	97
6.4. Mendorong Lahirnya Lembaga Khusus Pengendalian dan Pencegahan Penyakit di Indonesia	101

VII. KESIMPULAN & REKOMENDASI	107
--	------------

DAFTAR PUSTAKA	112
-----------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Lima Provinsi Dengan Rasio Puskesmas Per Kecamatan Tertinggi Tahun 2021	21
Tabel 2. Jumlah Puskesmas Berdasarkan Akreditasi di Indonesia Tahun 2021	22
Tabel 3. Produksi dan Prediksi Kekurangan Tenaga Kesehatan di Puskesmas	26
Tabel 4. Produksi dan Prediksi Kekurangan Dokter Spesialis Di Rumah Sakit	27

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Rekapitulasi SDM Kesehatan Indonesia Tahun 2021	30
Gambar 2. Persentase Kabupaten/Kota dengan Minimal 80% Posyandu Aktif	34
Gambar 3. Penanganan COVID-19 di Indonesia Dalam Merespon Kebutuhan Kelompok-Kelompok Rentan	42
Gambar 4. Inisiasi Komunitas dan Perannya Selama Pandemi COVID-19	60
Gambar 5. Grand Strategi Pemerintah dalam Penanganan COVID-19	92
Gambar 6. Survei Layanan Telemedicine Yang Paling Banyak Digunakan di Indonesia Pada Tahun 2022	93
Gambar 7. Survey Kepuasan Konsumen dalam Menggunakan Layanan Telemedicine	95
Gambar 8. Tren Anggaran Kesehatan Nasional 2019-2023	98
Gambar 9. Perkembangan Anggaran Kesehatan dan Kebijakan Bidang Kesehatan 2023	99

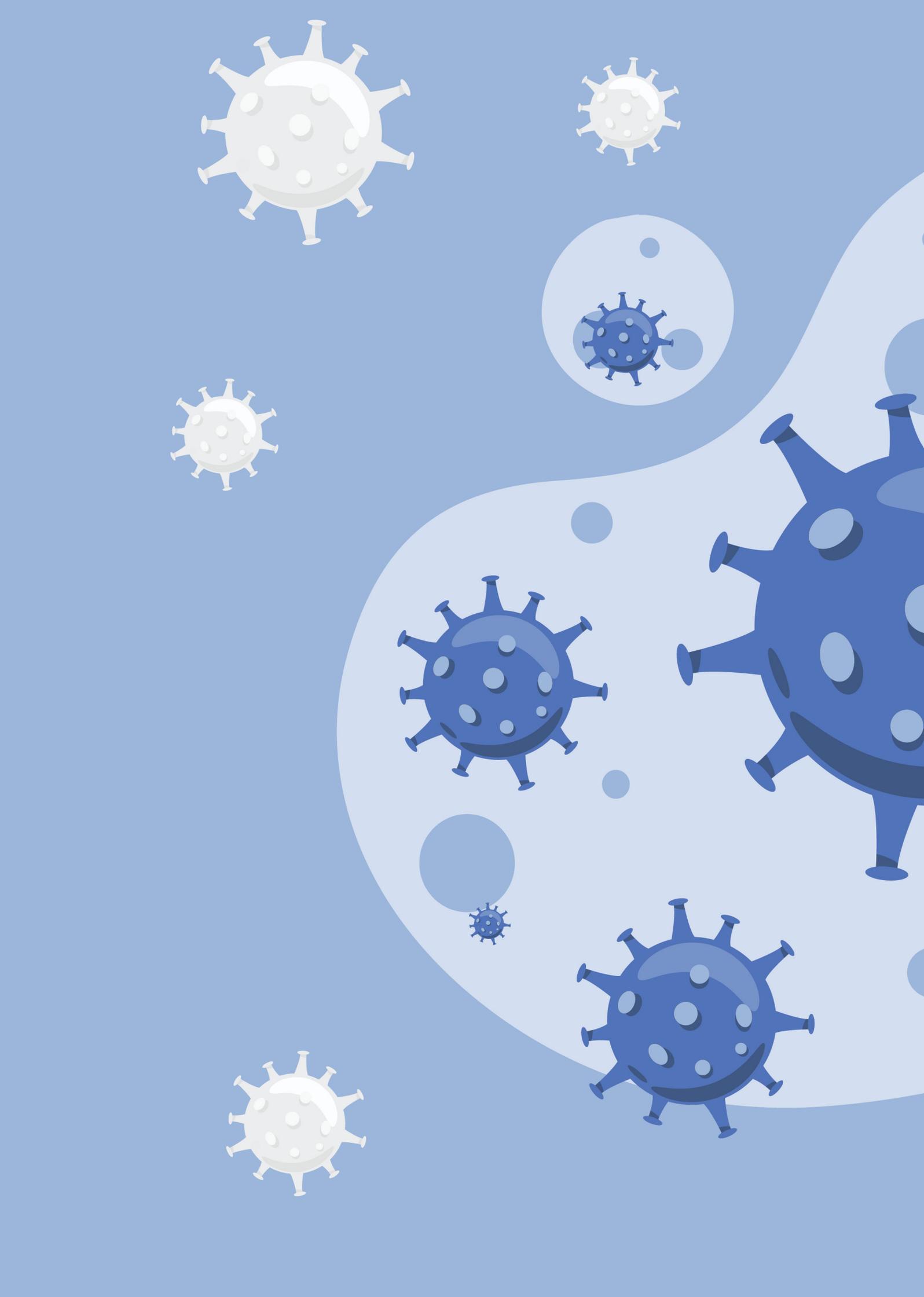
DAFTAR LAMPIRAN

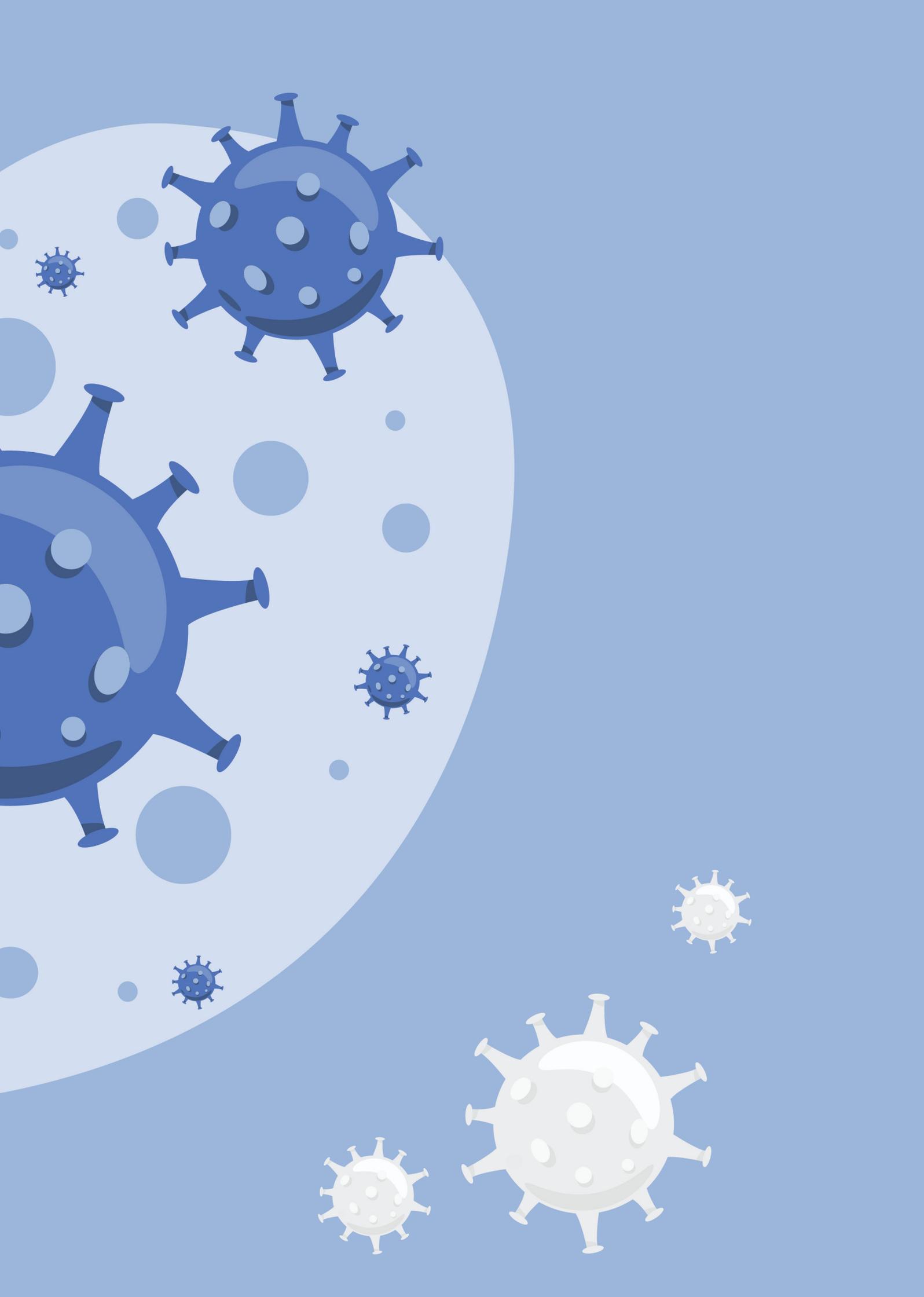
Lampiran 1. Rasio Puskesmas Per Kecamatan Di Indonesia, Tahun 2021	114
Lampiran 2. Persentase Puskesmas dengan 9 Jenis Nakes Standar Menurut Provinsi Tahun 2021	115
Lampiran 3. Persentase Puskesmas Tanpa Dokter di Indonesia Tahun 2021	116
Lampiran 4. Persentase RS di Indonesia Yang Memenuhi 4 Dokter Spesialis Dasar dan 3 Dokter Spesialis Penunjang Tahun 2021	117
Lampiran 5. Rasio Tempat Tidur RS di Indonesia Menurut Provinsi Tahun 2021	118
Lampiran 6. Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Dokter Menurut Provinsi	119
Lampiran 7. Persentase Puskesmas Menurut Kecukupan Perawat Tahun 2021	120
Lampiran 8. Halaman Website Kemenkes Terkait Total Alokasi Dan Realisasi Anggaran Kesehatan 2022	121

DAFTAR SINGKATAN

APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ATLM	Ahli Teknologi Laboratorium Medis
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CSI	Covid Survivor Indonesia
CSO	<i>Civil Society Organization</i>
DPO	<i>Difable Person Organization</i>
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
IDL	Imunisasi Dasar Lengkap
IGD	Instalasi Gawat Darurat
INFID	<i>International NGO Forum on Indonesian Development</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JKN-KIS	Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat
Nakes	Tenaga Kesehatan
NGO	<i>Non-Governmental Organization</i>
NSI	Nusantara Sehat Individu
NSI	<i>Needle Stick Injury</i>
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDB	Produk Domestik Bruto
Pemda	Pemerintah Daerah
PHC	Primary Health Care
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

PPKM	Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
PPPK	Pegawai Pemerintah dengan perjanjian Kerja
PPSDM	Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
PSBB	Pembatasan Sosial Berskala Besar
PTM	Penyakit Tidak Menular
PTT	Pegawai Tidak Tetap
RAP	Rencana Aksi Program
RAPBN	Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
RPL	Rekognisi Pembelajaran Lampau
RSU	Rumah Sakit Khusus
SDM	Sumber Daya Manusia
SDMK	Sumber Daya Manusia Kesehatan
SHC	Secondary Health Care
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
UHC	Universal Health Coverage
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UMKM	Usaha Mikro, Kecil dan Menengah
UNICEF	United Nations Children's Fund
UTD	Unit Transfusi arah
WHO	<i>World Health Organization</i>





I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

COVID-19 menjadi momentum dan menyadarkan banyak negara untuk melakukan perbaikan sistem kesehatan yang lebih luas. Masifnya dampak pandemi terhadap sektor kesehatan, sosial dan ekonomi telah mengubah cara pandang mengenai pentingnya meningkatkan investasi di bidang layanan kesehatan dan penyelenggaraan jaminan kesehatan yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Pemerintah Indonesia misalnya telah menaikkan anggaran kesehatan dari Rp172 triliun pada tahun 2020 menjadi Rp312 triliun pada tahun 2021, atau sekitar 80% dari tahun sebelumnya. Walaupun terjadi pengurangan anggaran kesehatan untuk penanganan COVID-19 pada tahun 2022, Menteri Keuangan Sri Mulyani Indrawati dalam sidang kabinet terbatas di Istana Negara, Kamis (14/4/2022)

Angka tersebut lebih tinggi dari amanat UU bahwa sebesar 5 persen dari APBN dan akan difokuskan untuk reformasi kesehatan, seperti pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) serta pembangunan sarana dan prasarana kesehatan di berbagai daerah¹. Langkah baik tersebut perlu dikawal untuk memastikan agar perbaikan sistem kesehatan berjalan optimal. Sudah sejak lama Indonesia belum memprioritaskan sistem kesehatan. Sejak UU No 36/2009 diundangkan, kesanggupan memenuhi amanat 5% anggaran untuk sektor kesehatan baru dilakukan pada tahun 2016². Padahal, sebanyak 22 dari 36 negara kategori berpenghasilan rendah/low income (PDB per kapita kurang dari S\$1.025) telah mengalokasikan 11% anggarannya dari APBN untuk kesehatan (WHO, 2010).

Terlepas dari perbaikan dan peningkatan komitmen yang telah dilakukan, sistem kesehatan Indonesia masih lemah dalam penanganan pandemi COVID-19, khususnya dalam upaya pencegahan (testing, tracing, dan tracking), penanganan lonjakan kasus, dan mobilisasi sumber daya kesehatan. Indonesia masih berlutut dengan tingginya angka kematian, rendahnya vaksinasi, dan longgarnya tindakan pengetatan mobilitas. Berdasarkan hasil analisis Bloomberg periode Juli 2021, Indonesia menjadi negara terburuk dengan ranking 53 dari 53 negara untuk ketahanan COVID-19 dengan nilai 40,2. Beberapa indikatornya

1 <https://www.kemenkeu.go.id/publikasi/berita/ini-fokus-anggaran-kesehatan-dalam-rapbn-2022/>

2 <https://lokadata.beritagar.id/chart/preview/perkembangan-anggaran-kesehatan-pada-apbn-1485772224>

mencakup kualitas layanan kesehatan, cakupan vaksinasi, kematian secara keseluruhan, kemajuan perjalanan global, dan pengurangan pembatasan-perbatasan. Tidak hanya dalam konteks pandemi COVID-19, penyelenggaraan layanan kesehatan di Indonesia secara umum juga belum optimal. Berdasarkan indeks kesehatan global dalam laporan The Legatum Prosperity Index 2021³, Indonesia berada di posisi ke 62 dari 167 negara. Indeks ini secara khusus mengukur sejauh mana orang di setiap negara sehat dan memiliki akses ke layanan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan yang baik, termasuk hasil kesehatan, sistem kesehatan, penyakit dan faktor risiko, serta tingkat kematian.

Kesehatan merupakan salah satu Hak Asasi Dasar yang perlu dipenuhi. Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tanggal 10 November 1948 menegaskan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya. Selaras dengan norma tersebut, negara memiliki kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak-hak asasi kesehatan tersebut. Sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan ayat (3) “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.. Pemenuhan pelayanan kesehatan begitu penting karena sebagai prasyarat bagi warga negara untuk dapat memproduksi.

Poin utama dari penyediaan layanan kesehatan sebagai upaya untuk memenuhi hak asasi manusia adalah memastikan bahwa warga menerima perawatan yang terbaik, yaitu perawatan yang aman, efektif, dan responsif terhadap kebutuhan mereka. Untuk itu, para pemangku kebijakan perlu menyusun strategi yang paling sesuai dengan kondisi dan tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia. Reformasi sistem kesehatan nasional sangat mendesak, tidak hanya sebagai respon atas terjadinya pandemi COVID-19, namun juga untuk memastikan kesiapan Indonesia terhadap ancaman wabah/pandemi/situasi kedaruratan lainnya, serta memastikan hak dasar akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas dapat dinikmati oleh seluruh warga.

Sebagai lembaga yang aktif mendorong pemenuhan Hak Ekonomi dan Sosial warga dan turut mengawal upaya Reformasi Sistem Kesehatan Pemerintah

3 <https://www.prosperity.com/rankings>

Indonesia tahun 2021 - 2024, INFID melakukan riset Kualitatif dengan menggali pendapat dan masukan stakeholder kesehatan mengenai persepsi dan harapan dalam memperkuat Sistem Kesehatan Nasional Pasca Pandemi COVID-19.

1.2 Rumusan Masalah

Sebagai upaya mendalami pendapat dan masukan stakeholder kesehatan mengenai persepsi dan harapan dalam memperkuat Sistem Kesehatan Nasional Pasca Pandemi COVID-19, penelitian ini memiliki rumusan melalui pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana karakteristik dan situasi aktual pelayanan kesehatan di Indonesia?
2. Bagaimana praktik penanganan kesehatan di Era Pandemi COVID-19?
3. Apa saja kolaborasi multipihak yang muncul dalam Penanganan dan Pengendalian Pandemi COVID-19?
4. Apa saja langkah yang dapat dilakukan kedepan dalam penguatan ketangguhan sistem kesehatan nasional pasca pandemi COVID-19?

1.3 Tujuan

Studi ini dilakukan dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Menyajikan pemahaman terkait karakteristik dan situasi aktual pelayanan kesehatan di Indonesia.
- b. Memberikan pemahaman terkait praktik penanganan kesehatan di Era Pandemi COVID-19.
- c. Memberikan informasi pembelajaran terkait kolaborasi multipihak yang muncul dalam penanganan dan pengendalian pandemi COVID-19.
- d. Mendapatkan data dan informasi dari persepsi stakeholder kesehatan mengenai “Persepsi dan Harapan Pada Penguatan Ketangguhan Sistem Kesehatan Nasional Pasca Pandemi COVID-19”

1.4 Metodologi

1.4.1. Teknik Pengambilan Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk memperoleh gambaran

isu dan permasalahan yang akan diteliti. Data dalam penelitian ini terdiri atas data primer (wawancara mendalam dan diskusi pakar) dan data sekunder (tinjauan literatur). Teknik pengumpulan data yang akan digunakan mencakup beberapa teknik berikut:

- Tinjauan Literatur

Tim peneliti akan melakukan tinjauan terhadap dokumen-dokumen yang relevan dengan isu yang sedang diteliti, baik berupa dokumen yang disediakan oleh Infid maupun dokumen-dokumen yang dapat diakses secara bebas seperti jurnal, prosiding, disertasi, tesis, laporan penelitian, berita, dokumen kebijakan, dan lain sebagainya. Tinjauan literatur menjadi bagian dari kegiatan penelitian untuk mengembangkan kerangka konseptual dan kerangka pemikiran. Disamping itu, tinjauan literatur juga dilakukan untuk memahami fakta maupun opini yang sedang berkembang mengenai ruang lingkup penelitian.

- Wawancara mendalam (*in-depth interview*)

Wawancara mendalam dilakukan untuk menjawab dan mengeksplorasi bagaimana persepsi stakeholder terhadap pelayanan Kesehatan khusus pandemi COVID-19 dan layanan BPJS Kesehatan di tingkat nasional dan daerah. Pertanyaan-pertanyaan terbuka/open-ended diajukan kepada informan untuk mendapatkan pemahaman mendalam akan fenomena yang muncul. Pelaksanaan wawancara mendalam akan dilakukan mengikuti panduan wawancara mendalam. Sasaran informan melalui teknik ini mencakup informan yang berasal dari kalangan pemerintahan, lembaga profesi, swasta, dan organisasi masyarakat sipil/*civil society organization* (CSO), media/jurnalis, dan akademisi yang memiliki fokus pada dalam isu/ ruang lingkup pelayanan kesehatan di masa COVID-19 dan pelayanan BPJS Kesehatan.

- Diskusi pakar (*expert discussion*)

Tujuan dari diskusi bersama pakar adalah untuk mendapatkan data dan pandangan yang lebih konkrit terkait dengan ruang lingkup penelitian. Diskusi berlangsung secara online melalui media Zoom meeting serta berlangsung antara 60 menit hingga 120 menit. Sebelum melaksanakan diskusi, pakar yang diundang telah dikirimkan *Term of Reference* (TOR) dan menyiapkan bahan presentasi terkait poin-poin diskusi yang telah

disampaikan. Skema diskusi dimulai dengan pembuka oleh moderator dan dilanjutkan dengan pemaparan materi oleh pakar. Selanjutnya, peneliti mengajukan pertanyaan dan berdiskusi dengan pakar terkait penjelasan yang dipaparkan untuk melengkapi temuan studi.

1.4.2. Pemilihan Informan

Informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan beberapa kriteria tertentu, yakni meliputi: kepakaran, keterlibatannya dalam penanganan COVID-19, dan/atau penyintas COVID-19 yang merasakan langsung layanan kesehatan pada saat pandemi COVID-19. Sebanyak 40 informan, mencakup kalangan pemerintahan, lembaga profesi, swasta, media/jurnalis, akademisi yang memiliki fokus pada dalam isu/ruang lingkup pelayanan kesehatan di masa COVID-19, BPJS Kesehatan, *Dewan Jaminan Sosial Nasional* (DJSN), dan organisasi masyarakat sipil/*civil society organization* (CSO), dan warga penyintas COVID-19. Pengumpulan data dilakukan dalam rentan waktu 1 Juli – 15 Agustus 2022.

1.4.3. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan tahapan-tahapan sebagai berikut. Pertama, menelaah semua data (identification) yang terkumpul dari berbagai sumber. Kedua, melakukan pemilahan data (data selection) dari data-data yang telah terkumpul terkait data mana saja yang relevan akan digunakan. Pemilahan dilakukan melalui proses pengkodean yakni proses memberikan kode (kata atau frasa) terhadap segmen-segmen data yang merupakan esensi dari segmen data tersebut. Rangkaian kode telah disusun sebelumnya, berdasarkan pertanyaan penelitian dan rumusan masalah penelitian, yang dikembangkan dalam proses pengkodean. Proses ini dibantu dengan penggunaan aplikasi pengolahan data “N-Vivo”. Ketiga, membuat ringkasan dari setiap coding tersebut. Ringkasan tersebut kemudian menjadi bahan tulisan yang akan dianalisis. Keempat, melakukan analisis data terkait isu dan topik yang muncul dari jawaban narasumber, kecenderungan-kecenderungan atau pola-pola dari hasil temuan yang muncul terkait pandangan dan persepsi atas penanganan COVID-19 dan upaya peningkatan pelayanan kesehatan, serta menarik kesimpulan yang dikaitkan dengan rumusan masalah serta pertanyaan penelitian. Kelima, verifikasi data/penarikan kesimpulan merupakan proses perumusan makna dari hasil penelitian yang diperoleh, pada tahap verifikasi dilakukan peninjauan terhadap

kebenaran dari penyimpulan, berkaitan dengan relevansi dan konsistensinya dengan judul, tujuan, dan perumusan masalah studi.





II. KERANGKA KONSEPTUAL DAN KONSTITUSIONAL

2.1. Kesehatan sebagai Hak Asasi

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia dan sebagai kondisi yang diperlukan untuk terpenuhinya hak-hak lain telah diakui secara internasional. Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 1948 telah menetapkan *Universal Declaration of Human Rights*, dimana pada pasal 25 dinyatakan bahwa:

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control (Setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, sandang, papan, dan pelayanan kesehatan, pelayanan sosial yang diperlukan, serta hak atas keamanan pada saat menganggur, sakit, cacat, ditinggalkan oleh pasangannya, lanjut usia, atau keadaan-keadaan lain yang mengakibatkan merosotnya taraf kehidupan yang terjadi diluar kendalinya).

Selaras dengan deklarasi tersebut, Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia OHCHR & WHO (2017)⁴ juga telah menegaskan bahwa:

“the enjoyment of the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being” (memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah suatu hak asasi bagi setiap orang).

Memahami kesehatan sebagai hak asasi manusia juga menciptakan kewajiban hukum bagi negara untuk memastikan akses ke perawatan kesehatan yang tepat waktu, dapat diterima, dan terjangkau dengan kualitas yang baik.

Jaminan hak atas kesehatan juga terdapat dalam beberapa deklarasi/perjanjian/kesepakatan internasional lainnya. Misalnya, pada Konvensi Internasional

4 <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang ditetapkan oleh Majelis Umum PBB 2200 A (XXI) tanggal 16 Desember 1966; Konvensi Internasional tentang Penghapusan Semua Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, dan ayat 1 Deklarasi Universal tentang Pemberantasan Kelaparan dan kekurangan Gizi; dan masih banyak lagi yang lainnya. Hal ini menandakan bahwa hak atas kesehatan di level internasional sudah menjadi perhatian besar sejak dahulu.

Dalam konteks Indonesia, gagasan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia terus mengalami perkembangan. Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini menegaskan bahwa kesehatan dipandang tidak lagi sekedar urusan pribadi yang terkait dengan nasib atau karunia Tuhan yang tidak ada hubungannya dengan tanggung jawab negara, melainkan suatu hak hukum (*legal rights*).

Pendekatan berbasis hak asasi manusia untuk kesehatan memberikan seperangkat prinsip yang jelas untuk menetapkan dan mengevaluasi kebijakan kesehatan yang sesuai serta untuk menyediakan faktor-faktor penentu kesehatan yang mendasari, seperti air yang aman dan dapat diminum, sanitasi, makanan, perumahan, informasi dan pendidikan terkait kesehatan, dan kesetaraan gender.

Dalam mengejar pendekatan berbasis hak, kebijakan, strategi dan program kesehatan harus dirancang secara eksplisit agar semua orang memperoleh hak atas kesehatan. Menurut WHO (2017) prinsip-prinsip inti dan standar pendekatan berbasis hak meliputi: akuntabilitas, kesetaraan dan nondiskriminasi, serta partisipasi. Lebih lanjut, hak atas kesehatan mensyaratkan tersedianya barang, jasa, dan fasilitas kesehatan dalam jumlah yang memadai; dapat dijangkau secara finansial, geografis, dan non-diskriminatif; dapat diterima, termasuk sesuai secara budaya dan menghormati gender dan etika medis; dan berkualitas baik.

Terdapat berbagai pendapat yang menyatakan keterkaitan antara kesehatan dan HAM. Mann (1996) dalam artikel yang berjudul *Health and Human Rights*, menjelaskan bahwa tujuan menghubungkan kesehatan dan hak asasi manusia adalah memberikan kontribusi untuk memajukan kesejahteraan manusia melebihi apa yang dapat dicapai melalui pendekatan kesehatan dengan mendasarkan pada tinjauan hak asasi manusia. Jonathan mengusulkan tiga

kerangka bagian dalam menghubungkan kesehatan dengan hak asasi manusia dalam memajukan kesejahteraan. *Pertama*, dampak (positif dan negatif) dari kebijakan, program dan praktik kesehatan terhadap hak asasi manusia menjadi sebuah pertimbangan. Keterkaitan tersebut berfokus pada penggunaan kekuasaan negara dalam konteks kesehatan masyarakat. *Kedua*, didasarkan pada pemahaman bahwa pelanggaran hak asasi manusia berdampak pada kesehatan. Semua pelanggaran hak, terutama yang masif, meluas dan berkelanjutan, menimbulkan efek kesehatan yang penting, yang harus diakui dan dinilai. Proses ini melibatkan keahlian dan metodologi kesehatan dalam membantu memahami bagaimana kesejahteraan dipengaruhi oleh pelanggaran hak asasi manusia. *Ketiga*, kerangka ini didasarkan pada proposisi yang menyeluruh: bahwa promosi dan perlindungan hak asasi manusia serta promosi dan perlindungan kesehatan secara fundamental adalah saling berkait. Bahkan, lebih dari dua hubungan yang diusulkan pertama, hubungan intrinsik ini memiliki implikasi strategis dan konsekuensi praktis.

2.2. Komponen Inti dari Hak Atas Kesehatan

Komponen inti dari hak atas kesehatan menurut WHO (2017) meliputi empat komponen utama, yaitu ketersediaan (availability), akses (accessibility), keberterimaan (acceptability), dan kualitas (quality). Adapun penjelasan lebih lanjut mengenai hal tersebut dijelaskan pada bagian berikut ini:

1. Ketersediaan (*Availability*)

Pelaksanaan fungsi kesehatan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan, barang dan jasa-jasa kesehatan, juga program-program, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup di suatu negara. Kecukupan fasilitas barang dan jasa bervariasi dan bergantung pada banyak faktor, termasuk tingkat pembangunan negara. Meskipun demikian akan mencakup faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya, air minum yang sehat, sanitasi yang memadai, rumah sakit, klinik, dan bangunan lain-lainnya yang berkaitan dengan kesehatan. Tenaga medis yang berpengalaman dan profesional dengan penghasilan yang kompetitif serta obat yang baik sebagaimana yang dimaksud oleh WHO *Action Programme on Essential Drugs*.

2. Akses (*Accessibility*)

Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat diakses oleh tiap orang tanpa diskriminasi, di dalam yurisdiksi negara. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang saling terkait, yaitu:

a. *Tidak diskriminasi*. Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat diakses oleh semua, terutama oleh masyarakat yang marginal atau masyarakat yang tidak terlindungi oleh hukum dan dalam kehidupan nyata, tanpa diskriminasi dengan dasar apapun juga.

b. *Akses secara fisik*. Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat terjangkau secara fisik dengan aman bagi semua, terutama bagi kelompok yang rentan atau marginal, misalnya etnis minoritas atau masyarakat terasing, perempuan, anak-anak, penyandang disabilitas, dan orang yang mengidap HIV/AIDS. Aksesibilitas juga berarti bahwa pelayanan kesehatan dan faktor-faktor penentu kesehatan, misalnya air minum sehat dan fasilitas sanitasi yang memadai dapat dijangkau secara fisik, termasuk di daerah pinggiran, lebih jauh lagi aksesibilitas mencakup akses ke bangunan- bangunan bagi penyandang disabilitas.

c. *Akses ekonomi* (terjangkau secara ekonomi). Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat terjangkau secara ekonomi bagi semua. Pembayaran pelayanan perawatan kesehatan juga pelayanan yang terkait dengan faktor- faktor penentu kesehatan harus didasarkan pada prinsip kesamaan, memastikan bahwa pelayanan ini, yang tersedia baik secara privat maupun publik, terjangkau oleh semua, termasuk kelompok yang tidak beruntung secara sosial. Kesetaraan mensyaratkan bahwa masyarakat miskin tidak dibebani biaya kesehatan secara tidak proporsional dibandingkan dengan masyarakat kaya.

d. *Akses informasi*. Aksesibilitas yang mencakup hak untuk mencari dan menerima atau membagi informasi dan ide-ide mengenai masalah-masalah kesehatan, namun disisi lain akses informasi dinilai sama pentingnya dengan hak kerahasiaan data kesehatan.

3. Keberterimaan (*Acceptability*)

Segala fasilitas kesehatan, barang dan pelayanan harus diterima oleh etika medis dan sesuai secara budaya, misalnya menghormati kebudayaan

individu- individu, kaum minoritas, kelompok, dan masyarakat, sensitif terhadap gender dan persyaratan siklus hidup. Penerimaan juga dirancang untuk penghormatan kerahasiaan status kesehatan dan peningkatan status kesehatan bagi mereka yang memerlukan.

4. Kualitas (*Quality*)

Selain secara budaya diterima, fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus sesuai secara keilmuan medis serta dalam kualitas yang baik. Hal ini mensyaratkan antara lain, personel yang berkemampuan, obat-obatan dan perlengkapan rumah sakit yang secara ilmu diakui dan tidak kadaluarsa, air minum aman dan dapat diminum, serta sanitasi yang memadai.

Fasilitas, barang, dan jasa harus disetujui secara ilmiah dan medis. Kualitas adalah komponen kunci dari *Universal Health Coverage* (Cakupan Kesehatan Universal), dan mencakup pengalaman serta persepsi perawatan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu harus:

1. Aman – menghindari cedera pada orang yang menjadi sasaran perawatan;
2. Efektif – menyediakan layanan kesehatan berbasis bukti kepada mereka yang membutuhkannya;
3. Berpusat pada orang – memberikan perawatan yang menanggapi preferensi, kebutuhan, dan nilai individu;
4. Tepat waktu – mengurangi waktu tunggu dan terkadang penundaan yang merugikan.
5. Adil – memberikan perawatan yang tidak berbeda kualitasnya berdasarkan jenis kelamin, etnis, lokasi geografis, dan status sosial ekonomi;
6. Terintegrasi – memberikan perawatan yang menyediakan berbagai layanan kesehatan sepanjang perjalanan hidup;
7. Efisien – memaksimalkan manfaat dari sumber daya yang tersedia dan menghindari pemborosan

2.3. Kerangka Konstitusional

Di Indonesia, upaya penanganan penyebaran COVID-19 merujuk pada

beberapa payung hukum yang telah ada sebelumnya, yakni: Undang-undang Nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Undang-undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, dan Undang-undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekejarantinaan Kesehatan. Selanjutnya kemudian dioperasionalisasikan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam Rangka Percepatan COVID-19, dan bersamaan dengan itu dikeluarkan pula Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID- 19. Kemudian untuk melaksanakan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam Rangka Percepatan COVID-19 ini diperjelas lagi oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19.





III. KARAKTERISTIK DAN SITUASI AKTUAL PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Pada bab ini akan membahas terkait karakteristik dan situasi aktual pelayanan kesehatan di Indonesia. Bab tiga terdiri dari 3 sub bab utamanya yaitu: (i) pendekatan pembangunan kesehatan, (ii) akses dan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan, dan (iii) SDM kesehatan. Lebih lanjut pembahasan masing-masing bab dapat dilihat pada bagian dibawah ini.

3.1. Pendekatan Pembangunan Kesehatan

Kebijakan pembangunan kesehatan yang banyak didorong oleh negara-negara di dunia mengarah pada model pelayanan kesehatan terpadu, yang mengintegrasikan layanan kesehatan primer (Primary Health Care/PHC) dan sekunder (Secondary Health Care/SHC)⁵. Sejalan di Indonesia juga menerapkan prinsip pelayanan kesehatan terpadu, hal ini dapat dilihat dalam Perpres No 71/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Pasal 6(1) menyebutkan bahwa “Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif”. Untuk memenuhi prinsip tersebut, maka peran PHC menjadi esensial.

Banyak negara telah mengadopsi sistem layanan kesehatan primer (Primary Health Care/PHC) sebagai strategi fundamental dalam pembangunan kesehatan. PHC pertama kali dideklarasikan pada konferensi Alma-Ata, September 1978, sebagai peta jalan untuk mencapai pemerataan layanan kesehatan⁶. PHC didefinisikan sebagai “whole-of-society approach to health that aims at ensuring the highest possible level of health and well-being and their equitable distribution by focusing on people’s needs and as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention

5 O'Farrell, A., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Fawsitt, R. and Cullen, W. (2022), "Measuring integrated care at the interface between primary care and secondary care: a scoping review", *Journal of Integrated Care*, Vol. 30 No. 5, pp. 37-56. <https://doi.org/10.1108/JICA-11-2020-0073>

6 Behzadifar, M., Mirghaed, M. T., & Aryankhesal, A. (2017). Primary health care: an important approach for health sector, missed in Iran's health system evolution plan. *Iranian Journal of Public Health*, 46(9), 1307.

people's everyday environment"⁷. Dari definisi tersebut, PHC menekankan keadilan dalam distribusi layanan kesehatan. PHC juga menekankan pentingnya menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas; responsif terhadap kebutuhan, diberikan sedini mungkin; bersifat kontinum mulai dari promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi, hingga perawatan paliatif; serta tersedia sedekat mungkin dengan lingkungan masyarakat.

Implementasi PHC dapat berbeda-beda di setiap negara. Di beberapa negara maju, PHC diterapkan dengan memisahkan pelayanan perorangan/individu dengan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat dilaksanakan oleh petugas dan sarana kesehatan milik publik, baik pemerintah ataupun swasta, sementara pelayanan kesehatan perorangan dilaksanakan oleh dokter keluarga. Di negara maju, dokter keluarga memiliki kompetensi khusus dalam memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan kepada individu atau kumpulan individu seperti keluarga. Di Indonesia, PHC diterapkan dengan menggabungkan pelayanan kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat dalam satu wadah terpadu, yang dikenal sebagai Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)⁸.

Pemerintah mengusung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Pendekatan keluarga mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga⁹. Pelibatan keluarga dalam pembangunan kesehatan Indonesia sejalan dengan UU No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025, menyatakan bahwa pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran; kemauan; dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam mengimplementasikan pendekatan keluarga dalam pembangunan

7 Lihat: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

8 Ferdiansyah. 2016. Metode pendekatan keluarga, terobosan baru dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. *Majalah Farmasetika*, 1(4), 5-8.

9 Permenkes No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

kesehatan, maka penguatan PHC menjadi esensial. Selain itu dalam rangka penguatan pelayanan primer, diperlukan reorientasi pendidikan kedokteran dengan pendayagunaan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer (Sp. KKLK) serta pendekatan tenaga kesehatan berbasis tim multidisiplin di FKTP (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, 2022).

Dalam konteks pandemi COVID-19, PHC juga memiliki peranan penting dalam membangun sistem layanan kesehatan yang tangguh. Laporan WHO dan UNICEF (2020)¹⁰ menunjukkan bahwa sistem kesehatan dengan PHC yang kuat di beberapa negara telah mampu mempertahankan akses terhadap layanan kesehatan esensial, serta meminimalkan komplikasi dan kematian akibat COVID-19. PHC juga berperan penting dalam pelaksanaan program vaksinasi. Secara umum, sebagian besar perhatian negara pada saat pandemi justru fokus pada persediaan dan kapasitas rumah sakit, namun kurang memperhatikan peran PHC. Dari perspektif ekonomi, biaya penguatan PHC relatif lebih rendah dan mampu mengurangi kebutuhan akan intervensi yang mahal. Kurangnya investasi awal untuk memperkuat PHC dalam merespon pandemi telah mengurangi efektifitas pelayanan kesehatan, terlebih bagi kelompok masyarakat rentan.

Studi ini menunjukkan bahwa dalam masa pandemi COVID-19, perawatan kesehatan pada pasien COVID-19 juga melibatkan institusi sosial terkecil yaitu keluarga. Hal ini berhubungan dengan karakteristik sosial dan budaya masyarakat Indonesia yang cenderung saling tolong menolong ketika kerabat membutuhkan perawatan kesehatan. Profil statistik kesehatan nasional 2019 menunjukan penduduk Indonesia ketika sakit dan memilih berobat jalan terus meningkat 50,48 %, hal ini terlihat pada peningkatan yang terus meningkat dari tahun sebelumnya yakni tahun 2017 dengan jumlah 46,32 %, dan pada tahun 2018 dengan jumlah 48,66 %¹¹. BPS menunjukkan bahwa 78% penduduk Indonesia saat sakit lebih memilih melakukan perawatan di rumah. Selain itu, sebanyak 80% korban meninggal karena COVID-19 berada di rumah. Tingginya angka kematian pasien COVID-19 yang terjadi di rumah menunjukkan tidak efektifnya upaya penanganan COVID-19¹².

10 Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

11 Profil statistik kesehatan nasional. 2019. Lihat tautan: <https://www.bps.go.id/publication/2019/12/30/9d583b7e2bd81fada82375e0/profil-statistik-kesehatan-2019.htm>

12 Wawancara tim peneliti INFID dengan Rimawan Pradiptyo, SE, MSc, PhD, Peneliti SONJO pada 18 Juli 2022.

“...dalam konteks Indonesia siklus terbesar ada di perawatan di rumah. Karena kalau (di) Indonesia ada perilaku health-seeking behaviour dimana ketika orang sakit itu di rumah saja. ... Maka dalam memastikan efektivitas penanganan wabah covid di Indonesia harus melihat aspek perawatan di rumah. Karena yang meninggal 80% berada di rumah menunjukkan penanganan covid yang tidak efektif”. (Epidemiolog).

Tantangan utama yang dihadapi dalam penyelenggaraan PHC adalah memperkuat upaya promotif dan preventif. Saat ini, pelayanan kuratif cenderung menjadi kegiatan utama di PHC. PHC sebagai garda terdepan dalam sistem kesehatan nasional perlu dilengkapi dengan keterampilan dan keahlian SDM Kesehatan yang berkualitas di tingkat lokal. Mobilisasi sumber daya lokal sangat mungkin dilakukan jika disertai dukungan dan pemberdayaan. Sayangnya, saat ini pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan masih menjadi isu utama dalam pembangunan kesehatan.

3.2. Akses dan Kualitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Penyediaan layanan kesehatan di Indonesia belum mampu menjawab permasalahan kesehatan masyarakat. Hal ini diindikasikan dengan capaian indikator kesehatan masyarakat yang masih stagnan, seperti cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) yang cenderung stagnan dari 59,2% (Riskesdas oleh Kemenkes RI, 2013) menjadi 57,9% (Riskesdas oleh Kemenkes RI, 2018) dan 65,8% (SSGI oleh Kemenkes RI, 2021)). Indikasi lainnya ditunjukkan dengan tren angka kematian ibu dan angka kematian bayi, serta berbagai penyakit menular dan tidak menular yang masih cukup tinggi. Misalnya, terjadi kenaikan prevalensi penyakit hipertensi pada penduduk di atas 18 tahun, dari 25,8% (Riskesdas oleh Kemenkes RI, 2013) menjadi 34,1% (Riskesdas oleh Kemenkes RI, 2018)¹³. Permasalahan utama yang menyebabkan belum optimalnya pelayanan kesehatan adalah kurangnya jumlah dan ketimpangan akses dan mutu faskes di setiap daerah, meskipun secara nasional jumlah faskes yang dibangun oleh pemerintah dan swasta mengalami peningkatan setiap tahunnya. Selain itu, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP belum efektif dalam melakukan upaya promotif dan preventif.

13 Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. 2022. Buku Putih Reformasi SKN. Jakarta: BAPPENAS.

Kurangnya Jumlah dan Ketimpangan Akses Faskes: Problem Utama Pembangunan Kesehatan

UU Nomor 36/2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas kesehatan (faskes) adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Indonesia menyelenggarakan pelayanan kesehatan terpadu, dengan mengintegrasikan PHC atau Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP (Puskesmas, klinik pratama, praktik mandiri tenaga kesehatan) dan SHC atau Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjut/FKRTL (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus). Indonesia juga mengadopsi model campuran pelayanan kesehatan oleh publik dan swasta. (Kemenkes RI, 2021b) mencatat jumlah Puskesmas semakin meningkat dari tahun 2016-2021 yaitu: 9.767 unit (2016) menjadi 10.230 unit (2020). Peningkatan jumlah Puskesmas menunjukkan ada perbaikan dalam pemenuhan akses terhadap pelayanan kesehatan primer. Secara nasional, rasio puskesmas terhadap kecamatan di Indonesia yaitu 1,4. Melihat angka rasio Puskesmas per kecamatan, Provinsi Papua dan Papua Barat memiliki rasio dibawah 1, yaitu 0,8 dan 0,7 (Lampiran 1). Rasio dibawah 1 menunjukkan bahwa belum semua kecamatan di Provinsi Papua dan Papua Barat memiliki Puskesmas, sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan primer masih belum memadai. Hingga Desember 2020, masih terdapat 171 Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas, dimana 156 berlokasi di Pulau Papua (Kemenkes, 2020). Sementara itu, lima Provinsi dengan rasio Puskesmas per kecamatan yang tertinggi yaitu DKI Jakarta (7,2), Bali (2,1), Maluku (1,8), Kalimantan Timur (1,8), dan Jawa Barat (1,7) (Tabel 1).

Tabel 1 Lima Provinsi Dengan Rasio Puskesmas Per Kecamatan Tertinggi Tahun 2021

No	Provinsi	Jumlah Puskesmas	Jumlah Kecamatan	Rasio Puskesmas per Kecamatan
1	DKI Jakarta	315	44	7,2
2	Bali	120	57	2,1
3	Maluku	222	118	1,8
4	Kalimantan Timur	188	103	1,8
5	Jawa Barat	1.086	627	1,7

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021

Selain Puskesmas, klinik pratama dan utama juga merupakan FKTP. Berdasarkan kemampuan pelayanan klinik, terdapat 6.572 klinik pratama dan 1.042 klinik utama di Indonesia dengan klinik terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat yakni sekitar 1.623 klinik (1.433 klinik pratama, 190 klinik utama), sedangkan Provinsi Papua Barat menjadi provinsi dengan jumlah klinik paling sedikit yakni 2 klinik pratama dan 2 klinik utama. Sementara itu, tempat praktik mandiri dokter secara nasional berjumlah 4.851 dan praktik mandiri dokter gigi berjumlah 1.190. Keduanya tercatat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Adapun provinsi dengan tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi terbanyak adalah Jawa Tengah, berturut-turut sejumlah 1.047 dan 304. Adapun Unit transfusi darah (UTD) teregistrasi paling banyak terdapat di provinsi Jawa Tengah, sementara Provinsi Papua dan Papua Barat belum memiliki UTD teregistrasi. Keberadaan laboratorium kesehatan terbesar dimiliki oleh swasta yaitu sebanyak 1.297.

Disparitas Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan Puskesmas dapat dilihat dari akreditasi Puskesmas. Pada tahun 2021, Puskesmas yang telah mendapatkan akreditasi dari total Puskesmas di Indonesia baru mencapai 89,69%. Berdasarkan total Puskesmas yang telah terakreditasi di Indonesia, level akreditasi Puskesmas masih didominasi oleh status madya dan dasar (Tabel 2). Dilihat dari sebaran Puskesmas yang telah terakreditasi, lima Provinsi dengan persentase Puskesmas terakreditasi yang terendah yaitu Maluku Utara (76,9%), Maluku (72,6%), DKI Jakarta (47,9%). Apabila dibandingkan dengan rasio Puskesmas per kecamatan (Lampiran 1), Provinsi DKI Jakarta dan Maluku memiliki rasio yang tinggi, namun sayangnya mutu layanan kesehatan di kedua provinsi tersebut masih tergolong rendah dilihat dari capaian akreditasinya.

Tabel 2 Jumlah Puskesmas Berdasarkan Akreditasi di Indonesia Tahun 2021

No	Status Akreditasi	Jumlah
1	Dasar	2.177
2	Madya	5.068
3	Utama	1.669
4	Paripurna	239

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021

Disamping itu, hanya 48,9% Puskesmas yang telah memenuhi 9 jenis tenaga kesehatan standar sebagaimana yang diatur dalam Permenkes No 43 tahun

2019, dimana DKI Jakarta menjadi provinsi dengan jumlah Puskesmas yang memenuhi 9 jenis tenaga kesehatan terbanyak (105,4%) dan terendah di Papua (8,6%) (Lampiran 2). Selain itu, masih ditemukan juga puskesmas tanpa dokter dimana provinsi dengan jumlah puskesmas tanpa dokter tertinggi adalah Provinsi Papua (42,6%), diikuti Maluku (23%), dan Papua Barat (20,4%) (Lampiran 3). Seyogyanya, FKTP menyelenggarakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif. Namun, belum tercapainya kualitas yang unggul di tingkat FKTP menjadikan FKTP lebih banyak menyelenggarakan upaya kuratif.

Fasilitas kesehatan yang berfungsi menyediakan layanan kuratif, rehabilitatif, dan layanan rujukan yakni rumah sakit (RS). Pada tahun 2021, RS di Indonesia berjumlah 3.042 yang terdiri dari 2.522 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 520 Rumah Sakit Khusus (RSK). Adapun jumlah rumah sakit di Indonesia menurut tipe, yang terbanyak adalah tipe C sebanyak 1.593 RS (52,4%), tipe D sebanyak 905 RS (29,8%), tipe B sebanyak 437 RS (14,4%), dan tipe A sebanyak 60 RS (2%), sisanya sebanyak 47 RS (1,5%) adalah RS yang belum ditetapkan tipenya. Dari segi keterpenuhan minimal 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang, persentase rumah sakit tingkat kabupaten/kota tipe C secara nasional pada tahun 2021 yakni 75,3%, dimana Provinsi Aceh dan Kepulauan Bangka Belitung memiliki persentase tertinggi. Seluruh RS di kedua provinsi tersebut telah memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang. Sementara itu, provinsi dengan persentase terendah yakni provinsi Maluku (38,5%) dan Papua (31,6%) (Lampiran 4). Untuk provinsi DKI Jakarta, pada kategori ini data tidak tersedia.

Ketidaksiapan Faskes dalam Penanganan Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 memperlihatkan ketidaksiapan dari fasilitas kesehatan Indonesia baik FKTP maupun FKRTL, baik dalam upaya pencegahan (*testing, tracing, dan tracking*) dan penanganan lonjakan kasus. Hal tersebut dikarenakan ketidaksiapan sarana dan prasarana, serta tidak semua daerah memiliki peralatan yang memadai. Puskesmas tidak berjalan sebagaimana fungsinya sebagai pusat kesehatan masyarakat. Imbas lanjutan dari tidak berfungsinya Puskesmas dan fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya adalah beban berlebihan pada FKRTL. Hal ini dapat dilihat pada saat lonjakan kasus varian delta pada bulan Juni, Juli dan Agustus 2021 yang mengakibatkan kurangnya ruang rawat inap, ICU, dan alat kesehatan, seperti oksigen, untuk

pasien COVID-19 hampir di semua fasilitas kesehatan terutama rumah sakit¹⁴. Berbagai masalah tersebut mengakibatkan tidak terpenuhinya hak pelayanan kesehatan bagi warga negara bahkan mengakibatkan korban jiwa.

“Kita memang sempat pada Juni, Juli, Agustus 2021 fasilitas kesehatan kita betul-betul terbebani. Karena saat itu Covid varian delta merajalela tingkat hospitalisasi dan kematian sangat tinggi. Dan itu dialami semua negara di dunia, tidak hanya Indonesia. Di Yogyakarta, di Sardjito misalnya mengalami kekurangan oksigen hampir enam jam. Sehingga ada kematian yang terjadi karena tidak memperoleh pasokan oksigen” (Epidemiolog).

Meskipun rasio tempat tidur rumah sakit secara nasional pada tahun 2021 telah memenuhi standar WHO yakni diatas 1 per 1000 penduduk (Kemenkes, 2021), sebaran rasio tempat tidur atau *Bed Occupation Rate (BOR)* rumah sakit juga masih timpang (Lampiran 5). Informan dalam studi ini menyebutkan bahwa dalam kondisi bukan pandemi, rumah sakit mampu dengan baik menyelenggarakan pelayanan kuratif. Namun, dalam kondisi pandemi COVID-19, pemerintah belum memiliki rencana aksi yang baik, dimana kapabilitas infrastruktur kesehatan masih terbatas.

“... aksesnya sudah bagus. Tetapi hanya kuat kita menerima itu dalam waktu kemarin dari Maret 2020 sampai akhir 2021. ... Ya itu daya tahan kita menghadapi pandemi hanya 19 bulan. Aksesnya bagus tetapi tidak ada suatu action plan sama sekali menyangkut pandemi, dalam konteks ini COVID-19” (Epidemiolog)

Efektivitas penanganan COVID-19 di Indonesia terhambat karena¹⁵: (1) akses ke klinik spesialis tidak merata, terutama di luar Jawa; (2) sebaran dokter di Indonesia berada lebih banyak di Pulau Jawa; (3) peran Puskesmas kurang optimal dalam upaya pencegahan dan penanganan kasus (dilayani berdasarkan keterangan hasil test secara mandiri berbayar) yang dibawa oleh masyarakat dan kemudian baru diberikan obat. Ketimpangan ketersediaan sarana dan prasarana di faskes di setiap daerah turut memperparah dampak COVID-19, khususnya pada saat puncak varian delta. Tidak semua rumah sakit daerah memiliki jumlah ICU yang memadai untuk penanganan pasien dengan kondisi tertentu. Pada puncak varian delta, tidak sedikit pasien yang mengantri dan

14 Wawancara tim peneliti INFID dengan Aak Abdullah Al-Kudus, Gusdurian Peduli, 30 Juni 2022.

15 Diskusi Pakar tim peneliti INFID dengan dr. Dicky Budiman Epidemiolog pada 2 Juli 2022

mengalami kesulitan mendapatkan ruang perawatan.

“tidak semua rumah sakit memiliki fasilitas yang memadai. Kalau covid sudah berat kan harus dibawa ke ICU. Tetapi rumah sakit di daerahnya tidak memiliki ICU yang cukup, harus dikirim ke tempat lain dan bisa saja dalam perjalanan meninggal.” (Epidemiolog).

Indonesia juga masih dinilai lemah dalam upaya pencegahan COVID-19, baik pada aspek pengetesan, penelusuran, maupun pelacakan (*testing, tracing, dan tracking*). Ini juga diakibatkan oleh ketimpangan ketersediaan peralatan medis untuk pencegahan COVID-19, seperti PCR dan *genome sequencing* yang hanya terdapat di kota-kota besar. Akibatnya, data sebaran pasien COVID-19 yang dipublikasikan tidak mampu menggambarkan kondisi yang sebenarnya. Hal ini dapat memperparah lonjakan kasus COVID-19.

“...alat lab untuk diagnostik, untuk memeriksa PCR saja tidak semua daerah memiliki, apa lagi genome sequencing untuk melihat variannya. Sekarang yang bisa melihat BA.4 dan 5 hanya di kota-kota besar, misal di DKI. Oleh karena itu di DKI varian itu tinggi tetapi bukan berarti di tempat lain tidak, bisa saja sama tingginya. Cuma tidak ada alat yang bisa mendeteksi” (Epidemiolog).

3.3. Ketersediaan dan Kualitas SDM Kesehatan

Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) merupakan salah satu pilar penentu kualitas sistem kesehatan nasional. SDMK sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 72 tahun 2012 adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja, serta mengabdikan dirinya dalam upaya serta manajemen kesehatan¹⁶. Lebih lanjut dalam UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dijelaskan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan¹⁷.

¹⁶ Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, lihat: <https://pusdatin.kemkes.go.id>

¹⁷ Merujuk pada Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (UU 36 tahun 2014): Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan *kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan*. Tenaga medis tidak lagi digolongkan sebagai tenaga kesehatan, atau lebih spesifik yakni terdiri dari tenaga medis yang terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

Permasalahan utama dalam SDM kesehatan adalah kurangnya jumlah tenaga kesehatan, kesenjangan distribusi tenaga kesehatan, dan kesenjangan proporsi jenis tenaga kesehatan.

3.3.1 Kurangnya Jumlah SDM Kesehatan

Ketersediaan SDM Kesehatan di Indonesia masih belum ideal dibandingkan dengan proporsi jumlah penduduk. Rasio dokter di Indonesia saat ini sebesar 0,4 per 1000 penduduk¹⁸, masih jauh dari standar yang ditetapkan WHO yaitu 1 per 1000 penduduk. Di sisi lain, jenis dan proporsi tenaga kesehatan masih didominasi oleh tenaga kesehatan untuk upaya kuratif dan rehabilitatif, sementara tenaga kesehatan yang bertugas untuk upaya promotif dan preventif yakni tenaga kesehatan masyarakat, sanitarian, gizi dan penyuluh kesehatan masih sangat minim. Rata-rata lulusan mahasiswa bidang ilmu kesehatan sebesar 238.861 per tahun belum mampu memenuhi kebutuhan beberapa jenis tenaga kesehatan antara lain dokter spesialis, dokter umum, tenaga promosi kesehatan, dan ahli teknologi laboratorium medik¹⁹. Sementara itu, produksi bidan dan perawat lebih tinggi dibanding jenis tenaga kesehatan lainnya (Tabel 3).

Tabel 3 Produksi dan Prediksi Kekurangan Tenaga Kesehatan di Puskesmas

Jenis Tenaga Kesehatan	Produksi per tahun (Rata-rata 3 tahun terakhir)	P r e d i k s i kekurangan Nakes di Puskesmas 2024
a. Dokter	4.708	3.325
b. Dokter gigi	1.112	7.147
c. Perawat	21.859	8.053
d. Bidan	11.171	7.088
e. Tenaga promosi kesehatan	82	2.330
f. Tenaga sanitasi lingkungan	2.859	6.044
g. Nutrisionis	4.646	3.573
h. Tenaga kefarmasian	4.603	5.317
i. Ahli teknologi laboratorium medik	2.850	4.625

Sumber: Ditjen Nakes, Kementerian Kesehatan (per Februari 2022)

¹⁸ Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, opcit

¹⁹ Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2020. Intisari Statistik Pendidikan Tinggi. Lihat tautan: [https://pddikti.kemdikbud.go.id/asset/data/publikasi/Statistik%20Pendidikan%20Tinggi%20\(Intisari\)%202020.pdf](https://pddikti.kemdikbud.go.id/asset/data/publikasi/Statistik%20Pendidikan%20Tinggi%20(Intisari)%202020.pdf)

Distribusi lulusan tenaga kesehatan didominasi oleh perawat. Misalnya, dari 38 Poltekkes Kemenkes yang tersebar di 33 provinsi, tahun 2021 telah menghasilkan lulusan sebanyak 29.771 orang (18.128 orang regular, dan 328 orang RPL²⁰), didominasi program studi keperawatan Diploma III sebanyak 6.156 orang. Selain Poltekkes, Perguruan Tinggi di Indonesia di bawah Direktorat Pendidikan Tinggi bidang kesehatan tahun 2021 telah menghasilkan sebanyak 182.413 orang, juga didominasi program studi keperawatan (38.841 orang).

Tabel 4 Produksi dan Prediksi Kekurangan Dokter Spesialis Di Rumah Sakit

Jenis Tenaga Kesehatan	Produksi per tahun (Rata-rata 10 tahun terakhir)	Prediksi kekurangan Nakes 2024
Spesialis Dasar		
a. Penyakit dalam	310	1.597
b. Anak	239	1.896
c. Bedah	217	2.473
d. Obstetri dan ginekologi	237	1.803
Spesialis lain		
1. Radiologi	78	1.002
2. Anastesi	165	1.153
3. Patologi Klinik	100	1.314

Sumber: Ditjen Nakes, Kementerian Kesehatan (per Februari 2022)

Prediksi kekurangan dokter spesialis juga masih sangat tinggi (Tabel 4). Kebutuhan penambahan tenaga kesehatan, khususnya dokter, perlu segera direspon dalam aspek pendidikan dokter. Saat ini, dari 69 perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan kedokteran, hanya ada 11 perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan spesialis²¹. Jumlah ini tentu belum cukup memenuhi kebutuhan dokter spesialis di Indonesia (saat studi ini dilakukan, WHO belum menetapkan rasio standar dokter spesialis, sehingga rasio dokter spesialis digunakan sama dengan rasio dokter umum). Kualitas lulusan yang merata di seluruh program studi juga perlu dipastikan. Saat ini, hanya sebesar 15,5% Program Studi bidang kesehatan yang terakreditasi A²²,

20 RPL atau Rekognisi Pembelajaran Lampau merupakan program percepatan pendidikan tenaga kesehatan kualifikasi pendidikan minimal Diploma III bagi tenaga kesehatan yang diadakan oleh Kementerian Kesehatan

21 LAM-PTKes, 2020 dikutip BAPPENAS 202A

22 *Ibid*

sehingga perlu ada upaya untuk mendorong percepatan akreditasi Perguruan Tinggi (PT) kedokteran.

Pada saat bersamaan, kekurangan jumlah tenaga medis²³ diperparah dengan adanya kesenjangan kualitas antar tenaga kesehatan. Hasil tes kompetensi 2015-2017 untuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat menunjukkan kualitas empat SDMK ini masih belum memuaskan. Setiap tahunnya, masih terdapat sekitar 35% calon dokter yang belum mampu lulus uji kompetensi (LAM-PTKes, 2020). Selama rentang tahun 2015-2016, Kementerian Kesehatan mencatat hanya 30,1% penyedia pelayanan kesehatan dan staf pendukung yang mendapatkan pelatihan layanan kesehatan atau manajemen. Ketersediaan SDMK yang berkualitas diperlukan di seluruh jenjang faskes, baik FKTP maupun FKRTL.. **Studi ini menunjukkan bahwa fungsi Puskesmas sebagai FKTP semakin lemah ketika kapasitas SDMK kurang mampu merespon kebutuhan masyarakat di masa pandemi.** Dua informan, penyintas COVID-19 yang menjalani isolasi mandiri dalam studi ini membagikan pengalamannya pada saat menerima pelayanan kesehatan. Penyintas COVID-19 di Kota Sungai Penuh, misalnya, menyatakan bahwa ia menerima pelayanan yang lambat saat berobat ke Puskesmas, tidak ada pendampingan, dan minimnya edukasi tentang perawatan yang dijalani. Penyintas COVID-19 di Kabupaten Bogor juga menyampaikan mengenai lambannya respon tenaga kesehatan serta mendapat ketidakadilan dalam penanganan COVID-19 (Kotak 1).

Kotak 1. Pengalaman penyintas COVID-19 dalam menerima pelayanan kesehatan

a. Penyintas di Kota Sungai Penuh:

“Ketika mengalami gejala yang mirip COVID-19, saya memutuskan untuk melakukan Swab tes di puskesmas kecamatan. Sebelum tes, saya harus antri sekitar 30-45 menit. Situasi di puskesmas memang bisa dikatakan ramai oleh pasien yang juga akan melakukan tes COVID-19 pada saat itu, namun saya merasa memang Nakes memproses semuanya dengan lamban. Saya pikir karena ini adalah covid, harusnya nakes lebih sigap dalam memproses, agar pasien tidak menumpuk hingga terjadi kerumunan, selain itu pasien yang tentu kondisi tubuh sudah mulai menurun, agar tidak semakin drop.

23 Tenaga medis menurut UU No 36 pasal 11 ayat (2) adalah jenis tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis

Yang saya alami adalah, ketika menunggu untuk tes, ini cukup lama. Proses ini kemudian ditambah dengan waktu tunggu hasil tes, dilanjut dengan waktu tunggu obat.

Selain hal itu, sebagai penyintas covid yang memilih perawatan dengan isolasi mandiri di rumah, di tengah banyaknya yang gugur pada saat itu, kekhawatiran saya adalah ketika isolasi. Tidak ada petugas kesehatan yang melakukan pengecekan atas kondisi pasien yang isoman, apalagi konsultasi dengan dokter atau bahkan perawat. Pasien isoman hanya diberi obat setelah screening di puskesmas, tanpa ada monitoring bagaimana kondisi setelah kembali ke rumah.

Hal ketiga adalah terkait obat. Dari puskesmas, pasien diberi obat yang tidak ada keterangannya, ini obat apa, untuk apa. Semua obat sudah dibuka bungkusnya kemudian dimasukkan dalam plastic ziplock. Sebagai pasien, tentu berhak tau apa saja jenis obat yang diberikan. Saya tidak mengerti kenapa obat harus dibuka dari bungkusnya, saya rasa di tempat/puskesmas lain tidak demikian.”

(Penyintas COVID-19, Kota Sungai Penuh)

b. Penyintas COVID-19 di Kabupaten Bogor:

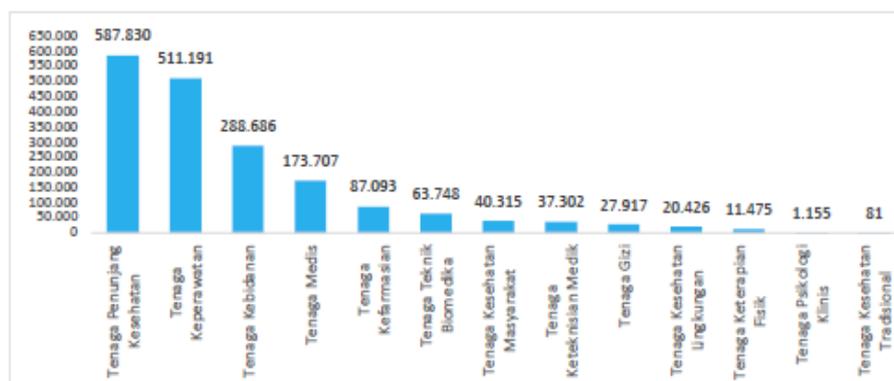
“Ketika positif, hal pertama yang saya lakukan adalah melapor ke desa. Saya pikir setelah membuat laporan dan data masuk, hal selanjutnya yang perlu dilakukan adalah menunggu petugas datang mengantarkan obat. Namun hal ini tidak pernah terjadi. Saya tidak menerima obat apapun selama 5 hari karantina mandiri di rumah. Di hari ke 6 saya datang sendiri ke puskesmas untuk meminta obat. Saya berkali-kali kontak nomer cepat tanggap yang katanya available 24 jam untuk penanganan COVID-19, namun faktanya saya tidak mendapat pelayanan yang layak sesuai aturan. Diluar jam kerja, nomor tidak aktif. Di jam kerja, nomornya tidak responsif, jika pun membalas, tidak ada solusi atas apa yang disampaikan. Tetangga lain mengalami hal yang sama, baru mendapatkan respon ketika tetangga ini mengirim pesan ancaman akan memposting di media sosial bagaimana lambannya petugas dalam merespon pasien covid yang isoman.

Ketika saya positif dan sudah memasukkan laporan ke desa, tidak satupun petugas yang datang ke rumah saya untuk mengantarkan obat. Ketika satu

tetangga lain yang kebetulan istrinya adalah kader posyandu, positif, petugas kesehatan langsung datang. Saya pikir ini adalah bentuk ketidakadilan” (Penyintas COVID-19, Kabupaten Bogor)

3.3.2 Kesenjangan Distribusi Tenaga Kesehatan

Selain kecukupan tenaga kesehatan, kesenjangan sebaran SDM Kesehatan juga terjadi, dimana SDM Kesehatan masih terkonsentrasi di Pulau Jawa, dengan sebaran dokter terbesar di Provinsi DKI Jakarta. Tahun 2021 total jumlah SDM Kesehatan di Indonesia adalah sebanyak 1.850.926 orang, yang terdiri dari 1.251.621 orang tenaga kesehatan (68,2%) dan 587.830 orang tenaga penunjang kesehatan (31,8%). Proporsi tenaga kesehatan terbesar yaitu tenaga keperawatan sebanyak 40,5% dari total tenaga kesehatan, sedangkan proporsi tenaga kesehatan yang paling sedikit yaitu tenaga kesehatan tradisional 0,01% (Gambar 1). Adapun rekapitulasi SDM Kesehatan disajikan pada Gambar 1.



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2021 – Kemenkes RI

Gambar 1 Rekapitulasi SDM Kesehatan Indonesia Tahun 2021

Jumlah tenaga medis di Indonesia adalah sebanyak 173.707 orang, dengan proporsi terbesar yaitu dokter umum (60%). Terkait sebarannya, 63 % tenaga medis berada di Pulau Jawa-Bali, dengan jumlah terbanyak berada di DKI Jakarta (24.235 orang), Jawa Timur (24.085 orang), dan Provinsi Jawa Barat (23.592 orang). Provinsi dengan tenaga medis paling sedikit yakni Sulawesi Barat (485 orang), Kalimantan Utara (558 orang), dan Gorontalo (627 orang). Hingga tahun 2021, Puskesmas yang dilengkapi 9 jenis tenaga kesehatan baru mencapai 48,17% (Lampiran 2), serta masih ada 9,6% Puskesmas yang kekurangan dokter. Provinsi Papua tercatat sebagai provinsi dengan

persentase kekurangan dokter tertinggi yaitu sebesar 49,5% (Lampiran 6). Tercatat 89,4% puskesmas telah memiliki jumlah perawat melebihi standar dan hanya 10,6% dengan kategori kurang (Lampiran 7).

Jumlah SDM di rumah sakit secara nasional tahun 2021 adalah sebanyak 1.001.112 orang, meliputi 657.451 orang tenaga kesehatan dan 343.661 orang tenaga penunjang kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan di rumah sakit didominasi oleh perawat (50,8%), sementara jumlah dokter spesialis sebanyak 43.558 orang. Provinsi dengan jumlah dokter spesialis terbanyak adalah DKI Jakarta yaitu 6.644 orang dan Jawa Barat 6.476 orang, dan terendah di Sulawesi Barat (122 orang). Sebaran jumlah SDM di daerah tertinggal²⁴ adalah sebesar 3,9% (44.179 orang) dari total SDM nasional. Angka ini meningkat dibanding tahun 2020 sebesar 31.374 orang. Provinsi Nusa Tenggara Timur memiliki jumlah SDM tertinggi dibanding daerah tertinggal lainnya yakni sebanyak 15.534 orang, dan terendah di provinsi Lampung sebanyak 735 orang. Tenaga kesehatan di daerah tertinggal didominasi oleh tenaga perawat (42,2%) dan bidan (28,5%).

Meski ketimpangan sebaran SDM Kesehatan lebih banyak terjadi di wilayah Indonesia timur, studi ini menunjukkan bahwa ketimpangan SDM Kesehatan juga terjadi di Pulau Jawa, seperti dijumpai di Kabupaten Banjarnegara. Rasio dokter di Kabupaten Banjarnegara adalah 0,143 per 1000 penduduk, dimana angka ini jauh lebih rendah daripada rasio dokter Indonesia yakni 0,4 per 1000 penduduk. Informan dalam studi ini menjelaskan ada kecenderungan rendahnya minat tenaga medis untuk bekerja di Kabupaten Banjarnegara. Hal ini terlihat dari tidak terpenuhinya jumlah lowongan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) yang dibuka untuk formasi tenaga kesehatan di Kabupaten Banjarnegara.

“Sebagai salah satu dari 5 kabupaten/kota termiskin di Provinsi Jawa Tengah, minat tenaga medis misalnya dokter untuk bekerja di Kabupaten Banjarnegara sangat rendah. Pada seleksi CPNS periode terakhir, Pemda membuka lowongan CPNS sekian puluh untuk tenaga dokter umum namun jumlah pendaftar hanya belasan” (Kabid Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan, Dinkes Banjarnegara).

Pemerintah perlu menetapkan kebijakan afirmatif untuk mendorong penambahan jumlah tenaga kesehatan, khususnya dokter dan dokter

24 Daerah tertinggal ini meliputi 62 kabupaten/kota yang berada di 11 provinsi di Indonesia

spesialis. Pemerintah juga perlu memastikan pemerataan sebaran dokter. Pemerintah perlu menentukan insentif yang sesuai bagi SDM Kesehatan yang bertugas di luar Pulau Jawa. Salah satu program yang telah dijalankan pemerintah dalam rangka mengisi kekurangan SDM Kesehatan adalah program NSI (Nusantara Sehat Individu)²⁵. Pada program NSI, SDM Kesehatan akan bertugas selama 2 tahun dengan wilayah penugasan yang telah ditentukan. Selain program NSI, pemerintah juga mengajukan solusi melalui skema Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) guna memperkuat sumberdaya yang telah ada. Langkah ini kurang sesuai jika diterapkan di daerah-daerah yang memang belum tersedia jenis sumber daya tertentu, kecuali SDM Kesehatan PNS. Dari kedua bentuk penyediaan kebutuhan SDM Kesehatan tersebut, NSI bersifat sementara sehingga kurang mampu mengatasi permasalahan jangka panjang. Sementara itu, dalam pelaksanaan PPPK tidak semua daerah bisa menerapkannya.

3.3.3 Kerentanan SDM Kesehatan pada Masa Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 menempatkan SDM Kesehatan sebagai kelompok yang paling rentan. Selama pandemi COVID-19, SDM Kesehatan yang gugur secara keseluruhan berjumlah 2.087 orang yang terdiri dari 751 orang dokter, 670 orang perawat, 398 bidan, ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medis) 51 orang, apoteker 48 orang, dokter gigi 46 orang, rekam radiologi 12 orang, sanitarian 7 orang, petugas ambulance 4 orang, dan lainnya 87 orang. Artinya, kerentanan sistem kesehatan Indonesia kian memburuk dengan banyaknya SDM Kesehatan yang gugur selama masa pandemi. Dalam salah satu kasus temuan riset ini sebagaimana dipaparkan salah satu informan bahwa pelayanan kesehatan di pusat layanan kesehatan primer atau Puskesmas hampir *collapse* ketika SDM Kesehatan terpapar COVID-19. Dalam situasi yang sama Negara tidak memiliki cukup SDM Kesehatan yang bisa diperbantukan,

“di Pulau Sapeken itu ya. Jadi petugas di rumah sakit di Puskesmas Sapeken itu hanya kurang lebih 7 orang ... Kemudian ketujuhanya terpapar covid, akhirnya dipulangkan ke Sumenep untuk di karantina dan hanya ada satu kayak mantri gitu lah ya. Satu orang mantri yang kemudian menangani semua pasien” (Anggota Gusdurian Peduli/Pegiat Kesehatan)

Dalam situasi pandemi COVID-19, ketersediaan jumlah epidemiolog, ahli

25 Wawancara mendalam tim peneliti INFID dengan Imam Subarkah Kabid Pelayanan dan Sumberdaya Kesehatan Dinkes Banjarnegara secara daring, pada tanggal 20 Juli 2022

virologi, ahli patologi klinik, ahli mikrobiologi, dan lainnya juga sangat penting. Pemenuhan profesi keahlian tersebut cenderung bisa dicapai lebih cepat dibanding dengan memenuhi kekurangan dokter dan dokter spesialis. Dalam konteks pandemi, maka Pemerintah perlu memetakan kebutuhan dan strategi pemenuhan profesi keahlian tersebut, sebagaimana yang disampaikan informan²⁶.

“Kalau terkait pandemi yang harus diperbanyak itu adalah epidemiolog. Anda tidak bisa cetak dokter spesialis ... dalam waktu kurang dari 5 tahun. Tapi epidemiolog ... untuk mengambil master epidemiologi itu 2 tahun. Jadi kalau menyangkut penyakit-penyakit pandemi itu yang dibanyakin harus epidemiolog” (Epidemiolog)

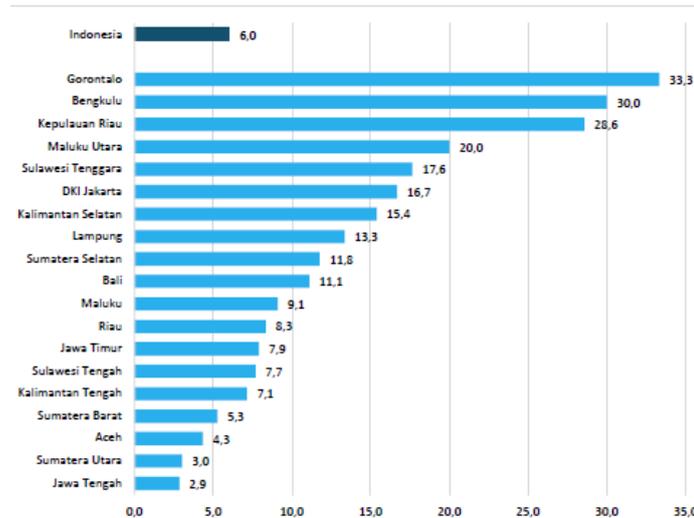
Pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan terutama pada masa pandemi juga perlu mempertimbangkan karakter masyarakat Indonesia dalam hal ini, kebiasaan masyarakat yang sakit untuk berdiam di rumah dibanding ke rumah sakit atau klinik. Untuk menghadapi hal ini, penguatan SDM di fasilitas kesehatan primer sangat diperlukan. Penguatan kelembagaan seperti posyandu, posbindu, dan lainnya juga penting dalam melaksanakan upaya promotif-preventif, dimana sosialisasi protokol kesehatan, serta pengawasan kepatuhan masyarakat terhadap himbauan pemerintah lebih efektif bila dilakukan dari unit terkecil dalam lingkup masyarakat. Hal ini bersesuaian dengan temuan riset (Putri, 2021) dimana Kader Posyandu Balita dikategorikan mampu berperan dengan sangat baik dalam menekan angka penyebaran COVID-19 di wilayah Bintan, Aceh Tengah.

Indonesia memiliki sumberdaya yang terhimpun di dalam kelembagaan masyarakat posyandu-posbindu yang bisa diberdayakan lebih untuk peningkatan kualitas sistem kesehatan nasional. Tercatat 31 kabupaten/kota (6%) di Indonesia²⁷ memiliki minimal 80% posyandu aktif. Adapun persentase kabupaten/kota yang dimaksud disajikan pada Gambar 2. Gambar 2 menunjukkan bahwa Kabupaten Gorontalo memiliki persentase tertinggi (33,3%) posyandu aktif. Padahal, Gorontalo merupakan salah satu daerah dengan jumlah tenaga medis paling sedikit. Dengan demikian, pemberdayaan kelembagaan masyarakat dan kader menjadi alternatif dalam upaya promotif

26 Diskusi Pakar tim peneliti INFID dengan Dr. Sugeng Ibrahim, M.Biomed secara daring pada tanggal 01 Juli 2022

27 Data ini diperoleh dari 15 provinsi yang melapor sebagaimana tertera di dalam profil Kesehatan Indonesia 2021, Kemenkes RI

dan preventif.



Sumber Profil kesehatan Indonesia 2021

Gambar 2 Persentase Kabupaten/Kota dengan Minimal 80% Posyandu Aktif Permasalahan kekurangan SDM selama masa pandemi COVID-19 juga diikuti dengan dengan beberapa masalah terkait insentif antara lain: terlambatnya insentif yang diterima, baik SDM kesehatan maupun relawan yang belum menerima insentif selama 6 bulan; adanya pemotongan insentif²⁸; serta insentif yang sudah dibayarkan namun harus dikembalikan. Kasus ini alih-alih mengharumkan kinerja pemerintah dalam mengapresiasi jasa SDM kesehatan dan relawan, sebaliknya justru mencoreng. Pemerintah perlu belajar dari hal ini untuk menyiapkan mekanisme pembayaran insentif yang transparan, tepat waktu dan sesuai ketentuan.

“... pelaksanaannya (pencairan insentif) lagi-lagi juga jadi masalah sampai akhir tahun 2020. Bahkan sampai sekarang itu banyak tenaga kesehatan yang terlambat dibayar insentifnya ... banyak pula insentif yang dipotong kemudian jumlahnya tidak sesuai ... Waktu itu ada juga yang sudah ditransfer ke rekening, disuruh balikin lagi.”
(LaporCovid19)

28 Lihat: <https://www.cnnindonesia.com>





IV. DINAMIKA KEBIJAKAN PENANGANAN DAN PENGENDALIAN PANDEMI COVID-19: SITUASI AKTUAL & GAP KEBIJAKAN

Pada bagian ini akan menguraikan persepsi dan pandangan pemangku kepentingan terhadap kebijakan penanganan pandemi COVID-19 dan didukung data sekunder untuk memperkuat analisis. Sehingga dapat memperlihatkan situasi aktual dan gap kebijakan yang muncul atas pencegahan dan pengendalian COVID-19.

4.1 Komunikasi Kebijakan Penanganan COVID-19 yang Inkonsisten

Komunikasi kebijakan penanganan COVID-19 yang dilakukan pemerintah perlu konsisten. Sejak awal, kebijakan penanganan covid oleh pemerintah jika kita amati bersama terlihat inkonsistensi kebijakan baik itu bersifat politis dalam penanganan covid dan terkadang membingungkan publik. Sebagai contoh, sejak pandemi mewabah di Indonesia, pemerintah telah beberapa kali gonta-ganti istilah berbeda dalam penanganan COVID-19, hal ini dapat dilihat:

1. Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)

Pada 17 april 2020, pemerintah menggunakan pembatasan sosial berskala besar (PSBB). Kebijakan ini merupakan strategi penanganan yang pertama diberlakukan pada awal pandemi. Suatu wilayah dapat menetapkan PSBB asalkan memenuhi syarat, yakni jumlah kasus dan jumlah kematian COVID-19 meningkat dan menyebar signifikan dengan cepat dan ada kaitan dengan wilayah lain.

2. Pengetatan Terukur²⁹

Pernyataan Menteri Koordinator Bidang Kemaritiman dan Investasi (Kemenko Marves) Luhut Binsar Pandjaitan soal pengetatan terukur yang

²⁹ <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20201217025958-20-583180/tangani-covid-epidemiolog-minta-pemerintah-benahi-komunikasi>

akan diterapkan demi mengantisipasi lonjakan penularan menjelang Natal dan Tahun Baru, 2020.

3. Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) Jawa-Bali³⁰

Setelah kasus COVID-19 dinilai cukup terkendali, pemerintah kemudian memberlakukan kebijakan PPKM khusus hanya di tujuh provinsi yang ada di Jawa-Bali, sejak 11 Januari 2021 selama dua pekan dan sempat diperpanjang satu kali. Wilayah tersebut dipilih karena memiliki mobilitas tinggi dan menyumbang angka kasus positif COVID-19 terbesar dibandingkan dengan wilayah lainnya.

4. PPKM Mikro

Setelah PPKM Jawa-Bali dianggap tidak lagi efektif, pemerintah memberlakukan PPKM Mikro, masih di tujuh provinsi yang sama. Bedanya, strategi penanganan PPKM Mikro berbasis komunitas masyarakat hingga unit terkecil di level RT/RW

5. Penebalan PPKM Mikro

Setelah kasus COVID-19 melonjak pasca libur Lebaran 2021, pemerintah memutuskan menerapkan penebalan PPKM mikro diberlakukan selama 14 hari mulai Selasa, 22 Juni 2021.

6. PPKM Darurat

Kebijakan ini diberlakukan setelah penebalan PPKM Mikro dianggap tidak cukup untuk menangani kasus COVID-19 yang terus naik hingga menembus kisaran 20 ribu kasus per hari. Akhirnya, Presiden Jokowi memutuskan menetapkan PPKM Darurat.

Selanjutnya, inkonsistensi komunikasi kebijakan dan risiko juga terlihat dari penyampaian yang terkesan tarik ulur antar aktor pemerintah dalam hal pelanggaran masker. Hal ini sangat membingungkan masyarakat dan terkesan euforia. Sebagai contoh, pada 17 Mei 2022 Presiden Jokowi menyatakan dan memutuskan untuk melonggarkan kebijakan pemakaian masker³¹. Jika masyarakat sedang beraktivitas di luar ruangan atau di area terbuka yang tidak

30 <https://nasional.tempo.co/read/1478808/gonta-ganti-istilah-dari-psbb-ppkm-mikro-ppkm-darurat-apa-bedanya>

31 Pernyataan Pers Presiden RI terkait Pelonggaran Penggunaan Masker, Istana Bogor, 17 Mei 2022. Diakses pada akun Youtube Sekretariat Presiden melalui tautan <https://www.youtube.com/watch?v=xblAVPh32Vs>

padat orang, maka diperbolehkan untuk tidak menggunakan masker. Melihat kembali peningkatan kasus yang terjadi pada bulan Juli, Wakil Presiden Ma'ruf Amin pada 1 Juli 2022 menyatakan, pemerintah menarik kebijakan pelonggaran masker di luar ruangan seiring kenaikan kasus COVID-19 dalam beberapa waktu terakhir³². Namun pada keterangan telekonferensi pers pada 4 Juli 2022, Menkes Budi Gunadi Sadikin tegaskan belum mencabut pelonggaran masker³³.

Inkonsistensi kebijakan yang disampaikan ke publik yang berubah-ubah dapat membingungkan publik. Bahkan euforia sesaat yang disampaikan oleh aktor pemerintah terkait pelonggaran kebijakan memakai masker ini dapat dianggap berbahaya kedepan, karena malah dapat membuat masyarakat berpersepsi bahwa pandemik telah usah bahkan abai terhadap protokol kesehatan³⁴.

*“Seharusnya momentum dimana masyarakat sudah mulai tersadarkan untuk protokol kesehatan seperti memakai masker dan mencuci tangan ini terus didorong. Karena manfaatnya bukan hanya pada covid tetapi juga untuk mencegah berbagai penyakit yang lain. Sangat sulit mengembalikan kondisi **golden good habit** pada masyarakat ketika pandemik akan meningkat kembali.”* (Jurnalis)

4.2 Kebijakan Penanganan Pandemi Belum Menjangkau Seluruh Titik Layanan Kesehatan”

Tiada satu negara pun di dunia bahkan negara seperti Amerika, Inggris, dan sebagian besar negara Eropa yang betul-betul siap menghadapi wabah covid 19. Meskipun tersebut dapat dianggap lumrah, namun tidak boleh menjadi alasan pemaaf untuk melakukan kesalahan-kesalahan berulang dalam sistem jaminan kesehatan nasional kedepannya. Kita paham bahwa Indonesia telah terlambat 2 bulan dalam merespon pandemi COVID-19³⁵. **Pertama**, Hal ini terlihat bagaimana pemerintah melalui menteri kesehatan terkesan sibuk dengan penyangkalan atas pandemi covid. Hal tersebut membuat Indonesia

32 Wakil Presiden Ma'ruf Amin memberikan keterangan pers usai meninjau kampus Universitas Nahdlatul Ulama NTB, Mataram pada 1 Juli 2022. Diakses pada tautan <https://nasional.kompas.com/read/2022/07/01/11483911/wapres-pemerintah-tarik-kebijakan-pelonggaran-penggunaan-masker-di-luar?page=all>

33 Lihat: <https://tirto.id/menkes-budi-tegaskan-aturan-pelonggaran-masker-belum-dicabut-gtFU>

34 Diskusi pakar tim peneliti INFID dengan dr. Dicky Budiman – Epidemiolog Indonesia di Griffith Australia secara daring pada 01 Juli 2022

35 Lihat: <https://news.harianjogja.com/read/2020/03/17/500/1034491/telat-2-bulan-indonesia-mestinya-bisa-belajar-tangani-virus-corona-dengan-lebih-baik>

kelabakan ketika menghadapi lonjakan kasus COVID-19 pertama. Bahkan hal yang dirasa konyol, Menteri Kesehatan Terawan saat itu terkesan menyepelekan penggunaan masker³⁶.

Padahal dalam kasus COVID-19, budaya sadar risiko harus ditumbuhkembangkan pada pengelolaan risiko di pemerintah, masyarakat, dan tenaga kesehatan³⁷. Budaya sadar risiko (risk culture) adalah nilai, kepercayaan, pengetahuan, dan pemahaman tentang risiko yang dianut oleh sekelompok orang yang mempunyai tujuan sama. Dengan kesadaran akan manajemen risiko dari pandemi, tentu beberapa hal seperti dampak kerugian, ketidakstabilan ekonomi, bahkan kematian tentu dapat ditekan.

Pandemi memberikan pembelajaran kita bahwa penyebaran begitu cepat, maka penanganan pun harus lebih cepat dan terkoordinasi dengan baik sehingga hak warga negara terpenuhi. Sejak awal, WHO selalu mendesak setiap negara untuk segera mengatasi kesenjangan dalam pemantauan dan cepat untuk respons pandemi untuk menghindari kematian yang dapat dicegah dan gangguan yang lebih parah pada sistem kesehatan³⁸. **Kedua**, Hal yang memperparah Indonesia di awal penanganan covid, yakni lambatnya kebijakan testing dan tracing yang cenderung sentralistik dan tertutup.

Ketika kasus-kasus awal COVID-19 mulai terdeteksi pada awal Maret 2020, kegagalan pemerintah, terutama dalam hal pengetesan, baru terlihat. Rencana awal pemerintah yang hendak memusatkan tes PCR di Balitbangkes mengalami beberapa kali perubahan seiring cepatnya kenaikan jumlah kasus COVID-19 di berbagai daerah. Pada 3 Maret 2020, sehari setelah Presiden Joko Widodo mengumumkan adanya dua kasus positif, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/182/2020 tentang Jejaring Laboratorium Pemeriksaan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Pada peraturan ini disebutkan bahwa Kementerian Kesehatan menambahkan sepuluh jejaring laboratorium pemeriksaan COVID-19 yang tersebar di beberapa provinsi. Disebutkan pula bahwa laboratorium jejaring tetap diharuskan mengirimkan spesimen ke Balitbangkes

36 Lihat: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200302155551-20-479793/menkes-soal-virus-corona-orang-sehat-tak-perlu-pakai-masker>

37 M. Sholeh, Aida Consultant & SmartRisk dalam <https://www.republika.id/posts/9772/membangun-budaya-sadar-risiko>

38 Lihat: <https://www.who.int/europe/news/item/19-07-2022-rapidly-escalating-COVID-19-cases-amid-reduced-virus-surveillance-forecasts-a-challenging-autumn-and-winter-in-the-who-european-region>

untuk dikonfirmasi. Selain itu, pengumuman mengenai kasus positif untuk tiap daerah tetap dilakukan oleh Balitbangkes dan Kementerian Kesehatan. Pada 19 Maret 2020, jumlah laboratorium pemeriksaan bertambah secara signifikan menjadi 48; alur pelaporan juga diubah, yakni tidak lagi terpusat di Balitbangkes. Meskipun demikian, jumlah pemeriksaan spesimen per hari tidak meningkat secara signifikan³⁹. Pada akhir Maret 2020, pemerintah juga berupaya berkoordinasi dengan laboratorium-laboratorium swasta untuk meningkatkan jumlah laboratorium tes PCR, tetapi upaya tersebut tidak langsung membuahkan hasil.

Upaya yang dapat dilakukan kedepan dalam menghadapi penyakit infeksi wabah yang menular cepat (airbone) yang berdampak luar biasa hingga kematian, diperlukan roadmap kebijakan yang tepat sehingga mampu menekan infeksi yang begitu cepat bahkan menekan angka kematian⁴⁰. Bahkan Indonesia perlu memiliki lembaga Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (Centers for Disease Control and Prevention/ CDC) yang berfokus pada persoalan wabah⁴¹. Karena kegagalan kita diakibatkan tidak adanya lembaga khusus yang menangani persoalan tersebut sehingga yang terjadi saling lempar antar K/L. Selanjutnya, kecepatan *testing* dan *tracing* juga penanganan harus mampu menjangkau seluruh wilayah di Indonesia bahkan di wilayah kepulauan, serta dapat diakses dengan biaya yang terjangkau bagi seluruh warga negara.

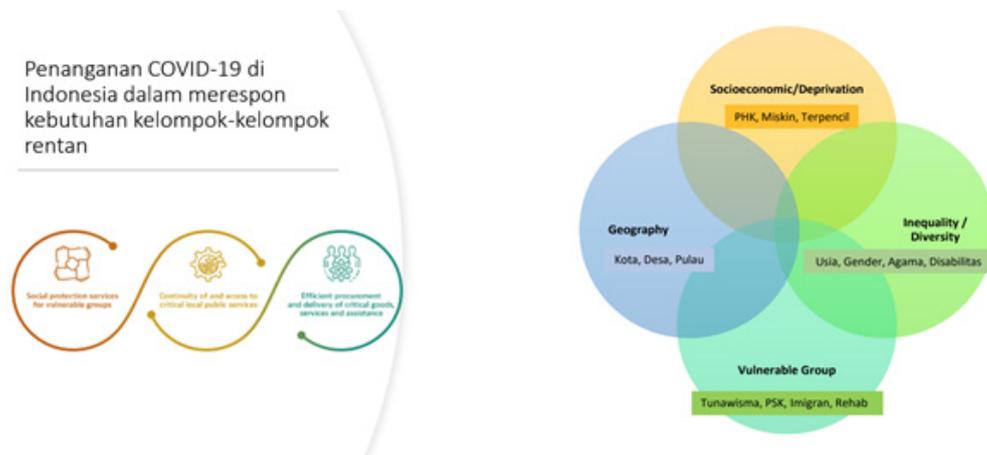
“Waktu kita bayar PCR pertama kali berapa? 1 jutaan, dan sekarang 350 ribu. Artinya kalau sekarang bisa 350 bahkan di Semarang 250. Kenapa yang dulu sejuta? Karena dari awal kita tidak pernah menghitung kesetimbangan supply and demand. Anda tahu ya yang namanya PCR itu satu setengah milyar dapat. Terus well nya seumuran untuk diagnostik itu bisa masuk 96 slot. Kalau harganya 1 juta maka satu slot itu 96 juta. Jadi dalam 15 hari balik modal. Nah hal-hal yang seperti ini, itu yang membuat saya bertanya-tanya. Apa iya kita tidak mampu beli PCR sejak awal, pelajarannya ke depan untuk apapun perangkat diagnostik itu harus sesuai dengan karakter negeri kita, kepulauan.” (dr. Sugeng Ibrahim - Epidemiolog)

39 Lihat: <https://smeru.or.id/article-id/liku-liku-peningkatan-kapasitas-pengetesan-COVID-19-dengan-metode-pcr>

40 Wawancara tim peneliti INFID dengan dr. Sugeng Ibrahim, M.Biomed (Pakar Biomolekuler – FK Unika Soegijapranata, Semarang) pada 1 Juli 2022

41 Wawancara tim peneliti INFID dengan Yemiko Happy – Tim Advokasi Laporan Warga, Laporan COVID-19 pada 2 Juli 2022

4.3 Pencegahan dan Pengendalian Pandemi belum Afirmatif Kelompok Rentan



Sumber: dr. Dicky Budiman - Epidemiolog Indonesia di Griffith Australia

Gambar 3 Penanganan COVID-19 di Indonesia Dalam Merespon Kebutuhan Kelompok-Kelompok Rentan

Pada situasi pandemi COVID-19, kepekaan negara dalam memberikan afirmasi terhadap jaminan hak terhadap kelompok rentan sangat dibutuhkan. Negara melalui TNP2K (2020) mendefinisikan kelompok rentan di era pandemi yakni perempuan, penyandang disabilitas, lansia, penderita penyakit bawaan (komorbid), dan pekerja sektor informal⁴². Tentu pendefinisian itu bukanlah mutlak hanya kelompok tersebut, negara perlu mengakomodir masukan atas cakupan pendefinisian kelompok rentan yang lebih luas dan kontekstual dan perlu diperhatikan juga di masa pandemi. Identifikasi selama perkembangan respon pemerintah dalam memenuhi kelompok rentan selama pandemi dapat dibagi dalam beberapa hal yaitu rentan dari sisi individu (tunawisma, PSK, imigran, rehab), geografi (keberadaan orang tinggal/menetap), status ekonomi (PHK, miskin, terpencil), dan keberagamannya (usia, gender, agama, disabilitas). Penanganan COVID-19 bagi kelompok rentan di Indonesia masih jauh dari efektivitas baik di Jawa khususnya daerah perifer dan di luar Jawa⁴³. Karena sebetulnya kemampuan dan pengetahuan kelompok rentan ini dalam merespon pandemi masih sangat minim⁴⁴. Sehingga kondisi kelompok rentan menjadi rawan ketika terjadi pandemi atau wabah kesehatan.

43 Diskusi pakar tim peneliti INFID dengan dr. Dicky Budiman – Epidemiolog Indonesia di Griffith Australia secara daring pada 01 Juli 2022

44 Wawancara daring informan kunci Irma Handayani – Founder LaporCOVID-19 pada 25 Juli 2022

“Kemudian vaksin misalnya, vaksin ini gara-gara komunikasi edukasi, komunikasi krisis, komunikasi risiko dan juga edukasi produk itu kurang bagus, manula-manula dan lansia juga sangat enggan untuk vaksin, satu itu. Yang kedua, kalau kita ingat dulu kan harus registrasi dulu, registrasinya dimana sih, informasinya kita tuh bingung gitu. Harus registrasi di sini, pakai link ini, pakai itu, pakai ini, pakai itu, pakai ini, pakai itu, dan sekarang pakai peduli lindungi yang juga sering, glitchnya sering masih sering ada gitu ya. Nah itu juga menghambat.” (LaporCOVID-19)

Penelitian ini mencoba mengidentifikasi situasi kelompok rentan pada era pandemi. Beberapa situasi aktual kelompok rentan di Indonesia selama pandemi Covid, yakni:

1. Kelompok Rentan Perempuan

Pada situasi pandemi COVID-19, perempuan lebih banyak tertinggal dalam mengakses layanan publik, pendidikan, kesehatan, dan aspek lain, yang menjadikan mereka sebagai kelompok yang rentan dan miskin (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2020). Selain itu, beban domestik yang dihadapi perempuan juga cenderung lebih meningkat selama pandemi, seperti contohnya harus membantu anak mengikuti pembelajaran jarak jauh. Terlebih bagi perempuan yang sedang dalam kondisi hamil dan menyusui, tentunya mengalami beban yang jauh lebih berat karena kondisi kerentanan secara fisik juga. Beban berlipat juga dialami perempuan hamil karena keterbatasan akses pada layanan kesehatan serta berkurangnya kapasitas rawat inap rumah sakit⁴⁵. Secara mental dan emosional, perempuan hamil dari kelompok rentan dan marjinal seringkali dipenuhi kekhawatiran akan keselamatan janin dan dirinya,

Berbagai faktor tersebut menyebabkan peningkatan stress pada perempuan. Bahkan ironisnya, angka kekerasan dalam rumah tangga pada perempuan juga meningkat selama pandemi. Komisioner Komnas Perempuan, Bahrul Fuad pada 27 Mei 2022 menyampaikan hasil survey terhadap 4.000 perempuan ada kecenderungan kasus kekerasan perempuan naik

45 <https://nasional.kontan.co.id/news/yyp-perempuan-dan-kelompok-rentan-paling-terdampak-negatif-pandemi-covid>

selama pandemi COVID-19⁴⁶. Survey ini dilaksanakan di Bekasi, Cirebon, Kulonprogo, Situbondo dan Kupang yang dirasa jaringan perlindungan perempuannya bagus. Hal tersebut disebabkan oleh memburuknya perekonomian keluarga di tengah pandemi sehingga menyebabkan stress dan emosi karena memikirkan biaya hidup sehari-hari. Angka PHK dan pengangguran yang meningkat menyebabkan pria yang mencari nafkah merasa stress sehingga melampiaskan rasa stress, emosi serta frustrasi mereka pada wanita dan anaknya dalam bentuk kekerasan⁴⁷.

2. Kelompok Rentan Disabilitas

Penelitian oleh Rosdianti & Limbong (2021) menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas di masa pandemi COVID-19, dapat disimpulkan bahwa: (1) Situasi pemenuhan hak atas kesehatan saat pandemi COVID-19 ini belum cukup memadai, hal ini ditandai dengan kurang dapat teraksesnya layanan kesehatan bagi para penyandang disabilitas; dan (2) Peran pemerintah dalam memenuhi kewajiban negara untuk menjamin perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan ini belum optimal⁴⁸. Hal yang dihadapi oleh Penyandang disabilitas selama pandemi yakni kesulitan untuk memperoleh informasi dan sosialisasi mengenai COVID-19 karena sosialisasi yang tersedia saat ini belum mempertimbangkan kebutuhan khusus penyandang disabilitas seperti penyediaan ahli bahasa isyarat dalam seluruh media komunikasi informasi, minimnya layanan dasar bagi penyandang disabilitas seperti penyediaan kursi roda, dan tidak adanya informasi tertulis yang dilengkapi dengan huruf Braille. Dalam segi ekonomi, penyandang disabilitas juga mengalami peningkatan kerawanan ekonomi karena mayoritas penyandang disabilitas saat ini bekerja di sektor informal (terapis pijat, penjahit, penjual makanan keliling, dan lain-lain) yang jumlah pendapatannya tidak menentu⁴⁹.

Jaringan DPO Respon COVID-19 Indonesia merilis hasil survei kedua terkait dampak COVID-19 terhadap penyandang disabilitas pada 27 Januari 2022⁵⁰.

46 <https://yogya.inews.id/berita/kekerasan-pada-perempuan-naik-komnas-perempuan-pemerintah-harus-lindungi-kelompok-rentan>

47 <https://puspensos.kemensos.go.id/perindungan-kelompok-rentan-di-era-pandemi-COVID-19>

48 Yeni Rosdianti & R J Limbong. 2021. Hak Disabilitas di Simping Jalan: Menyoal Perlindungan Hak atas Kesehatan di Tengah Pandemi COVID-19. *Jurnal Masyarakat Indonesia* (Vol. 47, no. 1: hlm. 13-30). Link akses: <http://jmi.ipsk.lipi.go.id/index.php/jmiipk/article/view/939/0>.

49 puspensos.kemensos.go.id, op.cit.

50 <https://tirto.id/disabilitas-selama-pandemi-60-sulit-akses-faskes-50-kendala-pjj-gofu>

Survei dilakukan pada Februari 2021 dengan melibatkan 1.597 responden di 34 provinsi di Indonesia. Pada survei ini menunjukkan 86% responden sulit memenuhi kebutuhan pokok selama pandemi, 60% responden sulit mengakses layanan kesehatan, 65% responden sulit mendapatkan pendamping untuk mendukung kegiatan sehari-hari. Kemudian 50% responden penyandang disabilitas pemilik UMKM mengalami penurunan pendapatan secara signifikan, 50% responden pelajar sulit mengikuti pembelajaran daring akibat keterbatasan peralatan/teknologi.

3. Kelompok Rentan Lansia

Lansia lebih rentan dalam aspek kesehatan, ekonomi dan sosial karena mobilitas yang semakin terbatas pada masa pandemi ini. Dalam data kematian akibat COVID-19 yang dirilis oleh Satgas COVID-19 di atas pun terlihat bahwa angka kematian akibat COVID-19 lebih tinggi terjadi pada Lansia. Ironisnya, lebih dari 80% Lansia masih tidak memiliki akses ke bantuan pendapatan minimum/pensiun, sehingga menjadikan mereka rentan terhadap gejolak ekonomi sebagai akibat dari pandemi COVID-19 (TNP2K, 2020). Lansia juga mengalami keterbatasan mobilitas karena kondisi mereka yang lebih rentan terdampak COVID-19 sehingga mengharuskan mereka lebih banyak berada di rumah meskipun dapat mengakibatkan peningkatan depresi, ketakutan, dan perasaan tidak berdaya⁵¹.

Data aktual menunjukkan, sebanyak 34 persen lansia belum divaksinasi pada Februari 2022⁵². Lebih dari 50 persen lansia berusia 80 tahun ke atas melaporkan bahwa mereka tidak divaksinasi, dibandingkan dengan sekitar 30 persen dari lansia berusia 60 hingga 69 tahun yang tidak divaksinasi. Merujuk data BPS (2021), menyebutkan penduduk lanjut usia 2021 di Indonesia, jumlah penduduk lansia di mencapai 29,3 juta jiwa⁵³. Dengan jumlah lansia wanita sebanyak 52,32 persen dan lansia pria sebanyak 47,68 persen. Selain itu, terdapat 12,40 persen penduduk lansia dengan disabilitas.

51 Puspensos.kemensos.go.id, op.cit.

52 Paparan Yasuhiko Shoito dari International Consultant on Population Ageing. Paparan disampaikan pada diseminasi hasil riset UNFPA dan BKKBN berjudul "Studi Nasional tentang Dampak Pandemi COVID-19 terhadap Kelompok Lansia (Termasuk Penyandang Disabilitas) di Indonesia" yang diluncurkan pada 26 Juli 2022 di Bandung.

53 BPS. 2021. Statistik Penduduk Lanjut Usia 2021. Data dapat diakses pada tautan: <https://www.bps.go.id/publication/2021/12/21/c3fd9f27372f6ddcf7462006/statistik-penduduk-lanjut-usia-2021.html>

4. Kelompok Rentan Pasien Non-Covid

Potret trend lonjakan pasien COVID-19 (baik varian delta maupun omicron) yang harus membutuhkan perawatan rumah sakit menjadikan fasilitas kesehatan *overload* (melebihi ambang kapasitas) baik ruang perawatan maupun IGD. Sebagai contoh di Bandung pada Januari 2021, terlihat bagaimana orang dewasa yang mengalami diabetes dan segera membutuhkan penanganan medis akhirnya meninggal dunia karena telat mendapat perawatan medis. Bahkan pada saat proses mencari ruang perawatan sempat mengalami penolakan oleh beberapa rumah sakit karena beralasan rumah sakit penuh⁵⁴.

Penolakan 4 rumah sakit juga dialami oleh pasien anak yang mengalami demam tinggi karena leukemia dan anemia aplastik. Kondisi pasien tersebut yang harus membutuhkan penanganan medis segera, akhirnya meninggal dunia karena tak tertangani⁵⁵. Kondisi semacam ini yang tidak boleh terjadi kedepannya, dengan penyiapan fasilitas kesehatan yang memadai dan memperbanyak ketersediaan tenaga kesehatan (baik dokter, perawat, tenaga laboratorium, dan epidemiolog)

“Seluruh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan memprioritaskan pelayanan COVID-19. Menurut saya ketidaksiapan puskesmas menghadapi covid sehingga layanan yang berkaitan pada penyakit selain covid itu akhirnya di nomor duakan. Itu yang menjadi permasalahannya. Jadi puskesmas tidak siap menghadapi karena banyak juga yang covid, kemudian juga minta obatnya itu ke puskesmas atau puskesmas juga men-drop ke RT itu memang ada. Tapi karena dia konsentrasi, semuanya dikonsentrasikan ke covid, akhirnya misalnya kayak orang penyakit diabet yang dia rutin harus periksa ke puskesmas semacam itu akhirnya terabaikan. Akhirnya masyarakat tidak berani datang ke puskesmas” *Zumrotin – Ketua Yayasan Kesehatan Perempuan*⁵⁶

5. Kelompok Rentan Pasien Long Covid

Berdasar data CSI orang yang mengalami long covid rentan mendapatkan

54 <https://www.kompas.com/tren/read/2021/01/15/080500265/kisah-sulitnya-pasien-non-COVID-19-cari-ruang-perawatan-hingga-meninggal?page=all>

55 <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-53005585>

56 Wawancara dengan Zumrotin – Ketua Yayasan Kesehatan Perempuan pada 11 Juli 2022

konsekuensi sosial-ekonomi bahkan hingga dikeluarkan dari tempat kerja karena dianggap tidak produktif lagi⁵⁷. Data CSI 2021 menunjukkan dari 496 survivor covid, 70% penyintas mengalami Long Covid.

Gejala Long Covid yang dialami para penyintas meliputi cepat lelah, gangguan tidur, lemas, batuk kering, jantung berdebar, pusing, nyeri dada, masalah psikis, mual, delirium, gangguan menstruasi, gairah seks menurun, hingga rambut rontok⁵⁸. Padahal kalau data riset di luar negeri —misalnya di Inggris— ada sekitar 22% hingga 38% orang yang pernah terinfeksi covid memiliki setidaknya satu gejala long covid, dan 12% hingga 70% memiliki 3 gejala atau lebih (riset dari Nature Communication). Penurunan kesehatan itu bukan satu-satunya konsekuensi long covid⁵⁹, tetapi juga covid yang berkepanjangan itu bisa berdampak pada penurunan produktivitas dengan berbagai konsekuensi sosialnya⁶⁰. Hingga sekarang Indonesia bahkan belum memiliki kajian terkait pasien long covid di Indonesia. Hal ini berimplikasi pada pengabaian kebijakan dan ketidak pekaan bahwa pasien long covid merupakan kelompok rentan baru yang perlu mendapatkan afirmasi oleh negara. Dengan adanya data, diharapkan penanganan yang tepat dan kebijakan afirmasi perlindungan mereka dapat dirumuskan dan dilakukan.

4.4 Manusia Bukan Sekedar Angka: Ketertutupan & Salah Penafsiran Data

Pertama, Keterbukaan data dan informasi menjadi variabel utama dalam berkembangnya sains, ekonomi, hingga efektivitas perumusan kebijakan terutamanya dalam membantu penanganan pandemi COVID-19. Keterbukaan data dapat membantu pembuatan keputusan publik lebih efektif, menjamin akuntabilitas, bahkan masyarakat juga dapat berperan dalam keadaan darurat. Fakta menunjukkan keuntungan yang didapatkan pemerintah negara-negara Uni Eropa yakni dapat menyelamatkan 7.000 nyawa per tahun, mengurangi kematian akibat kecelakaan di jalan sebesar 5,5%, menurunkan penggunaan energi sebesar 16 persen, serta mengurangi pengeluaran untuk jasa publik

57 Wawancara peneliti INFID dengan Juno Simorangkir – Covid Survivor Indonesia pada 9 Juli 2022

58 Penyampaian CSI atas hasil survei survivor covid kepada CNN Indonesia pada 13 Agustus 2021. Lihat tautan: <https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20210813141329-255-679978/data-csi-70-persen-penyintas-alami-long-covid-di-indonesia>

59 <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/the-prevalence-of-long-covid-symptoms-and-covid-19-complications>

60 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892376/COVID_stakeholder_engagement_synthesis_beyond_the_data.pdf

hingga senilai 1,7 miliar euro (sekitar Rp 27 triliun) pada tahun 2020⁶¹. Praktik baik lain juga terlihat bahwa di awal masa pandemi COVID-19, keterbukaan data memberi kesempatan bagi masyarakat untuk membantu negara. Di Korea Selatan, pihak swasta mengembangkan aplikasi yang menginformasikan lokasi-lokasi infeksi terbaru atau memperingati pengguna ketika mereka mendekati lokasi ditemukannya kasus⁶². Aplikasi ini menggunakan data langsung dari Kementerian Kesehatan Korea.

Di awal pandemi sejak maret 2020 saat COVID-19 menyebar di Indonesia, terlihat bagaimana pemerintah (Kemenkes) terkesan tertutup dalam keterbukaan data & informasi terkait COVID-19. Saat kasus melonjak di Jakarta, pemda belum diijinkan melakukan tes ke warganya. Setiap terdapat kasus, maka sampel harus dikirim ke pusat, dalam hal ini kemenkes dan hasilnya selalu negatif⁶³. Tidak transparan semacam inilah yang membuat pemerintah daerah gamang dalam penentuan kebijakan antisipasi. Bagi pemerintah daerah dan banyak pihak dengan melakukan transparansi dan mengatakan sebenarnya ke publik adalah bentuk memberikan keamanan bagi warga. Namun Menteri Kesehatan memandang berbeda bahwa dengan adanya transparansi akan membuat publik panik.

Menkes Terawan diawal pernah meminta kepada Komisi IX DPR agar rapat kerja yang digelar pada Mei 2020 lalu harus dilakukan secara tertutup. Padahal, rencananya dalam rapat tersebut, Komisi IX akan meminta penjelasan kepada Terawan mengenai teknis upaya penanganan COVID-19 di Indonesia⁶⁴. Untuk menangani hal tersebut, Presiden Jokowi sampai menegur dan menginstruksikan agar pemerintah pusat hingga daerah agar transparan terkait data COVID-19⁶⁵.

Hingga saat ini, Pembelajaran bagaimana praktik keterbukaan data & informasi oleh pemerintah Indonesia dalam menangani pandemi covid terlihat upaya transformasi yang terus mengalami peningkatan dan usaha perbaikan hingga saat ini. Data-data berkaitan covid hingga saat ini dapat diakses covid19.go.id, di hotline 119, di Whatsapp COVID-19, di Halo Kemenkes 1500 567, layanan

61 <https://data.europa.eu/en/trening/what-open-data>

62 <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20201029.94898/full/>

63 <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200510223303-4-157452/cerita-anies-yang-sempat-frustrasi-ke-terawan-soal-COVID-19>

64 <https://ekbis.sindonews.com/read/318206/34/tanggapan-erick-thohir-soal-transparansi-data-covid-di-masa-terawan-1611910888>

65 <https://nasional.kompas.com/read/2020/04/27/21355201/presiden-instruksikan-pusat-dan-daerah-transparan-soal-data-COVID-19>

telemedicine dan televisi TVRI, RRI, saluran media sosial pemerintah, dan televisi swasta lainnya.

“...Data dibandingkan di tahun awal pandemi jadi jauh lebih terbuka, siapapun bisa melihat, perkembangan kasus setiap hari, kita bisa melihat. Dan yang kita lihat cukup komprehensif, indikator sudah sesuai dengan WHO, transmisi komunitas bagaimana, kondisi epidemiologi, angka kasus positif, angka rawat inap, angka kematian. Respon dari pemerintah pusat dan daerah, setiap hari kita bisa lihat. Surveillance bisa kita lihat, tracingnya bisa kita lihat termasuk sampai vaksinasi, bisa kita lihat dari waktu ke waktu. Jadi kalau ada tren yang berubah, kira bisa langsung menyampaikan ada apa ini? Dulu di awal data “disembunyikan” oleh pemerintah daerah. Dan tentu kalau hasil rekapitulasi, jika di daerah tidak valid sama saja di pusat tidak valid. sejak 2021 semester 2 itu semua kasus positif dari hasil lab langsung bisa kita lihat. Semua kasus yang masuk new all record bisa kita lihat...” (Epidemiolog⁶⁶)

Kedua, Penekanan lain terkait pemahaman data dan informasi Covid ditekankan oleh Ahmad Arif, bahwa persoalan data covid bukan sekedar menampilkan data jumlah naik atau turunnya kasus dan angka kematian⁶⁷. Selamat masih terdapat angka kematian, kebijakan penanganan covid belum dapat dikatakan berhasil. Indonesia perlu memperlihatkan angka kematian berlebih (*excess deaths*) dari pandemi covid. Laporan dari WHO, pada 5 Mei 2022 lalu terkait angka kematian berlebih (*excess dead*) —sebenarnya aset ini mungkin jarang dikemukakan di Indonesia— adalah indikasi yang paling riil untuk mengukur dampak kematian dari pandemi COVID-19.

WHO mendefinisikan kematian berlebih sebagai kematian yang disebabkan oleh COVID-19 secara langsung maupun tidak langsung⁶⁸. Kematian terkait COVID-19 secara tidak langsung terjadi karena orang-orang tidak bisa mengakses layanan kesehatan yang memadai, dikarenakan layanan yang ada terfokus pada penanganan pandemi. **Kebijakan Pemerintah ke depan perlu sensitif pada data terkait kematian COVID-19 secara tidak langsung.** Laporan

66 Wawancara daring informan kunci (KII) dengan Windu Purnomo – Pakar Biostatistika Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat – Unair pada 1 Juli 2022.

67 Diskusi Pakar daring Tim Peneliti INFID dengan Ahmad Arif, Jurnalis Kompas & Salahsatu Co-founder Lapor Covid pada 12 Juli 2022.

68 <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-COVID-19-pandemic-in-2020-and-2021>

WHO (2022) menunjukkan seharusnya angka kematian secara global yakni 2,7 kali lebih besar dari data covid yang dikonfirmasi⁶⁹. Pada laporan tersebut juga Di Indonesia, kesenjangan antara *excess dead* (kematian yang sesungguhnya atau kematian berlebih) dengan kematian yang terkonfirmasi jauh lebih besar lagi. Indonesia peringkat keempat, negara yang memiliki gap atau kesenjangan data kematian yang terkonfirmasi dengan *excess dead* di Indonesia itu 7,1 kali lebih banyak dari laporan resmi kematian covid yang dikonfirmasi pemerintah.

“Nah ini berarti kalau di Indonesia yang dilaporkan sampai bulan Mei tahun 2022 ada sekitar 156.000 korban jiwa yang dilaporkan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia, seharusnya harusnya sudah 1,1 juta berdasarkan excess dead. Dan ini perlu kita lihat, sebenarnya perhitungan berlebih memang tidak hanya untuk menunjukkan dampak pandemi tetapi juga ini jadi warning atau peringatan untuk berinvestasi terhadap sistem kesehatan yang lebih kuat ya. Nah, selain itu juga yang jadi sorotan adalah terkait data. Data ini menjadi krusial dan gap (kesenjangan) semakin semakin lebar di suatu negara itu cermin bahwa pendataan yang tidak benar dan tidak akurat. Yang kedua, adalah kemampuan dalam surveillance seperti deteksi dini, pemeriksaan dan pelacakan itu juga tidak akurat. Artinya semakin semakin banyak orang yang meninggal sebelum sempat dites, dilacak atau ditemukan, jadi itu indikator adanya masalah yang sangat serius di dalam kemampuan surveillance dan kemampuan dalam pendataan yang baik. Dan Indonesia tadi peringkat nomor 4 terburuk yang kesenjanganannya paling tinggi.” (Jurnalis)

Hingga 03 Agustus 2022, kematian harian karena COVID-19 akibat virus corona COVID-19 di Indonesia mencapai 24 orang. Dengan jumlah tersebut, *Worldometer* menempatkan angka kematian harian karena COVID-19 di Indonesia di urutan lima tertinggi di Asia⁷⁰. Posisi Indonesia hari ini, bergerak naik ke urutan yang lebih tinggi dibandingkan hari sebelumnya yang ada di urutan satu. Meski demikian secara total, jumlah kasus di Indonesia dan sebagian besar negara lainnya di dunia sudah cenderung turun dan angka kasus aktif COVID-19 juga tercatat sudah sangat rendah. Namun hal ini perlu menjadi perhatian kedepan bagi pemerintah Indonesia untuk (1) peningkatan

69 Publikasi Data set WHO pada mei 2022 terkait kematian berlebih (Excess Deaths) yang dapat diakses pada tautan <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-COVID-19-modelled-estimates>

70 Lihat: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/indonesia/> pada 3 Agustus 2022.

investasi kesehatan lebih baik; (2) penguatan surveilans dalam hal deteksi dini, pemeriksaan, dan pelacakan yang lebih akurat.





V. INISIATIF KOLABORASI MULTIPihak DALAM PENANGANAN DAN PENGENDALIAN PANDEMI COVID-19

Pada bab ini akan membahas terkait pembelajaran baik atas kolaborasi multipihak yang terbangun dalam penanganan dan pengendalian pandemi COVID-19. Bab tiga terdiri dari 2 sub bab utama yaitu: (i) peran stakeholder pemerintah dalam penanganan dan pengendalian pandemi covid; dan inisiatif komunitas dan masyarakat sipil yang terbangun dalam upaya penguatan layanan dan jaminan kesehatan pada masa COVID-19. Lebih lanjut pembahasan masing-masing bab dapat dilihat pada bagian dibawah ini.

5.1 Peran *Stakeholder* Pemerintah dalam Penanganan dan Pengendalian Pandemi COVID-19

Respon pemerintah dinilai lamban dan cenderung abai dalam merespons COVID-19 pada periode awal COVID-19 menyebar dari Wuhan. Ketika COVID-19 telah terdeteksi di beberapa Negara bahkan Negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura sudah mendeteksi kasus pertama COVID-19 pada 23 Januari 2020 dan 25 Januari 2020, Pemerintah Indonesia baru mulai merespon setelah 2 bulan, dengan langkah pertama yakni pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 (GTPP) pada tanggal 13 Maret 2020, melalui Kepres No 7 Tahun 2020.

Gugus Tugas COVID-19 terdiri dari struktur Pengarah dan Struktur Pelaksana. Struktur Pengarah yang terdiri dari Menko bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menko Polhukam, Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan, bertugas memberikan arahan kepada pelaksana dalam melaksanakan percepatan penanganan COVID-19 dan melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan percepatan penanganan COVID-19⁷¹. Sementara itu, Struktur Pelaksana yang diketuai oleh Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), dengan

71 Presiden teken Perpres percepatan Penanganan COVID-19 dapat dilihat pada tautan <https://www.kominfo.go.id/> (diakses 22 September 2022)

wakil Asisten Operasi Panglima TNI dan Asisten Operasi Kapolri serta anggota dari unsur beberapa kementerian (lampiran Keppres no 7/2020). Adapun tugas Struktur Pelaksananya; (1) menetapkan dan melaksanakan rencana operasional percepatan penanganan COVID-19; (2) mengkoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan kegiatan percepatan dan penanganan COVID-19; (3) melakukan pengawasan pelaksanaan percepatan penanganan COVID-19; (4) Mengarahkan sumber daya untuk percepatan penanganan COVID-19; (5) melaporkan pelaksanaan percepatan penanganan COVID-19 kepada Presiden dan Pengarah.

Pembentukan Gugus Tugas menurut Djalante et al (2020) menghadirkan koordinasi internal dan mekanisme respons terhadap COVID-19 yang lebih baik. Pada akhir maret tahun 2020, Gugus Tugas menerbitkan Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Kesehatan. Pedoman ini berisi informasi terkait protokol rapid test RDT, tes-lab, dan penanganan pasien. Dalam menjalankan perannya, Gugus Tugas juga secara reguler berkolaborasi dengan asosiasi-asosiasi salah satunya Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) yang mendukung pemerintah untuk menerbitkan kebijakan yang berbasis data (Djalante, et al 2020)⁷².

Setelah 4 bulan dibentuk, pada 20 Juli 2020 Gugus Tugas diganti dengan Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional, yang didalamnya tercakup Komite Kebijakan, Satuan Tugas Penanganan COVID-19 dan Satuan Tugas Pemulihan dan Transformasi Ekonomi Nasional. Beberapa alasan yang mendasari penggantian Gugus Tugas yakni (1) Percepatan penanganan COVID-19, Pemulihan ekonomi, dan transformasi ekonomi; (2) Sebagai bentuk penyesuaian keseimbangan antara sektor kesehatan dan ekonomi; (3) Penyederhanaan birokrasi, dimana pembentukan Komite Penanganan COVID-19 dan PEN merupakan upaya untuk mempercepat gerak penanganan pandemi di Indonesia, sehingga tidak tumpang tindih, dan agar kembali kepada tupoksi masing-masing.

Sebagai bagian dari Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional, Satgas Penanganan COVID-19 berperan (1) melaksanakan dan mengendalikan implementasi kebijakan strategis yang berkaitan dengan penanganan COVID-19; (2) menyelesaikan permasalahan kebijakan strategis yang berkaitan dengan penanganan virus dengan cepat dan tepat; (3)

⁷² <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590061720300284> Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia

mengawasi kebijakan strategis terkait penanganan virus; dan (4) menetapkan dan melaksanakan kebijakan serta langkah-langkah lain yang diperlukan dalam penanganan COVID-19.

Dalam menjalankan peran, beberapa hal yang dilakukan oleh Satgas Penanganan COVID-19 diantaranya:

- a. Berkolaborasi dengan pemerintah dan satgas di daerah, TNI/Polri serta stakeholder terkait lainnya dengan pendekatan kolaborasi pentahelix.
- b. Melaksanakan operasi yustisi guna mengawasi penegakan protokol kesehatan dan pembatasan mobilitas masyarakat
- c. Meningkatkan jumlah testing and tracing COVID-19
- d. Memastikan ketersediaan fasilitas dan manajemen kasus dengan memanfaatkan fasilitas karantina terpusat
- e. Melakukan penyaluran bantuan dan perbaikan manajemen kasus bersama dengan TNI/Polri serta Pemerintah Daerah⁷³

Dalam penanganan COVID-19, BNPB sebagai lembaga tanggap kebencanaan nasional telah ikut terlibat sejak penanganan COVID-19 masih dijalankan oleh Gugus Tugas kemudian berlanjut pada masa Satgas Penanganan COVID-19. BNPB terlibat dalam upaya pencegahan penularan dan penyediaan prasarana dan operasional fasilitas isolasi terpusat (Isoter), penguatan pelacakan kontak melalui dukungan relawan *tracer* digital, dan penguatan personel pemulasaran jenazah.

Selain itu, BNPB juga berkolaborasi dengan Kementerian Kesehatan dalam pelaksanaan diseminasi informasi COVID-19 melalui berbagai platform media, pembentukan tim cepat tanggap, penyediaan materi dan fasilitas kesehatan; serta melakukan pelacakan terhadap potensi kasus-kasus baru. Dalam aktivitas ini, BNPB juga berkolaborasi dengan TNI/Polri.

Disamping, Gugus Tugas yang kemudian menjadi Satgas COVID-19 dan BNPB, Kementerian Keuangan memainkan peran yang tidak kalah penting terutama dalam bentuk upaya mitigasi dampak negatif COVID-19. Beberapa upaya mitigasi yang dilakukan oleh Kementerian Keuangan diantaranya yakni (1) pemberian stimulus tambahan belanja dan pembiayaan untuk penanganan

⁷³ Satgas antisipasi lonjakan kasus secara pentahelix (<https://covid19.go.id/> diakses 23 September 2022)

dampak COVID-19 serta mencegah krisis ekonomi dan keuangan. Stimulus ini mencakup intervensi untuk penanganan COVID-19 dan subsidi iuran BPJS, dukungan industri, dukungan untuk dunia usaha, dan *social safety net*; (2) Penghematan belanja Kementerian/Lembaga (K/L), yang kemudian disalurkan untuk belanja prioritas terkait penanganan COVID-19 (belanja kesehatan, bantuan sosial, dan dukungan Usaha Mikro Kecil dan Menengah atau UMKM); (3) *refocusing* anggaran internal untuk penanganan COVID-19; dan (4) pemberian stimulus melalui belanja untuk memperkuat perekonomian domestik, menjaga daya beli masyarakat dan kemudahan ekspor-impor.⁷⁴

Kementerian Desa, Pembangunan daerah Tertinggal, dan Transmigrasi (Kemendes PDTT) menerapkan 3 strategi dalam penanganan COVID-19 yakni (1) penanggulangan kesehatan yang dilakukan melalui dua strategi besar yakni disiplin protokol kesehatan dan percepatan vaksinasi. Dalam menerapkan strategi ini, Kemendes PDTT menginstruksi stakeholder di tingkat desa untuk disiplin menjalankan protokol kesehatan serta mendukung percepatan vaksinasi; (2) perlindungan sosial, dilaksanakan dalam bentuk pemberian Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang bersumber dari Dana Desa (DD) sebagai bentuk perlindungan bagi masyarakat desa yang terdampak COVID-19, dan (3) Stimulus ekonomi sesuai kebijakan Menteri Desa PDKarya Tunai Desa (PKTD) yang bersumber dari DD. Strategi ketiga ini ditujukan untuk menjamin pendapatan dan mendorong daya beli masyarakat desa⁷⁵.

Peran TNI/Polri dalam penanganan COVID-19 diatur dalam UU No 30/2004 tentang TNI, UU No 2/2002 tentang Polri serta Instruksi Presiden No 4/2019 tentang Peningkatan kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespon Wabah Penyakit, Pandemi global, dan Kedaruratan Nuklir, Biologi dan Kimia. Peran TNI/Polri dalam penanganan COVID-19 merupakan salah satu bentuk tugas perbantuan yang merupakan respons terhadap situasi darurat ketika otoritas sipil memiliki keterbatasan dalam penanganannya.

Beberapa bentuk keterlibatan TNI/Polri dalam penanganan COVID-19 misalnya (1) *tracing* kasus COVID-19 terhadap masyarakat yang disinyalir terpapar COVID-19 dengan berkolaborasi bersama Kemenkes, dan BNPB. Tracing ini dilakukan oleh 6.300 tenaga tracer TNI yang tersebar di wilayah-wilayah posko

74 Kemenkeu terus dukung langkah penanganan COVID-19 [<https://djkn.kemenkeu.go.id/>; diakses 23 September 2022]

75 Peran kemendes di trisula penanganan covid-19 [<https://www.kemendes.go.id/>; diakses 24 September 2022]

PPKM Mikro; (2) Distribusi dan pelaksanaan vaksin ke daerah-daerah dengan memanfaatkan armada penerbangan milik TNI; (3) Penguatan pelaksanaan kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM); (4) Penyiapan rumah sakit Wisma Atlet dan beberapa rumah sakit untuk keperluan karantina pasien COVID-19, termasuk juga di Kepulauan Natuna, Pulau Sebaru dan Pulau Galang Pangdam (Djalante et al, 2020).

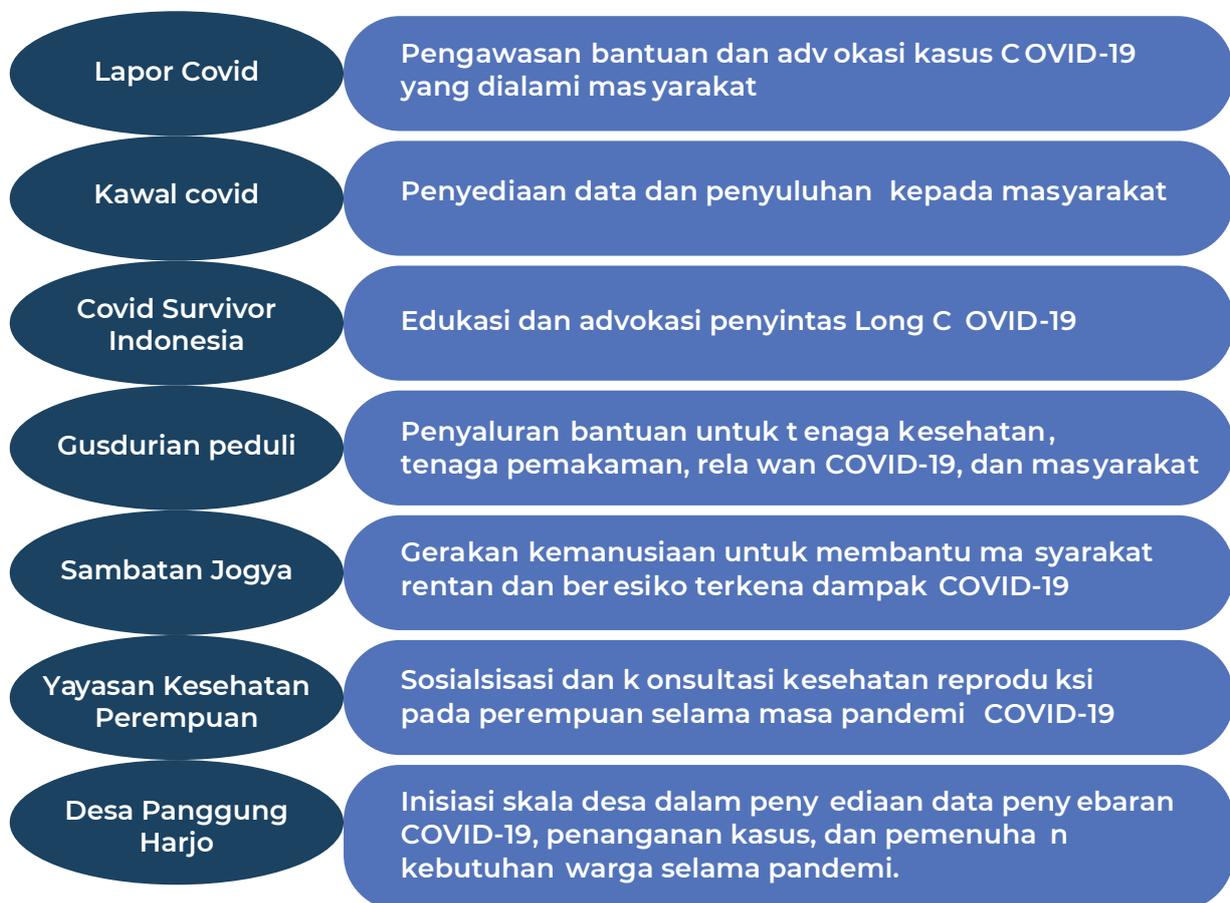
Dalam penanganan COVID-19, beberapa K/L dan institusi terlibat melalui program/kebijakan masing-masing guna mempercepat penanganan COVID-19 dan meminimalisir dampak COVID-19 secara umum. Beberapa K/L bahkan saling berkolaborasi untuk mencapai satu tujuan yang sama, namun demikian jelas terlihat ada beberapa persoalan dalam pelaksanaan kebijakan penanganan COVID-19 di Indonesia secara umum. Masing-masing K/L bergerak sendiri-sendiri, alih-alih menyatukan sumberdaya.

Dari pandemi COVID-19 ini, pemerintah perlu menarik pelajaran penting bahwa Indonesia perlu memiliki satu lembaga tersendiri yang bertugas khusus dalam menangani pandemi. Lembaga ini perlu disiapkan dengan SDM yang memadai, dilatih untuk responsif dan bergerak dengan *science-based*, serta permanen.

5.2 Inisiatif Akar Rumput Melalui Upaya Memperkuat Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan pada masa COVID-19

Pandemi COVID-19 yang menyebar dengan begitu cepat dan luas memunculkan rPandemi COVID-19 yang menyebar dengan begitu cepat dan luas memunculkan ragam inisiatif dari beragam komunitas di masyarakat (baik itu jaringan masyarakat sipil maupun komunitas di tingkat desa). Munculnya aksi kolektif kelompok masyarakat ini menunjukkan jiwa solidaritas yang cukup tinggi antara sesama masyarakat dalam menghadapi ancaman yang sama, yaitu COVID-19. Proses gotong royong dan keterlibatan masyarakat sipil ini perlu di rekognisi dan diapresiasi oleh negara kedepan, karena sangat membantu negara dalam kondisi krisis (utamanya menjaga proses demokrasi tetap berjalan, melakukan resiliensi bersama dalam pemenuhan hak warga atas jaminan layanan kesehatan yang cukup di tengah krisis, dan aksi kolektif lainnya dalam menghadapi krisis). Hal ini dapat menjadi upaya kolaborasi bersama dalam menghadapi krisis kedepannya. Ragam aksi kolektif tersebut terlihat dari beberapa hal yakni dari edukasi (aksi promoting kesehatan), penyaluran bantuan (alat kesehatan, fasilitas kesehatan, bahan pokok, hingga peti mati), mendukung penyediaan

data terkait COVID-19, bahkan advokasi kasus. Hal ini dilakukan untuk mengisi kekosongan serta memperkuat peran negara dalam penanganan pandemi ini. Terdapat tujuh inisiasi dari komunitas yang kami temukan dalam riset ini, sebagai berikut.



Gambar 4 Inisiasi Komunitas dan Perannya Selama Pandemi COVID-19

5.2.1. Lapor covid

a. Latar Belakang Berdirinya Lapor COVID-19

Latar belakang terbentuknya Lapor COVID-19 dimulai dari respon pemerintah yang kurang cakap mengenai berita menyebarnya virus di Wuhan, China pada Desember 2019. Hingga awal bulan Maret, para founder sudah melakukan pertemuan dalam merespon kebijakan pemerintah. Menurut Irma Hidayana (founder) Lapor COVID-19 menjadi koalisi masyarakat yang berfungsi untuk advokasi dan menyediakan data serta advokasi berbasis data. Layanan konsultasi adalah salah

satu celah dalam pelayanan kesehatan selama pandemi sehingga masyarakat mencari alternatif untuk melaporkan kasus yang dialami kepada Lapor COVID-19.

b. Program Lapor COVID-19

Lapor COVID-19 berperan sebagai inisiasi dari kalangan masyarakat untuk mengisi kekosongan peran pemerintah dalam mengawasi pelayanan kesehatan COVID-19 selama pandemi. Di awal, server pelaporan Lapor COVID-19 sampai down karena banyak sekali laporan yang disampaikan oleh masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat sangat membutuhkan wadah untuk menyampaikan kendala yang dihadapi dan berharap untuk segera ditindaklanjuti. Jumlah laporan yang diterima oleh Lapor COVID-19 berdasarkan keterangan Yemiko Happy adalah sebagai berikut:

“Kami pada waktu itu tiga bulan bisa mencapai 6000 laporan dibandingkan dengan sekarang. Mungkin sekarang kami dua tahun Cuma 5000 laporan. Kami di awal-awal 3000 an untuk layanan masyarakat di luar pemerintah, kami tidak sosialisasi, kami tidak punya influencer untuk menyebarkan laporan kami. Walaupun ketika kami verifikasi hanya 1181 saja yang membicarakan masalah kesehatan”. (Yemiko Happy, Lapor COVID-19)

Saat ini, terdapat beberapa program yang dilaksanakan oleh Lapor COVID-19⁷⁶. Pertama, advokasi hak santunan dan insentif untuk tenaga kesehatan. Program ini berkolaborasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan, dan Indonesian Corruption Watch (ICW) untuk mengadvokasikan hak santunan dan insentif tenaga kesehatan yang masih mengalami hambatan di dalam pendataan dan penyalurannya. Kedua, Forum Komunitas Pendukung Penyintas COVID-19 yang menjadi platform bagi para penyintas COVID-19 dengan para penyintas lainnya untuk saling mendukung dan menguatkan. Ketiga, pusara digital tenaga kesehatan Indonesia yang mengabadikan cerita dan kisah tenaga kesehatan dalam menangani pasien selama pandemi COVID-19. Keempat, lapor isu bansos yang bekerja sama dengan organisasi profesi kesehatan, dan Indonesia Corruption Watch (ICW)

76 <https://laporcovid19.org/program> (diakses pada 9 Agustus 2022)

untuk mengadvokasikan hak santunan dan insentif tenaga kesehatan yang masih mengalami hambatan di pendataan dan penyalurannya. Program kelima adalah kajian Laporan COVID-19 yang bekerja sama dengan ilmuwan dan peneliti independen untuk meningkatkan bukti dan landasan ilmiah dalam pengendalian pandemi. Keenam adalah kuliah umum pandemi seperti diskusi publik bersama para ahli.

c. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

Laporan Covid juga melakukan kerjasama dengan beberapa pemerintah daerah. Pertama pemerintah DKI Jakarta yang memberikan kesempatan koordinasi secara langsung dengan media grup whatsapp sehingga mempermudah komunikasi untuk tindak lanjut dari keluhan masyarakat yang ditemukan. Selain itu pemerintah DKI Jakarta memiliki sistem JAKI yang cukup responsif dalam merespon keluhan masyarakat. Kedua adalah pemerintah provinsi Jawa Barat dengan Jabar Digital Service (JDS). JDS adalah layanan terintegrasi bersama Laporan Covid sehingga apapun laporan masyarakat selalu terhubung dengan kami dan pemerintah langsung. Ketiga adalah pemerintah Kota Semarang dimana kami bekerjasama terkait dengan keuangan khususnya insentif, dan pengelolaan vaksin. Selanjutnya, Laporan Covid juga menjalin kerjasama dengan salah satu kabupaten di Kepulauan Riau terkait dengan pelayanan rumah sakit secara virtual.⁷⁷ Kolaborasi ini terbentuk dari inisiasi kami yang terlebih dahulu mengajak pemerintah sebagai aktor utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara bersama Yemiko happy, terdapat beberapa faktor yang membuat pemerintah terbuka untuk menjalin kerjasama. Pertama adalah iklim pemerintahan yaitu political will yang terbuka dengan isu-isu pengetahuan terutama terkait dengan wabah ini. Pemerintah memiliki kesadaran bahwa sangat sulit untuk menghadapi wabah ini sendiri sehingga membutuhkan bantuan epidemiolog dan masyarakat sipil khususnya dalam melakukan riset sebagai landasan pengambilan kebijakan. Kedua, pemerintah tidak bisa menyelesaikan sendiri. Jadi ada kesadaran yang baik, bahwa pemerintah tidak bisa berdiri sendiri sehingga mereka terbuka pada pengetahuan, saran, kritik

77 Hasil wawancara dengan Yemiko Happy, Koordinator Riset Laporan Covid (2 Juli 2022)

dan publikasi yang kita lakukan. Ketiga, pemerintah terbuka karena pemimpinnya pernah terkena COVID-19 dan merasakan bagaimana sakitnya terkena COVID-19.

“Ini unik bagi kami tetapi menjadi hal yang menarik, contohnya pada Kabupaten Bogor. Ketika Pak Bima Arya terkena covid, dia menceritakan itu dan dia tidak mau masyarakatnya terkena covid pada waktu itu. (Yemiko Happy, Lapor COVID-19)

Lebih lanjut, beberapa jenis laporan yang paling banyak diterima oleh Lapor Covid mendapatkan respon yang beragam dari pemerintah. Pertama terkait dengan pelanggaran protokol kesehatan. Untuk provinsi DKI Jakarta, respon yang diterima cukup baik karena ketika pagi laporan diterima, tindak lanjut langsung dilakukan di sore harinya. Kedua, terkait dengan bantuan sosial, sudah ditindaklanjuti dengan cukup baik namun Lapor COVID-19 belum dapat merasakan dampaknya secara langsung karena kasus tersebut terjadi di skala warga. Ketiga, laporan terkait dengan layanan kesehatan direspon dengan cukup responsif namun beberapa laporan dibalas tidak sesuai dengan ekspektasi.

“Contohnya butuh ICU, disuruh menunggu kemudian hasilnya tidak memiliki ruang ICU. Kalau balasan cukup responsif tetapi ditindak lanjuti atau tidak, kami tidak tahu. Kecuali, kami yang ngeyel, kalau kondisi pelapor sudah kritis beberapa kali kami tembus sampai ke Dinas Kesehatan”. (Yemiko Happy, Lapor COVID-19)

d. Tantangan Lapor COVID-19

Lapor COVID-19 mengalami beberapa tantangan dalam menindaklanjuti laporan dan kasus yang ditemukan. Pertama adalah beban mental dan tekanan psikis yang dirasakan ketika tidak sanggup membantu pelapor karena tidak mendapatkan fasilitas yang semestinya hingga pelapor tersebut meninggal. Kedua, respon pemerintah yang membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan respon. Lebih lanjut, tantangan yang dihadapi oleh Lapor COVID-19 adalah susah menyampaikan pengaduan karena harus melampirkan identitas pelapor. Hal ini sesuai

dengan pernyataan Yemiko Happy⁷⁸ sebagai berikut:

“Laporan dari kami itu sangat lama untuk ditindaklanjuti oleh pemerintah. Kami harus menunggu sekian bulan, mengumpulkan sekian banyak laporan, baru direspon. Kemudian Pemerintah memang memiliki layanan aduan tetapi ada beberapa hal yang cukup dilematis karena di kami diminta membuka data pribadi. Sampai teman-teman mengalami doxing, foto KTPnya di sebarkan, dan diancam”.
(Yemiko Happy, Lapor COVID-19)

5.2.2. Kawal Covid

1. Latar Belakang Terbentuknya Kawal Covid

Kawal Covid di bentuk dengan waktu yang sangat singkat dan pergerakannya sangat cepat karena inisiator memiliki kepedulian tentang wabah ini bahkan sebelum pemerintah menyatakan COVID-19 ini sebagai wabah. Hasil wawancara dengan Harry Sufehmi pada tanggal 25 Juni 2022 yang merupakan salah satu relawan Kawal Covid, menyatakan bahwa latar belakang dari berdirinya Kawal Covid ini adalah banyaknya masyarakat yang belum paham tentang pandemi ini terutama ketika fase awal. Masyarakat masih belum paham mengenai informasi dasar tentang virus dan wabah ini. Sehingga ketika pemerintah menerapkan kebijakan, masyarakat merespon dengan kaget dan gusar⁷⁹.

Peran pemerintah dalam menyediakan data dinilai belum optimal dengan komunikasi publik yang umumnya dilakukan melalui media sosial. Padahal, berdasarkan survei yang dilakukan oleh Nelson, bahwa media sosial hanya menjangkau sekitar 30% masyarakat Indonesia⁸⁰. Bahkan berdasarkan pemantauan oleh Kawal Covid, jumlah masyarakat yang mengakses sosial media sudah menurun. Sebagian besar akses terhadap media sosial berasal dari masyarakat di Indonesia bagian barat, sementara masyarakat Indonesia Timur lebih banyak menggunakan google. Sehingga banyak masyarakat yang masih kesulitan mengakses informasi yang tervalidasi kebenarannya.

78 Hasil wawancara dengan Irma Hidayana, Founder Lapor COVID-19 (25 Juni 2022)

79 Hasil wawancara dengan Harry Sufehmi, Relawan Kawal Covid (25 Juni 2022)

80 Hasil wawancara dengan Harry Sufehmi, Relawan Kawal Covid (25 Juni 2022)

Oleh karena itu sebagian masyarakat memiliki kemungkinan yang besar untuk menerima informasi yang kurang akurat, walaupun masih terdapat masyarakat yang memiliki kesadaran terkait validasi dari informasi yang diterima. Hal ini juga berkaitan dengan cepatnya persebaran informasi melalui media sosial masyarakat.

“Contohnya, ketika ada tokoh publik bilang bahwa kalung dengan minyak ekaliptus itu bisa menolak virus, itu responnya cukup cepat di medsos gitu ya menyatakan bahwa ini enggak benar atau paling nggak menuntut mana buktinya gitu.”
(Kawal Covid)

2. Program Kawal Covid

Kawal Covid menyediakan website covid untuk mendukung transparansi data sebagai acuan dalam memutuskan tindakan yang tepat⁸¹. Pada website tersebut, terdapat informasi terkait dengan jumlah kasus Indonesia saat ini yang selalu diperbarui, status vaksinasi COVID-19 saat ini, dan infografik terbaru. Lebih lanjut website Kawal Covid juga menyediakan bacaan pilihan, informasi terkini, periksa fakta, dan serial buku elektronik edukasi untuk anak-anak sebagai bahan referensi dan edukasi bagi masyarakat yang melakukan isolasi di rumah masing-masing. Penyediaan data dan informasi oleh Kawal Covid dilakukan dengan merangkul para ahli dan pakar yang ada di Indonesia bahkan dunia. Hal ini sesuai dengan pernyataan Harry Sufehmi sebagai berikut:

“Iya kita menyediakan pertama website covid. Kita mengutamakan transparansi data. Karena dari berbasis dari data itu, maka kita jadi bisa melakukan tindakan yang tepat. Jadi kita berusaha fokus salah satunya ke situ. Lalu informasi, kita juga berusaha dan kita merangkul para pakar dalam sebuah forum internal, di situ ada pakar komunikasi publik, ada pakar virus, pakar wabah dan pakar pakar lainnya Indonesia yang bahkan berada di berbagai penjuru dunia. Kita minta untuk ikut sumbangsih.” (Kawal Covid)

Kawal Covid juga memberikan layanan pengaduan pada saat awal terbentuk. Laporan diterima melalui kanal sosial media seperti twitter,

81 <https://kawalcovid19.id/> (diakses pada 10 Agustus 2022)

dan instagram. Akan tetapi setelah munculnya Laporan COVID-19, Kawal Covid menjalin kolaborasi dalam menerima serta menindaklanjuti kasus yang dialami oleh pelapor. Beberapa keluhan yang paling banyak diterima diantaranya sebagai berikut:

1. Kurangnya transparansi data terutama data dari pemda.
2. Banyak keluhan mengenai alasan *lockdown*, larangan melakukan aktivitas diluar dan beberapa aturan lainnya. Keluhan mengenai kebijakan ini terjadi karena pemahaman masyarakat mengenai situasi yang terjadi masih kurang.
3. Setelah adanya kewajiban untuk vaksin, laporan berikutnya terkait dengan lokasi vaksinasi dan jenis-jenis vaksin beserta efek atau dampak samping yang mungkin terjadi.

Peran komunitas pada akhirnya dapat membantu masyarakat dan merespon lebih cepat terhadap permasalahan yang terjadi selama masa pandemi COVID-19. Kehadiran Kawal Covid dapat membantu masyarakat untuk mengetahui data aktual seputar COVID-19. Lebih lanjut, hal ini senada dengan pernyataan Harry Sufehmi sebagai berikut:

“Jadi kita berusaha melakukan sesuatu untuk mendukung usaha melawan wabah ini. Dan ternyata memang betul menjadi wabah yang sangat serius. Dan karena itu kita merasa bahwa kemudian sepekan terjang kawan kawan komunitas tidak Cuma kawal covid punya peran yang signifikan dan sangat penting dalam melawan wabah ini”. (Harry Sufehmi, Kawal Covid)

3. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

Kawal Covid menilai semua pihak sudah merespon pandemi COVID-19 dengan baik. Terdapat berbagai inisiasi dari kalangan masyarakat seperti bergotong-royong untuk menjaga lingkungannya. Dalam merespon kebijakan isolasi dan pembatasan dari pemerintah, beberapa masyarakat di daerah melakukan patroli dan penjagaan lingkungannya. Walaupun ada beberapa kasus korban COVID-19 dikucilkan, Kawal Covid lebih banyak menerima laporan masyarakat yang saling membantu dan tolong-menolong dalam memenuhi kebutuhan satu sama lainnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Harry

Sufehmi sebagai berikut:

“Apalagi ketika delta itu siang malam, mereka saling tolong-menolong, mencari oksigen dan seterusnya. Jadi masyarakat itu memang luar biasa. Tapi tetap kalau kita bicara wabah, untuk berbagai aspek wabah ini, memang cuma pemerintah yang bisa melakukannya. Jadi sebaik apapun usaha masyarakat tetap peran pemerintah tuh vital, kalau kita bicara wabah.” (Kawal Covid)

Di sisi lain, Kawal Covid menilai bahwa puskesmas sebagai instansi kesehatan terdekat, pada dasarnya memiliki peran yang krusial dalam memberikan data akurat kepada masyarakat. Puskesmas memiliki sumberdaya yang dapat memberikan penyuluhan kepada masyarakat dalam menghadapi COVID-19. Puskesmas diyakini dapat menjadi *frontline* dalam menghadapi pandemi ini. Namun pada kenyataannya, masalah koordinasi pemerintah dan instansi yang berada di pusat dan di daerah masih menjadi tantangan.

4. Tantangan Kawal COVID-19

Dalam memberikan akses terhadap informasi seputar COVID-19, Kawal Covid menghadapi tantangan terbesar pada kelompok rentan seperti lansia dan anak-anak. Kelompok ini memiliki tingkat keterpaparan terhadap informasi cukup rendah karena akses kepada media sosial dan televisi juga kurang. Hal yang dikhawatirkan oleh Harry Sufehmi berkaitan dengan penyakit long covid yang kemungkinan dapat menyasar kelompok rentan ini. Lebih lanjut, Harry Sufehmi merekomendasikan untuk membentuk badan nasional yang memiliki otoritas dari pusat hingga daerah, sesuai dengan pernyataannya sebagai berikut:

“Tantangan terbesar adalah pada kelompok rentan seperti lansia dan anak kecil karena kemungkinan terjangkit long covid cukup besar dengan persentase 30% sampai 40%. Dan kemudian juga saya kira perlu dibentuk badan nasional yang khusus menangani penyakit menular ini, dan punya otoritas dari pusat sampai daerah, mungkin seperti center for disease control di Amerika gitu ya agar penanganan wabah selanjutnya bisa efektif.”

5.2.3. Covid Survivor Indonesia (CSI)

1. Latar Belakang Terbentuknya CSI

Covid Survivor Indonesia (CSI) dibentuk berdasarkan latar belakang founder, Juno Simorangkir sebagai penyintas long covid⁸² yang merasakan penanganan bagi pasien dengan gejala yang disebabkan oleh virus COVID-19 belum memadai dan masih belum menjadi fokus dari pakar maupun pemerintah⁸³. Juno Simorangkir juga merasakan kendala dalam mendapatkan pengobatan sesuai yang diharapkan seperti anggapan bahwa gejala yang dialami hanya penyakit biasa. Padahal, Juno Simorangkir merasakan banyak keluhan selepas dinyatakan sembuh dari COVID-19.

“Jadi saya nggak ada terkait pernapasan, tapi gejala-gejala awal yang lain saya merasakan. Nah ketika sudah dikatakan sembuh, saya malah merasakan hal-hal yang tadinya nggak saya rasakan dan itu tidak terdapat dalam literasi-literasi tentang covid manapun gitu. Sehingga ketika saya kemudian melaporkan hal ini ke dokter, dari dokter pun unfortunately, ternyata mereka juga karena nggak paham gitu ya, sehingga mereka kemudian seperti membalikkan keadaan itu kepada saya. Berkata bahwa, “Ya mungkin Masnya kepikiran, banyak pikiran kemudian terlalu stres, kesepian”, atau segala macam lah yang hal-hal sifatnya psikosomatis. Sehingga saya merasakan hal ini enggak benar.” (CSI)

Founder CSI menemukan banyak kesamaan yang dialami oleh teman-temannya terutama terkait dengan diskriminasi yang dialami di lapangan pekerjaan karena penyakit long covid. Pekerja yang sakit secara terus menerus akan merasakan penurunan kinerja yang tentunya berdampak buruk terhadap pekerjaannya. Hal ini pernah terjadi hingga karyawan tersebut di PHK (pemutusan hubungan kerja) oleh perusahaan tempat dia bekerja karena dianggap sudah sembuh dari COVID-19 namun tetap belum bekerja secara optimal.

82 Adalah kondisi pasca covid atau *post covid condition* berupa sakit yang dialami oleh beberapa mantan penderita COVID-19

83 Hasil wawancara dengan Juno Simorangkir, Founder Covid Survivor Indonesia (9 Juli 2022)

Kurangnya kesadaran dari pemerintah untuk menangani penyakit long covid juga menjadi latar belakang terbentuknya CSI. Juno Simorangkir selaku founder menyadari bahwa diskriminasi yang dialami bersama teman-temannya disebabkan oleh celah perhatian pemerintah dalam menangani pandemi COVID-19. Beberapa kondisi tersebut mendorong terbentuknya Covid Survivor Indonesia yang berawal di media sosial *facebook*. Hal ini sesuai dengan pernyataan Juno Simorangkir sebagai berikut:

“Dan saya melihat ada satu jurang yang tidak teramati oleh pakar maupun pemerintah pada saat itu. Dan kebetulan saya agak paham sedikit tentang kesehatan. Di mana ini kan penyakit virus viral disease gitu ya, viral disease biasanya memang ada post viralnya gitu. Dan ya saya melihat hal-hal ini tuh miss gitu dari orang-orang yang harusnya memiliki kapabilitas dan kompetensi untuk menangani penyakit ini. Sehingga ketika saya join di grup itu, kemudian kami banyak memiliki kesamaan, lama-lama kami berkomunikasi gitu ya.” (CSI)

2. Program CSI

Pertama, CSI menjadi wadah bagi para penyintas covid yang merasakan hal sama untuk saling berinteraksi satu sama lain. Adanya wadah untuk penyintas membagikan pengalamannya bertujuan agar mereka mendapatkan validasi terhadap apa yang dialami sehingga perasaan mendapatkan diskriminasi dapat diminimalisir. Ketika para penyintas merasa sendiri dalam menghadapi diskriminasi terutama di lingkungan kerja, akan menimbulkan pengaruh buruk terhadap pikiran dan kesehatannya. Hal ini dipengaruhi oleh rendahnya edukasi dan wawasan orang umum terhadap penyakit long covid. Oleh karena itu CSI hadir untuk kebersamai para penyintas dalam menghadapi long covid. Hal ini sesuai dengan pernyataan Juno Simorangkir sebagai berikut⁸⁴:

“Ya stigma, “Katanya udah sembuh, kenapa kok kamu sakitnya lama banget” atau segala macam. “Kamu terlalu dipikirin kali

84 Hasil wawancara dengan Juno Simorangkir, Founder Covid Survivor Indonesia (9 Juli 2022)

atau gitu-gitu ya”, padahal keadaannya itu sangat nyata. Sehingga itulah fungsi dari CSI sebagai wadah komunitas.”
(CSI)

Kedua, CSI juga aktif berperan dalam edukasi dan meningkatkan literasi terhadap long covid melalui kanal-kanal media sosial. Kanal yang digunakan diantaranya website, facebook, whatsapp, dan Instagram. Kegiatan ini bertujuan agar semakin banyak masyarakat yang mengetahui gejala penyakit long covid. Oleh karena itu CSI berharap masyarakat hingga pemerintah dan para ahli dapat memberikan perhatian lebih dalam penanganan long covid sehingga para penyintas tidak lagi mendapatkan diskriminasi.

Ketiga, kegiatan advokasi bersama lembaga masyarakat juga menjadi salah satu program yang dilakukan oleh CSI. Advokasi ditujukan terutama kepada pemerintah untuk menuntut tanggung jawab terhadap perlindungan para penderita long covid yang masih mengalami keluhan berkepanjangan serta beberapa diskriminasi di lingkungan kerja. *Keempat*, CSI bekerja sama dengan tim Lapor Covid dalam menyediakan kanal pengaduan bagi masyarakat. Tindak lanjut dari pengaduan tersebut juga dilakukan dengan kolaborasi bersama komunitas dan lembaga masyarakat lainnya.

3. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

CSI melakukan berbagai kolaborasi dengan beberapa komunitas dan lembaga masyarakat. Kolaborasi bersama Lapor Covid dilakukan untuk menerima laporan dari masyarakat terkait dengan kendala yang dialami selama masa pandemi COVID-19. Kemudian, CSI juga bekerja sama dengan lembaga masyarakat untuk advokasi masalah yang dialami oleh para penyintas COVID-19 kepada pemerintah.

CSI telah mengupayakan untuk menjalin kolaborasi bersama pemerintah namun belum ada respon positif. Pemerintah dinilai masih menutup mata terkait kasus long covid ini. Oleh karena itu, CSI melakukan beberapa mediasi dengan Kementerian Kesehatan dan Kementerian Ketenagakerjaan untuk mendiskusikan pemahaman pemerintah mengenai kondisi long covid, hingga langkah-langkah yang dilakukan dalam merespon long covid.

Disisi lain CSI menilai beberapa pemerintah sudah mulai merespon *long covid*. Salah satunya adalah Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang sudah menyediakan pelayanan long covid namun belum dapat diidentifikasi hasilnya. Oleh karena itu pemerintah seharusnya sudah memiliki kesadaran bahwa penyakit long covid dapat mempengaruhi tingkat produktivitas masyarakat dalam jangka Panjang⁸⁵.

4. Tantangan CSI

CSI memiliki tiga prioritas utama dalam merespon *trend* pasca COVID-19 atau long covid yang sudah di advokasikan hingga pada tingkat World Health Organization (WHO). Pada bulan Agustus 2020, WHO mengundang CSI untuk menyampaikan terkait dengan penyakit pasca covid ini dan menyampaikan tiga tuntutan 3R (*recognition, research, rehabilitation*).

a. Recognition

Recognition adalah kegiatan memvalidasi masyarakat yang mengalami gejala dan keluhan berkepanjangan setelah dinyatakan sembuh dari COVID-19. Validasi ini penting karena gejala ini memang nyata dan berhubungan dengan COVID-19. Kemudian hal ini penting untuk psikologis penderita dari perilaku depresi dan menyalahkan diri karena banyak pihak yang mengakui gejala ini termasuk tenaga kesehatan. Padahal sebenarnya seluruh pihak harus sadar dan mengakui adanya long covid mulai dari pemerintah hingga lingkup keluarga dan pertemanan. Sehingga penderita bisa mendapatkan penerimaan dan perhatian di lingkungannya dan tidak merasakan diskriminasi.

b. Research

Research atau penelitian sangat penting karena belum banyak yang mengetahui tentang long covid. Saat ini sudah mulai muncul beberapa penelitian namun masih belum menyeluruh dan dapat menjawab secara keseluruhan terkait dengan gejala hingga pengobatan long covid.

c. Rehabilitasi

85 Hasil wawancara dengan Juno Simorangkir, Founder Covid Survivor Indonesia (9 Juli 2022)

Rehabilitasi bertujuan untuk proses *assessment* atau identifikasi penderita long covid. Proses penyembuhan belum dapat dilakukan karena obat dan penanganannya belum ditemukan. Walaupun terdapat pasien yang sembuh, hal ini dipengaruhi oleh respon tubuh yang mana setiap orang berbeda. Oleh karena itu identifikasi diperlukan untuk menunjang penelitian dan validasi mengenai long covid di masyarakat.

CSI memiliki beberapa cara dan peluang untuk meningkatkan respon dan pelayanan long covid. Pertama adalah sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran terhadap long covid. Hal ini berkaitan dengan sosialisasi dari pemerintah yang lebih banyak mengenai bahaya covid dan menerapkan protokol kesehatan long covid. Kedua adalah membuat pusat rehabilitasi dengan konsep *one stop service for post covid condition*. Usulan ini bisa dilakukan dengan menyediakan sentral untuk identifikasi kondisi pasien setelah COVID-19. Hal ini perlu dilakukan karena sebelumnya pasien long covid dialihkan untuk pengobatan medis yang sebetulnya berbeda.

“Saya sering temukan dokter-dokter itu selalu refer pasien COVID-19 itu ke spesialis rehab medis yang sebetulnya itu misleading. Karena belum ada yang paham tentang long covid. Sehingga spesialis rehab medis hanya bisa membantu seadanya aja, dan akhirnya pasien diskriminasi. Jadi ini diperlukan pemahaman dulu, kemudian baru kita membuat suatu pusat rehabilitasi yang khusus untuk pasien long covid.”

5.2.4. GUSDURian Peduli

1. Latar Belakang Inisiasi Gusdurian Peduli

Gusdurian Peduli adalah unit kerja Jaringan Gusdurian Indonesia, yang lahir untuk melanjutkan nilai-nilai perjuangan almarhum Gus Dur di ranah kemanusiaan. Yayasan ini bertujuan untuk mengelola kerja-kerja jaringan Gusdurian Indonesia di bidang tanggap bencana, pemberdayaan sosial dan ekonomi serta pengorganisasian relawan, yang sebelumnya bernama ‘Lambung Amal Gusdurian’⁸⁶.

86 <https://gusdurianpeduli.org/> (diakses pada 11 Agustus 2022)

Latar belakang inisiasi peduli COVID-19 oleh Gusdurian adalah ketidaksiapan pemerintah, tenaga kesehatan dan masyarakat untuk menghadapi pandemi COVID-19. Pemerataan fasilitas masih minim dan sangat terlihat dampaknya ketika varian delta menyerang Indonesia. Salah satu contoh dialami oleh pasien di Pulau Sapeken, Madura. Pasien dirujuk ke rumah sakit terdekat yang ada di Pulau Kangean dengan waktu tempuh 5 jam. Pilihan lain adalah rujukan ke rumah sakit yang ada di Sumenep dengan waktu tempuh 15 jam menggunakan perahu. Sementara pemerintah tidak menyediakan layanan ambulance laut dan pasien tidak mungkin menggunakan kapal penumpang reguler atas tolakan dari penumpang lain yang takut tertular. Opsi yang paling memungkinkan adalah sewa perahu dengan biaya sewa yang tinggi yaitu 2-3 juta dari Pulau Sapeken ke Pulau Kangean. Kondisi ini banyak terjadi di pulau lainnya. Selain itu kekurangan tenaga kesehatan, oksigen, peti mati, dan masker di beberapa daerah juga masih ditemukan.

2. Program Gusdurian Peduli

Gusdurian memiliki beberapa kegiatan dan gerakan yang bertujuan untuk membantu penanggulangan COVID-19 bagi masyarakat di beberapa daerah. Gerakan ini dilakukan sebagai respon dari kurangnya fasilitas dan akses terhadap kesehatan yang dialami oleh masyarakat. Gusdurian melakukan inisiasi dalam pengadaan fasilitas khususnya ambulan di daerah timur yang tidak memiliki akses yang dekat dan cepat kepada fasilitas kesehatan. Fasilitas ini berupa ambulance laut yang dialokasikan untuk daerah kepulauan seperti Pulau Sapeken dan Pulau Kangean di Madura, Kepulauan Lembata, Tual Riau, dan Kepulauan Halmahera Utara⁸⁷. Selain itu Beberapa kegiatan tersebut sebagai berikut:

1. Relawan Gusdurian Peduli di Flores Bantu Warga Isoman

Gusdurian Peduli memberikan bantuan kepada warga yang menjadi isolasi mandiri di Larantuka, Kabupaten Flores Timur, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Bantuan diberikan berupa paket sehat dan sembako yang pada bulan September 2021. Sebanyak 100 paket bantuan diserahkan kepada Yayasan Kesehatan untuk

87 Hasil Wawancara dengan Aak Abdullah Al-Kudus, Ketua Umum Gusdurian Peduli (30 Juni 2022)

Semua (YKS). Bantuan ini sangat dibutuhkan oleh warga karena mereka tidak bisa bekerja ketika isolasi mandiri sehingga banyak yang merasa terbantu dan mengapresiasi bantuan ini⁸⁸.

2. Gusdurian Peduli Salurkan Bantuan Peti Mati Jenazah COVID-19 di Mojokerto

Gusdurian Peduli bekerjasama dengan Rumah Sakit Rekso Waluyo dan Rumah Sakit Kamar Medika Mojokerto untuk penyaluran bantuan peti mati jenazah. Bantuan peti mati ini merupakan hasil penggalangan donasi dari gerakan *#SalingJaga* melalui platform KitaBisa.com. Penyaluran bantuan dilakukan pada bulan September 2021 yang diterima langsung oleh direktur dan pengurus rumah sakit. Bantuan peti mati ini dilakukan dengan merespon kelangkaan peti mati karena jumlah korban akibat COVID-19 terus meningkat⁸⁹.

3. Gusdurian Peduli Salurkan Bantuan untuk Tenaga Kesehatan

Bantuan yang disalurkan oleh Gusdurian Peduli untuk tenaga kesehatan berupa alat pelindung diri (APD) yang terdiri atas baju pelindung, masker bedah, sarung tangan, pelindung mata, pelindung wajah, sepatu boots, dan paket imun seperti susu, vitamin, serta probiotik. Bantuan ini juga di sponsori oleh Ikatan Alumni FEB UI. Wilayah yang menerima bantuan diantaranya Kabupaten Lumajang, Probolinggo, Mojokerto, Kediri, Klaten, Boyolali, Pati, dan Purwokerto. Bantuan ini diberikan sebagai bentuk penghargaan terhadap jasa tenaga kesehatan dalam menangani COVID-19⁹⁰.

4. Gusdurian Peduli Salurkan Paket Sembako untuk Jemaat GKJ Jakarta

Bantuan dikhususkan untuk warga dan jemaat yang kurang mampu di lingkungan Gereja Kristen Jawa (GKJ) Jakarta, Rawamangun, Pulogadung, dan Jakarta Timur. Bantuan ini juga disalurkan

88 <https://gusdurianpeduli.org/kegiatan/relawan-gusdurian-peduli-di-flores-bantu-warga-isoman> (diakses pada 22 September 2022)

89 <https://gusdurianpeduli.org/kegiatan/gusdurian-peduli-salurkan-bantuan-peti-mati-jenazah-covid-19-di-mojokerto> (diakses pada 22 September 2022)

90 <https://gusdurianpeduli.org/kegiatan/gusdurian-peduli-salurkan-bantuan-untuk-tenaga-kesehatan> (diakses pada 22 September 2022)a

kepada Panti Rawinala yang sebagian besar penghuninya adalah penyandang tunanetra. Penyaluran bantuan ini bekerja sama dengan Food Cycle berupa 500 paket sembako⁹¹.

5. Gerakan Gusdurian Peduli Siap Salurkan Oksigen Konsentrator dari Djarum Foundation

Partisipasi yang diberikan oleh Djarum Foundation ini merupakan bagian dari pengadaan 1000 oksigen konsentrator di Jawa Tengah dan Yogyakarta. Serah terima dan penyaluran bantuan dilakukan pada September 2021. Bantuan berupa oksigen konsentrator ini sangat dibutuhkan oleh puskesmas di wilayah terpencil⁹².

6. Gerakan Gusdurian Peduli Anak Yatim Akibat COVID-19

Gerakan ini bertujuan untuk mendata anak-anak yatim dan piatu karena orang tuanya yang meninggal akibat pandemi COVID-19. Pendataan dapat dilakukan oleh anggota keluarga, relawan, atau masyarakat umum. Setelah proses seleksi dan verifikasi oleh tim Gusdurian Peduli, santunan akan diberikan kepada anak yang membutuhkan⁹³.

7. Gerakan Gusdurian Peduli Saling Jaga Hadapi Corona

Gerakan #SalingJaga Hadapi Corona merupakan gerakan bersama untuk membantu kebutuhan ekonomi masyarakat kecil dan pekerja sektor informal yang rentan terdampak dari pandemi COVID-19. Bantuan yang diberikan berupa kebutuhan pokok, masker, hand sanitizer, sarung tangan, dan alat pelindung diri lainnya. Gerakan ini bekerjasama dengan kitabisa.com, Benih Baik, Media Group, Gerakan Islam Cinta dan PeaceGen⁹⁴.

3. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

91 <https://gusdurianpeduli.org/akegiatan/gusdurian-peduli-salurkan-paket-sembako-untuk-jemaat-gkj-jakarta> (diakses pada 22 September 2022)

92 Lihat tautan, <https://gusdurianpeduli.org/kegiatan/gusduriana-peduli-siap-salurkan-oksigen-konsentrator-dari-djarum-foundation> (diakses pada 22 September 2022)

93 Lihat tautan, <https://gusdurianpeduli.org/gerakan/gusdurian-peduli-anak-yatim-akibat-COVID-19> (diakses pada 22 September 2022)

94 Lihat tautan, <https://gusdurianpeduli.org/gerakan/saling-jaga-hadapi-corona> (diakses pada 22 September 2022)

Gusdurian Peduli menjalin beberapa kerjasama dengan berbagai pihak dalam rangka penyaluran bantuan kepada masyarakat yang terdampak pandemi COVID-19. Pertama, kolaborasi bersama pemerintah desa dan puskesmas setempat untuk pendataan calon penerima bantuan⁹⁵. Kedua, Gusdurian Peduli menjalin kerjasama untuk penyaluran bantuan dari PT Profesional Telekomunikasi Indonesia (Protelindo), Djarum Foundation, BAZNAS RI, UID (Gajah Tunggal Group), Food Cycle, dan Ikatan Alumni Fakultas Ekonomi Bisnis Universitas Indonesia (Iluni FEB UI). Ketiga, kerjasama dengan beberapa rumah sakit dalam penerimaan bantuan seperti Rumah Sakit Rekso Waluyo dan Rumah Sakit Kamar Medika Mojokerto. Respon dari masing-masing stakeholder banyak memberikan dukungan dan masyarakat merasa terbantu dari bantuan tersebut.

Gusdurian Peduli juga melakukan kegiatan selain penyaluran bantuan di beberapa daerah. Salah satunya adalah pembangunan *shelter* yang ada di Madura yang dinamakan Compok Sehat (rumah sehat). Compok Sehat ini didirikan di beberapa tempat yang bekerjasama dengan pihak kelurahan, pemerintah desa, dan lembaga pendidikan seperti pesantren. Selain itu Gusdurian Peduli melakukan kerjasama dengan TNI Angkatan Laut untuk mengirimkan tenaga kesehatan untuk melakukan vaksinasi di Kepulauan Timur Sumenep. Lebih lanjut, Gusdurian Peduli melakukan tindakan advokasi berupa diskusi dengan satgas (satuan tugas) COVID-19⁹⁶. Beberapa hal yang ditekankan diantaranya adalah kesadaran masyarakat untuk mematuhi protokol kesehatan, sosialisasi untuk meningkatkan angka vaksinasi.

4. Tantangan Gusdurian Peduli

Gusdurian Peduli merasa bahwa mispersepsi terhadap pandemi COVID-19 menjadi tantangan dalam menjalin kolaborasi khususnya saat penyaluran bantuan. Terlepas dari respon baik sebelumnya, Gusdurian Peduli masih menemui adanya penolakan dari beberapa pihak. Sehingga pentingnya aktor atau lembaga utama yang membantu menjembatani kepada masyarakat tersebut. Hal ini terjadi ketika

95 Lihat tautan, <https://a/telegraph.id/gusdurian-peduli-salurkan-bantuan-bagi-pasien-isoman-di-polman/> (diakses pada 22 September 2022)

96 Lihat tautan, Hasil Wawancara dengan Aak Abdullaah Al-Kudus, Ketua Umum Gusdurian Peduli (30 Juni 2022)

Gusdurian Peduli bekerjasama dengan RMI NU sebagai lembaga yang menangani pondok pesantren yang berada dibawah naungan NU untuk menjembatani dengan kiai yang sebelumnya menolak kedatangan petugas dari dinas kesehatan⁹⁷. Selain itu Gusdurian Peduli juga mendorong peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai COVID-19 beserta ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan di daerah.

5.2.5. Sambatan Jogja

1. Latar Belakang Terbentuknya (SONJO)

Sambatan Jogja (Sonjo) merupakan gerakan kemanusiaan yang berfokus untuk membantu masyarakat yang rentan dan beresiko terkena dampak penyebaran COVID-19 khususnya di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Kata SONJO (Bahasa Jawa) berarti silaturahmi dan khusus untuk gerakan kemanusiaan ini SONJO adalah singkatan dari Sambatan Jogja. Sambatan adalah bentuk gotong-royong yang banyak dilakukan di daerah-daerah pedesaan di Jawa untuk membangun rumah warga/ fasilitas publik⁹⁸.

Sonjo juga menjadi sinergi pada tingkat masyarakat yang berawal dari kepedulian Rimawan Pradiptyo terhadap masyarakat yang terdampak pandemi COVID-19⁹⁹. Kelompok ini membuka keanggotaan melalui group *whatsapp* untuk menyebarkan informasi dari mulut ke mulut dengan latar belakang anggota yang beragam mulai dari akademisi, pengusaha, LSM, UMKM, kelompok masyarakat, lembaga amal zakat, BUMD, sampai BUMN¹⁰⁰.

2. Program (SONJO)

Sonjo saat ini memiliki beberapa program untuk mendukung masyarakat terkait dengan edukasi seputar COVID-19 dan penyaluran bantuan¹⁰¹. Pertama adalah Sonjo Catering, yang merupakan dukungan terhadap pelaku isoman. Program ini mempertemukan masyarakat khususnya di DIY yang membutuhkan bahan makanan dan memiliki keterbatasan untuk mendapatkannya, dengan masyarakat yang ingin membantu

97 Hasil Wawancara dengan Aak Abdullah Al-Kudus, Ketua Umum Gusdurian Peduli (30 Juni 2022)

98 <https://gamabox.id/sonjo/> (diakses pada 23 September 2022)

99 Hasil wawancara dengan Rimawan Pradiptyo, Founder Sonjo (9 Juli 2022)

100 <https://kumparan.com/kumparannews/sambatan-jogja-jejaring-kemanusiaan-di-masa-corona-1t75hWa92LW/4> (diakses pada 9 Agustus 2022)

101 <https://sonjo.id/> (diakses pada 10 Agustus 2022)

dalam hal tersebut.

Kedua, Sonjo menyediakan informasi terkait dengan intensifikasi vaksinasi, data ambulans di D.I. Yogyakarta, melalui kanal sosial media seperti website, Instagram, dan grup whatsapp. Lebih lanjut, Sonjo juga memberikan edukasi seputar pola hidup sehat dalam merespon COVID-19. Terdapat 3 acara webinar yang dilakukan, di antaranya SONJO Angkringan untuk memecahkan masalah yang dihadapi oleh anggota SONJO, SONJO Migunani yang membahas tentang kemampuan dan pengalaman antar anggota SONJO, dan terakhir SONJO *Solidarity Journey* yang berisi tentang berbagi pengalaman dan praktik SONJO serta keberhasilan Bantul ke dunia Internasional. Selain itu, SONJO memiliki program kerja yang terdiri dari 7 program ekonomi dan 13 program Kesehatan¹⁰².

Ketiga, program SONJO dimaksimalkan melalui platform whatsapp grup yang sudah mencapai lebih dari 500 anggota per tanggal 22 Juni 2020. Semua WAG yang dibuat memiliki peran masing-masing. Pertama, SONJO Headquarter yang menampung semua anggota grup SONJO. Kedua, adalah SONJO Database yang merupakan pusat admin dan database untuk mendukung gerakan SONJO. Ketiga ada SONJO Pangan yang berfokus pada upaya mengatasi masalah pemenuhan atau kebutuhan pangan di DIY. Keempat, SONJO Inovasi yang berfokus pada upaya membangun prototipe alat kesehatan yang sebelumnya harus diimpor agar bisa diproduksi di dalam negeri. Dalam grup ini berkumpul mereka yang berasal dari Fakultas Kedokteran, Fakultas Farmasi, Teknik dan MIPA untuk bersatu lalu kemudian memikirkan alat apa yang harus diproduksi sehingga dibuat inovasinya dalam jangka pendek. Kelima, SONJO Legawa yang berfokus mengorganisasi lembaga-lembaga sosial untuk mengoptimalkan penyaluran bantuan kemanusiaan. Grup ini merupakan kumpulan dari lembaga-lembaga kemanusiaan¹⁰³.

3. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

Secara garis besar, SONJO menjalin kerjasama atau kolaborasi dengan

102 <https://feb.ugm.ac.id/id/berita/3481-sonjo-rasa-kemanusiaan-dalam-keterpurukan> (diakses pada 23 September 2022)

103 <https://ugm.ac.id/id/berita/19665-sonjo-upaya-kemanusiaan-di-tengah-pandemi-COVID-19> (diakses pada 23 September 2022)

berbagai pihak, dan berbagai kalangan. Ketika satu bulan pertama Bapak Budi Gunadi menjadi Menteri Kesehatan RI, SONJO melakukan pertemuan bersama dengan *platform zoom meeting*. Pertemuan tersebut mendiskusikan berkaitan dengan permasalahan yang sedang dihadapi¹⁰⁴. Lebih lanjut, SONJO juga melaksanakan programnya dengan menggalang dana bagi para anggota. SONJO juga mempertemukan kebutuhan masyarakat untuk terkoneksi dengan beberapa instansi yang menjadi lembaga asal anggota Sonjo. Instansi di sini meliputi rumah sakit, tenaga kesehatan, LSM, akademisi, pengusaha, kelompok masyarakat, UMKM, BUMN, BUMD, dan lain-lain.

4. Tantangan (SONJO)

Dalam melaksanakan semua programnya, Sonjo mengutamakan kesadaran yang muncul dari setiap anggota yang bergerak dalam membantu masyarakat lainnya selama masa pandemi COVID-19. SONJO menilai bahwa gerakan kolaboratif dari masyarakat harus mendapatkan respon yang baik dari berbagai pihak khususnya pemerintah. Disamping itu, SONJO menyadari bahwa Pandemi COVID-19 dapat memperlihatkan bahwa masyarakat juga bisa berdampak.

“Pandemi membuka mata kita bahwa kekuatan masyarakat bisa dimanfaatkan untuk mengembangkan kesehatan masyarakat di bawah. Itu yang kami kembangkan di Sonjo”.

(Rimawan Pradiptyo, Founder Sonjo)

5.2.6. Yayasan Kesehatan Perempuan

1. Latar Belakang Inisiasi YKP

Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) adalah lembaga sosial/nirlaba yang didirikan pada tanggal 19 Juni 2001 di Jakarta oleh para aktivis yang peduli terhadap kondisi kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia dengan cara merespon langsung berbagai isu seputar kesehatan reproduksi dan hak-hak seksualitas perempuan yang saat ini dianggap kontroversial¹⁰⁵.

Yayasan Kesehatan Perempuan melakukan beberapa inisiasi dalam merespon penanganan terhadap pandemi. YKP melihat bahwa

104 Hasil wawancara dengan Rimawan Pradiptyo, Founder Sonjo (9 Juli 2022)

105 <https://ykp.or.id/profil/> (diakses pada 22 September 2022)

pandemi sangat menakutkan, sehingga berdampak pada pelayanan kesehatan reproduksi menurun. Pertama, pelayanan berkaitan dengan Keluarga Berencana (KB) dan alat kontrasepsi sangat menurun. Hal ini disebabkan oleh puskesmas atau fasilitas layanan kesehatan mengutamakan penanggulangan COVID-19.

Kedua, masyarakat yang seharusnya melakukan pengecekan atau pemasangan alat kontrasepsi, menolak untuk mendatangi puskesmas karena takut tertular COVID-19. Sehingga pada akhirnya terjadi tren kenaikan angka kehamilan yang tidak direncanakan semasa pandemi COVID-19¹⁰⁶. Disisi lain YKP menyayangkan pernyataan dari Kementerian Kesehatan untuk bersiap terhadap kehamilan yang tidak direncanakan ini karena dampak jangka panjangnya.

“Itu menurut saya simplikasi (menyederhanakan permasalahan) dari bertambahnya kelahiran. Karena pada dasarnya penambahan kelahiran itu dampaknya tidak hanya kesehatannya saja. Berarti pemerintah harus menyediakan lebih banyak sekolah, harus lebih menyediakan pendidikan, harus memperhatikan masalah yang berkaitan dengan kesejahteraan masyarakat pada umumnya”. (YKP)

Kurangnya perawatan terhadap ibu hamil saat masa pandemi juga menjadi latar belakang inisiasi yang dilakukan oleh YKP. Sosialisasi tentang hal yang harus dilakukan oleh ibu hamil jika merasakan gejala tertentu sangat kurang. Sehingga dalam beberapa kasus, ibu hamil yang mendatangi puskesmas sudah dalam kondisi yang parah. Pelayanan jarak jauh berupa telepon dari rumah sakit juga dinilai masih kurang untuk bisa menjawab kendala yang dialami selama masa pandemi COVID-19.

2. Program YKP

Merespon kondisi dimana perempuan menjadi kelompok rentan, YKP melakukan beberapa program dengan tujuan untuk memberikan sosialisasi kepada perempuan terutama ibu-ibu hamil tentang apa yang harus dilakukan selama masa pandemi COVID-19. Pertama, YKP menyediakan link konsultasi yang dapat diakses oleh masyarakat

khususnya perempuan dengan tujuan untuk mendapatkan informasi seputar penanganan kondisi perempuan. Konsultasi via online ini dilakukan sebagai respon susahnya mengunjungi puskesmas secara langsung dan berkonsultasi dengan dokter secara langsung.

Kegiatan kedua yang dilakukan oleh YKP berupa sosialisasi kepada ibu-ibu hamil tentang apa yang harus dilakukan ketika mengalami gejala tertentu selama di rumah saat masa pandemi COVID-19. Sosialisasi ini juga dilakukan melalui kanal-kanal sosial media YKP seperti website, instagram, facebook, dan twitter. Tujuan sosialisasi ini agar masyarakat khususnya perempuan dan ibu hamil tetap memperhatikan aspek kesehatan lainnya di samping COVID-19.

3. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

YKP banyak melakukan kolaborasi beberapa pihak dalam melaksanakan programnya yang sudah terjalin sebelum pandemi COVID-19. Pertama, bersama pemerintah khususnya Bappenas dan Kementerian Perempuan dan Anak, YKP kerap diundang dalam beberapa rapat untuk berdiskusi perihal isu-isu yang sedang terjadi. YKP dan LSM lainnya juga terlibat dalam beberapa rapat mengenai RPJMN. YKP menilai bahwa inisiatif ini memperlihatkan respon yang baik oleh pemerintah atas keberadaan lembaga sosial masyarakat. Saat masa pandemi COVID-19, YKP berkolaborasi bersama LSM dengan tujuan yang relevan untuk melaksanakan sosialisasi berupa webinar.

4. Tantangan YKP

YKP menilai bahwa untuk memberikan sosialisasi kepada masyarakat khususnya perempuan tentang kesehatan dibutuhkan kolaborasi bersama semua aktor dan stakeholder yang terlibat. Puskesmas dinilai memiliki peran yang besar karena berada dekat dengan masyarakat. Selain itu, tenaga kesehatan juga harus masuk di tengah masyarakat untuk memberikan pelayanan. Sosialisasi adalah tahapan yang sangat krusial karena memberikan informasi mendasar namun berdampak besar seperti cara hidup bersih bagi perempuan, dan cara menjaga kesehatan reproduksi. Selain dengan tenaga kesehatan, kolaborasi juga bisa dilakukan dengan pemerintah, dalam hal ini Bappenas dan Kementerian Perempuan dan Anak. Kementerian Pemuda dan Olahraga

juga dinilai memiliki peran untuk memanfaatkan peran remaja di lingkungan masyarakat sebagai kader sosialisasi kepada teman sebaya dan orang disekitarnya¹⁰⁷.

5.2.7. Desa Panggungharjo

1. Latar Belakang Inisiasi Desa Panggungharjo

Desa Panggungharjo merupakan salah satu desa yang ada di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Desa ini merespon datangnya COVID-19 dengan sangat cepat. Terhitung dari dua minggu setelah presiden mengumumkan kasus COVID-19 pertama, pemerintah desa kemudian sudah mendirikan 1 gugus tugas dalam rangka untuk melakukan penanganan terhadap dampak covid. Inisiasi ini dilakukan dalam rangka mendukung pemerintah pusat dalam menghadapi COVID-19 serta membantu masyarakat di Desa Panggungharjo. Adanya kesenjangan dalam respon warga desa, membuat pemerintah desa cepat tanggap terhadap penanganan COVID-19. Hal ini dipengaruhi oleh adanya golongan warga yang percaya, dan tidak percaya dengan COVID-19 sehingga respon yang diberikan juga beragam seperti panik hingga sangat abai dan tidak mengacuhkan himbauan yang ada.

2. Program Desa Panggungharjo

Dalam rangka untuk penanganan terhadap dampak covid, Desa Panggungharjo menginisiasi beberapa macam program, diantaranya:

a. Modul kerangka kerja pada masa Pandemi COVID-19.

Pemerintah Desa Panggungharjo mengembangkan 2 modul, yaitu modul lapor dan modul dukung. Modul lapor digunakan sebagai saluran untuk warga desa melaporkan kondisi mereka. Selanjutnya, dari laporan itu dilakukan kategorisasi aspek terdampak, yang kemudian diketahui bagaimana dampak yang dirasakan oleh warga desa, tidak hanya dampak klinis tetapi juga dampak ekonomi dan juga dampak sosial. Kemudian, pemerintah desa melakukan kategori resiko, sehingga dapat diidentifikasi warga desa yang terdampak secara klinis beresiko tinggi, beresiko sedang maupun rendah. Termasuk dampak ekonomi apa yang

107 Hasil wawancara dengan Zumrotin K Susila, Ketua Yayasan Kesehatan Perempuan (11 Juli 2022)

sangat rentan, rentan, cukup rentan dan tidak rentan. Langkah selanjutnya adalah menentukan kategorisasi untuk intervensi bagi masyarakat yang terdampak. Jadi kalau yang bersangkutan terdampak klinis dg resiko tinggi maka yang kita lakukan adalah asistensi klinis, jika resiko sedang monitoring klinis, jika rendah edukasi klinis.

Di sisi yang lain, pemerintah desa juga mengembangkan modul dukung untuk mengidentifikasi sumberdaya yang ada di masyarakat. Sumber daya ini akan dikonsolidasi untuk bersama-sama bisa digunakan dalam rangka untuk melakukan penanganan terhadap dampak COVID-19 itu. Hal yang diidentifikasi diantaranya jumlah relawan professional yang bisa terlibat, jumlah relawan non-professional dan sumberdaya yang lain seperti keuangan, sumberdaya tenaga maupun barang yang bisa digunakan secara bersama-sama dalam rangka untuk melakukan penanganan COVID-19¹⁰⁸.

b. Membentuk Satgas COVID-19 tingkat RT

Pemerintah desa membentuk 9 tim yang memiliki peran pada bidang administrasi, keuangan, data dan informasi, relawan untuk penanganan dampak klinis serta penanganan dampak ekonomi maupun dampak sosial. Selain itu pemerintah desa sepakat membentuk satgas COVID-19 tingkat RT yang lebih solid. Satgas COVID-19 ini dibentuk bukan berdasar pada 'percaya' atau 'tidak percaya', namun atas dasar kemanusiaan. Tugas satgas COVID-19 ini seperti ozonisasi, *fogging* desinfektan di rumah pasien dan warga, memantau kondisi kesehatan, dan memenuhi kebutuhan harian pasien dengan makanan dan vitamin. Hal itu dilakukan sebagai bentuk darma bakti pemerintah desa kepada pasien maupun keluarga pasien¹⁰⁹.

c. Bantutanggung.com

Dalam menyikapi situasi pandemi COVID-19, Wahyudi Anggoro Hadi sebagai Lurah Desa Panggungharjo berkoordinasi dengan

108 Hasil wawancara dengan Wahyudi Anggoro, Kepala Desa Panggungharjo (8 Juli 2022)

109 <https://www.panggungharjo.desa.id/selayar-pesan-singkat-di-hotline-bantutanggung-com/> (diakses pada 23 September)

Pemerintah Kapanewon Sewon menginisiasi situs *bantultanggung.com* untuk penapisan dan pemantauan kesehatan harian pasien positif, pasien terduga Corona, maupun pasien kontak erat. Situs tersebut adalah hasil inovasi dari Pemerintah Desa Panggungharjo untuk memantau kesehatan warga desanya¹¹⁰.

d. Pasardesa.id

Pemerintah Desa Panggungharjo menginisiasi satu *platform e-commerce skala desa yang namanya pasardesa.id*. Inisiasi ini sebagai bentuk dukungan terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan melalui pendekatan program padat karya sumberdaya desa dalam rangka untuk memberikan sumber penghidupan untuk sebagian warga desa yang terpengaruh sumber penghidupannya karena pandemi. Pasardesa.id ini berperan dalam stabilisasi rantai pasok sekaligus untuk mempertemukan sebagian warga desa yang masih punya daya beli dengan sebagian warga desa lain yang memiliki barang-barang persediaan yang sementara tertahan karena adanya pandemi.

Lebih lanjut, pemerintah desa juga memfasilitasi, dan memberikan akses bagi warga untuk bisa berbelanja di platform pasardesa.id dengan biaya yang dicover oleh pemerintah desa. Sehingga warga bisa menjalani masa karantina dengan tenang karena kebutuhan mereka selama masa karantina dapat terpenuhi secara baik, karena mereka berbelanja gratis di platform pasardesa.id¹¹¹.

e. Shelter Tanggon

Pemerintah Desa Panggungharjo memiliki 3 strategi utama dalam merespon tingginya kasus positif COVID-19, yaitu merawat yang sakit, membantu keluarga yang sakit dan melindungi kelompok rentan. Dari pendekatan itu kemudian Pemerintah Desa Panggungharjo mendirikan shelter tingkat desa di desember 2020, dalam rangka untuk membantu, menyiapkan ruang perawatan yang bisa jadi sewaktu-waktu dibutuhkan bila nanti ada ledakan kasus. Shelter itu bernama Shelter Tanggon. Lokasi shelter tersebut di

110 <https://www.panggungharjo.desa.id/selayar-pesan-singkat-di-hotline-bantultanggung-com/> (diakses pada 23 September)

111 Hasil wawancara dengan Wahyudi Anggoro, Kepala Desa Panggungharjo (8 Juli 2022)

Eks-SMK Negeri 2 Sewon. Pada masa varian delta ini, Pemerintah Desa Panggungharjo membuka 1 shelter baru dengan kapasitas 50 tempat tidur¹¹².

f. Assessment kondisi masyarakat melalui aplikasi

Aplikasi monitoring kesehatan harian di Desa Panggungharjo pada awalnya hanya digunakan untuk pemetaan pola persebaran kasus. Setelah tingginya kasus COVID-19 pada gelombang delta, aplikasi ini dimanfaatkan untuk mengidentifikasi masyarakat. Ada 12 pertanyaan dan 4 tanda-tanda vital dalam rangka untuk melakukan asesmen klinis. Dari pertanyaan itu kemudian Pemerintah Desa Panggungharjo bisa mengkategorisasi, warga yang sakit apakah memiliki gejalanya berat, sedang, ringan atau tanpa gejala. Untuk yang bergejala berat dan sedang, secara otomatis Pemerintah Desa Panggungharjo masukkan dalam daftar tunggu di shelter kabupaten atau rumah sakit daerah. Sehingga mereka bisa memiliki kepastian kira-kira kapan akan menjalani perawatan di rumah sakit atau di shelter kabupaten.

Lebih lanjut, untuk masyarakat yang bergejala ringan dan OTG petugas melakukan asesmen non-klinis untuk menghitung, mengukur terkait dengan daya dukung sosial ataupun kondisi sosial lingkungan dimana dia tinggal. Data tersebut kemudian berguna untuk menentukan apakah yang bersangkutan bisa menjalani karantina di rumah atau harus melakukan karantina di shelter desa. Asesmen sosial atau asesmen non klinis ingin mengukur daya dukung sosial, apakah masyarakat sekitar juga memberikan dukungan kepada orang yang sakit jika dia menjalani karantina di rumah.

g. Menyebarkan informasi melalui *whatsapp group*

Pemerintah desa menyediakan empat *whatsapp group* yang dikelola oleh PSID (Pengelola Sistem Informasi Desa) Panggungharjo. Grup ini beranggotakan masyarakat desa, pemerintah desa, dan tenaga

112 <https://www.panggungharjo.desa.id/dibalik-layar-penanganan-pandemi-COVID-19/> (diakses pada 23 September)

kesehatan. Semua informasi terkait penanganan COVID-19 dan vaksin di Desa Panggungharjo disebarakan melalui grup ini. Pada tahun 2021 khususnya sebelum varian delta menyerang, Pemerintah Desa Panggungharjo merilis data kasus, infografis, setiap hari. Saat periode lebaran datang, Pemerintah Desa Panggungharjo juga menambahkan satu informasi tambahan terkait dengan peraturan terbaru perjalanan terkait dengan para pemudik¹¹³.

3. Kolaborasi dan Respon Stakeholder

Pemerintah Desa Panggungharjo melakukan kerjasama dengan beberapa instansi dan masyarakat. Pertama, untuk tracking data jumlah kasus dan ketersediaan tempat tidur, pemerintah desa berkolaborasi bersama puskesmas, laporan ketua RT/RW, ketua satgas tingkat RT/RW, dan situs Bantutanggunguh.com. Kedua, pemerintah desa juga berkolaborasi dengan Forum Pengurangan Risiko Bencana (FPRB) Kelurahan Panggungharjo untuk membantu dalam melaksanakan pemakaman, menggantikan petugas medis yang sudah lelah dengan kegiatan mengunjungi pasien, dan membantu menyuplai makanan bagi para pasien di pagi harinya. Keberhasilan inisiasi desa juga tidak terlepas dari dukungan perangkat desa, dan lembaga-lembaga desa. Di Desa Panggungharjo sendiri memiliki 11 lembaga yang bergerak bersama dalam menghadapi COVID-19.

Kolaborasi bersama masyarakat desa juga menjadi faktor yang berperan dalam ketanggapan Desa Panggungharjo saat merespon COVID-19. Warga dan pemerintah desa menyalurkan bantuan sebanyak 8000 paket sembako. Bantuan tersebut berasal dari dana desa dan iuran warga serta pihak lain yang turut membantu. Selain membantu dalam hal sembako, partisipasi masyarakat khususnya anak muda dan ibu-ibu juga berperan besar dalam melaksanakan setiap program yang diinisiasi oleh desa. Kelompok perempuan yang tergabung dalam PKK Desa memberikan pendampingan bagi anak-anak yatim yang ditinggalkan orang tua nya akibat COVID-19 melalui gerakan ibu peduli.

“Mereka membantu mitigasi khususnya untuk anak-anak yang menjadi yatim/piatu karena pandemi. Di panggungharjo

113 <https://www.panggungharjo.desa.id/dibalik-layar-penanganan-pandemi-COVID-19/> (diakses pada 23 September)

ada 2434 kasus, 85 gugur, 20 diantaranya meninggalkan anak yatim, sehingga di Panggunharjo ada sekitar 38 anak yatim yang baru. (Kepala Desa Panggunharjo)

4. Tantangan Desa Panggunharjo

Dalam menanggulangi dampak dari pandemi COVID-19, Desa Panggunharjo mengalami kekurangan sumber daya manusia pada sektor pendataan dan informasi. Angka kasus yang semula hanya di bawah sepuluh pun melonjak menjadi puluhan kasus. Cukup membuat kewalahan petugas data yang hanya satu orang. Hal ini juga disebabkan dengan data yang dikumpulkan bukan hanya data angka saja, melainkan data yang lebih mendetail, seperti nama lengkap, usia, alamat administratif, alamat domisili, dan lokasi isolasi. Tugas petugas data pun merangkap berbagai pekerjaan, dimulai dari mulai *input* data, rekap data, pelaporan data, hingga pembuatan infografis. Pada akhirnya pemerintah desa membuka relawan untuk pendataan.

Tantangan selanjutnya adalah mendorong kelompok-kelompok sosial dan tokoh masyarakat untuk segera menyusun satu pranata sosial baru. Hal ini disebabkan karena beberapa aturan, kesepakatan maupun pranata sosial yang dulunya disepakati itu sudah tidak lagi relevan. Kemudian dibutuhkan juga pengaturan untuk hal-hal yang dulunya tidak pernah ada kesepakatan, seperti tata cara menerima tamu dan sebagainya. Berkat dorongan dari pemerintah desa, kelompok dan tokoh masyarakat itu sudah menyepakati tentang berbagai aturan seperti penyelenggaraan kegiatan keagamaan, penyelenggaraan kegiatan kebudayaan dan kegiatan sosial lain. Aturan tersebut juga termasuk dengan tata cara menerima tamu, sehingga itu kemudian melahirkan kepatuhan sosial¹¹⁴.

114 Hasil wawancara dengan Wahyudi Anggoro, Kepala Desa Panggunharjo (8 Juli 2022)





VI. PENGUATAN KETANGGUHAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL PASCA PANDEMI

Reformasi sistem kesehatan nasional mendesak dilakukan untuk menyediakan layanan kesehatan berkualitas tinggi. Layanan kesehatan yang berkualitas melibatkan perawatan yang tepat, pada waktu yang tepat, menanggapi kebutuhan dan preferensi pengguna layanan, serta meminimalkan bahaya dan pemborosan sumber daya. Terdapat lima elemen dasar yang harus dipenuhi untuk memberikan layanan kesehatan yang berkualitas, yaitu SDM kesehatan, fasilitas kesehatan, obat-obatan, perangkat dan teknologi lainnya, sistem Informasi, dan pembiayaan. Untuk memastikan sistem kesehatan yang berkualitas, kolaborasi antar-*stakeholder* diperlukan untuk: a) memastikan tenaga kesehatan berkualitas tinggi; b) memastikan keunggulan di semua fasilitas perawatan kesehatan; c) memastikan penggunaan obat-obatan, perangkat dan teknologi lainnya secara aman dan efektif; d) memastikan penggunaan sistem informasi kesehatan secara efektif; dan mengembangkan mekanisme pembiayaan yang mendukung peningkatan kualitas yang berkelanjutan¹¹⁵.

115 Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6.1 Memperkuat Saluran Komunikasi Kesehatan sebagai upaya *Promoting-Preventing-Educating*



Sumber: Kominfo.go.id, 2021

Gambar 5 Grand Strategi Pemerintah dalam Penanganan COVID-19

Peran komunikasi kesehatan oleh yang efektif sangat penting dan dibutuhkan dalam upaya mempromosikan (promoting) kebijakan kesehatan, pencegahan (preventing) sebaran penyakit dan mengedukasi (*educating*) pengendalian pandemi-19 ataupun menghadapi situasi krisis. Efektifitas tersebut dapat dilihat dari peningkatan health literacy dari masyarakat dalam tindakan pencegahan maupun pengendalian. Walaupun pemerintah telah memiliki grand strategi dalam penanganan COVID-19 (lihat Gambar 4), strategi tersebut tidak akan berjalan efektif tanpa komunikasi kebijakan yang konsisten. Konten dan penyampaian materi komunikasi, informasi, edukasi (KIE) yang disampaikan

juga perlu mempertimbangkan kebutuhan kelompok rentan (disabilitas, orang lanjut usia, anak-anak, dan masyarakat yang tidak memiliki akses internet)¹¹⁶.

“Komunikasi kebijakan dan risiko yang efektif menjadi sangat penting dalam membangun kewaspadaan, literasi, dan persepsi risiko. Dengan begitu, setiap pihak tahu tugas masing-masing dalam penanganan wabah. Bukan hanya penyampaian kepada masyarakat, tapi kepada kementerian/lembaga, sektor-sektor dan hingga level pemerintah daerah bahkan desa.” (Epidemiolog)¹¹⁷

Edukasi kesehatan merupakan proses yang panjang dan tidak bisa dilakukan hanya satu arah. Pandemi COVID-19 memperlihatkan sistem edukasi kesehatan yang hanya mengandalkan aliran informasi dari atas ke bawah gagal mencapai tujuannya. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya masyarakat yang melanggar protokol kesehatan dan melakukan protes ketika ada kebijakan pengetatan sosial berskala besar diberlakukan¹¹⁸. Kejadian seperti itu tidak akan terjadi jika pengetahuan dasar mengenai virus dan wabah terdistribusi kepada masyarakat.

Temuan lain adalah dibutuhkannya saluran-saluran komunikasi dari bawah ke atas atau dari masyarakat ke pemerintah baik dalam skala desa, kabupaten, provinsi hingga nasional. Dibukanya saluran komunikasi oleh pemerintah memungkinkan komunikasi dua arah antara warga negara dan pemerintah¹¹⁹. Hal tersebut memungkinkan masyarakat menyampaikan kebutuhan mereka. Selain itu pemerintah juga dapat menjangkau seluruh warga termasuk kelompok-kelompok rentan sehingga program promotif, dan preventif bisa berjalan dengan lebih maksimal.

6.2 Penyediaan Layanan Kesehatan melalui Fasilitas Telemedicine

Kehadiran layanan *telemedicine* di Indonesia merupakan salah satu jawaban bagi seluruh masyarakat dan kelompok rentan dengan keterbatasan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan. Pemanfaatan layanan *telemedicine* menjadi pilihan prioritas bagi para pasien isoman. Melalui layanan ini, dokter

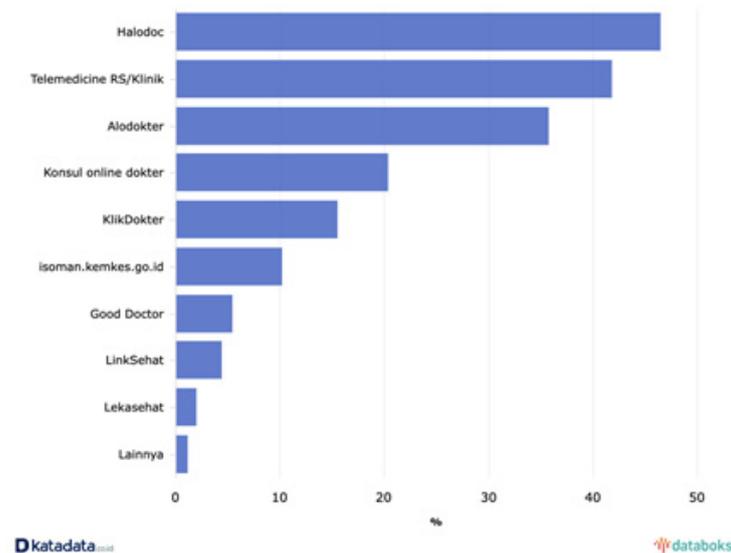
116 https://covid19.go.id/storage/app/media/Hasil%20Kajian/2021/Februari/Buku%20Studi%20Pembelajaran%20Penanganan%20COVID-19_BAPPENAS.pdf

117 Diskusi pakar tim peneliti INFID dengan dr. Dicky Budiman secara daring pada 01 Juli 2022

118 Wawancara Harry Sufehmi, KawalCovid19, 29 Juni 2022.

119 Wawancara Yemiko Happy Nandatama, LaporCovid19, 2 Juli 2022.

bisa mengidentifikasi pasien berdasarkan hasil konsultasi, untuk selanjutnya dilakukan penanganan berdasarkan kondisi pasien.



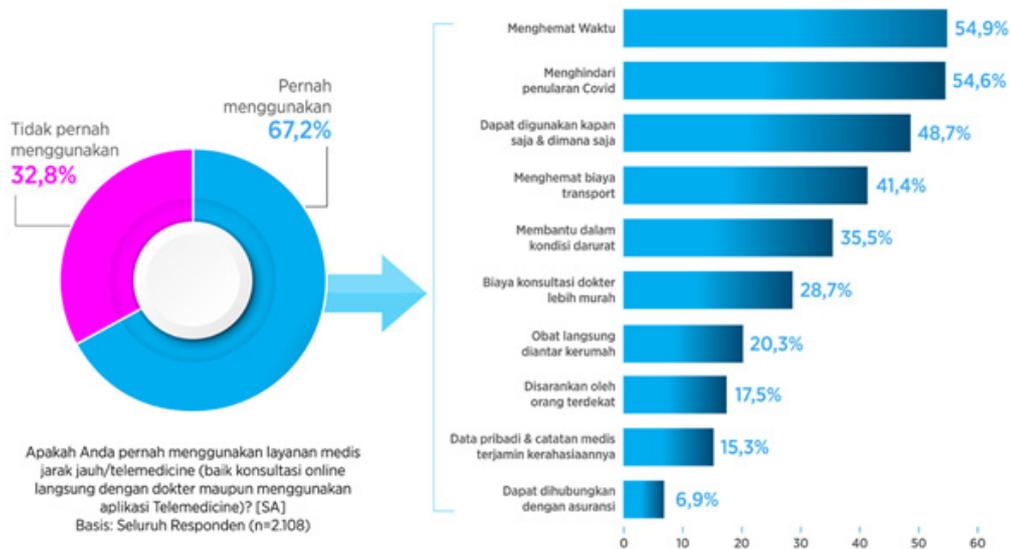
Sumber: Katadata Insight Center (2022)

Gambar 6 Survei Layanan Telemedicine Yang Paling Banyak Digunakan di Indonesia Pada Tahun 2022

Di masa pandemi, pelayanan telekonsultasi tumbuh, semakin diminati dan terus mengalami peningkatan. Berdasar Katadata Insight Center (2022) menunjukkan penggunaan aplikasi swasta lebih banyak digunakan ketimbang aplikasi yang disediakan oleh pemerintah (Lihat Gambar 6)¹²⁰. Hal ini menunjukkan layanan telemedis oleh pemerintah dirasa kurang populer bagi pengguna dan kurang diketahui oleh publik. Terkadang juga penggunaanya butuh proses pendaftaran yang cukup sulit dan susah dipenuhi pada situasi darurat¹²¹.

120 <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2022/04/07/layanan-telemedicine-yang-paling-banyak-digunakan-di-indonesia-apa-saja>

121 Hasil observasi peneliti pada layanan Komen (Konsultasi Medis Online) milik Kemenkes yang dapat diakses pada tautan <https://komen.kemkes.go.id/v2/index.php/daftar>



Sumber: katadata Insight Center

Gambar 7 Survey Kepuasan Konsumen dalam Menggunakan Layanan Telemedicine

Dari 2.108 orang responden, mengatakan bahwa manfaat yang didapat oleh konsumen dengan penggunaan telemedicine yang paling utama yakni sangat menghemat waktu, menghindari penularan covid, dapat digunakan kapan & dimana saja, menghemat biaya transport, membantu dalam kondisi darurat, biaya konsultasi dokter murah (Lihat Gambar 7)¹²². Berdasarkan dua data diatas dapat disimpulkan bahwa semakin mendesak bagi pemerintah untuk pengembangan dan optimalisasi layanan telemedicine yang efektif kedepan.

6.3 Transisi ke Endemi & Memperkuat Tata Kelola Anggaran Kesehatan Nasional

6.3.1 Transisi Pandemi ke Endemi

Per 18 mei 2022, pemerintah mulai melonggarkan aturan pembatasan terkait pencegahan pandemi covid 19. Hal ini terlihat dari pelonggaran penggunaan masker ketika di luar ruangan, serta penghentian kebijakan penggunaan antigen dan PCR untuk perjalanan domestik maupun luar negeri bagi mereka yang telah di vaksin dosis lengkap. Pelonggaran langkah awal indonesia memasuki masa transisi dari pandemi ke endemi covid 19.

¹²² Katadata Insight Center (KIC) 2022 dalam edisi khusus "dua tahun pandemi di Indonesia" dapat diakses pada tautan <https://katadata.co.id/duatahunpandemi>

Masa Transisi pandemi ke endemi merupakan masa sebuah negara mampu mengendalikan penyakit menular. Pemerintah Indonesia memiliki 5 indikator dalam transisi pandemi ke endemi¹²³, yakni:

1. Laju penularan harus kurang dari 1
2. Angka positivity rate harus kurang dari 5 persen
3. Tingkat perawatan rumah sakit harus kurang dari 5 persen
4. Angka fatality rate harus kurang dari 3 persen
5. level PPKM berada pada transmisi lokal level tingkat 1

Kelima indikator tersebut berlangsung antara 3-6 bulan, untuk menjadi syarat pandemi menuju endemi oleh pemerintah Indonesia. Hal selanjutnya ditekankan juga agar pemerintah tidak terburu-buru mengarahkan dari pandemi ke endemi¹²⁴. Beberapa negara sedang merumuskan transisi menuju pandemi terkendali, epidemi, dan endemi. Walau memiliki target transisi ke endemi, perubahan status pandemi ke endemi adalah kewenangan WHO. Sehingga negara seharusnya lebih fokus pada pengendalian pandemi terlebih dahulu dengan mengendalikan: tingkat rawat inap dan kematian, beban sistem kesehatan, jumlah kasus baru, positivity rate, pemerataan vaksinasi, sistem kebijakan, perilaku masyarakat, dan pengobatan baru¹²⁵.

...masalah dalam penanganan Pandemi COVID-19 ini diantaranya yaitu belum optimalnya deteksi dini dan pencegahan, belum memadai kapasitas faskes saat krisis, potensi penurunan kualitas layanan kesehatan, belum optimalnya koordinasi dan monitoring, belum konsistennya perilaku adaptif publik, dan belum tercapai ambang batas herd immunity. Untuk mencapai Universal Health Coverage diperlukan minimal optimalisasi pelayanan kesehatan dan kapasitas fasilitas kesehatan yang memadai baik ketika krisis maupun menghadapi masalah kesehatan lainnya. Ada

123 Disampaikan Juru bicara vaksinasi COVID-19 Kemenkes dr. Nadia Tarmidzi, M.EPid kepada Kompas pada 16 Maret 2022. Lihat tautan: <https://www.kompas.com/sains/read/2022/03/16/110100823/kemenkes-jabarkan-indikator-untuk-mengubah-pandemi-COVID-19-jadi-endemi?page=all>

124 Diskusi pakar tim peneliti INFID dengan dr. Dicky Budiman – Epidemiolog Indonesia di Griffith Australia secara daring pada 01 Juli 2022

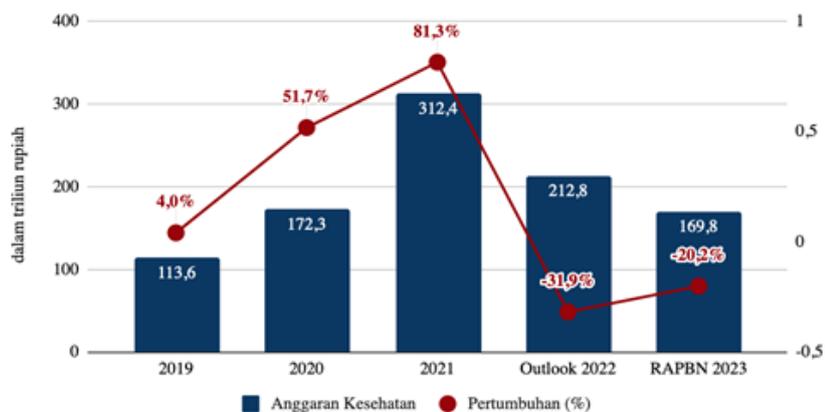
125 Pernyataan media dr. Dicky Budiman kepada bisnis.com pada 12 Mei 2022. Lihat tautan: <https://kabar24.bisnis.com/read/20220512/15/1532580/muhadjir-sebut-indonesia-de-facto-endemi-COVID-19-begini-reaksi-epidemiolog-dicky-budiman>

tiga fase adaptasi pengendalian dan pemulihan pandemi yaitu mitigasi, konsolidasi, dan pengendalian. Di Indonesia ketika belum tercapainya pemulihan pelayanan kesehatan, kapasitas fasilitas kesehatan, dan vaksinasi tapi sudah dibolehkan melepas masker yang mengakibatkan kembali ke kondisi konsolidasi. Untuk mencapai pengendalian pandemi COVID-19 perlu memenuhi beberapa indikator diantaranya yaitu pemerataan vaksin booster (3 dosis vaksinasi). (Epidemiolog)

Pemerintah tidak boleh terburu-buru menetapkan kebijakan endemi sebelum target atau indikator diatas terpenuhi. Langkah kebijakan persiapan dalam proses transisi menuju endemi dapat dilakukan. Namun yang menjadi prasyarat dasar, kebijakan harus tetap memastikan bahwa pandemi tetap terkendali pada masa transisi ini.

6.3.2 Strategi Penguatan Tata Kelola Anggaran

UU no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan alokasi anggaran nasional untuk kesehatan minimal 5% dari total belanja negara dalam APBN. Hal ini adalah ketentuan minimum yang perlu dialokasikan oleh negara. Namun negara boleh meningkatkan persentase demi melakukan perbaikan fasilitas kesehatan maupun peningkatan pelayanan kesehatan sebagai bagian investasi negara terhadap pembangunan kesehatan. Tren alokasi anggaran kesehatan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir (2019-2023) terlihat fluktuatif. Pertumbuhan tertinggi terjadi pada tahun 2021 yang mencapai 81,3 persen (2019-2022 rata-rata mencapai 26,3 persen). Pertumbuhan tersebut terjadi karena terdapat tambahan belanja untuk menangani pandemi COVID-19 yang menyebar sejak 2020. Pada tahun tersebut, anggaran kesehatan meningkat 51,7 persen dari tahun sebelumnya menjadi 172,3 triliun rupiah, lalu hingga 2022 naik menjadi 81,3 persen atau senilai 312 triliun rupiah. Peningkatan anggaran pada tahun 2020-2022 diantaranya digunakan untuk klaim biaya perawatan pasien, penyaluran insentif dan santunan kematian tenaga kesehatan, hingga pengadaan vaksin COVID-19 dan pelaksanaan vaksin.



Sumber: Indonesia Budget Center, 2022¹²⁶

Gambar 8 Tren Anggaran Kesehatan Nasional 2019-2023

Outlook APBN 2022, terlihat anggaran kesehatan mengalami penurunan 31,9 persen menjadi Rp212,8 triliun. Penurunan ini antara lain akibat berkurangnya proyeksi realisasi untuk pengadaan vaksin dan obat COVID-19 serta penggantian klaim perawatan pasien COVID-19 seiring kasus harian yang semakin terkendali. Begitu juga anggaran kesehatan pada tahun anggaran 2023 mendatang kembali menurun seiring kasus COVID-19 yang semakin terkendali, serta peralihan dari pandemi ke endemi. Pada RAPBN 2023, anggaran kesehatan mengalami penurunan sebesar Rp 169,8 triliun atau turun 20,2 persen dibandingkan tahun sebelumnya. Walau terjadi penurunan, namun jumlah anggaran tersebut masih sesuai amanat UU Kesehatan yang minimal 5 persen APBN. Jika disetarakan, jumlah anggaran tersebut saat ini setara 5,6 persen dari total belanja negara RAPBN 2023 sebesar 3.014,7 triliun rupiah.

126 IBC. 2022. Anggaran Kesehatan 2023 turun 20,2 Persen. Artikel tersedia pada tautan: <https://anggaranindonesia.org/2022/09/19/anggaran-kesehatan-2023-turun-202-persen/>



Sumber: Paparan Menteri Keuangan, 2022

Gambar 9 Perkembangan Anggaran Kesehatan dan Kebijakan Bidang Kesehatan 2023

Pada Gambar 9 diatas, terlihat pada RAPBN tahun 2023 tidak ada anggaran lagi bagi penjaminan COVID-19. Pada alokasi anggaran kesehatan tidak lagi memberikan alokasi khusus untuk pandemi, namun anggaran kesehatan yang reguler akan naik dari Rp 133 triliun tahun ini naik ke Rp 168,4 triliun, ini untuk memperkuat sistem kesehatan di Indonesia¹²⁷. Namun sebagai upaya preventif, pemerintah harus tetap menganggarkan dana cadangan untuk penanganan darurat kesehatan kedepan (sebagai antisipasi munculnya wabah atau penyakit jenis baru). Dari alokasi Rp169,8 triliun, sebagian besar anggaran kesehatan pada 2023 dialokasikan melalui belanja pemerintah pusat, terutama melalui belanja K/L sebesar Rp104,8 triliun. Kementerian dan Lembaga (K/L) yang mendapat anggaran kesehatan di antaranya Kementerian Kesehatan, BPOM, BKKBN, hingga Kemhan dan Polri untuk kegiatan pelayanan kesehatan di RS TNI dan Polri. Lalu sebesar Rp15,9 triliun dialokasikan melalui belanja non K/L yang akan digunakan untuk jaminan kesehatan bagi ASN hingga Polri serta antisipasi belanja kesehatan untuk penanganan COVID-19. Sementara anggaran kesehatan sebesar Rp 49 triliun lagi dialokasikan melalui belanja

¹²⁷ Pernyataan Menteri Keuangan Sri Mulyani pada tanggal 16 Agustus 2022, dapat dilihat pada tautan <https://nasional.kompas.com/read/2022/08/16/15151411/rapbn-2023-pemerintah-siapkan-rp-1698-triliun-anggaran-kesehatan> (Diakses pada tanggal 1 September 2022)

Transfer ke Daerah (TKD). Anggaran kesehatan melalui TKD pada tahun 2023 diarahkan untuk penguatan koordinasi dan sinergi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam rangka penguatan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

Langkah yang dapat dilakukan kedepan dalam Penguatan tata kelola fiskal kesehatan menuju Endemi:

Pertama, opsi yang dapat dilakukan dalam menghadapi krisis dalam masalah kesehatan ataupun pandemi kedepan agar tidak terganggu alokasi anggaran nasional yang telah terealisasi, yakni diperlukan membuat anggaran *emergency fund*. Hal ini dimaksudkan agar dana yang tersedia antara lain dapat digunakan untuk pencegahan/penanganan sebagai kebijakan respon cepat (*rapid response*) dan sebagian disisipkan untuk kondisi ekstrim, sehingga modelnya menyerupai dana abadi. Selain itu juga, tersedianya *emergency fund* juga dapat menjaga stabilitas anggaran belanja nasional yang telah berjalan.

Kedua, pendetailan realisasi penggunaan anggaran ini yang perlu lebih terbuka kepada publik. Terkait pengelolaan anggaran kesehatan ini, menurut salah satu pakar ekonomi dari CLIOS¹²⁸ yakni terdapat isu *distrust* dan peluang terjadinya korupsi, yakni adanya keraguan terhadap kemungkinan kebocoran anggaran bila anggaran kesehatan besar. Hal ini sejalan dengan paparan Seknas Fitra (2020) dimana transparansi anggaran dan implementasi anggaran pencegahan COVID-19 maupun belanja kesehatan lainnya yang masih bersifat umum sehingga mempersulit prosedur pengawasan oleh masyarakat karena keterbatasan informasi yang disajikan. Sesuai pengamatan peneliti, atas penelusuran realisasi anggaran tahun 2022 pada halaman website Kemenkes tidak tersedia data yang cukup memuaskan sebagai bagian keterbukaan informasi publik (Lihat Lampiran 8).

Ketiga, jika alokasi dana Covid dihilangkan, maka peningkatan jangkauan kepesertaan JKN perlu ditingkatkan dan Perlu segera penetapan INA-CBGs untuk penanganan COvid. Pembiayaan covid 19 pasca Perppu No.1 tahun 2020 atau jika COVID-19 menjadi endemi, BPJS Kesehatan dapat menjadi penyelenggara pembiayaan dengan skema iuran, *full* PBI atau PBI bersubsidi atau mandiri. BPJS Kesehatan sesuai dengan UU SJSN tidak dapat menerima

128 Saran dari pakar CLIOS kepada tim Peneliti INFID, pada diskusi pakar daring yang dilakukan pada 12 Juli 2022.

mandat pembiayaan covid 19, jika penderita tidak membayar iuran atau iuran dibayarkan oleh pemerintah. Hal inilah yang harus menjadi target pemerintah agar seluruh warga Indonesia dapat tercakup sebagai peserta JKN. Hal ini sejalan dengan saran salah satu Pakar:

“Sebab BPJS itu mandatorinya melayani peserta, BPJS tidak boleh melayani di luar peserta. Dua syarat peserta, pertama adalah dia mendaftar sebagai peserta dan kemudian membayar iuran. Registrasinya seumur hidup tidak ada registrasi ulang. Kalau dia tidak membayar iuran statusnya peserta yang menunggak. Kalau sudah 98% penduduk menjadi peserta endemi dibiayai oleh BPJS. Tugas pemerintah untuk membuat yang terkena endemi covid juga menjadi peserta. Dan menjadi peserta itu UU mengatakan wajib. Kalau ada yang terkena covid dan dia miskin menjadi tanggung jawab pemerintah menjadikan PBI. Kalau dia mampu harus bayar iuranya. Jika pengendalian endemi covid diperlukan INA-CBGS yang berbeda dengan pasien non covid. Untuk itu diperlukan kajian mendalam oleh ahli aktuaria dan tim ahli kendali biaya dan kendali mutu yang diamanatkan UU SJSN.” (Dr. Chazali H Situmorang – Ketua DJSN tahun periode 2010-2015¹²⁹)

Keempat, alokasi anggaran kesehatan ke depan perlu didorong untuk investasi perbaikan dan penguatan sistem kesehatan jangka panjang. Hal ini dapat dilakukan dengan transformasi fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas dan merata. Hal itu dapat dilakukan dengan pengalokasian anggaran kesehatan untuk peningkatan & perbaikan kualitas FKTP maupun FKRTL, dan peningkatan serta pemerataan sumberdaya nakes.

6.4 Mendorong Lahirnya Lembaga Khusus Pengendalian dan Pencegahan Penyakit di Indonesia

Memahami upaya pemerintah dalam menghadapi pandemi COVID-19 sejak awal masuknya wabah tersebut hingga penelitian ini dilakukan, terlihat upaya cukup baik yang telah dilakukan pemerintah. Namun upaya kebijakan yang dilakukan tidak boleh hanya bersifat sekedar responsif kedaruratan semata. Hal ini terlihat dari lahirnya Satuan Tugas (Satgas) Penanganan COVID-19

¹²⁹ Diskusi Pakar secara daring antara tim peneliti INFID dengan Dr. Chazali H. Situmorang, pada tanggal 10 Agustus 2022.

dan Komite Penanganan *Coronavirus Disease* 2019 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPC-PEN) merupakan wadah kepanitiaan yang bersifat sementara yang khusus menangani pandemi COVID-19. Butuh Lembaga khusus yang secara berkelanjutan memiliki fokus terhadap pengendalian dan pencegahan penyakit baik itu skala pandemi, epidemi, maupun endemi. Pengendalian dan pencegahan penyakit kedepan harus bebas dari kepentingan politik dan perlu didasari sains kesehatan yang kuat.

Indonesia sebagai negara kepulauan dengan karakteristik iklim tropis, tentu perlu membangun sendiri secara berdaulat Lembaga khusus Pengendalian dan Pencegahan Penyakit. Lahirnya Lembaga semacam Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (*Centers for Disease Control and Prevention*, disingkat CDC)¹³⁰ seperti di Amerika sangat diperlukan di Indonesia. Banyak negara telah bersiap dan memiliki lembaga independen dalam pengendalian dan pencegahan penyakit, misalkan: China memiliki *Chinese Center for Disease Control and Prevention* (CCDC)¹³¹, Uni Eropa memiliki *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC)¹³², dan Korea memiliki *Korean Disease Control and Prevention Agency* (KDCA)¹³³. **Walau CDC Amerika berada di bawah Departemen Kesehatan & Layanan Masyarakat (setingkat kementerian), namun untuk konteks sistem Indonesia lembaga semacam ini harus berdiri adhoc di bawah presiden dan menjadi bagian sistem pemerintahan.** Sehingga saat terjadi wabah COVID-19, seharusnya Lembaga ini yang akan menjadi koordinator dalam pengendalian dan pencegahan pandemi. Adanya lembaga khusus dimaksudkan agar pembelajaran, ilmu pengetahuan, pengalaman kebijakan yang muncul ketika pandemi dapat terus menerus berkelanjutan dan terhindar dari pragmatisme keputusan kebijakan yang bersifat politis. Bahkan lembaga ini dapat memutakhirkan *research & development* terkait pemahaman penyakit, obat ataupun vaksin yang dibutuhkan oleh negara dengan karakteristik spesifik Indonesia. Hal ini berbeda ketika penanganan dilakukan oleh Satgas ataupun Komite (panitia) yang cenderung bersifat sementara dan tidak berkelanjutan.

Indonesia telah memiliki pengalaman panjang berkolaborasi dengan CDC Amerika. Hal ini terlihat bahwa CDC telah bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia selama lebih dari 50 tahun untuk memperkuat

130 Lihat tautan, <https://www.cdc.gov/>

131 Lihat tautan, <https://www.chinacdc.cn/en/>

132 Lihat tautan, <https://www.ecdc.europa.eu/en>

133 Lihat tautan, <https://www.kdca.go.kr/index.es?sid=a3>

jaringan laboratorium, surveilans rutin, pengembangan tenaga kerja, dan tanggap darurat¹³⁴. Upaya-upaya ini telah membantu meningkatkan kapasitas pengendalian penyakit tropis seperti malaria, influenza, penyakit menular baru, ataupun penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, dan yang terbaru yakni COVID-19.

Upaya kolaborasi yang telah terbangun lama ini seharusnya menjadikan Indonesia mandiri dan memiliki lembaga semacam CDC. Kebutuhan yang mendesak terlihat dari penyakit 20 tropis Indonesia yang terlihat diabaikan. Badan Kesehatan Dunia/*World Health Organization* telah mengelompokkan beberapa penyakit yang tergolong sebagai penyakit tropis terabaikan atau *Neglected Tropical Diseases* (NTDs)¹³⁵. Terdapat 20 penyakit yang menyerang dalam NTDs yaitu *Chagas, dengue, chikungunya, frambusia, dracunculiasis, tripanosomiasis, lepra, onkosersiasis, leishmaniasis, filariasis limfatik, schistosomiasis*, penyakit cacing/ cacing yang ditularkan melalui tanah, *trachoma, ulkus buruli, trematodiasis*, penyakit infeksi cacing *taeniasis, leishmaniasis kutaneus, misetoma, kromoblastomikosis*, dan ujung ular.

Menurut investigasi jurnalis DW, pengabaian atas penanganan penyakit tropis ini dikarenakan terlalu sedikit dana yang diinvestasikan untuk penelitian dan pengobatannya¹³⁶. Keanekaragaman hayati paling komplisit terdapat di kawasan tropis. Kawasan ini adalah habitat dari sekitar dua pertiga dari semua spesies tumbuhan dan hewan di dunia. Dan masih banyak lagi yang belum ditemukan. Kekayaan flora dan fauna ini juga berarti kekayaan berupa parasit yang tak terkira banyaknya, dan semua bisa berbahaya bagi manusia. Sebagian besar berupa serangga. Misalnya nyamuk, membantu parasit memasuki tubuh manusia, di mana parasit bisa menyebabkan penyakit yang berbahaya.

Belum lagi kita melihat, terjadinya peleburan *Eijkman* yakni lembaga riset biomolekuler kedalam BRIN (termasuk banyak lembaga lainnya) adalah sebuah kemunduran SAINS di Indonesia¹³⁷. Pasalnya, lembaga ini sudah sejak lama mengembangkan riset yang independen terkait biomolekuler dengan kebebasan akademik ilmuwan yang dimiliki. Terakhir, lembaga *Eijkman* ini

134 CDC. (2021). CDC in Indonesia. Link unduh: <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/indonesia/pdf/indonesia-fs.pdf>

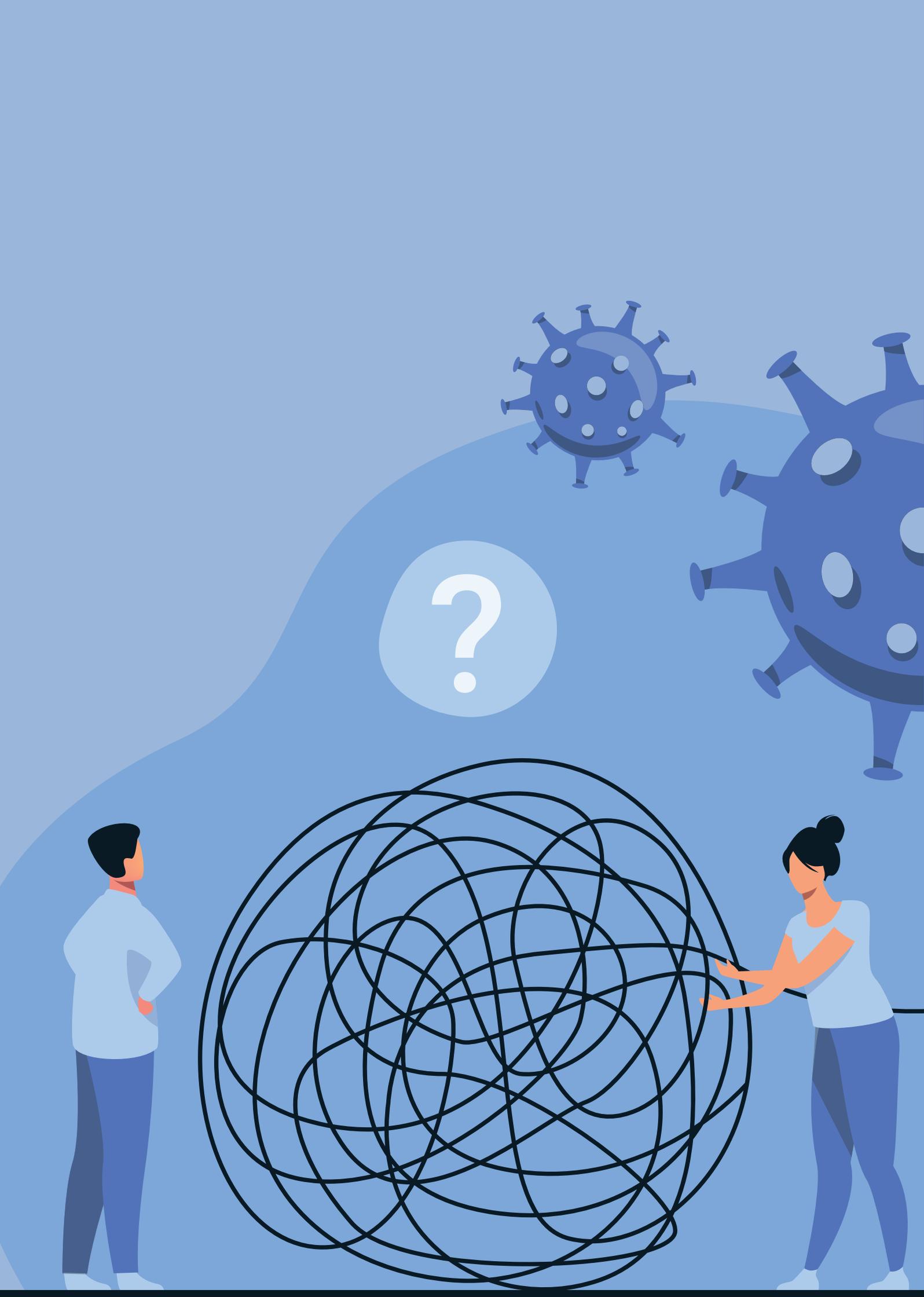
135 <https://itd.unair.ac.id/itd/id/index.php/2021/04/07/expectations-and-challenges-of-management-of-neglected-tropical-diseases-in-the-era-of-the-COVID-19-pandemic/>

136 <https://www.dw.com/id/masih-banyak-penyakit-tropis-yang-diabaikan/a-62412843>

137 <https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuan-teknologi/2022/01/04/aipi-peleburan-lembaga-eijkman-ke-brin-kemunduran-sains-di-indonesia>

digadang sedang mengembangkan vaksin merah putih untuk COVID-19. Namun target untuk mendapatkan izin darurat penggunaan vaksin atau *emergency use authorization* (EUA) mundur, dikarenakan terjadi penyesuaian pembiayaan dan restrukturisasi/ perubahan SDM ketika dilebur dalam BRIN.

Negara-negara yang memiliki riset kuat cenderung memiliki lembaga riset yang bersifat Independen. Peleburan peneliti Eijkman menjadi birokrat pemerintah melalui jalur ASN, merupakan upaya birokratisasi ilmuwan dan ilmu pengetahuan seperti pernah terjadi di zaman kolonial Belanda yang menjadikan ilmuwan sebagai kepanjangan tangan birokrasi. Pembelajaran untuk inisiasi Lembaga khusus Pengendalian dan Pencegahan Penyakit yang perlu dilahirkan Indonesia kedepan, walaupun memiliki garis koordinasi langsung dibawah presiden dan sekalipun didanai pemerintah penelitiannya tetap harus independen, termasuk bisa meneliti kebijakan yang dianggap keliru sehingga bisa diperbaiki. Independensi untuk melakukan riset dan inovasi ini adalah kunci kemajuan ilmu pengetahuan.





VII. KESIMPULAN & REKOMENDASI

Hasil studi ini menunjukkan bahwa:

1. Sistem Kesehatan Nasional tidak siap dan tidak efektif dalam menangani COVID-19 baik dalam upaya pencegahan (*testing, tracing, dan tracking*) maupun penanganan lonjakan kasus. Hal ini ditunjukkan oleh beberapa hal berikut:

a. Kurangnya jumlah, ketimpangan distribusi akses dan kualitas faskes.

Kurangnya jumlah dan ketimpangan sebaran faskes masih terjadi terutama di wilayah timur Indonesia dan daerah tertinggal. Dalam masa pandemi, Puskesmas sebagai FKTP belum berfungsi optimal khususnya dalam upaya *promotif-preventif*, sehingga memberi beban berlebih terhadap FKRTL. Pada puncak lonjakan kasus varian delta, kekurangan rawat inap dan alat kesehatan terjadi hampir di seluruh wilayah. Ketimpangan ketersediaan sarana dan prasarana antar daerah mengakibatkan tidak terpenuhinya hak pelayanan kesehatan hingga meningkatkan korban jiwa. Ketimpangan ketersediaan alat pengetesan (*tracing*) di setiap daerah juga memperparah lonjakan kasus.

b. Kurangnya jumlah, ketimpangan distribusi, proporsi jenis, dan kualitas SDM kesehatan.

Indonesia masih kekurangan tenaga kesehatan yakni: dokter spesialis, dokter umum, dan tenaga promosi kesehatan. Dalam konteks pandemi, kecukupan tenaga profesional di bidang penyebaran penyakit menular seperti epidemiolog, ahli virologi, ahli patologi klinik, ahli mikrobiologi, juga sangat mendesak. Di sisi lain, distribusi SDM kesehatan masih terpusat di Pulau Jawa. Di Pulau Jawa sendiri, distribusi SDM kesehatan terpusat di kota-kota besar. Sementara itu, permasalahan SDM kesehatan juga dihadapkan persoalan kualitas, dimana setiap tahunnya masih cukup banyak calon dokter yang belum mampu lulus uji kompetensi.

c. Masalah fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan tersebut belum mampu merespon karakteristik atau perilaku masyarakat Indonesia dalam mencari kesembuhan (*health seeking behavior*) yang cenderung melakukan perawatan di rumah dengan budaya saling membantu antar

anggota keluarga. Dengan demikian, diperlukan penguatan layanan kesehatan sampai ke rumah-rumah dan berbasis institusi sosial terkecil yaitu keluarga. Pemerintah telah menyusun Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga. Dukungan terhadap implementasi PIS-PK sangat diperlukan untuk optimalisasi pembangunan kesehatan ke depan.

d. Adanya inkonsistensi kebijakan sepanjang penanganan COVID-19 menimbulkan kebingungan publik, misalnya terlihat pada tarik ulur kebijakan pelanggaran masker, dan gonta-ganti istilah dalam pembatasan wilayah. Kebijakan penanganan COVID-19 di awal belum didasarkan pada bukti ilmiah (*evidence-based*), sehingga muncul pernyataan-pernyataan anti-sains, kesimpangsiuran kebijakan dan informasi, hingga akhirnya menyebabkan krisis kesehatan yang semakin parah. Hal ini berhubungan dengan tidak berfungsinya lembaga yang seharusnya bertugas menangani penyebaran penyakit, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan. Penanganan COVID-19 yang berada dibawah koordinasi Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) menunjukkan bahwa perspektif kedaruratan menjadi dominan. Inkonsistensi kebijakan diperparah dengan komunikasi publik yang buruk, terutama pada awal pandemi.

e. Ketidakmampuan menekan laju penyebaran dan tingkat fatalitas COVID-19 oleh negara juga disebabkan karena masih terbatasnya kemampuan finansial, terutama ketika dihadapkan pada dilema pilihan kebijakan pemberlakuan pembatasan sosial masyarakat yang mesti ditopang oleh kemampuan negara dalam memberikan jaminan sosial dan ekonomi bagi masyarakat terdampak.

2. Pandemi COVID-19 memperlebar batasan kelompok rentan dalam pembangunan kesehatan. Kategori masyarakat yang masuk ke dalam kelompok rentan pada masa pandemi COVID-19 teridentifikasi ke dalam kategori berikut: a) rentan dari sisi individu (penderita penyakit bawaan/komorbid, tunawisma, pekerja informal, PSK, imigran, rehabilitasi); b) geografi (wilayah padat penduduk, wilayah terpencil); c) demografi

(perempuan, anak) dan disabilitas; d) status ekonomi (miskin, PHK). Penanganan COVID-19 belum secara optimal merespon kebutuhan setiap kelompok rentan. Pandemi COVID-19 menempatkan kelompok rentan harus menanggung beban ganda.

3. Keterbukaan data dan informasi dalam penanganan COVID-19 belum berjalan efektif. Di sisi lain, persoalan data COVID-19 bukan sekedar menampilkan data jumlah naik atau turunnya kasus dan angka kematian. Selama masih terdapat angka kematian, kebijakan penanganan COVID-19 belum dapat dikatakan berhasil. Indonesia juga perlu memperlihatkan angka kematian berlebih (*excess deaths*) dari pandemi COVID-19. Angka kematian berlebih ini disebabkan terbatasnya layanan kesehatan untuk pasien non COVID-19 pada masa pandemi. Laporan dari WHO, pada 5 Mei 2022 lalu terkait angka kematian berlebih (*excess dead*) —yang jarang dikemukakan di Indonesia— adalah indikasi yang paling riil untuk mengukur dampak kematian dari pandemi COVID-19.

4. Pemerintah perlu merekognisi dan memperkuat kolaborasi dengan jaringan masyarakat sipil. Beragam inisiatif akar rumput (baik jaringan masyarakat sipil maupun komunitas di tingkat desa) muncul dalam menangani COVID-19, sangat berperan baik dalam mendukung keterbatasan pemerintah Indonesia. Munculnya inisiatif akar rumput sangat strategis dalam mengisi peran pemenuhan hak-hak masyarakat saat masa krisis. Peran akar rumput juga esensial dalam menjaga proses demokrasi tetap berjalan dan membangun resiliensi bersama di masa krisis. Peran akar rumput dalam hal ini masih terbatas dari sisi cakupan dampak. Sayangnya, Pemerintah justru belum mampu memanfaatkan inisiasi akar rumput dalam penanganan COVID-19. Pemerintah belum mampu menyediakan data dan informasi secara transparan untuk mendukung langkah akar rumput dalam membantu peran penanganan COVID-19.

Beberapa kondisi tersebut menuntut reformasi Sistem Kesehatan Nasional untuk memastikan hak atas pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dipenuhi, baik dimasa kedaruratan maupun normal. Sejalan dengan temuan dalam studi ini, maka beberapa rekomendasi berikut dapat dilakukan untuk mendukung reformasi Sistem Kesehatan Nasional:

- 1. Meningkatkan kapasitas sistem kesehatan nasional dalam mendeteksi, memberikan respon, dan menangani ancaman penyakit.** Hal ini dapat ditempuh dengan mendorong lahirnya lembaga khusus dalam urusan pengendalian dan pencegahan penyakit yang bersifat independen, secara struktural berada di bawah presiden dan menjadi bagian dari sistem pemerintahan. Adanya lembaga khusus dimaksudkan agar pembelajaran, ilmu pengetahuan, pengalaman kebijakan yang muncul ketika pandemi dapat terus menerus berkelanjutan dan terhindar dari pragmatisme keputusan kebijakan yang bersifat politis
- 2. Menjamin pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas.** Dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut: a) mempercepat pemutakhiran fasilitas kesehatan primer di setiap daerah; b) peningkatan kapasitas rumah sakit dan fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjut lainnya; c) mendorong inovasi dan produksi alat kesehatan dan farmasi dalam negeri.
- 3. Mengakselerasi pengembangan SDM kesehatan yang berkualitas.** Dengan mendorong beberapa kebijakan berikut: a) menyediakan pendidikan bidang kesehatan (khususnya: dokter umum dan spesialis, tenaga promosi kesehatan, tenaga laboratorium, epidemiolog, ahli virologi) murah dan dapat dijangkau semua kalangan; b) afirmasi putra-putri daerah dalam mengakses pendidikan tenaga kesehatan dengan skema wajib penempatan di daerah; c) mendorong percepatan akreditasi Perguruan Tinggi bidang kedokteran.
- 4. Memperkuat implementasi pendekatan keluarga dalam pembangunan kesehatan.** Melalui strategi berikut: a) penguatan komitmen Pemerintah Daerah; b) pemberdayaan SDM Kesehatan lokal; c) pemutakhiran data profil kesehatan keluarga secara berkala.
- 5. Memperkuat tata kelola anggaran kesehatan.** Antara lain melalui: a) restrukturisasi kebijakan fiskal dengan menentukan proporsi yang berimbang untuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif; b) pemerintah perlu mempersiapkan anggaran *emergency fund* untuk mengantisipasi kondisi darurat nasional sebagai upaya respon cepat kebijakan fiskal; c) pemerintah melalui kementerian Kesehatan perlu menyampaikan pendetailan realisasi penggunaan anggaran kepada publik, sehingga memungkinkan publik berpartisipasi untuk membantu pengawasan dan mencegah terjadinya peluang korupsi; d) Jika Alokasi Dana Covid dihilangkan, maka peningkatan jangkauan kepesertaan JKN perlu

ditingkatkan dan Perlu segera penetapan INA-CBGs untuk penanganan Covid; e) Alokasi anggaran kesehatan ke depan perlu didorong untuk investasi pada pemutakhiran fasilitas kesehatan primer.

6. Memperkuat peran akar rumput dalam upaya promosi, pencegahan, dan edukasi. Pemerintah perlu memberikan dukungan dengan menyediakan data dan informasi yang transparan. Proses gotong royong dan keterlibatan masyarakat sipil ini perlu direkognisi dan diapresiasi oleh negara kedepan, karena sangat membantu negara dalam kondisi krisis (utamanya menjaga proses demokrasi tetap berjalan, melakukan resiliensi bersama dalam pemenuhan hak warga atas jaminan layanan kesehatan yang cukup di tengah krisis, dan aksi kolektif lainnya dalam menghadapi krisis). Hal ini dapat menjadi upaya kolaborasi bersama dalam menghadapi krisis kedepannya. Ragam aksi kolektif tersebut terlihat dari beberapa hal yakni dari edukasi (aksi promoting kesehatan), penyaluran bantuan (alat kesehatan, fasilitas kesehatan, bahan pokok, hingga peti mati), mendukung penyediaan data terkait COVID-19, bahkan advokasi kasus.

7. Mendorong digitalisasi pembangunan kesehatan. Kehadiran layanan seperti *telemedicine* di Indonesia merupakan salah satu alternatif bagi seluruh masyarakat dan kelompok rentan dengan keterbatasan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan. Pemanfaatan layanan *telemedicine* menjadi pilihan prioritas bagi para pasien yang tidak mampu akses langsung faskes.

DAFTAR PUSTAKA

- Behzadifar, M., Mirghaed, M. T. , & Aryankhesal, A. (2017). Primary health care: an important approach for health sector, missed in Iran's health system evolution plan. *Iranian Journal of Public Health* 2, 46(9), 1307.
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas. (2022). *Buku Putih Reformasi SKN*. Jakarta: BAPPENAS. Jakarta. Diambil dari https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/migrasi-data-publikasi/file/Policy_Paper/Buku%20Putih%20Reformasi%20SKN.pdf
- Putri, E. (2021). *Peran Kader Posyandu Balita dalam Mencegah Paparan Covid- 19 di Wilayah Kerja Puskesmas Bintang, Kabupaten Aceh Tengah*. Diambil dari <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/44919>
- Ferdiansyah, D. (2016). Metode pendekatan keluarga, terobosan baru dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. *Majalah Farmasetika*, 1(4), 5–8.
- Kemenkes RI. (2013). *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013*. Diambil dari <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf>
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2018*. Diambil dari http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Kemenkes RI. (2021a). *Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2021*. Diambil dari <https://www.litbang.kemkes.go.id/buku-saku-hasil-studi-status-gizi-indonesia-ssgi-tahun-2021/>
- Kemenkes RI. (2021b). *Profil Kesehatan Nasional 2021*. Diambil dari <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- Mann, J. M. (1996). Health and human rights. *BMJ*, 312(7036), 924–925. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7036.924>
- O'Farrell, A., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Fawsitt, R., & Cullen, W. (2021). Measuring integrated care at the interface between

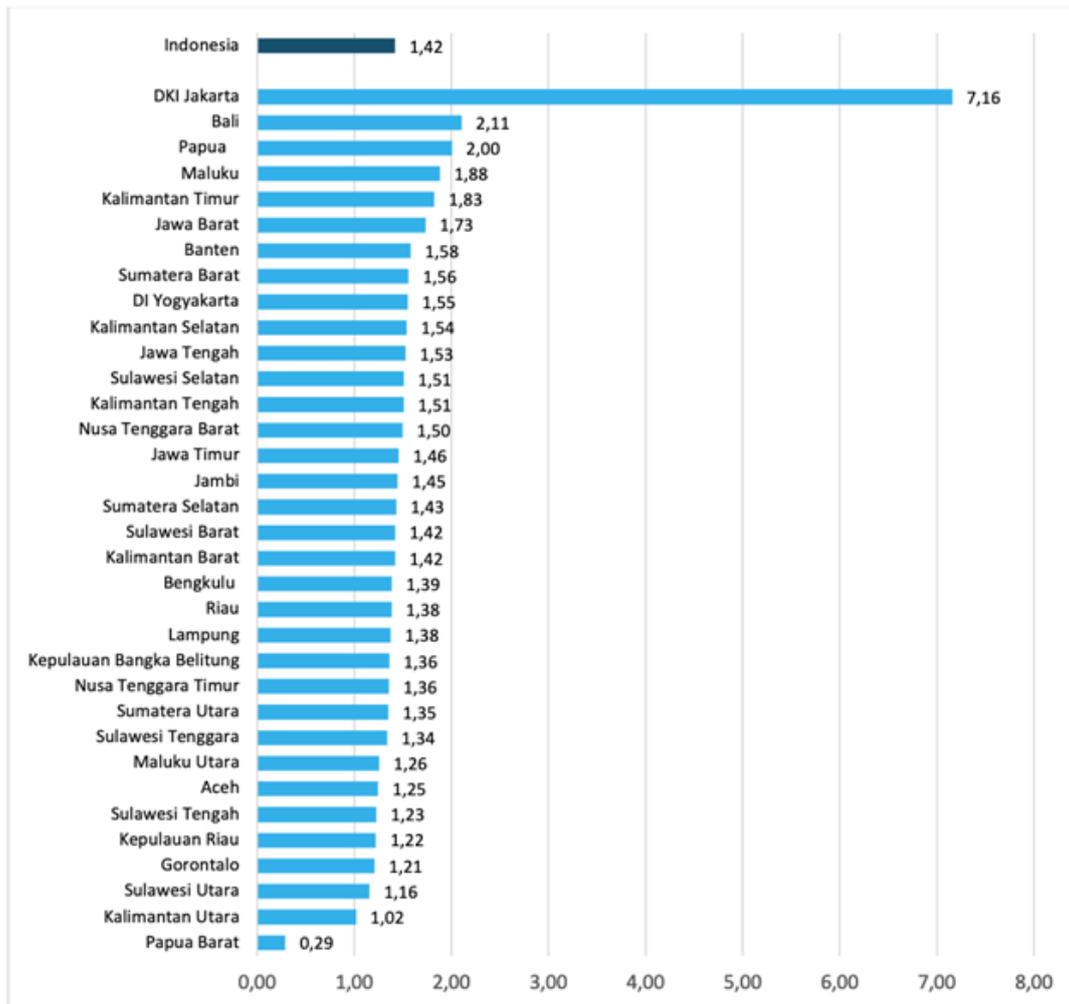
primary care and secondary care: a scoping review. *Journal of Integrated Care*, 30(5), 37–56. <https://doi.org/10.1108/JICA-11-2020-0073>

OHCHR, & WHO. (2017). *The Right to Health*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) & World Health Organization (WHO). Diambil dari <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

WHO. (2017). Human right and Health. Diambil dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

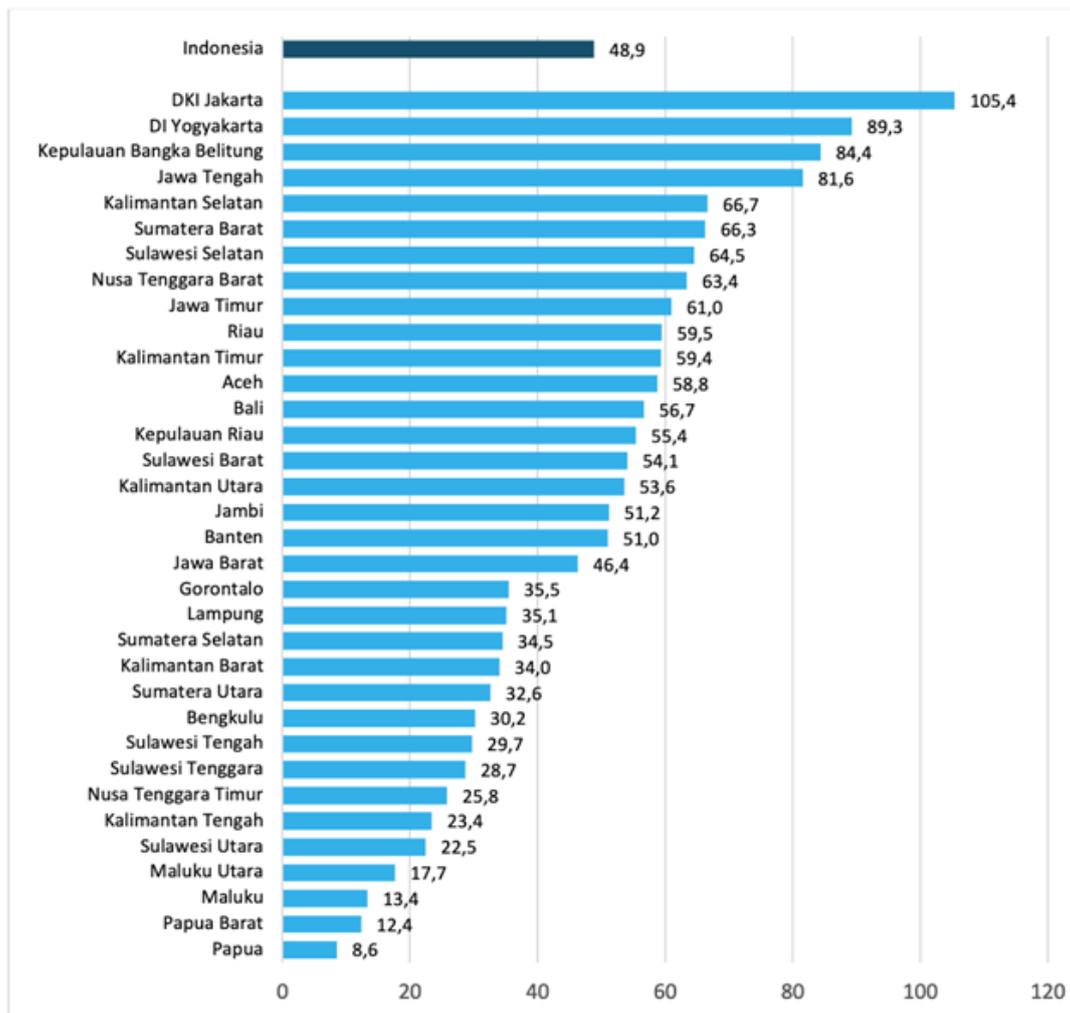
LAMPIRAN

Lampiran 1 Rasio Puskesmas Per Kecamatan Di Indonesia, Tahun 2021



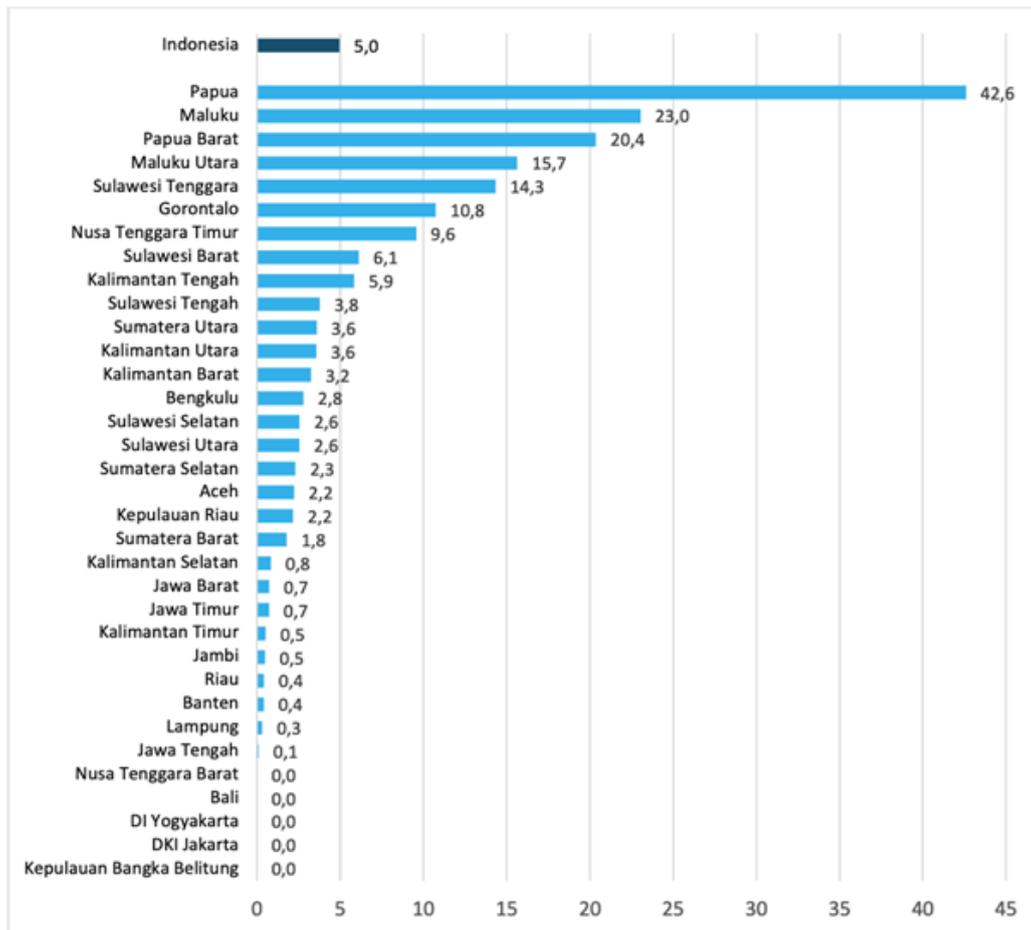
Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2021; Kementerian Dalam Negeri, 2021

Lampiran 2 Persentase Puskesmas dengan 9 Jenis Nakes Standar Menurut Provinsi Tahun 2021



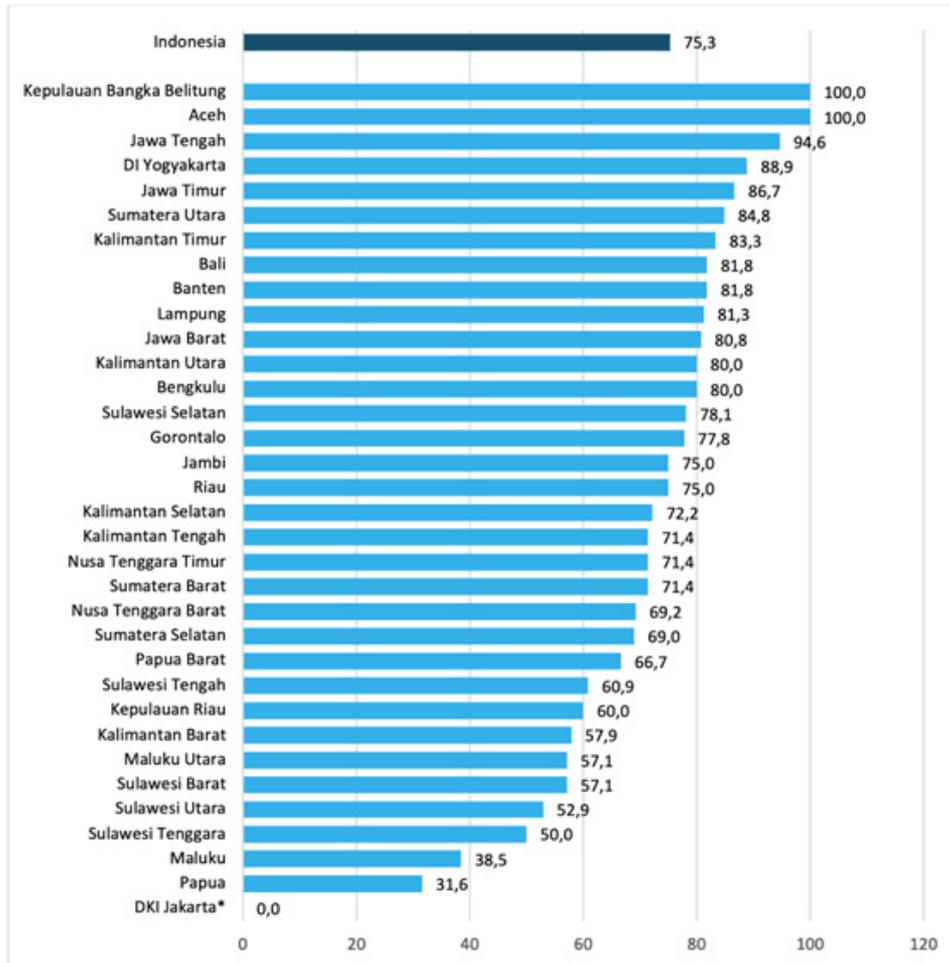
Sumber Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021

Lampiran 3 Persentase Puskesmas Tanpa Dokter di Indonesia Tahun 2021



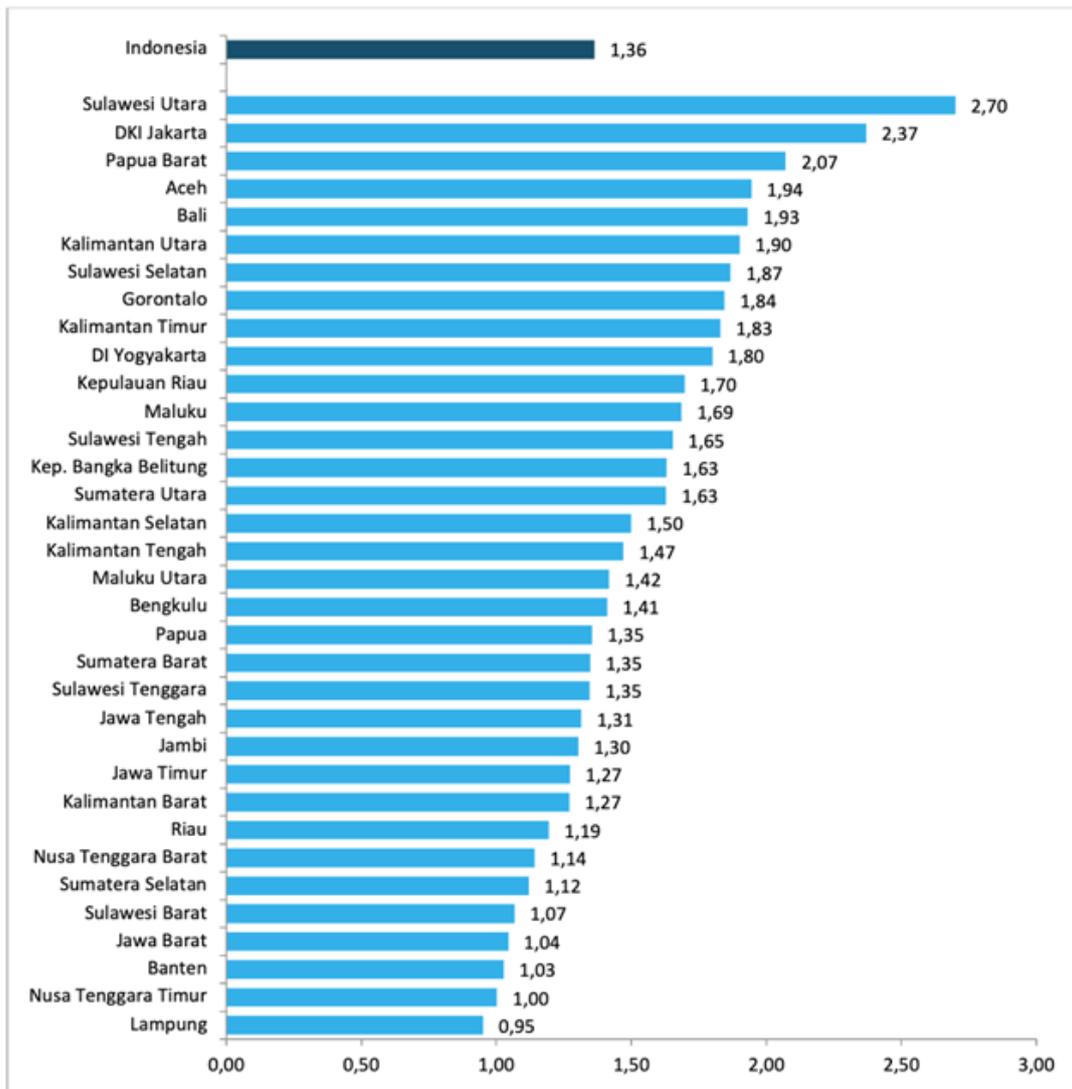
Sumber Profil Kesehatan Indonesia 2021

Lampiran 4 Persentase RS di Indonesia Yang Memenuhi 4 Dokter Spesialis Dasar dan 3 Dokter Spesialis Penunjang Tahun 2021



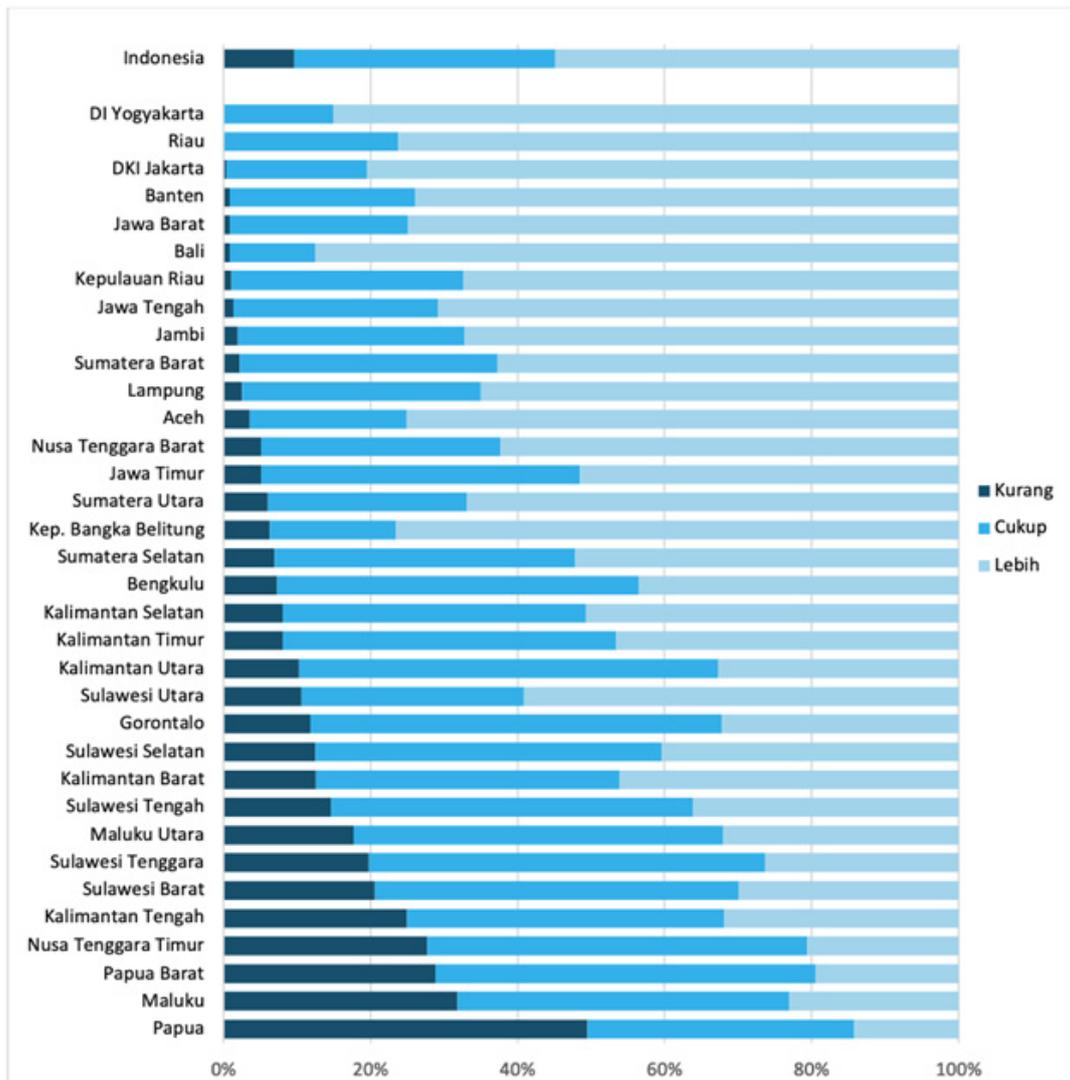
Sumber Profil Kesehatan Indonesia 2021

Lampiran 5 Rasio Tempat Tidur RS di Indonesia Menurut Provinsi Tahun 2021



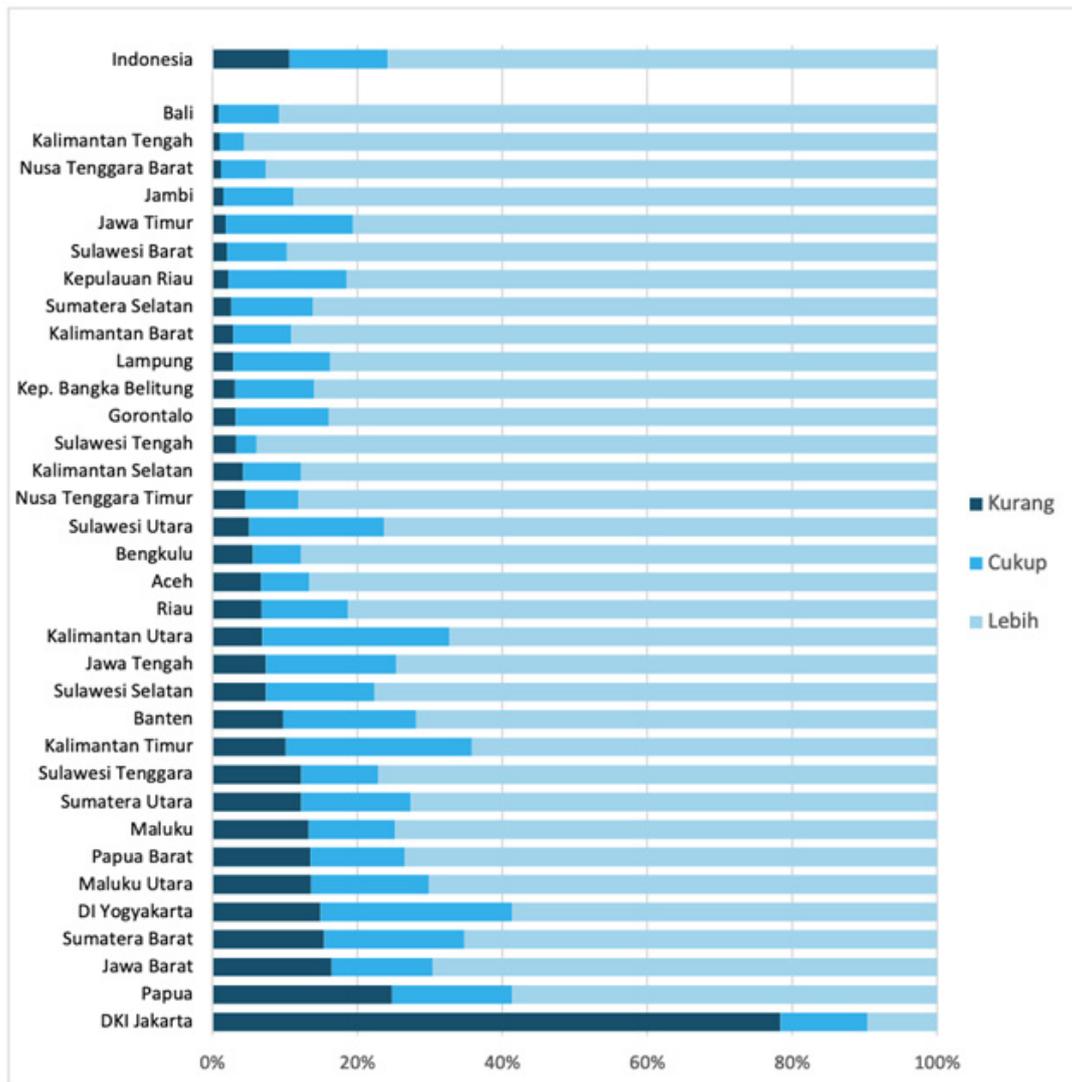
Sumber Profil Kesehatan Indonesia 2021

Lampiran 6 Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Dokter Menurut Provinsi



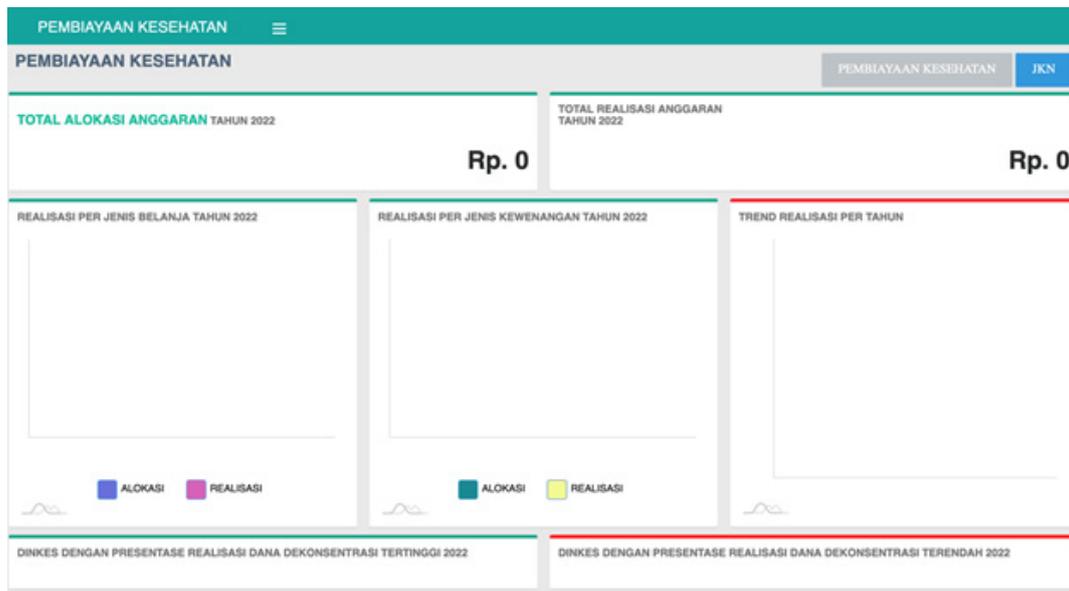
Sumber Profil Kesehatan Indonesia 2021

Lampiran 7 Persentase Puskesmas Menurut Kecukupan Perawat Tahun 2021



Sumber Profil Kesehatan Indonesia 2021

Lampiran 8 Halaman Website Kemenkes Terkait Total Alokasi Dan Realisasi Anggaran Kesehatan 2022



Portal Data Kemenkes 2022 Terkait Pembiayaan dan Realisasi Anggaran Kesehatan Nasional¹³⁸

¹³⁸ Dapat diakses pada tautan: <https://dev-satudata.kemkes.go.id/dashboard/pembiayaan-kesehatan> (Diakses pada tanggal 20 September 2022)

NGO in Special Consultative Status
with the Economic and Social Council of the United Nations, Ref. No: D1035

Jl. Jatipadang Raya Kav.3 No.105 Pasar Minggu, Jakarta Selatan, 12540
021 7819734, 7819735 info@infid.org www.infid.org

Follow Us :

