

STUDI PEMBELAJARAN

# PENANGANAN COVID-19 INDONESIA



Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional



STUDI PEMBELAJARAN  
**PENANGANAN**  
**COVID-19**  
INDONESIA

## Studi Pembelajaran Penanganan COVID-19 di Indonesia

©2021 oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)

### PENANGGUNG JAWAB, PENGARAH, & KOORDINATOR STUDI

**Penanggung Jawab:** Dr. Subandi Sardjoko, M.Sc Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Bappenas.

**Pengarah:** Pungkas B. Ali, Ph.D Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas.

**Koordinator Studi:** Dewi Amila Solikha, M.Sc Fungsional Perencana Ahli Madya Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas.

### TIM PENULIS

#### Bab 1. Rangkuman Pembelajaran Penanganan COVID-19

Prof. Meiwita P. Budiharsana (*team leader* topik kesehatan); Widjajanti Isdijoso, M.Ec.St; Pungkas B. Ali, Ph.D, Dewi Amila S, M.Sc; M. Zaki Firdaus, S.Pharm, dan Jimmy D. Berlianto Oley, S.I.P.

#### Bab 2 Kapasitas Keamanan Kesehatan (*Health Security*)

Dewi N. Aisyah, Ph.D; Dewi Amila S, M.Sc; Pungkas B. Ali, Ph.D; dan Prof. Meiwita P. Budiharsana.

#### Bab 3. Kapasitas Pelayanan Kesehatan

Yodi Mahendradhata, Ph.D; Ni Luh Putu Eka Andayani, M.Kes; Eva Tirtabayu Hasri, MPH; Renova G. M. Sihahan, M.Sc; M.D. Arifi, SKM; Pungkas B. Ali, Ph.D; Medrilzam, Ph.D; Woro S. Sulistyaningrum, MIDS; Inti Wikanestri, MPA; Anggi Pertiwi P, ST; Sri Rahayu, M.Ed; Prof. Budi Utomo; Fauzal Muslim, M.Sc; dan Amirah J. Dhia, SE.

#### Bab 4. Upaya Promotif-Preventif

Vida Aulia Parady, MA; Dewi Amila S., M.Sc; Pungkas B. Ali, Ph.D; Prof. Meiwita P. Budiharsana; Panji Hadisoemarto, Ph.D; Nur Aisyah Nasution, MS; Aldy Mardikanto, MS; Bahagiati Maghfiroh, M.Si.

#### Bab 5. Manajemen Respons

Dr. Poppy S. Winanti; Wawan Mas'udi, Ph.D; Sumedi A. Mulyo, Ph.D; Pungkas B. Ali, Ph.D; Andri. N.R. Mardiah, Ph.D; Dewi Amila S., M.Sc; Prof. Meiwita P. Budiharsana, dan Sidayu Ariteja, MPP.

#### Bab 6. Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Penelitian dan Pengembangan

Ade Faisal, M.Sc; Dr. Hadiat; Tsania R. Fajriati, S.Tr.M; dan Endah C. Immawati, M.Si.

#### Bab 7. Pengelolaan Ekonomi

Eka Chandra B., MA; Leonardo A. A. Teguh Sambodo, Ph.D; Istasius Angger A., MA; Mochammad Firman H., MA; Yogi Harsudiono, MPA; Adelita A. Siregar, SE; Aditya D.C. Wibowo, M.Si; Adhitya K. Ardhana, SE; Dea Kusuma A., SDs; Imroatul Amaliyah, SE; Imron Rosadi S., S.Si; M. Fikri Masteriarsa, S.Stat; Nym Cista SD, S.Stat; Sekar Sanding K, SE; Wahyu Wijayanto, MA; Wening A. Sasmita, SE; dan Yunan Maulana, ST.

#### Bab 8. Penyelenggaraan Pendidikan

Amich Alhumami, Ph.D; Dr. Hadiat; Vivi Andriani, M.Sc; Endang Sulastri, MPP; Rifqi Alfian M, SE; Rizka Pitri, M.Si; dan Andhika P. Pratama, M.Sc.

#### Bab 9. Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan

Amich Alhumami, Ph.D; Vivi Andriani, M.Sc; Riski Firmansyah, SE.; dan Ubaid Abdullah

#### Bab 10. Kehidupan Sosial Budaya

Didik Darmanto, MPA; Amich Alhumami, Ph.D; Setyadi Sulaiman, M.Hum; Atisomya Nareswari, SE; dan Widjajanti Isdijoso, M.Ec.St

#### Bab 11. Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda

Woro Srihastuti Sulistyaningrum, MIDS; Widjajanti Isdijoso, M.Ec.St; Qurrota A'yun, MPH; Yosi Diani Tresna, MPM; Indah Erniawati, MSP; Mahendra Arfan Azhar, M.Si; Ulin Nafi'ah S.I.P; Jimmy D. Berlianto Oley, S.I.P; Ignatius Praptoraharjo, Ph.D; Eviana Hapsari Dewi, MPH; dan Dr. Santi Kusumaningrum.

#### Bab 12. Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial

Dharendra Wardhana, Ph.D; Dinar D. Kharisma, Ph.D; Gayatri W. Nirwesti, MSE; Ekaning Wedarantia, SKM; Ratna Kusumaningrum, MT; Dr. Ahmad D. Gunadi, Maliki, Ph.D; Mahatmi P. Saronto, MSIE; Dr. Muhammad Cholifihani; dan Harry Lesmana, MPA.

### TIM PENDUKUNG

**Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas:** Hana Taqiyah, STP; Budiyono, SKM, MKM; dan Annisa Fitria, SKM.

**FKM Universitas Indonesia:** Dr. Martya R. Makful; Dr. Milla Herdayati; Dr. Besral; Kanya Anindya, MPH; Siti S. Fauzana, MPH; Dian Prananda W, S.Si; dan Dwi Asijati, S.E.

**FK-KMK UGM:** Anastasia Noviana.

Cetakan Pertama 2021

ISBN 978-623-96020-3-1

Jangan menggandakan dan/atau menggandakan semua dan / atau bagian dari buku ini tanpa izin dari Pencipta atau Pemegang Hak Cipta

Diterbitkan oleh

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)

Jalan Taman Suropati No.2, Jakarta Pusat 10310, DKI Jakarta, Indonesia



STUDI PEMBELAJARAN  
**PENANGANAN**  
**COVID-19**  
INDONESIA

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional





# KATA PENGANTAR

---

Pandemi COVID-19 telah memberikan tekanan dan dampak yang besar pada dunia, termasuk Indonesia. Dampak tersebut berpengaruh signifikan baik di bidang kesehatan maupun non-kesehatan. Dari penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia dan di dunia, terdapat pembelajaran berharga bahwa Indonesia harus terus berbenah dalam berbagai bidang pembangunan dan respon lebih awal terhadap pandemi menentukan keberhasilan dalam pengendaliannya.

Perencanaan dan penganggaran berbasis bukti dalam percepatan penanganan COVID-19 akan meningkatkan kesiapan Indonesia dalam menghadapi pandemi penyakit di masa mendatang. Indonesia harus terus meningkatkan upaya pencegahan, deteksi, dan respons pandemi COVID-19 secara lintas sektor. Salah satu hal yang sangat krusial adalah ketersediaan dan kelengkapan bukti sebagai alat navigasi pengambilan kebijakan. Untuk itu, Kementerian PPN/Bappenas telah melakukan Studi Pembelajaran Penanganan COVID-19 pada berbagai bidang utama, seperti kesehatan, manajemen respons, inovasi teknologi, ekonomi, pendidikan, agama, sosial-budaya, perlindungan perempuan-anak-pemuda dan perlindungan sosial. Fokus studi ini mengidentifikasi kesenjangan dan tantangan, serta menghadirkan rekomendasi yang relevan bagi penanganan COVID-19 di Indonesia. Berbagai temuan dikemas dengan analisis yang tajam, bahasa yang *concise*, dan rekomendasi yang bersifat operasional.

Akhir kata, semoga studi ini menjadi salah satu sumbangsih nyata yang dapat dijadikan pegangan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota, serta berbagai pihak untuk meningkatkan kapasitas dalam penanganan pandemi penyakit dan kondisi kedaruratan kesehatan masyarakat yang mengancam ketahanan negara Indonesia.

Jakarta, 22 Februari 2021



**Suharso Monoarfa**

Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/

Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)



# UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN

---

**B**unga rampai studi ini memberikan pengkayaan ilmu, khususnya dalam memberikan pembelajaran yang dapat diambil dari penanganan COVID-19. Penghargaan dan ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh pihak yang membantu dan memberikan kontribusi dalam penyusunan studi ini. Penghargaan dan ucapan terima kasih secara khusus disampaikan kepada:

1. WHO Indonesia yang telah berkontribusi mendukung terselenggaranya studi pembelajaran penanganan COVID-19 di Indonesia pada aspek kesehatan;
2. Pemerintah pusat dan daerah yang telah memberikan informasi untuk dijadikan referensi dalam penulisan studi pembelajaran penanganan COVID-19 di Indonesia, mencakup:
  - a. Kementerian Kesehatan: Pusat Data dan Informasi, Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Direktorat Pelayanan Kefarmasian, Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian, Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Direktorat Kesehatan Lingkungan, Pusat Krisis Kesehatan, dan Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan;
  - b. BPOM: Pusat Data dan Informasi;
  - c. Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan: Direktorat Penilaian Kinerja Pengelolaan Limbah B3 dan Limbah Non B3 dan Direktorat Verifikasi Pengelolaan Limbah B3 dan Limbah Non B3;
  - d. Kementerian Perhubungan: Staf Khusus;
  - e. Kementerian BUMN: Staf Khusus;
  - f. Pemerintah Daerah: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika, Dinas Kesehatan Kabupaten Banggai Laut, Dinas Kesehatan Kota Ternate, dan Dinas Lingkungan Hidup Kota Surabaya.
3. Lembaga Non Pemerintah/Swasta: Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), *IoT and Research* TELKOM, PT Kimia Farma, dan *MAK Hospital Equipment*, Nahdlatul Ulama, dan Muhammadiyah; dan
4. Rumah Sakit/Puskesmas/Klinik: RS Cipto Mangunkusumo, RS PKU Muhammadiyah Surabaya, RSUD Prof. Yohannes Kupang NTT, RS Bhayangkara Polda Riau, RS Siloam Paal 2 Manado-Sulawesi Utara, RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh, Direktur RSUD Mimika, Direktur RS Kasih Ibu Bali, Direktur RS Siloam Bali, Direktur RS Bhayangkara Balikpapan, Klinik Mirah Sehati Gorontalo, Puskesmas Nunukan Kalimantan Utara, dan Puskesmas Siko Ternate.





# DAFTAR ISI

---

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>PENDAHULUAN DAN TUJUAN STUDI.....</b>	<b>vii</b>
<b>METODOLOGI.....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB 1: RANGKUMAN PEMBELAJARAN PENANGANAN COVID-19.....</b>	<b>1</b>
<b>BAB 2: KAPASITAS KEAMANAN KESEHATAN (<i>HEALTH SECURITY</i>).....</b>	<b>20</b>
<b>BAB 3: KAPASITAS PELAYANAN KESEHATAN.....</b>	<b>45</b>
<b>BAB 4: UPAYA PROMOTIF-PREVENTIF.....</b>	<b>66</b>
<b>BAB 5: MANAJEMEN RESPONS.....</b>	<b>89</b>
<b>BAB 6: PEMANFAATAN INOVASI TEKNOLOGI BERBASIS LITBANG.....</b>	<b>114</b>
<b>BAB 7: PENGELOLAAN EKONOMI.....</b>	<b>144</b>
<b>BAB 8: PENYELENGGARAAN PENDIDIKAN.....</b>	<b>167</b>
<b>BAB 9: KEHIDUPAN BERAGAMA DI MASA PANDEMI: PERAN TOKOH DAN ORGANISASI KEAGAMAAN.....</b>	<b>197</b>
<b>BAB 10: KEHIDUPAN SOSIAL BUDAYA.....</b>	<b>217</b>
<b>BAB 11: PERLINDUNGAN PEREMPUAN, ANAK, DAN PEMUDA.....</b>	<b>233</b>
<b>BAB 12: SISTEM DAN MEKANISME PERLINDUNGAN SOSIAL.....</b>	<b>259</b>



# PENDAHULUAN & TUJUAN STUDI

---

Pandemi COVID-19 merupakan kedaruratan kesehatan masyarakat. Dalam situasi seperti ini tentu berbagai institusi Pemerintah, non Pemerintah, dan masyarakat ingin berkontribusi baik secara langsung maupun tidak langsung, diantaranya dalam bentuk sumbangan pemikiran untuk perbaikan strategi penanganan COVID-19. Gugus Tugas percepatan penanganan COVID-19 Kementerian PPN/Bappenas menyajikan temuan berharga yang merefleksi seluruh penanganan COVID-19 dan mengambil pembelajaran dari penanganan tersebut sebagai masukan untuk peningkatan kapasitas penanganan pandemi COVID-19 dan sebagai alat navigasi bagi perumusan kebijakan perencanaan dan penganggaran yang lebih berkualitas, baik di sektor kesehatan maupun non-kesehatan.

Studi ini bertujuan untuk:

1. menganalisis situasi terkini penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia;
2. mereviu dan mengidentifikasi kesenjangan dan tantangan penanganan COVID-19 di Indonesia; dan
3. merumuskan strategi untuk peningkatan kapasitas penanganan pandemi COVID-19 dan kesiapan Indonesia untuk menghadapi pandemi penyakit di masa yang akan datang.

Studi pembelajaran penanganan COVID-19 disusun oleh tim Gugus Tugas Kementerian PPN/Bappenas untuk percepatan penanganan COVID-19, para pakar bidang kesehatan dan bidang non-kesehatan di bawah bimbingan Dr. Ir. Subandi Sardjoko, M.Sc. (Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Bappenas) dengan arahan teknis dari Pungkas Bahjuri Ali, Ph.D. (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas) dan koordinator pelaksanaan studi Dewi Amila Solikha, M.Sc. (Fungsional Perencana Ahli Madya Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas). Pelaksanaan studi ini, khususnya bab kesehatan, mendapatkan dukungan dari *World Health Organization* (WHO) Indonesia. Studi ini mencakup bab yang mengulas aspek kesehatan dan non-kesehatan yang terbagi atas 11 topik, mencakup:

1. Aspek kesehatan: 1) Kapasitas Keamanan Kesehatan (*health security*); 2) Kapasitas Pelayanan Kesehatan; 3) Upaya Promotif-Preventif; dan 4) Manajemen Respons.
2. Aspek non-kesehatan: 1) Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Litbang; 2) Pengelolaan Ekonomi; 3) Penyelenggaraan Pendidikan; 4) Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan; 5) Kehidupan Sosial Budaya; 6) Perlindungan Perempuan, Anak dan Pemuda; dan 7) Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial.

# METODOLOGI

**Data dan informasi** dikumpulkan melalui empat metode berikut:

## 1. Studi literatur

Studi literatur dilakukan mengacu pada kerangka konsep *Joint External Evaluation (JEE)* 2017 untuk menilai kapasitas dan kesiapan Indonesia dalam mencegah, mendeteksi dan menanggulangi dampak kejadian kegawatdaruratan kesehatan masyarakat yang sifatnya global. Studi literatur ditelusuri menggunakan kata kunci pandemi, COVID-19, Sars-CoV-2, dan Indonesia melalui database Pubmed, MEDLINE (Ovid), e-Jurnal Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemkes, peraturan dan protokol yang dikeluarkan Kemkes, jurnal internasional, *Intra Action Review (IAR)* COVID-19 Indonesia, laporan *World Health Organization (WHO)*, *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, dan *United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UN OCHA)*.

## 2. Analisis data sekunder

Analisis data sekunder dilakukan dengan memanfaatkan data morbiditas dan mortalitas, serta visualisasi *software* statistik, bersumber pada: Data Bersatu Lawan COVID-19 (BLC), *Our World in Data*, dan WHO global.

## 3. Wawancara berkelompok (*Focused Group Discussion*)

Wawancara berkelompok atau *Focused Group Discussion (FGD)* dilakukan sebagian besar penulis studi pembelajaran ini. Beberapa panelis/pakar dari berbagai area terkait pandemi COVID-19 dilibatkan untuk memberikan gambaran situasi, tantangan, maupun rekomendasi penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia. FGD dilakukan secara daring.

## 4. Sumber informasi lainnya

Informasi bersumber dari media massa dalam dan luar negeri mengenai situasi pandemi dan penanganannya terutama berita perkembangan pandemi, respons kebijakan yang bersifat dinamis dari waktu ke waktu, dan dampak sosial-ekonomi berfungsi untuk melengkapi data. Selain sumber-sumber *online* atau digital, juga dimanfaatkan hasil serial diskusi publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UGM terkait dengan penanganan pandemi COVID-19.

## Keterbatasan Studi

Studi ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, sebagian besar pengumpulan data dan informasi menggunakan metode kualitatif. Dengan demikian, temuan hanya dapat diinterpretasikan dalam populasi terbatas. Kedua, metode wawancara dalam kelompok dapat menyebabkan anggota diskusi merasa tidak nyaman untuk mengungkapkan pendapat secara terbuka dan jujur. Mempertimbangkan tujuan studi ini adalah menyajikan pembelajaran bermanfaat sebagai masukan dalam penanganan COVID-19 dan memperkuat kesiapan menghadapi pandemi di masa yang akan datang, temuan tetap dinilai sangat berharga. Kami juga menyadari risiko dari bias penulis mengingat setiap penulis memiliki besaran pengalaman dan paparan yang berbeda-beda terhadap keterlibatannya dalam penanganan COVID-19.

# **BAB 1**

## **Rangkuman Pembelajaran COVID-19**

## BAB 1: Rangkuman Pembelajaran Penanganan COVID-19

### Rangkuman Bidang Kesehatan

(Prof. Meiwita P. Budiharsana; Pungkas B. Ali, Ph.D; dan Dewi Amila S, M.Sc)

Bab ini merupakan rangkuman pembelajaran tentang upaya mencegah, mendeteksi, dan merespons pandemi COVID-19 di Indonesia antara Maret 2020 sampai Desember 2020. Kerjasama antara pembuat kebijakan dan akademisi/peneliti/ dan perwakilan pemerintah dan organisasi non-pemerintah serta swasta yang diwawancara dan studi literatur, melahirkan penilaian tentang kapasitas Indonesia dalam keamanan kesehatan, penyediaan pelayanan kesehatan, upaya promotif dan preventif, dan manajemen respons. Temuan pembelajaran (*lessons learned*) ini dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan strategi dalam menghadapi pandemi COVID-19 yang masih berlangsung dan meningkatkan kesiapan dan kesiapsiagaan dalam menghadapi pandemi di masa mendatang.

Temuan pembelajaran bidang kesehatan diuraikan pada Bab 2 Kapasitas Keamanan Kesehatan, Bab 3 Kapasitas Pelayanan Kesehatan, Bab 4 Upaya Promotif dan Preventif, dan Bab 5 Manajemen Respons. Rangkuman pesan utama diterjemahkan kedalam 15 butir simpulan untuk memudahkan proses pemberian asupan dalam perumusan kebijakan. Ke 15 butir simpulan pembelajaran penanganan COVID-19 bidang kesehatan ini saling terhubung satu sama lain, dan pada dasarnya memerlukan penguatan koordinasi lintas-sektor, pelibatan secara optimal peran swasta, dan koordinasi pusat dan daerah. Pengelompokan ke 15 butir pembelajaran mengacu pada kerangka konsep WHO yang terdiri dari *prevent, detect, respond*.

### 15 Pembelajaran Penanganan COVID-19 Bidang Kesehatan

#### **PREVENT**

- 1) Pelatihan komunikasi publik tentang risiko pandemi termasuk regulasi dan pembentukan pusat informasi yang didukung pemerintah dan swasta, serta melibatkan peran masyarakat dengan mempertimbangkan kearifan lokal, dari tingkat nasional hingga tingkat RT/RW atau desa.
- 2) Penguatan kapasitas dalam komunikasi risiko bagi para pejabat pemerintah dan tenaga kesehatan dalam penyampaian informasi secara tegas, akurat, dan konsisten.
- 3) Penguatan peran media massa (digital dan konvensional) dalam penyebaran informasi akurat di masyarakat, dan peningkatan kemampuan membuat *counter* informasi terhadap infodemik (*hoax*).

- 4) Menjamin akses publik secara maksimal atas informasi komprehensif dan terpercaya bersumber dari pemerintah dengan pemanfaatan teknologi pemberitaan (digital dan konvensional).
- 5) Penguatan koordinasi krisis yang melibatkan berbagai modal sosial mulai dari level mikro seperti di tingkat RT/RW, hingga masyarakat luas dengan penguatan fokus ke penanganan pandemi secara simultan (tanpa egosentris) kementerian/lembaga/badan pemerintahan terkait.
- 6) Peningkatan kapasitas vaksinasi COVID-19 dengan penerbitan kebijakan imunisasi yang memastikan semua kelompok umur memiliki akses penuh ke berbagai jenis vaksin agar mempercepat tercapainya *herd immunity* dan dipadukan dengan intervensi kesehatan lainnya, serta penyediaan kebutuhan sarana dan prasarana vaksinasi yang memadai.

#### **DETECT**

- 7) Penguatan sistem surveilans yang terintegrasi, melaporkan hasil tes lab yang *interoperable* dan *real-time*, terkoordinasi antardaerah dan antarpusat-daerah, secara lintas sektor serta bersifat *mandatory*.
- 8) Peningkatan kapasitas laboratorium, baik kuantitas (SDM) maupun kualitas, kecukupan logistik, dan sarana prasarana yang memadai, serta pengembangan mekanisme pengawasannya.
- 9) Penguatan sistem pencatatan *testing, tracing, treatment* (3T) untuk memutus rantai penyebaran COVID-19 dengan cepat dan manajemen data dalam sistem informasi yang dapat diakses oleh masyarakat secara luas.

#### **RESPOND**

- 10) Koordinasi lintas sektor dan komunikasi risiko diperkuat dan dilakukan oleh berbagai pihak karena merupakan modal utama manajemen respons yang efektif.
- 11) Pelatihan SDM dan penyediaan alokasi anggaran yang mencukupi tanpa mendiskriminasi fasilitas kesehatan swasta di tingkat primer (termasuk pelatihan pencatatan dan pelaporan kasus).
- 12) Pengembangan *early warning system* sebagai alat bantu pengambilan keputusan pengadaan dan pendistribusian kefarmasian termasuk vaksin dan alat kesehatan secara cepat, namun tetap akuntabel, dan diperuntukkan bagi fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta.
- 13) Membangun jejaring penghubung produsen, donatur, dan pengguna (masyarakat), serta mendorong filantropi lokal untuk membantu penyediaan suplai medis dan alat kesehatan.
- 14) Memastikan kapasitas fasilitas kesehatan termasuk dalam pengelolaan limbah medis, penyediaan alokasi dana dan pelatihan bagi pengelola limbah medis.
- 15) Memastikan keberlangsungan pelayanan kesehatan esensial dengan penerapan protokol kesehatan, merencanakan monitoring 3T dan sistem rujukan yang efektif, oleh fasilitas kesehatan publik dan swasta.



Berikut rangkuman pembelajaran penanganan COVID-19 bidang kesehatan yang diuraikan dalam lingkup cakupan studi, tentang: 1) Kapasitas Keamanan Kesehatan, 2) Kapasitas Pelayanan Kesehatan, 3) Upaya Promotif dan Preventif, dan 4) Manajemen Respons.

### Kapasitas Keamanan Kesehatan (*Health Security*)

Kapasitas negara dalam keamanan kesehatan guna mengurangi ancaman krisis karena pandemi COVID-19 perlu ditingkatkan. Fokus kegiatan utama adalah perbaikan kesiapan (*preparedness*), khususnya sistem surveilans terintegrasi, manajemen data dengan SDM yang kompeten, termasuk pengembangan SDM untuk laboratorium rujukan yang didukung dengan penguatan pemerintah daerah dalam pengambilan kebijakan.

Sistem surveilans yang terintegrasi pusat-daerah, *real-time*, dan bersifat *mandatory* perlu segera diwujudkan. Data *missing*, contoh 'nama kecamatan' *missing* sampai 95%, hal ini jelas tidak memungkinkan *contact tracing* secara cepat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. *Missing* data 'waktu' juga menyebabkan tidak dapat diketahuinya seberapa cepat kasus ditemukan dan pada titik pelaporan mana *delay* terjadi. Ke depan seharusnya tidak ada lagi masalah *pending cases* (nama pasien diberikan kepada Dinkes daerah namun pasien tidak ditemukan di lapangan) karena lambatnya penelusuran kontak erat. Jika keberadaan pasien terlacak, perhitungan *Rt (effective reproductive number)* dapat dilakukan secara akurat. Reformasi sistem surveilans perlu dilakukan, mencakup: a) mengganti *update* status pasien yang masih bersifat manual menjadi sistem yang *real time* untuk mengupdate status akhir pasien, b) standarisasi dalam cara laboratorium menginput data pasien positif, c) meningkatkan kapasitas (*skill*) petugas surveilans sesuai standar agar tidak memperlambat pelaporan. Diharapkan tidak ada lagi perbedaan perhitungan antara pusat dan daerah yang membingungkan masyarakat, tidak ada lagi berbagai aplikasi pencatatan yang berbeda-beda, dan tidak ada lagi *delay* pencatatan data di *New All Records TC-19*.

Terdapat dua rekomendasi untuk perbaikan surveilans, rekomendasi konservatif dan *progressif*. Rekomendasi konservatif: surveilans diteruskan di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan dengan peningkatan kapasitas sistem dan SDM, tugas verifikasi kasus diserahkan kepada kabupaten/kota agar mampu *interoperable & real time*, monitoring dan evaluasi oleh Kementerian Kesehatan, serta pelatihan dan pendampingan berkelanjutan. Rekomendasi *progressif*: sistem surveilans 24 jam, *independent, flexible*, dan mumpuni, dikelola oleh badan independen dengan SDM profesional, berdisiplin tinggi, serta bekerja 7 hari seminggu 24 jam sehari selama pandemi COVID-19 belum berakhir. Badan independen ini harus mampu menjalankan pencatatan *tracing* COVID-19 sesegera mungkin, menilai jumlah pelacakan kontak erat dari 1 pasien positif, dan memperkirakan waktu rata-rata *contact tracing*.

Perbaikan manajemen data yang didukung SDM terlatih, infrastruktur memadai, dan teknologi yang mumpuni perlu dilakukan serta perlu keterbukaan untuk mereview sistem lain di luar birokrasi dan dapat diakses oleh masyarakat secara luas. Sistem pencatatan data COVID-19 harus berasal dari 'satu pintu'. Perbaikan manajemen berarti perbaikan kapasitas menampung data yang sangat besar dan menyediakan akses informasi ke 514 kabupaten/kota. Setiap daerah harus memiliki SDM terlatih yang paham tipologi dan struktur data, disiplin menginput data dengan lengkap, mampu mengintegrasikan data dan bersifat *interoperable*, dan mampu memanfaatkan teknologi untuk mempercepat input ke sistem NAR. Tidak ada lagi keterlambatan input yang menyebabkan data yang diumumkan menumpuk di satu tanggal tertentu, sehingga terlihat seperti terjadi 'lonjakan' jumlah pasien meninggal atau sembuh padahal sebenarnya tersebar di beberapa tanggal. Dalam kondisi kegawatdaruratan

kesehatan masyarakat, pemerintah diharuskan menghadirkan informasi yang tegas (pasti) sehingga dapat menjadi pegangan masyarakat. Ketidakpastian data karena perbedaan perhitungan pusat dan daerah menimbulkan ketidakpercayaan masyarakat bahwa pemerintah tidak siap menangani pandemi. Di masa depan, sistem tersebut perlu bersifat *mandatory* dan serempak pusat dan daerah.

Pada awal pandemi, data yang tidak lengkap menyebabkan keterlambatan proses pengambilan spesimen di lapangan. Ketidaksiapan SDM dan sarana prasarana laboratorium menyebabkan kelambatan pencapaian target pemeriksaan WHO (1.000 orang/per-1 juta penduduk per minggu) dan selanjutnya berpengaruh pada *tracing* di lapangan. Peningkatan keterampilan petugas dalam pengambilan sampel, pemberlakuan penyimpanan sampel sesuai standar, pemenuhan sarana prasarana, dan implementasi *biosafety* dan *biosecurity*, serta pelibatan laboratorium swasta sangat diperlukan.

Peran pemerintah daerah dalam pengambilan kebijakan penanganan COVID-19 yang responsif perlu diperkuat. Pemerintah daerah berperan penting dalam penguatan kapasitas keamanan kesehatan karena memiliki kendali penuh terhadap (1) upaya kepatuhan pengisian/input data COVID-19 secara rutin dan mendorong kelengkapan data dengan cara memberikan *reward* bagi kepatuhan terhadap kebijakan atau *punishment* pada daerah yang tidak menginput data pasien COVID-19 rumah sakit ke sistem RS Online, serta memantau perkembangan laporan harian; (2) memastikan tersedianya SDM, logistik, sarana dan prasarana, dukungan anggaran dalam surveilans, manajemen data, dan pemeriksaan laboratorium; (3) pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaporan yang masuk; (4) inisiatif untuk menghasilkan sistem informasi pencatatan COVID-19 yang lebih detail hingga level RT/RW; dan (5) melakukan analisis lanjut dalam faktor risiko kematian karena COVID-19, yang ditindaklanjuti dalam bentuk kebijakan dan peraturan daerah yang responsif.

### Contoh Kasus

Keberhasilan DKI Jakarta memetakan daerah dengan kasus COVID-19 tertinggi

Persiapan dini Dinas Kesehatan DKI Jakarta dimulai sejak Januari 2020, dengan meminta seluruh puskesmas memenuhi kebutuhan Alat Pelindung Diri (APD). Pertengahan Maret 2020, telah ditunjuk 5 laboratorium pemeriksa COVID-19 yaitu Labkesda, BBTCL, Eijkman, RS UI, dan RSCM. Labkesda sudah beroperasi selama 24 jam sejak 23 Maret 2020. Pada akhir Maret, Dinkes DKI Jakarta sudah dapat memetakan kebutuhan dan mencari peluang peminjaman alat serta potensi kerja sama untuk percepatan pemeriksaan.

Sejak Januari 2020 penanganan COVID-19 sudah didukung oleh personil TNI dan Kodam Jayakarta untuk pemetaan laboratorium, pengadaan *lab container*, serta identifikasi pengadaan logistik. DKI Jakarta melakukan pelatihan penyelidikan epidemiologi dan *Contact Tracing* sejak April dan Mei 2020 untuk tenaga surveilans lapangan. Saat PSBB transisi, *active case finding* (pelacakan kasus) untuk menjaring kasus tanpa gejala, sudah dilakukan di lokasi-lokasi berisiko tinggi dalam penularan COVID-19 seperti pasar, RT/RW rawan (memiliki *incidence rate* COVID-19 yang tinggi), rumah ibadah, dan lapas/rutan. Dinkes DKI Jakarta juga berkolaborasi dengan 28 laboratorium swasta dengan cepat.

## Kapasitas Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dalam pandemi COVID-19 menggunakan prinsip *surge capacity*. Berbeda dengan situasi bencana, dalam situasi pandemi pada saat bersamaan kapasitas pelayanan kesehatan harus mengelola *surge capacity* rawat jalan dan rawat inap sekaligus melacak pasien di sejumlah fasilitas kesehatan. Penanganan *surge capacity* yang efektif perlu melibatkan sektor lain dan swasta, serta memperhitungkan *hazard vulnerability assessments* (HVAs). Pendanaan harus tersedia bagi perencanaan, pelatihan, riset, peralatan, logistik, monitoring, koordinasi, dan proses perubahan peraturan atau regulasi.

Penguatan kapasitas sumber daya manusia perlu memperhatikan kecukupan jumlah dan memberikan perlindungan dari risiko tertular sesuai rekomendasi WHO, dengan memperhatikan aspek mental dan kesejahteraan, dan penerapan *task shifting*. Pemerintah daerah perlu memperhatikan kecukupan jumlah tenaga kesehatan terlatih, dan menyiapkan tenaga relawan medis dan non medis, mulai dari pelatihan sampai prosedur perijinan khusus. Perbedaan antara pandemi dengan bencana alam adalah risiko tenaga kesehatan sebagai *rescuers* berganti posisi menjadi korban saat tertular. Sementara itu, butuh waktu panjang untuk menghasilkan tenaga spesialis. Keterbatasan dokter spesialis tertentu, dihadapkan pada kebutuhan akan dokter spesialis yang terus meningkat, perlu diatasi dengan penerapan *task-shifting* (merupakan pemindahan tugas dari tenaga kesehatan yang berkualifikasi tinggi ke tenaga kesehatan berkualifikasi lebih rendah dengan tujuan meningkatkan pemanfaatan SDM yang ada). SDM kesehatan yang telah ada perlu dipertahankan dengan melindungi kondisi fisik dan mental mereka agar tidak kelelahan, sehingga rentan terkena COVID-19 dan juga melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dari tindakan yang salah.

Kapasitas logistik, pengembangan *early warning system* untuk memantau kondisi ketersediaan farmasi dan alat kesehatan, fasilitas rawat inap, ruang isolasi negatif/non-negatif, dan fasilitas isolasi mandiri perlu ditingkatkan. Peran pemda adalah mengembangkan *early warning system* sebagai alat bantu pengambilan keputusan pengadaan dan pendistribusian farmalkes yang lebih cepat dan akuntabel serta memastikan sistem informasi yang di *update* secara harian untuk mengetahui peta kebutuhan logistik guna mengantisipasi *surge capacity*. Perampingan administrasi perlu dilakukan, misalnya penyederhanaan protokol penerbangan dan birokrasi Bea dan Cukai yang memperlambat pasokan alat kesehatan dan obat. *Refocussing* anggaran perlu mencakup bantuan kepada RS kecil dan RS swasta.

Penambahan fasilitas rawat inap harus sejalan dengan penambahan ruang isolasi negatif/non-negatif dan ruang isolasi mandiri yang memegang peran sentral untuk mencegah penyebaran COVID-19 lebih lanjut maupun munculnya klaster baru. Pemerintah perlu menyediakan fasilitas bagi warga yang perlu isolasi mandiri namun tidak memungkinkan isolasi di rumah. Data Covid19.go.id per 21 September menunjukkan sekitar 80% dari 58.378 kasus aktif adalah kasus ringan yang hanya memerlukan ruang isolasi mandiri. Perhitungan kebutuhan fasilitas perawatan kritis diperkirakan hanya 20% dari kasus aktif. Fasilitas perawatan perlu dilengkapi dengan ruang isolasi tekanan negatif. Kekurangan ruang isolasi tekanan negatif dapat diatasi dengan meminta PERSI mensyaratkan semua RS baru yang sedang atau akan dibangun untuk membangun ruang isolasi tekanan negatif dengan jumlah kapasitas yang proporsional dengan jumlah ruang perawatan (tipe RS), serta merenovasi RS yang tidak atau kekurangan ruang isolasi tekanan negatif.

Selain itu, kapasitas fasilitas pengolahan limbah medis dan pemerataannya perlu ditingkatkan. RS berkewajiban untuk memiliki kapasitas tempat pengelolaan sementara limbah B3 sebelum diolah atau diangkut. Pemerintah daerah harus memonitor lewat koordinasi lintas sektor yang terlibat dalam pengelolaan limbah medis dan antardaerah. Redesain sistem rujukan pelayanan kesehatan perlu didasarkan pada kapasitas RS yang bersifat adaptif dan disertai redistribusi tenaga kesehatan untuk memastikan kecukupan jumlah tenaga kesehatan. Penguatan sistem rujukan diperlukan karena puskesmas dan klinik swasta tidak memiliki sumber daya yang memadai, sehingga kasus yang ditemukan dari hasil *screening (triage)* harus dirujuk ke RS Rujukan COVID-19 yang ditetapkan pemerintah pusat atau daerah. Pengelolaan peningkatan jumlah kasus dapat diatasi melalui penguatan sistem rujukan berjenjang, dengan memanfaatkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang terdiri atas *National Command Center (NCC)* dan *Public Safety Center (PSC)*, penguatan tim pendukung SISRUITE di Kementerian Kesehatan dan fasilitas kesehatan, pengembangan jejaring fasilitas kesehatan rujukan (termasuk fasilitas kesehatan swasta), dan redistribusi tenaga kesehatan. Sistem redistribusi tenaga kesehatan dapat mengambil tambahan tenaga dari RS lain yang beban pelayanannya lebih ringan untuk dipindahkan sementara ke RS rujukan, dan dari daerah dengan ketersediaan tenaga kesehatan berlebih untuk dipindahkan ke daerah dengan kebutuhan tenaga kesehatan yang belum terpenuhi.

Mobilisasi sumber daya finansial & non-finansial, kesinambungan layanan kesehatan esensial, dan koordinasi pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan. Sumber daya finansial utama adalah APBN dan APBD. Dana realokasi APBN lewat identifikasi pos-pos belanja yang bisa dihemat bisa digunakan untuk *upgrading* RS Rujukan COVID-19, pengadaan *medical supplies* dan *equipments*, penyediaan insentif bagi tenaga kesehatan yang menangani pasien COVID-19, hingga penyediaan biaya perawatan pasien dan pemulangan jenazah. Selain itu, dapat didorong gerakan filantropi lokal dimasa pandemi. Kesinambungan layanan esensial tetap harus dipertahankan dalam penerapan PSBB terutama untuk layanan ibu hamil dan bayi yang memerlukan imunisasi rutin; pasien penyakit kronis seperti kanker, jantung, dan gagal ginjal; dan kebutuhan peningkatan pendapatan operasional rumah sakit. Rekomendasi ditujukan pada kontinuitas pelaksanaan layanan esensial dengan mematuhi protokol kesehatan atau dilaksanakan di lokasi terpisah dari ruang rawat COVID-19.

### Upaya Promotif dan Preventif

Pengendalian COVID-19 membutuhkan upaya promosi kesehatan yang menasar pada individu, komunitas atau organisasi, serta pembuat kebijakan, agar masyarakat mampu menjaga kesehatan dirinya dan orang-orang disekelilingnya dengan tersedianya dukungan sarana prasarana yang dibutuhkan. Diperlukan keteladanan tokoh nasional (termasuk pejabat pemerintah), akademisi/pakar, tokoh masyarakat dan tokoh agama, serta informasi yang transparan dalam promosi kesehatan tersebut. Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) akan efektif jika dilakukan secara optimal di awal pandemi COVID-19 dan diikuti dengan penegakan hukum. Penerapan PSBB sebenarnya merupakan intervensi efektif untuk memperlambat mobilitas masyarakat yang secara langsung mempengaruhi angka reproduksi ( $R_0$ ) COVID-19. Analisis data bulan April hingga September 2020 oleh Tim FKM UI menunjukkan ketika proporsi penduduk di rumah saja berada di atas 40%, tidak ada peningkatan kasus COVID-19 per hari, bahkan cenderung menurun. Namun, ketika proporsi penduduk di rumah saja menurun sampai kurang dari 40%, maka setiap penurunan 1% penduduk di rumah saja akan meningkatkan estimasi 500 kasus COVID-19 per hari. Tiga hal penyebab kurang efektifnya PSBB adalah: (1) tidak segera diterapkan di awal pandemi; (2) tidak segera diikuti dengan penegakan peraturan; dan (3) pelanggaran PSBB 'sebelum waktunya' (arti 'sebelum waktunya' adalah 'belum cukup membekali masyarakat' dengan pengetahuan dan ketrampilan cara menerapkan panduan kesehatan, disiplin dan

kesadaran bahwa jika mereka abai, pandemi akan berlangsung lebih lama dan berdampak lebih buruk terhadap ekonomi). PSBB sering dipersepsikan sebagai kebijakan 'rem darurat' yang digunakan 'kapan perlu' di DKI Jakarta. Walau sudah diperketat dengan mekanisme sanksi progresif berdasarkan Peraturan Gubernur DKI Jakarta No. 79/2020, namun belum disertai upaya promotif yang diarahkan ke pembentukan norma baru. Pada saat ada hari libur panjang dan banyak orang keluar rumah, terlihat peningkatan kasus positif COVID-19 bahkan di saat PSBB diberlakukan. Penegakan hukum perlu diperkuat dalam pemberlakuan PSBB.

Perubahan perilaku hidup sehat masyarakat dapat terjadi dengan perencanaan strategi komunikasi yang efektif dan penyediaan sarana prasarana yang mendukung. Peningkatan upaya promosi melalui strategi komunikasi yang efektif dapat diukur dari peningkatan *health literacy* masyarakat yang tercermin dari persentase masyarakat yang mematuhi protokol kesehatan. Konten dan penyampaian materi komunikasi, informasi, edukasi (KIE) perlu mempertimbangkan kebutuhan orang dengan disabilitas, orang lanjut usia, anak-anak, dan masyarakat yang tidak memiliki akses internet. Untuk menunjang perilaku hidup sehat, upaya promosi perlu didukung upaya identifikasi kelompok yang membutuhkan dukungan pemerintah dalam pengadaan layanan sanitasi dan *hygiene* serta air minum. Bentuk komunikasi risiko seperti kampanye pemerintah "Bersatu Lawan COVID-19" merupakan upaya promosi dari Kementerian Kesehatan. Di bulan Maret 2020, media massa dengan tagar #AmanDiRumah dan #MediaLawanCovid19 sudah digunakan di berbagai platform termasuk stasiun televisi, radio, koran, media online, dan media sosial. Aksi ini didukung oleh lebih dari 50 media nasional dan daerah. Inisiasi yang sama juga dilakukan organisasi keagamaan seperti Nahdlatul Ulama (NU) dan Muhammadiyah yang mampu menggerakkan sekolah, fasilitas kesehatan, relawan, dan ulama. Mereka mendorong kepatuhan terhadap protokol kesehatan melalui posko dan *hotline center* di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, pelatihan-pelatihan di pesantren, edukasi keliling, dan diskusi bersama tokoh agama tentang cara menggunakan APD saat sholat dan menjaga jarak saat sholat.

Penguatan modal sosial dan budaya diperlukan untuk mendorong kreativitas dan inovasi berbasis kearifan lokal. Penyusunan pedoman perubahan perilaku untuk mendorong perubahan perilaku konsisten melaksanakan 3M di masing-masing wilayah disarankan untuk disesuaikan dengan situasi dan kondisi sosial-budaya masyarakat setempat. Pemerintah harus berkolaborasi dengan sektor swasta, pakar/akademisi, tokoh publik, komunitas atau masyarakat sipil, dan media massa. Model intervensi dari berbagai daerah dapat melibatkan komunitas dan tokoh lokal berpengaruh (tokoh adat/tokoh agama), sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat. Nilai-nilai harmoni sosial, solidaritas, gotong royong, dan kolaborasi antarwarga perlu diperkuat, sehingga edukasi, sosialisasi, dan mitigasi dalam perubahan perilaku dapat diterima dan diterapkan masyarakat luas. Keterlibatan semua elemen masyarakat (kolaborasi *pentahelix* antara pemerintah, komunitas, akademisi, pengusaha dan media) perlu dioptimalkan, sehingga perubahan perilaku mengarah ke pembentukan norma sosial dan budaya baru. Vaksinasi COVID-19 memberikan pengalaman bagi Indonesia untuk ke depan perlu dikembangkan mekanisme vaksinasi untuk *highly infectious diseases*. Pemerintah Indonesia telah mengatur dasar-dasar pengadaan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 dalam Peraturan Presiden No.99/2020. Untuk meningkatkan penerimaan vaksin, telah disiapkan langkah-langkah komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat yang mengidentifikasi cara menjangkau masyarakat dengan akses informasi paling terbatas, seperti masyarakat miskin dan rentan. Komunikasi perlu dilakukan oleh pemerintah dalam proses penyiapan sampai dengan implementasi vaksinasi COVID-19, termasuk komunikasi rencana komprehensif tentang penyediaan vaksin COVID-19, penentuan prioritas vaksinasi COVID-19, dan penyiapan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam vaksinasi COVID-19.

## Manajemen Respons

Manajemen respons memerlukan kapasitas komunikasi risiko yang memadai, mobilisasi sumberdaya yang akuntabel dan transparan, serta kelembagaan dan koordinasi lintas sektor yang membuat masyarakat merasa aman dan terlindungi oleh negara. Di tengah ketidakpastian, masyarakat berharap pemerintah menghadirkan informasi yang tegas dan akurat sejak awal pandemi. Informasi yang akurat menjadi rujukan bagi masyarakat untuk menolak *hoax* dan *infodemics* (informasi liar yang tidak dapat diverifikasi, dan sering menyesatkan, serta tersebar cepat melalui berbagai saluran media). Diakui, pada awal terjadi pandemi COVID-19 direspons secara lambat di Indonesia. Di masa mendatang, Indonesia harus memiliki dua hal: a) model komunikasi dengan masyarakat secara teratur tentang kebijakan dan aturan yang dikeluarkan (termasuk opsi PSBB), karakteristik pandemi, protokol untuk penanganan pandemi, serta sistem monitoring, koordinasi, dan kolaborasi lintas sektor yang digalang antarlevel pemerintahan dan masyarakat untuk merespons pandemi; b) adanya kanal informasi tunggal yang memberikan informasi langkah-langkah penanganan dan data pandemi yang terintegrasi secara terus menerus kepada masyarakat luas. Absennya sistem komunikasi publik yang terpercaya akan melahirkan ketidakpastian, baik di kalangan pemerintah sendiri, dunia bisnis, maupun masyarakat. Akibatnya, timbul situasi kekacauan, hilangnya kepercayaan publik terhadap kredibilitas pemerintah yang akan melahirkan reaksi masyarakat yang berlebihan dan tidak pada tempatnya dan menghambat implementasi kebijakan.

Mobilisasi sumber daya perlu dilakukan secara transparan dan akuntabel. Pemerintah mengeluarkan berbagai peraturan untuk mobilisasi sumber daya dan percepatan proses penyediaan barang/jasa. Fokus strategi pemerintah: mempermudah impor bahan baku dan berbagai alat kesehatan, memenuhi kekurangan peralatan kesehatan dengan revitalisasi industri perlengkapan dasar kesehatan dalam negeri, dan mengeluarkan kebijakan pelarangan ekspor untuk produk antiseptik, bahan baku masker, alat pelindung diri, dan etil alkohol. Bantuan internasional bermunculan, peningkatan filantropi lokal dan inisiatif spontan masyarakat sipil termasuk perusahaan swasta nasional dalam pemenuhan kebutuhan APD dan alat kesehatan di awal pandemi perlu dicatat sebagai bagian dari sejarah peningkatan yang signifikan keterlibatan masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan. Kendala berupa kelambatan pendistribusian masih terjadi karena sistem birokrasi yang panjang dari pusat ke daerah dan distribusi masih diprioritaskan untuk RS Pemerintah walau RS swasta juga membutuhkan peningkatan ruang isolasi dan tes PCR. Pembelajaran kedepan perlu mempertimbangkan 3 aspek untuk mengoptimalkan mobilisasi sumber daya: a) menguatkan kapasitas produksi domestik; b) meningkatkan kerja sama strategis dengan swasta dan masyarakat; dan c) memberlakukan kebijakan memotong alur distribusi menjadi lebih sederhana dan tepat sasaran. Kelembagaan dan kepemimpinan perlu memberi arah dan kepastian. Ketiadaan lembaga dengan kanal informasi kebijakan yang terintegrasi dan lemahnya komunikasi risiko (*risk communication*) dari lini atas sampai lini terbawah pemerintahan, dan masyarakat menyebabkan kebijakan menjadi terfragmentasi dalam awal pandemi terjadi. Kanal informasi tunggal akan membangun *public trust* terhadap pemerintah dalam menangani pandemi COVID-19. Secara garis besar, koordinasi dan kolaborasi antar pemangku kepentingan dapat mengikuti prinsip Pentahelix, yakni melibatkan multi-stakeholder, pelaku usaha dan mitra pembangunan, lembaga penelitian/akademisi, lembaga swadaya masyarakat (LSM), relawan, serta media.

## Rangkuman Bidang Non-Kesehatan

**(Widjajanti Isdijoso, M.Ec.St; Jimmy D. Berlianto Oley, S.I.P.; Pungkas B. Ali, Ph.D, Dewi Amila S, M.Sc, dan M. Zaki Firdaus, S.Pharm)**

Bab ini menyajikan rangkuman pembelajaran dari upaya di luar bidang kesehatan untuk mendukung upaya kesehatan (pencegahan, deteksi, dan penanganan) serta mitigasi dampak pandemi COVID-19, selama Maret 2020 sampai dengan Desember 2020. Analisis oleh berbagai Direktorat pengampu di Bappenas dengan dukungan masukan dari pemangku kepentingan yang relevan, telah menyoroti dampak pandemi COVID-19 terhadap berbagai sendi kehidupan masyarakat, serta kesiapan dan respons kebijakan terkait: inovasi teknologi ekonomi, pendidikan, kehidupan beragama, sosial budaya, kelompok rentan yang terdiri dari perempuan, anak dan pemuda, serta sistem dan mekanisme perlindungan sosial. Di satu sisi, pandemi COVID-19 sangat memengaruhi kegiatan ekonomi dan sosial. Di sisi lain, upaya promotif dan preventif berbentuk produk hukum seperti pembatasan ruang gerak penduduk untuk menekan dan mencegah penyebaran COVID-19 juga berdampak luas pada kegiatan ekonomi dan kehidupan sosial masyarakat.

Berbagai pembelajaran berdasarkan hasil analisis ini dapat dijadikan masukan untuk mengembangkan strategi kesiapan dan kesiapsiagaan sektor-sektor non-kesehatan pada saat pandemi COVID-19 masih berlangsung dan saat menghadapi kegawatdaruratan kesehatan masyarakat di masa depan. Dengan demikian, dampak negatif pandemi COVID-19 baik yang bersifat langsung maupun tidak langsung dapat diminimalkan.

Hasil lengkap analisis dari sektor non-kesehatan diuraikan pada Bab 6 Pemanfaatan Inovasi Teknologi berbasis Penelitian dan Pengembangan, Bab 7 Pengelolaan Ekonomi, Bab 8 Penyelenggaraan Pendidikan, Bab 9 Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan, Bab 10 Kehidupan Sosial Budaya, Bab 10 Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda, dan Bab 12 Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial. Pembelajaran utama dari berbagai sektor tersebut secara umum dirangkum dalam 10 butir simpulan utama, sebagai masukan untuk perumusan kebijakan.

Secara umum, 10 butir pembelajaran utama dari penanganan COVID-19 bidang non-kesehatan ini terkait satu sama lain dan juga terkait erat dengan pembelajaran dari sektor kesehatan. Poin-poin pembelajaran utama ini menunjukkan perlunya penguatan, penyempurnaan, dan adaptasi kebijakan di berbagai sektor, yang perlu didukung dengan koordinasi dan kerjasama yang lebih baik, tidak saja antara berbagai lembaga pemerintah di berbagai tingkat pemerintahan, tetapi juga dengan berbagai elemen masyarakat termasuk organisasi masyarakat sipil dan sektor swasta.

## 10 Pembelajaran Penanganan COVID-19 Bidang Non-Kesehatan

1. Peningkatan upaya percepatan produksi penyediaan vaksin dan APD, inovasi dan pengembangan alat kesehatan dan sarana deteksi COVID-19 oleh berbagai lembaga di dalam negeri melalui dukungan sumberdaya dan percepatan proses pengadaan bahan baku, produksi masal, dan pemasaran.
2. Penyelarasan kebijakan pengaturan kegiatan ekonomi dan strategi pemulihan ekonomi agar sejalan dengan upaya pencegahan COVID-19. Komunikasi dan kolaborasi antara pemerintah dan swasta dalam penerapan protokol kesehatan perlu ditingkatkan guna pencegahan penyebaran COVID-19 dalam penyelenggaraan kegiatan ekonomi, dengan didukung aturan dan sanksi yang jelas dan tegas.
3. Penyesuaian sistem pendidikan agar dapat meminimalkan interaksi fisik guna pencegahan penyebaran COVID-19, disertai dengan upaya komprehensif dan afirmasi untuk mencegah *learning loss* dan melebarnya kesenjangan capaian pendidikan.
4. Perkuatan kolaborasi dengan lembaga dan tokoh agama dalam menyampaikan pesan pencegahan COVID-19 dan memberikan arahan serta keteladanan dalam pelaksanaan tata cara peribadatan dan pelaksanaan kehidupan beragama yang mendukung pencegahan penyebaran COVID-19.
5. Peningkatan kerjasama antar kementerian dan dengan lembaga keagamaan untuk menyisipkan protokol kesehatan dalam kegiatan keagamaan, seperti fatwa dan pedoman peribadatan/penyelenggaraan kegiatan terkait kehidupan beragama yang menerapkan kegiatan utama pencegahan penyebaran COVID-19.
6. Peningkatan kerjasama pemerintah daerah (provinsi, kabupaten/kota, dan desa/kelurahan) dan masyarakat untuk menggali dan mengembangkan budaya, kearifan lokal, dan pengetahuan tradisional dapat mendukung upaya pengendalian pandemi COVID-19.
7. Peningkatan literasi kesehatan melalui internalisasi promotif dan preventif dalam ekosistem pendidikan, serta peningkatan budaya literasi masyarakat secara umum.
8. Menjamin penyesuaian tata cara pelayanan perlindungan perempuan, anak dan pemuda secara komprehensif, termasuk perubahan peraturan dan panduan, dukungan pendanaan, bantuan hukum, penyesuaian kapasitas sumberdaya manusia, dan dukungan teknologi dan peralatan.
9. Perluasan cakupan dan peningkatan keakuratan data perlindungan sosial, agar lebih transparan, mudah diadopsi pemerintah daerah dan berbagai pihak terkait, serta dapat dimanfaatkan untuk pengembangan kebijakan sesuai dengan perkembangan dampak pandemi COVID-19 di berbagai sektor.
10. Pengembangan sistem perlindungan sosial (bantuan sosial dan jaminan sosial) yang adaptif, sehingga dapat dimanfaatkan dalam berbagai konteks kebencanaan, dengan koordinasi antarlembaga yang lebih baik, mekanisme protokol kedaruratan yang jelas, dan jangkauan pelayanan yang lebih inklusif, khususnya untuk kelompok rentan dan tertinggal.



Berikut rangkuman pembelajaran penanganan COVID-19 yang diuraikan dalam lingkup cakupan pembahasan studi, yaitu: 1) Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Litbang, 2) Pengelolaan Ekonomi, 3) Penyelenggaraan Pendidikan, 4) Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan, 5) Kehidupan Sosial Budaya, 6) Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda, dan 7) Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial.

### Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Penelitian dan Pengembangan

Diperlukan keterpaduan strategi dan keberpihakan pemerintah untuk memaksimalkan pemanfaatan inovasi teknologi dari kegiatan litbang dalam negeri. Inovasi berbasis litbang dapat mendukung upaya pencegahan dan pengendalian penyakit, penanganan dan penyembuhan pasien, serta membantu agar masyarakat dapat melakukan kegiatan ketika diperlukan pembatasan sosial untuk menghentikan/mengendalikan penyebaran penyakit. Inovasi dan kegiatan litbang komersial terkait COVID-19, diantaranya, meliputi pengembangan dan produksi: alat kesehatan, alat pelindung diri, obat dan pengobatan (*treatment*), vaksin, dan kit uji. Sedangkan riset-riset non-komersial mencakup topik: kesehatan dan pandemi, pendidikan dan sosial budaya, ekonomi dan bisnis, lingkungan, dan teknologi komunikasi dan informasi.

Supaya hasil litbang terkait pandemi COVID-19 dapat segera dimanfaatkan, diperlukan *timing* hilirisasi dan komersialisasi produk inovasi teknologi yang cepat dan tepat. Faktor '*timing*' memegang peranan penting mengingat berbagai kebutuhan mengenai pandemi COVID-19 yang pada masa-masa awal sangat sulit, langka, dan mahal, sekarang sudah mulai terpenuhi. Selain itu ada '*horizon waktu*' yang bergantung pada periode masa dampak pandemi (berdasarkan pendapat ahli sekitar 1-2 tahun), karena setelahnya akan terjadi penurunan kebutuhan sehingga nilai strategisnya berkurang. Berbagai inovasi litbang yang sudah ada memiliki kesiapan sumberdaya dan titik awal (*starting point*) berbeda-beda, dan hanya sebagian kecil yang berada pada tingkat kesiapan baik, perlu dukungan agar produk yang dihasilkan litbang komersial bisa segera diproduksi dalam skala industri dan mampu menembus pasar. Selain sumberdaya (anggaran, sumberdaya manusia, sarana dan prasarana), juga diperlukan percepatan perizinan dan sertifikasi, kelancaran logistik dan *supply chain* (khususnya bila dibutuhkan bahan baku dari luar negeri), keterhubungan dengan industri untuk produksi massal, dan keberpihakan dan *endorsement* pemerintah khususnya untuk kepastian pemasaran. Untuk litbang non-komersial, selain dukungan sumberdaya, juga diperlukan penyebarluasan dan sosialisasi hasil litbang bagi masyarakat termasuk swasta, serta keterhubungan dengan pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan di sektor-sektor terkait.

Dalam jangka menengah dan jangka panjang, perlu dilakukan identifikasi kebutuhan dan pemetaan ketersediaan sumberdaya yang lengkap dan akurat dan perlu diidentifikasi apa saja kegiatan litbang serta inovasi teknologi yang dibutuhkan. Kapasitas berbagai sumberdaya, baik yang dimiliki pelaku litbang maupun kemampuan industri swasta untuk melakukan *upscaling*, juga diinformasikan ke semua pihak. Dengan demikian, perencanaan kegiatan bisa dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan jika ada '*gap*' pada kapasitas yang dimiliki, dapat dilakukan pemenuhan. Dibutuhkan jejaring kelembagaan dan koordinasi yang kuat untuk memperoleh data yang lengkap dan akurat dan juga perlu dibuat kerangka regulasi yang mengikat (misalnya keputusan Presiden) sebagai payung hukum penugasan instansi terkait sesuai tanggung jawabnya masing-masing, diantaranya dapat meliputi Kementerian Kesehatan, Kementerian Riset dan Teknologi/Badan Riset Nasional, Kementerian Perindustrian, Kementerian Perdagangan, Badan Pengawas Obat dan Makanan, dan Badan Standarisasi Nasional.

Agar litbang dapat didesain dan dilaksanakan secara holistik, mulai dari penelitian dan pengembangan *prototype* hingga produksi massal dan pemasaran, dapat dibentuk *cluster-cluster* yang memfasilitasi interaksi dan kerja bersama semua aktor yang terlibat dalam proses tersebut, disertai dengan pemenuhan sumberdaya yang dibutuhkan. Diantara *cluster* yang dapat dibentuk adalah: (i) *Cluster* berbasis produk yang dikembangkan untuk memadukan riset, pengembangan teknologi (termasuk teknologi produksi), hilirisasi, dan komersialisasi serta pemasaran untuk suatu produk tertentu, misalnya *cluster* ventilator yang dapat memfasilitasi kebutuhan dan pasokan, serta inovasi pengembangannya; (ii) *Cluster* berbasis ekosistem, seperti *Science and Techno Park* dan inkubator, yang dibentuk dengan harapan agar dapat berkembang menjadi ekosistem yang memfasilitasi berjalannya proses inovasi hingga menghasilkan produk, layanan, atau solusi, sesuai perkembangan kebutuhan pasar yang dinamis; dan (iii) *Cluster* berbasis digital yang merupakan sistem informasi inovasi berbasis digital dan berfungsi mempertemukan *supply* dan *demand* litbang dan inovasi secara cepat dan efisien. Dalam sistem informasi yang dibangun terdapat tiga komponen utama, yaitu sisi *supply* yang berisi informasi yang lengkap dan akurat mengenai potensi dan kapasitas inovator dan lembaga litbang, sisi *demand* yang berisi data kebutuhan akan solusi teknologi dan inovasi, dan *enabler* yang memegang peranan kunci sebagai pengelola dan analisis data yang akan ditindaklanjuti untuk menghubungkan antara *supply* dan *demand* yang sesuai. Dalam konteks COVID-19, model cluster ini akan dapat mawadahi litbang komersial dan non-komersial.

### Contoh Kasus

#### Pengembangan Ventilator ITB (Vent-I) yang mampu bersaing dengan produk impor

Ventilator ITB merupakan contoh keberhasilan litbang yang didesain dengan *timing* yang tepat, holistik mulai dari desain kegiatan litbang, desain industri, dan desain pemanfaat serta peluang pasar. Vent-I adalah ventilator yang diproduksi dengan biaya murah dan cepat. Litbang Vent-I diinisiasi oleh ITB (Dr. Syarif Hidayat) dan YPM Masjid Salman, berkerjasama dengan banyak pihak: UNPAD, UPI, Polman, SMK, serta masyarakat sebagai *customer*. Tahap awal sudah bisa memproduksi 850 unit, dilaksanakan oleh PT RekaCipta Inovasi ITB bekerjasama dengan ITB, BUMN (PTDI), dan perusahaan swasta lain. Vent-I didukung perusahaan multinasional yang berminat memproduksi massal dan salah satunya berkomitmen hingga ribuan unit. Kunci dari keberhasilan adalah ketersediaan sumberdaya yang memadai, pelibatan ahli multidisiplin dari berbagai institusi, dan *starting point* yang sangat baik didukung oleh teknologi yang sudah ada. Inisiasi untuk kerjasama industri dilakukan dan jejaring dengan banyak rumah sakit sebagai calon pengguna.

### Pengelolaan Ekonomi

Pemerintah perlu merancang dan menerapkan kebijakan yang tepat untuk menjaga keseimbangan antara upaya pengendalian penyebaran COVID-19 dan upaya menjaga pertumbuhan ekonomi. Pengalaman berbagai negara di dunia menunjukkan bahwa dengan memberikan prioritas pada aspek kesehatan sebagai fondasi bagi pemulihan ekonomi, maka dapat dicapai keseimbangan yang diinginkan. Oleh karena itu, kebijakan ini perlu dirancang secara hati-hati dengan mempertimbangkan aspek kesiapan sistem kesehatan (kondisi penyebaran kasus, kesiapan fasilitas kesehatan, pemantauan hasil tes), dan aspek kesiapan masyarakat dan dunia usaha dalam hal pengetahuan dan kedisiplinan penerapan protokol kesehatan. Strategi juga perlu disusun secara rinci dan konsisten untuk memberikan kepastian kepada masyarakat dan dunia usaha. Rencana yang dibuat di tingkat nasional, dapat disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik daerah, dengan pedoman dan indikator yang jelas.

Strategi dapat disusun berdasarkan sektor, sesuai dengan tingkat kepentingan, besaran risiko transmisi COVID-19, dan kapasitas bekerja dari rumah. Hal ini perlu diatur secara terbuka, dengan rincian indikator dan mekanisme pengawasan yang baik. Untuk dua sektor yang terkena dampak negatif paling besar, yaitu sektor pariwisata dan sektor industri, diperlukan strategi khusus. Untuk sektor pariwisata, diperlukan harmonisasi dan koordinasi protokol dan prosedur lintas sektor dengan pusat-daerah yang bertujuan untuk efisiensi dan kemudahan pemulihan kunjungan wisatawan ke destinasi wisata. Pemanfaatan teknologi baru dapat membantu menciptakan nilai tambah dan jenis atraksi baru yang mengedepankan inovasi dan kesadaran akan pariwisata berkelanjutan. Hal ini perlu didukung kebijakan *re-skilling* dan *up-skilling* bagi usaha dan tenaga kerja pariwisata. Pembukaan perbatasan antardaerah dan dengan negara lain juga perlu dilakukan secara hati-hati dan didasarkan pada dukungan data potensi penyebaran penyakit. Untuk sektor industri, diperlukan dukungan dari belanja pemerintah utamanya ketika permintaan dan daya beli masyarakat masih lemah. Pemberian stimulus kepada pelaku industri, utamanya skala besar dan sedang, perlu dilakukan dengan tetap mengedepankan prinsip kehati-hatian dan hanya diberikan kepada perusahaan yang memenuhi klasifikasi yang sesuai. Situasi pandemi juga dapat dimanfaatkan sebagai salah satu momentum untuk mendorong perbaikan kebijakan industri, seperti mempermudah akses bahan baku dan implementasi prinsip teknologi maju dan lebih ramah lingkungan di dalam operasional produksi perusahaan.

Secara umum, strategi pengelolaan perekonomian dapat dibagi dalam tiga tahapan:

1. Pada kondisi jumlah kasus COVID-19 terus meningkat, kebijakan difokuskan pada pengendalian penyebaran COVID-19 melalui pembatasan sosial, peningkatan kapasitas *testing* dan *tracing* serta pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Dari sisi ekonomi, kebijakan lebih fokus pada perlindungan masyarakat dan dunia usaha yang terdampak dari penurunan aktivitas ekonomi, misalnya pemberian bantuan sosial kepada kelompok masyarakat rentan. Kebijakan ini ditujukan untuk meningkatkan belanja masyarakat. Relaksasi kredit bagi dunia usaha dapat menjaga neraca keuangan agar tetap positif. Pada tahap ini juga diperlukan upaya untuk mencegah merembetnya krisis ke sektor keuangan, salah satunya dengan meningkatkan likuiditas di sektor keuangan.
2. Saat jumlah kasus telah turun dan relatif stabil, kegiatan ekonomi dapat mulai berjalan kembali. Untuk pencegahan gelombang peningkatan kasus COVID-19 diperlukan: penerapan protokol kesehatan secara tegas, peningkatan kapasitas *testing* dan *tracing* yang lebih luas, dan pembatasan sosial yang disesuaikan dengan kondisi penyebaran kasus. Kebijakan sektor kesehatan perlu difokuskan pada pencegahan penularan, penyediaan dan distribusi vaksin. Sementara itu, kebijakan ekonomi difokuskan pada percepatan pemulihan ekonomi dan persiapan pondasi untuk menghadapi transformasi ekonomi dan perubahan dunia pasca COVID-19. Akselerasi investasi, sebagai contoh, diperlukan untuk menyerap *backlog* pengangguran melalui peningkatan investasi publik, perbaikan iklim investasi dan peningkatan infrastruktur digital dan transportasi. Pada fase ini, perlu diberikan bantuan sosial bagi masyarakat rentan dan pemberian insentif bagi usaha untuk melakukan pemulihan, penyerapan kembali tenaga kerja, dan percepatan digitalisasi.
3. Dalam jangka panjang, diperlukan transformasi ekonomi, peningkatan produktivitas, dan kapasitas produktif perekonomian. Kebijakan yang dapat dilakukan antara lain melakukan reformasi sektor publik, meningkatkan kualitas sumberdaya manusia (SDM) melalui perbaikan sistem pendidikan dan pelatihan tenaga kerja, reformasi sistem perlindungan sosial, reformasi sektor fiskal melalui peningkatan penerimaan perpajakan dan peningkatan belanja yang berkualitas, dan peningkatan inovasi litbang dan teknologi. Pandemi menjadi waktu yang tepat untuk mengubah orientasi pembangunan menjadi lebih berkelanjutan dan berbasis lingkungan.

## Penyelenggaraan Pendidikan

Pandemi COVID-19 saat ini memicu munculnya dua isu penting di dunia pendidikan, yaitu (i) perlunya perubahan sistem pendidikan dan cara pengajaran, dan (ii) perlunya penguatan internalisasi nilai-nilai promotif-preventif dalam ekosistem pendidikan, serta penguatan literasi kesehatan melalui jalur pendidikan. Dalam kaitannya dengan sistem pendidikan dan cara pengajaran, diperlukan upaya untuk meminimalkan dampak negatif COVID-19 dan pengendalian pandemi, dari perubahan proses kegiatan belajar tatap muka menjadi kegiatan belajar dari rumah (BDR). Ketidaksiapan dan belum optimalnya pelaksanaan pembelajaran jarak jauh (PJJ) di masa pandemi berpotensi menurunkan kualitas dan akses pendidikan dalam jangka menengah dan panjang. Penyesuaian kebijakan harus secara menyeluruh, mencakup:

1. Kebijakan untuk mendorong pemanfaatan teknologi pendidikan yang beragam, sesuai dengan kondisi masyarakat dan wilayah setempat. Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dan *e-learning* sebagai alternatif kegiatan belajar mengajar perlu dioptimalkan dan dibarengi dengan pemerataan akses TIK. Untuk mewujudkannya, diperlukan kerja sama dengan kementerian teknis lain dalam penyediaan infrastruktur utama dan dengan penyedia (*provider*) untuk menjamin cakupan dan kualitas akses digital yang diperlukan sebagai sarana utama PJJ.
2. Penyesuaian kurikulum, standar ketercapaian kurikulum, sistem penilaian dan evaluasi peserta didik, serta penyesuaian standar nasional pendidikan (SNP) perlu didasarkan pada hasil review terhadap penerapan kurikulum yang berjalan pada masa pandemi. Review ini diperlukan untuk memberikan gambaran mengenai *gap* ketercapaian kurikulum dan kompetensi lulusan. Selain untuk penyesuaian kurikulum, hasil review ini juga dijadikan dasar penyusunan standar operasional pelaksanaan PJJ.
3. Peningkatan kemampuan pendidik dan tenaga kependidikan perlu diukur guna meningkatkan adaptasi terhadap teknologi PJJ dan digital.
4. Peningkatan tata kelola kelembagaan pada tingkat daerah juga dinilai dalam melakukan evaluasi, pengawasan, dan peningkatan efektivitas penyelenggaraan PJJ.
5. Penguatan dukungan kebijakan dan mekanisme untuk mengatasi dampak negatif terhadap kesehatan mental pada orang tua, pendidik, dan peserta didik melalui peningkatan saluran komunikasi yang efektif dan kemudahan akses infrastruktur (wifi) bagi orang tua/wali peserta didik dan sekolah, serta peningkatan pendampingan pembelajaran bagi peserta didik.

Agar dapat berkontribusi pada pencegahan penularan COVID-19, sistem pendidikan perlu melakukan upaya yang berkelanjutan untuk penguatan pemahaman mengenai upaya promotif preventif dan peningkatan literasi kesehatan melalui pendidikan. Penguatan penerapan protokol kesehatan diperlukan pada pembelajaran yang dijalankan secara tatap muka, kombinasi, maupun persiapan untuk pembukaan sekolah kembali (*school reopening*). Dalam jangka pendek, sektor pendidikan telah memberikan respons cepat dalam bentuk realokasi penganggaran dan relaksasi pemanfaatan pembiayaan pendidikan untuk penanganan COVID-19. Penguatan pendidikan kesehatan melalui peningkatan materi pembelajaran maupun kegiatan pendukung edukatif lainnya, baik kokurikuler maupun ekstrakurikuler, perlu diterapkan di seluruh jenjang pendidikan. Pemahaman sejak dini tentang pola hidup bersih dan sehat, penyakit, gizi, dan kesadaran terhadap upaya peningkatan kesehatan perlu secara berkesinambungan terus dipupuk. Konten dan cara penyampaian dapat disesuaikan sesuai jenjang atau kelompok usia.

## Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan

Tokoh-tokoh agama dan lembaga keagamaan perlu memberi keteladanan dan berperanserta dalam penerapan protokol kesehatan dalam rangka pengendalian penyebaran COVID-19. Perubahan tata cara peribadatan (baik praktik ibadah maupun peringatan hari besar keagamaan) dan praktik berbagai kegiatan terkait kehidupan beragama (termasuk pernikahan dan kematian) menjadi bagian penting dari upaya pengendalian pandemi. Karena tingginya tingkat kepercayaan masyarakat pada tokoh agama dan lembaga keagamaan, peran mereka dalam advokasi dan edukasi perubahan tata cara peribadatan dan kehidupan beragama secara umum sangat krusial. Kolaborasi antara pemerintah dari tingkat pusat hingga tingkat desa dengan tokoh agama dan lembaga keagamaan perlu diperkuat untuk memastikan penerapan protokol kesehatan sampai di tingkat lapangan. Untuk mengikis pendapat yang keliru, pemahaman para tokoh agama mengenai COVID-19 perlu ditingkatkan dengan menggunakan pendekatan yang moderat, kontekstual, dan komprehensif. Selanjutnya, Gugus Tugas Nasional Percepatan Penanganan COVID-19 dan lembaga pemerintah terkait lainnya perlu meningkatkan kerjasama dengan tokoh agama dan lembaga keagamaan dalam menyampaikan informasi melalui media komunikasi yang paling efektif, sesuai dengan kondisi masyarakat setempat. Dialog antartokoh agama dan antarlembaga keagamaan juga perlu terus ditingkatkan untuk membangun kesepahaman mengenai COVID-19 dan bekerjasama dalam penanganan pandemi, serta menjaga kerukunan antarumat beragama dalam menghadapi krisis yang muncul selama pandemi.

Kerjasama antarkementerian dan kerjasama dengan lembaga keagamaan untuk menyisipkan protokol kesehatan dalam kegiatan keagamaan, seperti fatwa dan pedoman peribadatan/penyelenggaraan kegiatan terkait kehidupan beragama yang menerapkan kegiatan utama pencegahan penyebaran COVID-19 yang telah terbangun dengan cukup baik, perlu dilanjutkan dan diperkuat. Selama ini, organisasi keagamaan telah memberikan kontribusi penting dalam menyesuaikan tata cara ibadah melalui penerbitan fatwa atau panduan kehidupan beragama selama pandemi. Pemerintah juga sudah berperan dalam aspek ini, seperti melalui penerbitan beberapa kebijakan mengenai protokol di rumah ibadah dan perayaan hari raya keagamaan. Potensi ini perlu terus dioptimalkan dan diperkuat hingga ke tingkat pelaksana lapangan, misalnya dalam bentuk pembelajaran bersama antara tenaga/petugas kesehatan dengan tokoh agama untuk membangun kesepahaman mengenai tata cara pemulasaran jenazah yang sesuai dengan ajaran agama dan sesuai juga dengan protokol pengendalian pandemi. Kerjasama ini juga perlu diperkuat dalam membangun argumen teologis dan menjamin kehalalan vaksin COVID-19.

Peran organisasi dan lembaga keagamaan dalam mitigasi dampak ekonomi pandemi COVID-19 di tingkat masyarakat perlu dioptimalkan. Organisasi keagamaan telah terbukti berperan dalam mengurangi dampak dari pandemi COVID-19 di tingkat masyarakat terutama melalui berbagai program, seperti ketahanan pangan, modal usaha, dan ketahanan ekonomi keluarga. Untuk mengoptimalkan manfaatnya, diperlukan peningkatan koordinasi dengan pemerintah yang juga menjalankan program perlindungan sosial. Bersama pemerintah daerah, program organisasi keagamaan dan program bantuan sosial pemerintah bisa saling melengkapi. Jika program bantuan dari organisasi dan lembaga keagamaan diarahkan untuk pemberdayaan ekonomi keluarga dan usaha mikro-kecil-menengah, misalnya, akan menjadi pelengkap program bantuan sosial pemerintah.

## Kehidupan Sosial Budaya

Diperlukan pendekatan berbasis budaya lokal untuk mengatasi gegar budaya, suatu kondisi disorientasi karena perbedaan nilai budaya termasuk hilangnya kebiasaan dan gaya hidup lama yang tergantikan gaya hidup baru, akibat perubahan yang perlu dilakukan dalam rangka pengendalian pandemi COVID-19. Jika tidak dikelola dengan baik, gegar budaya ini akan memicu kepanikan masyarakat yang berujung pada sikap intoleransi, pudarnya empati, dan timbulnya kecurigaan dan stigmatisasi pada pasien COVID-19, dan secara umum menurunkan ketahanan sosial-budaya masyarakat. Ketidakmampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan perubahan aturan gaya hidup dalam kegiatan sehari-hari, termasuk norma sopan santun dalam interaksi sosial dan kegiatan ekonomi, justru meningkatkan penularan COVID-19. Di berbagai daerah, telah dilakukan pendekatan berbasis budaya dan kearifan lokal untuk mendukung perubahan perilaku masyarakat, sehingga penyebaran informasi dan pengawasan kepatuhan akan protokol kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik.

Banyak pengetahuan tradisional yang mulai digali dan dikembangkan dalam rangka peningkatan gizi dan imunitas masyarakat. Di berbagai daerah juga muncul inisiatif individu dan kelompok masyarakat untuk bergotong-royong membantu masyarakat yang terdampak pandemi. Upaya semacam ini perlu terus ditingkatkan melalui kerjasama yang erat antara pemerintah daerah baik di tingkat provinsi, kabupaten/kota, maupun desa/kelurahan dengan masyarakat. Pemerintah, khususnya pemerintah daerah, dapat mengoptimalkan modal sosial masyarakat dan nilai-nilai kearifan lokal dalam melaksanakan penyesuaian pola hidup masyarakat selama masa darurat bencana, misalnya kerjasama antara pemerintah provinsi Bali dengan desa adat dalam mengendalikan mobilitas dan aktivitas serta mengurangi dampak sosial-ekonomi yang dialami masyarakat.

## Contoh Kasus

### Peran desa dan tokoh adat Bali dalam merespons pandemi COVID-19 di tingkat masyarakat

Di Provinsi Bali, desa adat mengerahkan sumber dayanya dalam merespons dinamika penyebaran penyakit dan dampak sosial ekonomi masyarakat. Pecalang aktif melakukan himbauan dan pengawasan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat yang sesuai dengan protokol kesehatan selama pandemi. Hal ini bisa berjalan karena adanya rasa hormat dan patuh terhadap tokoh adat dan desa. Hal ini pun dioptimalkan oleh pemerintah daerah dengan melakukan kerjasama langsung dengan desa adat, baik dalam hal pelaksanaan pembatasan aktivitas dan mobilitas maupun dalam mitigasi dampak pandemi. Kerja sama ini dituangkan dalam Keputusan Bersama Gubernur Bali dan Majelis Desa Adat Provinsi Bali tahun 2020 tentang Pembentukan Satuan Tugas Gotong Royong Pencegahan COVID-19 Berbasis Desa Adat di Bali yang diterbitkan Maret 2020. Dengan demikian, tanpa melaksanakan kebijakan PSBB seperti daerah lain, Provinsi Bali tetap memberlakukan pembatasan serupa yang sebagian didukung pelaksanaannya oleh lokal pecalang berdasarkan nilai adat dan budaya.

Bagi para pelaku budaya, diperlukan dukungan untuk beradaptasi dan bertahan hidup selama masa pandemi. Penutupan tempat layanan kebudayaan seperti museum, galeri, sanggar, bioskop, dan larangan berkerumun, telah turut membatasi ruang gerak masyarakat untuk melakukan kegiatan kebudayaan serta mengancam penghidupan seniman, pekerja kreatif, dan pelaku budaya lainnya. Walaupun media baru berbasis digital telah mulai dikembangkan dan mendapat sambutan yang cukup baik dari masyarakat, diperlukan dukungan untuk meningkatkan kemampuan para pelaku budaya dalam memanfaatkan media baru ini dan juga ketercukupan internet. Pemerintah pusat dan daerah

juga perlu memberikan dukungan dalam bentuk: menciptakan ruang kolaborasi, memfasilitasi perlindungan hak kekayaan intelektual di medium daring, mempermudah perizinan usaha kreatif, dan memberikan bantuan sosial agar para seniman dan pelaku seni mempertahankan kehidupan mereka dan terus berkarya.

Budaya literasi juga perlu ditingkatkan untuk penguatan literasi kesehatan dalam rangka mendukung penanganan pandemi COVID-19. Dalam jangka pendek, pemanfaatan pusat layanan literasi yang dekat dengan masyarakat (termasuk taman bacaan dan perpustakaan lokal dan nasional) dan para pegiat literasi sebagai sumber informasi tentang pandemi COVID-19 perlu ditingkatkan, untuk membantu mengurangi kesimpangsiuran informasi. Pusat layanan literasi ini perlu ditingkatkan peranannya untuk menjadi pusat pembelajaran bersama, bukan lagi hanya sebatas tempat meminjam buku. Dalam jangka panjang, peranan pusat layanan literasi juga perlu ditingkatkan untuk membantu mempercepat pemulihan ekonomi dengan mengembangkan peranannya menjadi pusat pembelajaran berbagai keterampilan hidup yang dibutuhkan pasca pandemi.

### Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda

Pemerintah, bersama lembaga-lembaga non-pemerintah, perlu melakukan penyesuaian tata cara pelayanan perlindungan bagi perempuan, anak, dan pemuda, karena cara pelayanan yang biasa akan terhambat oleh pembatasan kontak dan mobilitas. Layanan bagi korban kekerasan berbasis gender perlu mengkombinasikan strategi layanan daring dan tatap muka untuk memaksimalkan layanan dengan tetap memperhatikan protokol pencegahan penularan COVID-19. Untuk terlaksananya strategi tersebut dibutuhkan perubahan standar operasional pelayanan dan mekanisme koordinasi antarlembaga, pembiayaan untuk alat perlindungan diri dan uji COVID-19, penyesuaian kemampuan tenaga pelayanan untuk melaksanakan pelayanan secara daring, dan penyesuaian sistem pencatatan dan pelaporan agar dapat memberikan manfaat yang optimal bagi korban. Penyesuaian ini membutuhkan komitmen dan dukungan dari pemerintah pusat dan daerah, serta berbagai pemangku kepentingan terkait.

Berbagai respons yang telah dilakukan Pemerintah dalam rangka perlindungan anak selama masa pandemi COVID-19, termasuk kebijakan Belajar Dari Rumah (BDR), pemberian bantuan sosial, penanganan kasus kekerasan, dan pemulangan narapidana anak, perlu dilengkapi dengan adaptasi tata kelola layanan agar lebih responsif dan mampu mendeteksi, mencegah dan menangani kekerasan yang dialami anak. Berbagai kebijakan dalam rangka perlindungan anak yang sudah dituangkan dalam RPJMN 2020-2024, termasuk peningkatan kepemilikan akta kelahiran dan dokumen kependudukan, akses ke air dan sanitasi yang layak, dan pencegahan perkawinan anak, perlu dipercepat pelaksanaannya.

Perlindungan dan dukungan bagi remaja dan pemuda perlu ditingkatkan sesuai kebutuhan spesifik yang muncul akibat pandemi COVID-19. Perlindungan dari kekerasan berbasis *online* dan pencegahan adiksi penggunaan internet perlu ditingkatkan melalui sosialisasi peraturan dan kebijakan terkait, sosialisasi cara penggunaan internet, sistem pelaporan dan pendampingan bagi korban kekerasan berbasis *online*, dan edukasi bagi orang tua yang mendampingi anaknya selama proses BDR. Layanan untuk menjaga kesehatan mental pemuda juga perlu ditingkatkan agar lebih mudah diakses secara daring. Perlindungan ketenagakerjaan bagi pemuda yang cenderung lebih mudah mengalami pemutusan hubungan kerja perlu ditingkatkan. Pemuda perlu mendapat afirmasi dukungan untuk pengembangan kewirausahaan. Selain itu, pemuda perlu lebih banyak dilibatkan dalam berbagai kegiatan dalam rangka merespons pandemi COVID-19.

## Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial

Besarnya kebutuhan akan jaring pengaman sosial selama Pandemi COVID-19 ini memperlihatkan perlunya perbaikan sistem perlindungan sosial (bantuan sosial dan jaminan sosial) yang sudah dikembangkan Indonesia selama dua dekade terakhir. Setidaknya ada dua penyempurnaan yang perlu dilakukan, yaitu peningkatan cakupan dan keakuratan basis data perlindungan sosial dan pengembangan sistem perlindungan yang lebih adaptif. Keduanya akan saling terkait dan perlu segera dilakukan.

Kelemahan utama yang mengemuka dari kebutuhan penyaluran bantuan sosial selama Pandemi COVID-19 yaitu (i) ketidakmampuan basis data perlindungan sosial yang ada yang mencakup 40 persen rumah tangga termiskin di Indonesia dalam mengidentifikasi kelompok-kelompok rentan yang terdampak, khususnya yang pada awalnya bukan termasuk rumah tangga dalam basis data, dan (ii) kurang akuratnya data karena proses pemutahiran data yang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Pandemi ini memunculkan kesadaran akan perlunya basis data perlindungan sosial yang terintegrasi dengan registrasi kependudukan, dan mencakup semua penduduk Indonesia (100 persen). Basis data ini perlu memuat informasi karakteristik sosial dan ekonomi yang lengkap, dan dapat dihubungkan (*interoperability*) dengan berbagai basis data lain, termasuk data program jaminan sosial kesehatan dan ketenagakerjaan serta program yang dikelola berbagai kementerian. Data ini juga harus bisa dihubungkan dengan data risiko kebencanaan suatu wilayah. Selain itu, perlu dibangun mekanisme pemutahiran data secara berkesinambungan dan *real-time*. Karena pemerintah daerah, hingga ke tingkat desa, akan memegang peranan penting dalam proses pemutahiran data ini, diperlukan dukungan infrastruktur berbasis teknologi informasi dan peningkatan kapasitas pendataan di tingkat kabupaten/kota, desa, dan masyarakat.

Pengembangan sistem perlindungan sosial yang adaptif yaitu sistem yang dapat segera merespons kebutuhan mitigasi dampak berbagai jenis bencana (termasuk bencana alam, krisis ekonomi, krisis sosial, konflik dan kesehatan) terhadap kesejahteraan masyarakat perlu segera dilakukan untuk mengantisipasi kemungkinan berlanjut atau berulangnya pandemi. Tuntutan perluasan cakupan penerima bantuan sosial selama Pandemi COVID-19 ini telah direspons Pemerintah dengan perluasan cakupan program bantuan sosial yang telah ada dan menginisiasi berbagai program-program baru. Kecepatan respons untuk bantuan sosial terhambat karena belum tersedianya payung hukum tanggap darurat bencana kesehatan dan ekonomi, ketidakterhubungan data dan sulitnya koordinasi antarlembaga, serta terbatasnya kanal penyaluran bantuan. Oleh karena itu, diperlukan penyusunan payung hukum yang cukup kuat sebagai landasan bagi perubahan mekanisme penyaluran dan perubahan cakupan bantuan baik yang terkait bantuan sosial maupun jaminan sosial, serta langkah-langkah cepat yang dapat dilakukan pada saat bencana, khususnya bencana non-alam. Payung hukum ini juga perlu mengatur mekanisme koordinasi antarinstansi pemerintahan baik pusat maupun daerah serta mekanisme penyesuaian bantuan dan jaminan sosial selama masa darurat. Peta jalan bantuan sosial, perlindungan sosial kesehatan, dan ketenagakerjaan juga perlu disesuaikan untuk dapat mengakomodir pengembangan perlindungan sosial yang adaptif ini.

Kedua upaya tersebut perlu didukung inovasi layanan berbasis digital, yaitu infrastruktur digital dan infrastruktur keuangan yang mampu menjangkau semua lapisan masyarakat, khususnya yang jauh dari daerah perkotaan, penyandang disabilitas, lansia, dan kelompok tertinggal lainnya. Kedua infrastruktur juga dibutuhkan agar penyaluran bisa dilakukan secara lebih fleksibel, tidak hanya melalui Himpunan Bank Milik Negara (Himbara).



## **BAB 2**

# **Kapasitas Keamanan Kesehatan (*Health Security*)**

## Bab 2: Kapasitas Keamanan Kesehatan (*Health Security*)

### Kapasitas Keamanan Kesehatan (*Health Security*)

(Dewi N. Aisyah, Ph.D; Dewi Amila S, M.Sc; Pungkas B. Ali, Ph.D; dan Prof. Meiwita P. Budiharsana)

Memprioritaskan keamanan kesehatan penduduk adalah bentuk nyata tanggung jawab pemerintah mengingat pandemi COVID-19 sudah berjalan lebih dari 10 bulan di Indonesia, namun kasus COVID-19 di Indonesia masih terus meningkat.

#### Pesan utama

- Perbaiki **sistem surveilans** agar terintegrasi pusat-daerah, *real-time* dan bersifat *mandatory*.
- Perbaiki **manajemen data** yang didukung oleh SDM yang kompeten dan terampil mengelola data, **keterbukaan untuk mereview sistem lain di luar birokrasi, dan *publicly assessed***.
- **Penguatan kapasitas pemeriksaan laboratorium** terutama SDM dan *tracing* kasus COVID-19 dibutuhkan diiringi dengan pendampingan yang berkelanjutan.

#### **Sistem surveilans terintegrasi pusat-daerah, *real-time*, dan bersifat *mandatory*** -

Ketersediaan dan kelengkapan data surveilans untuk menjadi alat navigasi pengambilan kebijakan sangat dibutuhkan. Reformasi besar dalam sistem pencatatan terintegrasi perlu dilakukan yang bersifat interoperabel lintas unit, terhubung dengan daerah dan berjalan *real-time* serta bersifat *mandatory*. Sistem sebaiknya didesain pusat dengan mendapatkan masukan dari daerah untuk menghindari perbedaan data yang dihasilkan.

#### **Perbaiki manajemen data, keterbukaan untuk mereview sistem lainnya dan *publicly assessed*** -

Kapasitas infrastruktur harus mampu menampung data yang sangat besar dan menyediakan akses ke 514 kabupaten/kota. Manajemen data ini perlu SDM terlatih yang menguasai pemahaman tipologi dan struktur data, bukan hanya terampil menginput data. Pengendalian pandemi COVID-19 memerlukan data penyelidikan epidemiologi, *contact tracing*, dan analisis kluster yang lengkap. Pemerintah perlu terbuka dan siap berkolaborasi dengan eksistensi sistem lainnya di luar. Sistem data perlu dibangun dengan mengedepankan aksesibilitas data antarpemerintah dan di luar pemerintah, sehingga mengoptimalkan masukan akademisi, swasta, dan masyarakat.

#### **Penguatan kapasitas pemeriksaan laboratorium** -

Keterlambatan penanganan pandemi COVID-19 dipengaruhi kapasitas pemeriksaan laboratorium. *Testing* dan *tracing* harus berjalan berdampingan. Input data bagi petugas laboratorium harus dilakukan dan tidak boleh terlambat dan diperlukan tenaga khusus serta sistem yang memadai untuk input data hasil laboratorium. Penguatan kapasitas laboratorium (keterampilan dalam pengambilan sampel, standar penyimpanan sampel, kalibrasi alat, menghindari kontaminasi, hingga implementasi *biosafety* dan *biosecurity*) diperlukan. Untuk meningkatkan kapasitas pemeriksaan, penting untuk melibatkan laboratorium swasta. Pemda perlu memberlakukan sistem *reward* bagi lab dengan performa pemeriksaan terbaik dan *punishment* (teguran) bagi yang tidak mencatat dan melapor pada sistem.

## Pendahuluan

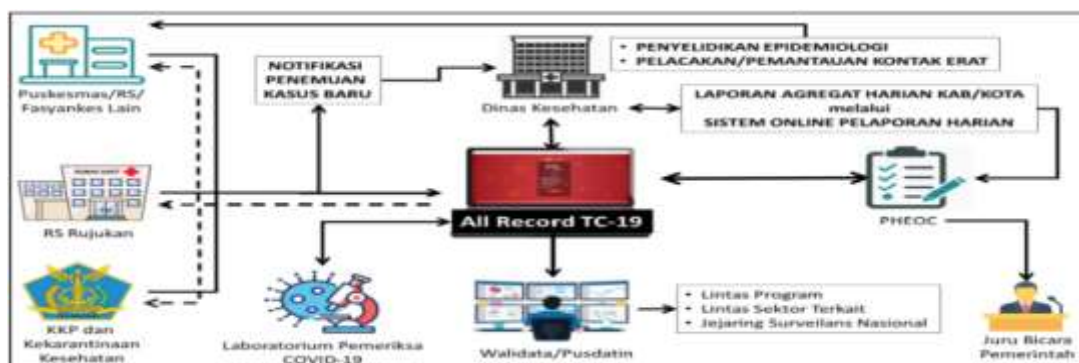
Membangun kapasitas keamanan kesehatan (*health security*) didefinisikan WHO sebagai kegiatan penting untuk meminimalkan bahaya dan dampak kegawat-daruratan kesehatan masyarakat akut, pandemi COVID-19 contohnya, yang dapat membahayakan kesehatan kolektif penduduk, di dalam dan di luar wilayah geografis suatu negara, melewati batas internasional.<sup>1,2</sup> Indonesia termasuk dalam 194 negara WHO yang terikat secara hukum untuk menerapkan International Health Regulation (IHR 2005) sejak 15 Juni 2007.<sup>3</sup> Tujuan IHR "*mencegah, melindungi, mengendalikan, dan merespons kejadian penyebaran penyakit di tingkat internasional sesuai besaran risiko kesehatan masyarakat, dan sebisa mungkin menghindari gangguan lintas perdagangan internasional yang tidak perlu.*" Peraturan internasional yang harus dilaksanakan termasuk: (a) persyaratan untuk melapor jumlah kasus baru setiap hari kepada WHO, (b) mematuhi peraturan WHO terkait keadaan "kegawat-daruratan kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional" (*public health emergencies of international concern, PHEIC*); dan (c) menerapkan surveilans inti sesegera mungkin di tingkat layanan primer, menengah dan nasional, termasuk pelabuhan internasional, bandara udara dan perbatasan daratan.

Salah satu kewajiban Indonesia adalah menunjuk *Focal Point* IHR Nasional yaitu PHEOC (*Public Health Emergency Operating Center*) untuk berkomunikasi dengan WHO. Penunjukan PHEOC dilakukan secara otomatis dibawah Kementerian Kesehatan. Pada awal pandemi COVID-19, tanggap darurat yang dilakukan Pemerintah Indonesia dirasa masih sangat kurang. Sebenarnya, dengan melapor ke internasional, WHO dapat memulai memberikan bantuan teknis dan modul-modul persiapan rencana kesiapsiagaan (*preparedness*) dan memfasilitasi materi atau alat pelatihan.<sup>4</sup> Beberapa komponen penting *health security* mencakup di antaranya pelaksanaan surveilans terpadu, integrasi dan manajemen data, serta kapasitas pemeriksaan di laboratorium. Surveilans berperan penting dalam melaksanakan pengumpulan data yang sistematis, melakukan analisis dan interpretasi data untuk dapat memberikan masukan kebijakan dalam hal perencanaan, implementasi, dan evaluasi dari program kesehatan yang tengah berjalan. Manajemen data yang baik dibutuhkan untuk melahirkan analisis yang berkualitas serta mendorong adanya pengumpulan data terpadu lintas disiplin ilmu dan lintas sektor untuk mengendalikan penyakit di masyarakat. Selain itu, dalam rangka mengendalikan pandemi, penguatan kapasitas laboratorium sangat diperlukan dalam rangka kecepatan penanganan di lapangan.

### Sistem surveilans terintegrasi pusat-daerah, *real-time*, dan bersifat *mandatory*

**Sistem surveilans.** Sistem surveilans nasional Kemenkes terdiri atas 5 sub-sistem: (1) surveilans epidemiologi penyakit menular, (2) surveilans epidemiologi penyakit tidak menular, (3) surveilans epidemiologi kesehatan lingkungan dan perilaku, (4) surveilans epidemiologi masalah kesehatan, dan (5) surveilans epidemiologi kesehatan matra.<sup>5</sup> Untuk mencegah, mendeteksi, dan merespons munculnya masalah penyakit berpotensi wabah di Indonesia, pada tahun 2017 Kemenkes membentuk PHEOC (*Public Health Emergency Operating Center*) khusus untuk menangani penanggulangan wabah, kejadian luar biasa (KLB) dalam waktu 24 jam, dan pandemi.<sup>6</sup> Tugas PHEOC adalah mengumpulkan informasi, menentukan keputusan prioritas, mengkoordinasi tindakan, dan melakukan komunikasi yang diperlukan dengan WHO dan lainnya.

**Alur Pelaporan dan Pencatatan Data.** Penanganan pandemi COVID-19 menggunakan alur pencatatan dan pelaporan berikut:



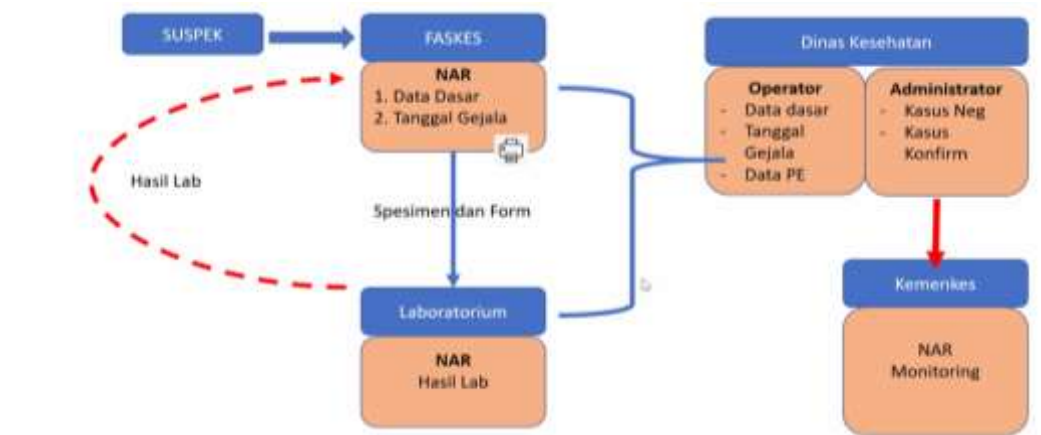
**Gambar 1. Alur pencatatan dan pelaporan data<sup>7</sup>**

Pemeriksaan tes *swab* dilakukan oleh Puskesmas, Rumah Sakit (RS) provinsi dan kabupaten/kota, dan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) beserta kekarantinaan kesehatan di bandara dan pelabuhan terhadap ‘suspek’ atau orang yang dicurigai terinfeksi COVID-19 yang datang ke fasilitas kesehatan (faskes) setempat karena memiliki gejala atau hasil penelusuran kontak erat dan pelaku perjalanan yang memiliki risiko penularan. Spesimen *swab* pasien lalu dikirimkan kepada laboratorium pemeriksa. Hasil pemeriksaan dilaporkan ke Kemenkes melalui sistem *New All Record* (NAR) TC-19; lalu diverifikasi oleh tim PHEOC, kemudian diumumkan oleh Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dengan notifikasi jika positif sebagai kasus COVID-19 baru. Staf PHEOC melaporkan jumlah kasus baru COVID-19 Indonesia kepada WHO per hari dengan menggunakan kode #INOCOVID untuk register setiap kasus konfirmasi di PHEOC.<sup>8</sup> Terdapat 3 jalur data untuk mengetahui penambahan jumlah kasus positif COVID-19:

- Laboratorium melapor data hasil tes langsung ke sistem NAR TC-19 (sekitar 60% data positif berasal dari sumber ini), lalu diverifikasi manual oleh tim PHEOC Kemenkes ke Daerah untuk koreksi duplikasi data.
- PHEOC juga menerima data hasil tes (format excel) dari laboratorium yang tidak menginput data langsung ke sistem NAR TC-19, yang sudah di verifikasi oleh Dinkes provinsi dan Dinkes Kab/Kota di mana lab lokal berada (terkait dengan nama-nama pasien COVID-19 positif). PHEOC kemudian memasukkan data tersebut satu per satu ke dalam sistem NAR TC-19. Sekitar 30% data positif berasal dari sumber ini. Jalur ini lebih cepat karena data sudah terkonfirmasi oleh daerah namun perlu dientri manual oleh tim PHEOC yang juga memakan waktu.
- Data hasil pemeriksaan laboratorium TCM (Tes Cepat Molekuler) dari jejaring SITB (Sistem Informasi Tuberculosis) sudah terintegrasi dengan *New All Record* (NAR)TC-19.

**Tantangan 1: *update* masih bersifat semi *manual* dan sistem belum sepenuhnya berfungsi.** Seluruh data pasien positif yang dilaporkan harian oleh Kemenkes memiliki *cut off point* waktu pelaporan yaitu pukul 12 siang. Laporan yang diterima lewat dari pukul 12.00 siang akan masuk ke laporan hari berikutnya. Setelah mendapatkan verifikasi data pasien positif, PHEOC akan menotifikasi Dinkes Provinsi agar menindaklanjuti dengan melakukan penyelidikan epidemiologi dan *contact tracing*. PHEOC juga mendapat *update* status *follow-up* sembuh atau meninggal dari Dinkes Provinsi dan Kab/Kota. *Update* status pasien ini masih bersifat manual, dimana laporan dari daerah terkait dengan *list* pasien COVID-19 sembuh dan meninggal di-*update* oleh tim PHEOC satu per satu ke dalam sistem, dan daerah belum seluruhnya menggunakan sistem untuk meng-*update* status akhir pasien sampai dengan pekan kedua November 2020.

Sampai dengan bulan September, Dinkes baru mendapatkan akses ke sistem NAR TC-19 di Kemenkes sebagai (*single*) operator (berfungsi meng-*input* data dasar, tanggal gejala, data penyelidikan epidemiologi) dan juga sebagai administrator (mengelola jumlah kasus Negatif dan Positif). Sistem ini belum berjalan sepenuhnya di lapangan, sehingga data individual hasil penyelidikan epidemiologi dan *contact tracing* belum tercatat seluruhnya di dalam sistem.



Gambar 2. Alur Pencatatan dan Pelaporan New All untuk Diagnosis<sup>7</sup>

Seharusnya, alur pencatatan dan pelaporan bisa dipercepat. Faskes mengisi data dasar dan tanggal gejala muncul yang langsung tercatat di formulir dan melekat dengan spesimen yang dikirim ke laboratorium. Data di-*input* pada hari yang sama dengan tanggal spesimen dikirimkan. Laboratorium merubah status formulir menjadi "diproses" ketika menerima spesimen. Ketika hasil pemeriksaan lab keluar, maka laboratorium mengeluarkan verifikasi hasil. Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota juga diminta untuk melaporkan laporan agregat harian COVID-19 melalui sistem *online* pelaporan harian PHEOC (<https://s.id/laporharianCovid>) untuk memonitor dan mengevaluasi manajemen surveilans serta menghitung indikator epidemiologi di wilayah Kab/Kota. Pelapor adalah petugas Dinkes Kab/Kota yang ditunjuk sebagai penanggung jawab (PJ) Data, sementara Dinkes Provinsi dan Kemenkes berperan sebagai supervisor dan verifikator data.

**Tantangan 2: perbedaan perhitungan antara Pusat dan Daerah menimbulkan kebingungan masyarakat.** Perbedaan data antara pusat dan daerah, disebabkan antara lain:

1. Terdapat laboratorium yang hanya mengirim laporan ke Faskes dan Dinkes daerah namun tidak melapor ke Kemenkes, sehingga jumlah kasus positif di daerah lebih tinggi dari pusat.
2. Pengambilan data lokasi bisa berbeda, ada yang lokasi faskes tempat pasien berobat atau lokasi domisili/rumah pasien. Pengisi di NAR TC-19 sering tidak menyertakan alamat domisili dengan lengkap, yang seharusnya lokasi domisili namun ditulis lokasi faskes. Pernah terjadi selisih data daerah dengan pusat mencapai 1200 kasus, karena 1200 kasus yang beralamat faskes Kota Semarang, sebenarnya berdomisili di luar Kota Semarang.
3. Jika koordinasi antara Pusat dan Dinkes Kab/Kota tidak baik, sulit melengkap atau mengoreksi data pasien ketika input data pertama dari/ke laboratorium tidak lengkap, sebab penyelidikan epidemiologi dilaksanakan oleh Dinkes.

4. Terdapat variasi basis data pada aplikasi pencatatan COVID-19 di daerah. Data yang dimasukkan ke sistem NAR berbasis laboratorium pemeriksa, tetapi aplikasi Pemda atau Dinkes daerah hanya menginput data laporan berbasis faskes dan tidak dapat menelusuri laboratorium mana yang melakukan pemeriksaan. Akibatnya, data tidak dapat di-*entry* ke dalam sistem jika lokasi laboratorium tidak jelas atau tidak diketahui.
5. Beberapa laporan menyebutkan ada *delay* yang cukup lama saat laboratorium mengajukan permohonan akun NAR TC-19 kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) atau Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemenkes. *Delay* ini mengakibatkan banyak kasus tercatat di laboratorium/Dinkes setempat namun belum tercatat di NAR. Akibatnya, jumlah pemeriksaan spesimen dan orang berbeda antara pusat dan daerah.
6. Masih ada beberapa laboratorium yang hanya fokus meng-*entry* data pasien positif dan tidak melaporkan jumlah orang yang diperiksa. Akibatnya, perhitungan jumlah spesimen dan orang yang diperiksa berbeda, sehingga perhitungan *positivity rate* menjadi tidak akurat. Di beberapa daerah (dengan jumlah kasus baru tinggi dan lonjakan jumlah spesimen yang diperiksa), ketepatan pelaporan juga terkendala karena SDM untuk input data tidak ada.
7. Dengan adanya 3 jalur pencatatan data, dapat terjadi *overlap* antar *database* yang juga menyebabkan perbedaan data daerah dan pusat. Contoh, jika suatu daerah meng-*entry* data di sistem NAR yang membutuhkan verifikasi manual, kemudian juga mengirimkan excel yang sudah terverifikasi, maka terjadi duplikasi dan perbedaan data karena excel yang sudah diverifikasi lebih cepat diumumkan oleh Kemenkes dibandingkan NAR.

Karena sebagian besar status *follow-up* pasien masih dilakukan secara manual dari daerah kepada PHEOC, maka data antara pemerintah pusat dan daerah juga dapat berbeda. *Input* manual menyebabkan ketika diumumkan terlihat seperti ada penumpukan jumlah meninggal atau sembuh, atau seperti lonjakan tiba-tiba di satu tanggal tertentu, padahal sebenarnya tersebar di beberapa tanggal. Di kondisi kegawat-daruratan kesehatan masyarakat, pemerintah diharuskan menghadirkan informasi yang tegas (pasti) sehingga dapat menjadi pegangan masyarakat. Ketidakpastian data karena perbedaan perhitungan pusat dan daerah dapat menimbulkan ketidakpercayaan masyarakat akan ketidaksiapan pemerintah menangani pandemi.

**Tantangan 3: perbedaan kapasitas (*skill*) petugas surveilans dapat memperlambat pelaporan dan menghambat pemetaan lokasi kegawatdaruratan.** Kapasitas dalam pengumpulan data pasien COVID-19 sangat bergantung dari keterampilan petugas yang seyogyanya sudah terlatih melakukan pencatatan dan pelaporan surveilans. Di awal masa pandemi, penginputan data dibebankan ke laboratorium tanpa persiapan dan pelatihan memadai. Hasilnya, banyak data (variabel) yang *missing* (tidak tercatat), contohnya nama tidak dicatat lengkap, NIK tidak diisi, dan lainnya. Ini menyebabkan timbulnya duplikasi kasus. Selain itu, sistem surveilans nasional yang digunakan awalnya mencatat data sebagian besar dalam bentuk *free text* yang mengakibatkan analisis data sulit dilakukan karena tidak terstandarisasinya format pencatatan variabel-variabel. Kerugian waktu terjadi karena akhirnya harus dilakukan *cleaning data* lebih dari 150.000 *form* pasien di bulan Mei 2020. Memasuki bulan Oktober 2020, 7 bulan setelah Maret 2020, alur pencatatan *ideal* mulai dikembangkan, namun pelaksanaannya tetap belum sepenuhnya dapat dilakukan. Data individual hasil penyelidikan epidemiologi masih belum seluruhnya tercatat pada sistem surveilans. Dampaknya yaitu sebaran kasus pada level kecamatan, kelurahan, serta RW dan RT belum dapat digambarkan secara spasial dengan baik.

Data utama hanya terdiri atas 3 variabel: jumlah pasien positif, umur, dan jenis kelamin. Variabel lain masih belum lengkap tercatat (*missing*). Besaran *missing* data pada sistem surveilans nasional bisa terlihat di bawah ini:

**Missing variables berdasarkan data sampai dengan 22 November 2020.**

- Provinsi	: 98,97% ( <i>missing data</i> 1,03%)
- Kab/Kota	: 13,71% ( <i>missing data</i> <b>86,29%</b> )
- Usia	: 96,68% ( <i>missing data</i> 3,32%)
- Jenis Kelamin	: 94,51% ( <i>missing data</i> 5,49%)
- Kecamatan	: <5% ( <i>missing data</i> <b>&gt;95,0%</b> )
- Komorbid	: 0,37% ( <i>missing data</i> <b>99,63%</b> )
- Gejala	: 1,14% ( <i>missing data</i> <b>98,86%</b> )
- Warganegara	: 6,43% ( <i>missing data</i> <b>93,57%</b> )

Distribusi sebaran COVID-19 hanya dapat dilihat terbatas di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, tidak ada data tingkat kecamatan, dan bahkan kelurahan. Dalam 8 bulan sesudah pandemi, Satuan Tugas masih mengalami kesulitan dalam memetakan daerah *at risk* atau lokasi populasi *at risk* dengan gejala COVID-19 dan atau dengan *co-morbidity*, termasuk ke 10 provinsi dengan kasus COVID-19 tertinggi karena keterbatasan ketersediaan data. Untuk melengkapi sistem NAR TC-19, Kemenkes membuat Sistem *Online* Pelaporan Harian COVID-19 untuk data agregat COVID-19 di level Kab/Kota. Sistem ini disosialisasikan kepada Dinkes, Provinsi dan Kab/Kota tanggal 22-24 Juli 2020, dan dimulai serempak di seluruh provinsi tanggal 1 Agustus 2020. Setelah 51 hari, antara 1 Agustus dan 20 September 2020 (pukul 14.00), kelengkapan laporan harian sejumlah 16.662 laporan dari 446 Kab/Kota di 34 provinsi, hanya mencapai 63,56%.<sup>9</sup> Agregat (bukan individual) ini hanya melaporkan 16 variabel: jumlah kasus konfirmasi (harian, dalam isolasi, selesai isolasi, dan meninggal), jumlah suspek dan *discarded*, jumlah *probable* hari ini dan *probable* meninggal, jumlah suspek dalam isolasi (dirawat, mandiri, total), jumlah kontak erat (harian, dikarantina, *discarded*), serta jumlah *swab & rapid test* harian (**Tabel 1**). Di kedua level, provinsi dan Kab/Kota, *missing data* terkait dengan kelengkapan isian bervariasi antara 40%-100%, mencerminkan bervariasinya kapasitas pelaksanaan surveilans dan *tracing* sehingga memerlukan peningkatan. Sebelum menjadi NAR, sistem terdahulu yang bernama *All Records* (AR) juga sudah memiliki persentase *missing data* yang tinggi. Hal ini masih berlanjut hingga saat ini yang mengakibatkan kualitas pencatatan data belum dengan signifikan berubah menjadi lebih baik.

**Tantangan 4: tidak dengan cepat dilakukannya pencatatan *contact tracing*.** Secara sistem, memasuki bulan ke-8 pandemi di Indonesia, Kemenkes sudah mampu memantau secara langsung semua faskes dan Dinkes Kab/Kota selain Provinsi tentang: a) ketepatan waktu pencatatan dan pelaporan kasus suspek ke aplikasi NAR TC-19; dan b) kecepatan pemeriksaan laboratorium dan *input* hasil lab ke aplikasi NAR. Berdasarkan hasil lab dapat segera dilakukan *contact tracing* dan dilanjutkan dengan karantina atau isolasi mandiri selama 14 hari terhadap kontak erat (orang dengan riwayat kontak, sebelumnya disebut OTG, orang tanpa gejala). Pencatatan *contact tracing* hanya dilakukan oleh daerah dengan standardisasi dan kualitas yang bervariasi dan tidak tercatat di sistem surveilans nasional. Sejak November 2020, pencatatan *contact tracing* baru dilakukan dengan sistem nasional yang dinamakan Silacak.

Tabel 1. Sistem *Online* Pelaporan Harian Kementerian Kesehatan<sup>9</sup>

NO	PROVINSI	KONFIRMASI				SUSPEK (S)		PROBABLE (P)		S/P DLM ISOLASI			KONTAK ERAT			SWAB	RAPID TEST
		HARI INI	DALAM ISOLASI	SELESAI	MENINGGAL	HARI INI	DISCARDED	HARI INI	MENINGGAL	RAWAT	MANDIRI	TOTAL	HARI INI	DALAM KARANTINA	DISCARDED	HARI INI	HARI INI
1	ACEH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	BALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	BABEL	0	3	1	0	0	0	0	0	2	53	56	0	23	0	0	0
4	BANTEN	00	000	25	0	36	8	0	0	371	984	1356	136	1358	36	54	0
5	BENGKULU	0	8	0	0	75	0	0	0	0	76	76	31	137	0	98	61
6	DIY	3	86	2	0	2	0	0	0	19	1	20	0	0	0	0	0
7	DKI JAKARTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	GORONTALO	5	28	0	0	7	0	0	0	9	7	16	10	16	0	0	0
9	JAMBI	14	77	0	0	2	94	0	0	5	49	54	88	66	0	742	11
10	JABAR	171	1150	82	17	136	33	9	0	216	146	361	102	2636	83	926	3044
11	JATENG	132	1450	70	0	171	20	4	0	600	623	1123	241	6680	124	393	16
12	JATIM	322	2314	407	37	175	322	6	25	797	558	1356	1036	23599	535	134289	83964
13	KALBAR	12	40	1	0	3	2	0	0	2	1095	1097	15	42	0	159	0
14	KALSEL	73	387	15	1	13	2	3	0	8	34	42	15	102	75	0	142
15	KALTENG	10	263	15	0	12	1	0	0	12	17	29	6	113	26	166	0
16	KALTIM	12	28	4	4	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
17	KALTARA	0	51	0	0	1	0	1	0	6	55	61	32	173	20	33	0
18	KEPRI	0	22	0	0	9	2	0	0	11	31	42	23	357	0	32	29
19	LAMPUNG	0	15	0	0	0	1	0	0	1	2	3	0	138	0	0	0
20	MALUKU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	MALUT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	NTB	2	16	0	0	1	2	0	0	11	2	13	13	88	3	0	0



NO	PROVINSI	KONFIRMASI				SUSPEK (S)		PROBABLE (P)		S/P DLM ISOLASI			KONTAK ERAT			SWAB	RAPID TEST
		HARI INI	DALAM ISOLASI	SELESAI	MENINGGAL	HARI INI	DISCARDED	HARI INI	MENINGGAL	RAWAT	MANDIRI	TOTAL	HARI INI	DALAM KARANTINA	DISCARDED	HARI INI	HARI INI
23	NTT	2	17	0	0	5	0	0	0	3	5	8	124	88	0	127	0
24	PAPUA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	PAPBAR	29	306	47	3	41	3	0	1	25	104	189	42	415	10	93	4
26	RIAU	25	421	10	1	37	0	0	0	26	471	497	84	300	17	4118	0
27	SULBAR	3	49	3	0	12	0	0	0	16	55	71	9	198	48	7	66
28	SULSEL	132	319	79	0	17	2	0	2	7	76	83	40	509	99	1030	0
29	SUTENG	12	34	1	9	1	6	1	0	8	2	10	22	266	16	6	3042
30	SULTRA	3	40	1	2	1	0	0	3	1	4	5	34	310	0	6	14
31	SULUT	4	27	13	0	10	0	0	0	3	8	11	4	238	12	3	40
32	SUMBAR	90	485	177	20	125	111	3	0	117	154	271	537	5112	597	421	3042
33	SUMSEL	68	342	2	0	8	25	2	0	43	169	212	87	347	1482	3560	1
34	SUMUT	86	2360	142	11	58	0	31	2	619	157	675	200	1837	204	42	3061
<b>TOTAL</b>		<b>1283</b>	<b>10910</b>	<b>1097</b>	<b>193</b>	<b>959</b>	<b>624</b>	<b>60</b>	<b>35</b>	<b>2737</b>	<b>4998</b>	<b>7735</b>	<b>3010</b>	<b>44000</b>	<b>3485</b>	<b>146603</b>	<b>96538</b>

**Tantangan 5: *missing variabel waktu menyebabkan tidak mampu mendeteksi cepat.*** Salah satu ketidakmampuan sistem surveilans adalah mengevaluasi seberapa cepat kasus ditemukan, karena tanggal pencatatan tidak diisi dengan lengkap. Mungkin karena tidak mendapatkan pelatihan secara berkala, dalam kondisi pandemi sekalipun SDM unit surveilans atau petugas laboratorium kurang disiplin meng-input data tanggal-tanggal sesuai protokol.<sup>10</sup> Data berupa tanggal pengambilan *swab*, tanggal pengiriman spesimen *swab*, tanggal *swab* diterima oleh laboratorium, tanggal selesai diperiksa laboratorium, dan tanggal dilaporkan ke NAR TC-19 sering kosong dalam pencatatan. Tanpa pencatatan lengkap dengan tanggal, kita tidak dapat mengevaluasi: a) seberapa cepat kasus ditemukan, dan b) jika ada *delay*, pada titik pelaporan mana *delay* terjadi. Ditemukan juga lab yang tidak langsung menginput ke dalam NAR setelah hasil tes keluar, tetapi dikirim dahulu ke provinsi, lalu di-*cleaning* kembali oleh Dinkes Provinsi, dan diverifikasi ke Kab/Kota. Akibatnya, penyampaian ke pusat menjadi terlambat (bisa sore atau keesokan harinya). Selain itu, masih ada beberapa laboratorium yang baru merekap data setelah 2-3 hari kerja, sehingga menghambat kecepatan pelaporan dan verifikasi. Jika ada kendala SDM, input data juga melambat.

**Tantangan 6: munculnya masalah *pending cases* dan penelusuran kontak erat.** Akurasi data terkait dengan ketepatan pencatatan, kecepatan pelaporan, koordinasi antara pusat dan daerah, dan perbaikan formulir isian. Data di sistem NAR TC-19 masih harus di-*cleaning* kembali karena beberapa penyebab, seperti:

- Input tanggal yang masih salah (contoh terdapat kasus yang sudah tercatat di bulan Desember 2020 padahal saat ini masih bulan November)
- Konfirmasi antara nama provinsi dengan Kabupaten/Kota yang tidak sinkron (misal provinsi DKI Jakarta, namun Kabupaten/Kotanya adalah Bogor)

Fasilitas kesehatan bisa langsung mengisi ke dalam aplikasi NAR. Namun, kedisiplinan pengisian yang berbeda di daerah mengakibatkan PHEOC tetap harus memindahkan data ke dalam aplikasi NAR TC-19. Ini bisa diibaratkan memindahkan sesuatu dari kamar lain ke kamar NAR yang ada dalam rumah yang sama. Pemindahan data secara manual ini membutuhkan waktu satu sampai beberapa jam tergantung jumlah data yang dimasukkan.

Selain masalah perbedaan data Kab/Kota dengan data provinsi, data Kab/Kota atau Provinsi juga berbeda dengan pemerintah pusat. Ditemukan juga *pending cases* (nama pasien diberikan kepada Dinkes daerah namun pasien tidak ditemukan di lapangan); dimana pencatatan identitas pasien tidak lengkap mengakibatkan keberadaan pasien tidak terlacak. Akibatnya, banyak kasus aktif namun tidak diketahui *outcome* (hasil akhirnya) sembuh atau meninggal. Dengan peraturan terbaru yaitu pedoman ke-5 dari Kemenkes, masalah *pending cases* diasumsikan kasus sembuh jika tidak ada laporan meninggal, atau sudah lewat 14 hari sejak kasus positif tercatat. Solusi ini tidak akan memperbaiki kualitas pelaporan data di sistem.

Data *sensitivity* sebenarnya dapat ditingkatkan jika Penyelidikan Epidemiologi (PE) dan penelusuran kontak dilakukan secara aktif dan maksimal, bukan pasif atau menunggu pasien masuk. Namun, tantangan-tantangan di atas menyebabkan pelaporan kasus belum dapat *real-time* dan masih ada *delay* antara waktu saat spesimen diambil hingga hasil tes selesai diverifikasi. Akibatnya, jumlah kasus positif yang diumumkan hari ini cenderung menggambarkan kondisi pada 7 hari yang lalu. Sehingga perhitungan  $R_t$  (*effective reproductive number*) secara akurat belum dapat dilakukan.

Analisis lanjutan terkait faktor risiko kematian akibat COVID-19 bersifat lokal karena tergantung dari kelengkapan data PE yang ada di Dinkes Provinsi atau Kabupaten/Kota. Data hasil *tracing* (penelusuran kontak erat) masih sangat lemah tercatat. Target rasio kasus positif dengan kontak erat yang dilacak masih jauh dari target (*Association of State and Territorial Health Officials* di Amerika menargetkan 1:10<sup>11</sup>; WHO menargetkan kontak erat sebanyak-banyaknya dengan kriteria orang yang kontak langsung dengan pasien COVID-19, orang yang berhadapan <1 meter selama >15 menit, orang yang berbagi ruangan, makanan, atau peralatan dengan pasien COVID-19, dst<sup>12</sup>). DKI Jakarta baru dapat mencapai maksimal 1:8 sedangkan di provinsi lain berkisar 1:2. Pencatatan *contact tracing* belum sistematis. Kendalanya adalah hasil data penyelidikan epidemiologi (PE) yang dilakukan Dinkes dan jajarannya (Puskesmas) belum semua dimasukkan ke dalam sistem. Berdasarkan keenam tantangan diatas, sistem surveilans saat ini masih perlu ditingkatkan.

Di satu sisi, sistem surveilans ini sudah lama beroperasi untuk program penyakit-penyakit yang sudah atau akan dieradikasi dan dieliminasi di Indonesia. Namun, perlu transformasi besar untuk memperbaiki tantangan yang ada. Sebelum COVID-19, sistem pencatatan dikenal sebagai *All Record* setelah COVID-19 menjadi *New All Record* (NAR) TC-19 namun sampai saat ini belum berjalan maksimal sepenuhnya (8 bulan setelah pandemi mulai). Perbaikan berjalan dengan lambat, tim surveilans pusat yang dulu hanya berinteraksi dengan Dinkes provinsi (sehingga terjadi *gap* dengan level kab/kota), sekarang sudah berkoordinasi langsung dengan Dinkes Kab/Kota. Jika dahulu verifikasi kasus dilakukan oleh pusat, sekarang sebagian besar sudah diserahkan kepada daerah (mempercepat proses verifikasi kasus). Proses perbaikan ini masih memerlukan waktu yang panjang.

**Tabel 2. Rangkuman Kelemahan Manajemen Surveilans**

No	Kelemahan	Usulan penguatan
1.	Verifikasi kasus positif masih banyak terlambat (data dari Kab/Kota ke Provinsi)	Verifikasi kasus seluruhnya diserahkan ke Kab/Kota menggunakan sistem yang bersifat <i>interoperable &amp; real-time</i> . Pusat hanya memonitor dan mengevaluasi saja
2	Belum sinkronnya data pusat dengan data daerah (terutama Kab/Kota) dan minimnya kelengkapan data PE dan CT yang dimiliki oleh pusat	Mengintegrasikan data dari <i>dashboard</i> daerah (bagi yang sudah memiliki sistem) sehingga data PE tidak perlu di- <i>entry</i> 2 kali
3	Tidak terintegrasinya data berakibat banyak <i>missing cases/pending cases</i> yang tidak ketemu kasusnya oleh Kab/Kota	Verifikasi kasus dari daerah (Kab/Kota) harus berjalan, dan lab maupun faskes harus lengkap (disiplin) pencatatannya
4	NIK yang tidak tercatat mengakibatkan kasus duplikasi	Disiplin kelengkapan pencatatan di daerah merupakan cara agar sistem dapat mengeliminasi kasus duplikat
5	Tidak terintegrasinya data PHEOC dan RS <i>Online</i> menyebabkan tidak bisa menjumlah (identifikasi) kasus sembuh dan meninggal	Pusdatin Kemenkes harus mengintegrasikan data RS <i>Online</i> dan PHEOC untuk mempermudah otomasi hasil sembuh dan meninggal dari pasien yang dirawat di RS
6	Data <i>contact tracing</i> dan analisis data <i>cluster</i> masih belum sistematis dan menyeluruh	Kemenkes harus segera menjalankan sistem pencatatan <i>tracing</i> COVID-19 untuk evaluasi dari 1 pasien positif didapat berapa jumlah pelacakan kontak erat, dan berapa lama waktu yang diperlukan untuk melakukan <i>Contact Tracing</i>

## Peran Pemerintah Daerah

Daerah memegang peranan penting dalam kecepatan pengendalian COVID-19. Dalam bidang surveilans, peran pemerintah daerah mencakup: (i) memastikan tersedianya SDM surveilans yang cukup dan mumpuni dalam melaksanakan tugas dengan menyelenggarakan pelatihan secara berkala (ada atau tanpa ada pandemi); (ii) memastikan logistik dan peralatan yang mencukupi di berbagai instansi terkait (contoh: jumlah APD di Rumah Sakit, Dinas Kesehatan, Puskesmas, dll) sehingga tidak terjadi *delay* pelaksanaan surveilans dikarenakan kendala logistik; (iii) memiliki alur komando pelaporan yang jelas dan terstruktur rapi; (iv) memantau dan mengevaluasi kinerja pencatatan data penyelidikan epidemiologi, *contact tracing*, serta analisis *cluster* yang ada di wilayah kerjanya; (v) memberikan dukungan baik dalam bentuk peraturan daerah maupun finansial untuk mengapresiasi kinerja staf di daerahnya serta menegur jika ada yang tidak melaksanakan fungsinya; dan (vi) memahami penyebaran COVID-19 s.d wilayah administrasi terkecil untuk dapat melakukan intervensi yang sesuai.

## Manajemen data, keterbukaan untuk mereview sistem lainnya dan dapat diakses publik

**Sumber data yang beragam dan proses orkestrasi data.** Ada bermacam sumber data kesehatan COVID-19 (**Gambar 3**) dari berbagai aplikasi yang dikembangkan oleh Kemenkes dan institusi lainnya.



Gambar 3. Sumber Data COVID-19, Oktober 2020<sup>9</sup>

Pusdatin Kementerian Kesehatan memainkan peran utama untuk mengintegrasikan seluruh data COVID-19 di Kemenkes. Lebih efisien jika hanya terdapat 'satu pintu' atau berasal dari satu sumber yang sama. Sistem pencatatan data COVID-19 harus bersifat responsif dan fleksibel dengan semua perubahan maupun *update-update* yang dibutuhkan. Yang paling utama, sistem informasi harus bersifat *interoperable* dan *real-time*, untuk meminimalisir perbedaan data antara pusat dengan daerah. Ketiga sumber data: 1) data dari NAR TC-19, 2) data dari 'kamar khusus' PHEOC yang berasal dari kiriman Excel dari daerah, dan 3) data RS *Online* yang menangkap pasien COVID-19 yang berobat ke RS, diolah menjadi laporan harian oleh Pusdatin Kemenkes. Di Pusdatin Kemenkes, terdapat infrastuktur berupa *data center* dan *warehouse* yang berisi Sistem Informasi Kementerian Kesehatan.

Kapasitas Pusdatin tidak hanya untuk COVID-19, sebab beban kerja Pusdatin Kemenkes mencakup sebagai arsitek pengolahan data Direktorat-direktorat terlibat, seperti Litbangkes, PHEOC, Dirjen Pelayanan Kesehatan, Surveilans dan Karantina Kesehatan. Pusdatin juga harus melakukan pendampingan, *refreshing*, serta monitoring dan evaluasi penerapan sistem NAR TC-19 di 34 provinsi guna meminimalisir kekurangan-kekurangan yang terjadi. Selain itu, mengelola sistem NAR TC-19 yang sudah terintegrasi dengan sistem SITB dan sistem informasi daerah di Jawa Tengah, Jawa Barat, dan DKI Jakarta sehingga Pusdatin tidak hanya mengelola sistem pencatatan dan pelaporan kasus baru COVID-19 saja.

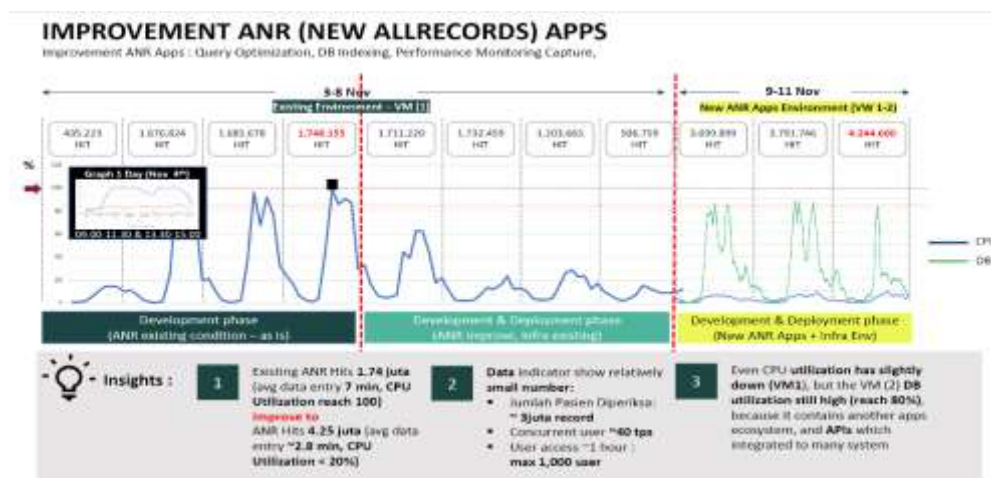
**Tantangan 1. Input data berulang menurunkan kepatuhan isian lengkap.** Karena pengembangan sistem pencatatan nasional berjalan cukup lambat, banyak daerah yang sudah mengembangkan sistem pencatatan terlebih dahulu, akibatnya staf di lapangan harus menginput data lebih dari 1 kali (sistem di daerah dan nasional). Hal tersebut dapat menurunkan ketelitian sehingga mudah terjadi *manual error* saat menginput data serta menurunkan kepatuhan pengisian data secara lengkap (dari daerah) ke pusat.

**Tantangan 2. Kekurangan jumlah sumber daya manusia (SDM) terlatih di daerah untuk *input data*, terutama di daerah dengan penambahan kasus yang tinggi.** Seharusnya sudah ada staf surveilans yang terlatih, bukan hanya mengumpulkan data namun juga memastikan kelengkapan data yang dilaporkan.

**Tantangan 3. Kemampuan integrasi data yang belum mumpuni.** Konsep integrasi harus dapat dijalankan, bukan sekedar menginput data dari berbagai sumber ke dalam satu *database*, tetapi kemampuan atau kapasitas melebur data menjadi *output* analisis yang lebih kaya, bersifat *interoperable*, hal mana akan menjadikan proses penginputan data lebih efisien.

**Tantangan 4. Sistem pencatatan masih bersifat semi manual dan interoperabilitas data tidak berjalan 100%.** Diperlukan kewenangan verifikator dan data yang saling terhubung secara *real-time* untuk memutus perbedaan data di lapangan. Infrastruktur dan kapasitas *data center* harus mumpuni untuk menghubungkan data dengan 514 institusi penginput data Kab/Kota di seluruh Indonesia. Sedangkan saat ini Kemenkes belum bisa mengatasi persoalan seperti *down time*, akses yang lambat, mati lampu dan lainnya pada infrastruktur. Hal ini mempengaruhi ketepatan dan kepatuhan institusi di daerah dalam mengirim laporan. Pusdatin Kemenkes tidak cukup cepat dalam membangun sistem pencatatan dan pelaporan di 34 provinsi dalam menghadapi pandemi. Sistem NAR-TC19 baru dibangun pada awal Juni 2020 (3 bulan setelah awal pandemi) yang berakibat data-data sejak awal Maret tidak terekam dengan baik (karena banyak yang tercatat bersifat *free text* atau manual).

**Tantangan 5. Infrastruktur yang tidak mumpuni untuk menampung data dalam jumlah besar maupun aksesibilitas yang tinggi.** Pada awal bulan November 2020, Telkomsigma dihadirkan untuk membantu memeriksa kapasitas infrastruktur sistem pencatatan surveilans nasional yang berada di Kemenkes mengingat munculnya banyak keluhan respons aplikasi yang lambat. Berikut adalah hasil *assessment* maupun upaya yang sudah dikerjakan oleh Telkomsigma untuk membantu percepatan pelaporan.



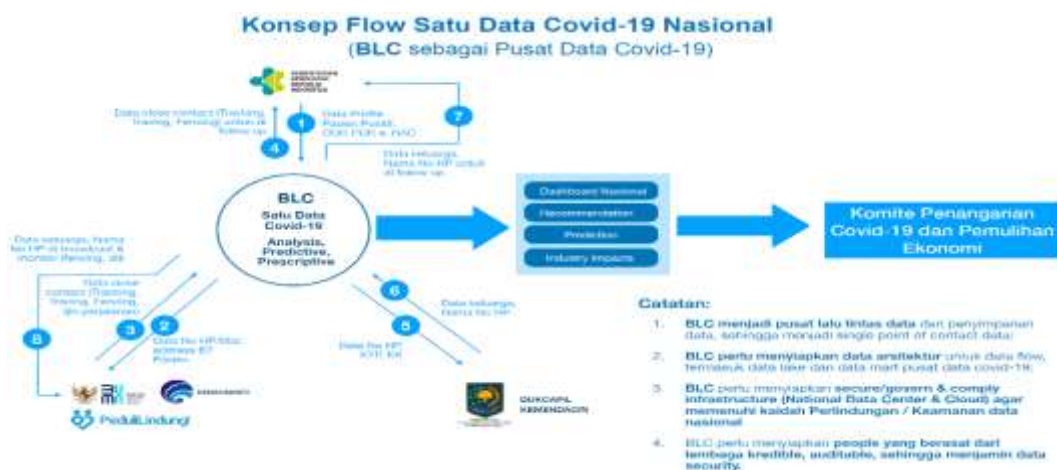
Gambar 4. Hasil Evaluasi Sistem Pencatatan Surveilans COVID-19 Nasional<sup>14</sup>

Berdasarkan gambar di atas, dapat terlihat bahwa kondisi *existing* NAR TC-19 sudah mencapai puncak hits pada angka 1.748.155 yang mengakibatkan ketika angka itu tercapai maka proses akan berjalan lambat atau user pengguna akan *ter-log out* dari sistem (karena sudah puncak). Rata-rata satu data *entry* memerlukan waktu 7 menit yang berimplikasi pada penginputan yang berjalan dan membutuhkan waktu lama (misal data pasien yang diinput berjumlah ratusan pada satu institusi). Padahal, jumlah pengguna NAR TC-19 masih sangat sedikit (maksimum hanya 1000 user dalam rentang waktu 1 jam) dan data yang dikumpulkan baru berjumlah 3 juta *record*. Utilisasi CPU sangat tinggi (mencapai 80%) karena sistem pencatatan terhubung dengan banyak ekosistem aplikasi dan akses API dengan sistem-sistem yang lain. Hal ini menunjukkan infrastruktur di Kementerian Kesehatan tidak mencukupi untuk pencatatan data COVID-19 yang berjalan cepat, bahkan jauh dari memadai menuju sistem Satu Data Kesehatan Nasional. Diperlukan peningkatan kapasitas dari segi infrastruktur, sistem informasi, dan manajemen data untuk meningkatkan performa pencatatan dan pelaporan.

### Pemanfaatan Teknologi untuk Integrasi Data Surveilans di luar Kementerian Kesehatan

Perlu diperhatikan bahwa terdapat dua badan (non-Kemenkes) yang berhasil memanfaatkan teknologi untuk mengintegrasikan data surveilans.

- a) **Pertama, Kementerian Telekomunikasi dan Informatika bersama dengan Telkom dikenal sebagai aplikasi PeduliLindungi.** Aplikasi ini dapat membantu instansi pemerintah untuk melakukan pelacakan lokasi atau identifikasi jarak pasien – sehingga dapat memutus rantai penyebaran COVID-19. Aplikasi ini mengandalkan partisipasi masyarakat untuk saling berbagi data lokasinya saat berpergian sehingga memungkinkan penelusuran riwayat kontak dengan penderita COVID-19. Dengan bantuan koneksi *bluetooth*, pengguna aplikasi juga akan mendapat notifikasi jika berada di keramaian atau berada di zona merah. PeduliLindungi menggunakan data yang diproduksi oleh *gadget* pengguna (masyarakat sendiri) dengan *bluetooth* aktif atau sinyal GPS untuk merekam informasi yang dibutuhkan. Ketika ada *gadget* lain dalam radius *bluetooth* yang juga terdaftar di PeduliLindungi, maka akan terjadi pertukaran ‘id’ *anonym*, dan ini akan direkam oleh *gadget* masing-masing. PeduliLindungi selanjutnya akan mengidentifikasi orang-orang yang pernah berada dalam jarak dekat dengan orang yang dinyatakan positif COVID-19 (PDP, Pasien Dalam Pengawasan) dan suspek (ODP, Orang Dalam Pemantauan). Hal ini sangat membantu ketika yang bersangkutan lupa atau tidak dapat mengingat riwayat perjalanan dan dengan siapa saja dia melakukan kontak (**Gambar 5**).



Gambar 5. Alur Peduli Lindungi untuk Mendorong Implementasi Satu Data COVID-19 Nasional<sup>14</sup>

Saat ini PeduliLindungi telah diunduh lebih dari 4.6 juta masyarakat Indonesia, masih berpotensi untuk ditingkatkan sebagai persentase terhadap 96 juta pengguna *smartphone* di Indonesia. Tantangan utama pemanfaatan aplikasi ini: (i) data pasien positif yang tidak memiliki nomor HP; (ii) keluhan jika aplikasi menggunakan *bluetooth* (namun lebih akurat), dapat menggunakan GPS namun akurasi berkurang; (iii) kekhawatiran masyarakat takut dimata-matai sehingga kembali meng-*uninstall*; (iv) masih menunggu *Non-Disclosure Agreement* (NDA) dari Kemenkes untuk mendapatkan data pasien positif maupun suspek; serta (v) Diperlukan *enforcement* dari pemerintah untuk memaksimalkan kegunaan aplikasi ini (tidak bisa bersifat *voluntarily/sukarela*).

**b) Kedua, pemanfaatan teknologi untuk integrasi data surveilans oleh Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19.** Sistem Bersatu Lawan COVID-19 (BLC) mengumpulkan data lintas sektor terkait COVID-19 untuk menghasilkan kebijakan berbasis data; bersifat *interoperable* dan *real-time*, dan data yang diterima Gugus Tugas dapat langsung terpantau oleh Kementerian/Lembaga lain, Pemda (Gubernur/Bupati/Walikota), Gugus Tugas Daerah, serta Dinkes Provinsi dan Kab/Kota. Sistem ini menggunakan teknologi *big data*, *machine learning*, dan *artificial intelligence* yang mampu membantu proses pengolahan data dan analisis mendalam (*deep analysis*) secara otomatis, untuk mengevaluasi perkembangan kasus COVID-19 di Indonesia. Awalnya, BLC *1<sup>st</sup> generation* berhasil mengintegrasikan data surveilans dari PHEOC, data pasien COVID-19 di RS (RS Online-Dirjen Yankes), dan prediksi ketersediaan kebutuhan logistik RS dan lab (cikal bakal Satu Data COVID-19 Nasional). Di September 2020, BLC di *upgrade* menjadi BLC-*Next Generation* dengan konsep utama mengintegrasikan data lintas sektor (kesehatan, transportasi/mobilitas, komunikasi publik, dan sosial budaya) untuk memonitor perubahan perilaku.



**Gambar 6. Konsep Satu Data COVID-19 Nasional - Bersatu Lawan COVID-19<sup>14</sup>**

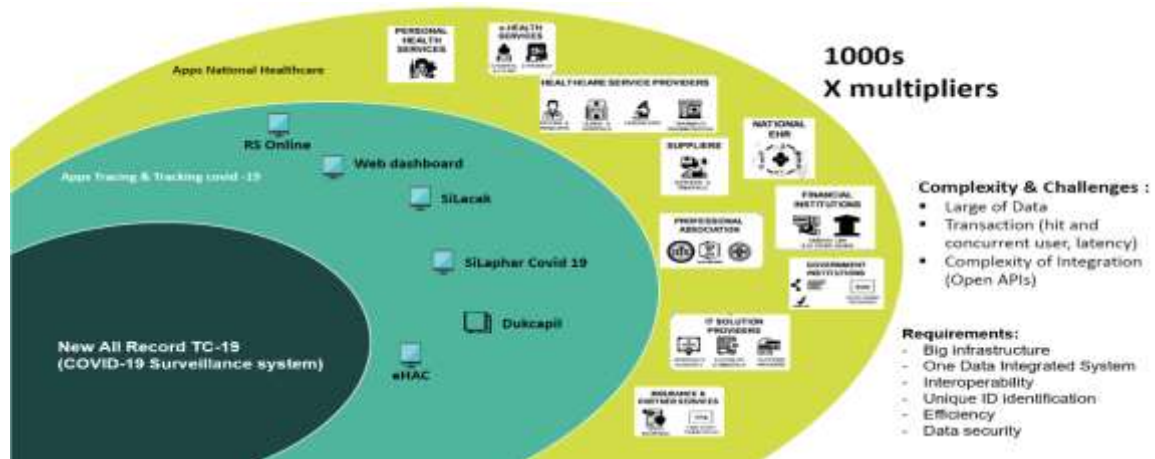
Pemanfaatan teknologi seperti sistem BLC merupakan contoh integrasi data untuk penguatan surveilans di luar Kemenkes, dengan interoperabilitas tinggi dan berjalan *real-time*. Sistem BLC menggunakan *native cloud platform* dan teknologi *edge cloud* yang dapat mempermudah akses lintas 514 kab/kota dengan keamanan data (*data security*) sangat baik. Namun, sistem BLC ini terkendala dalam implementasinya, seperti lambannya penyampaian data dari *user*, kurang updatenya *data user*, dan kurangnya sumber daya manusia untuk *entry data*.

## Kebutuhan Sistem Informasi Terintegrasi untuk Mendorong Surveilans yang Lebih Baik

Untuk meningkatkan performa pencatatan surveilans pada level nasional dan daerah, terdapat beberapa kebutuhan (*mandatory requirements*) yang harus dipenuhi, di antaranya: (i) Infrastruktur harus mumpuni untuk mengampu data dalam jumlah besar dan aksesibilitas tinggi. Data yang besar berkaitan dengan pencatatan data kesehatan seluruh penduduk Indonesia yang terintegrasi. Sedangkan aksesibilitas berhubungan dengan jaringan yang harus terkoneksi minimal dengan 514 kab/kota, bahkan idealnya dengan 11.000 lebih puskesmas level kecamatan, 2.902 rumah sakit, dan seluruh dinas kesehatan level kab/kota dan provinsi. Kapasitas infrastruktur harus memungkinkan dari sabang sampai merauke merasakan kecepatan yang sama, tanpa ada *delay* atau *response time* yang lama, dan aplikasi mudah dibuka serta diakses oleh semua orang. Menggunakan teknologi *edge cloud* akan sangat membantu aksesibilitas sebagaimana teknologi yang diimplementasikan oleh perusahaan global seperti microsoft, amazon, google, dan alibaba.

- a) **Satu manajemen data terpusat yang bersifat interoperabel.** Sebagaimana pencatatan di negara-negara maju telah dilakukan, sistem informasi nasional adalah sebuah sistem raksasa yang mengampu penginputan data dari seluruh daerah hingga level terkecil seperti puskesmas. Data daerah dan pusat diinput ke dalam satu sistem yang sama. *Update* data di wilayah Y akan langsung dapat terlihat juga di wilayah Z. Hal ini mewajibkan alur hirarki pelaporan yang jelas dan tidak tumpang tindih lintas departemen dan institusi. Juga diperlukan peraturan yang mengikat daerah agar memiliki keseragaman dan pemahaman yang sama;
- b) **Satu aplikasi, satu akun per institusi, satu *update* data nasional.** Hal ini akan meminimalisir pengembangan aplikasi-aplikasi dalam jumlah banyak dan tidak saling terintegrasi. Sehingga pasien di lokasi A ketika berpindah ke lokasi B, sudah tercatat seluruh histori pencatatan kesehatannya dan dapat dilihat hanya menggunakan satu sistem pencatatan nasional;
- c) ***Unique ID* menjadi variabel pembeda identitas.** Di Indonesia dapat menggunakan NIK sebagai identitas unik untuk menghindari adanya duplikasi data individu. Hingga saat ini pencatatan data kesehatan masih belum menggunakan NIK dengan maksimal yang mengakibatkan pencatatan data kesehatan berpotensi duplikasi, tidak dapat melihat *update* status kesehatan seseorang berdasarkan waktu lintas penyakit;
- d) **Penyamaan variabel tanpa redundansi penginputan.** Jika pencatatan data kesehatan sudah terpusat menggunakan sebuah sistem informasi berskala nasional dengan kemampuan infrastruktur yang mumpuni, maka sistem informasi yang dikembangkan harus dapat menghubungkan informasi-informasi yang relevan (*relevant variables*) lintas direktorat penanganan penyakit. Hal ini mewajibkan data demografi pasien dan variabel umum tercatat hanya satu kali, sedangkan *update* variabel spesifik dapat ditambahkan menyesuaikan dengan jenis penyakit. Kondisi saat ini banyak sekali *input* informasi yang dilakukan berulang kali (redundansi) dan datanya tidak saling terhubung;
- e) **Data security.** Mengingat informasi data kesehatan individu bersifat rahasia, maka perlu dipastikan keamanan data juga terjaga dengan sangat ketat. Pemberian akun kepada institusi di level nasional maupun daerah juga dapat tercatat aktivitasnya (*log record*). Aksesibilitas yang diberikan pada setiap jenjang juga harus dibedakan sehingga hanya data-data yang berhubungan atau relevan saja yang diberikan akses.





Gambar 7. Gambaran Kebutuhan Pengembangan Satu Data Surveilans Terpadu<sup>14</sup>

### Peran Pemerintah Daerah dalam Manajemen Data

Selain memastikan dan membantu optimalisasi program surveilans berjalan, pencatatan dan pelaporan COVID-19 menjadi salah satu peranan penting pemerintah daerah. Daerah memiliki kendali penuh terhadap (i) upaya kepatuhan pengisian (*input*) data COVID-19 secara rutin serta mendorong kelengkapan data; (ii) pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap pelaporan-pelaporan yang masuk; (iii) memberikan *reward* serta *punishment* setelah mengevaluasi kelengkapan dan kecepatan pencatatan data (sebagai contoh, Pemerintah Provinsi Sumatera Barat mengirimkan surat resmi kepada seluruh Rumah Sakit yang berada di wilayah Sumbar untuk menginput data pasien COVID-19 yang datang ke rumah sakit ke dalam *RS Online* serta memantau perkembangan laporan hariannya); (iv) inisiatif daerah dapat menghasilkan sistem informasi pencatatan COVID-19 yang lebih detail menggambarkan kasus individual hingga level RT/RW; serta (v) analisis lanjutan untuk mengukur faktor risiko kematian akibat COVID-19 dan ditindaklanjuti dalam bentuk strategi dan rencana aksi. Beberapa contoh sistem yang dikembangkan sendiri oleh daerah antara lain sebagaimana **Tabel 3**.

Tabel 3. Sistem Informasi COVID-19 yang Dikembangkan oleh Daerah

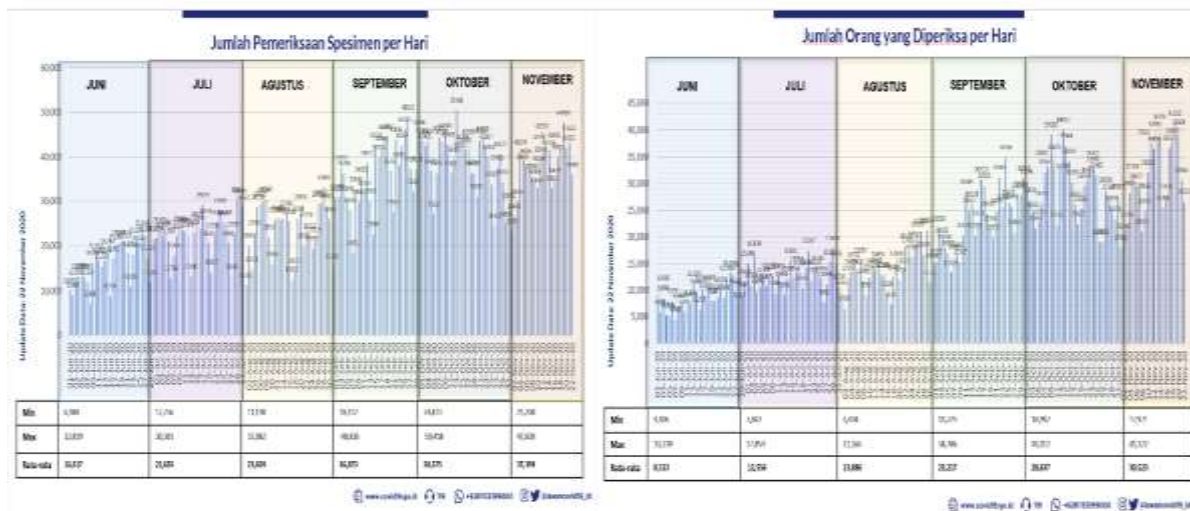
No.	Dashboard	Pengelola	Fungsi/Spesifikasi
1	Pikobar (Pusat Informasi & Koordinasi COVID-19 di Provinsi Jawa Barat)	Provinsi Jawa Barat	Statistik kasus terkonfirmasi positif, isolasi/dalam perawatan, suspek, <i>probable</i> , kontak erat
2	<i>Executive Information System</i> Dinkes Provinsi DKI Jakarta	Dinkes Provinsi DKI Jakarta	Akses informasi ketersediaan tempat tidur isolasi untuk COVID-19 secara <i>real-time</i>
3	Jateng Tanggap COVID-19	Pemerintah Provinsi Jawa Tengah	Sebaran kasus COVID-19 di Jawa Tengah, informasi RS rujukan, deteksi mandiri cepat COVID-19, infografis COVID-19, dan video masyarakat terkait #bersamalawancorona, serta berita Jawa Tengah
4	Pusat Informasi & Koordinasi Kota Depok Jabar	Pemerintah Kota Depok	Akses informasi perkembangan kasus COVID-19 di Kota Depok, <i>hotline</i>
5	COVID-19 NTB (Nusa Tenggara Barat)	Diskominfotik Provinsi NTB	Akses informasi perkembangan kasus COVID-19 di NTB, <i>hotline</i> , <i>hoax buster</i>
6	Sulsel Tanggap COVID-19	Pemprov Sulsel	Akses informasi perkembangan kasus COVID-19 di Sulsel, <i>hotline</i> , <i>hoax buster</i>
7	Pusat Informasi COVID-19 Kota Ambon	Pemkot Ambon	Akses informasi perkembangan kasus COVID-19 di Sulsel, <i>hotline</i> , berita

## Kapasitas pemeriksaan laboratorium

### Pendataan jumlah laboratorium dan kapasitas pemeriksaan spesimen COVID-19 di Indonesia.

Karena tidak ada data lengkap sebelum pandemi COVID-19, per tanggal 13 November 2020, diketahui terdapat 466 Laboratorium pemeriksa COVID-19 di 34 provinsi Indonesia. Dari total 466 ini, 346 laboratorium dengan RT-PCR, 81 laboratorium dengan TCM (Tes Cepat Molekuler), dan 38 laboratorium dengan RT-PCR dan TCM (1 laboratorium tanpa keterangan). Jumlah jejaring laboratorium paling banyak terdapat di provinsi Jawa Timur (78 laboratorium), DKI Jakarta (64 laboratorium), dan Jawa Barat (50 laboratorium). Dari waktu ke waktu, terlihat jumlah pemeriksaan COVID-19 berupa angka pemeriksaan spesimen dan pemeriksaan orang per hari terus meningkat. Peningkatan tertinggi terjadi pada bulan September 2020 dimana rata-rata jumlah pemeriksaan spesimen harian adalah 36.073 dan rata-rata jumlah orang diperiksa 23.217 dalam satu hari (dibandingkan rata-rata pemeriksaan spesimen 23.659 per hari dan rata-rata jumlah orang diperiksa harian 13.886 di bulan Agustus 2020). Sedangkan per tanggal 22 November 2020, jumlah tertinggi orang diperiksa dalam satu hari adalah 41.222 orang dengan rata-rata jumlah pemeriksaan harian 30.523 orang.

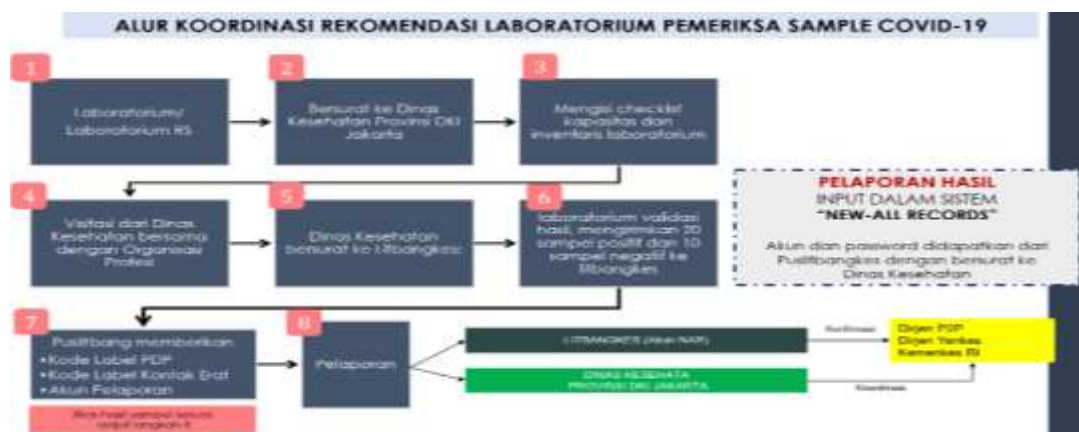
Angka nasional menunjukkan 39.377 orang telah diperiksa per tanggal 16-22 November 2020. DKI Jakarta menyumbangkan jumlah pemeriksaan tertinggi dari angka nasional. Berarti, DKI Jakarta telah memenuhi standar pemeriksaan WHO 6 kali lipat (standar WHO untuk Jakarta 10,645 orang diperiksa per minggu dan jumlah yang telah diperiksa adalah 79.822 orang). Keberhasilan *testing* dan *tracing* kontak erat di DKI Jakarta adalah karena melibatkan pihak swasta. Dari total 58 Laboratorium pemeriksa COVID-19 di DKI Jakarta (per tanggal 12 Oktober), pemeriksaan harian bisa mencapai 16.711 sampel. Dilihat dari komposisi jejaring laboratorium di DKI Jakarta, terdapat 19 laboratorium pemerintah pusat, 4 laboratorium pemerintah provinsi DKI, 4 laboratorium BUMN, 3 laboratorium institusi pendidikan, dan 28 laboratorium swasta.



Gambar 9. Jumlah Spesimen dan Orang Diperiksa Harian Juni s.d 22 November 2020<sup>9</sup>

**Standar Kesiapan Laboratorium dalam Melakukan Pemeriksaan.** Standar laboratorium jejaring pemeriksa dan kualifikasi tenaga laboran tertuang di dalam KMK No.HK.01.07-MENKES-405-2020. Persyaratan dimulai dari gedung yang harus memenuhi persyaratan gedung BSL2, standar ruang laboratorium BSL2, persyaratan *Biosafety Cabinet* (BSC) minimal kelas II A2 dengan standar internasional, persyaratan peralatan, persyaratan praktik *biosafety* dan *biosecurity*, dan persyaratan *good laboratory practice*. Setiap laboratorium harus memenuhi persyaratan kualifikasi SDM berikut: (i) tenaga dokter ahli patologi klinik atau mikrobiologi klinik atau dokter yang terlatih; (ii) tenaga ahli kesehatan/ahli teknologi laboratorium medis/litkayasa/peneliti virologi; (iii) SDM tidak memiliki riwayat penyakit berat; (iv) SDM tidak memiliki riwayat kejahatan; (v) memiliki kompetensi dalam pemeriksaan RT-PCR; (vi) memiliki kompetensi dalam *biosafety* dan *biosecurity*; (vii) memiliki kompetensi dalam penerimaan dan pengiriman sampel. Pada pelaksanaannya, Dinkes provinsi atau Pemerintah Daerah mengajukan nama laboratorium untuk dimasukkan ke jejaring lab pemeriksa COVID-19, sekaligus bertugas memeriksa seluruh kelengkapan dan persyaratan yang tercantum di KMK dan melaporkannya ke Litbangkes. Setelah hasil *assessment* dikirim ke Litbangkes, maka Litbangkes akan membuatkan akun laboratorium (izin) menginput data ke sistem NAR TC-19.

Berikut adalah contoh alur koordinasi rekomendasi laboratorium pemeriksa sampel COVID-19 dari daerah (contoh: DKI Jakarta) yang dikoordinasikan dengan Litbangkes Kemenkes (**Gambar 10**). Kendala yang ditemui dalam pengajuan memasukkan ke jejaring laboratorium pemeriksa adalah jika pengajuan dari banyak laboratorium masuk secara bersamaan. Karena banyak hal yang perlu di-*assess* sesuai dengan kriteria persyaratan, maka memerlukan waktu untuk di-*assess* secara bergantian, terutama untuk memastikan apakah lab tersebut mumpuni dan mematuhi persyaratan peraturan keselamatan biologi (*biosafety*) dan peraturan keamanan biologi (*biosecurity*).



**Gambar 10.** Alur Koordinasi Rekomendasi Laboratorium Pemeriksa COVID-19 di DKI Jakarta<sup>7</sup>

**Ketidaksiapan Laboratorium Menyebabkan Kelambatan Pencapaian Target Pemeriksaan WHO.** Walau sudah mendapat hasil evaluasi WHO *Joint External Evaluation* 2017, sampai datangnya pandemi COVID-19, Kemenkes hanya mempersiapkan 1 laboratorium untuk melakukan pemeriksaan dan mengonfirmasi kasus COVID-19, yaitu laboratorium Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes). Barulah setelah diumumkannya pandemi, tanggal 16 Maret 2020 Kemenkes menyatakan akan mengembangkan jaringan laboratorium COVID-19. Proses penambahan jejaring laboratorium dan lab beroperasi berjalan cukup lama dikarenakan beberapa kendala seperti kekurangan reagen dan peralatan lab, minimnya SDM yang mumpuni, menunggu bahan-bahan yang diimpor dan waktu yang diperlukan untuk pengadaan barang.<sup>13</sup> Baru delapan bulan kemudian, tanggal 13 November 2020, sejumlah 466 laboratorium di seluruh Indonesia ditunjuk untuk melakukan tes

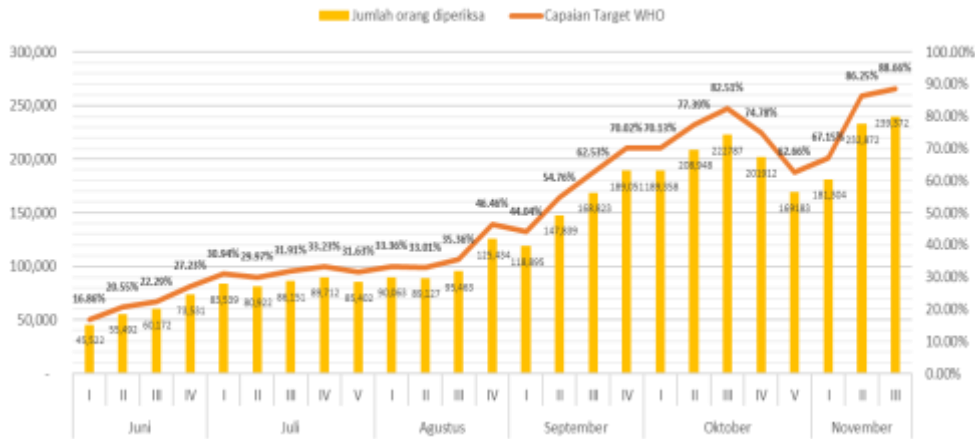
COVID-19, termasuk tes PCR, tes cepat molekuler, dan beban virus (*viral load*). Selain itu, laboratorium kesehatan hewan, laboratorium obat dan makanan, serta PCR keliling juga diperbantukan untuk melakukan tes COVID-19. Lebih dari 430 teknisi laboratorium dilatih secara daring. Balitbangkes menjalankan pemeriksaan pengendalian mutu eksternal atas jaringan laboratorium COVID-19. Perluasan jaringan laboratorium, penyediaan media transportasi virus (*viral transport medium, VTM*) serta alat tes *swab* juga mengurangi waktu kesiapan laboratorium. Seharusnya, bahan-bahan habis pakai laboratorium sudah dapat disediakan oleh pemerintah daerah dan pusat, sehingga tidak perlu terjadi penumpukan tes laboratorium. Berikut adalah rincian urutan waktu respons Kemenkes dalam peningkatan kapasitas *testing* di Indonesia (**Gambar 11**).

### Urutan waktu respon



**Gambar 11. Urutan waktu respons peningkatan kapasitas laboratorium pemeriksa COVID-19<sup>7</sup>**

Standar pemeriksaan WHO adalah diperiksa 1000 orang per 1 juta penduduk/minggu. Untuk 267.000.000 total penduduk Indonesia, Indonesia harus memeriksa 267.000 tes COVID-19/minggu. Proses pencapaian standar WHO berjalan lambat awalnya. Sampai dengan minggu pertama Juni, Indonesia baru memenuhi 16,86% target pemeriksaan WHO, di bulan Juli naik ke 63% target, dan di bulan Agustus mencapai 46,46% (**Gambar 12**). Barulah bertambah signifikan di bulan September meningkat mencapai 70% target, di minggu ketiga bulan Oktober mencapai 82,5% target, di pekan ketiga November mencapai 88,66% target pemeriksaan WHO. Ada 6 dari 34 provinsi yang sudah mampu memenuhi standar WHO: DKI Jakarta, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, Papua Barat, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Barat pada pekan ketiga Oktober, namun jumlah provinsi yang mampu mencapai target berubah setiap minggunya (bergantung dari kapasitas pemeriksaan pada pekan tersebut). Selain itu, dikarenakan pemerintah tidak segera melakukan pelatihan pengambilan spesimen di lapangan, maka proses berjalan lambat di awal. Selain itu, di awal pandemi, laboratorium belum memiliki APD yang berkualitas. Per 20 Oktober 2020, Satgas Penanganan COVID-19 telah mendistribusikan 29 mesin PCR 3.034.648 reagen PCR, sekitar 2.473.430 VTM, serta 9.650 PCR Kit untuk GeneXpert (tes terbaru untuk TB).



Gambar 12. Jumlah Pemeriksaan Tes COVID-19 dan Capaian Target Pemeriksaan menurut Standar WHO<sup>12</sup>

Pembelajaran yang diambil dari keberhasilan DKI Jakarta mencapai target 6 kali lipat lebih tinggi dari standar WHO, dicatat sebagai berikut:

- 1) Persiapan sudah dimulai Januari 2020, sebelum COVID-19 masuk ke Indonesia. Kepala Dinkes provinsi sudah meminta seluruh puskesmas memenuhi kebutuhan APD. Tanggal 16 Maret 2020, sudah ditunjuk 5 lab pemeriksa COVID-19 yaitu Labkesda, BBTKL, Eijkman, RS UI, dan RSCM. Labkesda sudah beroperasi *full* 24 jam sejak 23 Maret 2020. Pada akhir Maret, Dinkes DKI Jakarta sudah bisa memetakan kebutuhan dan mencari peluang peminjaman alat serta potensi kerjasama untuk percepatan pemeriksaan.



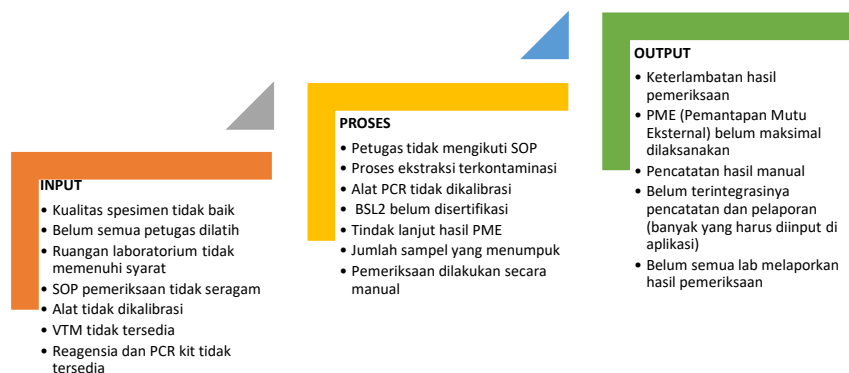
Gambar 13. Percepatan Pemeriksaan COVID-19 di DKI Jakarta<sup>14</sup>

- 2) Dukungan dari personil TNI dan Kodam Jayakarta sudah berjalan beriringan sejak Januari 2020, untuk pemetaan lab, pengadaan *lab container*, serta identifikasi pengadaan logistik.
- 3) Pelatihan Penyelidikan Epidemiologi dan *Contact Tracing* dilakukan sejak April dan Mei 2020, dan pelatihan *tracing* untuk tenaga surveilans lapangan sudah gencar diadakan.
- 4) *Active case finding* (pelacakan kasus) untuk menjaring kasus tanpa gejala, sudah dilakukan saat PSBB transisi, terutama di lokasi-lokasi berisiko penularan tinggi seperti pasar, RT/RW rawan (memiliki *incidence rate* yang tinggi), rumah ibadah, dan lapas/rutan).
- 5) Dinkes DKI Jakarta menggandeng laboratorium swasta dan dengan cepat, ke 28 lab swasta memasarkan kapasitas tes pemeriksaan sampai 6.847 per hari.

## Kendala Nasional dalam Implementasi Pemeriksaan Spesimen di Indonesia

Di tingkat nasional, selain laporan IAR (*Intra Action Review*) terdapat beberapa kendala lainnya dalam peningkatan kapasitas pemeriksaan laboratorium di Indonesia:

- 1) Belum meratanya jumlah lab pemeriksaan COVID-19 di seluruh provinsi Indonesia. Provinsi dengan jumlah laboratorium cukup banyak: DKI Jakarta [64 lab], Jawa Timur [78 lab], Jawa Barat [50 lab]); namun provinsi lain hanya memiliki sedikit lab pemeriksaan, seperti Aceh (4 lab), Riau (5 lab), Jambi (4 lab), Bengkulu (3), Maluku Utara (5), NTT (5 lab), Sulawesi Tenggara (1 lab), Maluku (2 lab), Sulawesi Barat (4), dan Gorontalo (2 lab).
- 2) Belum meratanya kapasitas pemeriksaan lab di seluruh provinsi Indonesia. Enam provinsi sudah berhasil mencapai target WHO, 3 provinsi mampu mencapai target 81-99%, sedangkan 5 provinsi hanya mencapai target 61-80%, 6 provinsi mencapai 41-60%, 6 provinsi mencapai 21-40%, dan 8 provinsi hanya mampu mencapai target WHO  $\leq 20\%$  (per tanggal 18 Oktober 2020).



**Gambar 14. Identifikasi Pilar Masalah Laboratorium Berdasarkan IAR<sup>14</sup>**

- 3) Kapasitas SDM yang mumpuni jumlahnya terbatas. Kelemahan sistem juga disebabkan terbatasnya jumlah SDM yang mumpuni. Di banyak daerah, walau mesin RT-PCR sudah tersedia, reagen sudah diberikan, namun SDM yang terampil mengambil sampel sesuai prosedur (karena menentukan kualitas spesimen, jangan sampai spesimen diterima lab dalam keadaan kering atau rusak), ternyata sangat terbatas. Mungkin karena lab-BSL2 selama ini hanya menangani tes molekuler penyakit tidak menular, sehingga sekarang harus lebih hati-hati.
- 4) Komitmen SDM dan laboratorium berbeda-beda. Dari jumlah pemeriksaan spesimen dan orang per hari, bisa terlihat jumlah tes selalu turun saat *weekend* (hari Sabtu dan Minggu), karena sebagian petugas lab libur atau tidak melakukan pemeriksaan. Untuk mendorong konsistensi, pemerintah daerah perlu mengeluarkan peraturan atau memberikan penugasan selama pandemi didampingi dengan dukungan yang memadai.
- 5) Logistik laboratorium belum tercatat *real-time*. Kekurangan logistik seperti reagen, APD, PCR kit, serta *consumables* seperti VTM sering terjadi karena distribusi logistik tidak direncanakan secara matang, lebih mengedepankan permohonan dari laboratorium, belum *real-time* atau menggunakan pencatatan rutin harian.
- 6) Integrasi data dengan faskes belum optimal. Seharusnya teknisi lab tidak perlu meng-*input* data ke sistem, jika sistem pelaporan pengiriman spesimen dari faskes sudah terintegrasi dengan lab. Penumpukan pelaporan juga akan berkurang, karena biasanya menunggu pemeriksaan tes selesai, baru meng-*input* data ke sistem.

- 7) Kapasitas *tracing* mempengaruhi jumlah pemeriksaan spesimen. Beberapa lab tidak sibuk melakukan pemeriksaan karena jumlah sampel yang harus diperiksa tergantung kapasitas tenaga surveilans di wilayahnya apakah mereka melakukan PE dan penelusuran kontak.
- 8) Masih ada laboratorium yang belum melapor. Dari total 466 jejaring laboratorium di 34 provinsi, tidak semua lab berada di bawah garis koordinasi Kemenkes. Ternyata lab-lab ini ada di bawah 11 Kementerian/Lembaga, termasuk Kementerian Agama, Kementerian Pertanian, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, POLRI, BIN, TNI, Kemenristek, Kementerian BUMN, Yayasan Korpri, BPOM, belum termasuk laboratorium Pemda dan swasta.
- 9) Bervariasinya peralatan laboratorium di wilayah Indonesia. Kendala lain yang dihadapi dan mempengaruhi kecepatan penanganan adalah perbedaan *merk* dan jenis/tipe peralatan laboratorium yang ada di Indonesia. Hal ini mengakibatkan logistik yang tersedia belum tentu dapat memenuhi semua jenis/*merk* yang ada. Perlu dilakukan inventarisasi secara detail untuk menangkap jenis/tipe yang ada dan memastikan distribusi logistik yang diberikan sudah sesuai dengan tipenya (tepat sasaran).
- 10) Pencatatan logistik laboratorium tumpang tindih mempengaruhi kecepatan pendistribusian. Pengadaan/pendistribusian logistik lab dilaksanakan oleh Satgas Penanganan COVID-19, Pusat Krisis Kemenkes, Balitbangkes, dan Pemda. Pemda bisa melakukan pengadaan logistik sendiri, atau meminta langsung kepada Satgas atau Kemenkes tanpa saling diketahui karena data tidak terintegrasi.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. **Sistem Surveilans**-Pengendalian pandemi COVID-19 belum disertai pelaksanaan surveilans yang optimal. Salah satu tantangan adalah beragamnya aplikasi yang dibangun daerah dan jumlah serta kapasitas SDM yang terbatas. Tantangan-tantangan yang dihadapi Kemenkes Pusdatin sebagai *leading sector* cukup banyak dan beberapa kelemahan sudah ada sebagai kelemahan sistem surveilans nasional bahkan sebelum COVID-19 terjadi. Tidak adanya *sense of urgency and crisis* mengindikasikan bahwa petugas surveilans belum menyadari bahwa pandemi COVID-19 adalah krisis kesehatan yang dampaknya akan terasa hingga puluhan tahun ke depan. Kegiatan surveilans sesuai standar IHR 2005 diperlukan sesegera mungkin untuk menjamin keamanan kesehatan penduduk Indonesia.
2. **Manajemen data**. Surveilans belum mampu merespons dengan kecepatan dan akurasi yang tinggi yang diperlukan untuk menghadapi pandemi. Sistem NAR Kemenkes yang sudah dioperasikan lebih dari 6 bulan sejak pandemi masih belum berfungsi sepenuhnya secara optimal. Data yang tidak terintegrasi terjadi selama berpuluh tahun, akibatnya sulit memotivasi pemanfaatan teknologi inovatif baru karena tidak fleksibelnya alur pelaporan serta keterbatasan kemampuan SDM yang ada di dalam sistem.
3. **Kapasitas pemeriksaan laboratorium**. Kapasitas pemeriksaan laboratorium belum maksimal, belum berjalan 24 jam sehari sehingga masih belum memenuhi standar yang ditargetkan WHO. Perlu direkrut tambahan SDM yang bermutu dan disiplin, diberikan pelatihan dan pendampingan berkelanjutan dan perluasan kerja sama dengan swasta.

## Rekomendasi

1. **Penguatan surveilans.** Ada dua rekomendasi: secara konservatif dan progressif. Secara konservatif, surveilans perlu terus dikoordinasikan oleh Kemenkes. Tugas *verifikasi kasus* diserahkan kepada kabupaten/kota agar mampu *interoperable & real-time*. Pemerintah pusat melakukan monitoring dan evaluasi, pelatihan, dan pendampingan berkelanjutan. Namun tantangan permasalahan seperti disiplin yang lemah akan tetap sulit dirubah. Secara progresif, ditunjuk sistem surveilans alternatif 24 jam, *direct, independent, flexible*, dan mumpuni, dikelola oleh SDM profesional, berdisiplin tinggi, bekerja 7 hari seminggu 24 jam sehari selama krisis pandemi belum berakhir. Badan independen ini menjalankan *sistem pencatatan tracing* COVID-19 sesegera mungkin, mengevaluasi jumlah pelacakan kontak erat dari 1 pasien positif dan memperkirakan waktu rata-rata untuk *contact tracing*. Sistem juga menginstruksikan kelengkapan pencatatan kasus di daerah untuk mengeliminasi kasus duplikat dan mendorong penggunaan satu sistem terintegrasi antara pusat dengan daerah. Disiplin ditegakkan dengan peraturan tentang *reward and punishment* untuk RS dan lab yang tidak melapor. Penyediaan fasilitas isolasi mandiri dipantau sesuai dengan SOP isolasi mandiri. Hasil lab kasus perlu dikembangkan dengan registrasi nomor Hp kedalam sistem (seperti diterapkan di banyak negara maju) agar bisa langsung diketahui oleh kasus suspek atau kontak erat yang diambil spesimennya.
2. **Penguatan manajemen data.** Dalam menghadapi pandemi, diperlukan kecepatan luar biasa untuk merespons. Alur pencatatan dan pelaporan perlu dibuat fleksibel namun mampu mengakomodir kebutuhan. Sistem dilengkapi *infrastruktur* yang dapat menampung data berjumlah sangat besar tanpa ada *delay* input data serta terhubung dengan jejaring di seluruh wilayah Indonesia dalam kecepatan maksimal. Disyaratkan harus ada *interoperabilitas* lintas institusi dan lintas sektoral, antar pusat dan daerah, dan *real-time data*. Penyederhanaan sistem akan menghapus berbagai aplikasi yang menyebabkan input berulang kali dan risiko salah (*human error*). Integrasi data dapat memanfaatkan data PHEOC, data RS *Online*, otomasi hasil sembuh dan meninggal pasien RS, serta sumber data COVID-19.
3. **Penguatan kapasitas pemeriksaan laboratorium.** Kapasitas pemeriksaan (tes) di lab bisa dimaksimalkan dengan *pembagian shift* sedemikian rupa hingga pemeriksaan dapat terus berjalan 24 jam sehari. Kebijakan ini harus diimbangi dengan rekrutmen jumlah SDM baru, jaminan ketersediaan reagen, dan kecukupan APD. Rekrutmen relawan di level nasional maupun daerah perlu disertai pelatihan dan pendampingan berkelanjutan, pemberian insentif untuk tenaga lab (uang lembur untuk kerja *shift* di jam non-normal), dan edukasi tentang penyelidikan epidemiologi (PE) dan *contact tracing* (CT). Jumlah pemeriksaan lab harusnya mengikuti jumlah PE dan CT yang dilakukan petugas surveilans. *Testing* dan *tracing* harus berjalan berdampingan. Pembelajaran lain adalah pentingnya melibatkan laboratorium swasta. Pemda perlu memberlakukan sistem *reward* bagi lab dengan performa pemeriksaan terbaik dan *punishment* (teguran) bagi yang tidak mencatat dan melapor pada sistem. Jika Pemda memiliki akses dan kapasitas terhadap data penanganan COVID-19 di daerahnya, Pemda dapat memetakan kondisi, merumuskan strategi dan kebijakan, serta menghadirkan inovasi-inovasi baru sesuai kebutuhan daerah. Hal ini akan mempengaruhi: (i) kecepatan mengambil tindakan; (ii) penerapan sistem *reward* dan *punishment* dalam pelaporan; (iii) peraturan pemerintah daerah bagi pelanggar protokol kesehatan; (iv) inovasi pencatatan data COVID-19; dan (v) inovasi spesifik joko tonggo, desa tangguh, dan lainnya.



## Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Health Security. 2020. Available from: [https://www.who.int/health-topics/health-security/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-security/#tab=tab_1).
2. Kutzin J, Sparkes SP. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bull World Health Organ*. 2016;94(1):2.
3. World Health Organization. International Health Regulation. Third Edit ed. Geneva: WHO Press; 2005.
4. Burkle FM. Declining Public Health Protections within Autocratic Regimes: Impact on Global Public Health Security, Infectious Disease Outbreaks, Epidemics, and Pandemics. *Prehosp Disaster Med*. 2020;35(3):237-46.
5. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan. 2003.
6. LampungPro. Menkes Resmikan Pos Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, Bagaimana Lampung? Lampungproco. 2020. Available from: <https://lampungpro.co/post/1610/menkes-resmikan-pos-kedaruratan-kesehatan-masyarakat-bagaimana-lampung>.
7. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) Revisi ke-5. Kementerian Kesehatan RI; 2020. Available from: <https://Covid19.go.id/p/protokol/pedoman-pencegahan-dan-pengendalian-coronavirus-disease-covid-19-revisi-ke-5>.
8. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. In: World Health Organization, editor. 2020.
9. Kementerian Kesehatan RI. Penyajian Laporan Harian COVID-19 Melalui Sistem Online Pelaporan Harian COVID-19 hingga 20 September Pukul 14.00 WIB. 2020.
10. Lee LM, Teutsch SM, Thacker SB, Louis MES. Principles & Practice of Public Health Surveillance. 2010.
11. Fitzhug Mullan Institute for Health Workforce Equity The George Washington University. Contact Tracing Workforce Estimator. May 2020. Available from: [https://www.gwhwi.org/uploads/4/3/3/5/43358451/contact\\_tracing\\_brief\\_05.05.20.pdf](https://www.gwhwi.org/uploads/4/3/3/5/43358451/contact_tracing_brief_05.05.20.pdf)
12. World Health Organization. Contact Tracing in the Context of COVID-19. May 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-COVID-19>
13. Harimat et.al. Assessing the COVID-19 diagnostic laboratory capacity in Indonesia in the early phase of the pandemic. *WHO South East Asia Journal of Public Health*. 2020.
14. Satgas Penanganan COVID-19. Data COVID-19 di Indonesia. 2020.

## **BAB 3**

# **Kapasitas Pelayanan Kesehatan**

## Bab 3: Kapasitas Pelayanan Kesehatan

### Kapasitas Pelayanan Kesehatan

(Yodi Mahendradhata, Ph.D; Ni Luh Putu Eka Andayani; M.Kes Eva Tirtabayu Hasri; MPH; Renova G. M. Siahaan, M.Sc; M.D. Arifi, SKM; Pungkas B. Ali, Ph.D; Medrilzam, Ph.D; Woro S. Sulistyaningrum, MIDS; Inti Wikanestri, MPA; Anggi Pertiwi P, ST; Sri Rahayu, M.Ed; Prof. Budi Utomo; Fauzal Muslim, M.Sc; dan Amirah J. Dhia, SE.)

Pandemi COVID-19 menunjukkan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia belum resilien, yang ditunjukkan dengan belum siapnya fasilitas pelayanan kesehatan dan sistem penunjangnya dalam memastikan ketersediaan layanan yang berkualitas dan aman dalam kondisi krisis.

#### Pesan utama

- Peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan** yang mencakup rawat inap, isolasi negatif/non-negatif, alat kesehatan serta fasilitas isolasi mandiri.
- Re-desain sistem rujukan pelayanan kesehatan** yang didasarkan pada peta kapasitas dan keunggulan RS serta adaptif apabila terjadi kondisi pandemi seperti COVID-19.
- Perlindungan optimal kepada tenaga medis** yang merupakan kelompok paling berisiko tertular dengan standar proteksi sesuai rekomendasi WHO dan memperhatikan aspek mental serta kesejahteraan.
- Pengembangan *real time early warning system* untuk memantau ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan** hingga ke tingkat fasilitas pelayanan kesehatan.
- Pemerataan sebaran fasilitas pengolahan limbah medis** minimal tersedia di setiap provinsi dan peningkatan kapasitas RS dalam pengelolaan limbah medis
- Memastikan **kesinambungan pelayanan kesehatan esensial**.

**Peningkatan Kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan** - Kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan melonjak akibat peningkatan jumlah kasus COVID-19 melebihi ambang batas kapasitas rawat inap dan rawat kritis di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini menyebabkan tidak semua pasien mendapatkan fasilitas pelayanan sesuai standar seperti isolasi negatif maupun ventilator. Perlu upaya untuk meningkatkan ketersediaan fasilitas isolasi mandiri, menambah kapasitas bangsal COVID-19 dan alat kesehatan yang didasarkan pada pemetaan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan secara nasional serta menyiapkan skema dan standar baku dalam pengembangan RS Darurat COVID-19 maupun RS lapangan apabila kondisi mendesak dan membutuhkan tambahan sarana pelayanan kesehatan.

**Re-desain sistem rujukan pelayanan kesehatan** - Fakta penunjukkan RS Rujukan COVID-19 yang bergerak dan berubah-ubah sepanjang masa pandemi mengindikasikan belum optimalnya sistem rujukan *existing* dan belum berdasarkan kompetensi maupun kapasitas setiap RS yang siap dan mampu dalam memenuhi pelayanan tertentu. Selain itu, hal ini menunjukkan bahwa sistem rujukan belum adaptif dalam menghadapi lonjakan kasus seperti di masa pandemi ini, sebagai contoh, terdapat RS yang belum memiliki kapasitas cukup namun juga menangani pasien COVID-19. Kinerja sistem perlu ditunjang dengan mendorong pemanfaatan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang terdiri dari *National Command Center* (NCC) dan *Public Safety Center* (PSC) untuk penjangkauan dan memperluas jejaring rujukan COVID-19, penguatan tim pendukung SISRUITE, dan penguatan sistem informasi seperti ASPAK dan SISDMK.

**Perlindungan optimal kepada tenaga medis** - Tenaga medis yang tersedia saat ini tidak mencukupi untuk menghadapi lonjakan kebutuhan layanan kesehatan. Tenaga medis juga menjadi kelompok paling berisiko untuk terinfeksi atau mengalami gangguan kesehatan mental karena beban layanan akibat pandemi ini. Peningkatan kapasitas dapat dilakukan melalui kebijakan *task-shifting*, penyiapan tenaga relawan medis dan non-medis, serta mobilisasi tenaga dari satuan kerja/lembaga lain ke fasilitas rujukan COVID-19. Upaya ini perlu dilengkapi dengan upaya untuk: (1) memberikan proteksi optimal sesuai rekomendasi WHO; (2) dukungan kesejahteraan dan; (3) dukungan kesehatan mental.

**Pengembangan *real time early warning system* untuk memantau ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan** - Ketersediaan logistik farmasi dan alat kesehatan (farmalkes) semakin terbatas bila terjadi lonjakan kasus. Perlu dikembangkan *early warning system* yang bersifat *real time* sebagai alat kendali kecukupan serta memastikan ketersediaan *buffer stock* di tingkat fasilitas kesehatan. Selain itu, perlu kontrol pasar dan pengendalian harga farmalkes ketika kondisi langka dan permintaan tinggi agar tidak maldistribusi, penyesuaian proses pengadaan pada kondisi krisis, dan dukungan bagi industri farmalkes dalam negeri.

**Pemerataan sebaran fasilitas pengolahan limbah medis** - Peningkatan jumlah pasien positif COVID-19 berdampak pada peningkatan limbah medis melebihi kemampuan pengelolaannya. Kedepan perlu dipastikan ketersediaan fasilitas pengolahan limbah medis di setiap provinsi, koordinasi pengelolaan limbah medis antar-daerah, prioritas pengadaan autoclave bagi daerah yang RS nya belum memiliki pengolahan *on-site*, serta dorongan inovasi dan implementasi teknologi pengolahan limbah B3 non-insinerasi. Selain itu, perlu disusun skema pengelolaan limbah medis terintegrasi dan terpantau di setiap provinsi, sehingga memungkinkan RS mengolah limbah medis dengan biaya operasional yang efisien.

**Kesinambungan pelayanan kesehatan esensial** - Peningkatan jumlah kasus COVID-19 berdampak pada semakin menurunnya kapasitas faskes untuk penyelenggaraan layanan kesehatan esensial. Untuk itu, perlu penguatan sistem monitoring dan evaluasi online layanan kesehatan esensial, pemenuhan kebutuhan APD, peningkatan kapasitas PPI (pencegahan dan pengendalian infeksi) di semua faskes, adanya komunikasi risiko terkait perilaku mencari kesehatan secara aman, inovasi pemanfaatan teknologi informasi untuk memberikan pelayanan kesehatan, digitalisasi pelayanan kesehatan, dan pemisahan *patient flow* mulai dari pintu masuk, ruang perawatan hingga pintu keluar untuk pasien COVID-19 serta penempatan khusus penanganan COVID-19.

## Pendahuluan

Berbagai model telah dikembangkan untuk memprediksi puncak kasus COVID-19 di Indonesia. Dalam skenario terburuk, eskalasi pasien (*surge*) akan sangat cepat dan tinggi serta ada potensi terjadi gelombang kedua penularan (*second wave*). Jumlah sarana, prasarana, logistik dan SDM yang diperlukan untuk menangani kasus dengan baik dapat meningkat beberapa kali lipat dari kapasitas yang ada. Sistem pelayanan kesehatan dengan demikian harus mengembangkan *surge capacity* (kapasitas lonjakan) untuk dapat mengelola lonjakan kasus COVID-19 dengan baik.

*Surge capacity* adalah kemampuan untuk ekspansi kapasitas penanganan secara cepat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan SDM, layanan medis dan kesehatan masyarakat saat terjadi insiden *bioterrorism* atau bencana/kegawatdaruratan kesehatan masyarakat berskala besar.<sup>1</sup> Perencanaan pada fasilitas kesehatan dan sistem kesehatan dalam situasi krisis harus memaksimalkan: (1) kapasitas konvensional; (2) kapasitas cadangan dan; (3) kapasitas krisis.<sup>2</sup> Bab ini bertujuan untuk memformulasikan pembelajaran dan rekomendasi penguatan kapasitas pelayanan kesehatan berbasis empat komponen kunci *surge capacity*<sup>3</sup>: (1) *Staff* (SDM); (2) *Stuff* (logistik dan peralatan); (3) *Structure* (fasilitas); dan (4) *System* (kebijakan dan proses manajemen).

## Menjaga kecukupan jumlah tenaga medis

**Setiap RS Rujukan COVID-19 baik pemerintah maupun swasta membentuk Tim Penanggulangan COVID-19.** Hingga saat ini belum ada standar ideal komposisi tenaga kesehatan untuk penanggulangan COVID-19. Secara umum tim penanggulangan tersebut terdiri dari kelompok klinisi dan manajemen. Kelompok klinisi umumnya dipimpin oleh dokter spesialis paru atau dokter spesialis penyakit dalam, sesuai dengan karakteristik pandemi. Anggota tim inti lain umumnya termasuk spesialis radiologi, patologi klinik, anak, spesialis anestesi konsultan *intensive care* (Sp.An-KIC) dan mikrobiologi, sesuai dengan ketersediaan tenaga ahli di RS. Kelompok manajemen umumnya bertanggung jawab terhadap keberlangsungan dukungan sumber daya, komunikasi dan koordinasi dengan *stakeholders* eksternal. Tim ini dibentuk guna meningkatkan kesiapsiagaan dan kecepatan dalam penanganan COVID-19 di faskes.

**Ketersediaan tenaga medis penanganan COVID-19 sangat terbatas, terutama dokter spesialis tertentu.** Hingga tahun 2020, jumlah dokter spesialis paru di seluruh Indonesia tercatat sebanyak 1.206 orang. Dengan jumlah kasus COVID-19 yang terus meningkat, ditambah dengan beban penyakit saluran pernapasan lainnya, kebutuhan ideal dokter spesialis paru untuk melayani penduduk sebesar 267 juta jiwa setidaknya adalah sebanyak 2.500 orang. Demikian pula dengan dokter spesialis anestesi konsultan *intensive care* yang juga merupakan tenaga krusial, namun jumlahnya sangat sedikit. Di Provinsi DIY, dari 83 orang dokter spesialis anestesi, hanya empat yang merupakan Sp.An-KIC. Secara nasional, Indonesia hanya memiliki 4.134 orang dokter spesialis anestesi yang bekerja di RS (BPPSDMK). Jika dibandingkan dengan jumlah pasien COVID-19 per 16 September 2020, setiap dokter ahli anestesi harus menangani 54 orang pasien dalam satu hari.

**Kebutuhan SDM kesehatan untuk penanganan COVID-19 akan terus meningkat.** Hasil *forecasting* menggunakan *Essential Supply Forecasting Tool* (Covid-ESFT) v2.0 WHO dan data *World Bank* hingga 20 Juni 2020 menunjukkan bahwa hingga pertengahan 2021 akan ada dua juta orang pasien COVID-19 dengan gejala berat dan membutuhkan rawat inap, serta lebih dari 670 ribu orang membutuhkan perawatan kritis. Diluar dari tambahan tenaga yang ada di RS Darurat COVID-19 (Wisma Atlet), ambang batas tenaga medis untuk mengakomodasi pelayanan rawat inap hanya cukup hingga awal Oktober sementara tenaga untuk skrining pasien atau triase tersedia hingga minggu ke-2 November.

**Pemenuhan tenaga kesehatan untuk penanganan COVID-19 dilakukan dengan menjaring tenaga sukarelawan.** Hingga 22 Agustus 2020, terdapat 5.634 relawan medis terdaftar di Gugus Tugas, dimana 27 persen diantaranya sudah ditempatkan di 34 provinsi dan 73 persen lainnya siap ditempatkan.<sup>4</sup> Per 26 September 2020, jumlah total relawan medis dan non-medis yang telah direkrut adalah sebanyak 43.399 orang.<sup>5</sup> Pada RS Darurat COVID-19 (RSDC) di DKI, pemerintah pusat merekrut  $\pm$  1,600 personil dari berbagai profesi (dokter, perawat, para medis dan non medis). RSDC telah mempersiapkan personil untukantisipasi lonjakan kasus. Pelatihan diberikan kepada para petugas mengenai cara menangani pasien COVID-19. Setiap petugas dirotasi dengan perpanjangan masa rotasi satu kali dengan maksimal untuk jangka waktu dua bulan masa tugas.

**Pengalihan tenaga medis dari pelayanan kesehatan non COVID-19 merupakan upaya sementara untuk pemenuhan tenaga medis penanganan COVID-19.** Di masa awal pandemi, RS tidak siap menangani pasien COVID-19 dalam jumlah banyak sekaligus. RS rujukan COVID-19 mengandalkan tenaga medis yang ada. Sebagian RS tidak mampu menambah kapasitas ruang perawatan karena keterbatasan tenaga khususnya perawat ICU. Penambahan tenaga *non-intensive care* dilakukan dengan cara menutup bangsal atau ruang perawatan lain dan memobilisasi tenaganya di bangsal-bangsal COVID-19. Hal ini dimungkinkan karena kunjungan dan tingkat hunian pasien non COVID-19 menurun. Upaya peningkatan kapasitas SDM hanya dilakukan melalui *briefing* dan pelatihan internal.

**Task-shifting merupakan salah satu opsi kebijakan untuk mengatasi kekurangan dokter spesialis.** Misalnya, residen senior PPDS (Program Pendidikan Dokter Spesialis) Pulmonologi diberi kewenangan khusus pada kondisi darurat sehingga dapat bertindak seperti dokter spesialis paru. Dengan demikian ada penambahan tenaga dokter yang dapat membantu dokter spesialis paru agar tidak kelelahan yang menyebabkan rentan terkena COVID-19. Pola serupa dapat diterapkan ke tenaga kesehatan lain yang langka, misalnya dokter spesialis anastesi ataupun tenaga perawat ahli tertentu. Kebijakan *task shifting* telah diatur oleh berbagai regulasi termasuk oleh Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 48/2010 tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi, sehingga tenaga kesehatan yang diberi tugas tambahan juga berhak mendapatkan insentif. Kebijakan ini diharapkan dapat mengurangi beban dokter spesialis dan melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dari kekurangan dokter ataupun menerima pelayanan dari dokter yang kelelahan.

**Re-distribusi tenaga kesehatan,** pasca penentuan RS Rujukan Pelayanan COVID-19, pemerintah pusat maupun daerah perlu memastikan kecukupan jumlah tenaga di RS. Salah satunya dengan mengembangkan sistem re-distribusi tenaga kesehatan. RS rujukan COVID-19 mendapatkan tambahan tenaga dari RS lain yang beban pelayanannya lebih ringan. Solusi ini juga harus ditunjang dengan skema insentif dan perlindungan yang memadai.

### Melindungi kesehatan fisik tenaga medis

**Jumlah tenaga medis yang meninggal akibat COVID-19 semakin meningkat.** Hingga saat tulisan ini dibuat sudah ada setidaknya 130 dokter yang meninggal akibat tertular COVID-19.<sup>6</sup> Begitu juga dengan perawat, jumlah yang meninggal mengikuti banyaknya jumlah dokter yaitu 84 orang (data 18 September 2020). Faktor penyebab kematian akibat COVID-19 pada tenaga pelayanan kesehatan belum diketahui lebih lanjut karena belum ada penelitian yang secara mendalam mengkaji permasalahan ini. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menduga penyebabnya antara lain karena tekanan psikologis, jam kerja yang panjang, minimnya APD, kurangnya skrining pasien di fasilitas kesehatan, maupun kelelahan para tenaga medis karena jumlah pasien COVID-19 yang terus bertambah. PERSI juga belum dapat menyimpulkan penyebabnya karena audit kematian belum dilakukan.

**Perlindungan kepada tenaga medis menyangkut aspek kecukupan sarana penunjang pelayanan seperti APD, jam kerja, pelatihan, hingga jaminan perlindungan dan kompensasi bagi tenaga kesehatan.** WHO<sup>7</sup> merekomendasikan beberapa cara untuk melindungi tenaga medis dalam memberikan pelayanan pada pasien COVID-19, yaitu: 1) memastikan kecukupan APD; 2) memberikan pelatihan pencegahan infeksi; 3) membatasi jam kerja tenaga medis; 4) meningkatkan supervisi ke faskes; 5) memberikan dukungan psikologis kepada tenaga medis; dan 6) meningkatkan kepedulian tenaga medis terhadap kondisi dirinya sendiri. Upaya ini juga perlu didukung dengan: 1) pelatihan protokol kesehatan; 2) memindahkan tenaga medis ke faskes yang kekurangan; 3) jaminan perlindungan dan kompensasi bagi tenaga medis; 4) klaster/pemisahan faskes yang dikhususkan untuk COVID-19; 5) mengembangkan sistem pengumpulan, analisis, dan publikasi data kematian secara sistematis; 6) menerapkan *telehealth* bila memungkinkan; dan 7) memperketat *screening* para pengunjung faskes.

### Menjaga kesehatan mental tenaga medis

**Tenaga medis untuk penanganan COVID-19 rentan terhadap berbagai masalah kesehatan mental.** Hasil survei di Tiongkok menyebutkan bahwa tenaga medis yang bekerja langsung menangani pasien COVID-19 memiliki tingkat depresi 50,4 persen, kecemasan 44,6 persen, insomnia 34,0 persen, dan 71,5 persen melaporkan gejala tekanan psikologis non-spesifik.<sup>8</sup> Penelitian yang telah dilakukan di Indonesia, Malaysia, Singapura, Vietnam dan India menunjukkan bahwa ternyata volume kasus COVID-19 tidak selalu mempengaruhi tingkat kecemasan tenaga medis. Vietnam memiliki volume kasus terendah, namun memiliki prevalensi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) tertinggi. Beda halnya dengan Singapura yang memiliki volume kasus tertinggi, tetapi memiliki prevalensi depresi dan kecemasan yang lebih rendah. Hal ini dipengaruhi oleh faktor pelatihan tenaga medis, penyakit sebelumnya dan gejala fisik yang muncul.<sup>9</sup>

**Upaya untuk menjaga kesejahteraan dan kesehatan mental tenaga medis dapat dilakukan pada level individu, organisasi, dan sistem.**<sup>10</sup> Pada level individu dilakukan dengan memberikan layanan psikologi spesialisik, mengembangkan mekanisme dan protokol untuk memonitor penyakit, stres, dan kelelahan diantara tenaga medis, memberikan keamanan serta melakukan tindakan pencegahan diskriminasi sosial, kekerasan, penyerangan, pelecehan, dan stigma terhadap tenaga medis. Pada level organisasi dilakukan melalui pengurangan *stressor* spesifik di tempat kerja, misalnya dengan jam kerja yang sesuai faktor risiko, tempat istirahat yang memadai, dukungan psikososial kepada staf dan keluarganya, serta pengelolaan beban kerja melalui pengaturan *shift*. Sementara itu, pada level sistem dilakukan dengan mengembangkan kebijakan terkait kesejahteraan tenaga medis, mengurangi waktu perjalanan, memfasilitasi akomodasi khusus dan transportasi selama pandemi. Selain itu, diperlukan estimasi ketahanan mental para tenaga kesehatan karena masih tingginya kasus COVID-19 yang diperkirakan masih akan berlangsung hingga 2021. Di Indonesia, implementasi strategi ini diserahkan pada kebijakan masing-masing RS sesuai kemampuan. Tidak semua RS mampu memfasilitasi *medical check-up* reguler, termasuk yang kontak langsung dengan pasien COVID-19.

### Kapasitas *Medical Supplies* dan *Equipment*

**Pada fase tanggap darurat, seluruh RS mengalami kelangkaan alat pelindung diri (APD) tertentu.** Hal ini karena industri pendukung kesehatan (produsen *medical supplies* dan alat kesehatan) juga tidak siap dengan stok maupun kapasitas produksi yang cukup untuk memenuhi *demand* yang tiba-tiba meningkat drastis. Sebagian besar komponen bahan baku juga masih impor, dimana negara pengekspor juga terdampak pandemi sehingga produksi menurun dan stok yang ada diprioritaskan

untuk memenuhi kebutuhan dalam negeri masing-masing. Selain itu, terdapat kendala prosedur pengadaan dan distribusi untuk bisa menjangkau seluruh wilayah di Indonesia. Untuk mengatasi lonjakan kebutuhan logistik, Provinsi DKI melakukan *surge capacity* dengan membuat daftar logistik *fast moving*, informasi stok, juga menyusun kebijakan, pedoman dan prosedur transportasi logistik.

**Beberapa RS Bhayangkara mengalami hambatan terkait pasokan alat kesehatan, alat pengujian, maupun obat-obatan.** Jarak geografis dan keterbatasan alat angkut menyebabkan RS Bhayangkara di Jayapura terlambat dalam mendapatkan pasokan farmalkes. Protokol penerbangan pada masa pandemi COVID-19 juga mempengaruhi proses dan waktu pengiriman, sehingga RS Bhayangkara di luar Papua juga mengalami hambatan dalam mendapatkan pasokan farmalkes. Kondisi ini menunjukkan RS Bhayangkara belum siap dengan *buffer stock* untuk menghadapi situasi darurat khususnya bencana non-alam. RS Kemhan/TNI telah mengajukan permohonan secara berjenjang untuk mempercepat pemenuhan kebutuhannya. Pasokan dari luar negeri saat ini sudah mulai membantu pemenuhan kebutuhan farmalkes, namun terkendala dimana barang impor sering tertahan cukup lama di Direktorat Jenderal Bea dan Cukai. Dari aspek pendanaan, RS Bhayangkara mengalami hambatan yang berhubungan dengan penggantian klaim BPJS Kesehatan, sehingga menghambat *cashflow* RS Bhayangkara. Namun, hal ini dapat diatasi oleh RS Bhayangkara melalui pendanaan yang bersumber dari Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Sistem Administrasi Manunggal Satu Atap (Samsat), hasil *refocusing* anggaran POLRI tahun anggaran 2020, serta memanfaatkan berbagai sumber hibah.

**Pemenuhan APD diawal pandemi COVID-19 didukung oleh donasi/sumbangan masyarakat luas.** Masyarakat mengumpulkan dan mendistribusikan bantuan secara spontan maupun terencana, secara individu maupun kelompok atau lembaga. Pemprov DKI Jakarta mendapat bantuan 100.000 *rapid test kit* dari Kamar Dagang dan Industri (Kadin) Indonesia, serta 105.000 masker dan 300 APD untuk para tenaga medis di RS.<sup>11</sup> *Siloam Hospital Group* mendonasikan 2.000 unit alat rapid test kepada Pemprov DKI Jakarta untuk ibu hamil sebagai kelompok rentan.<sup>12</sup> Selain itu juga banyak donasi yang berhasil dikumpulkan melalui berbagai platform digital. Hingga akhir Mei, donasi yang terkumpul dari berbagai aktivitas kemanusiaan di masyarakat berupa bantuan logistik antara lain masker sebanyak 8,2 juta unit, *handschoen* lebih dari satu juta kotak, *hazmat suit* lebih dari 108 unit, pelindung mata lebih dari 4.000 unit, dan *test kit* sebanyak 30.000 kotak. Namun logistik yang berasal dari donasi tidak semuanya memenuhi standar medis sehingga kurang aman digunakan oleh tenaga kesehatan. Sesuai dengan kedaruratan situasi di fase awal, APD donasi yang memenuhi standar medis diprioritaskan untuk tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien COVID-19.

**Pengadaan logistik di level pusat mengalami kendala.** Realokasi anggaran pusat maupun daerah memberikan ruang fiskal untuk pengadaan logistik medis dan menyalurkannya ke fasilitas-fasilitas kesehatan melalui BNPB/BPBD maupun Dinas Kesehatan setempat. Misalnya, pada akhir Maret 2020 Pemerintah Provinsi DI Yogyakarta memperoleh bantuan berupa 4.000 unit APD dan 14.000 unit rapid test kit dari pemerintah pusat.<sup>13</sup> Sampai dengan 9 April 2020, Gugus Tugas telah mendistribusikan lebih dari 700 ribu masker bedah, hampir 700 ribu pakaian pelindung, 300 ribu alat rapid test, ribuan masker N95, sarung tangan serta kaca mata ke seluruh provinsi yang terdampak COVID-19.<sup>14</sup> Prosedur birokrasi penggunaan APBD dan DSP (Dana Siap Pakai) yang cukup panjang dan membutuhkan waktu menjadi tantangan tersendiri. Besarnya skala bencana menyebabkan DSP dan APBN belum mencukupi untuk memenuhi kebutuhan farmalkes yang diproyeksikan hingga Maret 2021 mencakup masker N95/KN95 mencapai 24 juta *pieces*, *coverall* 20,7 juta *pieces*, dan masker bedah 409 juta *pieces*. Saat tulisan ini disusun, masker N95 baru terdistribusi sebanyak 2 juta *pieces* dan sedang dalam proses pengadaan Tahap II.



**Belum adanya *early warning system* yang *real time* dalam kontrol ketersediaan logistik farmasi dan alat kesehatan.** Kehabisan stok logistik di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan merupakan masalah serius. Kondisi ini dapat diperbaiki dengan mengembangkan sistem kontrol yang bersifat *real time* dan terintegrasi dari tingkat faskes hingga pemerintah pusat. Sistem ini penting untuk memastikan dan mengontrol ketersediaan logistik maupun *buffer stock* di tingkat provinsi, kabupaten/kota bahkan di setiap fasilitas kesehatan serta diharapkan juga dapat mencakup sumber penyediaan logistik termasuk dari donasi masyarakat. Sistem ini dapat dikembangkan dengan memanfaatkan teknologi kecerdasan artifisial untuk deteksi dini kondisi stok dan ditunjang dengan kedisiplinan SDM pengelola untuk berkoordinasi sehingga prinsip *real time* dapat terjaga.

**Hingga kini, kelangkaan farmalkes tertentu masih terjadi di beberapa wilayah.** Beberapa daerah seperti Papua dan Ternate masih mengalami kelangkaan masker N95 dan logistik pendukung. Sementara itu, beberapa daerah lain mengalami tingginya harga farmalkes yang tidak tercover dalam tarif INA-CBGs. Bantuan dari masyarakat yang pada awal pandemi cukup membantu mengatasi kelangkaan APD kini sudah jauh berkurang. Sebagian RS juga tidak lagi mendapatkan alokasi farmalkes dari Dinas Kesehatan maupun Pemerintah Pusat. Meskipun demikian, stok farmalkes secara umum diperkirakan masih mencukupi sampai dengan akhir Desember. Untuk itu, diharapkan pemerintah pusat berperan menjaga stok nasional dan mengendalikan harga.

**Faskes pemerintah membutuhkan juknis yang jelas terkait mekanisme pengadaan logistik medis esensial pada masa tanggap darurat bencana.** Sebelum Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 20/2020 tentang Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 di Lingkungan Pemerintah Daerah ditetapkan, banyak RS daerah ragu-ragu dalam menggunakan APBD atau dana BLUD untuk belanja alat dan operasional, meskipun jumlah anggaran yang tersedia mencukupi. RS daerah juga tidak siap dengan “SPO Pengadaan dalam Kondisi Darurat.” Disisi lain, anggaran yang berasal dari pendapatan operasional RS yang penggunaannya lebih fleksibel juga tidak mencukupi karena turunnya kunjungan pasien non COVID-19 atau karena belum terbayarnya klaim RS oleh BPJS. Ini menyebabkan RS pemerintah tidak memiliki cadangan kas dalam jumlah banyak. Disisi lain, kebanyakan *supplier* menerapkan kebijakan hanya melayani transaksi dengan COD (*cash on delivery*). Kebijakan ini tidak terlepas dari adanya kebutuhan produsen untuk menjaga *cashflow* perusahaan, *buffer stock*, dan kemampuan produksi hingga distribusi farmalkes ke wilayah-wilayah yang membutuhkan. Kebijakan COD ini juga untuk mencegah terjadinya piutang dari faskes dan dinas kesehatan akibat keterlambatan pencairan dana oleh pemerintah.

**Pemerintah perlu mengembangkan sistem logistik medis yang bisa beradaptasi pada situasi pandemi** untuk menjamin ketersediaan logistik sesuai kebutuhan dan menjamin rasa aman bagi para aparatur dalam menjalankan tugasnya. Pemerintah perlu mengembangkan sistem yang salah satu tujuannya adalah untuk mengatur standar *buffer stock* pada level yang lebih aman bagi puskesmas maupun rumah sakit khususnya yang berada di daerah terpencil untuk mengantisipasi waktu tempuh pendistribusian farmalkes dari pusat maupun produsen. Pemerintah juga diharapkan dapat memonitor *supply* farmalkes langka dan mengendalikan harga agar tetap terjangkau oleh faskes. Pemerintah pusat diharapkan dapat mensuplai logistik tertentu untuk penanganan COVID-19 (misalnya reagen untuk pengujian) agar output pelayanan sesuai standar dan tarif pelayanan dapat dikendalikan. Di tingkat daerah, pemerintah perlu mengembangkan mekanisme distribusi logistik sesuai dengan karakteristik wilayah untuk menjaga kontinuitas ketersediaannya di faskes pada wilayahnya masing-masing.

**Pemerintah mendorong pelaku industri kesehatan dalam negeri untuk memenuhi kebutuhan farmalkes dan meningkatkan kemandirian bahan baku** untuk mengatasi kelangkaan farmalkes akibat bahan baku impor. UMKM adalah salah satu komponen industri yang potensial untuk memegang peranan tersebut. Di Provinsi DI Yogyakarta, gerakan masyarakat yang terorganisir dalam SONJO (Sambatan Jogja) dalam salah satu kegiatannya mendorong peningkatan kemampuan UMKM dalam memproduksi APD sesuai standar medis. Namun demikian, masih terdapat kendala birokrasi. Misalnya dari aspek perizinan, pemerintah perlu membuat inovasi dan melakukan pendampingan kepada pelaku usaha agar produksi yang dihasilkan tetap memenuhi standar yang sesuai. Pemerintah telah menyiapkan dan mengalokasikan anggaran riset yang cukup tinggi untuk mendorong para peneliti di berbagai lembaga untuk menghasilkan inovasi dalam mendukung penanggulangan pandemi COVID-19. Riset-riset tersebut menghasilkan berbagai produk, mulai dari test kit, bilik swab, hingga ventilator sehingga diharapkan kedepannya akan mampu memenuhi kebutuhan penanggulangan COVID-19 di fasilitas-fasilitas kesehatan.<sup>15</sup>

**Penyederhanaan administrasi dan birokrasi untuk merespon kebutuhan penanganan pandemi.** Beberapa daerah mengembangkan strategi untuk mengantisipasi masalah birokrasi keuangan, misalnya dengan melibatkan unsur pemeriksa atau kejaksaan dalam Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Namun tetap saja kendala administrasi tidak bisa dihindari. Pemerintah perlu merancang ulang proses birokrasi yang dibutuhkan agar respon lebih cepat namun juga tetap akuntabel dan efisien. Sistem yang terhubung antara pusat, provinsi hingga kabupaten/kota perlu dibangun untuk memudahkan pemantauan terhadap ketersediaan setiap jenis farmalkes dengan adanya sistem yang *real time*, sehingga pemerintah memiliki *early warning system* sebagai alat pengambilan keputusan pengadaan dan pendistribusian farmalkes. Selain itu, pemerintah pusat diharapkan lebih memperkuat *leadership*, lebih komunikatif, lebih detil dalam memahami masalah di lapangan, memperkuat sinergi antara satgas pusat, daerah dan *stakeholders* lain, serta melakukan penguatan bagi pelayanan fasilitas kesehatan di daerah dalam penanganan pandemi sesuai dengan perannya masing-masing.

### Kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan

**Kebutuhan ruang rawat inap dan perawatan kritikal semakin meningkat dengan jumlah penambahan kasus yang sudah mencapai lebih dari 4.000 kasus per hari.** Menurut hasil *forecast* Covid-ESFT v2.0 yang menggunakan data per 18 September 2020, hingga minggu ke-33 akan ada tambahan sebanyak 13,5 juta kasus COVID-19, dimana 2 juta diantaranya merupakan kasus berat yang membutuhkan perawatan di RS dan 670.459 kasus membutuhkan ruang perawatan kritikal. Dalam 33 minggu *forecasting period* dari akhir September 2020, ambang batas dari tempat tidur RS masih mampu mengakomodasi kenaikan jumlah pasien untuk pasien bergejala berat (*severe*) hingga minggu ke-5, sementara *bed* untuk pasien kritis saat ini dikalkulasikan sudah mencapai kapasitas maksimalnya. Jika tidak ada penambahan sumber daya atau implementasi strategi intervensi *public health* untuk menekan penambahan jumlah kasus berat dan kasus kritis, maka angka kematian akan melonjak karena banyak kasus yang tidak tertangani dengan baik. Pasien dengan klasifikasi berat dan kritis harus segera dirawat di RS Rujukan COVID-19.

**Ruang perawatan untuk pasien dengan kondisi kritikal sangat terbatas.** Jumlah total kapasitas tempat tidur RS di seluruh Indonesia adalah sebanyak 391.197 buah TT.<sup>16</sup> Dengan estimasi jumlah penduduk tahun 2020 sebesar 271,1 juta jiwa,<sup>17</sup> maka hanya tersedia 1,4 tempat tidur RS untuk setiap 1.000 penduduk. Rasio ini sedikit di atas *Mexico* (1,38) dan sedikit dibawah *Chile* (3,11), serta jauh dibawah negara-negara OECD berdasarkan data tahun 2017.<sup>18</sup> Tahun 2017 Indonesia memiliki 1.910 ruang perawatan kritikal dan 7.094 tempat tidur kritikal.<sup>19</sup> Data dari Kementerian Kesehatan per 25

Juli 2020 menunjukkan bahwa Indonesia memiliki 3.637 ventilator yang dipasang di unit layanan kritikal maupun ruang isolasi biasa. Sementara itu, hanya terdapat 22 RS Bhayangkara dari total 52 RS Bhayangkara yang memiliki ruang isolasi tekanan negatif dengan kapasitas yang berbeda-beda (Pusat Kedokteran dan Kesehatan Kepolisian RI). Kapasitas ruang isolasi tekanan negatif yang dimiliki oleh 22 RS Bhayangkara tersebut berjumlah sekurang-kurangnya 266 tempat tidur, masih kurang 79 tempat tidur dari jumlah yang dibutuhkan. Selain 22 RS Bhayangkara tersebut, sebanyak 7 RS Bhayangkara lainnya yang membutuhkan kapasitas 30 tempat tidur dengan standar ruang isolasi tekanan negatif. Selain itu, berdasarkan data dari Pusdokes POLRI, RS Bhayangkara yang berada di Wilayah Papua belum memiliki fasilitas ruang isolasi tekanan negatif dan belum dapat diidentifikasi jumlah kebutuhannya. Dari 110 RS Kemhan/TNI, kondisi *existing* ruang isolasi tekanan negatif hanya sejumlah 17 ruang dan ruang kasus suspect sejumlah 112 ruang. Adapun jumlah ruang kondisi yang diharapkan untuk HCU kasus konfirmasi yaitu sebanyak 563 ruang, ruang ICU konfirmasi positif sebanyak 252 ruang dan ruang untuk kasus suspect sebanyak 1.022, sehingga kesenjangannya yaitu 1.648 ruang.

**Peta ketersediaan sarana prasarana di setiap RS belum optimal dalam memberikan dukungan informasi.** Kementerian kesehatan telah mengembangkan ASPAK (Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan) dan SISDMK (Sistem Informasi SDM Kesehatan). Melalui kedua sistem ini seluruh RS harus melaporkan situasi sumberdayanya secara berkala. Meskipun belum *interoperable*, kedua sistem ini bisa menjadi pembelajaran mengenai pentingnya sistem informasi yang kuat, serta penggunaan data dan informasi rutin dalam *decision making*. Namun data statistik sebagai output dari sistem ini tidak dapat diakses oleh umum, dan hanya dapat digunakan untuk bahan membuat analisis perkiraan kebutuhan fasilitas selama pandemi oleh Pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan. Selain itu, data yang disampaikan oleh RS belum tervalidasi sehingga berpotensi terjadi *under/over-reporting* sehingga terjadi perbedaan data antara pusat dan daerah bahkan antara kedua sistem diatas.

**Pemerintah daerah menyediakan fasilitas bagi masyarakat yang membutuhkan perawatan isolasi mandiri.** Data per 21 September 2020 menunjukkan ada 58.378 kasus aktif (KPC PEN). Jika 80 persen diantaranya kasus ringan, artinya 46.702 kasus membutuhkan isolasi mandiri. Sisanya, 8.173 merupakan kasus berat dan membutuhkan rawat inap sedangkan 2.919 kasus lainnya membutuhkan fasilitas perawatan kritikal. Isolasi mandiri memegang peranan sentral untuk mencegah penyebaran lebih lanjut maupun munculnya klaster baru. Namun kondisi masyarakat khususnya di kota besar tidak selalu mendukung untuk dilakukannya isolasi mandiri. Misalnya, masyarakat yang tinggal di rumah petak dengan jumlah anggota keluarga cukup banyak tidak lagi memiliki ruang dalam rumahnya untuk isolasi mandiri. Pemerintah pusat kemudian mengubah fungsi Wisma Atlet di Prov. DKI Jakarta menjadi RS Darurat COVID-19 berkapasitas 10.161 tempat tidur, mendirikan RS Lapangan Indrapura di Surabaya yang berkapasitas 242 tempat tidur, dan RS khusus di Pulau Galang, Batam berkapasitas 360 tempat tidur. Pemerintah daerah memanfaatkan aset Pemda berupa penginapan, *guest house* bahkan gedung pusdiklat sebagai fasilitas isolasi mandiri bagi warganya yang tidak dapat melakukan isolasi di rumah.

### Kapasitas pengelolaan limbah medis

**Fasilitas pengolahan limbah medis sangat terbatas dan sebarannya masih timpang antarwilayah.** Keberadaan 117 RS rujukan COVID-19 dengan insinerator berizin (per Desember 2020) belum terdapat di semua provinsi, seperti di Papua, Papua Barat, Maluku, Gorontalo, Bengkulu, dan Sumatra Barat. Kondisi ini diperparah juga dengan keberadaan jasa pengolah maupun pengangkut limbah medis yang belum tersedia di setiap provinsi. Sebagian besar RS mengelola limbahnya menggunakan skema kerjasama dengan jasa pengelola limbah B3 yang mayoritas di Pulau Jawa, sehingga tidak efisien bagi

RS di wilayah non-Jawa. Kondisi tersebut juga menyebabkan adanya faskes yang menyerahkan pengolahan limbahnya ke jasa pengelola yang tidak berizin sehingga berpotensi terjadi pelanggaran pengelolaan dan pencemaran lingkungan.

**Idealnya, pengolahan limbah medis dilakukan oleh faskes yang memiliki izin** berdasarkan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup No.56 Tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pengelolaan limbah medis dilakukan dengan menggunakan insinerator bersuhu minimal 800°C atau menggunakan *autoclave* yang dilengkapi *shredder*, melakukan penyimpanan limbah infeksius dalam kemasan yang tertutup paling lama 2 hari sejak dihasilkan, serta residu hasil pembakaran atau cacahan hasil *autoclave* dikemas dan dilekati simbol “Beracun” dan label limbah B3 yang selanjutnya disimpan di Tempat Penyimpanan Sementara Limbah B3 (TPS LB3) untuk diserahkan kepada pengelola Limbah B3. Belum semua RS memenuhi kriteria dan syarat izin pengelolaan menggunakan insinerator atau *autoclave*, sehingga ketergantungan pada pihak ketiga (jasa pengolah) meningkat. Untuk itu, perlu adanya pengawasan pada standar penyedia pihak ketiga tersebut.

**Pemerintah telah berupaya meminimalisasi masalah melalui terbitnya kebijakan pengolahan limbah medis**, peningkatan kapasitas pengolahan dan skema kerja sama dengan beberapa pihak swasta, seperti pabrik semen yang dapat memanfaatkan limbah medis sebagai bahan bakar. Kebijakan yang telah diterbitkan selama masa pandemi COVID-19 yaitu: 1) Pedoman pengelolaan limbah rumah sakit rujukan, rumah sakit darurat dan puskesmas yang menangani pasien COVID-19 oleh Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Direktorat Kesehatan Lingkungan 2020; 2) Surat MENLHK Nomor 167 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah B3 Medis pada Faskes Darurat COVID-19 kepada kepala bagian BNPB/ketua gugus tugas percepatan penanganan Covid 19; 3) Surat Edaran MENLHK Nomor 02 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah Infeksius (Limbah B3) dan Sampah Rumah Tangga dari Penanganan COVID-19 kepada kepala kepala BNPB, seluruh gubernur, seluruh bupati/walikota; 4) Surat Dirjen PSLB3 Nomor 156 tanggal 30 Maret 2020 Perihal Pengelolaan Limbah B3 Masa Darurat Penanganan COVID-19 kepada perusahaan jasa pengolah dan pengangkut limbah B3; dan 5) surat Dirjen PSLB3 Nomor 234 tanggal 28 Mei 2020 tentang pengelolaan limbah B3 untuk kegiatan penyimpanan limbah B3 pada kondisi pandemi COVID-19 kepada seluruh bupati/walikota.

**Beberapa opsi kebijakan dapat dipertimbangkan untuk optimalisasi lebih lanjut pengelolaan limbah medis selama dan setelah masa pandemi.** Peran Pemda dan koordinasi *stakeholders* antarwilayah dapat diperkuat melalui pengembangan konsep pengelolaan limbah terpadu berbasis regional, sehingga provinsi yang tidak memiliki fasilitas pengolahan dapat mengirimkan limbah medisnya kepada provinsi terdekat dengan tetap mengupayakan ketersediaan fasilitas pengolah limbah B3 di setiap provinsi. Provinsi yang rumah sakitnya belum memiliki pengolahan *on-site* dan belum ada jasa pengolah limbah perlu diprioritaskan untuk pengadaan *autoclave*. Di samping itu, perlu akselerasi implementasi, inovasi teknologi, dan mendorong pemberian izin pengolahan limbah B3 dengan teknologi non-insinerasi kepada jasa pengolah limbah B3.

### Redesain sistem rujukan

**Puskesmas dan klinik pratama berperan sebagai garda terdepan dalam penemuan kasus suspek, probabel, maupun kontak erat dengan cepat dan tepat.** Puskesmas dan klinik di daerah perbatasan secara proaktif melakukan *screening* terhadap para pelaku perjalanan yang melintasi perbatasan negara. Klinik swasta juga dapat berperan dalam penemuan kasus melalui skrining yang dilakukan terhadap pasien yang datang berobat. Selain itu, kapasitas surveilans dan *tracing* kasus di Puskesmas

perlu ditingkatkan sehingga skema pengelolaan kasus berbasis wilayah terkecil dapat terkontrol dan terintegrasi hingga tingkat daerah dan pusat. Puskesmas dan klinik tidak memiliki sumber daya yang memadai, sehingga tidak diberi tanggung jawab kuratif. Kasus yang ditemukan dari hasil skrining maupun triase dirujuk ke RS Rujukan COVID-19 yang telah ditetapkan pemerintah pusat atau daerah.

**Terdapat paket regulasi yang mengatur tentang RS Rujukan yang bertujuan untuk menjamin tercukupinya kebutuhan kapasitas dan kompetensi layanan COVID-19.** Diawali dengan KMK 169/2020 dimana Menteri Kesehatan menetapkan 132 RS sebagai RS Rujukan COVID-19. Lalu ada surat edaran yang membolehkan gubernur menunjuk RS-RS lain di daerahnya sebagai rujukan COVID-19 sesuai dengan kebutuhan dan situasi. Penunjukkan ini harus mengacu pada kriteria dasar yang ditetapkan oleh menteri kesehatan, antara lain ketersediaan ruang isolasi, ICU, ventilator, dan SDM. Dari 2.925 RS<sup>20</sup>, per tanggal 6 Oktober sudah ada 903 RS yang ditetapkan, dimana 135 diantaranya ditunjuk oleh menteri kesehatan melalui SK Menkes No. 275/2020, dan 771 ditunjuk oleh gubernur. Selain itu juga ada Keputusan Menteri Kesehatan yang membolehkan RS non-rujukan untuk melayani pasien COVID-19 asalkan memiliki sumber daya yang dibutuhkan (SDM, sarpras, peralatan). Juga ada Surat Edaran yang membolehkan RS Rujukan untuk menambah kapasitas ruang isolasi dan ICU sebanyak 30 persen dari total jumlah TT untuk melayani pasien COVID-19. Paket regulasi tersebut membantu percepatan peningkatan kapasitas layanan COVID-19 dari yang hanya 3.535 tempat tidur di Bulan Maret menjadi hampir 50.000 di bulan Oktober. Gubernur menerbitkan SK penunjukkan RS Rujukan COVID-19 yang kemudian menjadi dasar pengalokasian anggaran untuk *up-grade* sarpras, SDM maupun pengadaan alat kesehatan agar sesuai standar dan pedoman. Alokasi anggaran merupakan hasil dari *refocusing* APBN, APBD provinsi, maupun APBD kabupaten/kota, sesuai dengan arahan presiden dan gubernur. Di sisi lain, kondisi diatas menunjukkan bahwa kualitas peta dan data kapasitas dan kompetensi sumber daya setiap RS di tingkat nasional perlu ditingkatkan sehingga dapat mempercepat pemetaan kebutuhan jumlah RS Rujukan seperti dalam kondisi pandemi COVID-19.

**Implementasi sistem rujukan bervariasi antar-daerah.** Di tingkat daerah, beberapa provinsi membentuk jejaring faskes rujukan COVID-19 dengan melibatkan faskes swasta. Namun ada juga yang hanya memasukkan faskes milik pemerintah dalam jejaring. Faskes melakukan koordinasi dan komunikasi rujukan menggunakan berbagai cara diantaranya melalui aplikasi *WhatsApp* (WA), SISRUITE untuk rujukan pasien antar-RS, serta komunikasi telepon antara FKTP ke RS. Tidak digunakannya SISRUITE di beberapa daerah antara lain karena komunikasi dengan WA lebih cepat, dan RS tidak memiliki SDM yang cukup untuk mengoperasikan SISRUITE. Namun demikian, RS yang menggunakan SISRUITE berpendapat bahwa ada banyak manfaat dari sistem ini. Salah satunya adalah dapat diketahuinya status pasien yang akan dikirim oleh perujuk melalui sistem tersebut, sehingga RS bisa menyiapkan penanganan sebelum pasien tiba.

**Masih cukup banyak kendala dalam pelaksanaan pelayanan rujukan pasien COVID-19.** Tidak semua daerah menyiapkan bantuan *medical supplies* dan *ambulance transport* untuk klinik dan RS swasta yang melakukan triase dan merujuk pasien COVID-19 ke RS. Provinsi kepulauan belum didukung infrastruktur yang memadai untuk kemudahan transportasi pasien COVID-19, serta belum didukung informasi mengenai ketersediaan tempat tidur di RS rujukan yang seharusnya bisa diperoleh melalui SISRUITE. Tidak semua RS secara terbuka menyampaikan kapasitas tempat tidur yang masih tersedia. Ini menunjukkan SISRUITE belum dimanfaatkan secara optimal dan datanya tidak selalu *up-to-date*. Terdapat kekurangan SDM untuk mengoperasikan SISRUITE, padahal aktivitas rujukan tidak akan terdokumentasi dalam sistem secara otomatis jika menggunakan media komunikasi lain. KIE ke masyarakat oleh Puskesmas hanya mengandalkan dana kapitasi. Kapasitas uji laboratorium sangat terbatas dalam satu provinsi, sehingga *Length of Stay* (LOS) pasien menjadi panjang.

**Image negatif pada pasien COVID-19 menyebabkan banyak RS yang belum mau merawat.** Belum semua faskes patuh terhadap sistem rujukan yang dikembangkan di level nasional maupun yang disepakati di level provinsi. Masih banyak pasien yang berstatus suspek, *probable* atau kontak erat, datang langsung ke RS tanpa melalui sistem rujukan meskipun sebelumnya telah menjalani pemeriksaan di FKTP, sehingga petugas RS tidak siap dengan APD untuk melindungi petugasnya terhadap potensi tertular dari pasien.

**Berbagai alternatif solusi dapat dipertimbangkan untuk mengatasi masalah dalam sistem rujukan.** Pada daerah dengan kasus COVID-19 sangat tinggi, Kementerian Kesehatan mendorong pemda untuk membuat RS lapangan. Selain itu, pemerintah pusat juga mendorong dimanfaatkannya Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang terdiri dari *National Command Center* (NCC) dan *Public Safety Center* (PSC) untuk jejaring rujukan COVID-19. Untuk memonitor sistem rujukan, Kementerian Kesehatan sebaiknya selalu memantau pembaruan data SISRUITE dan memberikan solusi pada faskes-faskes yang tidak mampu secara reguler memperbarui data karena keterbatasan sumber daya. Pemda dengan wilayah luas dan kepadatan penduduk tinggi dapat melakukan regionalisasi faskes; membagi Faskes Rujukan COVID-19 dalam 3 level sesuai dengan kompetensinya, dimana rujukan level 1 menangani kasus ringan, level 2 untuk menangani kasus berat tanpa komorbid, atau dengan komorbid yang terkendali, dan level 3 untuk menangani kasus berat dengan komorbid yang tidak terkendali atau yang membutuhkan pelayanan kritikal; semuanya melibatkan swasta dan organisasi non-pemerintah dalam penanganan pandemi.

**Sistem rujukan pelayanan yang *existing* belum adaptif dalam kondisi *surge capacity* seperti Pandemi COVID-19.** Pergerakan jumlah RS rujukan dan dinamika dasar penetapan RS Rujukan menunjukkan sistem rujukan saat ini perlu diperkuat dengan mereview kembali secara nasional peta kapasitas, kompetensi dan keunggulan setiap RS di wilayah Indonesia. Hal ini untuk dasar pengembangan sistem rujukan berbasis kompetensi kedepannya. Selain itu, sistem rujukan perlu disusun mekanisme adaptasi apabila terjadi pelonjakan kasus tertentu seperti COVID-19 sehingga lebih siap dan tidak terkesan tergesa-gesa dalam pemetaan kebutuhan perawatan pasien serta menjamin pelayanan lainnya tetap dapat berjalan.

**Peran satgas atau gugus tugas perlu dioptimalkan** selain untuk memantau ketersediaan kapasitas di setiap faskes rujukan dan memonitor jalannya rujukan, juga memantau ketersediaan APD dan kebutuhan lainnya, memantau pelaksanaan isolasi mandiri maupun di faskes, sampai memperbarui data kasus maupun data utilisasi sumber faskes; dan terintegrasi dengan *command center* di level nasional, maupun setiap provinsi dan kabupaten/kota. Data perlu diintegrasikan di level provinsi hingga kabupaten/kota, data *real-time*, memanfaatkan *website* sebagai salah satu alat publikasi dan komunikasi massa. Sistem komunikasi dan koordinasi perlu diperbaiki dan diperkuat khususnya untuk daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Komunikasi risiko untuk melibatkan masyarakat dalam penanggulangan pandemi merupakan salah satu kunci berdasarkan standar respons bencana yang ditetapkan oleh WHO. Perlu dikembangkan sistem triase puskesmas, protokol, SOP, melatih staf puskesmas untuk mengambil sampel swab, mengembangkan mekanisme *screening* dan sistem rujukan termasuk sistem rujuk balik. Penerapan standar penanganan pasien infeksius pada ruang-ruang pelayanan berisiko tinggi perlu ditingkatkan, misalnya dengan memberi tekanan negatif, meningkatkan intensitas dan frekuensi sterilisasi, menyiapkan ruang tindakan, kamar operasi, dan ruang perawatan khusus jika memungkinkan. Regionalisasi laboratorium perlu dikembangkan untuk mendekatkan akses ke masyarakat, meningkatkan kapasitas pemeriksaan dengan meningkatkan kemampuan laboratorium RS untuk pemeriksaan sampel. Kecukupan *medical supplies* perlu diupayakan dengan menyusun perencanaan kebutuhan termasuk jika terjadi lonjakan kasus.

## Mobilisasi sumber daya finansial dan non-finansial

**Realokasi APBN untuk penanggulangan COVID-19, termasuk untuk penyediaan sarana-prasarana melalui *upgrade* RS rujukan COVID-19, pengadaan *medical supplies* dan *equipment*, insentif bagi tenaga medis, hingga biaya perawatan maupun pemulangan jenazah pasien.** Hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan No. 38/PMK.02/ 2020 tentang Pelaksanaan Kebijakan Keuangan Negara untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease* (COVID-19) dan/atau Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan. Peraturan ini memberi kesempatan pada faskes pemerintah untuk menggunakan anggaran yang bersumber dari APBN meskipun sebelumnya tidak direncanakan.

**Kementerian Keuangan telah mengalokasikan belanja sebesar Rp87,55 triliun** yang digunakan antara lain untuk pembelian alat kesehatan; pengadaan atau perbaikan sarpras kesehatan (misalnya *upgrade* RS rujukan COVID-19); dukungan SDM; serta insentif tenaga medis pusat (Rp 1,9 Triliun) dan tenaga medis daerah (Rp3,7 triliun).<sup>21</sup> Peraturan Menteri Keuangan No. 35/PMK.07/2020 mengatur Rp3,7 triliun Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dapat digunakan untuk insentif tenaga medis daerah, yang dialokasikan kepada daerah provinsi/kabupaten/kota dengan memperhatikan jumlah RS rujukan dan tenaga medis yang menangani pasien COVID-19. Besaran insentif diatur antara Rp5 juta hingga Rp15 juta sesuai dengan jenjang pendidikan. Insentif ini diberikan selama masa tanggap darurat dan disesuaikan dengan kemampuan keuangan negara. Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik digunakan untuk membangun/merehabilitasi ruang isolasi dan pengadaan alat kesehatannya, sementara DAK nonfisik dalam area pencegahan digunakan untuk pengambilan spesimen dan pengiriman ke laboratorium rujukan.<sup>22</sup> Selain berbagai jenis dana di atas, terdapat pula Dana Otonomi Khusus (Provinsi Aceh dan Provinsi Papua) dan Dana Keistimewaan (Provinsi DIY). PMK ini membuka peluang bagi penyelenggara pemerintahan di daerah dalam menggunakan berbagai anggaran secara lebih fleksibel untuk fokus pada penanggulangan dampak pandemi COVID-19, termasuk untuk memperkuat kapasitas dan kompetensi pelayanan di fasilitas kesehatan.

**Biaya penanganan pasien COVID-19 ditanggung oleh pemerintah.** Penggantian klaim biaya perawatan pasien penyakit infeksi *emerging* (PIE) tertentu bagi RS yang menyelenggarakan pelayanan COVID-19 diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/238/2020 yang ditetapkan pada 6 April 2020. KMK ini mengatur mengenai kriteria pasien yang dapat ditanggung oleh pemerintah dan prosedur pengajuan klaimnya. KMK ini menjadi acuan RS dalam mengajukan pembebasan biaya untuk pasien yang dirawat sejak 28 Januari 2020, sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

**Pemerintah juga memberikan insentif dan santunan kematian bagi tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan terkait COVID-19.** Kementerian Keuangan telah mengalokasikan santunan kematian bagi tenaga medis. Untuk mendukung pelaksanaan PMK di atas, selanjutnya muncul peraturan yang lebih teknis yaitu KMK No. HK.01.07/Menkes/278/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga medis yang Menangani *Corona Virus Disease* (COVID-19). Keputusan yang ditetapkan pada 27 April 2020 ini mengatur tentang kriteria faskes pemerintah maupun swasta, dan tenaga medis yang berhak mendapatkan insentif maupun santunan kematian tersebut. Keputusan Menteri ini juga mengatur tentang tatacara pembayaran insentif dan santunan kematian, mulai dari proses pengusulan, verifikasi, hingga pencairan.

Selain dana bersumber dari pemerintah, terdapat potensi modal sosial berupa gerakan filantropi yang meningkat di masa pandemi. Informasi yang diperoleh dari situs Filantropi Tanggap COVID-19 menyebutkan ada cukup banyak inisiatif masyarakat maupun dunia usaha untuk mengumpulkan dan menyalurkan bantuan non-finansial kepada faskes dan tenaga medis yang menangani pasien COVID-19. Sebagian bantuan non-finansial berupa farmalkes medis dan alat kesehatan. Bantuan berupa dana yang terkumpul sebesar Rp 314,4 Miliar, berdasarkan data sampai dengan akhir Mei 2020.

### Mendorong faskes menjadi organisasi pembelajar (*learning organization*)

Pengetahuan tentang COVID-19 masih terus berkembang dan hal tersebut mempengaruhi kesuksesan atau kegagalan faskes dalam merespons pandemi ini. Pandemi COVID-19 telah menghasilkan volume data, informasi, dan pengetahuan yang luar biasa besar. Data tersebut seharusnya dapat dimanfaatkan dalam upaya penanganan kasus pandemi di faskes hingga menurunkan angka kematian akibat penanganan yang keliru.<sup>28</sup> Namun faskes belum mampu mengelola pengetahuan dengan sistematis untuk membantu keberhasilan penanganan pandemi.

**Knowledge Management** adalah cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, yang antara lain mendorong komunikasi, menawarkan komunitas untuk belajar, dan mempromosikan berbagi artefak pengetahuan yang sesuai<sup>29</sup>. Hal ini diperlukan untuk menciptakan pengetahuan baru yang dapat dipertanggungjawabkan terkait COVID-19<sup>30</sup>, dan sistemnya perlu dibangun agar *knowledge* dapat disebarluaskan dengan mudah ke seluruh pegawai dan dimanfaatkan untuk meningkatkan kinerja.<sup>31</sup> Unit Diklat RS dan pustakawan RS dapat dioptimalkan untuk melakukan *systematic review* yang hasilnya dapat digunakan oleh para klinisi sebagai *knowledge worker* untuk menentukan misalnya kombinasi obat yang tepat, kapan menggunakan atau tidak menggunakan ventilator dan sebagainya, sesuai dengan temuan ilmiah terbaru. Pembaruan standar penanganan pasien COVID-19 di faskes sebaiknya didorong oleh adanya temuan ilmiah terbaru. Dengan penerapan *evidence-based medicine* diharapkan keberhasilan penanganan kasus COVID-19 dapat lebih tinggi.

### Koordinasi pelayanan kesehatan

Pemerintah daerah mengembangkan sistem masing-masing untuk koordinasi pelayanan kesehatan. Misalnya, Pemprov DIY mengembangkan beberapa sistem informasi, diantaranya adalah *Corona Monitoring System (CMS)*. Sistem ini digunakan oleh Dinas Kesehatan dan seluruh faskes. Komunikasi antar-faskes rujukan dengan Dinas Kesehatan maupun Gugus Tugas tidak selalu dilakukan melalui sistem ini, melainkan juga menggunakan grup *WhatsApp (WAG)* untuk memudahkan pemantauan oleh Dinkes maupun Pemda. WAG ini tidak terintegrasi dalam sistem CMS sehingga pendokumentasian data rujukan maupun data lainnya dilakukan secara manual.

### Kesinambungan pelayanan kesehatan esensial

Penanggulangan COVID-19 berdampak pada penurunan ketersediaan layanan kesehatan esensial, seperti layanan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir, vaksinasi, serta layanan gizi. Penurunan ini disebabkan karena kekhawatiran pasien tertular COVID-19 di fasilitas kesehatan, petugas kesehatan kekurangan APD, peningkatan beban kerja tenaga medis, serta tenaga medis takut menularkan COVID-19 ke keluarga dan pasien. Pada bulan Maret Pemerintah mengeluarkan Surat Edaran Dirjen P2P Nomor SR.02.06/4/1332/2020 tentang Pelayanan Imunisasi Pada Anak selama masa Pandemi *Corona Virus Disease 2019* diikuti dengan Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi di Masa Pandemi COVID-19 pada Bulan Mei. Panduan penanganan kesehatan balita bagi tenaga medis diterbitkan pada Bulan April, dan Pedoman bagi Bumil, Bulin, Nifas dan BBL terbit di bulan Mei. Namun pandemi



terlanjur menghentikan sementara layanan kesehatan posyandu di beberapa tempat. Salah satu perkiraan dampak jangka panjangnya adalah munculnya KLB dimasa mendatang akibat ketercukupan imunisasi nasional yang tidak tercapai. Kementerian Kesehatan telah menyerahkan tanggung jawab beroperasi atau tidaknya posyandu kepada pemerintah daerah. Jika beroperasi, maka protokol kesehatan khusus posyandu harus dipatuhi. Jika posyandu tidak beroperasi, maka masyarakat harus memantau sendiri tumbuh kembang balitanya, sedangkan layanan imunisasi bisa diperoleh di puskesmas atau puskesmas keliling. Hasil kajian SMERU menemukan bahwa pada bulan Maret hingga April telah terjadi penurunan aktivitas layanan gizi dan KIA di Posyandu dari berbagai wilayah, dibandingkan dengan periode yang sama pada tahun sebelumnya. Jumlah kunjungan nifas dan neonatal menurun. Sebaliknya, persalinan dengan bantuan tenaga nonkesehatan jumlahnya meningkat.<sup>23</sup> Layanan kesehatan ibu yang terganggu selama COVID-19 diperkirakan meningkatkan kematian ibu yang signifikan. Sebuah analisis memperkirakan akan ada peningkatan kematian ibu dan bayi baru lahir serta lahir mati akibat pandemi, di Indonesia, India, Pakistan dan Nigeria, dimana tambahan kematian ibu sebanyak 31.980 orang, tambahan kematian bayi baru lahir sebanyak 395.440 orang dan tambahan bayi lahir mati sebanyak 338.760 orang.<sup>24</sup>

**Pandemi COVID-19 juga menyebabkan menurunnya akses dan layanan kesehatan reproduksi, khususnya layanan Keluarga Berencana di semua fasilitas kesehatan** seperti RS, Puskesmas, Klinik Swasta, dan Praktik Mandiri Bidan. Semua sumber data konsisten menunjukkan COVID-19 mereduksi logistik komoditi kesehatan reproduksi terutama pada awal pandemi di Maret hingga Mei 2020. BKKBN melaporkan penurunan logistik alat kontrasepsi menurut jenis mulai Maret sampai Mei dan meningkat kembali mulai Juni 2020. Stok alat kontrasepsi untuk semua metode kontrasepsi mengalami penurunan pada kuartal 3 dibandingkan kuartal 2 tahun 2020. Fasilitas kesehatan terutama Puskesmas di semua lokasi sentinel mencatat penurunan logistik alat kontrasepsi menurut jenis dan komoditi esensial kesehatan reproduksi. BKKBN melaporkan penurunan statistik akseptor baru dan akseptor aktif menurut jenis kontrasepsi tingkat nasional dan di semua sentinel pada bulan Maret dan April dan meningkat kembali mulai Mei 2020. Berbeda dengan data BKKBN, data faskes belum menunjukkan peningkatan kembali akseptor baru dan akseptor aktif mulai Mei 2020. Perbedaan ini kemungkinan layanan kontrasepsi Pil bulan Mei 2020 belum dilaporkan ke Puskesmas oleh PLKB. Survei online faskes melaporkan 61 persen Puskesmas, 100 persen RS, 40 Klinik Swasta, dan 48 persen Praktik Mandiri Bidan mengalami penurunan pengguna layanan KB mulai Maret sampai Mei 2020. Rata-rata penurunan pengguna layanan sekitar 50 persen. Selanjutnya berdasarkan studi siklus kedua, selama bulan Juli - September 2020 kunjungan pelayanan KB di Puskesmas meningkat (43%), dan di Rumah Sakit mengalami penurunan (67%). Sedangkan sebagian besar klinik swasta (61%) dan PMB (42%) distribusi kunjungan pelayanan KB pada periode tersebut tidak mengalami perubahan.

**Jumlah kunjungan rawat jalan maupun rawat inap RS menurun drastis** hingga 30 persen, dengan adanya himbauan pemerintah untuk menunda pelayanan elektif dan *non-emergency*, kebijakan PSBB di beberapa wilayah, serta faktor ketakutan masyarakat terhadap penularan COVID-19. Bagi RS penurunan kunjungan pasien berarti menurunnya pendapatan operasional yang menjadi sumber pendapatan utama. Situasi ini cukup berat khususnya bagi RS swasta yang harus menanggung sendiri seluruh biaya operasional, *maintenance*, hingga investasi. Di sisi lain, terjadi peningkatan biaya operasional sebagai dampak dari peningkatan pelayanan pasien COVID-19. Meskipun pembiayaan pasien dapat diklaim ke pemerintah, dan mekanisme klaim sudah dijelaskan dalam petunjuk teknis, namun tidak seluruh proses klaim tersebut berjalan lancar. Hingga Bulan September baru sekitar 49 persen klaim yang terbayar, sedangkan selebihnya *dispute*.<sup>25</sup> Situasi ini tentunya mempengaruhi *cashflow* dan pada akhirnya mempengaruhi kemampuan *survival* rumah sakit.

**Keberlanjutan pelayanan di PKM dan Posyandu terganggu.** Survei cepat Kementerian Kesehatan - UNICEF menunjukkan bahwa hampir 84 persen fasilitas kesehatan melaporkan layanan imunisasi terganggu secara signifikan. Terdapat potensi risiko wabah penyakit apabila layanan imunisasi tidak diperkuat. Sebagai tanggapan langsung terhadap survei, Kementerian Kesehatan mengembangkan pedoman tentang pemberian praktik imunisasi yang aman selama pandemi COVID-19 dan telah disosialisasikan ke seluruh 34 provinsi pada awal Mei 2020.<sup>26,27</sup>

**Layanan esensial tetap harus ada dikala pandemi.** Setidaknya ada dua alasan, yaitu faktor kebutuhan masyarakat dan faktor kebutuhan peningkatan pendapatan operasional RS. Kanker, jantung, dan gagal ginjal adalah tiga penyakit kronis yang selalu menempati urutan teratas penyebab kematian di Indonesia. Angka kematian berisiko meningkat jika pasien-pasien penyakit tersebut tidak bisa mengakses layanan medikasi atau terapi rutin, maupun sekedar konsultasi penyakit penyerta. Demikian juga dengan bayi dan ibu hamil yang memerlukan imunisasi rutin, kelompok-kelompok masyarakat yang membutuhkan KIE untuk mencegah masalah kesehatan yang lebih berat, tidak dapat diabaikan. Namun dengan peningkatan risiko *community transmission*, tidak mudah untuk membuka berbagai layanan kesehatan esensial tersebut sebagaimana pada kondisi normal.

**Pembuatan fasilitas khusus untuk COVID-19 yang terpisah dari layanan lainnya menjadikan layanan esensial tetap dapat dilaksanakan, dengan tetap mematuhi protokol kesehatan.** RS memisahkan area dan alur pasien COVID-19 dan non COVID-19 agar layanan esensial kuratif dan rehabilitatif tetap bisa diberikan. Misalnya, sebuah RS pendidikan di Jawa Tengah telah membangun ruang isolasi yang dilengkapi dengan berbagai ruang lain, peralatan diagnostik pendukung, serta melibatkan PPDS dari semua prodi dalam pengambilan sampel swab pasien. Secara rinci ruangan yang dimaksud terdiri dari bangsal perawatan biasa, ICU, HCU, VK, dan ruang operasi khusus untuk pasien COVID-19. Pasien suspek atau konfirmasi yang memerlukan tindakan *emergency* akan diberi tindakan di ruang isolasi tersebut. Dapat dikatakan ruang ini mirip dengan RS mini. Peralatan pendukung untuk diagnostik masih sederhana, yaitu meliputi mesin X-Ray dan USG. Pembuatan fasilitas khusus COVID-19 ini menjadikan layanan esensial tetap dapat dilaksanakan pada area terpisah, dengan tetap mematuhi protokol kesehatan. Strategi berbeda dilakukan oleh sebuah RS swasta berjejaring. Untuk memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien yang umumnya berasal dari kalangan *middle-up* dan *up*, jejaring mengubah salah satu RS-nya yang semula untuk RS umum menjadi RS khusus COVID-19, dengan penerapan standar fasilitas di semua ruangan. Sementara jaringan RS yang lain hanya melayani pasien non COVID-19. Meningkatnya angka kunjungan pasien non COVID-19 ini dapat meningkatkan pendapatan operasional RS dan mencegah RS menjadi *collaps*.

**Pemanfaatan teknologi untuk pelayanan kesehatan digital.** Untuk meningkatkan akses masyarakat daerah terpencil dan kepulauan, Kementerian Kesehatan mengembangkan layanan *telemedicine* untuk menghubungkan antara RS di kabupaten dengan RS di ibukota provinsi yang memiliki dokter spesialis lebih lengkap, misalnya antara RSUD dr. Ben Mboi di Manggarai, NTT dengan RSUD Prof. Yohannes di Kupang. Namun, kendala infrastruktur (jaringan internet), SDM dan peraturan pelaksanaan yang lebih teknis masih membatasi implementasi layanan tersebut. Dengan adanya pandemi, kebutuhan akan layanan *telemedicine* kembali meningkat, tidak saja di daerah terpencil melainkan juga di kota-kota besar. Selain itu, terhambatnya akses pelayanan kesehatan di faskes perlu diatasi dengan mengembangkan pelayanan kesehatan secara digital. Regulasi yang memungkinkan layanan ini bisa berjalan lebih optimal perlu diperkuat. Misalnya regulasi tentang pembagian tanggung jawab antar-profesi dan antar-faskes, konektivitas rekam medis, tarif, hingga aturan mengenai insentif yang dapat diberikan kepada tenaga profesi yang terlibat.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. **SDM kesehatan.** Keterbatasan tenaga medis di Indonesia semakin terasa saat pandemi dan tenaga medis yang tersedia belum mencukupi untuk menghadapi lonjakan kasus. Peningkatan jumlah kasus juga semakin meningkatkan risiko tenaga kesehatan untuk mengalami gangguan kesehatan mental, terinfeksi dan meninggal.
2. **Farmasi dan alkes.** Jumlah kasus yang semakin meningkat juga berdampak pada ketersediaan logistik farmalkes. Di beberapa wilayah, terutama di Indonesia Timur, kelangkaan beberapa jenis alat kesehatan masih ditemukan. Selain itu, Indonesia masih mengalami ketergantungan bahan-bahan impor untuk beberapa farmalkes tertentu ditambah dengan adanya kendala pada jalur masuk barang impor, yang menyebabkan beberapa jenis alkes langka di awal pandemi.
3. **Fasilitas pelayanan kesehatan.** Kapasitas perawatan COVID-19 baik ruang isolasi maupun ruang rawat intensif sangat kurang bila lonjakan kasus terjadi. Kendala isolasi mandiri di rumah dapat meningkatkan risiko penularan di masyarakat.
4. **Limbah medis.** Fasilitas pengolahan limbah medis sangat terbatas dan sebarannya belum merata di seluruh wilayah. Peningkatan jumlah kasus akan berdampak pada peningkatan limbah medis yang sulit dikelola akibat keterbatasan kapasitas pengolahan limbah medis tersebut.
5. **Sistem pelayanan kesehatan.** Sistem rujukan yang ada saat ini belum adaptif dalam menghadapi kondisi lonjakan kasus (seperti di masa pandemi) dan perlu diperkuat dalam hal penetapan standar RS Rujukan dan perbaikan mekanisme rujukan bagi pasien COVID-19. Selain itu, penanggulangan COVID-19 memerlukan dukungan kebijakan dan juknis untuk realokasi anggaran serta pemberdayaan potensi sumber daya sosial untuk mengumpulkan dukungan finansial maupun non-finansial. Faskes di Indonesia belum mengelola pengetahuan dengan sistematis untuk meningkatkan keberhasilan penanganan pasien COVID-19. Pengelolaan kapasitas faskes sering terkendala oleh kurangnya koordinasi, khususnya antar daerah yang sebenarnya merupakan satu entitas epidemiologi.
6. **Pelayanan kesehatan esensial.** Peningkatan jumlah kasus COVID-19 berdampak pada semakin menurunnya kapasitas faskes untuk penyelenggaraan layanan kesehatan esensial seperti pelayanan kesehatan ibu, anak, vaksinasi, gizi dan kesehatan reproduksi. Layanan esensial tetap harus berjalan untuk mencegah terjadinya wabah penyakit sebagai akibat beberapa layanan seperti vaksinasi terhenti.

### Rekomendasi

1. **Memperkuat kapasitas SDM kesehatan** melalui kebijakan re-distribusi tenaga kesehatan dalam kondisi darurat, *task-shifting*, penyiapan tenaga relawan medis dan non-medis, serta mobilisasi tenaga dari satuan kerja/lembaga lain ke RS rujukan COVID-19. Upaya ini harus didukung dengan perlindungan optimal bagi tenaga kesehatan sesuai rekomendasi WHO serta mengupayakan dukungan kesejahteraan dan kesehatan mental.
2. **Meningkatkan ketersediaan farmalkes** dengan mengembangkan *early warning system* yang bersifat *real time* sebagai kendali kecukupan logistik hingga tingkat fasilitas kesehatan, mengupayakan *buffer stock* di faskes pada level yang lebih aman, memantau ketersediaan dan mengendalikan harga farmalkes langka, merancang ulang birokrasi pengadaan untuk kondisi krisis, serta akselerasi upaya kemandirian bahan baku farmalkes.

3. **Meningkatkan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan** dengan memperbanyak kapasitas rawat inap (umum maupun isolasi negatif) berbasis peta kebutuhan dan permintaan pelayanan per daerah, fasilitas isolasi mandiri serta menambah bangsal COVID-19, menyiapkan RS Darurat COVID-19, maupun RS lapangan.
4. **Memperkuat sistem rujukan berjenjang** dengan mengembangkan sistem rujukan berbasis kompetensi berdasarkan peta kapasitas dan kompetensi tiap RS, memastikan sistem rujukan adaptif terhadap kondisi *surge capacity* seperti pada masa pandemi, meningkatkan kapasitas Puskesmas dan klinik dalam surveillans kasus dan layanan pertama terutama deteksi dini, mendorong pemanfaatan SPGDT yang terdiri dari *National Command Center* dan *Public Safety Center* untuk memperluas akses layanan dan jejaring rujukan COVID-19, penguatan tim pendukung SISRUDE di Kemenkes dan faskes, serta pengembangan jejaring faskes rujukan.
5. **Meningkatkan kapasitas pengelolaan limbah medis** melalui penyediaan fasilitas pengolahan limbah B3 medis terpadu di setiap provinsi, koordinasi pengelolaan limbah medis antar-daerah, peningkatan kapasitas RS dalam memenuhi syarat dan kriteria pengelolaan insinerator ataupun *autoclave*, memprioritaskan pengadaan *autoclave* bagi provinsi yang RS-nya belum memiliki pengolahan *on-site*, serta mendorong percepatan implementasi teknologi pengolahan limbah B3 non-insinerasi.
6. **Memperkuat mobilisasi sumber daya** melalui regulasi teknis tata cara pemanfaatan anggaran publik oleh faskes, monev pelaksanaan regulasi, serta pendampingan jejaring-jejaring sosial yang potensial dalam penggalangan pendanaan dan sumber daya lain;
7. **Menjaga kesinambungan layanan kesehatan esensial** dengan mengembangkan sistem monev *online*, memenuhi kecukupan APD, meningkatkan kapasitas pencegahan dan pengendalian infeksi di semua faskes, serta mengembangkan penggunaan teknologi untuk inovasi pelayanan kesehatan secara digital;
8. **Mendorong faskes menjadi organisasi pembelajar** dengan meningkatkan investasi riset, inovasi dan manajemen pengetahuan;
9. **Memperkuat sistem komunikasi antara faskes dengan dinas-dinas terkait** untuk mendukung upaya percepatan penanggulangan pandemi COVID-19.

## Daftar Pustaka

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Surge Capacity—Education and Training for a Qualified Workforce. Bioterrorism and Health System Preparedness Issue Brief No. 7. 2004
2. American College of Emergency Physicians. Policy Statement: Health Care System Surge Capacity Recognition, Preparedness, and Response. Dallas: ACEP. 2017
3. Adams, L. M. Exploring the Concept of Surge Capacity. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2009; Vol. 14 No.2.
4. BNPB. Infografis Relawan. 2020. Available from: <https://loker.bnpb.go.id/s/GugusTugasCovid19?path=%2FInfografis%20Relawan#pdfviewer>
5. BNPB. Infografis data. 2020. Available from: <https://loker.bnpb.go.id/s/GugusTugasCovid19?path=%2FInfografis%20>
6. Kompas. IDI: Dokter Meninggal Akibat COVID-19 Bertambah 3, Capai 130 Orang. Kompas 2020. Available from: <https://www.kompas.com/sains/read/2020/10/04/120100623/idi--dokter-meninggal-akibat-COVID-19-bertambah-3-capai-130-orang?page=all>
7. World Health Organization. What's needed now to protect health workers: WHO COVID-19 briefing. 2020. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/10-april-who-briefing-health-workers-COVID-19-ppe-training/>
8. Kang L et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020. 7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
9. Nicholas W. S. Chew et al. Asian-Pacific perspective on the psychological well-being of healthcare workers during the evolution of the COVID-19 pandemic. Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. *BJPsych Open* 2020. 6, e116, 1–11. doi: 10.1192/bjo.2020.98
10. World Health Organization. Health Workforce in the COVID-19 Response. WHO 2020. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/nursing/who-healthworkforce-in-the-COVID-19response.pdf?sfvrsn=62d228b0\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/nursing/who-healthworkforce-in-the-COVID-19response.pdf?sfvrsn=62d228b0_2)
11. Pikiran Rakyat. Pemprov DKI Jakarta Diguyur Bantuan 100.000 Rapid Test Virus Corona. Pikiran Rakyat 2020. Available from: <https://www.pikiran-rakyat.com/nasional/pr-01360131/pemprov-dki-jakarta-diguyur-bantuan-100000-rapid-test-virus-corona>
12. Pemerintah Provinsi DKI Jakarta. Pemprov DKI terima 2000 unit alat rapid test untuk ibu hamil dari Siloam group. Pemprov DKI 2020. Available from: <https://corona.jakarta.go.id/storage/documents/siaran-pers-no-1237-pemprov-dki-terima-2000-unit-alat-rapid-test-untuk-ibu-hamil-dari-siloam-group-5ea8e485014b2.pdf>
13. Dinas Kesehatan DIY. Pemda DIY Menerima Bantuan RDT dan APD dari Pusat. Dinkes DIY 2020. Available from: <http://www.dinkes.jogjaprovo.go.id/berita/detail/pemda-diy-menerima-bantuan-rdt-dan-apd-dari-pusat>
14. BNPB. Distribusi Logistik. BNPB 2020. Available from: <https://loker.bnpb.go.id/s/GugusTugasCovid19?path=%2FDistribusi%20Logistik#pdfviewer>
15. BNPB. Menristek BRIN: Ventilator Portabel Karya Anak Bangsa Sedang Diuji Kemenkes. BNPB 2020. Available from: <https://bnpb.go.id/berita/menristek-brin-ventilator-portabel-karya-anak-bangsa-sedang-diuji-kemenkes> diakses pada September 2020
16. Kementerian Kesehatan. Fasyankes online. Kemenkes 2020. Available from: <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/fo/home/def>

17. Badan Pusat Statistik. Proyeksi Penduduk menurut Provinsi, 2010-2035. BPS 2020. Available from: <https://www.bps.go.id/statictable/2014/02/18/1274/proyeksi-penduduk-menurut-provinsi-2010---2035.html>
18. Wikipedia. List of countries by hospital beds. Wikipedia 2020. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_countries\\_by\\_hospital\\_beds](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_hospital_beds)
19. Phua J et al. Asian Analysis of Bed Capacity in Critical Care (ABC) Study Investigators, and the Asian Critical Care Clinical Trials Group. Critical Care Bed Capacity in Asian Countries and Regions. *Crit Care Med.* 2020 May;48(5):654-662. doi: 10.1097/CCM.0000000000004222. PMID: 31923030.
20. Kementerian Kesehatan. Sistim Informasi Rumah Sakit. Kemenkes 2020. Available from: <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/fo/>
21. Kementerian Keuangan. Kemenkeu tanggap COVID-19: Informasi Terkini. Kemenkeu 2020. Available from: <https://kemenkeu.go.id/Covid19>
22. Manajemen Covid. Reportase Zoom Meeting Seminar Hasil Sementara Penelitian Pendanaan. Manajemen Covid 2020. Available from: <https://manajemenCovid.net/2020/05/05/reportase-zoom-meeting-seminar-hasil-sementara-penelitian-pendanaan/>
23. SMERU. Dampak Pandemi COVID-19 pada layanan gizi dan kesehatan ibu dan anak (KIA): studi kasus di lima wilayah di Indonesia. SMERU 2020. Available from: [https://www.smeru.or.id/sites/default/files/publication/cp05\\_Covidkia\\_in.pdf](https://www.smeru.or.id/sites/default/files/publication/cp05_Covidkia_in.pdf)
24. Health Policy Plus. Estimating the Potential Impact of COVID-19 on Mothers and Newborns in Low- and Middle-Income Countries. Health Policy Plus 2020. Available from: <http://www.healthpolicyplus.com/Covid-mnh-impacts.cfm>
25. Tempo. Klaim RS Terkait COVID-19 Sebesar Rp 2,28 Triliun Belum Terbayar, Apa Sebabnya? Tempo 2020. Available from: <https://bisnis.tempo.co/read/1387355/klaim-rs-terkait-COVID-19-sebesar-rp-228-triliun-belum-terbayar-apa-sebabnya/full&view=ok>
26. Kementrian Kesehatan, UNICEF. Rapid Assessment: Immunization Services in Indonesia Impact of COVID-19 Pandemic on immunization services in Indonesia. 2020. Available from: <https://www.unicef.org/indonesia/reports/rapid-assessment-immunization-services-indonesia>
27. Kementrian Kesehatan, UNICEF. Report of Rapid Health Assessment. Ensuring sustainability of essential health services for children and mothers during the COVID-19 pandemic in Indonesia. Available from: <https://www.unicef.org/indonesia/reports/report-rapid-health-assessment>.
28. Nathavitharana et al. Innovation and Knowledge Sharing Can Transform COVID-19 Infection Prevention Response. *Journal of Hospital Medicine* 2020, 15(5): 299-301
29. Mcinerney C. Knowledge Management and the Dynamic Nature of Knowledge. *JASIST* 2002, Volume 53, 2. <https://doi.org/10.1002/asi.10106>
30. Ghani MW. Mengelola Pengetahuan COVID-19 dengan Konsep Knowledge Management. Preprint 2020 available from: <https://kependudukan.lipi.go.id/id/berita/53-mencatatCovid19/900-mengelola-pengetahuan-COVID-19-dengan-konsep-knowledge-management>.
31. Dody & Wahyu S. Implementasi Knowledge Management System di Instansi Pemerintahan Dalam Pandemi COVID-19 Pada Masa Transisi “The New Normal.” Konferensi Nasional Ilmu Komputer (KONIK) 2020..

# **BAB 4**

## **Upaya Promotif-Preventif**

## BAB 4: Upaya Promotif-Preventif

### Upaya Promotif-Preventif

(Vida Aulia Parady, MA; Dewi Amila S., M.Sc; Pungkas B. Ali, Ph.D; Prof. Meiwita P. Budiharsana; Panji Hadisoemarto, Ph.D; Nur Aisyah Nasution, MS; Aldy Mardikanto, MS; dan Bahagiati Maghfiroh, M.Si)

Penularan COVID-19 bukan lagi masalah kesehatan individu, tetapi masalah kelangsungan hidup suatu bangsa. Kebijakan dan upaya yang mendorong perilaku patuh protokol kesehatan merupakan langkah preventif yang mutlak didukung. Pengendalian COVID-19 juga membutuhkan upaya promosi kesehatan yang menasar pada individu, komunitas atau organisasi, agar masyarakat mampu menjaga kesehatan dirinya dan orang-orang di sekelilingnya dengan dukungan sarana prasarana yang memadai.

#### Pesan Utama

- **Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)** akan efektif jika dilakukan secara optimal di awal pandemi COVID-19 dan diikuti dengan penegakan hukum.
- Penguatan **modal sosial dan budaya** diperlukan untuk mendorong kreativitas dan inovasi berbasis kearifan lokal.
- **Perubahan perilaku hidup sehat masyarakat** dapat terjadi dengan **perencanaan strategi komunikasi yang efektif** dan penyediaan sarana prasarana yang mendukung.
- **Vaksinasi COVID-19** memberikan pengalaman bagi Indonesia untuk ke depan perlu dikembangkan mekanisme vaksinasi untuk *highly infectious diseases*.

**PSBB di awal pandemi** - merupakan bentuk upaya preventif yang diatur melalui peraturan hukum. Dalam praktiknya, dampak PSBB menjadi kurang optimal karena tidak dilakukan sejak awal pandemi. Selain itu, penerapan PSBB juga tidak diikuti dengan pemahaman yang baik di masyarakat dan penegakan sanksi hukum yang optimal sehingga banyak terjadi pelanggaran.

**Optimalisasi modal sosial dan budaya** - Solidaritas, harmoni sosial, gotong royong, kerja sama, dan kolaborasi antarwarga dalam menghadapi pandemi perlu diarahkan untuk mendorong kreativitas dan inovasi berbasis kearifan lokal.

**Strategi komunikasi efektif**- Peningkatan *health literacy* masyarakat dalam mematuhi protokol kesehatan melalui strategi komunikasi yang tepat dan didukung oleh sarana prasarana yang memadai dapat menjadi kunci sukses membangun perubahan perilaku hidup sehat. Konten dan penyampaian materi komunikasi, informasi, edukasi (KIE) perlu mempertimbangkan kebutuhan orang dengan disabilitas, orang lanjut usia, anak-anak, mereka yang tidak memiliki akses internet, serta mengoptimalkan komunikasi antarpribadi.

**Vaksinasi COVID-19** - Walau ketersediaan vaksin, harga dan kapasitas fiskal yang tersedia untuk pengadaan vaksin saat ini masih mengandung ketidakpastian, namun proses *microplanning* di tingkat lokal harus segera dilakukan. Ke depan perlu dikembangkan mekanisme vaksinasi untuk *highly infectious diseases*.



## Pendahuluan

Upaya intervensi promotif merupakan perluasan dari upaya intervensi pencegahan (preventif) untuk menekan laju penularan virus penyebab COVID-19 melalui pelaksanaan serangkaian perilaku yang disarankan. Intervensi promotif merupakan upaya mentransfer kepada orang lain pengetahuan dan sikap protektif untuk mencegah atau melindungi diri terhadap bahaya penularan COVID-19. Keterampilan ini dibutuhkan di tingkat individu, keluarga, dan masyarakat.

Berbagai rekomendasi pencegahan yang bertujuan mengurangi penyebaran virus penyebab COVID-19 di antaranya adalah menjaga jarak, menggunakan masker wajah, selalu menjaga kebersihan tangan dan diri, membatasi kegiatan melalui karantina wilayah dan penutupan sementara tempat usaha, serta melarang orang berkerumun atau berkumpul untuk tujuan keagamaan, pekerjaan, pendidikan, maupun rekreasi. Kebijakan ini menimbulkan kontroversi antara hal apa yang perlu diprioritaskan, antara kesehatan masyarakat atau kondisi ekonomi, kebebasan individu atau kebaikan bersama.

Bab ini bertujuan memaparkan pembelajaran dari pelaksanaan kebijakan promotif dan preventif dalam pengendalian COVID-19, mencakup: 1) analisis penerapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan pelanggaran PSBB; 2) ulasan strategi komunikasi yang efektif dan sarana prasarana (layanan sanitasi, air minum, dan higiene) untuk membangun perubahan perilaku masyarakat ke arah hidup sehat; 3) uraian modal sosial dan budaya untuk mendorong kreativitas dan inovasi berbasis kearifan lokal; dan 4) analisis rencana vaksinasi COVID-19 sebagai salah satu langkah pencegahan utama dalam pengendalian COVID-19.

### Penerapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di awal pandemi

Bagi masyarakat umum, kebijakan PSBB ditanggapi sebagai kebijakan tanpa prioritas yang jelas. PSBB lebih dirasakan sebagai kebijakan 'rem darurat' dengan tujuan mengamankan kesehatan (menekan transmisi penularan) sembari tetap menggerakkan ekonomi. Kebijakan PSBB diatur dengan Peraturan Pemerintah (PP) No.21/2020 per tanggal 31 Maret 2020 untuk membantu penanganan COVID-19. Periode PSBB mengikuti masa inkubasi terpanjang yaitu 14 hari. Namun jika setelah 14 hari penyebaran virus masih tinggi atau ditemukan kluster baru, maka PSBB diperpanjang lagi 14 hari berikutnya dan seterusnya.

Periode PSBB ini seharusnya diawasi dengan ketat oleh pemerintah hingga rata-rata kasus baru dalam dua minggu terakhir pada wilayah yang menerapkan PSBB tersebut melambat atau melandai. Namun demikian, berkenaan dengan upaya untuk tetap menggerakkan ekonomi, walau penerapan PSBB belum berdampak pada penurunan angka kasus positif COVID-19, periode PSBB dialihkan oleh pemerintah menjadi periode transisi dari masa pembatasan menuju perluasan kegiatan sosial ekonomi produktif. PSBB tetap diperankan sebagai kebijakan 'rem darurat' yang digunakan untuk kembali menerapkan pembatasan jika dipandang perlu.

Di tengah suasana yang penuh ketidakpastian ini, upaya menetapkan dan mengimplementasikan kebijakan seperti PSBB memerlukan panduan untuk pelaksanaannya. Panduan untuk pemerintah sebagai pelaksana PSBB sebaiknya mencakup informasi seperti kriteria penetapan PSBB, panduan untuk pencatatan dan pelaporan, pengukuran pemantauan dan evaluasi untuk menentukan pelanggaran, serta penghentian atau perpanjangan PSBB.<sup>1</sup>

Panduan untuk hal-hal yang dapat dan tidak dapat dilakukan masyarakat juga perlu dikeluarkan. Pada periode PSBB kedua di provinsi DKI Jakarta, pemerintah provinsi (pemprov) menyusun panduan yang menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan warga dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Panduan ini berisi berbagai pembatasan yang diterapkan serta hal-hal praktis yang dapat dilakukan atau tidak dapat dilakukan selama PSBB.<sup>2</sup> Contoh panduan lain yang dapat disusun adalah pemetaan sektor ekonomi berdasarkan risiko dan esensialitas yang dapat menjadi pedoman bagi pemerintah nasional ataupun daerah untuk menyeimbangkan antara kesehatan dan ekonomi. Pemetaan tersebut akan mengarahkan potensi pekerjaan yang dapat dilakukan dari rumah (*work from home*) atau tetap harus dilakukan di kantor (*work from office*). Lebih lanjut kebijakan tersebut dapat berimplikasi terhadap pengurangan risiko penyebaran virus dengan tetap menjaga produktivitas pekerja.<sup>3</sup>

Di sisi lain, kebijakan penerapan PSBB dan pelonggaran PSBB sebagai strategi membuka kembali sektor ekonomi perlu mempertimbangkan kesiapan sistem kesehatan dan masyarakat, serta dunia usaha untuk mematuhi protokol kesehatan. Oleh karenanya, pada pelaksanaan masa pelonggaran PSBB, masyarakat juga perlu memperoleh informasi komprehensif tentang cara hidup sehat, termasuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan, patuh dan disiplin tinggi dalam menerapkan panduan kesehatan, serta memahami dampak negatif terhadap ekonomi jika mereka abai.<sup>3</sup>

### Dasar Implementasi PSBB

Dari sisi regulasi, penerapan PSBB diatur melalui Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Berdasarkan PP No.21/2020 tentang PSBB dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19, penetapan PSBB harus memenuhi persyaratan seperti jumlah kasus dan/atau jumlah kematian akibat penyakit yang meningkat nyata dan menyebar secara cepat ke beberapa wilayah serta memiliki keterkaitan epidemiologis dengan kejadian serupa di wilayah atau negara lain. Permenkes No. 9/2020 tentang Pedoman PSBB per 3 April 2020 mengatur lebih lanjut penjabaran dari PP tersebut, yaitu: 1) peliburan sekolah dan tempat kerja; 2) pembatasan kegiatan keagamaan; 3) pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum; 4) pembatasan kegiatan sosial budaya; 5) pembatasan moda transportasi; dan 6) pembatasan kegiatan lainnya terkait aspek pertahanan dan keamanan. Permenkes tersebut dengan jelas mengutip standar dan kriteria WHO dalam menjabarkan pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19.

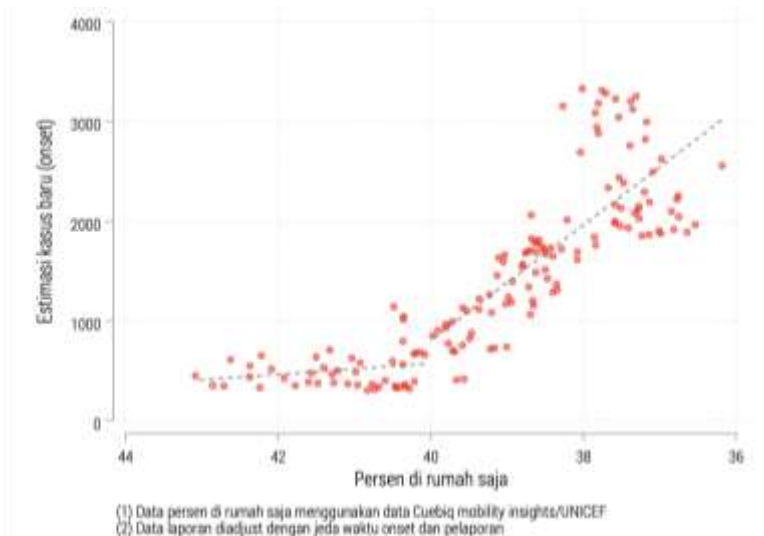
PSBB sebagai upaya promotif dan preventif menggaris-bawahi antara pilihan kebebasan individu untuk kegiatan keagamaan, kegiatan ekonomi, sosial dan budaya versus dibatasinya kebebasan tersebut demi kebaikan bersama (kolektif). Dari sisi implementasi kebijakan PSBB, pemerintah daerah (Pemda) perlu mengajukan permohonan PSBB untuk wilayahnya kepada Menteri Kesehatan. PSBB pertama yang disetujui oleh Menteri Kesehatan adalah di DKI Jakarta yang dimulai pada tanggal 10 April 2020. Penerapan PSBB tersebut awalnya hanya untuk 14 hari, tapi kemudian diperpanjang beberapa kali hingga Gubernur DKI Jakarta mengumumkan PSBB transisi atau pelonggaran pada tanggal 5 Juni 2020. Kebijakan PSBB di DKI Jakarta kemudian diikuti oleh Jawa Barat sejak 15 April 2020, Banten pada tanggal 18 April 2020, dan provinsi lainnya. Dari 18 daerah yang awalnya melaksanakan PSBB (dua provinsi: DKI Jakarta dan Sumatera Barat, dan 16 kabupaten/kota), per tanggal 10 September 2020 hanya tinggal 7 daerah yang masih melakukan PSBB. Masa PSBB untuk daerah-daerah tersebut akan selesai secara bertahap pada akhir bulan September 2020.<sup>4</sup>

Sebelum PSBB dilaksanakan secara resmi berdasarkan Permenkes, sejumlah daerah sudah melakukan berbagai pembatasan berdasarkan inisiatif pemimpin daerah, walau belum tertuang dalam produk hukum. Di antaranya adalah Gubernur Papua Lukas Enembe yang mengambil keputusan membatasi pergerakan orang dengan menutup sementara penerbangan dan pelayaran menuju Papua sejak 26 Maret hingga 9 April 2020. Gubernur Jawa Barat Ridwan Kamil juga melarang warganya yang merantau untuk mudik lebaran. Himbauan ini disampaikannya melalui akun Instagramnya. Pada akhir Maret lalu, Ridwan Kamil juga mempersilakan bupati dan wali kota di Jawa Barat untuk melakukan karantina wilayah parsial, maksimal hingga tingkat kecamatan.<sup>5</sup> Belum ada pengujian apakah kebijakan di tingkat daerah ini efektif atau tidak. Di beberapa daerah, kebijakan penutupan wilayah dan pembatasan pergerakan orang yang tidak didukung produk hukum akhirnya dibatalkan.

### Evaluasi Pemberlakuan PSBB

Penerapan PSBB sebenarnya merupakan intervensi efektif untuk memperlambat mobilitas masyarakat yang secara langsung memengaruhi angka reproduksi (R) COVID-19.<sup>6</sup> PSBB juga dinilai dapat membatasi pergerakan masyarakat dengan lebih baik daripada kebijakan larangan mudik yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat pada tanggal 21 April 2020 atau kebijakan penetapan status darurat kesehatan masyarakat yang ditetapkan pada tanggal 31 Maret 2020. Namun, penerapan PSBB tersebut dinilai belum efektif. Salah satu penyebabnya adalah masih adanya mobilitas sejumlah pekerja, atau mobilitas antar-lokasi, dari dan ke provinsi di Jawa atau luar Jawa. Pembelajaran menunjukkan PSBB pada awal masa pandemi ini masih perlu diperketat lagi untuk bisa berdampak pada penurunan angka kasus positif COVID-19.

Hingga awal Oktober 2020, memasuki minggu ke-41 pandemi, *positivity rate* wilayah Indonesia masih cukup tinggi, yaitu 13,6% atau 2,7 kali lebih tinggi dari target WHO. Selain itu, walau tingkat kematian kumulatif terlihat menurun, namun hingga minggu ke-41 ini masih relatif tinggi (3,5%).<sup>7</sup> Analisis tim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) menunjukkan bahwa dari bulan April hingga September 2020, di wilayah Indonesia, penurunan proporsi penduduk yang di rumah saja diikuti dengan kenaikan estimasi kasus baru (onset) per hari. Ketika proporsi penduduk di rumah saja berada di atas 40%, tidak ada peningkatan kasus per hari, bahkan cenderung menurun, yakni sekitar 500 kasus atau onset per hari. Namun, ketika proporsi penduduk di rumah saja kurang dari 40%, maka setiap penurunan 1% penduduk yang di rumah saja akan meningkatkan estimasi kasus menjadi 500 kasus (**Gambar 1**). Karena itu, proporsi penduduk yang di rumah saja sebaiknya lebih dari 55%. Dengan demikian, pembatasan sosial disarankan untuk diperketat agar penerapan PSBB berhasil menekan laju angka penyebaran COVID-19.



**Gambar 1. Data hubungan persentase penduduk di rumah saja dan estimasi kasus baru periode 1 April – 6 September 2020<sup>7</sup>**

Ketika proporsi penduduk di rumah saja berada di atas 40%, tidak ada peningkatan kasus per hari, bahkan cenderung menurun yakni sekitar 500 kasus (onset) per hari).

Ketika proporsi penduduk di rumah saja kurang dari 40%, setiap penurunan 1% penduduk yang di rumah saja, estimasi kasus meningkat 500 kasus.

Dari semua daerah, selain DKI Jakarta, yang melaksanakan PSBB, belum ada satu pun yang berhasil menekan laju angka penyebaran atau penularan COVID-19. Dalam periode Juni hingga September 2020, kasus positif COVID-19 di Indonesia melaju dengan cepat dengan adanya tambahan 50 ribu kasus baru dalam jangka waktu kurang dari satu bulan.<sup>8</sup> Hingga 21 November 2020, Kementerian Kesehatan tetap melaporkan kenaikan kasus (**Gambar 2**).



**Gambar 2. Tren Kasus Harian COVID-19 di Indonesia<sup>9</sup>**

Momen-momen tertentu seperti hari libur mempengaruhi peningkatan kasus positif COVID-19, bahkan di saat PSBB diberlakukan di berbagai daerah. Setelah libur Idul Fitri pada tanggal 22 hingga 25 Mei 2020, terlihat peningkatan kasus positif COVID-19 sekitar 69% sampai 93%. Jumlah kasus COVID-19 juga meningkat 58% sampai 118% dalam rentang waktu 10-14 hari setelah libur Hari Kemerdekaan RI pada tanggal 15 sampai 17 Agustus 2020, serta Tahun Baru Islam pada tanggal 20 sampai 23 Agustus 2020.<sup>8</sup> Di provinsi DKI Jakarta, PSBB pertama yang dilaksanakan pada tanggal 10 April 2020 hingga 4 Juni 2020 dinilai tidak efektif, dimana jumlah kasus positif COVID-19 terus meningkat naik hingga rata-rata 102 per hari. Setelah PSBB transisi di DKI Jakarta dimulai tanggal 5 Juni 2020, jumlah kasus melonjak menjadi rata-rata 260 per hari (data hingga 26 Juli 2020).<sup>10</sup>

Akibatnya, PSBB kedua harus diberlakukan kembali di DKI Jakarta mulai tanggal 14 September 2020 hingga 11 Oktober 2020 sesuai Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 959/2020 tentang Pemberlakuan Pelaksanaan PSBB dalam Penanganan COVID-19. PSBB tersebut diberlakukan karena laju pertumbuhan kasus baru yang sangat cepat, menyusutnya ketersediaan ruang rawat di rumah sakit, kekurangan sumber daya manusia untuk perawatan, serta hasil *positivity rates* yang lebih tinggi dari angka yang ditetapkan oleh WHO.<sup>11,12</sup> Lima faktor yang ditetapkan pada kebijakan PSBB kedua DKI Jakarta adalah: 1) Pembatasan aktivitas sosial, ekonomi, keagamaan, budaya, pendidikan, dan lainnya; 2) Pengendalian mobilitas; 3) Rencana isolasi terkendali; 4) Pemenuhan kebutuhan pokok; dan 5) Penegakan sanksi.

Perbedaan signifikan antara kebijakan PSBB pertama dan kedua di DKI Jakarta adalah penegakan sanksi dimana pada PSBB kedua diberlakukan mekanisme sanksi progresif terhadap pelanggaran berulang. Mekanisme sanksi tersebut diatur pada Peraturan Gubernur No. 79/2020 tentang Penerapan Disiplin dan Penegakan Hukum Protokol Kesehatan sebagai Upaya Pencegahan dan Pengendalian COVID-19. Penegakan disiplin dilakukan bersama oleh Kepolisian, TNI, Satpol PP, beserta Organisasi Perangkat Daerah (OPD) terkait. Selain sanksi progresif, penegakan peraturan lainnya yang diberlakukan oleh Pemda DKI Jakarta adalah pemantauan pelaksanaan ketentuan serta *active case finding*. Bila ditemukan kasus positif pada lokasi kegiatan-kegiatan yang diizinkan beroperasi, maka seluruh usaha dan kegiatan pada lokasi tersebut harus ditutup paling sedikit selama 3 hari operasi. Masyarakat yang ditemui dalam kegiatan *active case finding* wajib menerima *testing* oleh Dinas Kesehatan. Kasus positif tanpa gejala wajib diisolasi di tempat yang ditunjuk oleh Gugus Tugas, bukan di rumah, untuk mencegah penularan kluster rumah. Bila kasus positif menolak isolasi di tempat yang ditentukan, maka akan dilakukan penjemputan oleh petugas kesehatan bersama aparat penegak hukum.

Setelah lebih dari sebulan aturan sanksi progresif diberlakukan, belum terlihat dampaknya terhadap kepatuhan warga DKI Jakarta. Menurut Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan, tingkat kepatuhan warga dalam menggunakan masker masih di bawah standar minimum, seperti yang terungkap dari studi FKM UI yang menunjukkan bahwa penggunaan masker warga di DKI Jakarta masih sekitar 70%, sedangkan standar minimal adalah 85%.<sup>13, 14</sup> Pelaksanaan kebijakan PSBB belum efektif mendorong perilaku yang diinginkan dari masyarakat. Padahal, perilaku masyarakat merupakan faktor penentu tercapainya tujuan pelaksanaan PSBB. Hal ini diperparah dengan tidak adanya konsekuensi hukum yang jelas bagi pelanggar, kurangnya sosialisasi kepada masyarakat, serta tidak tersedianya alternatif kegiatan yang dapat dilakukan.<sup>15</sup>

### **Optimalisasi modal sosial dan budaya: Inisiatif daerah dalam upaya preventif dan promotif**

Upaya preventif dan promotif juga dilaksanakan oleh berbagai daerah untuk mendorong perilaku yang diinginkan dari masyarakat. Pemerintah Kota (Pemkot) Depok menerapkan model intervensi pembatasan sosial "Kampung Siaga COVID-19" berbasis Rukun Warga (RW). Sebanyak 238 RW yang dikategorikan zona merah atau memiliki agregat kasus positif COVID-19 tinggi ditetapkan sebagai wilayah pembatasan sosial kampung siaga (PSKS) COVID-19 selama 14 hari sejak 19 Oktober hingga 1 November 2020. Di wilayah PSKS, Pemkot Depok membatasi dan mengawasi keluar masuk orang, serta membatasi usaha restoran, kafe, dan warung makan. PSKS diatur dalam Peraturan Wali Kota Depok Nomor 59 Tahun 2020 tentang Pedoman PSBB secara Proporsional, Pra Adaptasi Kebiasaan Baru dalam Rangka Pencegahan, Penanganan, dan Pengendalian COVID-19. Di wilayah PSKS juga dilakukan upaya seperti pelacakan kontak kasus positif, sosialisasi dan edukasi masyarakat, sterilisasi rumah dan fasilitas umum, serta penguatan masyarakat menghadapi masa pandemi.<sup>16</sup>

Di Kalimantan, masyarakat Dayak Deah mampu membangun portal di perbatasan desa, fasilitas cuci tangan pakai sabun (CTPS), dan pengecekan suhu dengan bantuan dana desa dan kontribusi program *corporate social responsibility* (CSR) perusahaan.<sup>17</sup> Masyarakat Bali juga menggunakan kearifan lokal, pengetahuan tradisional, lembaga adat, dan pecalang (polisi adat) untuk menegakkan protokol kesehatan, perlindungan sosial, pemberdayaan masyarakat, dan inovasi pengobatan tradisional. Masyarakat Bali memiliki pengetahuan tradisional tentang pengobatan yang diperoleh secara turun-temurun dan tersimpan dalam manuskrip Lontar Usada. Acara kirab pusaka untuk menolak COVID-19 di Masjid Waliyah Zainab Pulau Bawean juga dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan. Lurah Desa Panggungharjo, Bantul mengembangkan *platform* kolaborasi antarwarga untuk mendukung PSBB.<sup>18</sup>

Di Jawa Tengah (Jateng), kekuatan modal sosial dan budaya masyarakat ditunjukkan melalui program Jogo Tonggo. Inisiatif ini merupakan upaya preventif dan promotif yang berbasis wilayah. Program ini disahkan melalui Instruksi Gubernur Nomor 1 tahun 2020 dengan pembentukan Satgas Jogo Tonggo untuk memberdayakan masyarakat hingga tingkat RW. Jogo Tonggo mengandalkan partisipasi aktif masing-masing individu untuk saling menjaga sesama warga dari penularan COVID-19. Jika ada indikasi warga yang terinfeksi virus Corona, warga diharapkan untuk saling menjaga dengan memberikan perhatian, dukungan, serta tidak memberikan stigma pada mereka yang tertular. Perhatian dan dukungan yang diberikan warga beragam, sesuai kemampuan warga di wilayah masing-masing. Kegiatan Jogo Tonggo kemudian direplikasi dalam beragam inisiatif di wilayah lebih spesifik, seperti Jogo Santri yang diterapkan pada lingkungan pondok pesantren, serta Jogo Plesiran di lingkungan daerah wisata. Pemerintah Provinsi Jateng memberikan dukungan tambahan dengan pemberian Jogo Tonggo Kit yang berisi alat pelindung diri (APD), sepatu bot, sarung tangan, penyemprot disinfektan otomatis, masker kain, *hand sanitizer*, disinfektan, serta *thermogun*.<sup>19</sup>

Pembelajaran yang diambil menunjukkan masih perlunya keterlibatan pemerintah sebagai garda utama dalam penerapan bentuk hukum upaya promotif dan preventif seperti PSBB dalam masa krisis. Peningkatan kesadaran untuk perlindungan diri (intervensi promotif) memerlukan kebijakan pemerintah yang koersif agar dapat menjamin ketersediaan sumber daya dan infrastruktur (prasarana dan sarana) pencegahan infeksi (intervensi preventif), seperti penyediaan suplai sabun dan masker. Pelibatan komunitas saja belum cukup tanpa pembekalan sarana prasarana yang memadai untuk jangka lama.<sup>20</sup>

PSBB memaksa masyarakat untuk melakukan adaptasi moda budaya, meningkatkan *social volunteerism* dan gerakan filantropi. Namun, PSBB juga memaksa masyarakat untuk menyesuaikan moda budaya dari tatap muka menuju dunia maya, dan dari kolektif menjadi cenderung individual. Di lain sisi, ketahanan sosial-budaya merupakan modal sosial dan modal budaya bagi masyarakat dalam menghadapi pandemi dengan memperkuat solidaritas, harmoni sosial, gotong royong, kerja sama, dan kolaborasi antarwarga, serta mendorong kreativitas dan inovasi berbasis kearifan lokal dan pengetahuan tradisional. Sebagai contoh, pembatasan wahana ekspresi budaya mendorong pengembangan media baru melalui saluran virtual sebagai wahana ekspresi budaya alternatif. Pemerintah memperkuat jaring pengaman sosial kepada para seniman dan pelaku budaya agar dapat tetap berkarya di masa pandemi melalui Bantuan Apresiasi Pelaku Budaya.<sup>18</sup>

## **Tantangan-tantangan yang dihadapi dalam penerapan kebijakan PSBB untuk mendorong perubahan perilaku pencegahan di masyarakat.**

**Tantangan 1: Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan dan kedisiplinan mengikuti protokol kesehatan.** Dari beberapa survei yang dilakukan mengenai protokol kesehatan, penggunaan masker memang tampak meningkat dari 51% di bulan Maret 2020 (Gugus Tugas) menjadi 80% di bulan April 2020 (Badan Pusat Statistik, BPS). Namun, jika mengacu pada standar minimal 85% penggunaan masker, maka masih diperlukan peningkatan dalam penggunaan masker. Survei dari Gugus Tugas pada bulan Maret 2020 menunjukkan 80% responden selalu atau sering mencuci tangan dengan sabun selama 20 detik. Survei BPS di bulan April 2020 menunjukkan hasil yang sama.<sup>21</sup> Di dua kota yang menjadi episentrum pandemi masih ditemukan persepsi dan perilaku yang tidak mendukung kepatuhan terhadap protokol kesehatan. Survei kepada warga DKI Jakarta di bulan Mei 2020 hingga Juni 2020 menunjukkan bahwa lebih dari separuh warga Jakarta (54%) masih yakin bahwa risiko tertular COVID-19 tidak mengkhawatirkan.<sup>22</sup> Di Surabaya, episentrum pandemi kedua setelah Jakarta, survei Ikatan Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (FKM Unair) di bulan Juni 2020 menunjukkan tingkat kepatuhan masyarakat juga sangat rendah. Warga tetap aktif pergi ke tempat ibadah (81,7%), tidak menggunakan masker (70,6%), dan tidak melakukan jaga jarak (64,6%). Di pasar tradisional, tingkat kepatuhan masyarakat masih di bawah 20% (tidak memakai masker di pasar 84%, dan di tempat tongkrongan 88%). Sekitar 89% tidak melakukan jaga jarak. Penegakan dan pemantauan PSBB perlu ditingkatkan agar transmisi COVID-19 di masyarakat dapat optimal dicegah.

**Tantangan 2: Pengetatan kebijakan tidak serta merta membuat masyarakat menjadi patuh.** Paparan informasi mengenai COVID-19 meningkatkan persepsi risiko masyarakat. Namun, peningkatan persepsi risiko ini belum diikuti oleh pembentukan norma sosial baru yaitu perilaku patuh protokol kesehatan. Hasil riset kolaborasi 12 institusi tentang sikap dan persepsi masyarakat di lebih dari 100 negara di dunia, menunjukkan bahwa kepercayaan publik tidak selalu linear dengan kepatuhan masyarakat terhadap kebijakan pemerintah terkait upaya preventif terhadap COVID-19.<sup>23</sup> Pengetatan sanksi dan denda tidak serta merta membuat masyarakat menjadi patuh. Perlu digali faktor-faktor pendukung yang dapat meningkatkan kepatuhan masyarakat. Diperlukan kanal dan instrumen alternatif untuk meningkatkan kepatuhan dan kerja sama masyarakat dalam penanganan COVID-19. Untuk konteks Indonesia, salah satu faktor penghambatnya adalah tidak konsisten dan meratanya pengawasan dan sanksi yang dikenakan kepada individu atau organisasi yang tidak patuh aturan. Hingga saat ini, keseluruhan risiko penularan di Indonesia masih tinggi karena penularan dan pergerakan masyarakat yang berkelanjutan antar daerah, kabupaten/kota, dan provinsi. Selain itu, tingkat relaksasi PSBB pun bervariasi di setiap provinsi.<sup>1</sup>

**Tantangan 3: Kebijakan promotif dan preventif belum diarahkan ke pembentukan norma baru.** Kebijakan promotif dan preventif seharusnya diarahkan untuk menguatkan pembentukan norma baru. Perlu ditekankan pentingnya partisipasi aktif setiap warga dalam menyukseskan program karantina wilayah. Komunitas menjadi salah satu sumber daya penting untuk menguatkan pembentukan norma sosial baru dan mengarahkan pada perilaku yang tepat dalam pencegahan penyebaran COVID-19. Penting sekali untuk mengidentifikasi jejaring atau struktur yang aktif di masyarakat sebagai komunitas terdepan dalam mengawali pembentukan norma baru yang sarat perilaku preventif dan promotif. Setelah itu, komunitas tersebut diberikan peran mitigasi sebagai penghubung dengan aparat pemerintah dan pemangku kepentingan terkait.<sup>24</sup> Dari proses *intra-action review* yang dilaksanakan Kemenkes pada tanggal 11-14 Agustus 2020 lalu ditemukan bahwa pelibatan masyarakat dalam menyampaikan pesan-pesan utama COVID-19 masih perlu ditingkatkan.

**Tantangan 4: Isu sosial budaya dan ekonomi memengaruhi rendahnya efektivitas PSBB.** Tidak lama setelah PSBB pertama ditetapkan, pelaksanaan PSBB mengalami kendala sosial karena umat Islam di Indonesia memasuki bulan puasa Ramadhan dan perayaan Idul Fitri. Dilihat dari budaya, proses beraktivitas di rumah saja merupakan norma baru bagi masyarakat Indonesia yang memiliki kebutuhan sangat tinggi akan relasi komunal yang terbentuk melalui pengalaman relasi positif antar pribadi sehari-hari. Dengan PSBB, walau hubungan relasi bisa dilakukan melalui daring, masyarakat tetap ingin mempertahankan relasi komunal antar pribadi. Di bidang ekonomi, karena besarnya jumlah pekerja sektor informal, masyarakat menuntut bantuan ekonomi dari pemerintah sebagai kompensasi atas kehilangan pendapatan pekerja sektor informal, jenis pekerjaan yang tidak memungkinkan untuk dilaksanakan dari rumah. Tanpa alternatif solusi bagi pemenuhan kebutuhan sosial budaya dan ekonomi ini, maka resistensi merupakan reaksi yang harus diantisipasi.<sup>23</sup>

### Strategi komunikasi efektif: perubahan perilaku hidup sehat masyarakat

Upaya promotif dan preventif perlu menerapkan prinsip komunikasi perubahan perilaku secara menyeluruh. Kampanye pemerintah “Bersatu Lawan COVID-19” merupakan bentuk komunikasi risiko dari Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di Kementerian Kesehatan dengan maksud menjadikan peran serta masyarakat sebagai ujung tombak dalam peningkatan kewaspadaan masyarakat dan individu, terutama untuk mempromosikan perubahan perilaku dan patuh protokol kesehatan guna menurunkan risiko penularan.<sup>25</sup> Namun, tidak adanya ancaman penalti atau sanksi yang nyata di awal pandemi ketika individu atau kelompok tidak menunjukkan kepatuhan pada protokol kesehatan menjadikan hal ini dilihat sebagai ketidakseriusan pemerintah.

Untuk menggambarkan risiko COVID-19 berdasarkan tingkatan transmisi atau penyebarannya, Satuan Tugas (awalnya Gugus Tugas) Percepatan Penanganan COVID-19 atau Gugus Tugas Nasional merincikan empat level kriteria zonasi daerah berdasarkan empat warna.<sup>26</sup> Penentuan zona menggunakan 15 indikator utama yang terbagi menjadi 11 indikator epidemiologi, 2 indikator surveilans kesehatan masyarakat dan 2 indikator pelayanan kesehatan. Zonasi dibedakan dengan warna hijau, kuning, oranye dan merah berdasarkan potensi penyebaran virus yang masih atau sudah tidak terkendali. Daerah dengan mobilisasi penduduk sulit dikontrol ditetapkan menjadi zona merah atau ‘risiko tinggi’, dimana penyebaran virus COVID-19 dinilai dapat tidak terkendali, transmisi lokal terjadi dengan cepat, wabah menyebar secara luas, dan rentan dengan munculnya kluster-kluster baru. Dari sisi komunikasi, penentuan zona ini merupakan peringatan dan aba-aba bagi pemerintah untuk sesegera mungkin menekan penularan melalui pengawasan lebih ketat terhadap pelanggaran protokol kesehatan dan meluaskan 3T (*testing, tracing, treatment*). Selain itu, bagi masyarakat, penentuan zonasi ini menyampaikan pesan untuk meningkatkan kedisiplinan dalam penerapan protokol kesehatan yang dianjurkan pemerintah atau 3M yaitu mencuci tangan, memakai masker, dan menjaga jarak.<sup>27</sup> Namun, rekomendasi dari hasil *Intra Action Review* COVID-19 yang dilakukan Kemenkes menyarankan agar indikator zonasi dikaji ulang dan digunakan untuk tujuan perencanaan, guna menghindari kesalahpahaman masyarakat dalam menafsirkan status zonasi. Misalnya, zona hijau dianggap aman padahal transmisi tetap dapat terjadi sewaktu-waktu.<sup>1</sup>

Dalam pendekatan komunikasi perubahan perilaku, tiga elemen komunikasi efektif untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat adalah edukasi, rekayasa (*engineering*), dan penegakan (*enforcement*). Edukasi sebagai tahap pertama perlu dilakukan melalui strategi komunikasi yang efektif menjangkau berbagai kelompok masyarakat. Rekayasa dilakukan dengan penyediaan fasilitas dan sarana prasarana untuk mendukung perubahan perilaku. Terakhir, penegakan dilakukan melalui penerapan peraturan yang bersifat koersif seperti sanksi dan insentif yang perlu dikontekstualisasikan



di setiap daerah.<sup>28</sup> Menegakkan promosi dan pencegahan serta peraturan, dengan ancaman sanksi yang tegas dan nyata untuk memperlihatkan keseriusan pemerintah perlu dilakukan untuk memperkuat norma sosial dalam rangka pembentukan dan penguatan kebiasaan baru yang perlu ada dalam rangka pencegahan penyebaran COVID-19. Terlepas dari keterlibatan berbagai pihak, pemerintah tetap perlu menjadi garda informasi utama untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong perubahan perilaku. Dalam hal ini, diperlukan strategi komunikasi yang harmonis dan koordinatif antara pemerintah di level nasional, regional, dan lokal.<sup>29</sup> Informasi yang konsisten dan akurat dari berbagai level ini dapat memperkuat ketahanan komunitas dan masyarakat dalam mengadopsi dan mencegah perilaku-perilaku tertentu terkait COVID-19, baik pada masa pandemi dan masa pemulihan.<sup>30</sup>

Sebelum pandemi ditetapkan, media massa telah memulai proses edukasi kepada masyarakat. Sejak bulan Januari 2020, ketika pemerintah belum memulai edukasi kepada masyarakat mengenai COVID-19, media massa arus utama berinisiatif mengisi kekosongan upaya promotif preventif dari pemerintah dengan menyebarkan informasi untuk meningkatkan pemahaman mengenai virus baru ini.<sup>31</sup> Di bulan Maret, media massa menggunakan tagar #AmanDiRumah dan #MediaLawanCovid19 yang disebarluaskan melalui berbagai platform, mulai dari stasiun televisi, radio, koran, media *online* dan media sosial. Gerakan edukasi kepada masyarakat oleh media massa dan jurnalis ini mampu menyebarkan berbagai informasi secara masif untuk menahan penyebaran virus penyebab COVID-19 di Indonesia. Inisiatif ini merupakan aksi independen dari media, serta didukung oleh lebih dari 50 media nasional dan daerah dari berbagai jenis, seperti televisi, radio, media cetak, media *online* dan media sosial.<sup>32</sup>

Sumber informasi terbanyak pada masa darurat adalah media sosial, berita daring, dan media massa.<sup>21</sup> Sedangkan media paling populer untuk informasi protokol kesehatan dan pentingnya mencegah penyebaran COVID-19 adalah media sosial (83,6%), televisi (78,5%), dan WhatsApp (76,0%).<sup>33</sup> Media massa seperti televisi, koran, dan radio berperan menjangkau masyarakat lebih luas terutama mereka yang tidak memiliki akses internet. Pemerintah sebenarnya dapat memanfaatkan internet sebagai medium penyampaian informasi dan berinteraksi lebih sering dengan masyarakat melalui *website* dan akun Twitter, Instagram, serta Facebook, sesuai dengan *platform* yang paling banyak digunakan oleh pengguna internet di Indonesia.<sup>20</sup> Penggunaan *Chat Bot* pada aplikasi percakapan WhatsApp juga merupakan praktik inovasi yang telah dilakukan Gugus Tugas COVID-19. Tercatat ada 2,6 juta pesan terkirim dari akun *Chat Bot* tersebut pada satu jam pertama dibuka.<sup>20</sup>

Untuk masyarakat perkotaan, paparan informasi di media elektronik seperti televisi dan internet banyak berpengaruh pada pengetahuan dan perilaku masyarakat terkait COVID-19. Misalnya, ajakan tokoh-tokoh publik yang berpengaruh (*influencers*) seperti Najwa Shihab dan Nadiem Makarim dapat meningkatkan penerimaan publik mengenai himbauan isolasi diri di rumah (*Di Rumah Aja*) menjadi norma sosial.<sup>34</sup> Untuk sasaran usia anak dan pemuda yang jumlahnya sangat besar secara demografis, popularitas media sosial dapat dimanfaatkan sebagai peluang untuk mempromosikan pesan kesehatan terkait COVID-19 melalui *influencers* dengan jumlah pengikut sangat tinggi. Dengan segmentasi yang sangat jelas, para *digital influencers* dapat menjadi pintu masuk selama mereka diberikan penguatan kapasitas untuk memastikan mereka memahami peran, pesan, dan keseluruhan strategi komunikasi yang dibuat.<sup>28</sup>

Strategi komunikasi yang efektif perlu melibatkan komunikasi antarpribadi yang dua arah dan memfasilitasi umpan balik, terutama untuk melakukan edukasi dan membangun motivasi untuk pembentukan perilaku baru. Apalagi mengingat pendekatan komunikasi pemerintah yang dianggap sangat instruksional.<sup>28</sup> Untuk memberikan informasi dan pengetahuan secara menyeluruh, Pokja Pelibatan Masyarakat Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 mengusulkan pembuatan Pusat Informasi COVID-19 di setiap kabupaten/kota. Melalui Pusat Informasi, pemberian informasi terkait COVID-19 dapat dilakukan secara lisan maupun melalui materi brosur yang memfasilitasi umpan balik. Ahli bahasa isyarat setempat juga dapat dilibatkan untuk melayani kelompok yang berkebutuhan khusus.<sup>28</sup> Upaya promosi kesehatan juga perlu dilakukan melalui pembuatan dan pendistribusian materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) agar semakin banyak masyarakat yang memiliki pemahaman tentang cara mencegah virus COVID-19 dan risiko yang dihadapi. Materi KIE selama masa pandemi ini sudah disusun melalui kerja sama secara lintas sektor antara Kemenkes, Kementerian Komunikasi dan Informasi (Kemkominfo), Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud), Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Kemen PPPA) dan lainnya, serta disasarkan kepada berbagai kelompok masyarakat. Materi ini berupa, antara lain, buku saku untuk digunakan oleh satgas daerah, poster, baliho dan stiker yang disebar di tempat-tempat umum, infografis dan video pendek yang disiarkan di media sosial atau media lainnya, pesan singkat yang disampaikan melalui radio, televisi, dan pengeras suara di masyarakat atau di rumah ibadah. Pesan-pesan untuk masyarakat umum didasarkan pada pesan utama pencegahan risiko transmisi, seperti penjagaan jarak fisik, penggunaan masker, mencuci tangan, dan mengurangi pergerakan, terlepas dari status zona wilayah tempat tinggal warga.

Berbagai instansi pemerintah juga telah mengembangkan materi dan pesan komunikasi risiko, pedoman pelibatan masyarakat dalam pencegahan COVID-19 di tingkat RT/RW/desa, panduan komunikasi, strategi komunikasi perubahan perilaku pencegahan COVID-19, serta koordinasi lintas sektor dan program untuk pelibatan masyarakat. Pemerintah juga sudah mengadakan kampanye publik gerakan pakai masker nasional. Penyebaran materi KIE sudah dilakukan melalui jejaring media, media sosial dan melibatkan masyarakat. Beberapa organisasi masyarakat juga sudah turun langsung ke masyarakat sebagai upaya mobilisasi sosial.<sup>1</sup> Namun, proses penyusunan pesan dan materi belum optimal melibatkan partisipasi masyarakat dari kelompok rentan. Masih sangat terbatas materi KIE yang spesifik menyasarkan kebutuhan orang dengan disabilitas, orang lanjut usia, dan anak-anak. Hal lain yang juga perlu dipertimbangkan adalah penyesuaian konteks materi dengan berbagai latar belakang masyarakat yang beragam. Sebaiknya KIE dibuat dalam konteks wilayah setempat, baik dari deskripsi, penggunaan bahasa, maupun ilustrasi visualnya.

Selain itu, penyebaran pesan-pesan komunikasi risiko melalui berbagai media dan kampanye massal mengenai perilaku 3M belum diikuti dengan penegakan hukum yang optimal, sehingga kedisiplinan masyarakat untuk mengikuti protokol kesehatan masih perlu ditingkatkan. Di daerah perkotaan, pemerintah harus meningkatkan kapasitas komunikasi efektif tentang kebijakan pembatasan jumlah penumpang, pengaturan jadwal perjalanan, tata tertib berpakaian dan penggunaan masker, serta kewajiban menjaga jarak dalam armada transportasi umum. Sebagai contoh, di DKI Jakarta, untuk kereta *commuter line*, telah dikomunikasikan peraturan pembatasan penumpang (bagi orang lanjut usia 60 tahun ke atas) untuk hanya menggunakan kereta rel listrik (KRL) di luar jam sibuk, yaitu pukul 10:00 hingga 14:00 WIB. Perlu komunikasi tertulis tentang marka jaga jarak di area tunggu dan dalam kereta, kelengkapan masker dan baju yang menutupi badan (lengan dan bawahan panjang), serta penambahan armada.<sup>35</sup> Hal ini juga berlaku pada Transjakarta, pembatasan penumpang, pemasangan jarak aman, dan pemenuhan perlengkapan sterilisasi berupa *hand sanitizer*.<sup>36</sup>

Komunikasi upaya promotif tentang perilaku hidup sehat juga mutlak didukung ketersediaan sarana dan prasarana memadai untuk melakukan perilaku yang disarankan. Keterlibatan organisasi masyarakat, termasuk organisasi keagamaan, menjadi faktor penting yang dapat membangun kekuatan jejaring dan sumber daya untuk mobilisasi sosial yang masif. Sebagai contoh, NU dan Muhammadiyah tidak hanya membuat kampanye mengenai Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), namun juga menyediakan *stand* cuci tangan melalui cabang-cabangnya di berbagai daerah.<sup>28</sup>

Organisasi keagamaan memiliki pendekatan unik yang dapat dimanfaatkan. Mereka mampu menggerakkan sumber daya yang dimiliki seperti sekolah, fasilitas kesehatan, relawan, dan ulama. NU menggagas strategi promotif, preventif, dan kuratif dalam mendorong kepatuhan protokol kesehatan melalui pengadaan posko dan *hotline center* yaitu sebanyak 32 posko COVID-19 di tingkat provinsi dan 302 posko di tingkat kabupaten; pelatihan-pelatihan di pesantren; edukasi keliling melalui *Car of Covid* (COC); serta diskusi bersama tokoh agama. Dalam edukasinya, NU membahas topik-topik agama yang relevan dengan protokol kesehatan, misalnya bagaimana menggunakan baju Alat Pelindung Diri (APD) saat sholat, menjaga jarak saat sholat, dan lain-lain. NU juga berusaha mengkontekstualisasikan materi KIE yang dibuat oleh pemerintah pusat ke dalam bentuk lebih sederhana dan *sholawat* yang bisa dinyanyikan oleh anak-anak saat mengiringi waktu Maghrib. Hal yang sama juga dilakukan oleh Muhammadiyah. Ormas tersebut melakukan upaya promotif melalui radio komunitas dan media sosial dari cabang-cabang Rumah Sakit Muhammadiyah di seluruh Indonesia. Kedua media tersebut diharuskan aktif berkampanye mengenai protokol kesehatan bagi tenaga kesehatan serta orang-orang di sekitar dan di dalam rumah sakit. Selain itu, Muhammadiyah juga memfasilitasi diskusi *online* serta pembuatan media KIE mengenai protokol kesehatan.<sup>28</sup>

Pemantauan dan pengawasan kepatuhan akan protokol kesehatan perlu dilakukan dengan pendekatan lintas sektor antara lembaga-lembaga terkait, seperti Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Kantor Agama, Kepolisian Sektor Kota, Dinas Sosial, serta melibatkan komunitas.<sup>30</sup> Pada tataran lebih sempit, Ditjen Bina Pemerintahan Desa Kemendagri telah menyusun panduan *Desa Tangguh Bencana Lawan COVID-19*, di mana upaya pencegahan penyebaran dan pengawasan kepatuhan protokol kesehatan dilakukan oleh Satgas Penanganan COVID-19 tingkat desa. Satgas beranggotakan Kepala Desa, Badan Permusyawaratan Desa, RT/RW, PKK, Karang Taruna, dan tokoh masyarakat. Satgas ini juga bermitra dengan Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat (BHABINKAMTIBMAS), Bintara Pembina Desa (BABINSA) dan mitra desa lainnya (misalnya, pendamping desa).<sup>38</sup> Cara pemantauan, pencatatan, serta pelaporan yang baku dan terpadu dapat dilaksanakan melalui pelatihan daring. Hasil pemantauan dapat didokumentasikan dan diakses oleh berbagai pihak, seperti yang dicontohkan Pemerintah Provinsi Jawa Barat melalui *website* dan aplikasi *Pikobar*.<sup>39</sup>

Ormas seperti Nahdlatul Ulama (NU) dan Muhammadiyah telah berpengalaman melakukan praktik pemantauan terhadap strategi promosi kesehatan. NU, dengan bantuan UNICEF, sudah membuat sistem laporan melalui WhatsApp di mana data-data dari relawan di beberapa provinsi terekam dengan baik. Sementara itu, Muhammadiyah mengintegrasikan seluruh data pemantauan program dari berbagai majelis dan lembaga di bawah organisasinya melalui pusat data dan informasi Muhammadiyah COVID-19 *Command Center* (MCCC). Hal ini menunjukkan bagaimana pemerintah akan sangat terbantu jika melibatkan komunitas dalam proses pemantauannya.<sup>28</sup>

Sebagai bagian dari upaya preventif dan promotif, diperlukan data untuk memonitor upaya pencegahan secara berkala di masyarakat. Pemanfaatan teknologi *mobile* dapat digunakan untuk memonitor kepatuhan 3M. Forum komunitas di NTT membuat alat pemantauan dan evaluasi berupa aplikasi “Pantas Cegah”. Melalui aplikasi ini, pengguna dapat memantau dan melaporkan hasil pemantauan terkait protokol 3M (memakai masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak). Misalnya, pengguna dapat memantau apakah tersedia poster atau himbauan 3M, petugas yang mengawal protokol 3M, serta fasilitas untuk menjalankan 3M. Aplikasi ini telah diusulkan oleh Pokja Pelibatan ke UN OCHA, UNDP, serta Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan.<sup>28</sup> Pada contoh kasus aplikasi “Pantas Cegah”, data hasil pemantauan dan evaluasi diharapkan dapat diolah dan dianalisis secara kualitatif untuk menghasilkan rekomendasi strategi komunikasi yang kontekstual dan usulan infrastruktur di wilayah tertentu.

Koalisi warga seperti Lapor COVID-19 dan KawalCOVID-19 yang dibangun menggunakan pendekatan *crowdsourcing* juga melibatkan partisipasi warga untuk pendataan yang bermanfaat bagi pemerintah. KawalCOVID-19 juga memanfaatkan platformnya untuk upaya promotif, dan Lapor COVID-19 membuka kanal pelaporan warga yang bisa diakses melalui *chat bot*, media sosial, serta aplikasi WhatsApp dan Telegram. Lapor COVID-19 berupaya menjalin kerja sama dengan pemerintah di level kota/kabupaten dan juga provinsi untuk menindaklanjuti laporan yang diterima. Setiap kota/kabupaten perlu memiliki sistem pemantauan kasus secara mandiri dengan memanfaatkan teknologi yang tepat seperti *big data*, *citizen-data*, serta kecerdasan buatan (AI).<sup>34</sup> Sebagai contoh, Taiwan melakukan *digital fence*, di mana Pemerintah bekerja sama dengan perusahaan telekomunikasi yang dapat melacak keberadaan warga yang harus melakukan karantina melalui sinyal GPS.<sup>20</sup>

Dalam mendukung upaya promosi melalui sektor air minum, sanitasi, dan higiene, para mitra pembangunan bergabung dalam jejaring/forum *Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Cluster*. Pada forum tersebut, para mitra dan wakil Satgas COVID-19 bertemu secara rutin untuk berbagi pengalaman dalam melaksanakan upaya promotif dan preventif termasuk penerapan 3M dan penyediaan CTPS yang dilengkapi sabun, air bersih mengalir, dan tempat/saluran untuk penyaluran air bekas CTPS. Saat ini sudah terdapat peta sebaran dan matriks Kluster WASH bagi 33 provinsi yang menggambarkan 4W (*who, what, where, dan when*). Peta dan matriks ini berguna sebagai pedoman bagi pemerintah dan mitra untuk melihat sebaran, praktik-praktik baik, dan kesenjangan yang mungkin dibutuhkan dalam penyediaan CTPS. Saat ini, diharapkan pemerintah daerah dapat juga membangun Kluster WASH di wilayahnya masing-masing dengan tetap bersinergi dengan Kluster WASH nasional. Program pengadaan air bersih melalui intervensi sektor WASH sangat membantu kegiatan CTPS masyarakat yang pada kenyataan di lapangan penggunaan air bersihnya berkisar kurang lebih 1 liter per jiwa per sarana CTPS.<sup>40</sup>

Selain itu, forum Kluster WASH juga tengah menyiapkan Rencana Kesiapsiagaan atau *contingency plan* sektor WASH. Dokumen tersebut akan menjabarkan tanggung jawab serta keluaran yang diharapkan dari berbagai institusi maupun organisasi yang melakukan intervensi di sektor WASH pada saat terjadi suatu kejadian bencana dan juga menjabarkan prioritas kesiapsiagaan WASH dalam rangka memastikan kapasitas penanganan bencana yang memadai. Penyusunan dokumen ini juga sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial (Permensos) No.26/2015 tentang Pedoman Kluster Nasional Pengungsian dan Perlindungan (Klusnas PP), yang di dalamnya terdapat Sub Kluster AMPL/WASH.

Sistem pemantauan rutin dengan pendekatan lintas sektor sebaiknya memperlihatkan kerja sama efektif antara Dinas Kesehatan dengan lembaga-lembaga terkait agar dapat diarahkan untuk memastikan ketersediaan air bersih, tempat cuci tangan, dan suplai sabun.<sup>30</sup> Contoh serupa telah dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan belajar mengajar di mana Dinas Pendidikan melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat untuk penyiapan (*readiness*) persiapan infrastruktur yang diperlukan, serta berkoordinasi dalam pelaporan siswa/guru/tenaga kependidikan yang menunjukkan gejala penyakit pernapasan.<sup>37</sup> Menurut panduan Desa Cegah COVID-19, Satuan Tugas COVID-19 dengan dukungan Kepala Desa, bertanggung jawab menyediakan fasilitas CTPS dan elemen desa lainnya mengawasi berjalannya praktik ini.

Satgas Penanganan COVID-19 membentuk Bidang Perubahan Perilaku dan menyusun pedoman perubahan perilaku untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat agar secara konsisten melaksanakan 3M. Ada 4 strategi intervensi yang dilakukan untuk membangun kesadaran dalam diri individu, yaitu:<sup>41</sup>

1. Nasihat: memberi informasi yang masif dan benar agar masyarakat memahami pentingnya perilaku 3M.
2. Dorongan: mengingatkan secara berulang-ulang, mendorong tersedianya fasilitas agar masyarakat mudah menjalankan protokol kesehatan 3M, dan mengembangkan inovasi dan kreativitas daerah untuk menyukkseskan program tersebut.
3. Insentif: memberi penghargaan atas perubahan yang terjadi.
4. Hukuman: memberi sanksi bagi yang belum patuh.

Pelaksanaan di masing-masing wilayah disarankan untuk disesuaikan dengan situasi dan kondisi sosial-budaya masyarakat setempat. Pada tingkat masyarakat, penerapan pedoman ini dapat dilanjutkan secara mandiri dalam bentuk-bentuk kegiatan:

1. Membuat media-media seperti spanduk, baliho, poster, leaflet, maupun video singkat yang menarik
2. Menggunakan bahasa daerah sehingga dipahami oleh semua kalangan dan usia
3. Menyesuaikan gambar dan desain dengan kondisi di wilayah
4. Melibatkan pihak-pihak terkait dan tokoh panutan setempat

Para petugas, aparat, relawan, pemimpin agama, serta tokoh masyarakat akan dilatih untuk menyampaikan isi pesan agar lebih mudah dipahami oleh masyarakat dan untuk menjadi pelaku penyebar informasi dan edukasi di tengah masyarakat.

**Tantangan-tantangan yang berhubungan dengan strategi komunikasi dan sarana prasarana untuk membangun perubahan perilaku masyarakat hidup sehat.**

**Tantangan 1: Perumusan strategi komunikasi secara kolaboratif dengan optimalisasi pendekatan *pentahelix*.** Model intervensi ini melihat bencana sebagai urusan bersama, di mana pemerintah harus berkolaborasi dengan sektor swasta, pakar, termasuk akademisi, tokoh publik, komunitas atau masyarakat sipil, dan media massa.<sup>17</sup> Untuk mendorong perubahan perilaku, pemerintah perlu melakukan model intervensi adaptif berbasis komparasi dari berbagai daerah di Indonesia dan melibatkan komunitas dan tokoh lokal berpengaruh (tokoh adat atau tokoh agama) untuk mendapatkan kepercayaan (*trust*).<sup>42</sup> Pembelajaran dari program sanitasi berbasis masyarakat, norma sosial di masyarakat ditemukan sebagai salah satu faktor yang memengaruhi keberlanjutan dari perilaku yang baru.<sup>43</sup> Kebijakan terkait upaya promotif dari pemerintah pusat perlu diikuti dengan

penguatan kapasitas dan bimbingan teknis di level daerah, dan meliputi perangkat daerah, Gugus Tugas COVID-19 kabupaten/kota, hingga lingkup terkecil seperti RT dan RW.<sup>28</sup> Mekanisme koordinasi pemerintah pusat dan daerah dilakukan melalui Gugus Tugas yang sudah dibentuk hingga tingkat kabupaten dan diharapkan dilakukan sampai ke level terbawah.<sup>44</sup> Selain itu, pelibatan relawan seperti Tagana, Pemuda Tangguh Bencana, dan koordinasi dengan koordinator relawan BNPB/BPBD/Satuan Tugas belum dilaksanakan secara optimal karena sulitnya akses di daerah.

**Tantangan 2: Akurasi dan konsistensi masih menjadi permasalahan dalam materi komunikasi instansi pemerintahan.** Diperlukan penguatan kapasitas dalam menyampaikan informasi yang akurat secara konsisten di berbagai level untuk dapat memperkuat ketahanan keluarga dan masyarakat dalam mengadopsi perilaku melindungi diri dan keluarga dari penularan Covid 19, baik pada masa pandemi dan masa pemulihan nanti.<sup>20, 34</sup> Bahasa komunikasi yang digunakan masih perlu disederhanakan sehingga dapat dengan mudah dipahami oleh masyarakat. Perlu juga direncanakan upaya pemantauan dan evaluasi terkait implementasi komunikasi risiko dan pelibatan masyarakat. Belum semua kader/relawan mendapat pembekalan untuk penyampaian pesan komunikasi risiko karena kendala sarana prasarana dan pendanaan.

**Tantangan 3: Kolaborasi dengan swasta dan masyarakat lokal diperlukan untuk komunikasi kepada kelompok lebih luas, termasuk kelompok marginal.** Suraya Afif (2020) berpendapat bahwa informasi dan strategi komunikasi pemerintah masih bersifat satu arah dan belum menjangkau kelompok marginal dan kelompok di daerah-daerah yang beragam.<sup>17</sup> Penyampaian informasi untuk masyarakat di daerah, masyarakat adat, dan kelompok rentan seperti perempuan belum menjadi fokus pemerintah, yang mana justru sangat baik dijalankan oleh komunitas (relawan, organisasi non-pemerintah) dan sektor swasta melalui program *Corporate Social Responsibility* (CSR). Semiarto AP menekankan pentingnya proses pendampingan dan proses “translasi” dalam penyampaian informasi terkait COVID-19 bagi masyarakat di daerah, masyarakat adat, dan kelompok rentan karena banyaknya informasi dan istilah baru dalam waktu bersamaan yang akan menimbulkan kebingungan.<sup>17</sup> Misalnya, istilah *new normal* yang dipahami sebagai “kembali normal” oleh kelompok masyarakat Desa di Lombok Timur dan Lombok Utara, berbalik menjadi menghambat kepatuhan terhadap protokol kesehatan dan keputusan rantai penularan. Program Adaro Bangun Negeri (CSR PT Adaro Energy, Tbk) berhasil dengan pendekatan pendampingan pada masyarakat adat Dayak Deah di Desa Liyu, Kalimantan Selatan. Ketua adat (*mobilizer*) dilibatkan dalam menerjemahkan dan menyampaikan berbagai peraturan dan istilah terkait COVID-19 agar mudah dipahami masyarakat lokal. Program ini juga mendampingi masyarakat adat dalam melakukan ritual yang mereka percaya untuk menghilangkan wabah penyakit dengan tetap menjalankan protokol kesehatan (pendekatan kontekstual).

### Vaksinasi COVID-19 sebagai upaya pencegahan penularan kasus

Upaya-upaya yang telah dilakukan untuk mengendalikan penyebaran COVID-19 sejak kasus pertama kali ditemukan di Indonesia pada awal Maret 2020 belum berhasil menekan pertumbuhan kasus. Per tanggal 30 September 2020, lebih dari 287.000 kasus telah terkonfirmasi, dengan lebih dari 10.000 di antaranya meninggal dunia. Indonesia masih memiliki tingkat penularan tercepat di antara negara-negara di Asia Timur,<sup>45</sup> dengan *positivity rate* molekuler 14,5% dari jumlah spesimen *testing*.<sup>46</sup> Indonesia memiliki tingkat kematian (*case fatality rate*) tertinggi di Asia Tenggara, baik di antara kasus terkonfirmasi, maupun kasus terduga/bergejala COVID-19. Adapun proporsi kematian tertinggi pada kasus terkonfirmasi terjadi pada rentang usia 46 tahun ke atas.

Risiko beban ekonomi dan sosial akibat COVID-19 di Indonesia juga tinggi. Kementerian PPN/Bappenas menghitung pertumbuhan ekonomi akibat COVID-19 mengalami kontraksi sebesar 1,1% pada kuartal II tahun 2020. Akibatnya, tingkat pengangguran berada pada kisaran 7,8 hingga 8,5 persen.<sup>47</sup> Jumlah penduduk miskin pun meningkat dari 1,63 juta pada Maret 2020 menjadi 26,42 juta (lebih tinggi dari jumlah penduduk miskin yang tercatat dari survei BPS di bulan September 2019).<sup>48</sup> Suryahadi, Al Izzati & Suryadarma (2020) memperkirakan tingkat kemiskinan meningkat dari 9,2% (September 2019) menjadi 9,7% (akhir tahun 2020) atau setara dengan penambahan 1,3 juta jiwa orang miskin baru.<sup>49</sup> Pertumbuhan ekonomi Indonesia juga terus menurun sejak pandemi COVID-19 terjadi, dengan pertumbuhan *year-on-year* di triwulan I tahun 2020 sebesar 2,97% dan menjadi -5,32% di triwulan II.<sup>50</sup>

Dengan terus bertambahnya beban kesehatan masyarakat dan beban perekonomian akibat COVID-19, dan di lain pihak upaya penanggulangan yang belum efektif menekan laju penyebaran penyakit, penggunaan vaksin dapat menjadi strategi kunci dalam penanggulangan pandemi di Indonesia. Vaksinasi COVID-19 merupakan salah satu strategi utama dalam pengendalian COVID-19 khususnya jika dapat mencapai *herd immunity*. Pemerintah Indonesia telah mengatur dasar-dasar pengadaan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 dalam Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020. Walau proses penyediaan vaksinasi membutuhkan waktu, kesiapan pemerintah dalam penyediaan vaksin akan meningkatkan keyakinan pelaku ekonomi. Diharapkan distribusi vaksin sudah mampu mencapai tingkat *herd immunity* di akhir tahun 2021.

Sebagai upaya mempersiapkan masyarakat untuk vaksinasi COVID-19, Kementerian Kesehatan Bersama Komite Penasihat Ahli Imunisasi Nasional (*Indonesian Technical Advisory Group on Immunization/ITAGI*) dengan dukungan UNICEF dan WHO melaksanakan survei daring nasional untuk memahami pandangan, persepsi, dan perhatian masyarakat terkait vaksinasi COVID-19. Survei yang berlangsung pada bulan September 2020 ini menunjukkan bahwa tiga perempat responden menyatakan telah mendengar tentang vaksin Covid-19, dan sekitar dua pertiga responden menyatakan bersedia menerimanya, dengan tingkat penerimaan yang berbeda-beda berdasarkan provinsi, status ekonomi, agama/kepercayaan, dan status pendidikan. Responden yang menolak memiliki kekhawatiran mengenai keamanan dan efektivitas vaksin, serta kehalalan vaksin.<sup>51</sup> Hasil survei digunakan untuk mengembangkan strategi vaksinasi COVID-19, termasuk pendekatan komunikasi yang dirancang untuk memastikan seluruh masyarakat memiliki akses informasi yang akurat tentang keamanan dan efektivitas vaksin.

Untuk meningkatkan penerimaan vaksin, pemerintah telah menyiapkan upaya persiapan secara maksimal, termasuk menyesuaikan langkah-langkah Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat (KRPM) dengan menyertakan aspek intervensi perubahan perilaku, serta mengidentifikasi cara menjangkau masyarakat dengan akses informasinya terbatas. Pesan-pesan yang akan disampaikan mempertimbangkan penggunaan dorongan (*nudges*) lingkungan untuk mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan biaya, kepuasan, dan kenyamanan. Digunakan juga pendekatan desain yang berpusat pada manusia (*human-centered design*) dalam menyusun profil pengguna untuk kelompok sasaran awal guna memastikan bahwa layanan yang diberikan tepat dan dapat diterima untuk mengurangi risiko. Berbagai tokoh masyarakat dan agama juga akan dilibatkan sebagai *influencers*.<sup>52</sup> Strategi komunikasi publik vaksinasi COVID-19 juga disiapkan untuk meningkatkan kemampuan bayar dan akses terhadap vaksin COVID-19. Pilihan untuk menyediakan vaksin secara gratis atau berbayar perlu mempertimbangkan akses bagi masyarakat miskin dan rentan, populasi berusia di atas 65 tahun dengan komorbiditas, biaya yang harus ditanggung pemerintah serta konsekuensi vaksinasi COVID-19 terhadap program kesehatan lainnya (termasuk program imunisasi, kesehatan ibu, bayi, dan balita) selama penerapan vaksinasi COVID-19.<sup>52</sup>

### Tantangan-tantangan dalam vaksinasi COVID-19 mencakup:

**Tantangan 1: Ketersediaan vaksin COVID-19 terbatas.** Seluruh negara di dunia berupaya untuk mengamankan penyediaan kebutuhan vaksin bagi penduduknya, termasuk Indonesia. Dikarenakan vaksin merah putih (produksi dalam negeri) belum siap untuk diproduksi (masih dalam tahap awal), maka Indonesia berupaya untuk membeli dari negara lain dan mengikuti skema *AMC Covax Facility*.

**Tantangan 2: Walaupun sasaran prioritas vaksinasi COVID-19 sudah dihitung dan disiapkan oleh Pemerintah, masih perlu dipertimbangkan tantangan dalam distribusi di lapangan dan memprioritaskan kelompok penduduk untuk vaksinasi COVID-19.** Dengan total kapasitas produksi vaksin global sebesar 4 milyar dosis,<sup>53</sup> hampir 6 milyar dosis telah dipesan oleh berbagai negara termasuk 2 milyar dosis sebagai bagian *Advanced Market Commitment/Covax Facility* pada akhir tahun 2021. Diperlukan prioritisasi sasaran vaksinasi, yaitu menentukan “siapa yang memperoleh vaksin?” dan, di antara mereka yang akan memperoleh vaksin, “siapa yang akan mendapatkannya terlebih dahulu?”. Penentuan prioritas sasaran vaksinasi seyogyanya mengikuti prinsip-prinsip etika kesehatan masyarakat agar dapat mencapai distribusi yang berkeadilan, dengan catatan bahwa beberapa prinsip etika kesehatan masyarakat yang berbeda dapat menghasilkan prioritisasi yang berbeda pula.

**Tantangan 3: Variasi efikasi vaksin sebagai pertimbangan dalam pemilihan vaksin.** Efikasi vaksin menunjukkan tingkat perlindungan yang diberikan vaksin kepada mereka yang divaksinasi jika dibandingkan dengan mereka yang tidak divaksinasi. Efikasi vaksin diukur melalui uji klinis yang dilakukan dalam keadaan optimal untuk menjaga kualitas vaksin dan *delivery* vaksin sampai ke subjek uji klinis. Efikasi berbeda dengan efektivitas yang diukur pada *delivery* vaksin dalam kondisi programatik yang biasanya sub-optimal, sehingga efikasi biasanya menjadi batas atas dari efektivitas suatu vaksin. Hasil uji klinis vaksin COVID-19 menunjukkan variasi efikasi vaksin COVID-19. WHO memberikan target jangka pendek (untuk penggunaan di masa pandemi) efikasi setidaknya 50% agar vaksin dapat digunakan dalam masa pandemi.<sup>54</sup>

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) belum berhasil menekan laju angka transmisi COVID-19 dan belum efektif mendorong perilaku yang diinginkan dari masyarakat. Koordinasi lintas sektor dalam penerapan PSBB masih terbatas dan belum ada pedoman alat pemantauan dan evaluasi untuk menentukan PSBB dihentikan, dilonggarkan, atau diperpanjang. Selain itu, penegakan dan pemantauan PSBB belum diikuti dengan sanksi atau tindakan tegas bagi pelanggar. Pemberlakuan dan pemantauan PSBB juga belum memberdayakan masyarakat sebagai agen perubahan.
2. Penyusunan strategi komunikasi perubahan perilaku belum dilakukan secara kolaboratif melalui dialog dengan pemda dan organisasi masyarakat setempat, serta belum mengakomodasi kebutuhan kelompok marginal. Desain, konten, dan penyampaian materi KIE belum mempertimbangkan kebutuhan orang dengan disabilitas, orang lanjut usia, anak-anak, dan mereka yang tidak memiliki akses internet. Selain itu, strategi perubahan perilaku belum didukung sarana prasarana yang memadai untuk layanan sanitasi dan air minum serta hygiene untuk menunjang perilaku hidup sehat.



3. Keterlibatan organisasi masyarakat, termasuk organisasi keagamaan, menjadi faktor penting yang dapat membangun kekuatan jejaring dan sumber daya untuk mobilisasi sosial dan budaya yang masif. Pelibatan relawan seperti Tagana, Pemuda Tangguh Bencana juga perlu dioptimalkan untuk menjadikan mereka sebagai agen perubahan di masyarakat.
4. Strategi komunikasi publik untuk vaksinasi COVID-19 digunakan untuk mendukung persiapan pemerintah dalam penyediaan vaksin dan memastikan seluruh masyarakat memiliki akses informasi yang akurat dan mudah dipahami mengenai keamanan, efektivitas, dan kehalalan vaksin.

### Rekomendasi

1. Pelaksanaan PSBB perlu mengacu pada pedoman dari tahap penetapan, pelaksanaan, pencatatan, pelaporan, pengawasan, dan pembinaan. Penyusunan alat pemantauan dan evaluasi penerapan PSBB juga perlu dilakukan secara lintas sektor untuk menentukan keberhasilan PSBB, serta mengambil keputusan mengenai pelonggaran, perpanjangan, atau penghentian PSBB.
2. Penerapan strategi komunikasi perubahan perilaku dimulai dengan membangun kapasitas pemerintah dan organisasi masyarakat terkait komunikasi risiko dan pelibatan masyarakat. Setelah itu, ketersediaan materi komunikasi yang ada dapat disesuaikan dengan konteks dan kreativitas lokal, serta dirancang dengan desain universal untuk dapat diakses dan memenuhi kebutuhan orang dengan disabilitas dan kelompok rentan lainnya, seperti orang lanjut usia dan anak-anak.
3. Mengoptimalkan peran tokoh masyarakat (agama/adat), lembaga keagamaan/kemasyarakatan, dan lembaga sosial keagamaan beserta jejaringnya untuk melakukan edukasi, mobilisasi sosial, dan pemantauan kepatuhan terhadap protokol kesehatan. Selain itu, keberadaan sistem pemantauan dan pengawasan kepatuhan terhadap protokol kesehatan juga perlu dilakukan dengan pendekatan lintas sektoral dan memanfaatkan teknologi yang inovatif sehingga dapat memberikan data *real time*.
4. Penyusunan panduan dari strategi komunikasi publik untuk vaksinasi COVID-19 bagi pemerintah pusat, daerah, dan lembaga-lembaga yang bergerak di akar rumput untuk menyampaikan informasi mengenai keamanan, efektivitas, dan kehalalan vaksin. Panduan juga perlu mencakup pesan mengenai transparansi mekanisme vaksinasi dan penentuan prioritas vaksinasinya untuk optimalisasi pelaksanaan vaksinasi.

## Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Intra-Action Review Covid-19: Indonesia. 2020 11-14 Agustus 2020.
2. Pemprov DKI Jakarta. Hal-hal yang Harus Diperhatikan Selama PSBB. Jakarta; 2020. Available from: <https://corona.jakarta.go.id/storage/documents/panduan-psbb-dki-jakarta-5e987e5bc4702.pdf>.
3. Kementerian PPN/ Bappenas. Studi Pemulihan Ekonomi Pasca Pandemi COVID-19. Jakarta: Kedeputan Bidang Ekonomi, Kementerian PPN/ Bappenas; 2020.
4. Tim detikcom. Tadinya 18, Kini Hanya 7 Daerah yang Masih Berlakukan PSBB. detikNews. 2020. Available from: <https://news.detik.com/berita/d-5167716/tadinya-18-kini-hanya-7-daerah-yang-masih-berlakukan-psbb>.
5. BBC News. Virus Corona: Menkes terbitkan pedoman pelaksanaan PSBB, apa bedanya dengan pembatasan yang sudah terjadi? BBC News. 2020. Available from: <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-52104232>.
6. Askar MW, Perman MY, Hidayah I, Anindya K, Rakhmat MZ, Fajri H. Maju Mundur PSBB: Perketat atau Longgarkan? Jakarta; 2020.
7. Ariawan I RP, Farid MN, Jusril H, Wahyuningsih W. Pemodelan Epidemi COVID-19 & Evaluasi Pelaksanaan PSBB. 2020.
8. Ridhoi MA, Bayu DJ. Lonjakan Kasus COVID-19 yang Mengintai Usai Libur Panjang - Analisis Data Katadata. Katadata.co.id. 2020. Available from: <https://katadata.co.id/muhammadrinhoi/analisisdata/5faa611f15b6d/lonjakan-kasus-COVID-19-yang-mengintai-usai-libur-panjang>.
9. Kementerian Kesehatan RI. COVID-19 Dalam Angka: Kondisi 21 November 2020. 2020. Available from: <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-info-terkini.html>.
10. Velarosdela RN. Membandingkan Tren Penambahan Kasus Positif COVID-19 sejak PSBB hingga PSBB Transisi. Kompascom. 2020. Available from: <https://megapolitan.kompas.com/read/2020/07/28/15185491/membandingkan-tren-penambahan-kasus-positif-COVID-19-sejak-psbb-hingga?page=all>.
11. Hamdi I, Silaban MW. Anies Baswedan Terapkan PSBB Total Lagi, DPRD DKI: Keputusan Sulit - Metro Tempo.co. 2020.
12. Velarosela RN, Movanita ANK. Pengetatan PSBB Jakarta Diperpanjang hingga 11 Oktober 2020. 2020.
13. Saubani A. Kepatuhan Warga DKI Gunakan Masker Masih di Bawah Standar. Republikacoid. 2020. Available from: <https://republika.co.id/berita/qi1j5y409/kepatuhan-warga-dki-gunakan-masker-masih-di-bawah-standar>.
14. Yilmazkuday H. Fighting Against COVID-19 Requires Wearing a Face Mask by Not Some but All. Health Economics Evaluation Methods eJournal Coronavirus & Infectious Disease Research eJournal. 2020.
15. LIPI. Survei Ketahanan Sosial Masyarakat Selama PSBB IPSK LIPI 2020. Available from: <http://ipsk.lipi.go.id/index.php/berita/712-survei-ketahanan-sosial-masyarakat-selama-psbb>.
16. Hariani B. Depok Miliki Ratusan Kampung Siaga COVID-19. Berita Satu. 2020. Available from: <https://www.beritasatu.com/bernadus-wijayaka/megapolitan/691417/depok-miliki-ratusan-kampung-siaga-Covid19>.

17. Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia. Webinar FISIP UI 2020 Seri 7: Tantangan Mewujudkan Kepatuhan Masyarakat Terhadap Protokol Kesehatan [Video]. 2020.
18. Alhumami A. Studi Pembelajaran Pandemi COVID-19: Agama, Pendidikan, dan Kebudayaan. Jakarta: Direktorat Agama, Pendidikan, dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas; 2020.
19. Jogo Tonggo Masuk Top 21 Inovasi Pelayanan Publik Penanganan COVID-19 [press release]. 2020. Available from: <https://jatengprov.go.id/beritaopd/jogo-tonggo-masuk-top-21-inovasi-pelayanan-publik-penanganan-COVID-19/>.
20. Mas'udi W, Winanti PS. Tata Kelola Penanganan COVID 19 di Indonesia: Kajian Awa. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020.
21. Aulia A, Pradityas H, Lina S, Iwisara NG, Anandita Y, Utami ESU, et al. Persepsi Masyarakat Terhadap COVID-19. First Edit ed. Jakarta: Suara Komunitas; 2020.
22. Survei Persepsi Risiko COVID-19 DKI Jakarta [press release]. Social Resilience Lab Nanyang Technological University Laporan COVID-192020. Available from: <https://laporCovid19.org/persepsi-risiko-dki/>.
23. Cahyono W, Milla MN, Subarkah MZ, Yustisia W. POLICY BRIEF 02: PARTISIPASI AKTIF MASYARAKAT UNTUKMEMPERKUAT SOLIDARITAS SOSIAL. Ikatan Psikologi Sosial HIMPSI; 2020. Available from: [https://himpsi.or.id/web/content/2541?access\\_token=764d3498-ea31-423e-9e0d-8efaecaa2e19&unique=false&download=true](https://himpsi.or.id/web/content/2541?access_token=764d3498-ea31-423e-9e0d-8efaecaa2e19&unique=false&download=true).
24. Cahyono W, Milla MN, Yustisia W, Joevarian. MENDORONG SOLIDARITAS SOSIALMELAWAN PANDEMI COVID-19. Ikatan Psikologi Sosial HIMPSI; 2020. Available from: [https://himpsi.or.id/web/content/2343?access\\_token=039b033a-0a9a-408d-a895-727a8477ba9e&unique=false&download=true](https://himpsi.or.id/web/content/2343?access_token=039b033a-0a9a-408d-a895-727a8477ba9e&unique=false&download=true).
25. Kementerian kesehatan RI, USAID, Germas. Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) dalam Pencegahan COVID-19. 2020. Available from: [https://promkes.kemkes.go.id/pub/files/files81837Panduan%20Komunikasi%20Perubahan%20Perilaku%20dalam%20Pencegahan%20dan%20Pengendalian%20COVID-19%20\(Interactive\).pdf](https://promkes.kemkes.go.id/pub/files/files81837Panduan%20Komunikasi%20Perubahan%20Perilaku%20dalam%20Pencegahan%20dan%20Pengendalian%20COVID-19%20(Interactive).pdf).
26. Badan Nasional Penanggulangan Bencana. Pengelompokan Kriteria Risiko COVID-19 di Daerah Berdasarkan Zonasi Warna. 2020.
27. Jubir COVID: Lima Minggu Terakhir DKI Zona Merah [press release]. 2020. Available from: <https://Covid19.go.id/p/berita/jubir-Covid-lima-minggu-terakhir-dki-zona-merah>.
28. Parady V. FGD Intervensi Promotif dan Preventif Penanganan COVID-19. (W. Setiabudi, I. Putri, M. Makky, & B. Santoso, Interviewers). 2020.
29. Noor F, Ayuningtyas F, Prihatiningsih W. Disaster Communication for Handling COVID 19 in Indonesia. International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding. 2020;7(4):25-35.
30. OCHA. Global Humanitarian Response Plan COVID-19. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); 2020. Available from: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>.
31. Arif A. Antara Kebal dan Bebal Hadapi Korona. Kompas. 2020. Available from: <https://kompas.id/baca/humaniora/ilmu-pengetahuan-teknologi/2020/02/11/antara-kebal-atau-bebal-hadapi-korona/>.
32. Damhuri E. Media Lawan COVID-19. Republikacoid. 2020. Available from: <https://republika.co.id/berita/q7ozod440/media-lawan-Covid19>.

33. Badan Pusat Statistik. Perilaku Masyarakat di Masa Pandemi COVID-19. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2020. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/2020/09/28/f376dc33cfcdeec4a514f09c/perilaku-masyarakat-di-masa-pandemi-COVID-19.html>.
34. Djalante R, Lassa J, Setiamarga D, Sudjatma A, Indrawan M, Haryanto B, et al. Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. *Progress in Disaster Science*. 2020;6:100091-.
35. Choirul M. Penumpang Nambah, KRL Jabodetabek Tambah 5 Kereta Mulai Besok. 2020.
36. Dinas Perhubungan DKI Jakarta. Informasi Layanan Transjakarta per 1 Juli 2020 pada Masa PSBB Transisi. 2020.
37. Harususilo YE. 15 Protokol Penanganan Virus Corona di Area Pendidikan, Seperti Apa? *Kompas*. 2020. Available from: <https://edukasi.kompas.com/read/2020/03/10/17441171/15-protokol-penanganan-virus-corona-di-area-pendidikan-seperti-apa?page=all>.
38. Kementerian Dalam Negeri RI. Pedoman Umum Menghadapi Pandemi COVID-19 Bagi Pemerintah Daerah: Pencegahan, Pengendalian, Diagnosis dan Manajemen. 2020. Available from: <https://ditjenbinaadwil.kemendagri.go.id/wp-content/uploads/2020/03/BUKU-PEDOMAN-KEMENDAGRI-COVID-19.pdf>.
39. Asiatoday. UNDP: Inovasi Jawa Barat Tangani COVID-19 Bisa Jadi Pembelajaran di Asia Pasifik. *Asiatoday*. 2020. Available from: <https://asiatoday.id/read/undp-inovasi-jawa-barat-tangani-COVID-19-bisa-jadi-pembelajaran-di-asia-pasifik>.
40. Wahana Visi Indonesia. Laporan 6 Bulan Respons Bencana Pandemi COVID-19 (COPE). 2020. Available from: [https://wahanavisi.org/userfiles/post/2011035FA0E2785E78D\\_LGID\\_.pdf](https://wahanavisi.org/userfiles/post/2011035FA0E2785E78D_LGID_.pdf).
41. COVID-19 BPPSTP. Pedoman Perubahan Perilaku Penanganan COVID-19. 2020. Available from: <https://Covid19.go.id/storage/app/media/Materi%20Edukasi/Pedoman%20Perubahan%20Perilaku%2018102020.pdf>.
42. Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia. Model Inovatif Intervensi Sosial dalam Penanganan Masalah Pandemi [Video]. 2020.
43. Odagiri M, Muhammad Z, Cronin AA, Gnilo ME, Mardikanto AK, Umam K, et al. Enabling Factors for Sustaining Open Defecation-Free Communities in Rural Indonesia: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12).
44. Parady V. FGD Pembatasan Sosial Berskala Besar (A. Sinulingga, A. Irawati, I. Hidayani, & Y. Budianto, Interviewers). 2020.
45. Aljazeera. Endless first wave: How Indonesia failed to control coronavirus. *Aljazeera*. 2020. Available from: <https://www.aljazeera.com/news/2020/08/20/endless-first-wave-how-indonesia-failed-to-control-coronavirus/>.
46. Kementerian Kesehatan RI. Data Kementerian Kesehatan RI. 2020.
47. Kementerian i PPN/ Bappenas. Bangun Lebih Baik Pasca Pandemi COVID-19. 2020. Available from: <https://www.bappenas.go.id/id/berita-dan-siaran-pers/bangun-lebih-baik-pascapandemi-COVID-19/>.
48. Penguatan Peran TKPK dalam Upaya Percepatan Penanggulangan Kemiskinan di Daerah pada Masa Pandemi COVID-19 [press release]. TNP2K, The National Team For The Acceleration of Poverty Reduction 2020. Available from: <http://tnp2k.go.id/articles/penguatan-peran-tpkp-dalam-upaya-percepatan-penanggulangan-kemiskinan--di-daerah-pada-masa-pandemi-COVID-19>.

49. Suryahadi A, Al Izzati R, Suryadarma D. Estimating the Impact of COVID-19 on Poverty in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. 2020;56(2):175-92.
50. Berita Resmi Statistik No. 64/08/Th. XXIII [press release]. 2020. Available from: <https://www.bps.go.id/brs.html>.
51. Kesehatan K, ITAGI, UNICEF, WHO. Survei Tunjukkan Mayoritas Masyarakat Indonesia Bersedia Menerima Vaksin COVID-19. 2020.
52. Strategi komunikasi Publik Vaksinasi COVID-19 [press release]. 2020.
53. CEPI survey assesses potential COVID-19 vaccine manufacturing capacity [press release]. 2020. Available from: [https://cepi.net/news\\_cepi/cepi-survey-assesses-potential-COVID-19-vaccine-manufacturing-capacity/](https://cepi.net/news_cepi/cepi-survey-assesses-potential-COVID-19-vaccine-manufacturing-capacity/).
54. World Health Organization. WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/who-target-product-profiles-for-COVID-19-vaccines>.

## **BAB 5**

# **Manajemen Respons**

## BAB 5: Manajemen Respons

### Manajemen Respons

(Dr. Poppy S. Winanti; Wawan Mas'udi, Ph.D; Sumedi A. Mulyo, Ph.D; Pungkas B. Ali, Ph.D; Andri. N.R. Mardiah, Ph.D; Dewi Amila S., M.Sc; Prof. Meiwita P. Budiharsana; dan Sidayu Ariteja, MPP)

Di tengah masih belum berakhirnya pandemi COVID-19 di Indonesia, upaya untuk penataan kelembagaan manajemen respons krisis yang efektif dan bersifat multisektor sangat diperlukan, baik untuk mengelola situasi darurat maupun mengelola dampak pandemi. Bab ini menjelaskan aspek-aspek manajemen respons pandemi yang mencakup: sistem komunikasi publik, manajemen sumber daya, serta aspek kelembagaan dan kepemimpinan krisis.

#### Pesan Utama

- **Komunikasi publik yang efektif dan akurat sejak awal sangat dibutuhkan** untuk menumbuhkan kepercayaan berbagai kalangan terhadap kapasitas pemerintah menangani pandemi.
- **Mobilisasi sumber daya** dalam penanganan pandemi COVID-19 perlu dikawal untuk menjamin transparansi dan akuntabilitas dalam pemanfaatannya .
- **Kelembagaan respons krisis** membutuhkan **kepemimpinan** dengan *mindset* krisis yang kuat dan arah yang jelas untuk menangani situasi kedaruratan dan dampak pandemi COVID-19, serta penguatan koordinasi antar instansi dan antar level pemerintahan.

**Komunikasi publik yang tegas dan akurat sejak awal pandemi akan menumbuhkan kepercayaan masyarakat** - Di tengah ketidakpastian akibat situasi pandemi, pemerintah dituntut menghadirkan informasi yang dapat diandalkan dan bisa dirujuk oleh masyarakat. Hal ini menjadi penting mengingat deras dan cepatnya persebaran informasi melalui berbagai saluran media.

**Mobilisasi sumber daya secara transparan dan akuntabel** - Sistem mobilisasi sumber daya kesehatan dan sumber daya lainnya untuk menangani dampak pandemi perlu terus dikembangkan dengan mengedepankan prinsip-prinsip tata kelola yang baik. Hal yang masih dibutuhkan adalah ketercukupan penyediaan APD dan peralatan kesehatan, serta pendistribusian yang merata ke seluruh wilayah. Di awal pandemi, kekurangan logistik ini menjadi hal yang mengemuka dan menimbulkan penurunan kepercayaan masyarakat terhadap kemampuan penanganan pandemi COVID-19 oleh pemerintah, namun dalam perkembangannya hal ini sudah bisa mulai teratasi.

**Kelembagaan manajemen respons krisis yang solid dan kepemimpinan dengan *mindset* krisis yang kuat** - Absennya kelembagaan manajemen krisis yang *solid* menyebabkan kegagalan di awal pandemi. Untuk penguatan kelembagaan manajemen respons, aspek-aspek yang perlu diperhatikan mencakup: 1) sistem dan kapasitas kelembagaan krisis yang responsif; 2) sistem koordinasi dan kolaborasi kewenangan antar instansi dan antar level pemerintahan, serta keterlibatan kelembagaan masyarakat; dan 3) kepemimpinan krisis yang efektif.

## Pendahuluan

Pandemi COVID-19 telah menjadi ujian bagi keandalan sistem dan kelembagaan manajemen krisis, tidak hanya di Indonesia namun hampir di seluruh dunia. Kajian awal atas sistem respons krisis di berbagai negara menunjukkan kegagalan menghadapi COVID-19.<sup>1</sup> Di Indonesia, situasi tidak berbeda, dimana respons pemerintah menunjukkan ketidakpastian langkah kebijakan untuk merespons merebaknya pandemi.<sup>2</sup> Situasi ini di satu sisi menunjukkan masih sangat terbatasnya pengetahuan atas COVID-19, sementara di sisi lain juga menunjukkan kerentanan sistem respons krisis menghadapi pandemi. Mengingat krisis akibat COVID-19 masih belum menunjukkan tanda-tanda berakhir setelah lebih dari 9 bulan, kajian atas bagaimana sistem respons krisis bekerja selama ini menjadi sangat penting guna pengembangan kelembagaan respons krisis yang lebih adaptif dan efektif.

Perkembangan respons sejak kasus pertama COVID-19 diumumkan pada awal Maret 2020 hingga saat ini yang masih dalam situasi kedaruratan, perlu dianalisis. Berawal dari respons yang cenderung meremehkan, sampai dengan ketidakpercayaan atas langkah kebijakan untuk menghentikan pandemi, serta penanganan atas dampak sosial dan ekonominya. Menjelaskan dinamika respons pandemi tentu tidak mudah, mengingat luasnya aspek *governance* baik dari sisi aktor maupun dinamika yang berkaitan secara langsung maupun tidak langsung dengan penanganan pandemi. Untuk menjelaskan sistem manajemen respons, sejumlah aspek utama yang terkait sebagai berikut :

- Respons pemerintah terhadap ancaman COVID-19 mencakup: kecepatan respons di awal wabah, dampak lambatnya respons terhadap penanganan selanjutnya, serta sistem dan strategi komunikasi publik yang dikembangkan untuk mengatasi *infodemic*.
- Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah dalam masa tanggap darurat dan untuk menangani dampak pandemi, serta dinamika kebijakan dan aturan terkait penanganan wabah.
- Sistem pemenuhan sumber daya kesehatan selama pandemi, mencakup: situasi kekurangan di awal pandemi dan kebijakan untuk mengatasinya, serta sistem proyeksi kebutuhan dan distribusinya.
- Postur kelembagaan penanganan krisis pandemi yang dikembangkan, mencakup: pembentukan dan pelibatan *multi-stakeholders*, karakter kelembagaan (permanen atau *ad hoc*), peran masing-masing lembaga dan koordinasi antar lembaga, serta kelembagaan penanganan krisis di daerah.
- Kepemimpinan krisis selama pandemi, mencakup: karakter kepemimpinan pemerintahan, pertimbangan dalam mengambil keputusan (pendulum ekonomi dan kesehatan), dan dampak penanganan pandemi terhadap legitimasi kepemimpinan (serta terhadap sistem manajemen respons secara luas).

Dengan menguraikan aspek-aspek di atas, diharapkan akan diperoleh gambaran terkait sistem manajemen respons pandemi serta dinamikanya dalam masa COVID-19, yang meliputi: kebijakan-kebijakan merespons krisis, model komunikasi publik, kebijakan manajemen logistik, dan kepemimpinan krisis. Analisis atas aspek-aspek kelembagaan tersebut akan menghadirkan pelajaran penting, mencakup di antaranya: 1) sistem dan kapasitas kelembagaan krisis yang dibutuhkan dan yang perlu dikembangkan; 2) sistem koordinasi dan kolaborasi kewenangan antar instansi dan antar level pemerintahan, serta keterlibatan masyarakat untuk merespons pandemi; 3) sistem informasi dan komunikasi publik yang dapat diandalkan; dan 4) model kepemimpinan krisis yang efektif.



Untuk menjelaskan manajemen respons situasi krisis sebagai akibat COVID-19, kerangka analisis tulisan ini berpijak pada *governing the crisis* terkait sistem dan kelembagaan manajemen respons krisis yang efektif, peran kepemimpinan dalam mengelola situasi darurat, dan respons kebijakan atas dampaknya. Sistem kelembagaan manajemen respons, sebagaimana dijelaskan dalam buku Tata Kelola Penanganan COVID-19 di Indonesia: Kajian Awal<sup>3</sup> mencakup beberapa aspek, yaitu: 1) adanya kelembagaan yang didedikasikan untuk menangani situasi pandemi, serta kebijakan yang bersifat tunggal dan konsisten; 2) sinergi dan koordinasi kelembagaan baik bersifat vertikal maupun horizontal; 3) ketersediaan dan kapasitas mobilisasi sumber daya; 4) sistem komunikasi publik yang efektif dan terpercaya; serta 5) kepemimpinan yang solid.

Dengan menggunakan kerangka di atas, sistematika bab disusun sebagai berikut. *Pertama*, analisis terkait komunikasi publik yang dikembangkan oleh pemerintah, baik di masa awal pandemi maupun setelahnya. Selain membahas kapasitas pemerintah dalam komunikasi publik, bagian ini juga menjelaskan tumbuhnya *infodemic* yang memperburuk situasi pandemi. *Kedua*, kapasitas penyediaan dan mobilitas sumber daya, baik yang berkaitan langsung dengan kebutuhan kesehatan maupun dampak non-kesehatan. Secara garis besar, ada limitasi kapasitas negara dalam penyediaan sumber daya menghadapi kondisi darurat dan dampaknya. Namun pada saat bersamaan, tumbuh kuat inisiatif sosial dari masyarakat dan keterlibatan sektor swasta. Aspek *ketiga* terkait dengan kelembagaan dan kepemimpinan dalam penanganan krisis. Dari sisi kelembagaan, masalah utama adalah sistem koordinasi yang lemah, baik yang bersifat lintas sektoral maupun vertikal (hubungan antar level pemerintahan). Tercakup dalam kelembagaan ini adalah perubahan regulasi yang terus berlangsung sebagai akibat situasi pandemi yang sangat dinamis, dan kepemimpinan krisis yang menunjukkan adanya fragmentasi nasional dan lokal.

#### Komunikasi Publik<sup>4</sup>

Dalam penanganan COVID-19, komunikasi publik pemerintah menjadi rujukan utama masyarakat, di tengah belum adanya pengetahuan yang solid tentang wabah ini. Absennya sistem komunikasi publik yang terpercaya akan melahirkan ketidakpastian, baik di kalangan pemerintah sendiri, dunia bisnis, maupun masyarakat. Situasi ini bisa memicu lahirnya *infodemic*, yaitu bermunculannya informasi liar dan tidak bisa diverifikasi kebenarannya, yang menambah ketidakpastian cara menghadapi pandemi.<sup>5</sup> *Infodemic* juga sempat berlangsung di tanah air, sebagai akibat lemahnya kapasitas pemerintah menyediakan informasi yang cepat dan akurat.<sup>6</sup> Hasil kajian Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial (LP3ES), 7 April 2020 menunjukkan banyaknya pernyataan pejabat pemerintah yang meremehkan ancaman wabah dan dampaknya, serta ketidaksiharan pernyataan yang disampaikan para pejabat tinggi negara.

Komunikasi publik yang efektif dan akurat sangat mendesak dalam penanganan krisis COVID-19 karena akan menumbuhkan kepercayaan berbagai kalangan terhadap kapasitas pemerintah menangani pandemi. Pemerintah dituntut menghadirkan informasi yang berkualitas dan cepat, yang menjadi rujukan masyarakat, di tengah arus informasi yang sangat deras dan tersebar cepat melalui berbagai saluran. Derasnya informasi seringkali mengaburkan antara yang akurat dengan bentuk-bentuk misinformasi, disinformasi, dan bahkan *hoax* yang memperparah situasi pandemi. Sampai dengan enam bulan pertama setelah pandemi berlangsung, kebutuhan untuk menghadirkan sistem informasi publik yang baik masih dihadapkan pada sejumlah tantangan sebagai berikut:

*Pertama*, carut-marut komunikasi publik yang ditunjukkan dengan tidak adanya kanal tunggal informasi berkaitan dengan COVID-19, termasuk langkah penanganan dan data pandemi.<sup>7</sup> Situasi ini melahirkan kekacauan informasi publik yang bisa menyebabkan kurangnya kepercayaan publik terhadap kredibilitas pemerintah. Kondisi ini juga memberi peluang tumbuhnya *infodemic* yang memperparah situasi pandemi. Tidak adanya kanal tunggal informasi publik, terutama di awal krisis COVID-19 juga telah menyebabkan berkembangnya *multiple sources of information*, baik yang berbasis informasi daerah dan nasional, maupun antar lembaga. Tidak adanya rujukan informasi dalam satu pusat data COVID-19 yang terintegrasi yang sejak awal dipersiapkan oleh pemerintah, membuat berbagai pihak mengambil langkah-langkah mandiri yang tidak sepenuhnya berbasis data yang akurat. Akibatnya, banyak tindakan yang dilakukan baik oleh pemerintah daerah maupun masyarakat cenderung bersifat *over reactive*, tidak tepat sasaran, dan bahkan tidak relevan dengan penanganan COVID-19. Oleh karena itu, krisis tata kelola informasi ini tidak hanya akan memperdalam kerentanan masyarakat namun juga telah menyebabkan penanganan situasi krisis menjadi kurang efektif dan tepat sasaran.

*Kedua*, masyarakat gagal mendapatkan informasi yang akurat akibat absennya komunikasi publik yang efektif. Informasi yang akurat dapat menjadi basis bagi masyarakat bertindak dan merespons situasi krisis dengan lebih baik. Sebaliknya, misinformasi dapat menjauhkan masyarakat dari solusi yang tepat dalam merespons wabah, bahkan dapat memperparah situasi.<sup>8</sup> Ketidaktahuan tentang pola penyebaran virus justru dapat menyebabkan masyarakat ikut berperan dalam memperburuk penanganan. Begitu juga halnya informasi yang tidak komprehensif atas prosedur pemakaman korban COVID-19 misalnya, justru melahirkan reaksi masyarakat yang berlebihan dan tidak pada tempatnya.<sup>9</sup>

*Ketiga*, lemahnya komunikasi publik menghambat implementasi kebijakan. Komunikasi publik menjadi kunci dalam proses kebijakan publik di masa krisis, untuk memastikan pesan kebijakan secara cepat dan tepat ditangkap oleh berbagai pihak, baik di internal maupun eksternal pemerintahan. Ketidakmampuan pemerintah untuk mengkomunikasikan kebijakan yang diambil, akan berdampak pada terhambat dan bahkan gagalnya implementasi. Lemahnya komunikasi publik dalam konteks kebijakan ini ditunjukkan dengan ketidakselarasan pernyataan dan langkah antar pejabat publik dalam mengelola pandemi.<sup>10</sup>

Dalam perkembangannya, perbaikan sistem informasi dan komunikasi publik terkait COVID-19 oleh pemerintah terus diupayakan agar menjadi solid dan terintegrasi. Meskipun demikian, mengingat situasi krisis yang masih berlangsung dan kebutuhan untuk menghadirkan sistem penanganan pandemi yang kuat di masa mendatang, tata kelola komunikasi publik yang efektif dan dapat diandalkan sangat dibutuhkan, dengan mempertimbangkan aspek-aspek berikut ini.<sup>11</sup>

*Pertama*, pentingnya menerapkan prinsip-prinsip komunikasi publik dalam situasi krisis, yaitu: keterbukaan, kesegeraan, konsistensi, dan akurasi. Dengan demikian, akan tersedia informasi yang akurat dan cepat untuk meminimalkan terjadinya *infodemic*. *Kedua*, pengelolaan dan penataan ulang pusat informasi publik pemerintah yang dapat menjadi rujukan masyarakat luas terutama terkait dengan informasi dasar yang dapat memenuhi insting *survival* masyarakat di era pandemi. Komunikasi publik yang efektif perlu ditopang dengan ketersediaan sistem informasi yang berbasis data yang valid. *Ketiga*, kepemimpinan yang kuat dalam komunikasi publik untuk memberikan pedoman kepada semua pihak yang terlibat dalam penanganan krisis. Kepemimpinan yang kuat juga akan memastikan pejabat publik tidak mengeluarkan pernyataan yang tidak sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, serta saling bertentangan satu sama lain.

*Keempat*, adanya jaminan tidak hanya kemudahan-akses publik atas informasi krisis namun juga untuk memahaminya. Adanya informasi yang setara akan memudahkan pengambilan kebijakan dan sekaligus memastikan kebijakan berjalan efektif. Menimbang kondisi sosial dan geografis Indonesia yang sangat beragam, sistem komunikasi publik perlu menjangkau seluruh kawasan dan lapisan masyarakat, tanpa tersandera oleh bias perkotaan dan segmen masyarakat tertentu. Pola komunikasi risiko yang dikembangkan perlu pula mempertimbangkan kesenjangan digital yang ada di masyarakat. Oleh karena itu, kualitas komunikasi risiko tidak hanya dinilai dari keteraturan dan kelengkapan penyampaian informasi, namun juga dari sejauh mana informasi yang diterima mampu diinternalisasi dan menciptakan kesadaran kolektif di masyarakat.<sup>12</sup>

*Kelima*, ketegasan dalam mengontrol misinformasi dan disinformasi. Misinformasi dan disinformasi menjadi bahaya tersendiri dalam kondisi pandemi. Untuk itu, sangat penting pengembangan sistem untuk mendeteksi misinformasi dan disinformasi yang berkembang, serta menyiapkan *counter* informasi yang valid. Dengan adanya sistem ini, masyarakat akan memperoleh rujukan sumber informasi yang jelas dan terpercaya. Di samping itu, optimalisasi peran relawan dan kelembagaan di tingkat RT/Desa perlu dibangun untuk membantu menyebarkan informasi, membangun kesadaran dalam menerapkan protokol kesehatan dan melawan stigma negatif yang memengaruhi penanganan pandemi.<sup>13</sup>

*Keenam*, penguatan peran media massa (digital dan konvensional) dalam advokasi krisis. Media massa memiliki peran krusial dalam penyebaran informasi yang akurat terkait dengan COVID-19, karena kemampuannya menjangkau masyarakat luas. Selain menjalankan fungsi kritisnya melihat berbagai sisi kelemahan penanganan krisis yang masih berlangsung, media massa juga perlu melakukan edukasi publik terkait aspek-aspek penanganan COVID-19.

### Mobilisasi Sumber Daya

Penanganan COVID-19 membutuhkan sumber daya kesehatan yang sangat besar, mengingat karakter virus yang dengan cepat menyebar dan mudah menular. Khususnya bagi tenaga kesehatan (*nakes*), tanpa ada peralatan yang memadai membuat mereka sangat rawan terpapar dan bahkan mengalami fatalitas akibat penularan. Tercatat, ribuan *nakes* tertular dan bahkan meninggal dunia akibat COVID-19.<sup>14</sup> Selain alat pelindung diri (APD), sumber daya kesehatan juga mencakup fasilitas untuk perawatan dan obat-obatan. Ketersediaan dan sistem distribusi sumber daya kesehatan menjadi isu sangat krusial dalam masa pandemi. Salah satu persoalan yang mengemuka pada masa awal pandemi adalah tidak memadainya peralatan dasar kesehatan dan fasilitas kesehatan pokok lainnya.<sup>15</sup>

### Kebijakan Dasar

Upaya untuk mencukupi peralatan dan perlengkapan kesehatan menjadi prioritas pemerintah, setelah pada minggu-minggu awal pandemi terjadi kekurangan. Pada 31 Maret 2020, Presiden mengeluarkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor (Perppu) No. 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus (Perppu 1/2020). Salah satu tindak lanjut kebijakan dari Perppu ini adalah keputusan untuk mengalokasikan dana penanganan wabah sebesar Rp 405,1 triliun, untuk empat kategori, yakni: 1) belanja sektor kesehatan sebesar Rp 75 triliun; 2) Insentif perpajakan dan stimulus kredit usaha rakyat sebesar Rp 70,1 triliun; 3) Perlindungan sosial sebesar Rp 110 triliun; dan 4) Program pemulihan ekonomi sebesar Rp 150 triliun.<sup>16</sup> Sumber daya yang dialokasikan selain untuk pembelanjaan alat dan fasilitas kesehatan, juga untuk menangani dampak sosial ekonomi pandemi dalam bentuk pemotongan pajak dan bantuan sosial.<sup>17</sup>

Terkait mobilisasi dan penggunaan sumber daya pada masa krisis, telah tersedia aturan yang bisa dijadikan rujukan, salah satunya adalah Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Perpres 16/2018), khususnya Pasal 59 ayat (5): “Untuk penanganan keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), PPK menunjuk Penyedia terdekat yang sedang melaksanakan Pengadaan Barang/Jasa sejenis atau Pelaku Usaha lain yang dinilai mampu dan memenuhi kualifikasi untuk melaksanakan Pengadaan Barang/Jasa sejenis.” Turunan teknis atas aturan ini adalah Peraturan LKPP No.13/2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Dalam Penanganan Keadaan Darurat, dimana dalam keadaan darurat, prosesnya dipersingkat menjadi 3 tahap: perencanaan, pelaksanaan, dan pembayaran. Dalam merespons situasi pandemi, LKPP secara khusus mengeluarkan Surat Edaran Nomor 3 Tahun 2020 tentang Penjelasan atas Pelaksanaan PBJ Penanganan Darurat COVID-19 untuk mempercepat proses pengadaan.<sup>18</sup> Segala penyesuaian dan adopsi peraturan tersebut dimaksudkan untuk menjamin kecepatan dan ketepatan dalam proses pengadaan dan distribusi sumber daya kesehatan yang sangat dibutuhkan dalam situasi kedaruratan akibat pandemi.

Salah satu permasalahan yang menjadi sorotan dalam penggunaan dana respons pandemi adalah aspek transparansi dan akuntabilitas. Penanganan krisis membutuhkan fleksibilitas dan akselerasi dalam pembelanjaan anggaran dan alokasi sumber daya, namun hal yang tetap harus diwaspadai adalah potensi penyimpangan dalam implementasinya. *Indonesian Corruption Watch*<sup>19</sup> menyoroti potensi korupsi dalam pengadaan barang dan jasa, mengingat adanya diskresi besar pengelola anggaran yang bisa membuka potensi kecurangan. Sebagaimana diatur dalam UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana, pasal 50 ayat 1: “Dalam hal status kedaruratan bencana ditetapkan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah mempunyai kemudahan akses yang meliputi: Pengerahan sumber daya manusia; pengerahan peralatan; pengerahan logistik; imigrasi, cukai, dan karantina; perizinan; pengadaan barang/jasa; pengelolaan dan pertanggungjawaban uang dan/atau barang; penyelamatan; dan komando untuk memerintahkan sektor/lembaga”. Meskipun sejauh ini kasus penyimpangan terkait pengelolaan sumber daya penanganan pandemi tidak muncul, namun sistem mitigasi perlu dikembangkan untuk mencegah potensi penyimpangan yang mungkin terjadi.

### **Strategi menjamin ketersediaan: dari relaksasi impor ke penguatan industri domestik**

Penyediaan alat dan fasilitas kesehatan menjadi tantangan berat dalam penanganan COVID-19. Pemerintah menggunakan dua strategi, yaitu: impor guna sesegera mungkin memenuhi kekurangan peralatan kesehatan dan pada saat bersamaan melakukan revitalisasi industri perlengkapan dasar kesehatan domestik. Mengingat sangat minimnya ketersediaan peralatan kesehatan, di awal pandemi Presiden Jokowi menginstruksikan agar proses impor bahan baku dan berbagai alat kesehatan untuk penanganan COVID-19 dipermudah, terutama untuk kebutuhan APD yang diperkirakan mencapai 3 juta unit.

Pilihan untuk melakukan impor bahan baku berdasar pertimbangan: impor bentuk barang jadi akan lebih sulit mengingat semua negara membutuhkan APD dan sekaligus sebagai upaya untuk menyediakan bahan baku industri domestik. Kemudahan atas impor perlengkapan kesehatan, khususnya bahan baku, sudah tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan No. 171/PMK.04/2019 yang membebaskan impor barang untuk keperluan kesehatan dari bea masuk. Dalam situasi pandemi, izin impor dipermudah, dari sebelumnya berada di Kementerian Perdagangan, dipindah ke Badan Nasional Penanggulangan Bencana dengan sistem online melalui *National Single Window*.<sup>20</sup>

Aturan untuk menjamin kebutuhan peralatan kesehatan juga dikeluarkan oleh Kementerian Perdagangan dalam bentuk kebijakan relaksasi regulasi ekspor dan impor tentang alat kesehatan dan alat pelindung diri.<sup>21</sup> Ada dua kebijakan dalam bentuk Peraturan Menteri, yaitu:

1. Kebijakan terkait pelarangan sementara ekspor produk antiseptik, bahan baku masker, alat pelindung diri, masker, etil alkohol melalui Permendag No.34 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Permendag No.23 Tahun 2020 tentang Larangan Sementara Ekspor Antiseptik, Bahan Baku Masker, Alat Pelindung Diri dan Masker yang berlaku hingga 30 Juni 2020.
2. Pembebasan sementara Laporan Surveyor (LS) untuk impor produk masker dan APD serta keperluan dan kelengkapan alat kesehatan sampai dengan 30 Juni 2020 sesuai dengan Permendag No.28 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedelapan atas Permendag No.87 Tahun 2015 tentang Ketentuan Impor Produk Tertentu. Termasuk dalam pembebasan LS antara lain: pakaian pelindung medis, pakaian pelindung dari bahan kimia atau radiasi, pakaian bedah, *examination gown* terbuat dari serat buatan, masker bedah, masker lainnya dari bahan *non woven*, dan termometer inframerah, serta barang-barang berupa *sanitary towel*, tampon saniter, popok bayi dan sejenisnya dari bahan selain tekstil, kertas atau *pulp* kertas sekali pakai.

Sampai dengan beberapa bulan setelah wabah menyebar, pemenuhan APD sebagai salah satu peralatan dasar kesehatan masih sangat tergantung pada impor. Badan Pusat Statistik mencatat dalam kurun Januari-Mei 2020, impor APD sebanyak 2.993 ton senilai US\$ 43,48 juta. Mayoritas impor berasal dari China, yakni sebanyak 2.006,18 ton. Selain dari China, impor juga dari Korea Selatan, khususnya untuk bahan baku APD dan alat pemeriksaan virus, *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Impor terkait penanganan COVID-19 cukup banyak menyerap devisa negara. Data devisa impor yang tercatat di Lembaga Nasional Single Window (LNSW), jumlah devisa impor barang penanganan COVID-19 sampai dengan 20 Juli 2020 mencapai US\$ 407,5 juta atau sekitar Rp 6,1 triliun (kurs 15.000 per dolar).<sup>22</sup> Direktorat Jenderal Bea Cukai mencatat, termasuk di dalam komoditas yang diimpor adalah: test kit COVID-19, obat-obatan, masker, peralatan rumah sakit dan barang pendukung kesehatan lainnya. Komoditas yang paling banyak diimpor adalah masker sebanyak 106.571.092 lembar dari berbagai negara.

Impor dalam rangka memenuhi kebutuhan cepat ini juga didukung dengan insentif fiskal dari Kementerian Keuangan berupa pembebasan bea masuk dan cukai, tidak dipungut PPN dan PPnBM, dan dikecualikan dari pungutan PPh 22 Impor. Total nilai pembebasan sejak sejak 13 Maret hingga 19 Mei 2020 mencapai Rp 602,61 miliar dengan rincian pembebasan BM sebesar Rp 258,9 miliar, tidak dipungut PPN dan PPnBM sebesar Rp 239,7 miliar, dan dikecualikan dari pungutan PPh 22 sebesar Rp 103,9 miliar. Selain itu, fasilitas impor juga diberikan dalam bentuk skema Surat Keterangan Asal (SKA) dengan negara-negara mitra ASEAN, serta relaksasi kepada perusahaan pengguna fasilitas Kawasan Berikat (KB) dan Kemudahan Impor Tujuan Ekspor (KITE). Fasilitas kebijakan ini dimanfaatkan secara optimal oleh para pengusaha. Dalam kurun 1 - 26 April 2020, total insentif fiskal (pembebasan PPh Pasal 22) mencapai lebih dari Rp 882 miliar.<sup>23</sup>

Namun demikian, kebijakan insentif untuk impor ini dalam perkembangannya bertabrakan dengan situasi ketika kapasitas industri dalam negeri memproduksi APD dan perlengkapan kesehatan mulai tumbuh. Sekjen Asosiasi Produsen Serat dan Benang Filamen (APSyFI), Redma Wiraswata mengatakan produksi dalam negeri menjadi terbengkalai sebagai imbas relaksasi impor dan ketidaksinkronan kebijakan. Meskipun BNPB dan Satgas COVID-19 memberi lampu hijau penggunaan APD lokal, namun persetujuan ada di Kemenkes yang memiliki otoritas mengeluarkan anggaran.<sup>24</sup>

Upaya pemerintah untuk menjamin ketersediaan peralatan kesehatan dengan produksi dalam negeri melalui berbagai kebijakan insentif, mendapatkan sambutan dari kalangan pengusaha. Himpunan Pengusaha Muda Indonesia (HIPMI), melalui salah satu pengurusnya (Sri Pramono), menyatakan siap memproduksi peralatan kesehatan dan APD, terutama anggotanya yang memiliki usaha di sektor ini. Keterlibatan HIPMI sekaligus bisa membantu keberlangsungan usaha dan memastikan agar karyawan tidak dirumahkan atau menghadapi PHK. Bagi HIPMI, kemudahan tersebut juga menjadi peluang bagi pengusaha kebutuhan APD dan alkes skala UMKM untuk bertahan.<sup>25</sup> Selain itu, sejumlah perusahaan tekstil terkemuka di tanah air juga menggeser kapasitas produksinya untuk menghasilkan perlengkapan kesehatan.

Dorongan dan fasilitasi dari Pemerintah untuk menggerakkan produksi dalam negeri cukup berhasil. Pelaku usaha di industri tekstil misalnya melakukan diversifikasi dengan memproduksi APD dan masker untuk kebutuhan tenaga medis secara khusus dan untuk dijual ke pasaran. Per Juni 2020, tercatat peningkatan signifikan produksi *coverall/protective suite, surgical gown* dan *surgical mask*. Menteri Perindustrian memproyeksi Indonesia bakal surplus peralatan kesehatan pada Desember 2020, yaitu: 1,96 miliar buah untuk masker bedah; 377,7 juta masker kain; 13,2 juta buah pakaian bedah; dan 356,6 juta pakaian pelindung medis (*coverall*).<sup>26,27</sup> Produksi yang besar dengan standar internasional dan menggunakan bahan baku domestik tersebut terutama dilakukan oleh perusahaan tekstil dan garmen terkemuka, seperti PT Sritex, PT SUM dan Leading Garment, serta PT APF dan Busana Apparel.

Selain mendorong perusahaan swasta nasional dan UMKM untuk memproduksi peralatan kesehatan, pemerintah juga mendorong peran BUMN. Menteri BUMN, Erick Thohir mengevaluasi belum ada perusahaan negara yang memproduksi APD untuk penanganan COVID-19, sehingga perlu didorong ada yang masuk ke sektor ini.<sup>28</sup> Sebagaimana ia kemukakan, “untuk APD, kami (BUMN) tidak punya perusahaan yang buat, mayoritas diproduksi swasta dengan kapasitas 17 juta unit per tahun.” Untuk mendorong BUMN, Kementerian BUMN bekerja sama dengan BKPM mencari negara yang bisa memasok bahan baku APD, salah satunya dari Korea Selatan, untuk kemudian dilakukan produksi di dalam negeri. Dengan adanya proyeksi surplus, pemerintah mulai mendorong ekspor peralatan kesehatan ke sejumlah negara, melalui revisi Peraturan Menteri Perdagangan terkait larangan ekspor, terutama setelah mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan dalam negeri.<sup>29</sup> Lebih lanjut, sampai dengan 28 April 2020, Direktur Jenderal Industri Kimia, Farmasi dan Tekstil Kemenperin, Muhammad Khayam, menyatakan ada 25 perusahaan telah mengantongi izin produksi dan izin edar APD sesuai standar WHO. Kapasitas produksi ke-25 perusahaan tersebut sebanyak 18,9 juta potong per bulan atau 226 juta per tahun.<sup>30</sup>

### **Keterlibatan aktif filantropi dan masyarakat sipil**

Di tengah keterbatasan kapasitas pemerintah dalam memenuhi kebutuhan peralatan dan perlengkapan kesehatan, khususnya di masa awal pandemi, inisiatif filantropis bermunculan baik dari perusahaan maupun masyarakat, dari dalam maupun luar negeri. Dari luar negeri, Kompas TV (28 Maret 2020) mencatat, sebelas investor China memberikan bantuan alat kesehatan sebanyak 40 ton yang terbagi dalam dua gelombang, meliputi *safety kit, test kit*, masker N95, masker bedah, dan sejumlah perlengkapan lain. Bantuan tersebut diserahkan di Terminal Kargo Bandar Udara Soekarno-Hatta kepada Gugus Tugas COVID-19. Sementara dari Korea Selatan, pemerintah mendapat sumbangan 50.000 unit PCR dari empat perusahaan asal Korea Selatan yaitu LG Electronics, LG Chem, LG Innotek, dan LG International Indonesia. Bantuan tersebut diterima Badan Koordinasi Penanaman Modal (BKPM) selanjutnya didistribusikan ke BNPB, BUMN, dan pemerintah daerah.

Sejumlah perusahaan dari Singapura, melalui Konsulat Jenderal Singapura di Batam, juga memberikan bantuan kepada pemerintah kota Batam melalui Badan Pengusaha Batam berupa 20.000 test kit dengan rincian 10.000 test kit berasal dari pemerintah Singapura dan Kementerian Kesehatan Singapura dan Yayasan Temasek sebanyak 10.000 test kit. Selain itu, diserahkan dua set peralatan uji PCR untuk Pemerintah Kota Batam. Bantuan juga datang dari Rusia, dimana Polysan Ltd (perusahaan farmasi), mengirimkan cicloferon dan reamberin yang diberikan untuk perawatan pasien COVID-19 dengan kondisi parah dan sedang, serta untuk pencegahan paparan infeksi pada tenaga medis.<sup>31</sup>

Perusahaan swasta nasional juga berperan aktif dalam pemenuhan perlengkapan dan peralatan kesehatan. Di awal wabah, Bentoel Group menyalurkan bantuan melalui BNPB, berupa APD 3.600 buah, masker 22.000 lembar, kacamata pelindung 1.200 buah, sarung tangan medis 5.850 pasang, dan *hand sanitizer* 10.000 liter.<sup>32</sup> Tanoto Foundation juga memberikan sumbangan APD berupa 1 juta masker, 1 juta sarung tangan, 3.000 kacamata dan 100.000 baju pelindung ICU dan non-ICU melalui BPNB untuk didistribusikan ke RS di Jakarta, Medan, dan Pekanbaru.<sup>33</sup> Perusahaan besar lainnya yang menyumbang peralatan kesehatan adalah Sinar Mas Land, berupa bantuan 25.000 alat uji pemeriksaan cepat (*rapid test kit*) dengan rincian 12.500 alat diserahkan ke Kementerian Kesehatan dan sisanya ke pemerintah daerah seperti Kabupaten Tangerang dan Kota Tangerang.<sup>34</sup> Sementara itu, Dompot Kemanusiaan Media Group juga menyerahkan berbagai bentuk bantuan, secara langsung maupun bekerjasama dengan organisasi masyarakat sipil dalam pendistribusiannya.<sup>35</sup> Di luar perusahaan swasta, filantropi juga muncul dari inisiatif masyarakat. Inisiatif-inisiatif yang muncul tersebut menunjukkan kuatnya solidaritas sosial menghadapi pandemi.<sup>36</sup>

### Dukungan Internasional

COVID-19 telah melahirkan kesulitan di hampir semua negara. Namun, di tengah situasi tersebut, solidaritas antar negara juga masih muncul. Terkait dukungan internasional, Menteri Luar Negeri Retno Marsudi mengemukakan, per 28 April 2020, Indonesia mendapatkan bantuan dari 94 pihak internasional, dengan rincian 9 bantuan pemerintah, 9 lembaga internasional, dan 76 entitas non pemerintah.<sup>37</sup> Bantuan pemerintah berasal dari Jepang, Amerika Serikat, Vietnam, Australia, Selandia Baru, Korea Selatan, China, Singapura, dan Uni Emirat Arab. Sedangkan, dari organisasi internasional diantaranya berasal dari WHO, ADB, IAEA, UNDP, IOM, Global Fund, dan UNICEF. Sementara bantuan dari entitas non pemerintah berasal dari berbagai pihak swasta dan lembaga swadaya masyarakat dari berbagai negara, misalnya China, Singapura, Korea Selatan, Vietnam, Perancis, Rusia, Jerman, Jepang, dan Swedia.<sup>38</sup>

Dari lembaga keuangan internasional, sejumlah proyek dan pinjaman lunak untuk penanganan pandemi juga mengalir. *World Bank* menyetujui dua proyek senilai \$700 juta untuk mendukung penanganan pandemi, yaitu: *Additional Financing for Social Assistance Reform Program* senilai \$ 400 juta, dan *COVID-19 Supplemental Financing for Indonesia's First Financial Sector Reform Development Policy Loan* senilai \$ 300 juta. Tujuan pendanaan ini untuk meningkatkan sistem perlindungan sosial dan memperkuat sektor keuangan Indonesia.<sup>39</sup>

Asian Development Bank (ADB) juga menyetujui pembiayaan senilai US\$ 1,5 miliar untuk mendukung upaya pemerintah menanggulangi dampak pandemi COVID-19 terhadap kesehatan masyarakat, mata pencaharian, dan perekonomian. Pembiayaan ini melalui program *COVID-19 Active Response and Expenditure Support (CARES)*, mencakup pendanaan berupa hibah dan pinjaman untuk pengadaan peralatan medis.<sup>40</sup>

Terakhir, *United Nations Development Group* juga menyuntikkan dana US\$ 2 juta dana UN COVID-19 Response and Recovery Fund. Dana ini disalurkan melalui organisasi internasional di bawah PBB, yaitu UNWOMEN (*United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women*), WFP (*World Food Programme*), UNDP (*United Nations Development Programme*), UNDP (*United Nations Development Programme*), dan UNICEF (*United Nations Children Fund*).<sup>41</sup>

### Permasalahan Distribusi

Selain masalah ketersediaan, pendistribusian peralatan kesehatan juga menjadi tantangan. Terutama di awal pandemi, sangat banyak informasi rumah sakit dan pusat pelayanan kesehatan kekurangan APD, yang menyebabkan para nakes tidak memakai perlengkapan yang layak dan memenuhi standar kesehatan ketika bertugas.<sup>42</sup> Menurut Ikatan Dokter Indonesia (IDI), pendistribusian APD (dan peralatan kesehatan lainnya) ke daerah terutama terhambat oleh sistem birokrasi yang panjang dari pusat ke daerah.<sup>43</sup> Selain itu, distribusi terutama juga diprioritaskan untuk rumah sakit rujukan COVID-19 milik pemerintah, sehingga banyak rumah sakit swasta yang kekurangan meskipun juga menangani pasien yang bergejala.<sup>44</sup>

Persoalan distribusi sebenarnya sudah menjadi perhatian pemerintah, khususnya melalui Gugus Tugas COVID-19. Prioritas distribusi APD (dan peralatan kesehatan) di setiap daerah menjadi wewenang Gugus Tugas daerah dengan skema satu pintu dan berdasarkan prioritas kebutuhan RS. Khususnya untuk daerah-daerah terpencil, pendistribusian juga melibatkan TNI Angkatan Udara dengan menggunakan pesawat, sehingga segera terdistribusi.<sup>45,46</sup>

Meskipun demikian, fakta lapangan yang menunjukkan masih kurangnya ketersediaan APD dan peralatan kesehatan di banyak tempat mengindikasikan sistem distribusi yang berbelit di tengah surplus produksi. Selain disebabkan alur birokrasi distribusi dari pusat ke daerah, Kepala BNPB dalam rapat kerja dengan Komisi VIII DPR (6 April 2020) mengungkapkan beberapa pejabat daerah lambat memproses pendistribusian APD yang dikirimkan dari Jakarta.<sup>47</sup> Untuk itu, kebijakan memotong jalur birokrasi distribusi menjadi lebih sederhana dan tepat sasaran menjadi kebutuhan mendesak.

Mobilisasi sumber daya kesehatan dalam penanganan COVID-19 perlu dikelola dengan baik agar dapat memenuhi kebutuhan domestik. Selain kapasitas produksi yang memadai, dibutuhkan kemudahan proses distribusi agar dapat menjangkau semua lapisan masyarakat. Ada tiga aspek yang perlu dipertimbangkan agar mobilisasi sumber daya kesehatan dapat optimal, yaitu:

*Pertama*, pemenuhan kebutuhan sumber daya kesehatan melalui peningkatan kapasitas produksi domestik. Dalam jangka pendek, ini dapat dipenuhi melalui kebijakan relaksasi impor. Namun dalam jangka lebih panjang, kebijakan ini dapat berbenturan dengan kepentingan produsen domestik. Oleh karena itu, penguatan kapasitas produksi domestik mutlak untuk dilakukan melalui berbagai kemudahan akses modal, insentif pajak, dan kemudahan memperoleh bahan baku. Lebih lanjut, jika kebutuhan domestik telah terpenuhi, produsen dapat didorong untuk melakukan ekspansi ke pasar internasional.

*Kedua*, pengembangan kerja sama strategis dengan berbagai pihak. Mengingat kapasitas yang terbatas, penyediaan sumber daya kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah, namun membutuhkan dukungan pihak swasta maupun masyarakat luas. Oleh karena itu, kerja sama strategis yang melibatkan banyak pihak menjadi salah satu kunci keberhasilan mobilisasi sumber daya kesehatan.



*Ketiga, streamlining* birokrasi. Salah satu persoalan yang muncul dari mobilisasi sumber daya kesehatan adalah sistem distribusi yang terhambat akibat birokrasi yang tidak responsif. Untuk itu, perlu memotong jalur birokrasi dan penerapan mekanisme pengawasan yang ketat tidak hanya oleh pemerintah tetapi juga masyarakat sipil agar distribusi sumber daya merata di semua daerah yang membutuhkan, tepat sasaran, serta termanfaatkan secara optimal.

### **Kelembagaan dan kepemimpinan dalam penanganan COVID-19**

Penanganan situasi krisis membutuhkan kelembagaan dan kepemimpinan pemerintah yang solid. Menurut Boin and Hart<sup>48</sup>, krisis kepemimpinan dalam konteks situasi krisis akan memperburuk kondisi dan mempengaruhi diantaranya: proses pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, pengamatan akurat terhadap ancaman yang mungkin muncul, serta level empati terhadap situasi. Oleh karena itu, kepemimpinan menjadi salah satu variabel penting dalam konteks krisis dan bencana. Dalam situasi pandemi COVID-19 yang penuh dengan ketidakpastian, kehadiran pemerintah dengan perangkat kelembagaan dan kepemimpinan yang kuat karenanya menjadi kunci dalam mobilisasi sumber daya yang dibutuhkan dan efektivitas penanganan krisis. Kapasitas ini bisa diukur dari seberapa kuat masyarakat terlindungi dari ancaman pandemi. Bagian ini akan menjelaskan dinamika dan perkembangan kelembagaan respons krisis yang berlangsung, sekaligus dimensi kepemimpinan pemerintahan. Aspek kelembagaan lainnya adalah keterlibatan masyarakat dan kekuatan berbasis lokal atau komunitas yang juga berperan penting dalam penanganan krisis COVID-19.

#### **Respons kepemimpinan dan evolusi kelembagaan**

Penanganan COVID-19 membutuhkan kelembagaan dan kepemimpinan yang kuat, selain ketersediaan sumber daya dan sistem informasi sebagaimana didiskusikan di atas. Pemerintah menunjuk Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) sebagai lembaga yang menjadi koordinator Pelaksana Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19, diatur melalui Keputusan Presiden No.9/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Presiden No.7/2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Untuk menegaskan kewenangan Gugus Tugas, Pemerintah mengeluarkan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non Alam Penyebaran *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* sebagai Bencana Nasional (Keppres 12/2020). Status bencana nasional memberikan legitimasi kepada Gugus Tugas untuk mengambil langkah dan kebijakan strategis untuk untuk menangani situasi pandemi.

Pembentukan Gugus Tugas, 13 Maret 2020, didasari oleh sejumlah pertimbangan. *Pertama*, meningkatnya ancaman penyebaran COVID-19 dan timbulnya korban jiwa, serta dampaknya di aspek sosial, ekonomi, dan kesejahteraan masyarakat. *Kedua*, World Health Organization (WHO) telah menetapkan COVID-19 sebagai pandemi global, 11 Maret 2020. Dan *ketiga*, perlunya langkah-langkah yang cepat, tepat, fokus, dan sinergis antar kementerian/lembaga dan pemerintah daerah dalam menangani pandemi dan dampaknya. Secara lebih spesifik, pembentukan Gugus Tugas bertujuan: meningkatkan ketahanan nasional di bidang kesehatan, mempercepat penanganan COVID-19 melalui sinergi antar kementerian/lembaga dan pemerintah daerah, meningkatkan antisipasi perkembangan eskalasi penyebaran COVID-19, meningkatkan sinergi pengambilan kebijakan operasional, dan meningkatkan kesiapan dan kemampuan dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons terhadap COVID-19 (Keppres No.7/2020).

Secara prinsip, kepemimpinan penanganan krisis COVID-19 berada di bawah Presiden. Hal ini menunjukkan urgensi permasalahan dan besarnya ancaman pandemi. Sebagai lembaga yang menangani langsung situasi krisis pandemi, Gugus Tugas berada di bawah dan bertanggung jawab

langsung kepada Presiden, dengan hierarki kelembagaan mulai dari level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Kelembagaan terdiri atas dua komponen utama, yaitu dewan pengarah dan pelaksana. Dewan Pengarah bertugas memberikan arahan kebijakan, melakukan pemantauan, dan mengevaluasi dewan pelaksana selama menjalankan tugas penanggulangan pandemi COVID-19. Anggota terdiri dari para Menko dan sejumlah menteri; Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Koordinator Bidang Politik, Hukum, dan Keamanan, Menteri Kesehatan, Menteri Keuangan. Dewan Pengarah dipimpin oleh Menko Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Dewan Pelaksana menetapkan dan melaksanakan rencana percepatan penanganan pandemi, dipimpin langsung oleh Kepala BPNB. Anggota dewan bersifat lintas kementerian/lembaga serta menggabungkan unsur sipil dan militer.

Dalam melaksanakan tugasnya, Gugus Tugas ditopang oleh sumber daya baik organisasi maupun keuangan. Sekretariat khusus dibentuk dan berkedudukan di BNPB, berfungsi memberikan dukungan teknis dan administrasi kepada Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Untuk pendanaan, Gugus Tugas dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain sah yang tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam perkembangannya, Gugus Tugas yang fungsi utamanya adalah tanggap darurat situasi krisis dibubarkan, diganti dengan Komite Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) dan Pemulihan Ekonomi Nasional yang diatur melalui Peraturan Presiden No.82 Tahun 2020. Lembaga baru ini aktif bekerja mulai 20 Juli 2020. Pembentukan lembaga baru ini mengindikasikan fokus pemerintah untuk tidak semata melakukan respons tanggap darurat, namun juga pemulihan ekonomi yang terpuruk akibat pandemi. Dilihat dari nama lembaganya, Pemerintah sedang menyeimbangkan antara respons kesehatan dan pemulihan ekonomi.

Seperti halnya Gugus Tugas, Komite ini berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Adapun pembentukannya didasarkan pada sejumlah pertimbangan sebagai berikut (Perpres No. 82/2020):

1. Pandemi COVID-19 telah berdampak terhadap aspek sosial, ekonomi, dan kesejahteraan masyarakat;
2. Penanganan pandemi COVID-19 tidak dapat dilepaskan dari upaya pemulihan perekonomian nasional karena pandemi telah menyebabkan penurunan berbagai aktivitas ekonomi yang membahayakan perekonomian nasional; dan
3. Penanganan COVID-19 dan pemulihan perekonomian nasional harus dilakukan dalam satu kesatuan kebijakan strategis, terintegrasi, dan tidak dapat terpisah.

Dari penjelasan di atas, dapat dipahami bahwa arah kebijakan pemerintah untuk merespons situasi COVID-19 adalah menyeimbangkan antara aspek kesehatan (keselamatan) dan pemulihan ekonomi. Dalam berbagai kesempatan, Presiden menegaskan harus ada keseimbangan antara dua aspek ini, daripada mengorbankan salah satu.<sup>49</sup> Keputusan untuk juga memprioritaskan ekonomi, tampaknya menjadi pilihan yang tidak dapat dihindarkan, terutama karena trend pertumbuhan ekonomi ke arah negatif dan semakin menipisnya sumber daya negara untuk program bantuan sosial.<sup>50</sup>

Struktur organisasi Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional mencakup unsur-unsur sebagai berikut:

1. Komite Kebijakan, bertugas menyusun rekomendasi strategis kepada Presiden dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 serta pemulihan perekonomian dan transformasi ekonomi, mengintegrasikan dan menetapkan langkah-langkah pelaksanaan kebijakan strategis dan terobosan, serta melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan terkait,
2. Satuan Tugas Penanganan COVID-19, dan
3. Satuan Tugas Pemulihan dan Transformasi Ekonomi Nasional.

Susunan keanggotaan Komite Kebijakan adalah para menteri, diketuai oleh Menko Perekonomian; beranggotakan semua menteri koordinator, ditambah dengan Menteri Keuangan, Menteri Kesehatan, dan Menteri Dalam Negeri. Untuk menjalankan program-program penanganan dan pemulihan ekonomi, ditunjuk Menteri BUMN, yang membawahi Satuan Tugas (Satgas) Penanganan COVID-19 (Kepala BNPB) dan Satgas Pemulihan Ekonomi Nasional (Wakil Menteri BUMN).<sup>51</sup> Untuk menurunkan angka penyebaran COVID-19 di 9 Provinsi paling banyak terinfeksi (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Bali, Sumatera Utara, dan Papua), Presiden menunjuk Kemenko Maritim dan Investasi.<sup>52</sup>

Di luar kelembagaan di atas, sejumlah lembaga negara juga membentuk 'satuan khusus' penanganan COVID-19. Badan Intelijen Negara (BIN) yang secara aktif melakukan penanganan, termasuk melakukan *testing specimen* dan distribusi bantuan.<sup>53</sup> Keterlibatan BIN sempat melahirkan banyak perdebatan terkait dengan kewenangan dan kapasitas lembaga ini dalam penanganan masalah pandemi<sup>54,55</sup>, meskipun dari sisi BIN mendefinisikannya sebagai bentuk keterlibatan dalam kerangka operasi *medical intelligence* sebagai aktivitas untuk mengatasi COVID-19 sebagai ancaman keamanan.<sup>56</sup>

Lembaga negara lain yang membentuk Satgas Penanganan adalah Kementerian BUMN, melalui SK Menteri BUMN No.SK-77/MBU/03/2020, 17 Maret 2020. Satgas bertugas menyalurkan bantuan ke rumah sakit atau puskesmas dan sebagai penyedia informasi dengan mendata jumlah pasien COVID-19, ODP, dan yang meninggal dunia. Satgas berfungsi sebagai titik koordinasi BUMN di Provinsi untuk aktivitas pencegahan dan mitigasi risiko penyebaran COVID-19. Di luar dua lembaga tersebut, masing-masing instansi negara (termasuk kementerian) juga secara aktif membentuk satuan tugas, sebagai bentuk respons terhadap pandemi. Catatan terpenting yang perlu dikemukakan adalah, pentingnya koordinasi dan sistem yang mensinergikan berbagai inisiatif kelembagaan tersebut.

Pembentukan kelembagaan Gugus Tugas dan Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional sebagaimana dijelaskan sebelumnya, merupakan respons negara atas situasi krisis, karenanya bersifat sangat *state-centric*. Kelemahan mendasar dari kelembagaan yang bersifat *state-centric* adalah birokratis dan administratif, sementara tujuan substantif untuk menangani krisis tidak sepenuhnya tercapai. Hal ini misalnya dapat dievaluasi dari tingkat penyebaran wabah yang masih tinggi, serta dampak non kesehatan terjadi. Kelembagaan yang *state-centric* juga cenderung menempatkan masyarakat dalam posisi pinggiran, bahkan seringkali lebih sebagai objek daripada aktor yang aktif terlibat dalam penanganan pandemi.

Selain kelembagaan yang dibentuk oleh pemerintah pusat, partisipasi daerah dan masyarakat dalam mengembangkan kelembagaan penanganan krisis berbasis kekuatan sosial juga bermunculan. Kelembagaan ini bersifat terbatas di satu komunitas, namun cenderung sangat efektif dengan modal sosial yang dimiliki. Salah satu bentuk kelembagaan masyarakat adalah Desa Tangguh Bencana

(COVID-19), yang dalam pembentukannya mendapatkan sokongan dari pemerintah (daerah maupun pusat). Sejumlah kabupaten mendeklarasikan terbentuknya Desa Tangguh COVID-19, seperti di Probolinggo, dimana Wakil Bupati mencanangkan Desa Andung Biru sebagai Desa Tangguh COVID-19<sup>57</sup>. Di Sulawesi Selatan, Desa Sudirman, Kecamatan Tanralili, Kabupaten Maros ditetapkan sebagai Desa Tangguh oleh Gubernur Sulawesi Selatan.<sup>58</sup> Sementara di Kendal, Bupati meresmikan 160 Desa/Kampung Tangguh untuk meminimalkan penyebaran COVID-19.<sup>59</sup> Di luar itu, masih sangat banyak desa yang secara aktif terlibat melindungi komunitasnya dari COVID-19, termasuk dampak yang ditimbulkan.

Kelembagaan penanganan COVID-19 juga dikembangkan sampai level desa. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah, dan Transmigrasi mendorong penguatan kelembagaan desa melalui pembentukan relawan desa untuk pencegahan dan penanganan COVID-19, sebagaimana tertuang dalam SE Menteri No.8/2020 tentang Desa Tangguh COVID-19 dan Padat Karya Tunai Desa. Tugas relawan desa tanggap COVID-19 adalah sebagai berikut:

1. Mendata penduduk rentan sakit dan mengidentifikasi fasilitas desa untuk ruang isolasi,
2. Menyediakan alat deteksi dini, perlindungan, dan pencegahan wabah COVID-19, termasuk informasi terkait penanganan, seperti telepon rumah sakit rujukan dan ambulans,
3. Memastikan tidak ada kegiatan warga berkumpul, seperti pengajian, pernikahan, dan tontonan atau hiburan massal,
4. Penanganan warga yang terpapar virus corona melalui kerja sama dengan rumah sakit rujukan atau puskesmas setempat dan menyiapkan ruang isolasi di desa.
5. Menyiapkan logistik warga yang diisolasi dan menghubungi petugas medis atau Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) untuk menindaklanjutinya.

Dalam struktur relawan ini, kepala desa menjadi ketua relawan dan ketua Badan Permusyawaratan Desa (BPD) menjadi wakil ketua, dengan mitra Bhabinkamtibmas (Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat) dan Babinsa (Bintara Pembina Desa), Dinas Kesehatan, dan Dinas Pemberdayaan Masyarakat.<sup>60</sup> Berkembangnya model Desa Tangguh COVID-19 merupakan refleksi dari kelembagaan penanganan pandemi yang berbasis pada resiliensi komunitas.

### **Permasalahan Kelembagaan<sup>61</sup>**

Kelembagaan penanganan krisis COVID-19 mengalami perkembangan dan penguatan sejak Pemerintah membentuk Gugus Tugas, 14 Maret 2020. Berbagai kebijakan untuk mencegah penyebaran dan mengatasi dampak pandemi juga sudah dilakukan, diantaranya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di sejumlah wilayah dan kebijakan alokasi keuangan untuk menangani wabah maupun untuk mengurangi dampak sosial-ekonomi COVID-19. Namun, keluarnya berbagai kebijakan tersebut tidak serta merta membuat penanganan COVID-19 terkelola dengan baik.<sup>62</sup> Berbagai permasalahan muncul, baik dari sisi substansi kebijakan, kelembagaan, maupun sumber daya yang dibutuhkan untuk mengimplementasikannya. Krisis COVID-19 melahirkan krisis kebijakan yang kompleks. Penyebab kompleksitas persoalan dapat dipetakan setidaknya dalam empat aspek:

*Pertama*, sikap abai pemerintah di awal merebaknya COVID-19. Kesalahan paling awal dalam merespons ancaman COVID-19 adalah sikap mengabaikan yang ditunjukkan beberapa pejabat pemerintahan. Sikap percaya diri pemerintah bahwa COVID-19 bukan ancaman nyata bagi Indonesia menyebabkan tidak adanya persiapan matang. Bahkan, ketika wabah sudah mulai menyebar dari Wuhan China ke sejumlah negara, termasuk di Asia Tenggara, pemerintah Indonesia masih

menunjukkan sikap yang abai. Tidak adanya antisipasi dari pengambil kebijakan atas potensi ancaman pandemi telah melahirkan kegagalan ketika COVID-19 secara nyata menyebar.

*Kedua*, tidak adanya pesan kebijakan yang jelas dari pemerintah. Pada awal ketika COVID-19 mulai muncul, tidak ada kejelasan pesan kebijakan dari pemerintah. Bahkan ada kesan kebijakan yang kontradiktif, ditunjukkan dengan banyaknya pernyataan para pejabat pemerintahan yang saling bertolak belakang. Hal ini melahirkan situasi absennya kepemimpinan kebijakan, unsur sangat vital dalam manajemen krisis. Tidak adanya pesan kebijakan melahirkan kebingungan yang meluas, bukan hanya di level masyarakat, bahkan di kalangan pemerintahan sendiri baik di pusat maupun daerah.

*Ketiga*, miskinnya koordinasi dan kerja sama antar lembaga pemerintah. Tidak jelasnya pesan kebijakan diperparah dengan miskinnya koordinasi antar lini pemerintahan serta tidak adanya sinergi sebagai unsur penting pengelolaan krisis. Kelemahan koordinasi dan tidak adanya sinergi berdampak nyata pada fragmentasi penanganan, baik di antara institusi pemerintahan pusat, maupun daerah. Nuansa yang kemudian muncul adalah politisasi atas situasi krisis COVID-19. Meskipun pada akhirnya Presiden mengeluarkan kebijakan yang lebih tegas, namun menciptakan kembali sistem koordinasi dan sinergi yang sudah tercerai pada tahap respons awal bukan hal mudah.

*Keempat*, keterbatasan sumber daya dan infrastruktur (termasuk alat-alat pokok kesehatan). Di tengah kelangkaan peralatan kesehatan dan minimnya infrastruktur, pasca penentuan status darurat nasional, pemerintah bergerak cepat dengan melakukan re-alokasi anggaran, penyiapan infrastruktur kesehatan, dan pengadaan alat-alat kesehatan esensial. Namun, mengingat kecenderungan penyebaran wabah sampai ke daerah-daerah (tidak hanya di Jakarta), minimnya sumber daya dan infrastruktur yang secara cepat digerakkan menjadi persoalan serius, terutama di awal pandemi. Situasi ini bisa melahirkan vulnerabilitas yang lebih dalam akibat COVID-19.

Dari pemetaan atas persoalan-persoalan yang muncul pada masa tanggap darurat dan perkembangan setelahnya, sejumlah rekomendasi terkait dengan kepemimpinan dan desain kelembagaan untuk penanganan krisis kesehatan seperti COVID-19 yang diusulkan adalah:

1. Kebijakan berbasis sains dan data. Mengingat situasi krisis yang masih akan berlangsung, berbagai kebijakan untuk melakukan penyesuaian dengan situasi yang terus berkembang sangat diperlukan. Dengan semakin banyaknya akumulasi pengetahuan atas COVID-19 yang tersedia, serta berbagai perkembangan yang terus berlangsung, pemerintah perlu mendasarkan pilihan-pilihan kebijakan penanganan COVID-19 pada sains dan data-data kontemporer yang relevan. Kebijakan berbasis sains akan membuat kebijakan penanganan COVID-19 lebih terarah.
2. Kanal informasi kebijakan yang terintegrasi. Kebijakan penanganan krisis akan efektif jika tertransmisi secara utuh dari lini atas sampai lini terbawah pemerintahan dan ke masyarakat. Kebijakan yang terfragmentasi sebagaimana tersaji dalam minggu-minggu awal penanganan COVID-19 hanya berakhir pada tidak jelasnya penanganan. Untuk itu, yang dibutuhkan adalah satu kanal informasi kebijakan yang terintegrasi, yang menyambungkan semua lini *stakeholders*, sehingga akan ada interpretasi yang setara di antara berbagai pihak. Kanal informasi kebijakan ini akan bisa membangun kepercayaan publik terhadap sistem penanganan COVID-19 (lihat bagian komunikasi publik dan penanganan *infodemic*).
3. Sistem koordinasi rutin dan sinergi antar aktor. Penanganan COVID-19 membutuhkan kerja kolektif yang melintasi sekat-sekat kementerian, sektor, dan level pemerintahan. Hal terpenting dalam membangun sistem koordinasi dan sinergi yang kokoh adalah menempatkan krisis ini sebagai agenda bersama yang dilepaskan dari ego sektoral dan kepentingan-kepentingan jangka

pendek yang bersifat kelompok maupun personal. Pengembangan sistem koordinasi dan sinergi dapat dikendalikan oleh BNPB yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden, sebagaimana amanat UU Kebencanaan. Dengan demikian, fragmentasi kebijakan dan respons atas krisis akan bisa diredam.

4. Identifikasi sumber daya dan infrastruktur berbasis wilayah. Mengingat kemungkinan penyebaran COVID-19 yang masih akan berlangsung lama, penyiapan sumber daya dan infrastruktur perlu diletakkan dalam kerangka kewilayahan. Hal ini mengingat karakter geografis kepulauan dan pembagian wilayah pemerintahan Indonesia yang menyebar. Identifikasi atas kapasitas sumber daya dan infrastruktur wilayah/daerah menjadi agenda mendasar, sekaligus menyiapkan skenario penyediaan dan sistem mobilisasinya, sehingga daerah siap dengan berbagai kemungkinan perkembangan pandemi (lihat bagian mobilisasi sumber daya).

### Koordinasi Penanganan COVID-19<sup>63</sup>

Dalam situasi dimana penyebaran virus berlangsung cepat dan meluas setiap harinya, koordinasi antar institusi menjadi hal fundamental untuk dapat meminimalisir risiko pandemi yang lebih buruk. Koordinasi semestinya tidak semata diletakkan dalam terminologi teknokratik yang menunjukkan adanya kerja sama antar instansi dalam konteks administratif untuk menjamin berfungsinya proses penanganan. Namun, lebih sebagai sistem logis yang menjadi mentalitas otomatis para pemegang otoritas untuk bersikap responsif dalam situasi krisis. Sebagai sistem logis, koordinasi dapat dimulai dari lapis mana saja dan tidak terjebak dalam hierarki kekuasaan, serta dapat bersifat *top-down* maupun *bottom-up*. Sejumlah persoalan dapat dipetakan terkait dengan krisis koordinasi dalam penanganan COVID-19, termasuk absennya koordinasi sebagai *mindset* tata kelola, kontestasi antar aktor pemerintahan, diskoneksi antara kebijakan pemerintah, dan inisiatif di level akar rumput.

*Pertama*, absennya koordinasi sebagai *mindset* tata kelola. Koordinasi dan sinergi menjadi masalah laten dalam sistem pemerintahan. Terlepas dari apapun karakter rezim yang berkuasa, kontestasi dan ketidaksinkronan antar aktor pemerintahan menjadi praktik kekuasaan sehari-hari. Dalam situasi normal, absennya koordinasi maksimal berdampak pada efisiensi, maladministrasi, dan korupsi. Namun, dalam situasi krisis, absennya koordinasi akan berdampak jauh lebih menghancurkan, karena mempertaruhkan nilai-nilai keselamatan dan kemanusiaan. Lebih lanjut, dari sisi teknokratis, koordinasi terlalu disederhanakan dalam urutan kerja birokrasi dan kerapian administrasi dalam kondisi normal pemerintahan. Ini pun masih sangat susah diwujudkan. Dalam periode krisis, koordinasi cenderung semakin susah dijalankan, terlebih ketika *mindset* lembaga dan aktor pemerintahan cenderung melihat dari sisi kepentingannya. Ditambah tidak adanya kelincahan institusi pemerintahan untuk bergeser dari *track normal* ke *track abnormal*, koordinasi di masa krisis menjadi permasalahan tata kelola sangat fundamental.

*Kedua*, kontestasi dan miskoordinasi antar aktor pemerintahan. Sejauh ini, model koordinasi yang dibangun oleh pemerintah terpusat pada BNPB, yang bertugas menjembatani jalur koordinasi dari puncak pemerintahan, Presiden, sampai ke tingkat seluruh lini dan level pemerintahan, dan masyarakat. Meskipun sistem koordinasi yang bersifat *top-down* sudah dibangun melalui perangkat kelembagaan maupun perundangan, kontestasi dan miskoordinasi di intra pemerintahan, baik secara horizontal dan vertikal masih berlangsung. Secara horizontal, seringkali antar instansi maupun pejabat pemerintahan mengeluarkan pernyataan yang tidak sinkron dengan garis penanganan krisis. Secara vertikal, masih banyak daerah yang mengambil inisiatif atau mengeluarkan pernyataan di luar jalur koordinasi pemerintahan. Seiring dengan keluarnya sejumlah peraturan pemerintah, koordinasi

memang jauh lebih baik, namun berbagai tantangan di level operasional penanganan krisis yang membutuhkan sinergi masih akan berlangsung.

*Ketiga*, diskoneksi antara kebijakan pemerintah dengan inisiatif masyarakat. Salah satu manifestasi dari problema koordinasi yang muncul adalah kebingungan di tingkat publik. Kebingungan publik atas situasi krisis menandakan kepercayaan masyarakat yang menurun terhadap diseminasi informasi dan kebijakan pemerintah. Jika berlanjut, situasi ini bisa berujung pada turunnya legitimasi institusi publik dalam mengelola krisis di hadapan warga negara. Kebingungan di level pemerintahan daerah maupun masyarakat disebabkan oleh ketidakjelasan institusi mana yang bertanggung jawab menangani krisis dan peran apa yang harus dilakukan masing-masing pihak. Situasi ini telah melahirkan diskoneksi antara kebijakan pemerintah dengan inisiatif masyarakat. Di banyak tempat, masyarakat berinisiatif membangun mekanisme tanggap darurat secara komunal, dalam bentuk karantina wilayah berbasis desa/kampung, dusun, dan bahkan RT/RW. Jika situasi ini terus berlangsung, krisis COVID-19 bisa melahirkan krisis sosial berupa tindakan-tindakan berbasis ikatan-ikatan eksklusif sebagai bentuk perlindungan komunal.

Berdasarkan persoalan-persoalan koordinasi di masa krisis, berikut sejumlah rekomendasi untuk mengatasi krisis koordinasi:

1. Penegasan *mindset* kemanusiaan dalam koordinasi krisis. Sistem koordinasi krisis memiliki pondasi nilai tunggal yang kokoh, yaitu kemanusiaan. Bahwa yang pertama dan terutama dalam tata kelola krisis adalah memastikan keselamatan dan nyawa manusia. Segala bentuk aturan dan aspek birokrasi menjadi tidak relevan lagi jika penegakannya justru menempatkan keselamatan dan nyawa warga negara dalam ancaman. Untuk itu, perlu penegasan dari Pemimpin Politik/Pemerintahan, bahwa kemanusiaan menjadi pertimbangan utama dalam menangani COVID-19.
2. *Coordinated flexibility* dalam pembagian peran dan kewenangan. Krisis COVID-19 yang berlangsung sangat dinamis membutuhkan fleksibilitas kebijakan dan tindakan di lapangan. Model pembagian dan pelaksanaan kewenangan normal yang rapi tidak lagi relevan, karena justru akan menjadi hambatan penanganan krisis. Sementara itu, jika masing-masing pihak dibiarkan mengambil langkah-langkah mandiri justru akan melahirkan situasi tata kelola yang anarkis. Yang dibutuhkan adalah fleksibilitas untuk melakukan penyesuaian kewenangan dari waktu ke waktu, namun tetap di bawah sistem kendali yang bersifat koordinatif. Mengingat luasnya wilayah Indonesia, sangat mungkin penanganan di masing-masing wilayah akan berbeda. Oleh karenanya, sistem kendali kewenangan yang bersifat fleksibel sangat diperlukan.
3. Pelibatan komunitas dalam garis koordinasi. Pemerintah perlu mengembangkan model koordinasi yang mengintegrasikan keterlibatan berbagai kekuatan sosial dalam menangani COVID-19. Di luar negara, tersebar berbagai kapasitas yang bisa bergerak secara otomatis dan sukarela untuk berkontribusi menangani krisis. Kapasitas komunitas ini terdapat di masyarakat sipil, masyarakat ekonomi, dan berbagai ikatan sosial. Pelibatan tersebut mulai dari yang level mikro seperti di tingkat RT/RW, komunitas berbasis identitas, NGO, hingga komunitas yang berskala besar seperti kelompok bisnis.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Analisis atas pola komunikasi publik, manajemen sumber daya, dan kelembagaan (termasuk aspek kepemimpinan) menunjukkan, secara umum, ada kegagalan dan kelambatan respons terutama di awal masa pandemi, namun terdapat perkembangan yang lebih baik setelahnya. Situasi tersebut menunjukkan adanya karakter *institutional learning* dalam manajemen respons pandemi di Indonesia.
2. Komunikasi publik ditandai dengan masih absennya sistem yang terintegrasi dan dapat diandalkan, terutama di masa awal pandemi menyebar. Akibatnya, di tengah situasi pandemi yang penuh ketidakpastian, masyarakat tidak memperoleh informasi yang akurat terkait dengan pandemi dan perkembangannya. Di tengah situasi tersebut, yang berkembang adalah *infodemic* yang justru melahirkan kebingungan di tengah masyarakat. Salah satu persoalan yang menyebabkan absennya sistem komunikasi publik yang baik adalah koordinasi antar institusi pemerintahan yang masih lemah, serta belum adanya satu kanal tunggal untuk informasi publik. Dalam perkembangannya, sejumlah perbaikan sudah berlangsung, namun kehadiran sistem informasi publik dan integrasi data yang kuat dan terlembaga masih menjadi agenda penataan kelembagaan krisis ke depan.
3. Manajemen sumber daya menjadi salah satu persoalan serius dalam manajemen respons pandemi, baik dari sisi penyediaan, distribusi, dan akses masyarakat. Persoalan lemahnya kapasitas dalam penyediaan sumber daya kesehatan yang nampak di awal pandemi mengindikasikan lemahnya kesiapsiagaan sistem terhadap mewabahnya pandemi. Dalam perkembangannya, pemerintah mengambil berbagai kebijakan untuk memperkuat kapasitas penyediaan peralatan dasar kesehatan terkait COVID-19, baik melalui skenario impor maupun penguatan industri dalam negeri. Di tengah keterbatasan negara dalam penyediaan sumber daya, partisipasi dan inisiatif dari baik masyarakat maupun kalangan swasta sangat kuat. Hal ini menunjukkan tumbuhnya solidaritas sosial di masa pandemi, kecenderungan yang juga menguat secara global. Persoalan lain dalam manajemen sumber daya adalah dimensi *supply chain*, dimana masih muncul ketidaksinkronan antara kebutuhan dengan *supply*, serta kelambanan dan ketidakmerataan distribusi.
4. Keberadaan kelembagaan untuk menangani krisis, serta kepemimpinan yang kuat dan responsif menjadi kunci penanganan situasi krisis. Secara garis besar, kelembagaan manajemen respons pandemi di Indonesia bersifat evolutif dan pada tahap awal cenderung *ad hoc*. Kelembagaan yang ada terkesan bersifat reaktif dan dibentuk sesuai prioritas respons permasalahan yang akan diselesaikan. Pergeseran prioritas aspek yang ditangani merupakan hal yang wajar dalam situasi pandemi yang dinamis, namun membutuhkan asesmen yang kuat, terutama tarikan antara kutub kesehatan dan produktivitas ekonomi. Kelembagaan respons yang ada juga cenderung bersifat plural dan dalam beberapa kasus terfragmentasi, baik di sisi pemerintah nasional maupun di daerah, antara aktor negara dan non negara. Pluralitas kelembagaan di satu sisi menunjukkan munculnya inisiatif dari setiap aktor dan *agencies*, namun tanpa ada satu sistem koordinasi yang kokoh justru berujung pada fragmentasi penanganan pandemi. Sebuah situasi kelembagaan yang tidak ideal akan berakhir dengan penanganan respons krisis yang tidak efektif. Selanjutnya, kelembagaan respons krisis membutuhkan kepemimpinan dengan *mindset* krisis yang kuat dan arah yang jelas untuk menangani krisis dan dampaknya.



## Rekomendasi

1. Mengingat dinamika pandemi yang sampai saat ini masih berlangsung, berbagai kelemahan mendasar dalam aspek-aspek manajemen respons tampaknya juga masih terjadi. Hal ini membutuhkan adanya evaluasi dan pengembangan kelembagaan krisis secara terus menerus, terlebih ada kebutuhan mendesak untuk mengelola dampak dan sistem pencegahan pandemi yang lebih mapan.
2. Dalam rangka pengembangan dan penataan sistem informasi publik di masa krisis, berikut sejumlah poin rekomendasi: 1) pentingnya menerapkan prinsip-prinsip komunikasi publik dalam situasi krisis, yaitu: keterbukaan, kesegeraan, konsistensi, dan akurasi; 2) pengelolaan dan penataan ulang pusat informasi publik pemerintah yang dapat menjadi rujukan masyarakat luas terutama terkait dengan informasi dasar yang dapat memenuhi insting *survival* masyarakat di era pandemi; 3) *leadership* yang kuat dalam komunikasi publik untuk memberikan pedoman kepada semua pihak yang terlibat dalam penanganan krisis; 4) kemudahan atas akses publik dan substansi informasi yang mudah dipahami; 5) ketegasan dalam mengontrol misinformasi dan disinformasi; dan 6) penguatan peran media massa (digital dan konvensional) dalam advokasi krisis.
3. Untuk pengembangan sistem manajemen sumber daya kesehatan yang lebih kuat, berikut sejumlah poin rekomendasi yang ditawarkan: 1) peningkatan kapasitas produksi domestik untuk pemenuhan kebutuhan sumber daya kesehatan melalui berbagai kemudahan akses modal, insentif pajak, dan kemudahan memperoleh bahan baku; 2) pengembangan kerja sama strategis dengan berbagai pihak, baik swasta maupun masyarakat luas, sebagai salah satu kunci keberhasilan mobilisasi sumber daya kesehatan; dan 3) *streamlining* birokrasi untuk mengatasi hambatan distribusi, sehingga lebih tepat sasaran, merata ke semua daerah sesuai kebutuhan, dan optimalisasi manfaat.
4. Untuk pengembangan kelembagaan dan kepemimpinan dalam sistem manajemen respons krisis akibat pandemi, berikut sejumlah rekomendasi yang dapat dipertimbangkan: 1) penguatan sistem dan kapasitas kelembagaan krisis yang responsif, melalui pembentukan lembaga yang lebih permanen di bawah koordinasi langsung Presiden; 2) penataan sistem koordinasi dan kolaborasi kewenangan antar instansi dan antar level pemerintahan, serta dengan kelembagaan masyarakat yang efektif, efisien, namun fleksibel; dan 3) pelembagaan model kepemimpinan yang responsif dan dengan *mindset* krisis di semua lini pemerintahan dan lembaga. Pengembangan aspek-aspek tersebut akan berkontribusi dalam penguatan kelembagaan krisis yang menjadi kebutuhan jangka panjang Indonesia.

## Daftar Pustaka

1. Winanti P.S., Darmawan P, Putri T., "Komparasi Kebijakan Negara: Menakar Kesiapan dan Kesigapan Menangani COVID-19" dalam Mas'udi, W. & Winanti, P. S., (eds) Tata kelola Penanganan COVID-19 di Indonesia: Kajian awal. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020. 19-45 p.
2. Widaningrum, A. & Mas'udi, W., "Dinamika Respons Pemerintah Nasional: Krisis Kebijakan Penanganan COVID-19" dalam Mas'udi, W. & Winanti, P. S. (eds.), Tata Kelola Penanganan COVID-19 di Indonesia: Kajian Awal, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020. 46-63 p.
3. Mas'udi, W., & Winanti P.S., (eds), Tata kelola Penanganan COVID-19 di Indonesia: Kajian awal. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020.
4. Winanti, P.S & Mas'udi, W. "Problem Infodemic dalam Merespons Pandemi COVID-19" Policy Brief FISIPOL UGM yang dirumuskan dari hasil diskusi "Komunikasi Publik Masa Krisis COVID-19" yang diselenggarakan di Yogyakarta, 7 April 2020.
5. Ghebreyesus TA. World Health Organization; 2020
6. Monggilo ZMZ., "Komunikasi Publik Pemerintah Masa COVID-19: Telaah Kritis Sistem Informasi Publik" dalam Mas'udi, W. & Winanti, P. S. (eds.), Tata kelola Penanganan COVID-19 di Indonesia: Kajian awal. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020. 274-99 p.
7. Tempo. Morat-Marit Menghadapi Pandemi. Tempo. 2020. Available from: <https://majalah.tempo.co/read/opini/159953/editorial-morat-marit-pemerintah-menghadapi-pandemicorona?validation=ok>
8. Sinaga H. Wabah Misinformasi COVID-19 Lebih Parah Ketimbang Pandemi Corona. PikiranRakyat.com.2020. Available from: <https://www.pikiran-rakyat.com/internasional/pr01676346/wabah-misinformasi-Covid19-lebih-parah-ketimbang-pandemi-corona>.
9. Mawardi I. Heboh Warga di Bekasi Tolak Pemakaman Jenazah Diduga Korban Corona. detiknews. 2020. Available from: <https://news.detik.com/berita/d-5126119/heboh-warga-di-bekasi-tolakpemakaman-jenazahdiduga-korban-corona>
10. Kurniawan W. Buruknya Komunikasi Publik Pemerintah Terkait Persebaran Virus Corona. rricoid. 2020. Available from: <https://rri.co.id/editorial/1665/buruknya-komunikasi-publik-pemerintahterkait-persebaranvirus-corona>.
11. Winanti, P. S & Mas'udi, W, "Problem Infodemic dalam Merespons Pandemi COVID-19, Policy Brief FISIPOL UGM yang dirumuskan dari hasil diskusi "Komunikasi Publik Masa Krisis COVID-19" yang diselenggarakan di Yogyakarta, 7 April 2020.
12. Rencana Nasional Penanggulangan Bencana, 2020-2024
13. Pranita E. Kematian Akibat COVID-19, Data Terbaru IDI Ungkap 228 Tenaga Kesehatan Meninggal Dunia. Kompas. 2020. Available from: <https://www.kompas.com/sains/read/2020/09/29/170200223/kematian-akibat-COVID-19-dataterbaru-idi-ungkap-228-tenaga-kesehatan?page=all>.
14. Gerintya S. Seberapa Siap Fasilitas & Tenaga Kesehatan RI Hadapi COVID-19? tirtoid. 2020. Available from: <https://tirto.id/seberapa-siap-fasilitas-tenaga-kesehatan-ri-hadapi-COVID-19-eNcD>.
15. Sugianto D. Jokowi Rogoh Rp 405 Triliun Tangani Corona, Ini Rinciannya. detikfinance. 2020. Available from: <https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-4959915/jokowi-rogoh-rp-405triliun-tanganicorona-ini-rinciannya>

16. Ihsanuddin. Ada 7 Bantuan Pemerintah Selama Pandemi COVID-19, Berikut Rinciannya. Kompas. 2020. Available from: <https://nasional.kompas.com/read/2020/08/26/09222471/ada-7-bantuan-pemerintah-selama-pandemi-COVID-19-berikut-rinciannya?page=all>.
17. LKPP RI. Surat Edaran Nomor 3 Tahun 2020. In: Indonesia Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang / Jasa Pemerintah Republik, editor. 2020.
18. ICW. 25 Juni 2020. Policy Paper, Transparansi dan Akuntabilitas Pengadaan Barang dan Jasa Saat COVID-19. Antikorupsi.org. Available from: <https://www.antikorupsi.org/id/article/transparansi-dan-akuntabilitas-pengadaan-barang-dan-jasa-saat-COVID-19>
19. Kurniati D. Pengajuan Percepatan Impor Alat Kesehatan Kini Bisa Online Via INSW. DDTC News. 2020. Available from: <https://news.ddtc.co.id/pengajuan-percepatan-impor-alat-kesehatan-kini-bisa-online-via-insw-19878>.
20. Handayani M. Kemendag Relaksasi Aturan Ekspor dan Impor untuk Pemenuhan Alat Kesehatan dan APD. VOI. 2020. Available from: <https://www.voi.id/berita/4454/kemendag-relaksasi-aturan-ekspor-dan-impor-untuk-pemenuhan-alat-kesehatan-dan-apd>
21. Tempo. Banjir APD. Available from: <https://bisnis.tempo.co/read/1369474/banjir-apd-impor-pemerintah-diminta-lindungi-produk-lokal/full&view=ok>
22. Novika S. RI Impor APD Hingga Rp 2,74 T. Detik. 2020. Available from: <https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-5030556/ri-impor-apd-hingga-masker-rp-274-t>
23. Sandi F. RI Kok Masih Doyan Impor APD? Pabrik Lokal Teriak. CnbcIndonesia. 2020. Available from: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200727114837-4-175614/ri-kok-masih-doyan-impor-apd-pabrik-lokal-teriak>
24. Adi. HIPMI Usul Pelaku Usaha Banting Setir Produksi Alkes dan APD. Pasardana. 2020. Available from: <https://pasardana.id/news/2020/4/21/hipmi-usul-pelaku-usaha-banting-setir-produksi-alkes-dan-apd/>
25. Hamdani T. RI Mau Ekspor hingga APD karena Kelebihan Produksi. Detik. 2020. Available form: <https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-5046212/ri-mau-ekspor-masker-hingga-apd-karena-kelebihan-produksi>
26. Kemenperin. Mampu Penuhi Pasokan Nasional, Kemenperin Pacu Industri TPT Ekspor APD. Kemenperin. 2020. Available from: <https://kemenperin.go.id/artikel/21760/Mampu-Penuhi-Pasokan-Nasional,-Kemenperin-Pacu-Industri-TPT-Ekspor-APD>
27. Situmorang AP. Erick Thohir: Tak Ada Satu pun BUMN Bisa Produksi APD. Liputan6. 2020. Available from: <https://www.liputan6.com/bisnis/read/4221840/erick-thohir-tak-ada-satu-pun-bumn-bisa-produksi-apd>
28. Kemenperin. Mampu Penuhi Pasokan Nasional, Kemenperin Pacu Industri TPT Ekspor APD. Kemenperin. 2020. Available from: <https://kemenperin.go.id/artikel/21760/Mampu-Penuhi-Pasokan-Nasional,-Kemenperin-Pacu-Industri-TPT-Ekspor-APD>
29. Rina R. Kabar Gembira! 25 Perusahaan RI Bisa Produksi APD Standar WHO. CnbcIndonesia. 2020. Available from: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200428194141-4-155087/kabar-gembira-25-perusahaan-ri-bisa-produksi-apd-standar-who>
30. Aida NR. Daftar Negara yang Berikan Bantuan ke Indonesia Atasi COVID-19. Kompas. 2020. Available from: <https://www.kompas.com/tren/read/2020/04/08/130000065/daftar-4-negara-yang-berikan-bantuan-ke-indonesia-atasi-COVID-19?page=all>

31. Subagyo. Kalangan Swasta Salurkan APD untuk Tenaga Medis Tangani COVID-19. Antaranews. 2020. Available from: <https://www.antaranews.com/berita/1428972/kalangan-swasta-salurkan-apd-untuk-tenaga-medis-tangani-COVID-19>
32. Filantropi Indonesia. Dukung Pemerintah Hadapi COVID-19, Tanoto Foundation Donasi ke BNPB. 2020. Available from: <https://filantropi.or.id/kabar/kabar-anggota/dukung-pemerintah-hadapi-COVID-19-tanoto-foundation-donasi-ke-bnpb>
33. Media Indonesia. Sinar Mas Land Siapkan Bantuan 25.000 Alat Uji COVID-19. Media Indonesia. 2020. Available from: <https://mediaindonesia.com/read/detail/302075-sinar-mas-land-siapkan-bantuan-25000-alat-uji-COVID-19>
34. Lampung Pos TV. Lampost TV: Media Group Salurkan Bantuan COVID-19 ke Lampung. Lampost. 2020. Available from: <https://www.lampost.co/berita-lampost-tv-media-group-salurkan-bantuan-COVID-19-ke-lampung.html>
35. Himawan FU. DKMG Salurkan Bantuan di Yogyakarta Melalui Jaringan Gusdurian. MediaIndonesia. 2020. Available from: <https://mediaindonesia.com/read/detail/311004-dkmg-salurkan-bantuan-di-yogyakarta-melalui-jaringan-gusdurian>
36. CNBC Indonesia. 1 Mei 2020. Termasuk dari China, 212 Ton Bantuan Asing Masuk ke Indonesia. CnbcIndonesia.com. Available from: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200501192438-4-155750/termasuk-dari-china-212-ton-bantuan-asing-masuk-ke-indonesia>
37. Warta Ekonomi. 9 April 2020. Ada 58 Bantuan Internasional Masuk ke Indonesia buat Tangani Wabah Corona, Cukup Membantu? Wartaekonomi.co.id. Available from: <https://www.wartaekonomi.co.id/read280480/ada-58-bantuan-internasional-masuk-ke-indonesia-buat-tangani-wabah-corona-cukup-membantu>
38. World Bank. Bank Dunia Setujui Pendanaan untuk Mendukung Sistem Bantuan Sosial dan Penanganan COVID-19 di Indonesia. Wordbank. 2020. Available from: <https://www.worldbank.org/in/news/press-release/2020/05/15/world-bank-approves-financing-to-support-indonesias-social-assistance-system-and-COVID-19-coronavirus-response>
39. Fitriani FF. ADB Setujui Bantuan US\$ 1,5 Miliar Respons COVID-19 bagi Indonesia. Bisnis. 2020. Available from: <https://ekonomi.bisnis.com/read/20200423/9/1231735/adb-setujui-bantuan-us15-miliar-respons-COVID-19-bagi-indonesia>
40. Aldila N. Penanganan COVID-19, PBB Beri Bantuan US\$ 2 Juta ke Indonesia. Bisnis. 2020. Available from: <https://kabar24.bisnis.com/read/20200514/15/1240818/penanganan-COVID-19-pbb-beri-bantuan-us2-juta-ke-indonesia>
41. Lova C. Risiko Tertular Tinggi, Tenaga Medis Tangani PDP COVID-19 dengan Jas Hujan hingga Baju Operasi. Kompas. 2020. Available from: <https://megapolitan.kompas.com/read/2020/03/23/16124451/risiko-tertular-tinggi-tenaga-medis-tangani-pdp-COVID-19-dengan-jas-hujan?page=all>
42. Embu WS. IDI Sebut Distribusi APD ke RS Terhambat Birokrasi dan Kebijakan. Merdeka. 2020. Available from: <https://www.merdeka.com/peristiwa/idi-sebut-distribusi-apd-ke-rs-terkendala-birokrasi-dan-kebijakan.html>
43. Victoria AO. Distribusi Alat Pelindung Diri COVID-19 ke Daerah Terhambat Birokrasi. Katadata. 2020. Available from: <https://katadata.co.id/febrinaiskana/berita/5e9ae9d833943/distribusi-alat-pelindung-diri-COVID-19-ke-daerah-terhambat-birokrasi>
44. Rohman F, Laeis Z. Prioritas Distribusi APD Jadi Wewenang Gugus Tugas Daerah. Antaranews. 2020. Available from: <https://www.antaranews.com/berita/1384530/prioritas-distribusi-apd-jadi-wewenang-gugus-tugas-daerah>

45. Jingga RPA. Doni Minta Daerah Atur Distribusi APD dengan Baik. Antaranews. 2020. Available from: [https://sumut.antaranews.com/nasional/berita/1431944/doni-minta-daerah-atur-distribusi-apd-dengan-baik?utm\\_source=antaranews&utm\\_medium=nasional&utm\\_campaign=antaranews](https://sumut.antaranews.com/nasional/berita/1431944/doni-minta-daerah-atur-distribusi-apd-dengan-baik?utm_source=antaranews&utm_medium=nasional&utm_campaign=antaranews)
46. CNN Indonesia. BNPB Sebut Ada Pejabat Daerah Lambat Distribusikan APD Corona. CNNIndonesia. 2020. Available from: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200406202624-20-490956/bnpb-sebut-ada-pejabat-daerah-lambat-distribusikan-apd-corona>
47. Boin, A., Kuipers, S., & Overdijk, W. (2013). Leadership in times of crisis: A framework for assessment. *International Review of Public Administration*, 18(1), 79-91
48. Hakim RN. Fokus Ekonomi atau Kesehatan di Masa Pandemi, Ini Jawaban Jokowi. Kompas. 2020. Available from: <https://nasional.kompas.com/read/2020/06/25/11484801/fokus-ekonomi-atau-kesehatan-dimasa-pandemi-ini-jawaban-jokowi>.
49. Liputan 6. Ekonomi Indonesia Minus 5,32 Persen, BPS Sebut Dampak Corona Luar Biasa Buruk. Liputan 6. 2020. Available from: <https://www.liputan6.com/bisnis/read/4322960/ekonomi-indonesia-minus-532-persen-bps-sebut-dampak-corona-luar-biasa-buruk>
50. Martaon AT. Struktur Kelembagaan Komite Penanganan COVID-19 dan PEN Dikritik. Medcom. 2020. Available from: <https://www.medcom.id/nasional/politik/nbwjvVEN-struktur-kelembagaan-komite-penanganan-COVID-19-dan-pen-dikritik>
51. CNN Indonesia. Target 2 Pekan Luhut dan Lonjakan Kasus Corona di 9 Provinsi. CNN Indonesia. 2020. Available from: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200929091538-20-552102/target-2-pekan-luhut-dan-lonjakan-kasus-corona-di-9-provinsi>
52. Wuragil Z. Ada BIN di Riset Obat dan Alat Tes COVID-19, Ini Kata Menristek. Tempo. 2020. Available from: <https://tekno.tempo.co/read/1393813/ada-bin-di-riset-obat-dan-alat-tes-COVID-19-ini-kata-menristek>.
53. Wardah F. Pelibatan BIN dalam Penanganan COVID-19 Berpotensi Menimbulkan Penyimpangan. VOA Indonesia. 2020. Available from: <https://www.voaindonesia.com/a/pelibatan-bin-dalampenanganan-Covid19-berpotensi-menimbulkan-penyimpangan-/5585495.html>.
54. Hermawan B. Pengamat: Peran BIN Bantu Tangkal COVID-19 Sudah Tepat. Republika. 2020. Available from: <https://republika.co.id/berita/qash44354/pengamat-peran-bin-bantu-tangkal-Covid19-sudah-tepat>.
55. Liputan6. BIN Gelar Operasi Medical Intelligence COVID-19 di Berbagai Daerah. Liputan6. 2020. Available from: <https://www.liputan6.com/regional/read/4369596/bin-gelar-operasi-medical-intelligence-COVID-19-di-berbagai-daerah>
56. Trisianto H. Desa Tangguh COVID-19 Berpotensi sebagai Penunjang Sektor Wisata. Probolinggokab. 2020. Available from: <https://probolinggokab.go.id/v4/desa-tangguh-COVID-19-berpotensi-sebagai-penunjang-sektor-wisata/>
57. Sasongko A. Desa Sudirman Maros Ditetapkan Jadi Desa Tangguh COVID-19. Republika. 2020. Available from: <https://republika.co.id/berita/qdb91b313/desa-sudirman-maros-ditetapkan-jadi-desa-tangguh-Covid19>
58. Prayitno E. 160 Desa Tangguh Kendal Siap Lawan COVID-19. AyoSemarang. 2020. Available from <https://www.ayosemarang.com/read/2020/06/18/58885/160-desa-tangguh-kendal-siap-lawan-COVID-19>

59. Prasetya AW. Kemendes PDDT Bentuk Relawan Desa Tanggap COVID-19, Ini Tugasnya. Kompas. 2020. Available from: <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/24/20090821/kemendes-pdtt-bentuk-relawan-desa-tanggap-COVID-19-ini-tugasnya?page=all>
60. Mas'udi W, Astrina, AR. "Problematika Kebijakan Krisis COVID-19 di Indonesia", Policy Brief FISIPOL UGM yang dirumuskan dari hasil diskusi Penanganan Krisis COVID-19: Dinamika Kebijakan Krisis COVID-19 yang diselenggarakan di Yogyakarta, 1 April 2020.
61. Mas'udi W. & Winanti P.S. (eds), Tata kelola Penanganan COVID-19 di Indonesia: Kajian awal. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020. 19-45 p.
62. Mas'udi, W, Astrina, AR. "Dari Krisis Koordinasi Menuju Koordinasi Krisis: Penanganan COVID-19 di Indonesia" Policy Brief FISIPOL UGM yang dirumuskan dari hasil diskusi Penanganan Krisis COVID-19: COVID-19 dan Krisis Koordinasi yang diselenggarakan di Yogyakarta, 3 April 2020.

## **BAB 6**

# **Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Litbang**

## BAB 6: Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Litbang

### Pemanfaatan Inovasi Teknologi Berbasis Litbang

(Ade Faisal, M.Sc; Dr. Hadiat; Tsania R. Fajriati, S.Tr.M; dan Endah C. Immawati, M.Si.)

Kebutuhan penelitian dan pengembangan berkembang sangat cepat seiring dengan kebutuhan pengembangan inovasi teknologi untuk menghadapi pandemi COVID-19.

#### Pesan Utama

- **Timing** hilirisasi dan komersialisasi produk inovasi teknologi yang cepat dan tepat dengan batasan horizon waktu sesuai estimasi periode masa dampak pandemi COVID-19 .
- **Needs assessment dan resources mapping** yang lengkap dan akurat sebagai dasar perencanaan kegiatan.
- Penerapan **desain inovasi teknologi berbasis litbang secara holistik melalui pendekatan cluster**: harus jelas siapa yang melakukan litbang (desain kegiatan litbang), siapa yang akan memproduksi (desain industri), dan siapa yang akan memanfaatkan (*desain market/customer*).

**Timing hilirisasi dan komersialisasi produk inovasi teknologi yang cepat dan tepat**- Pada masa awal pandemi, terjadi lonjakan kebutuhan dasar seperti APD, alat kesehatan, dan kit uji. Oleh karena itu, peran litbang untuk pemenuhan kebutuhan secara cepat dan efisien menjadi sangat krusial. *Timing* menjadi faktor penting karena beberapa waktu kemudian kebutuhan tersebut relatif terpenuhi, sehingga produk yang lebih dahulu masuk ke pasar akan memperoleh keuntungan. Faktor berikutnya adalah 'horizon waktu' yang bergantung pada periode masa dampak pandemi (berdasarkan pendapat ahli sekitar 1-2 tahun), karena setelahnya nilai strategisnya akan berkurang.

**Needs assessment dan resources mapping yang lengkap dan akurat** - Perlu diidentifikasi apa saja kegiatan litbang dan inovasi teknologi yang dibutuhkan serta dipetakan kapasitas *resources* baik yang dimiliki pelaku litbang maupun kemampuan industri untuk melakukan *upscaling*, sehingga dapat dilakukan perencanaan kegiatan sesuai dengan kebutuhan dan kapasitas yang dimiliki sekaligus pemenuhan 'gap' kapasitas apabila diperlukan. Untuk itu, dibutuhkan *networking* kelembagaan dan koordinasi yang kuat agar data lengkap dan akurat.

**Desain inovasi teknologi berbasis litbang yang holistik melalui pendekatan cluster**-Litbang harus didesain secara holistik hingga ke tahap pemanfaatan dan komersialisasi, yang dapat diimplementasikan melalui *cluster*: **cluster berbasis produk** (fokus mengembangkan produk tertentu dengan fasilitasi penuh mulai dari desain kegiatan litbang, *upscaling* di industri, dan *market* yang akan menyerap produk); **cluster berbasis ekosistem inovasi** (berdasarkan perkembangan kebutuhan market yang dinamis, sesuai interaksi antara penyedia hasil litbang dan inovasi dengan pemanfaatnya di ekosistem inovasi seperti STP, inkubator, dll); dan **cluster berbasis digital** (sistem informasi melalui sosial media dengan *enabler*/pengelola yang menjadi katalis interaksi antara penyedia dan pemanfaat hasil litbang dan inovasi, sekaligus menjadi **channel sosialisasi untuk hasil litbang dan inovasi yang belum komersial**).



## Pendahuluan

Sejak COVID-19 ditetapkan sebagai bencana nasional<sup>1</sup>, kegiatan litbang dan inovasi terkait pencegahan, penanganan, dan penanggulangan COVID-19 sangat banyak diinisiasi dan dilakukan di Indonesia. Berdasarkan data katalog inovasi Kementerian Riset dan Teknologi (Kemristek)/Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN)<sup>2</sup>, terdapat 18 kegiatan litbang-inovasi utama dan 39 kegiatan litbang-inovasi pendukung dari berbagai perguruan tinggi dan lembaga litbang. Proposal yang di *review* oleh Kemristek/BRIN juga berjumlah ratusan<sup>3</sup>. Data tersebut belum termasuk inisiatif mandiri yang dilakukan berbagai *stakeholder* penelitian yang lainnya di luar yang terdata oleh Kemristek/BRIN, yang apabila diakumulasi tentu jumlahnya lebih banyak. Dalam situasi pandemi COVID-19 yang membutuhkan *quick response* dan tanggap darurat<sup>4</sup>, sebagian besar desain kegiatan-kegiatan litbang dilakukan berdasarkan inisiatif cepat dan belum direncanakan sebelumnya. Dengan kata lain, belum dialokasikan *resources* dalam rencana kegiatan instansi pelaksana. Akibatnya, pengelolaan kegiatan tersebut juga pada umumnya bersifat kompetisi atau *'propose to be assessed* (diterima atau ditolak)', belum sepenuhnya *'by design'* berdasarkan kapasitas, *expertise*, dan faktor-faktor lainnya hingga ke tahapan pemanfaatan dan komersialisasinya. Walaupun tentunya ide-ide penelitian yang bersifat inisiatif-kreatif perlu memperoleh wadah juga untuk mengikuti perkembangan kebutuhan yang dinamis.

Kemudian, inisiasi kegiatan yang dilakukan dalam waktu singkat juga menyebabkan masih banyak permasalahan-permasalahan dan kebutuhan mendasar yang belum terpenuhi yang semestinya bisa diidentifikasi (diprediksi) dan disiapkan solusinya sejak awal. Berdasarkan *Focus Group Discussion* (FGD) awal yang telah dilakukan dengan pelaku litbang-inovasi dan instansi terkait lainnya, permasalahan terkait ketersediaan bahan baku riset yang harus diimpor, kerjasama komersialisasi yang belum diperoleh, masalah perizinan dan sertifikasi, hingga permasalahan keberpihakan Pemerintah untuk pemanfaatan produk lokal masih menjadi isu yang perlu ditindaklanjuti. Dampak pandemi COVID-19 dirasakan oleh seluruh sektor dan bidang kehidupan<sup>5,6</sup>. Oleh karena itu, kegiatan litbang yang terkait pandemi COVID-19 tidak hanya meliputi litbang yang menghasilkan produk dan layanan komersial yang sebagian besar terkait dengan layanan kesehatan, namun juga litbang non komersial yang menghasilkan publikasi, rekomendasi kebijakan, *modelling* dan *software* analisis, dan sebagainya, yang meliputi berbagai sektor tidak hanya yang terkait kesehatan dan pandemi. Namun kegiatan litbang tentunya tidak bersifat linier atau pasti menghasilkan produk, layanan atau publikasi yang diharapkan karena tentunya ada risiko kegagalan ataupun ketidaksesuaian hasil dengan ekspektasi<sup>7</sup>. Apalagi, kegiatan-kegiatan litbang yang menghasilkan produk/layanan komersial juga dihadapkan pada risiko kegagalan dalam proses *upscaling* di industri, serta kegagalan bersaing di pasar<sup>8</sup>.

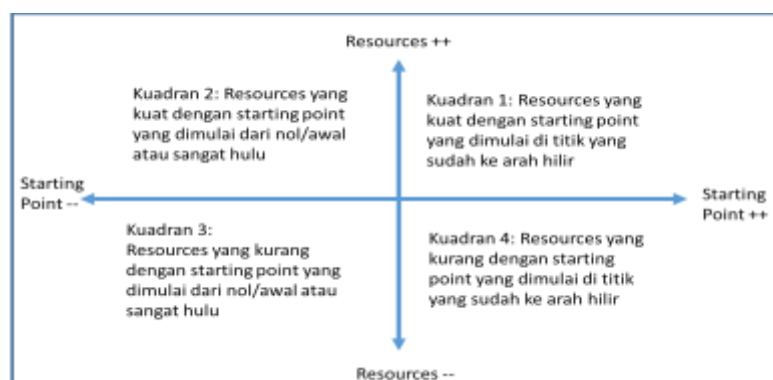
Bab ini memberikan gambaran hasil penelitian mulai dari inventarisasi dan pemetaan progres kegiatan hingga permasalahan-permasalahan yang dihadapi. Selanjutnya, dilakukan identifikasi kegiatan-kegiatan litbang yang cukup berhasil di berbagai bidang untuk memberikan gambaran tentang kebutuhan litbang dan inovasi di masa pandemi COVID-19 beserta progres pemenuhannya. Kemudian, dilanjutkan dengan analisis untuk menentukan strategi dalam melakukan perencanaan dan desain kegiatan litbang secara efektif, yang hasil inovasinya dapat dimanfaatkan secara optimal dalam situasi pandemi.

## Pemanfaatan inovasi teknologi berbasis litbang perlu *timing* dan penyesuaian horizon waktu yang tepat

Faktor *timing* dan horizon waktu memegang peranan penting dan harus dipertimbangkan dalam melakukan kegiatan litbang dan inovasi terkait pandemi COVID-19 ini. Walaupun pada masa-masa awal pandemi terjadi lonjakan kebutuhan yang besar dan mendesak<sup>9</sup>, namun seluruh dunia melakukan litbang, inovasi, dan produksi untuk berbagai kebutuhan seperti alat kesehatan, alat pelindung diri, kit uji, dan sebagainya<sup>10</sup>. Hal ini mengakibatkan pada titik tertentu akan terjadi peningkatan produksi dan bahkan kelebihan produksi<sup>11</sup>, sehingga riset-riset dan inovasi yang terlalu lama akan mengakibatkan produk yang dirancang akan terlambat masuk ke pasar dan sulit bersaing bahkan bisa saja dihentikan di tahapan litbang karena sudah tidak ada prospek kembali.

Demikian pula terkait horizon waktu yang berdasarkan pendapat para ahli pandemi bahwa produk inovasi teknologi akan bermanfaat jika dihasilkan pada periode 1-2 tahun<sup>12,13</sup>. Riset yang tadinya sangat strategis akan berkurang nilai strategisnya dalam hal kebermanfaatannya karena permasalahan sudah lewat dan hasil litbang kemungkinan hanya bermanfaat untuk pengayaan ilmu pengetahuan dan perumusan teori untuk kasus-kasus serupa di masa depan. Sebagai contoh, *best practices* dalam alokasi *resources*, beberapa negara di dunia yang maju R&D-nya melakukan *refocusing* aktivitas dan *resources* untuk melakukan litbang yang terkait pandemi COVID-19. Cina dengan anggaran litbang 2,5% PDB (lebih dari 300 miliar dollar) sebagian besar ditujukan untuk litbang COVID-19<sup>14,15</sup>. Demikian pula Jerman yang mengalokasikan 750 juta dollar hanya untuk riset vaksin saja<sup>16</sup>, serta UK yang juga mengalokasikan sebagian besar dari 6 miliar poundsterling anggaran litbang untuk kegiatan-kegiatan litbang terkait pandemi COVID-19<sup>17</sup>. Selain alokasi *resources*, pembentukan jaringan-jaringan dan *cluster-cluster* inovasi juga dilakukan untuk meminimalisir risiko kegagalan baik di level litbang, industri, maupun pasar<sup>18</sup>. Secara teoritis, desain kegiatan litbang komersial selain melakukan desain dan pengembangan produk/layanan juga harus melakukan desain industri yang akan memproduksi dan pasar yang akan menyerap produk dengan dukungan sarana pendukung seperti logistik dan *supply chain*, regulasi, sertifikasi, dan perizinan. Dengan kata lain, implementasi *triple helix* tidak hanya dimaknai secara normatif namun harus implementatif<sup>19</sup>.

Terdapat 452 inovasi teknologi berbasis litbang, baik yang terdapat pada Lembaga Pemerintah Non Kementerian Bidang Iptek maupun perguruan tinggi. Pengelompokan produk/hasil litbang dibagi dalam dua bagian besar yaitu litbang yang menghasilkan produk/layanan komersial dan non komersial. Selanjutnya, dilakukan *quick assessment* untuk menentukan kesiapan kegiatan dari tiap kategori berdasarkan matriks *resources starting point* berikut ini:



Gambar 1. Matriks *Resources-Starting Point* untuk Verifikasi Kesiapan dan Progres Kegiatan

Dua hal utama yang menjadi verifikasi dan penilaian dalam matriks ini adalah *'resources'* dan *"starting point"*. *Resources* di sini berkaitan dengan kapasitas SDM, sarpras, dan terutama anggaran untuk melakukan kegiatan. Sedangkan *starting point* adalah titik awal dimulainya kegiatan yang diharapkan tidak mulai dari nol lagi (substansi litbangnya, *network* dengan industri, *supply chain*, regulasi, dll). Kegiatan litbang sebaiknya dimulai dari teknologi yang sudah ada (baik *in-house* ataupun yang dikerjakan pihak lain) untuk dikembangkan agar bisa bermanfaat dalam menghadapi pandemi COVID-19, demikian pula halnya dengan proses hilirisasi/komersialisasi, paling tidak sudah ada data potensi industri yang akan memproduksi karena perlu kecepatan dan ketepatan untuk segera menghasilkan hasil/produk litbang yang dapat dimanfaatkan.

Apabila dikombinasikan dalam matriks, *'resources'* dan *'starting point'* akan menghasilkan 4 kuadran dimana kuadran pertama merupakan kegiatan-kegiatan dengan *resources* dan *starting point* yang dinilai cukup baik, dan seterusnya sesuai ilustrasi pada gambar 1, yang mana kegiatan di kuadran ketiga menunjukkan *'resources'* dan *'starting point'* yang kurang baik. Hasil penilaian untuk kegiatan unggulan yang ada di kuadran I adalah ventilator ITB (vent-i) yang telah terserap pasar dalam jumlah besar dan mampu bersaing dengan produk impor. Hal ini dikarenakan *resources* yang memadai dengan melibatkan ahli-ahli multidisiplin dari berbagai institusi, serta *starting point* yang sangat baik dengan mengembangkan teknologi-teknologi yang sudah ada agar dapat segera diproduksi. Inisiasi untuk kerjasama industri juga dilakukan secara paralel berikut *network* dengan banyak rumah sakit sebagai calon pemanfaat. Kemudian, contoh kegiatan di kuadran 4 adalah *Smart APD* fungsional menggunakan rangkaian elektronika yang diklaim nyaman dikenakan, namun alokasi SDM masih terbatas termasuk anggarannya juga masih dalam proses pengajuan. Dengan urgensi APD yang lebih ke kuantitas dan kecepatan produksi-distribusi untuk memenuhi kebutuhan, tentunya APD yang rumit akan menjadi pilihan terakhir bagi industri untuk melakukan *upscaling* produksi skala komersial. Belum lagi kebutuhan *maintenance* dan harga satuannya. Dengan demikian, kegiatan tersebut dikelompokkan sebagai kegiatan dalam kuadran keempat. Berikut ini ringkasan hasil inventarisasi, berikut *quick assessment* untuk mengetahui berapa banyak kegiatan dari tiap kelompok produk beserta kegiatan-kegiatan tingkat kesiapan yang baik (di kuadran I):

**Tabel 1. Ringkasan Hasil Inventarisasi dan Quick Assessment Keseluruhan**

Jenis Kegiatan	Total Kegiatan Litbang		
	Jumlah Kegiatan	Kegiatan Dengan tingkat Kesiapan Baik	Total Anggaran (Rp)*
Litbang yang Menghasilkan Produk/Layanan Komersial	221	48	75.262.237.741
Litbang Non Komersial (rekomendasi kebijakan, analisis, publikasi, modelling, <i>software</i> non-komersial, dll)	231	69	33.059.647.850
Total Seluruh Kegiatan	452	117	108.321.885.591

Jumlah kegiatan litbang non komersial sejumlah 231 kegiatan yang lebih banyak dibandingkan jumlah kegiatan litbang komersial sejumlah 221 kegiatan. Walaupun begitu, secara rata-rata kebutuhan anggaran per kegiatan pada kegiatan litbang komersial cenderung lebih besar karena tahapannya lebih panjang dan harus menyiapkan prototipe yang membutuhkan berbagai pengujian untuk sertifikasi dan izin edar. Secara umum, kegiatan-kegiatan dengan tingkat kesiapan yang baik serta *progress* yang berjalan sesuai rencana jumlahnya mencapai 117 kegiatan atau sekitar seperempat dari

total kegiatan. Namun di sisi lain, jumlah kegiatan yang mencapai 452 kegiatan tentunya sangat banyak, dan belum termasuk kegiatan-kegiatan yang belum didata dari instansi-instansi lainnya dengan anggaran yang terbatas. Hal ini menunjukkan kurangnya peran perencanaan dalam desain dan prioritas kegiatan-kegiatan litbang. Tentunya diharapkan isu “COVID-19” tidak hanya dijadikan “payung usulan” untuk memperoleh anggaran dan insentif litbang.

### Tantangan litbang komersial: sebagian besar masih belum menembus pasar dan belum memiliki industri yang melakukan *upscaling* prototipe hasil litbang

Berikut ini ringkasan hasil inventarisasi beserta *quick assessment* untuk penilaian tingkat kesiapan kegiatan-kegiatan litbang komersial yang terkait pandemi COVID-19:

**Tabel 2. Ringkasan Hasil Inventarisasi dan *Quick Assessment* untuk Kegiatan-Kegiatan Litbang Komersial**

Jenis Kegiatan	Total Kegiatan Litbang		
	Jumlah Kegiatan	Kegiatan Dengan Tingkat Kesiapan Baik	Total Anggaran (Rp)*
<b>Litbang yang menghasilkan Produk/Layanan Komersial</b>	<b>221</b>	<b>48</b>	<b>75.262.237.741</b>
1. Sarpras dan Alat Kesehatan	93	16	27.667.549.500
2. APD	33	9	4.462.162.000
3. Obat dan <i>Treatment</i>	49	12	19.302.568.741
4. Vaksin dan Genome Sequencing	6	5	3.266.000.000
5. Kit Uji	37	7	20.563.957.500
Lainnya	3	NA	NA

Berdasarkan data-data yang diperoleh, tumpang tindih dan replikasi kegiatan dengan *output* dan pendekatan yang sama cukup banyak ditemukan, terutama untuk kegiatan-kegiatan yang cenderung berteknologi rendah dan dapat dikembangkan banyak pihak, seperti pengembangan obat dan ramuan herbal, APD non fungsional, disinfektan, handsanitizer, dll. Hal ini dapat dihindari apabila ada pendataan dan sistem informasi yang terstruktur untuk semua kegiatan, sehingga walaupun ada yang tumpang tindih, dapat segera dikoordinasikan apakah dalam bentuk *joint research*, ataupun pendekatan-pendekatan lainnya.

Kegiatan yang terkait pengembangan vaksin dan obat terhitung sedikit dan sebagian merupakan arahan langsung dari Pemerintah kepada instansi tertentu dalam bentuk konsorsium riset. Hal ini disebabkan untuk pengembangan vaksin dan obat dibutuhkan level teknologi dan inovasi yang tinggi, *resources* (SDM, sarpras, dan anggaran) yang besar, proses yang panjang, serta kemungkinan tidak berhasil yang cukup besar pula. Kategori obat dan *treatment* sendiri didominasi oleh suplemen-suplemen herbal. Oleh karena itu, penelitian yang termasuk kegiatan unggulan bersifat penugasan. Secara umum, kegiatan-kegiatan litbang komersial yang termasuk kategori unggulan jumlahnya jauh lebih kecil dari total kegiatan. Dengan kata lain, banyak kegiatan yang progresnya kurang sesuai harapan. Hal ini disebabkan berbagai hambatan dan permasalahan yang akan dianalisis lebih lanjut pada pembahasan berikutnya. Berikut ini ringkasan identifikasi progres dan tantangan dalam melaksanakan kegiatan litbang komersial:

**Tabel 3. Ringkasan Hasil Inventarisasi *Progress* dan Permasalahan untuk Kegiatan-Kegiatan Litbang Komersial**

Total Kegiatan Litbang yang Menghasilkan Produk/Layanan Komersial = 221			
Progres		Tantangan	
Belum Dimulai	12	<i>Resources</i>	88
Proses Litbang	128	<i>Upscaling</i>	156
Kerjasama Industri	41	Izin sertifikasi dan Regulasi	48
Produksi dan Distribusi	26	Keberpihakan dan Endorsement	34
Belum ada Informasi	14	Logistik/SC	30
		Pandemi	9

Beberapa poin analisis terkait progres kegiatan dan identifikasi tantangan utama yang dihadapi, antara lain:

- **Sebagian besar belum diproduksi skala industri:** Dari total 221 kegiatan, hanya 26 kegiatan litbang yang produknya mulai diproduksi, namun sebagian diantaranya belum diproduksi untuk *upscaling*. Hanya memproduksi beberapa unit untuk langsung digunakan seperti *mobile lab* BSL-2, berbagai jenis robot, dan alat-alat kesehatan yang langsung diberikan ke instansi pemanfaat. Di sisi lain, kegiatan-kegiatan lainnya masih berada pada proses litbang dan peninjauan kerjasama berbagai industri. Kemudian, terdapat 12 kegiatan yang belum dimulai yang biasanya disebabkan belum memperoleh anggaran kegiatan.
- **Belum mampu melakukan *upscaling* di Industri:** Kemampuan untuk menginisiasi *upscaling* produksi skala industri menjadi permasalahan yang paling sering dimunculkan, yakni 156 kali. Untuk memproduksi produk komersial tentunya menghadapi berbagai macam risiko, terutama persaingan bisnis. Selain itu, juga membutuhkan modal yang tidak sedikit untuk belanja modal seperti membeli mesin-mesin produksi, bahan baku, biaya tenaga kerja, dll. Oleh sebab itu, akan sangat baik apabila desain kegiatan litbang juga memasukkan desain industri yang akan memproduksi, dalam konteks COVID-19 ini tentunya diutamakan pemanfaatan sarpras industri yang sudah tersedia untuk mempercepat proses dan mengurangi beban industri dalam perhitungan bisnis.
- **Kurangnya sumber daya:** Permasalahan terkait keterbatasan *resources* menjadi permasalahan terbanyak kedua yang disampaikan. *Resources* di sini terkait dengan anggaran, SDM, dan sarpras yang dibutuhkan. Terkait anggaran, terdapat kegiatan yang belum memperoleh sumber pendanaan, ataupun sudah memperoleh pendanaan namun belum cair, ataupun dana sudah cair namun jumlahnya terlalu kecil dibandingkan kebutuhan. Permasalahan terkait peralatan yang sudah tua, rusak, ataupun tidak berfungsi optimal juga masih terjadi. Untuk SDM, hampir tidak ada permasalahan karena seluruh kegiatan yang diinventaris dilakukan di pusat-pusat penelitian dan perguruan tinggi bereputasi dengan SDM yang unggul. Permasalahan terkait *resources* ini merupakan permasalahan mendasar yang seharusnya bisa direncanakan di awal, yang apabila tidak terpenuhi maka sebaiknya tidak dilanjutkan untuk efektivitas dan efisiensi alokasi *resources*. Jangan sampai pengajuan perencanaan kegiatan ditujukan hanya untuk memperoleh *research grant* yang penawarannya cukup besar untuk kegiatan-kegiatan litbang terkait pandemi COVID-19, tetapi tidak direncanakan hingga hilirisasi dan pemanfaatan.

- **Percepatan Perizinan dan Sertifikasi:** Permasalahan terkait perizinan, sertifikasi, dan regulasi biasanya dialami oleh kegiatan-kegiatan yang berada dalam tahapan produksi-distribusi, dan peninjauan kerjasama dengan industri. Percepatan proses untuk produk-produk litbang terutama yang terkait pandemi COVID-19 tentunya diperlukan dengan tanpa penurunan standar yang ditetapkan namun prosesnya dapat dipercepat. Pada beberapa kegiatan, percepatan proses perizinan dan sertifikasi sudah dirasakan namun berdasarkan data masih terdapat 48 kegiatan yang menyampaikan perlunya perbaikan proses perizinan dan sertifikasi.
- **Keberpihakan dan *Endorsement* Pemerintah:** Berdasarkan data, diinventaris 34 kegiatan yang membutuhkan keberpihakan dan *endorsement* Pemerintah. Biasanya kegiatan-kegiatan tersebut sudah mulai memproduksi dan memasarkan produk yang dihasilkan, ataupun belum memulai produksi tetapi membutuhkan kebijakan keberpihakan sebagai nilai jual untuk memperoleh industri yang berminat melakukan *upscaling*. Berbeda dengan masa-masa awal pandemi saat kelangkaan terjadi untuk berbagai macam produk (APD, alkes, dll), saat ini berbagai kebutuhan sudah cukup terpenuhi. Akibatnya, persaingan pasar semakin ketat. Tentunya, dibutuhkan *endorsement* dan kebijakan keberpihakan pemerintah untuk menyerap produk-produk hasil litbang yang dihasilkan, terutama dalam menghadapi serbuan produk impor yang telah beredar di pasar terlebih dulu.
- **Logistik dan *Supply Chain*:** Permasalahan logistik dan *supply chain* kebanyakan terkait dengan periode pandemi yang menyebabkan aktivitas pengiriman barang di seluruh dunia terkendala. Selain itu, ketidakstabilan harga bahan baku riset selama masa pandemi juga menjadi salah satu poin yang disampaikan. Kasus-kasus terkait bea masuk dan perizinan bahan baku dan peralatan riset juga muncul di beberapa kegiatan.
- **Keterbatasan Ruang Gerak Selama Masa Pandemi:** Keterbatasan akses laboratorium, kebijakan *work from home*, dan arahan *lockdown* setiap ada kasus penularan COVID-19 menyebabkan kesulitan sendiri di beberapa kegiatan. Namun, jumlahnya tidak begitu banyak (hanya 9 kegiatan), walaupun seluruh kegiatan pasti menghadapi kendala yang sama. Artinya, manajemen dan pengelolaan kegiatan litbang selama masa pandemi ini sudah cukup baik karena hampir semua kegiatan tidak merasakan dampak yang signifikan.

Berdasarkan poin-poin analisis di atas, terlihat bahwa sebagian besar kegiatan masih dalam proses litbang, ataupun telah menghasilkan *prototype* namun belum memiliki mitra industri untuk *upscaling*. **Faktor “*timing*” memegang peranan penting** mengingat berbagai kebutuhan terkait pandemi COVID-19 yang pada masa-masa awal sangat sulit, langka, dan mahal, sekarang sudah mulai terpenuhi (masker, ventilator, dan sebagainya). Kegiatan-kegiatan yang hasil/produknya sudah mulai diproduksi saja menemui banyak tantangan, dan belum tentu berhasil di pasar, apalagi kegiatan-kegiatan yang belum memulai *upscaling* di industri. Dengan kata lain, karena ‘*timing*’ proses yang terlalu lama progresnya, akan sangat banyak kegiatan-kegiatan litbang yang sebenarnya didesain untuk menghasilkan produk/layanan komersial untuk dipasarkan dan dimanfaatkan secara luas, namun pada akhirnya hanya akan menghasilkan inventaris publikasi, laporan, dan prototipe saja. Kemudian, selain *upscaling* di industri, permasalahan yang sifatnya mendasar (pemuahan kebutuhan *resources*, kompetisi di market, perizinan, sertifikasi, dll.) yang seharusnya sudah direncanakan solusinya sejak awal juga masih banyak terjadi. Hal ini akan dianalisis lebih lanjut dalam pembahasan mengenai desain dan perencanaan kegiatan litbang yang holistik pada bagian akhir kajian ini.

### Tantangan Litbang Non Komersial: Masih Tersebar Tanpa Pengelolaan dan Belum Memiliki *Channel* Untuk Sosialisasi Hasil Litbang secara Luas

Berikut ini ringkasan hasil inventarisasi, berikut *quick assessment* untuk kegiatan-kegiatan litbang komersial yang terkait pandemi COVID-19:

**Tabel 4. Ringkasan Hasil Inventarisasi dan *Quick Assessment* untuk Kegiatan-Kegiatan Litbang Non Komersial**

Jenis Kegiatan	Total Kegiatan Litbang		
	Jumlah Kegiatan	Kegiatan Dengan Tingkat Kesiapan Baik	Total Anggaran (Rp)*
<b>Litbang Non Komersial (rekomendasi kebijakan, publikasi, dll)</b>	<b>231</b>	<b>69</b>	<b>33.059.647.850</b>
1. Kesehatan dan Pandemi	102	28	21.958.895.999
2. Ekonomi dan bisnis	27	11	2.776.935.000
3. Bidang Pendidikan	6	3	251.363.000
4. Bidang Sosial dan Budaya	39	14	1.679.236.000
5. Bidang Lingkungan	3	1	163.092.000
6. Bidang Teknologi Informasi	54	12	8.647.085.850

Kegiatan-kegiatan litbang non komersial berupa publikasi ilmiah, rekomendasi kebijakan, studi kasus, dll, memegang peranan penting karena umumnya bersifat multisektor, tidak hanya kegiatan-kegiatan yang mendukung kesehatan saja. Berdasarkan inventarisasi, diperoleh kegiatan-kegiatan litbang non komersial yang juga terkait bidang ekonomi dan bisnis, sosial budaya, pendidikan, dan lingkungan hidup berbeda dengan kegiatan litbang komersial, tumpang tindih, dan replikasi kegiatan dengan *output* dan pendekatan yang sama tidak ditemukan karena variasi kegiatan sangat luas. Walaupun topik dan pendekatan mungkin sama, tetapi daerah, wilayah, ataupun sampel untuk analisis bisa berbeda.

Proporsi kegiatan-kegiatan yang dikategorikan sebagai kegiatan dengan kesiapan yang baik lebih besar dibandingkan kegiatan-kegiatan litbang komersial karena tidak membutuhkan proses *upscaling*, produksi, distribusi, dan pemasaran. Begitu selesai, maka bisa langsung *publish*. Karena itu, penentuan litbang yang kesiapannya baik dilakukan lebih banyak berdasarkan *magnitude* manfaat dan keilmuan, ketersediaan *resources*, serta dijustifikasi dengan progres kegiatan. Bidang kesehatan dan pandemi tetap menjadi penyumbang terbesar kegiatan litbang non komersial yang berturut-turut diikuti oleh bidang sosial budaya, bidang ekonomi dan bisnis, bidang pendidikan, dan bidang lingkungan hidup. Untuk bidang teknologi informasi yang menghasilkan *software*, aplikasi dan produk IT lainnya juga biasanya bersifat multisektor tersendiri (mencakup beberapa bidang sekaligus) sehingga dikategorikan terpisah. Berikut ini ringkasan identifikasi progres dan tantangan dalam melaksanakan kegiatan litbang non komersial:

**Tabel 5. Ringkasan Hasil Inventarisasi *Progress* dan Permasalahan untuk Kegiatan-Kegiatan Litbang Non Komersial**

Total Kegiatan Litbang Non Komersial (Publikasi, Rekomendasi, dll) = 231			
Progres		Tantangan	
Belum Dimulai	48	<i>Resources</i>	80
Proses Litbang	84	<i>Channel Sosialisasi</i>	96
Sudah Dipublikasi atau Dimanfaatkan	24	Pandemi	17
Belum ada Informasi	75		

Beberapa poin analisis progres kegiatan dan identifikasi tantangan utama yang dihadapi, sebagai berikut:

- **Sebagian besar masih dalam proses riset**-Dari total 221 kegiatan, hanya 24 kegiatan litbang yang sudah dipublikasi. Namun, terdapat 75 kegiatan yang informasi progresnya belum diterima sampai dengan batas waktu penyampaian data khususnya kegiatan-kegiatan dari Unair. Kemudian, terdapat 84 kegiatan yang masih berlangsung dan 48 kegiatan yang belum dimulai karena anggaran atau pendanaan belum diperoleh atau belum cair.
- **Terbatasnya *channel* sosialisasi hasil litbang**-Permasalahan terkait keterbatasan *channel* sosialisasi menjadi isu utama, tidak hanya untuk kegiatan yang sudah selesai dilaksanakan (sudah *publish*) namun juga untuk kegiatan-kegiatan yang proses risetnya masih berjalan. Karena berdasarkan data, banyak kegiatan yang masih belum mengetahui cara untuk sosialisasi hasil litbang secara lebih luas selain melalui publikasi internal ataupun pengiriman ke jurnal-jurnal yang relevan. Padahal, hasil kegiatan dalam berbagai bidang sangat diperlukan untuk *cross sharing* dan *cross learning* antar sektor dan antar wilayah dalam menghadapi pandemi ini. Sampai saat ini, belum tersedia *channel* atau media sosialisasi hasil litbang tersebut, sehingga kebanyakan informasi terkait pandemi COVID-19 diperoleh melalui media massa dan sosial media yang tentunya rawan disinformasi karena ada kemungkinan bukan disampaikan dan diterjemahkan oleh ahlinya.
- **Kurangnya sumber daya**-Permasalahan *resources* di sini hampir semuanya terkait dengan anggaran yang belum diperoleh ataupun belum cair. Terdapat sekitar 80 kegiatan yang terhambat masalah *resources* dan 48 diantaranya belum memulai kegiatan. Sedangkan, sisanya tetap melanjutkan proses litbang dengan *resources* pribadi karena pada dasarnya kebutuhan anggaran rata-rata tidak terlalu besar, terutama kegiatan-kegiatan yang menggunakan analisis data sekunder yang dapat langsung diakses.
- **Keterbatasan ruang gerak selama masa pandemi**-Permasalahan terkait keterbatasan ruang gerak sebagaimana penjelasan sebelumnya juga dialami dengan total 17 kegiatan yang menyampaikan permasalahan tersebut.

Untuk kegiatan non komersial, terdapat fleksibilitas dari sisi *scope* dan metode analisis, pengembangan kasus, pemilihan responden, dan lainnya serta dapat mengganti sebagian topik di tengah proses tanpa perubahan alokasi *resources*. Fleksibilitas ini tentunya cukup menguntungkan bagi pelaku litbang. Proses hilirisasi dan komersialisasi juga tidak perlu dilakukan. Namun, sebagaimana penjelasan data-data di atas, hal utama yang paling diperlukan adalah *channel* sosialisasi agar hasil-hasil yang diperoleh dapat disebarluaskan dan dimanfaatkan dalam skala yang optimal.



Kemungkinan terburuk adalah banyak studi dan analisis yang dilakukan hasilnya hanya digunakan untuk pertanggungjawaban administrasi, ataupun hanya terbatas untuk publikasi jurnal ilmiah dan bahan diskusi di kalangan para ahli tanpa implementasi yang nyata dalam menghadapi pandemi COVID-19 ini.

Berdasarkan analisis progres dan tantangan-tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan litbang hingga ke tahap hilirisasi dan pemanfaatannya, faktor *timing* menjadi *constraint* utama yang sulit terpenuhi karena sebagian besar hasil inovasi dari kegiatan litbang yang dilakukan belum masuk ke pasar ataupun fase komersialisasi. Beberapa hasil litbang komersial yang sudah masuk pasar pun sebenarnya sudah agak terlambat karena didahului produk impor yang terlebih dahulu masuk dan menguasai pasar domestik<sup>20,21</sup>. Apalagi kegiatan-kegiatan litbang dan inovasi yang sekarang masih dalam tahap pengembangan produk dan peninjauan kerjasama industri, tentunya akan lebih sulit lagi. Beberapa jenis produk lokal yang banyak beredar di pasar dalam negeri biasanya berupa produk-produk yang bisa langsung diproduksi industri lokal, seperti suplemen herbal atau APD sederhana yang tidak membutuhkan inovasi berteknologi dan bernilai tambah tinggi. Selanjutnya, ada *constraint* horizon waktu 1-2 tahun periode pandemi<sup>12</sup> yang terkait dengan penurunan kebutuhan yang signifikan terhadap produk-produk yang dikembangkan setelah masa pandemi. Selain berdampak terhadap produk-produk inovatif hasil kegiatan litbang komersial, *constraint* ini juga terutama perlu diperhatikan untuk kegiatan-kegiatan litbang dan inovasi non komersial. Dalam hal kebermanfaatan, hasil-hasil litbang dan inovasi non komersial seperti rekomendasi kebijakan, analisis ilmiah, *software* dan aplikasi, dan sebagainya akan berkurang juga manfaatnya apabila pandemi berakhir. Padahal, saat ini beberapa penelitian juga *progress*-nya masih berlangsung dan hampir seluruhnya belum memiliki *channel* sosialisasi untuk pemanfaatan yang lebih luas. Tentunya, ada beberapa pengecualian seperti pada produk-produk vaksin dan obat-obatan, yang memiliki periode horizon waktu lebih panjang. Karena selain membutuhkan proses yang lebih lama, dari sisi kebermanfaatan juga akan lebih panjang periodenya termasuk dalam hal kontribusi ke dunia ilmu pengetahuan. Kegiatan-kegiatan yang terkait riset-riset dasar, analisis ilmiah, dan pembelajaran yang diambil selama masa pandemi tentunya juga penting untuk dilakukan. Sudut pandangnya tentunya berbeda karena akan lebih banyak bermanfaat untuk masa depan, bukan dapat langsung dirasakan manfaatnya selama masa pandemi

### **Needs assessment dan resources mapping yang lengkap dan akurat**

Berdasarkan hasil pendataan instrumen dan diskusi dengan responden, pandemi COVID-19 yang berkembang dengan sangat cepat dan dinamis memang menciptakan banyak inisiatif cepat dari berbagai instansi untuk melakukan kegiatan litbang dan inovasi. Terbukti ada banyak sekali kegiatan yang diinventaris. Perencanaan kegiatan-kegiatan masih terlihat sporadis dan kurang dikelola dengan baik, karena memang dalam waktu hanya beberapa bulan ratusan kegiatan litbang baru bermunculan. Tentunya dibutuhkan perencanaan yang matang untuk optimalisasi kapasitas *resources* yang dimiliki dalam pemenuhan inovasi teknologi yang dibutuhkan dalam menghadapi COVID-19. Sebagai bahan pembelajaran, dilakukan analisis melalui inventarisasi kegiatan-kegiatan unggulan yang dipilih dari kegiatan-kegiatan dengan kesiapan yang baik (kuadran I pada analisis di bagian sebelumnya). Hal ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana potensi kapasitas yang dimiliki bangsa kita dalam hal inovasi teknologi sekaligus kebermanfaatannya dalam menghadapi pandemi COVID-19. Pemilihan kegiatan-kegiatan unggulan dilakukan berdasarkan level inovasi teknologi yang dihasilkan, *magnitude* manfaat, serta *progress* yang terbaik dibandingkan kegiatan-kegiatan lainnya di kelompok yang sama.

Kegiatan-kegiatan unggulan terpilih dianalisis berdasarkan *resources* dan *starting point* yang baik, *progress* yang sesuai target, serta *magnitude* proses dan manfaat hasil litbang yang besar. Kegiatan

litbang komersial unggulan yang ditampilkan terbagi dalam 5 kategori yaitu alat kesehatan, alat pelindung diri (APD), obat dan *treatment*, vaksin, serta kit uji (alat deteksi penularan virus COVID-19). Informasi-informasi yang disampaikan meliputi nama kegiatan, penjelasan, *progress*, serta catatan yang berisi kebutuhan dan isu-isu penting lainnya yang perlu menjadi perhatian.

### Kegiatan Litbang Unggulan untuk Alat Kesehatan

Kelompok litbang alat kesehatan terdiri atas ventilator, disinfektan, bilik isolasi, dan *mobile swab* serta kit uji, dengan beberapa kegiatan unggulan terpilih sebagai berikut:

Tabel 6. Beberapa Kegiatan Litbang Alat Kesehatan Unggulan

Kegiatan	Penjelasan	Progress	Catatan
<b>Pengembangan Ventilator ITB (Vent-I)</b>	Ventilator dengan biaya murah dan cepat diproduksi. Litbang iinisiasi oleh ITB (Dr. Syarif Hidayat) dan YPM Masjid Salman bekerjasama dengan banyak pihak (Unpad, UPI, Polman, SMK, dll) termasuk masyarakat sebagai <i>customer</i> . Proses produksi dilaksanakan oleh PT Rekacipta Inovasi ITB, bekerjasama dengan ITB, BUMN (PTDI), dan beberapa perusahaan swasta.	Telah diproduksi dan didistribusikan sebanyak 850 unit di tahap awal. Ada beberapa perusahaan Multinasional yang berminat memproduksi massal, salah satunya berkomitmen hingga ribuan unit.	Contoh keberhasilan litbang yang didesain dengan <i>timing</i> yang tepat dan secara holistik mulai dari desain kegiatan litbang, desain industri, dan desain pemanfaat (pasar dari produk)
<b>Ventilator Merah Putih untuk Indonesia - UGM</b>	Memiliki fungsionalitas dan keamanan setara ventilator ICU komersial dengan harga yang lebih murah. TKDN cukup tinggi dan dapat diproduksi secara massal dan cepat di industri dalam negeri	Telah dilakukan perjanjian ( <i>agreement</i> ) kerjasama dengan beberapa perusahaan untuk distribusi dan pemasaran.	Perlu dukungan kebijakan/regulasi keberpihakan terkait persaingan pasar, sertifikasi, dan regulasi
<b>Autonomous UV-C Mobile Robot (AUMR) - U.Telkom</b>	Pengembangan robot untuk melakukan disinfeksi/sterilisasi dengan menggunakan sinar UV-C, dengan harga yang murah dan terjangkau institusi fasilitas kesehatan dan masyarakat umum.	Memperoleh penghargaan dari Kemenristek/BRIN sebagai salah satu inovasi terbaik. Siap dikomersialisasikan	Tetap memerlukan fasilitasi untuk <i>upscaling</i> produksi di industri dan pemasarannya
<b>Mobile Disinfectant UV-C High Irradiance - ITB</b>	Untuk sterilisasi udara ruangan rawat COVID-19 di Rumah Sakit, memanfaatkan <i>UV-C High Irradiance</i> yang dapat dioperasikan secara aman dari jarak jauh	Unit telah selesai dibuat dan diujicoba secara internal. Produksi untuk komersil bisa segera dilakukan.	Memerlukan fasilitasi untuk sertifikasi, perizinan, serta <i>upscaling</i> produksi di industri
<b>Mobile Lab BSL-2</b>	Laboratorium ' <i>mobile</i> ' (terintegrasi di dalam mobil/van) berstandar BSL-2 yang dilengkapi dengan standar peralatan laboratorium pemeriksaan diagnostik virus berbasis metoda qRT-PCR, lengkap dengan fasilitas pendukungnya.	Sudah ditempatkan di RS untuk mendukung pemeriksaan swab dan PCR, bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI dan Kodam Jaya.	Perlu <i>endorsement</i> untuk pemanfaatan yang lebih luas dan dukungan industri untuk percepatan <i>upscaling</i>
<b>Robot Assistant ITS Airlangga (RAISA) - ITS dan UNAIR</b>	Robot yang melayani pasien di ruang isolasi. Spesifikasi: dikendalikan jarak jauh, beroperasi pada jaringan WiFi, Omnivision, 4 rak untuk membawa beban max. 50 kg, <i>surveillance</i> dan sensor-sensor pengukuran suhu, kadar oksigen pada pasien.	Telah diproduksi sebanyak 12 unit dan digunakan di 6 Rumah Sakit. Dapat dikembangkan hingga 20 unit per bulan	Perlu riset lanjutan untuk peningkatan TKDN, <i>upscaling</i> yang lebih luas termasuk <i>endorsement</i> pasar (tetap bermanfaat pasca pandemi)

Kegiatan-kegiatan unggulan di atas rata-rata telah mencapai fase produksi walaupun beberapa diantaranya masih untuk kebutuhan non-komersial dan ditempatkan di instansi tertentu. Level inovasi dan teknologi yang diaplikasikan juga cukup tinggi mulai dari pengembangan teknologi robot multifungsi, pemanfaatan sinar Ultra Violet Type C untuk disinfektan, hingga ventilator yang dapat diproduksi dengan cepat dan murah. Ventilator ITB (Vent-I) merupakan contoh desain litbang terintegrasi secara holistik hingga industri dan marketnya, sehingga akhirnya dapat terserap pasar hingga ribuan unit. Secara umum, seluruh produk masih memerlukan *endorsement* Pemerintah untuk persaingan market dan penguatan kapasitas *upscaling* di industri.

### Kegiatan Litbang Unggulan untuk Alat Pelindung Diri (APD)

Kelompok litbang APD terdiri atas produk APD secara fisik dan teknologi pendukung yang dapat diaplikasikan pada APD, dengan beberapa kegiatan unggulan terpilih sebagai berikut:

Tabel 7. Beberapa Kegiatan Litbang APD Unggulan

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
<b>Respirator Pemurni Udara Bertenaga Baterai/RPUBB untuk tenaga medis - UI</b>	RPUBB bersifat <i>portable</i> , mudah digunakan, memiliki indikator level keamanan udara dan alarmnya, ukuran sangat kompak, serta TKDN yang di atas 60% , alat ini sudah sangat diminati oleh banyak pabrik maupun <i>end user</i> karena harga yang kompetitif dan kualitas yang prima	<i>Agreement</i> dengan industri untuk <i>upscaling</i> dan komersialisasi, masih dalam proses sertifikasi uji klinik	Perlu fasilitasi dan <i>endorsement</i> agar dapat digunakan di banyak RS
<b>Pembuatan APD Pada Material Kain Melalui Surface Modification - LIPI</b>	Pembuatan APD fungsional berteknologi tinggi dan murah, dengan proses <i>Crosslink Material Antimicrobial</i> yang secara aktif mampu membunuh virus dan mikroorganisme lainnya saat terjadi kontak dengan material APD. TKDN tinggi, menggunakan kain/konveksi sehingga dapat memberdayakan UMKM.	Beberapa industri sudah menyatakan ketertarikan untuk melakukan komersialisasi	
<b>Membran Ultrafiltrasi dengan Partikel Nanosilver - UGM</b>	Untuk Pembuatan insert/lapisan penyaring udara masker. Membran yang dibuat mempunyai lubang berukuran nano, sehingga diharapkan bisa menyaring bakteri dan virus.	Sudah mulai diproduksi di industri, dalam tahapan <i>upscaling</i>	Perlu dukungan <i>endorsement</i> pasar dan dukungan strategi bisnis

Produk-produk APD non fungsional sudah banyak yang beredar di pasar. Oleh karena itu, kegiatan-kegiatan unggulan di atas lebih menonjolkan sisi fungsionalitas yang lebih dari APD, contohnya material aktif yang mampu membunuh virus dan mikroorganisme yang dikembangkan LIPI melalui lapisan berukuran nano. Seluruh produk sudah memperoleh minat yang cukup tinggi dari industri untuk produksi ke skala komersial.

### Kegiatan Litbang Unggulan Untuk Obat dan *Treatment*

Kelompok litbang ini terdiri atas obat dan *treatment* serta suplemen berupa herbal, vitamin, dll, dengan beberapa kegiatan unggulan terpilih sebagai berikut:

**Tabel 8. Beberapa Kegiatan Litbang Obat dan *Treatment* Unggulan**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
<b>Obat dan Treatment</b>			
Analisis Efikasi dan Keamanan Kombinasi Bahan Obat COVID-19 – Unair	Kombinasi Baru Lopinavir/Ritonavir-Azithromycin; Lopinavir/Ritonavir-Doxycycline; serta Hydroxychloroquine-Azithromycin, dengan obat standar pada pasien COVID-19 yang dirawat di Rumah Sakit dengan derajat ringan, sedang, dan berat yang tidak menggunakan Ventilator	Uji Klinis Tahap III (multisenter, acak terkontrol, tersamar ganda)	Perlu tindak lanjut untuk sosialisasi, produksi, dan distribusi secara cepat apabila ada formula yang terbukti efektif pada uji klinis
Penggunaan <i>Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cell</i> sebagai terapi COVID-19 – UI	Untuk mengetahui pengaruh penggunaan <i>umbilical cord mesenchymal stem cell</i> sebagai terapi pasien dengan COVID-19 pneumonia dalam memperbaiki manifestasi klinis dan biomarker progresivitas pneumonia COVID-19 khususnya untuk terapi Pasien dengan COVID-19 pneumonia derajat berat	Uji Klinis Tahap III di beberapa RS	Merupakan penelitian level sangat tinggi dan bisa menjadi kebanggaan bangsa apabila berhasil dalam uji klinis.
Riset Herbal <i>Immunomodulator</i> untuk Penangan COVID-19 – LIPI	Penelitian dan pengembangan obat herbal dan pendampingan regulasi dan uji klinik obat herbal. Terdapat dua produk herbal asli Indonesia yang sedang dilakukan uji klinis yaitu <i>Cordyceps militaris</i> dan kombinasi sejumlah tanaman herbal seperti jahe, sambiloto, dll	Masih menunggu hasil uji klinis tahap III yang telah selesai dilakukan. Sudah ada kerjasama industri	Diharapkan ada riset dan penjelasan tentang reaksi zat aktifnya tidak hanya hasil uji efektivitas saja

Kegiatan litbang terkait pengembangan obat tergolong kegiatan litbang dengan level keilmuan yang tinggi. Beberapa alternatif obat dengan pendekatan uji kombinasi formula-formula yang sudah ada serta penggunaan *umbilical cord stem cell* sudah dikembangkan masing-masing oleh Unair dan UI dan telah masuk ke fase uji klinis tahap III. Sementara, untuk suplemen herbal sebenarnya banyak sekali yang dikembangkan, namun terpilih dua kegiatan yaitu pengembangan *immunomodulator* herbal dari LIPI yang dikembangkan hingga ke tahapan uji klinis.

### Kegiatan Litbang Unggulan Untuk Vaksin

Kelompok litbang ini juga termasuk litbang yang meneliti *genome sequencing* sebagai pendukung riset vaksin, dengan beberapa kegiatan unggulan terpilih sebagai berikut:

**Tabel 9. Beberapa Kegiatan Litbang Vaksin Unggulan**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
Vaksin Merah Putih - Konsorsium yang dikoordinasikan LBM Eijkman	Platform berupa Protein Rekombinan Sub-unit virus SARS-CoV-2, dengan target Protein S ( <i>Spike</i> ) dan Protein N ( <i>Nukleocapsid</i> ) dan strategi Produksi Protein Rekombinan menggunakan sistem sel Mamalia dan Ragi/Yeast. Pendekatan dilakukan melalui Kajian Bio-informatika terhadap WGS ( <i>Whole Genome Sequence</i> ) virus SARS-CoV-2	Proses litbang masih berjalan, belum memasuki uji klinis tetapi tetap sesuai <i>timeline</i> yang direncanakan	Kendala pada umumnya terkait <i>resources</i> yang terbatas dan jauh lebih kecil dibandingkan riset vaksin di negara lainnya, kemudian logistik reagen dan bahan impor yang terganggu selama masa pandemi.
Pengembangan Vaksin sarscov2 - UI	Pengembangan vaksin Sars COV. Vaksin yang dikembangkan berupa vaksin DNA, Vaksin RNA dan vaksin subunit rekombinan yang diproduksi pada sel CHO	Sudah ada prototipe vaksin DNA yang sedang disuntikkan pada hewan coba kecil	Namun, vaksin oral yang dikembangkan Unair memiliki progres lebih cepat dan akan segera diuji klinis karena dikembangkan dari vaksin influenza
Pengembangan vaksin oral COVID-19 – Unair	Vaksin oral tersebut bertujuan untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh manusia (imunitas) dalam melawan virus, dikembangkan melalui kerja sama <i>Institute of Tropical Disease (ITD)</i> Unair dan <i>London School of Hygiene and Tropical Medicine</i> , Inggris	Dalam waktu dekat akan dilakukan uji klinis. Penjajakan kerjasama produksi sudah dilakukan	
<b>Genome Sequencing</b>			
Deteksi <i>Whole Genome Sequencing</i> 2019-nCov Indonesia - BPPT (konsorsium)	Aktivitas untuk melakukan pemetaan gen virus SARS-CoV-2 (COVID-19) yang sudah menyebar di Indonesia (telah mengalami transmisi melalui orang Indonesia).	Kegiatan masih berlangsung. Pendanaan konsorsium akan diteruskan pada TA 2021.	Diharapkan dapat melengkapi data nasional dan akan di- <i>update</i> ke <i>Global Initiative on Sharing All Influenza Data</i>

Pengembangan vaksin juga merupakan kegiatan litbang yang membutuhkan level keilmuan yang sangat tinggi. Kegiatan litbang vaksin yang paling utama di Indonesia adalah vaksin merah putih yang dikoordinasikan oleh lembaga Eijkman, kemudian vaksin yang dikembangkan UI, serta vaksin oral yang dikembangkan Unair menggunakan basis vaksin influenza. Kandidat-kandidat vaksin ini tentunya diharapkan dapat direalisasikan dan harus terus dikawal dan difasilitasi hingga tahap akhir. Penelitian tentang *genome sequencing* untuk karakterisasi virus dan COVID-19 juga dilakukan di beberapa institusi. Salah satu yang menonjol adalah kegiatan deteksi *genome sequencing* yang dikoordinasikan oleh BPPT yang telah mengidentifikasi beberapa karakter *genome sequencing* sesuai karakter yang ada di Indonesia.

### Kegiatan litbang unggulan untuk kit uji

Kelompok litbang ini terdiri atas kit uji dan kelengkapannya serta sarana pendukung yaitu *viral transport medium* (VTM), dengan beberapa kegiatan unggulan terpilih sebagai berikut:

**Tabel 10. Beberapa Kegiatan Litbang Kit Uji Unggulan**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
Pengembangan Produksi Skala Massal Swab Stick - UI	Melalui penelitian terintegrasi oleh peneliti Universitas Indonesia dan didukung oleh industri dalam negeri, dengan pemanfaatan mayoritas bahan baku dalam negeri.	Produksi dan distribusi edisi donasi sudah dan sedang berlangsung dan akan menjadi acuan untuk proses komersial	Perlu fasilitasi untuk sertifikasi, perizinan, dan <i>upscaling</i> , serta dukungan logistik bahan baku
Deteksi RNA Virus SARS-CoV-2 (COVID-19) dengan Metode RT-LAMP Turbidimetri – LIPI	Merupakan alat deteksi COVID-19 dengan menggunakan metode RT Lamp Turbidimetri yang dapat diperoleh hasil secara cepat dibandingkan dengan metode PCR, dengan akurasi yang baik	Izin produksi telah didaftarkan ke Kementerian Kesehatan oleh PT. Biosains Medika Indonesia	Produk impor dengan pendekatan RT-LAMP sudah banyak yang masuk. Perlu dukungan untuk dapat bersaing di pasar dalam negeri.
Rapid Test COVID-19 berbasis Peptida Sintetik Antigen COVID-19 – BPPT (konsorsium)	Alat uji yang cepat dan praktis, hasil deteksi muncul dalam 15 menit tanpa membutuhkan alat tambahan maupun tenaga yang terlatih. Selain itu, juga fleksibel karena dapat menggunakan sampel serum, plasma, atau <i>whole blood</i> untuk mendeteksi OTG, ODP, PDP, dan orang pasca infeksi. Biaya murah dan dapat digunakan untuk <i>massive test</i> .	Sedang dilakukan produksi di dua industri. Sudah mendapatkan Nomor Ijin Edar dari Kemenkes. Kapasitas produksi sampai bulan Agustus 2020 sekitar 350.000 kit.	Perlu dukungan keberpihakan penggunaan produk Dalam Negeri. Selain itu, dukungan kemudahan logistik bahan baku juga diperlukan.
<b>Pendukung (<i>Viral Transport Medium</i>)</b>			
<i>Viral Transport Medium</i> (VTM, media swab untuk uji PCR) – UGM	VTM sudah diproduksi dan digunakan oleh rumah sakit sebagai sarana pembawa spesimen swab nasofaring dan orofaring pasien positif rapid test, untuk diperiksa secara PCR. Sebelumnya, VTM mengandalkan bantuan luar negeri dan impor.	Hingga saat ini telah memproduksi sekitar 30.000 tabung yang digunakan Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan Rumah Sakit	Perlu <i>upscaling</i> lebih besar lagi mengingat kebutuhan harian untuk pengujian COVID-19 sangat besar

Secara umum, kegiatan-kegiatan litbang kit uji unggulan di atas telah memasuki fase produksi dan kerjasama *upscaling* dengan industri. Salah satu teknologi yang menarik adalah *metode Reverse transcription loop-mediated isothermal amplification* (RT-LAMP) turbidimetri yang dikembangkan LIPI untuk proses tes COVID-19 yang akurasinya mendekati metode PCR namun dengan proses yang lebih cepat dan murah. Produk impor yang sejenis sudah dapat ditemui di pasar. Oleh karena itu, perlu *endorsement* dan keberpihakan yang diinisiasi Pemerintah untuk tahapan komersialisasinya. Begitu juga untuk produk-produk kit uji lainnya yang saat ini diserbu oleh produk-produk impor, termasuk

*viral transpor medium* (VTM), yang sudah dikembangkan dan diproduksi (hasil dari litbang UGM) karena permintaan untuk kit uji dan komponen-komponen pendukungnya terus meningkat seiring dengan meningkatnya kebutuhan tes di seluruh Indonesia.

Seperti penjelasan sebelumnya, kegiatan litbang non-komersial terdiri atas kegiatan-kegiatan litbang multisektor. Kegiatan-kegiatan unggulan yang akan ditampilkan terbagi dalam 5 bidang yaitu bidang pandemi dan kesehatan; bidang pendidikan; bidang sosial budaya; bidang ekonomi, bisnis, dan lingkungan; serta bidang teknologi komunikasi dan informasi. Beberapa kegiatan non komersial unggulan terpilih terkait bidang kesehatan dan pandemi antara lain sebagai berikut:

**Tabel 11. Beberapa Kegiatan Unggulan Untuk Bidang kesehatan dan Pandemi**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
Pemetaan Sebaran dan Risiko COVID-19 Secara Geospasial di Sulsel – Unhas	Platform identifikasi diri yang didasarkan pada sistem geospasial yang bisa diisi secara mandiri oleh masyarakat secara <i>online</i> dan juga menggunakan data dari dinas kesehatan baik provinsi maupun kabupaten, untuk membuat peta penyebaran COVID-19 serta dapat digunakan untuk menentukan <i>epicentrum</i> transmisi	Dalam tahap pengembangan dan konfirmasi ke pihak-pihak terkait	Perlu disosialisasikan pemanfaatannya, dapat digunakan sebagai bahan <i>cross learning</i> untuk daerah lain khususnya di Sulawesi dan Indonesia Timur
Pengaruh Terapi Klorokuin, Azitromisin Dan Suplementasi -UI	Penelitian ini merupakan suatu uji klinik untuk melihat peranan klorokuin terhadap sitokuin IL-6 yang berperan dalam patogenesis Covid, dan juga melihat efikasi oseltamivir dan jambu biji dalam bentuk jus. Diharapkan dapat memberi rekomendasi penggunaan terapi standar COVID-19	Pada tahap pengumpulan subjek dan pengadaan reagen. Kaji etik dan ijin sudah berjalan	Perlu dukungan untuk percepatan proses dan pemanfaatan hasil riset dan rekomendasinya
<i>In vitro study</i> Formulasi Obat Untuk Penanganan Virus Sars-Cov2 (Covid 19) Di Indonesia – Unair	Pengembangan dua formula yaitu Haematopotic Stem Cells (HSCs) dan Natural Killer (NK) cells. Dari hasil ujiantang HSCs ditemukan bahwa setelah 24 jam virus SARS CoV2 isolat Indonesia sudah dapat dieliminasi. Sedangkan hasil ujiantang NK cells terhadap virus, setelah 72 jam didapatkan sebagian virus dapat diinaktivasi.	Studi <i>in vitro</i> sudah dilakukan, pematangan formulasi terus dilakukan.	Salah satu penelitian berlevel tinggi yang diharapkan hasilnya efektif sebagai obat dan <i>treatment</i> COVID-19. Perlu dilakukan transfer ' <i>basic knowledge</i> '-nya secara lebih luas

Cukup banyak penelitian-penelitian dasar ilmiah berlevel tinggi yang dilakukan di Indonesia, pada umumnya terkait pengembangan vaksin, obat, dan terapi pasien COVID-19. Dua diantaranya ditampilkan pada tabel di atas yaitu pengaruh terapi klorokuin, azitromisin, dan suplementasi yang dilakukan oleh UI. Kemudian, Unair juga meneliti 5 kombinasi formulasi obat yang melibatkan formula-formula yang sudah ada namun masih perlu diteliti dosis, kombinasi, dan efeknya terhadap berbagai tingkatan gejala pasien COVID-19. Selain itu, litbang-litbang yang menganalisis persebaran pandemi juga cukup banyak dilakukan termasuk diantaranya oleh Unhas untuk wilayah Sulawesi Selatan. Analisis dan model persebaran pandemi ini tentunya memerlukan sosialisasi agar dapat dimanfaatkan secara luas dan menjadi bahan *cross sharing-cross learning* antar daerah.

### Kegiatan litbang non-komersial unggulan untuk bidang pendidikan dan sosial budaya

Beberapa kegiatan non komersial unggulan terpilih terkait bidang pendidikan dan sosial budaya antara lain sebagai berikut:

**Tabel 12. Beberapa Kegiatan Unggulan untuk Bidang Pendidikan dan Sosial Budaya**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
Mental Health in COVID-19 Pandemic Peran Perguruan Tinggi dan Sekolah dalam Promosi, Prevensi dan Intervensi: Sebuah Pengembangan Model – UGM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengembangkan model respons perguruan tinggi dan sekolah dalam melakukan mitigasi dan penanganan dampak psikologis COVID-19.</li> <li>2) Mengetahui efektivitas aplikasi penggunaan media konsultasi psikologis <i>online</i> dalam situasi wabah, khususnya wabah COVID-19.</li> <li>3) Mengeksplorasi kebutuhan masyarakat dan menemukan cara efektif untuk turut memberikan konsultasi dalam rangka meningkatkan emosi positif peserta konsultasi psikologis <i>online</i></li> </ol>	<i>Policy Brief</i> dan tata kelola akan direkomendasikan ke Kementerian Kesehatan	Penelitian penting yang hasil dan rekomendasinya perlu diakses secara lebih luas
Kajian pemanfaatan teknologi daring dalam proses belajar mengajar di masa pandemi Covid 19 - ITS	Analisis dalam sudut pandang terhadap dinamika perubahan kepribadian yang penting untuk diperhatikan dalam proses belajar yang sangat berbeda dibandingkan masa-masa sebelum pandemi	Riset menggunakan dana internal dengan output publikasi baik internal maupun di jurnal eksternal	Perlu channel sosialisasi yang lebih luas untuk aplikasi rekomendasi secara riil
Inovasi Sioteknologi Festival Musik Berbasis Daring Menggunakan Aplikasi DIGITAL KULTUR – ITB	Inovasi sioteknologi festival musik berbasis daring menggunakan aplikasi digital kultur sebagai model terapi kesehatan non-fisik pasca pandemi Covid 19 bagi siswa sekolah dasar dan menengah dalam rangka memulihkan kondisi kesehatan non-fisik (psikologis dan mental) pada masa pasca darurat pandemi atau masa aktivitas kenormalan baru ( <i>new normal</i> )	Aplikasi DIGITAL KULTUR sudah tersedia dan terus dilakukan pengembangan dan optimalisasi aplikasi	Perlu disosialisasikan dan didukung pengembangan dan pemanfaatannya secara lebih luas
Model Rumusan Kebijakan penanganan COVID-19 berbasis pola difusi spasial – Undip	Model dikembangkan berdasarkan ukuran perkotaan dan perilaku masyarakat perkotaan dengan <i>best practise</i> dari negara-negara yang terdampak COVID-19. Diharapkan dapat menghasilkan jurnal ilmiah dan model yang dapat disimulasikan dengan super komputer	Kerjasama dengan University of Basilicata, Italy, National Central University of Taiwan, serta Pemda	Perlu sosialisasi pemanfaatan pengembangan dan penggunaan di berbagai daerah lainnya di Indonesia



Untuk bidang pendidikan, aspek psikologis selama masa pandemi menjadi perhatian. Ketiga kegiatan litbang unggulan di atas melakukan analisis melalui pendekatan psikologis untuk para anak dan remaja usia sekolah, karena memang sangat rentan di masa-masa pembelajaran dari rumah dan pembatasan sosial di masa pandemi. Model-model dikembangkan secara multidisiplin dengan terutama melibatkan ahli di bidang psikologis. Sekali lagi, hasil dari analisis dan pengembangan model ini tentunya sangat penting untuk dunia pendidikan dan diharapkan memperoleh ruang untuk sosialisasi serta pemanfaatan yang lebih luas. Kemudian, inovasi teknologi di bidang sosial budaya dikembangkan salah satunya melalui analisis yang berbasis pola difusi spasial (diimplementasikan oleh Undip), yang diharapkan dapat menghasilkan simulasi akurat dan direplikasi di berbagai daerah di Indonesia.

### Kegiatan litbang non-komersial unggulan untuk bidang ekonomi, bisnis, dan lingkungan

Beberapa kegiatan non komersial unggulan terpilih terkait bidang kesehatan dan pandemi antara lain sebagai berikut:

**Tabel 13. Beberapa Kegiatan Unggulan untuk Bidang Ekonomi, Bisnis, dan Lingkungan**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
Model Keberlanjutan Usaha Pada Era New Normal – ITB	Melalui Digitalisasi Usaha Mikro dan kecil khususnya yang berbasis di pedesaan yang didukung oleh aplikasi digital dalam suatu kawasan pedesaan.	Sudah ada formula yang siap diuji dan di aplikasikan di lapangan	Perlu didukung dan direplikasi di berbagai daerah.
Berkebun Cerdas untuk Meningkatkan Kesehatan dan Ketahanan Pangan Rumah Tangga – UGM	Pemanfaatan pekarangan sebagai tempat berkebun secara cerdas diharapkan mampu menjadikan pekarangan sekitar rumah nyaman dipandang dan meningkatkan kesehatan serta ketahanan pangan rumah tangga	Pemanfaatan yang berbasis komunitas di Kecamatan Sedayu, Kecamatan Imogiri, kecamatan Kalasan dan Kecamatan Prambanan.	Perlu <i>channel</i> sosialisasi agar dapat diakses secara lebih luas
Perubahan Distribusi Polutan udara di Jabodetabek – IPB	Melakukan analisis Perubahan Distribusi Polutan udara pada saat Pandemi Covid19 di Jabodetabek	Masih dalam tahap proses riset	Hasil riset perlu disosialisasikan lebih lanjut

Untuk bidang ekonomi dan bisnis, kegiatan-kegiatan litbang unggulan terpilih antara lain terkait digitalisasi usaha UMKM di pedesaan dengan menggunakan aplikasi terintegrasi yang dikembangkan ITB. Kemudian, metode berkebun cerdas dengan memanfaatkan pekarangan rumah yang dikembangkan oleh UGM. Kedua kegiatan ini sangat penting untuk meningkatkan aktivitas ekonomi masyarakat kelas menengah ke bawah yang semakin sulit di masa pandemi ini. Selain itu, diinventaris pula kegiatan litbang di bidang lingkungan terkait perubahan distribusi polutan udara selama masa pandemi di wilayah Jabodetabek yang dilakukan oleh IPB. Namun seperti halnya kegiatan-kegiatan lainnya, dibutuhkan *channel* sosialisasi untuk pemanfaatan yang lebih luas lagi.

### Kegiatan litbang non-komersial unggulan untuk bidang teknologi komunikasi dan informasi

Beberapa kegiatan non komersial unggulan terpilih terkait bidang kesehatan dan pandemi antara lain sebagai berikut:

**Tabel 14. Beberapa Kegiatan Unggulan untuk Bidang Teknologi Komunikasi dan Informasi**

Kegiatan	Penjelasan	Progres	Catatan
PreciFLog©: Sistem Logistik Presisi Tinggi untuk Kemandirian Pangan Saat Pandemi COVID-19 - IPB	Manfaat dari aplikasi PreciFLog© yaitu sebagai sistem informasi yang cerdas dan akurat ( <i>Internet of things, Artificial Intelligence, blockchain dan big data</i> ) untuk membantu kelancaran logistik pangan sehingga pasokan pangan dapat terjamin selama masa pandemi COVID-19	Telah dikembangkan tahap pertama untuk lima komoditas pangan pokok, yaitu beras, daging, telur, gula, dan minyak goreng	Aplikasi yang pemanfaatannya tetap efektif pada era <i>new normal</i> dan bahkan setelah pandemi berakhir. Perlu di- <i>endorse</i> pemanfaatannya secara lebih luas
PREMISE (Pathogen Spread Monitoring System) - ITB	Sistem ini dapat memberikan peringatan dini penyebaran patogen penyebab penyakit menular, yang menyebar atau ditransmisikan melalui udara dengan interval 3 jam untuk 3 hari ke depan, di seluruh wilayah Indonesia dengan tingkat akurasi hingga 3 kilometer.	Pengembangan sistem sedang dilakukan, namun terkendala pendanaan yang terlambat	Aplikasi yang cukup penting, perlu didukung secara lebih serius dalam pengembangan dan pemanfaatannya

Terdapat cukup banyak *software* dan aplikasi yang dikembangkan berdasarkan data inventaris kegiatan (ada 54 kegiatan). Untuk itu, dipilih 2 kegiatan yang progresnya cukup baik dengan manfaat yang besar yaitu antara lain aplikasi logistik yang dikembangkan IPB untuk kemudahan logistik produk-produk pertanian yang menemui kendala selama masa pandemi, kemudian aplikasi *phatogen spread* monitoring sistem untuk sistem informasi ancaman persebaran pandemi. Kedua aplikasi ini bermanfaat tidak hanya untuk kasus pandemi COVID-19 saja.

### Tantangan dalam Melakukan *Needs Assessment* dan *Resources Mapping* untuk Perencanaan Kegiatan Litbang dan Inovasi: *Network* Kelembagaan dan Koordinasi yang perlu diperkuat

Hasil inventarisasi dan pemetaan kegiatan-kegiatan unggulan di atas menunjukkan bahwa Indonesia sebenarnya memiliki potensi sumber daya yang cukup memadai untuk memenuhi kebutuhan inovasi teknologi di dalam negeri terkait pandemi COVID-19 melalui kegiatan-kegiatan litbang. Berbagai solusi teknologi, baik dalam bentuk produk komersial maupun rekomendasi kebijakan, analisis, *modelling* ataupun pengembangan berbagai *software/aplikasi* pendukung dapat dilakukan dan difinalisasi. Namun, yang menjadi masalah terbesar adalah pemanfaatannya sesuai penjelasan sebelumnya. Kegiatan-kegiatan yang tergolong unggulan saja masih menghadapi masalah pemanfaatan, apalagi kegiatan-kegiatan lainnya yang jumlahnya jauh lebih banyak yang bahkan masih berkutat di permasalahan teknis proses litbang ataupun belum memiliki mitra industri untuk *upscaling*. Untuk itu, perlu pendekatan perencanaan yang akurat agar dapat dilakukan pemanfaatan kapasitas *resources* secara optimal.

Saat ini, sebagian besar kegiatan direncanakan berdasarkan sayembara proposal<sup>3</sup> dari instansi yang menyalurkan dana litbang. Akhirnya, kebutuhan yang terpenuhi akan lebih ditentukan dari satu sisi, yaitu sisi peneliti (tim peneliti) yang mengajukan usulan. Padahal, pendekatan perencanaan yang terbaik salah satunya berdasarkan prinsip dasar efisiensi yaitu bagaimana menghasilkan *benefit* yang seoptimal mungkin dengan alokasi *resources (cost)* yang seminimal mungkin<sup>22</sup> dari alternatif-alternatif yang ada. Oleh karena itu, hal pertama yang perlu diketahui adalah apa yang dibutuhkan (*needs assessment*) dari kegiatan litbang untuk menghasilkan inovasi dalam menghadapi pandemi COVID-19. Kemudian, tentunya harus diketahui pula secara detail dan akurat kapasitas *resources* yang dimiliki (*resources mapping*), tidak hanya kapasitas di sisi pelaku litbang, namun juga termasuk kapasitas dan kemampuan industri dalam melakukan *upscaling*. Setelah itu, baru direncanakan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan sesuai *resources* yang dimiliki termasuk penambahan *resources* untuk menutup *gap* yang ada apabila diperlukan.

Untuk melakukan hal-hal tersebut, perlu *networking* dan koordinasi yang kuat dari seluruh aktor. Berikut ini simulasi urutan proses perencanaan yang direkomendasikan berdasarkan *demand assessment* dan *resources mapping* yang lengkap dan akurat:

- Perlu dilakukan penugasan yang apabila memungkinkan melalui kerangka regulasi yang mengikat (Keputusan Presiden, dsb., untuk melakukan perencanaan pemenuhan kebutuhan inovasi teknologi melalui kegiatan litbang yang melibatkan otoritas kesehatan yang mengetahui kebutuhan di lapangan (Kemenkes); penanggungjawab kebijakan riset dan inovasi (Kemenristek/BRIN); penanggungjawab kebijakan industri sekaligus pembina industri (Kemenperin); penanggung jawab kebijakan perdagangan, pasar, dan *supply chain* (Kemendag); serta lembaga-lembaga pendukung lainnya khususnya yang terkait perizinan dan sertifikasi. Dengan demikian, diharapkan dapat terbentuk *network* dan koordinasi untuk percepatan proses hilirisasi dan komersialisasi.
- *Needs assessment* dapat disiapkan melalui koordinasi dengan berbagai pihak terkait oleh Kementerian Kesehatan, berupa estimasi jumlah kebutuhan dan persebarannya serta *gap* yang harus dipenuhi melalui inovasi teknologi.
- *Resources mapping* untuk para pelaku litbang dapat dikoordinasikan oleh Kemenristek/BRIN secara lengkap dan akurat meliputi data-data SDM peneliti dan inovator yang tersebar di berbagai perguruan tinggi dan pusat penelitian, serta kapasitas sarpras yang dimiliki (lab, peralatan, dll).
- *Resources mapping* untuk industri dalam melakukan *upscaling* dikoordinasikan oleh Kemenperin berupa data potensi kapasitas dan teknologi produksi yang dimiliki industri beserta kesediaan dan kemampuannya dalam hal finansial.
- Data *needs assessment* dan *resources mapping* kemudian diperbandingkan untuk dapat menentukan perencanaan kegiatan litbang untuk menghasilkan inovasi yang dibutuhkan yang sesuai dengan kapasitas dan kemampuan saat ini. Selanjutnya, dilakukan identifikasi *gap-gap* yang harus dipenuhi, tentunya dengan alokasi anggaran optimal sesuai kebutuhan, karena saat ini alokasi anggaran riset terkait COVID-19 masih sangat rendah dibandingkan beberapa negara yang telah maju inovasi teknologinya.
- Dalam proses pengembangan, tentu diperlukan proses percepatan administrasi keuangan (Kemenkeu sebagai penanggungjawab), serta perizinan dan sertifikasi oleh instansi terkait (BPOM, BSN, Kemenkes, Kemenperin, dll), serta dukungan *supply chain* untuk proses produksi dari bahan baku, *intermediate goods*, hingga pemasaran (Kemendag sebagai penanggungjawab).

Apabila simulasi di atas dapat diimplementasikan di dunia nyata, tentu perencanaan kegiatan litbang yang menghasilkan inovasi teknologi untuk menghadapi pandemi COVID-19 akan semakin akurat dan benar-benar sesuai kebutuhan dengan optimalisasi kapasitas *resources* dan kemampuan yang kita miliki, namun risiko-risiko kegagalan dalam hilirisasi dan komersialisasi hasil litbang tentunya cukup besar, karena pada dasarnya kegiatan litbang dan inovasi tidak bersifat linier dan pasti menghasilkan hasil atau produk yang diinginkan. Untuk itu, tahapan berikutnya adalah bagaimana melakukan desain kegiatan litbang untuk meminimalisir risiko kegagalan yang akan disampaikan pada bagian berikutnya.

### Desain Kegiatan Litbang Secara Holistik: Analisis Berdasarkan Pendekatan *Cluster*

Secara umum, berikut ini ilustrasi sederhana dari keberhasilan proses litbang yang menghasilkan produk komersial mulai dari tahap awal hingga dapat dimanfaatkan (hilirisasi/komersialisasi) yang telah disarikan dari berbagai sumber untuk konteks Indonesia<sup>19,23</sup>:



Gambar 2. Proses Hilirisasi dan Komersialisasi Litbang<sup>19</sup>

Dari ilustrasi di atas, terdapat 3 proses utama dalam hilirisasi dan komersialisasi hasil litbang dan inovasi, yakni proses litbang untuk menghasilkan *prototype*; proses produksi di Industri, dan persaingan bisnis di market. Dengan kata lain, dalam hal kebijakan perencanaan dan desain kegiatan litbang, tidak cukup hanya memikirkan bagaimana mengembangkan suatu produk melalui litbang, namun juga harus diperhitungkan kemampuan industri yang ada untuk memproduksinya, karena bisa saja suatu produk memiliki *technology readiness level* (TRL) tinggi namun tidak bisa diproduksi di industri dalam negeri karena adanya *gap* kemampuan teknologi produksi ataupun kemampuan finansial sebagai modal produksi. Kemudian, walaupun TRL dan kemampuan *upscaling* di industri sudah terpenuhi, belum tentu produk tersebut dapat bersaing di pasar. Selanjutnya, faktor *value added* dan Tingkat Kandungan Dalam Negeri (TKDN) juga harus dipertimbangkan karena bisa saja suatu produk sudah lengkap memenuhi ketiga aspek di atas namun proses yang dilakukan hanya perakitan dengan teknologi rendah yang tentunya tidak begitu besar manfaatnya baik dari sisi *value added* maupun TKDN<sup>23</sup>.

### Tantangan Utama Desain Kegiatan Litbang: Masih dilakukan secara Parsial

Apabila kita melihat konteks riil secara operasional, berdasarkan tiga faktor utama hilirisasi/komersialisasi hasil litbang<sup>19,23</sup> (*prototype*, manufaktur, dan market), lembah kematian atau jurang kegagalan produk hasil litbang dan inovasi dapat terjadi di semua tahapan (Gambar 3). Mulai dari kegagalan pada tahapan pengembangan produk hingga *prototype* (tidak berhasil mencapai produk atau hasil riset yang diharapkan); kemudian kegagalan pada tahapan produksi (tidak ada industri yang mampu memproduksi dari sisi teknologi, biaya, dll); hingga kegagalan pada tahapan pemanfaatan ataupun komersialisasi yang biasanya terjadi karena ketidakmampuan untuk bersaing di pasar<sup>19,20</sup>. Dengan kata lain, perlu ditekankan pentingnya *process based research/innovation*

(membangun teknologi produksi), tidak hanya *product based research*, dengan tentunya didukung oleh strategi marketing khusus untuk produk *high-tech/inovatif* yang pendekatannya berbeda dibandingkan produk biasa pada umumnya<sup>19,23</sup>.



Gambar 3. Jurang Produk Litbang dan Inovasi Dalam Konteks Operasional<sup>19</sup>

Dari penjelasan di atas, dapat dikatakan bahwa suatu kegiatan litbang dengan tujuan untuk dimanfaatkan (hilirisasi dan komersialisasi), baru dapat dikatakan direncanakan secara menyeluruh (holistik) apabila desain kegiatan litbang dilakukan beserta desain pemanfaatannya juga. Dalam hal ini, litbang dengan tujuan komersial harus lengkap siapa yang melakukan litbang (desain kegiatan litbang), siapa yang akan memproduksi/*upscaling* hasil litbang (desain industri), dan siapa yang akan membelinya (desain market). Berdasarkan inventarisasi, pemetaan, dan analisis yang dilakukan, terdapat banyak sekali variasi permasalahan yang bersifat kontekstual. Sebagian besar merupakan masalah-masalah mendasar yang sebenarnya dapat diprediksi ataupun dapat dipersiapkan sebelumnya seperti masalah logistik dan *supply chain*, kesiapan *upscaling* industri, *endorsement* market, dll. Karena tidak mungkin membahas permasalahan kasus per kasus, maka apabila dilakukan analisis secara umum, terlihat bahwa hampir seluruh kegiatan litbang hanya terfokus pada desain litbangnya saja. Dengan kata lain, yang menjadi pokok permasalahannya adalah 'Kegiatan Litbang Masih Didesain Secara Parsial'. Kebanyakan desain kegiatan dilakukan melalui pengajuan proposal ke penyedia anggaran yang dilakukan oleh peneliti sehingga sangat terfokus pada aspek litbangnya. Beberapa peneliti yang mempunyai jaringan ke industri mungkin sudah mulai melakukan peninjauan *upscaling* tapi belum sampai ke desain market.

Dengan keahlian teknis dan karakter '*scientist*' yang dimiliki, tidak banyak peneliti yang memiliki jaringan industri luas ataupun paham strategi bisnis. Tentunya tidak mungkin ketiga faktor tadi dibebankan seluruhnya pada peneliti ketika mendesain kegiatan litbang hingga ke pemanfaatan. Perlu inisiasi interaksi dan peran pihak yang menjadi *enabler* untuk mengintegrasikan aktor-aktor yang terlibat (litbang, industri, market). Untuk itu, cara yang paling efektif adalah membentuk *cluster-cluster* yang didesain dengan melibatkan semua pihak yang terkait berikut pemenuhan *resources* secara penuh. Selain itu, faktor-faktor pendukung (*supply chain* dan logistik, regulasi, perizinan, sertifikasi, keberpihakan, dll) yang banyak dipermasalahkan juga harus dipenuhi agar desain 'holistik' yang diharapkan benar-benar terwujud, sehingga peluang terciptanya hilirisasi, pemanfaatan, dan komersialisasi hasil litbang semakin besar. Beberapa bentuk *cluster* kegiatan litbang hingga ke fase hilirisasi dan komersialisasi adalah sebagai berikut:

**Cluster berbasis produk**-Cluster berbasis produk dikembangkan dengan tujuan untuk melakukan riset, pengembangan teknologi (termasuk teknologi produksi), hilirisasi dan komersialisasi secara utuh untuk suatu produk spesifik. Dengan kata lain, *cluster* ini meliputi ketiga aspek inovasi dalam pembahasan sebelumnya (*prototype*, manufaktur/teknologi produksi, dan market) dan melibatkan seluruh *stakeholder* utama terkait hingga produk tersebut berhasil diproduksi dan bersaing di pasar.



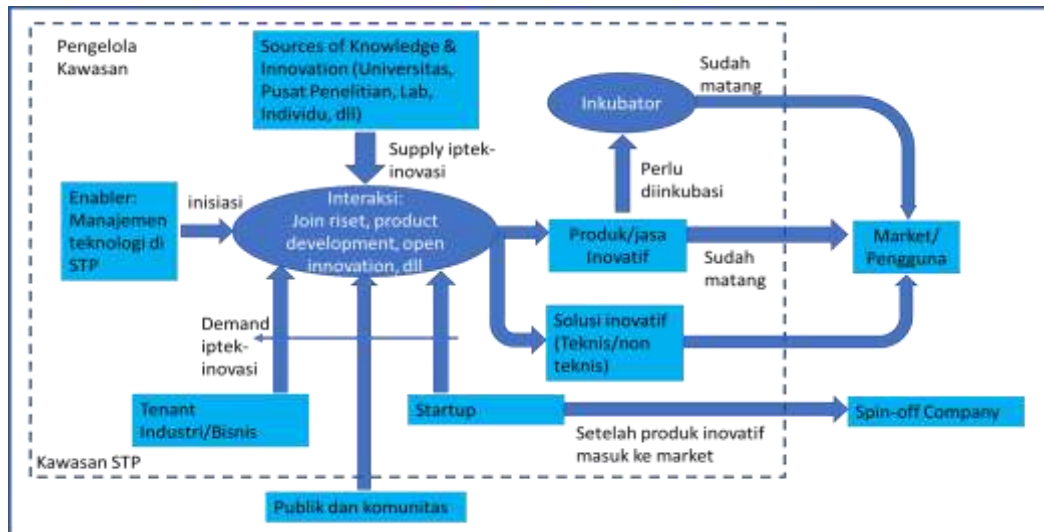
Gambar 4. Desain Cluster Inovasi Berbasis Produk<sup>19,23</sup>

Untuk memenuhi tujuan tersebut, tentunya diperlukan *effort* membangun dan mengembangkan desain *cluster* yang komprehensif dan lengkap, antara lain:

- Desain market melalui analisis *demand* yang akurat termasuk penentuan target market dan analisis kompetisi dengan alternatif/pesaing saat ini. Apabila dimungkinkan, dapat dibentuk *captive market* melalui campur tangan Pemerintah seperti keberpihakan dalam pengadaan Pemerintah, insentif harga, subsidi, dll.
- Desain industri yang akan memproduksi produk hasil litbang/inovasi perlu ditentukan sejak awal, termasuk *gap analysis* berdasarkan kondisi saat ini (dari sisi kemampuan teknologi produksi dan finansial) dibandingkan kondisi yang diperlukan untuk memproduksi.
- Desain kegiatan litbang baik untuk mengembangkan produk maupun untuk mengembangkan proses produksinya.
- Desain faktor-faktor pendukung utama, khususnya yang terkait *supply chain* bahan baku, bahan *intermediate*, dan produk akhir; skema insentif untuk peneliti dan inventor; regulasi terkait sertifikasi dan perizinan, serta hal-hal penting lainnya sesuai kebutuhan.

Kemudian, tidak mungkin *cluster* ini dikembangkan untuk banyak produk karena butuh fokus, *effort*, dan *resources* yang besar, jadi hanya untuk produk-produk tertentu saja yang sifatnya sangat *urgent* dan strategis. Seperti produk yang *demand*-nya sangat besar dan menyangkut hajat hidup masyarakat ataupun *magnitude* ekonomi yang sangat luas. Karena apabila sudah diputuskan untuk dikembangkan, maka harus segera diimplementasikan secara utuh dan tuntas (tidak boleh parsial) untuk menjamin efektivitas dan tingkat keberhasilannya. Contoh sederhana terkait COVID-19 adalah ventilator yang sejak awal sudah diketahui *demand*-nya sangat besar dan mendesak. Tahap awal tentunya dapat diestimasi data dan sebaran *demand*-nya, lalu dinilai dan didata industri-industri yang berpotensi dapat memproduksi ventilator, kemudian baru dirancang riset untuk desain ventilator yang sesuai dengan kebutuhan market dan kemampuan teknologi industri yang ada. Untuk memastikan implementasinya, peran krusial Pemerintah adalah membentuk *captive market* berupa keberpihakan untuk menyerap produk ventilator yang dikembangkan beserta dukungan terkait *supply chain*, regulasi, sertifikasi/perizinan, dll sesuai penjelasan sebelumnya sehingga terbentuk suatu *cluster* berbasis produk ventilator secara utuh dan tidak parsial.

**Cluster berbasis ekosistem**-Saat ini, di Indonesia banyak dikembangkan STP dan inkubator yang diharapkan dapat menjadi suatu ekosistem yang memfasilitasi proses inovasi di berbagai lokasi potensial, dengan *source of knowledge* dan *source of innovation* yang kuat<sup>18,24</sup>, termasuk di 4 perguruan tinggi terbaik di Indonesia yaitu ITB, IPB, UI, dan UGM yang terpilih sebagai *major project* STP dalam RPJMN 2020-2024. Secara konsep berdasarkan konteks Indonesia, STP diharapkan sebagai wadah tempat bertemu dan berinteraksinya aktor-aktor inovasi sesuai skema berikut ini<sup>18,24</sup>:

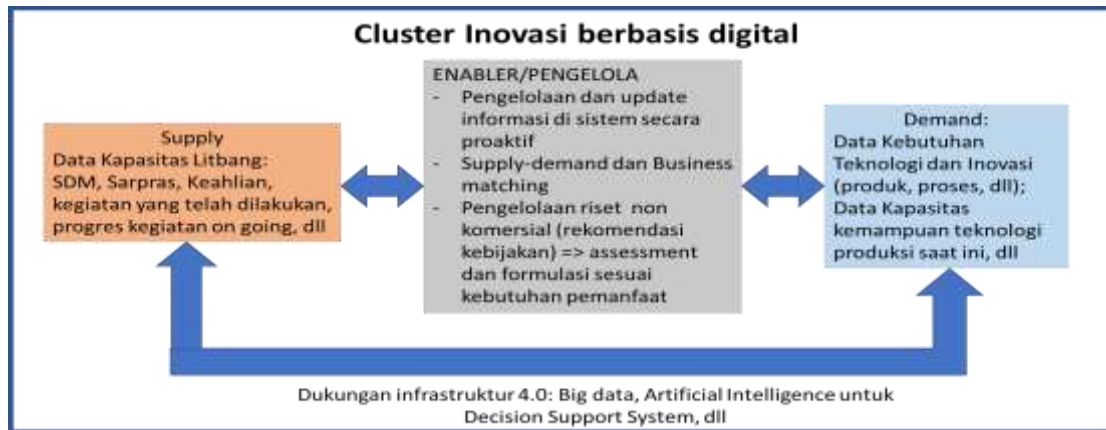


Gambar 5. Proses inovasi dan interaksi *supply-demand* kebutuhan iptek-inovasi di STP<sup>18</sup>

Syarat utama sebuah STP adalah adanya sumber pengetahuan dan inovasi, semakin besar *magnitude knowledge* dan inovasinya, semakin strategis STP tersebut. Kemudian, dari sisi pemanfaat teknologi dan inovasi juga ada pihak industri baik *established industry* maupun *startup* yang berinteraksi dengan penghasil teknologi dan inovasi<sup>25</sup>, baik secara langsung maupun melalui peran *enabler* seperti inkubator<sup>26</sup> ataupun melalui manajemen aktivitas seperti *business matching*, *pitching*, *open innovation*<sup>27,28</sup>, dll. Dengan kata lain, *cluster* yang terbentuk di sini sudah '*given*' sebagai tempat berkumpulnya para aktor yang berinteraksi untuk menghasilkan berbagai produk, layanan, dan solusi inovatif<sup>18</sup>. Pengembangan *cluster* inovasi di STP menggunakan pendekatan ekosistem yang sifatnya terbuka untuk berbagai jenis produk, layanan, dan solusi inovatif sesuai perkembangan. Walaupun STP tentunya bisa didesain secara tematik tergantung dari kapasitas *knowledge* dan inovasi yang ada, misalnya *engineering* di ITB, pertanian di IPB, dan sebagainya. Untuk konteks litbang terkait COVID-19, tentunya apabila diarahkan ke *cluster* ekosistem seperti STP, maka proses inovasi dan komersialisasi akan sangat bergantung pada interaksi aktor-aktor di dalamnya<sup>24,25</sup>. Proses riset dan pengembangan; analisis bisnis dan market; penyiapan industri untuk memproduksi; dan sebagainya secara alami akan dilakukan di ekosistem tersebut. Dukungan Pemerintah lebih ke arah fasilitasi regulasi (sertifikasi, perizinan, dll) dan keberpihakan khususnya terkait pemasaran produk apabila diperlukan.

**Cluster inovasi berbasis digital**-Cluster berbasis digital<sup>23</sup> merupakan *cluster* multifungsi yang dapat diarahkan untuk berbagai tujuan. Kuncinya adalah kelengkapan dan keakuratan informasi di *database*, pengelolaan informasi progres kegiatan, serta aksesibilitas yang aktual dan responsif. Pada dasarnya, *cluster* digital ini merupakan sistem informasi inovasi yang terdiri atas tiga bagian besar, yaitu dari sisi *supply*, sisi *demand*, dan *enabler*. Sisi *supply* memuat informasi yang lengkap dan akurat tentang potensi dan kapasitas para pelaku riset dan inovator di seluruh lembaga litbang dan perguruan tinggi yang ada di Indonesia. Mulai dari profil umum, keahlian, hasil-hasil riset yang sudah dilakukan, dan

progres yang dilakukan saat ini. Kemudian, dari sisi *demand* yaitu kebutuhan solusi teknologi dan inovasi yang dibutuhkan industri yang langsung diisi oleh pihak industri. Selain itu, ada pihak *enabler* yang mengelola dan menganalisis data-data dari kedua pihak, untuk melihat adanya kecocokan yang dapat ditindaklanjuti dengan berbagai macam indikator yang relevan (kapasitas pelaku riset, kemampuan teknologi produksi di industri, *magnitude demand*, dll). Pengelola atau *enabler* ini memegang peran kunci yang harus diisi oleh orang-orang profesional dan kompeten di bidang manajemen teknologi dan inovasi; berbagai bidang riset (*engineering, life science, sosial, dll*); bidang ekonomi dan bisnis; dan sebagainya yang tentunya berkembang sesuai perkembangan interaksi dan proses di dalam sistem.



**Gambar 6. Konsep Umum Cluster Inovasi Berbasis digital<sup>23</sup>**

Selanjutnya, yang menjadi keunggulan utama dari *cluster* ini selain ‘mempertemukan’ *supply-demand* litbang dan inovasi secara cepat dan efisien melalui fasilitas digital, adalah kemampuannya untuk mengelola penelitian non-komersial ataupun yang tidak menghasilkan produk atau layanan tertentu, misalnya riset-riset dasar untuk pengayaan ilmu pengetahuan, riset-riset yang menghasilkan rekomendasi untuk perbaikan termasuk yang terkait kebijakan publik, dan lainnya. Tentunya perlu dilakukan *assessment* dalam menentukan hasil-hasil riset yang relevan dan berkualitas untuk ditampilkan, serta analisis untuk tujuan formulasi sehingga lebih efektif dan efisien untuk diakses oleh pemanfaat hasil-hasil litbang tersebut. Karena apabila tidak diformulasikan, riset-riset asli kebanyakan terlalu rumit penyampaian, kurang implementatif, dan sebagainya. Dalam pengelolaannya, pendekatan sosial media dengan mengadaptasi fitur-fitur interaksi di sosial-sosial media populer (instagram, facebook, dll) dapat dilakukan untuk interaksi yang lebih cair dan mudah. Pemanfaatan teknologi 4.0 seperti *artificial intelligence* dan analisis *big data* tentunya juga penting untuk diaplikasikan khususnya terkait analisis multi-faktor untuk mendukung pengambilan keputusan. Desain *cluster* dan *sub-cluster* tematik juga dimungkinkan untuk mempermudah pengelolaan dan interaksi penyedia-pemanfaat hasil riset dan inovasi.

Dalam konteks COVID-19, kebutuhan untuk *cluster* digital ini sangat strategis karena mampu menampung riset-riset kebijakan, analisis pandemi dan kesehatan, dampak sosial ekonomi, dll, yang tidak komersial dan tidak memerlukan proses hilirisasi karena tidak menghasilkan produk atau layanan tertentu. Selain itu, juga dapat mengintegrasikan berbagai macam riset yang saling berhubungan, namun sayangnya untuk saat ini bisa dikatakan belum ada *cluster* inovasi digital dengan *magnitude* yang luas dan konten serta fungsi yang lengkap. Secara parsial, ada beberapa *website* ataupun *database* yang dapat diakses terkait profil instansi penelitian (peneliti, SDM, dll) namun hanya sebatas



penyajian informasi saja, tidak didesain untuk menjadi katalis proses inovasi. Untuk ke depan, tentunya perlu dikembangkan *cluster* inovasi berbasis digital secara komprehensif dan utuh dengan melengkapi semua data dan informasi yang dibutuhkan, beserta sarana-prasarana pendukungnya (*hardware, software*), dan manajemen/pengelola yang kompeten dari berbagai bidang yang dibutuhkan.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. *'Timing'* merupakan salah satu faktor yang harus dipenuhi dengan cepat dan tepat agar produk inovatif dapat dimanfaatkan dan bersaing di pasar, terutama di masa pandemi COVID-19 ini saat seluruh dunia melakukan inovasi teknologi dan produksi untuk percepatan pemenuhan kebutuhan. Saat ini, sebagian besar proses hilirisasi dan komersialisasi hasil litbang menjadi inovasi teknologi berjalan cukup lambat dan bahkan banyak diantaranya yang belum memiliki mitra industri untuk *upscaling*, ataupun sudah diproduksi di industri tetapi kesulitan bersaing di pasar. Selain itu, terdapat batasan horizon waktu kebermanfaatannya dari inovasi teknologi sesuai periode pandemi (diprediksi 1-2 tahun) karena setelahnya akan terjadi penurunan kebutuhan dan nilai strategis dari inovasi teknologi tersebut.
2. Perencanaan kegiatan litbang harus dilakukan berdasarkan *needs assessment*, serta *resources mapping* baik untuk pelaku litbang maupun kapasitas industri dalam melakukan *up-scaling*. Setelah itu, baru dapat ditentukan pemenuhan kebutuhan inovasi teknologi melalui optimalisasi *resources* yang dimiliki. Saat ini, *networking* dan koordinasi antar instansi terkait yang sangat dibutuhkan untuk melakukan *needs assessment* dan *resources mapping* masih lemah dan hampir tidak ada. Karena pada akhirnya, sebagian besar kegiatan direncanakan melalui sayembara proposal<sup>3</sup> yang lebih banyak melibatkan pelaku litbang yang mengusulkan dan instansi pemberi dana/insentif saja.
3. Untuk meminimalisir risiko kegagalan, desain kegiatan litbang harus dilakukan secara holistik, yang meliputi desain kegiatan litbang, desain proses *upscaling* di industri, dan desain pasar yang menyerap produk inovasi teknologi yang dihasilkan. Namun kenyataannya, saat ini kegiatan litbang masih banyak yang didesain secara parsial, sebagian besar hanya terfokus pada proses litbang saja serta belum mencakup desain industri dan marketnya.

### Rekomendasi

1. Sebelum merencanakan kegiatan litbang dengan tujuan hilirisasi dan pemanfaatan langsung pada masa pandemi COVID-19, *'timing'* dan horizon waktu (1-2 tahun) harus menjadi pertimbangan utama. Dengan kata lain, fokus harus diarahkan pada kegiatan-kegiatan litbang yang menghasilkan inovasi teknologi yang dapat dimanfaatkan dengan cepat dan tepat, atau kebermanfaatannya akan berkurang dan bahkan tidak ada sama sekali. Untuk beberapa kegiatan litbang tertentu ada juga yang memiliki kebermanfaatannya yang lebih panjang seperti litbang pengembangan vaksin dan obat yang memang membutuhkan proses lebih panjang dengan horizon pemanfaatan yang lebih panjang pula.

2. Perlu dibentuk *network* dan koordinasi yang kuat antar instansi terkait, dalam melakukan perencanaan kegiatan litbang yang menghasilkan inovasi teknologi untuk menghadapi pandemi COVID-19. Apabila memungkinkan, melalui kerangka regulasi yang mengikat (Kepres, dll), yang menugaskan setiap instansi terkait sesuai tanggung jawabnya masing-masing. *Needs assessment* dapat dikoordinasikan oleh Kemenkes, sedangkan *resources mapping* dikoordinasikan oleh Kemenristek/BRIN dan Kemenperin. Beberapa faktor pendukung seperti dukungan kebijakan perdagangan, logistik, dan *supply chain* (Kemendag) serta percepatan perizinan dan sertifikasi (BPOM, BSN, dll) perlu diperkuat sehingga dapat diperoleh perencanaan kegiatan yang benar-benar dibutuhkan dan sesuai dengan kapasitas yang dimiliki. Kebutuhan alokasi anggaran juga sangat penting, baik dari sisi jumlah yang harus dioptimalkan untuk memenuhi *gap* yang ada maupun dari sisi percepatan administrasi pencairan yang membutuhkan peran Kemenkeu untuk realisasinya.
3. Kegiatan litbang harus didesain secara holistik hingga ke tahap pemanfaatan dan komersialisasi, yang dapat diimplementasikan melalui beberapa bentuk *cluster* yang terdiri atas: **cluster berbasis produk** (fokus mengembangkan produk tertentu dengan fasilitasi penuh yang dari awal telah mendesain kegiatan litbang, *upscaling* di industri, dan market yang akan menyerap produk); **cluster berbasis ekosistem inovasi** (berdasarkan perkembangan kebutuhan market yang dinamis, sesuai interaksi antara penyedia hasil litbang dan inovasi dengan pemanfaatnya di ekosistem inovasi seperti STP, inkubator, dll); dan **cluster berbasis digital** (sistem informasi berpendekatan sosial media dengan *enabler*/pengelola yang mengkatalis interaksi antara penyedia dan pemanfaat hasil litbang dan inovasi, sekaligus menjadi **channel sosialisasi untuk hasil litbang dan inovasi yang tidak atau belum komersial**).

## Daftar Pustaka

1. BNPB, Satuan Tugas Panaganan COVID-19, 2020, *Peta Persebaran COVID-19*, diakses <sup>20</sup>dari <https://Covid19.go.id/peta-sebaran-Covid19> pada tanggal 15 September 2020
2. Kemenristek/BRIN, *Tanggap hadapi COVID-19: katalog inovasi karya peneliti dan perekayasa*, Kemenristek/BRIN untuk Mengatasi Pandemi, 2020
3. Kemenristek/BRIN, *Laporan Review Proposal Program Konsorsium Riset dan Inovasi COVID-19*, 2020
4. Zyoud, H., S., et. al., *Mapping the situation of research on coronavirus disease-19 (COVID-19): a preliminary bibliometric analysis during the early stage of the outbreak*, BMC Infectious Diseases volume 20, Article number: 561, 2020
5. United Nations Development Program, *COVID-19 Socio Economy Impact*, retrieved on October 12th 2020 from <https://www.undp.org/content/undp/en/home/coronavirus/socio-economic-impact-of-COVID-19.html>
6. McKinsey & co., *COVID-19: implications for business*, retrieved on October 15, 2020, from <https://www.mckinsey.com/business-functions/risk/our-insights/COVID-19-implications-for-business>
7. Moore, GA., *Crossing the chasm*, Harper Business Essentials, 1991
8. Mohr, J., et. al., *Marketing of high technology products and innovations*, Pearson Education Inc., Pearson Prentice-Hall, 2010
9. Ranney, M., L., et. al., 2020, *Critical supply shortages — the need for ventilators and personal protective equipment during the COVID-19 pandemic*, The New Englang Journal of Medicine, March 2020
10. World Health Organization, 2020, *Global researches on coronavirus disease (COVID-19)*, retrieved on October 15, 2020 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>
11. S&P Global Market Intelligence, *Chinese companies ramp up COVID-19 ventilator exports amid acute global shortage*, retrieved on December 4, 2020, from [pglobal.com/marketintelligence/en/news-insights/latest-news-headlines/chinese-companies-ramp-up-COVID-19-ventilator-exports-amid-acute-global-shortage-58139185](https://www.spglobal.com/marketintelligence/en/news-insights/latest-news-headlines/chinese-companies-ramp-up-COVID-19-ventilator-exports-amid-acute-global-shortage-58139185)
12. McKinsey & co., *When will the COVID-19 pandemic end*, retrieved on October 15, 2020, from <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/when-will-the-COVID-19-pandemic-end#>
13. Denworth, L., *How the Covid 19 pandemic could end*, retrieved on October 15, 2020, from <https://www.scientificamerican.com/article/how-the-COVID-19-pandemic-could-end1/>
14. Sciencemag.org, 2020, *China again boosts R&D spending by more than 10%*, retrieved on October 17, 2020, from <https://www.sciencemag.org/news/2020/08/china-again-boosts-rd-spending-more-10>
15. rdworldonline.com, 2020, *Global R&D Funding Forecast update: China and Asian R&D*, retrieved on October 17, 2020, from <https://www.rdworltonline.com/global-rd-funding-forecast-update-china-and-asian-rd/>
16. BMBF Germany, *Corona virus: what BMBF is doing*, retrieved on October 19, 2020 from, <https://www.bmbf.de/en/coronavirus-what-the-bmbf-is-doing-11194.html>
17. UKRI/ukri.org, *COVID-19 research and innovation supported by UKRI*, Retrieved on October 19, 2020, from <https://www.ukri.org/research/coronavirus/COVID-19-research-and-innovation-supported-by-ukri/>, with link for database from <https://www.ukri.org/files/ukri-funded-COVID-19-research-list/>
18. Faisal A., *Pengembangan model-model ekosistem inovasi di indonesia*, *Jurnal Perencanaan Pembangunan*, Policy Paper, dipresentasikan di Pusat Analisis Kebijakan dan Kinerja, Bappenas, 2018
19. Faisal A., *Reformasi inovasi: pengembangan sistem inovasi yang practical dan berkelanjutan*, Unpublished Paper, 2020

20. CNN Indonesia, *Alat tes corona RI siap edar Pemerintah disindir masih impor*, retrieved on December 8, from <https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20200928141733-199-551846/alat-tes-corona-ri-siap-edar-pemerintah-disindir-masih-impor>
21. CNN Indonesia, *Menakar nasib alat tes COVID-19 RI yang tergerus alkes impor*, retrieved on December 8, from <https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20200930173434-199-552851/menakar-nasib-alat-tes-COVID-19-ri-yang-tergerus-alkes-impor>
22. Chimhowu, O., A, et.al., *The 'New' national development planning and global development goals: Processes and partnerships*, World development, Volume 120, August 2019, Pages 76-89, retrieved on December 8, 2020
23. Faisal A., *Strategi Pengembangan Kerjasama IPTEK-Industri Melalui Ekosistem Inovasi Fisik dan Ekosistem Inovasi Digital*, bahan paparan, disampaikan dalam FGD dengan Kemenristek dan SPIRIT World Bank, pada tanggal 19 November, 2019
24. Faisal A., et. al., *The study of development of Science and Technopark (STP) in Indonesia*, Jurnal Perencanaan Pembangunan, Bappenas, 2017
25. Ketonen-Oksi, S., Valkokari, K., *Innovation Ecosystems as structures for value co-creation*, Technology Innovation Management Review, 2019
26. Faisal A., *Incubators development in Indonesia: Values identification based on best practice incubators at Ideon Science Park, Lund University, Sweden*, Lundavision, Lund University, 2016
27. Unal C., Tecim V., *designing open innovation based product development process for smes using mobile technologies*, KnE Social Sciences 1(2):307, 2017
28. Chesbrough H. and Crowther, A.K., *Beyond high tech: Early adopters of open innovation in other industries*, R and D Management vol.36, no. 3, 229–236, 2006

# **BAB 7**

## **Pengelolaan Ekonomi**

## BAB 7: Pengelolaan Ekonomi

### Pengelolaan Ekonomi

(Eka Chandra B., MA; Leonardo A. A. Teguh Sambodo, Ph.D; Istasius Angger A., MA; Mochammad Firman H., MA; Yogi Harsudiono, MPA; Adelita A. Siregar, SE; Aditya D.C. Wibowo, M.Si; Adhitya K. Ardhana, SE; Dea Kusuma A. peny, SDs; Imroatul Amaliyah, SE; Imron Rosadi S., S.Si; M. Fikri Masteriarsa, S.Stat; Nym Cista SD, S.Stat; Sekar Sanding K, SE; Wahyu Wijayanto, MA; Wening A. Sasmita, SE; dan Yunan Maulana, ST.)

Upaya untuk *flattening the curve* melalui kebijakan *physical distancing* dan pembatasan sosial berskala besar berdampak signifikan pada berkurangnya aktivitas ekonomi. Kebijakan ekonomi juga sangat memengaruhi kapasitas sektor kesehatan dalam penanganan penyakit.

#### Pesan Utama

- Perlunya upaya untuk menjaga **keseimbangan antara aspek kesehatan dan ekonomi** pasca relaksasi pembatasan sosial.
- Pandemi COVID-19 serta upaya *flattening the curve* berdampak signifikan pada kondisi sosial ekonomi dan menyebabkan **perubahan besar pada pola aktivitas ekonomi** antara lain melalui *e-commerce* dan *work from home*.
- **Adopsi protokol kesehatan dan kolaborasi pemerintah dan swasta menjadi kunci pemulihan sektor pariwisata.**
- **Strategi pemulihan ekonomi** di tengah pandemi COVID-19 disesuaikan dengan kondisi penyebaran COVID-19.

**Keseimbangan aspek kesehatan dan ekonomi** – Pembatasan aktivitas untuk mencegah penyebaran COVID-19 sangat penting, namun kegiatan ekonomi tetap perlu berjalan untuk kehidupan masyarakat. Keseimbangan antara kesehatan dan ekonomi harus dicapai. Pengalaman negara lain menunjukkan, keseimbangan tersebut dicapai dengan memberikan prioritas pada aspek kesehatan yang akan memberikan fondasi yang kuat bagi pemulihan ekonomi.

**Perubahan pola aktivitas ekonomi** – Pandemi serta kebijakan pembatasan sosial memaksa beberapa aktivitas ekonomi menurun atau bahkan berhenti. Pandemi juga mengubah pola aktivitas ekonomi antara lain melalui *e-commerce* dan *work from home*.

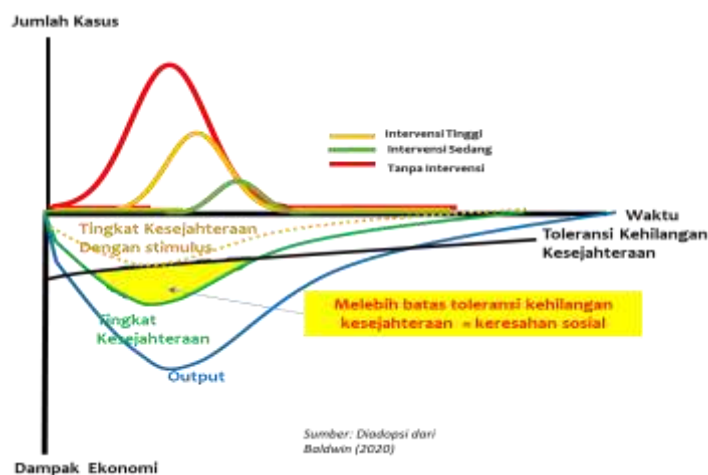
**Adopsi protokol kesehatan serta kolaborasi pemerintah dan swasta menjadi kunci pemulihan sektor pariwisata** – Sektor pariwisata terdampak berat selama pandemi. Adopsi protokol kebersihan, kesehatan, dan keselamatan, serta kolaborasi pemerintah dan swasta yang efektif harus menjadi strategi utama untuk dapat meningkatkan kepercayaan wisatawan kembali dalam pembukaan sektor pariwisata secara bertahap.

**Strategi pemulihan ekonomi jangka pendek dan transformasi ekonomi jangka menengah dan panjang** – Upaya penyelamatan ekonomi dengan memberikan bantuan kepada kelompok masyarakat rentan dan dunia usaha menjadi strategi utama ketika pembatasan sosial masih dilakukan. Setelah COVID-19 mulai dapat dikendalikan, kebijakan ekonomi diarahkan untuk mempercepat pemulihan ke tingkat sebelum krisis dan jangka menengah-panjang kebijakan ekonomi diarahkan untuk transformasi ekonomi.

## Pendahuluan

Pada awal penyebaran wabah COVID-19 di kota Wuhan, China, dampak terhadap ekonomi diperkirakan akan mengikuti pola SARS pada tahun 2003. Negara yang terkena wabah akan mengalami penurunan pertumbuhan yang tajam dalam satu triwulan, tetapi akan pulih dengan cepat pada triwulan berikutnya, membentuk pola huruf V. Namun demikian, kondisi berubah sangat cepat ketika penyebaran wabah COVID-19 mulai menyebar ke berbagai negara di luar China pada akhir Februari 2020, sebelum kemudian dinyatakan sebagai pandemi global. Perekonomian dunia yang awalnya diperkirakan masih dapat tumbuh positif, akan mengalami resesi terbesar sejak perang dunia II.

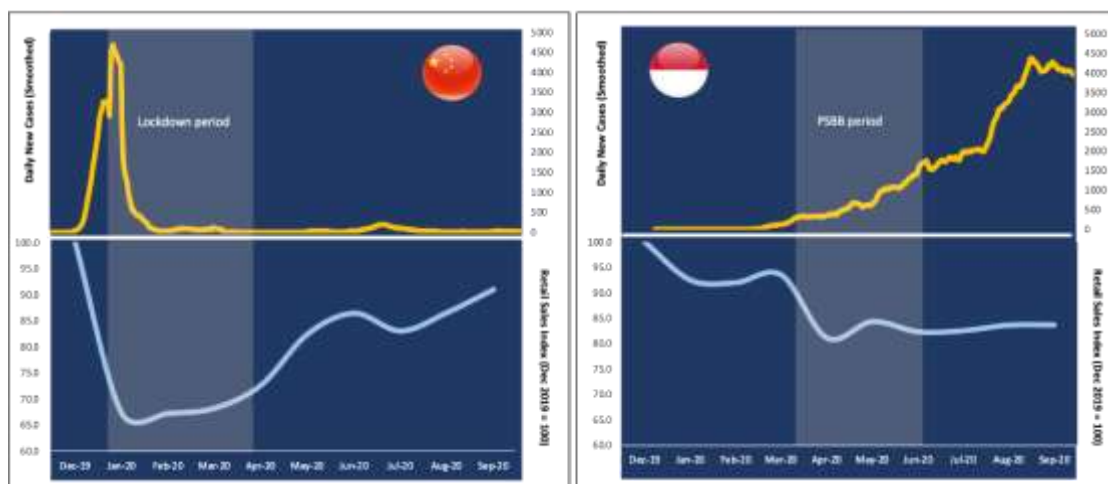
Gambar 1 menjelaskan hubungan upaya pengendalian COVID-19 dengan dampak ekonomi. Untuk mencegah penyebaran wabah COVID-19 yang lebih luas (*flattening the curve*) diperlukan kebijakan *physical distancing* dan pembatasan sosial. Langkah kebijakan tersebut berdampak pada berkurangnya aktivitas masyarakat dan dunia usaha secara signifikan. *Output* akan mengalami kontraksi, mendorong perekonomian menuju pada resesi. Untuk mencegah resesi yang lebih dalam (*flattening the recession curve*), Pemerintah perlu mengeluarkan kebijakan stimulus. Prioritas kebijakan diberikan untuk memitigasi dampak negatif pada kelompok masyarakat rentan dan dunia usaha supaya tidak sampai pada kebangkrutan. Kebijakan stimulus juga dilakukan agar kehilangan kesejahteraan yang dirasakan masyarakat tidak melebihi batas toleransi, sehingga keresahan sosial dapat dicegah.



Gambar 1. Ilustrasi Hubungan Penyebaran Kasus dan Dampak terhadap Ekonomi<sup>1</sup>

## Tahap Pembatasan Sosial Berskala Besar

Kebijakan penanganan pandemic COVID-19 memiliki dampak pada aktivitas ekonomi. Negara yang menerapkan pembatasan sosial yang lebih ketat akan cenderung mengalami kontraksi lebih besar. Pembatasan sosial menyebabkan mobilitas masyarakat menurun tajam, yang kemudian berdampak pada aktivitas ekonomi. Namun, negara yang menerapkan pembatasan sosial yang lebih ketat dan baru merelaksasi setelah virus terkendali, memiliki fondasi yang lebih kuat untuk pemulihan ekonomi, termasuk pertumbuhan ekonomi dalam jangka menengah.<sup>2</sup> Gambar 2 memberikan ilustrasi yang menunjukkan bahwa pembatasan sosial yang lebih ketat akan menekan perekonomian lebih dalam. Namun demikian, proses *recovery* akan berlangsung lebih cepat. Negara yang merelaksasi ekonomi terlalu cepat tanpa upaya *testing* dan *tracing* yang masif berpotensi mengalami *second wave* yang kembali menurunkan perekonomian.



Gambar 2. Kasus Baru Harian dan Retail Sales Index<sup>22</sup>

### Tahap Relaksasi Pembatasan Sosial

Langkah pengendalian pandemi COVID-19 dengan membatasi aktivitas masyarakat berdampak terhadap turunnya aktivitas perekonomian. Namun, langkah untuk merelaksasi pembatasan harus mempertimbangkan beberapa faktor. Adapun faktor-faktor kunci untuk merelaksasi pembatasan sosial dan membuka kembali aktivitas ekonomi adalah:

1. Identifikasi faktor penting atau kriteria dalam membuka kembali ekonomi.

Kriteria membuka kembali ekonomi akan mencakup dua aspek, yakni kesiapan sistem kesehatan dan kesiapan masyarakat dan dunia usaha. Kesiapan kesehatan setidaknya mencakup kondisi penyebaran kasus, kesiapan fasilitas kesehatan, dan kemampuan pemantauan tes. Singkatnya, ekonomi dapat dibuka kembali ketika jumlah kasus dan kematian telah dapat dikendalikan, fasilitas kesehatan mampu menampung penambahan jumlah kasus, dan diikuti oleh kapasitas *testing* dan *contact tracing* yang luas. Ketika langkah-langkah tersebut konsisten dilakukan, maka kinerja ekonomi juga akan lebih baik. Sementara itu, kesiapan masyarakat dan dunia usaha mencakup kesiapan pengetahuan dan kedisiplinan menerapkan protokol kesehatan.

2. Penyusunan strategi yang rinci dan konsisten.

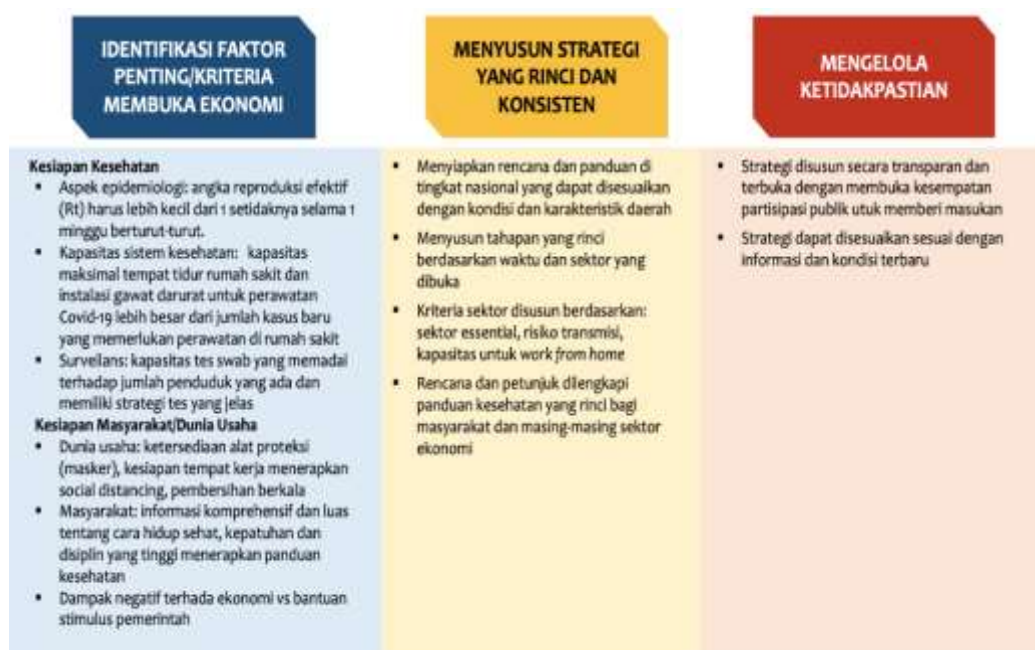
Strategi yang rinci dan konsisten dibutuhkan untuk memberikan kepastian kepada masyarakat dan dunia usaha. Dalam kaitannya dengan hal tersebut, maka rencana dan panduan disiapkan di tingkat nasional yang dapat disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik daerah. Strategi pembukaan kembali ekonomi harus disusun dengan tahapan yang rinci berdasarkan waktu dan sektor yang dibuka. Kriteria sektor dapat disusun berdasarkan: sektor esensial, risiko transmisi, kapasitas untuk *work from home*. Selain itu, pentahapan juga dilengkapi dengan panduan kesehatan yang rinci bagi masyarakat dan masing-masing sektor ekonomi.

3. Mengelola ketidakpastian.

Keberhasilan relaksasi pembatasan sosial sangat bergantung pada respon masyarakat dan dunia usaha, terutama dalam hal penerapan protokol kesehatan secara disiplin. Untuk itu, strategi harus disusun secara transparan dan terbuka dengan membuka kesempatan



partisipasi publik untuk memberi masukan. Selain itu, mengingat masih banyaknya hal yang tidak diketahui soal pandemi COVID-19 dan dampaknya, strategi yang disusun harus adaptif, dapat disesuaikan dengan informasi dan kondisi terbaru.

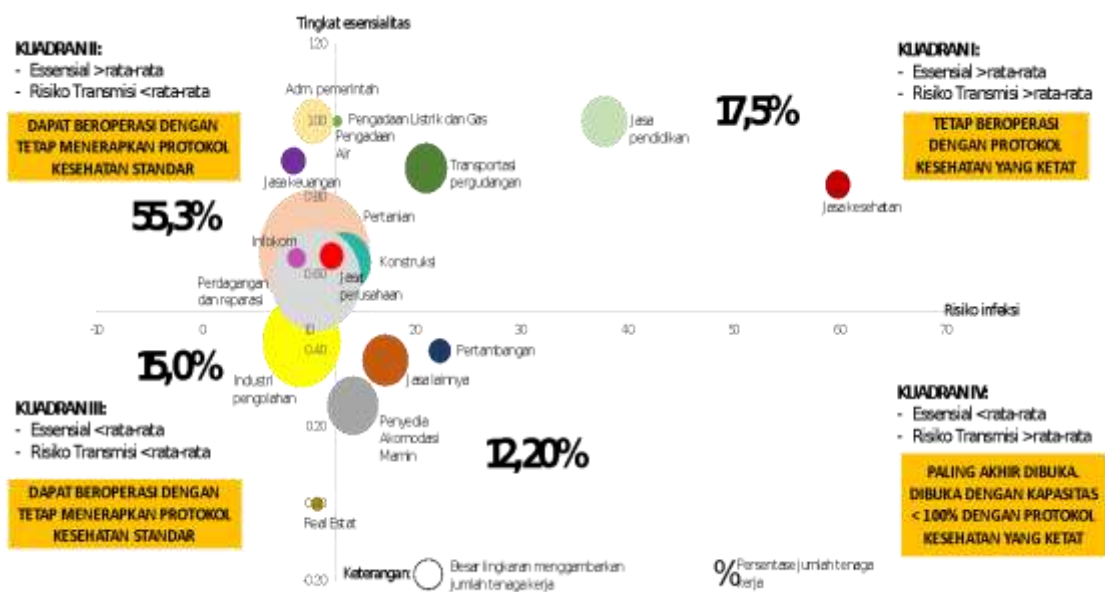


Gambar 3. Faktor Kunci Strategi Membuka Kembali Ekonomi<sup>5</sup>

### Box 1. Analisis Pemetaan Sektor Ekonomi

Analisis pertama adalah pemetaan berdasarkan tiga faktor: (1) risiko infeksi terhadap penyakit; (2) tingkat esensialitas; (3) relevansi ekonomi berdasarkan jumlah tenaga kerja, mengikuti pendekatan del Rio-Chanona et al (2020).<sup>4</sup> Hasil pemetaan terhadap 17 sektor ekonomi (**Gambar 4**) memberikan gambaran awal yang dapat dijadikan panduan bagi Pemerintah dalam menyeimbangkan antara kesehatan dan ekonomi. Sektor-sektor pada kuadran II dan III dapat mulai beroperasi di masa relaksasi pembatasan sosial sehingga penurunan aktivitas ekonomi tidak terlalu dalam. Sektor pada kuadran I dan IV memiliki risiko infeksi yang tinggi, sehingga harus menerapkan protokol kesehatan yang lebih ketat. Sektor pada kuadran I tetap beroperasi pada saat pembatasan sosial, sedangkan sektor pada kuadran IV merupakan sektor yang dibuka paling akhir.

Pemerintah dalam menyeimbangkan antara kesehatan dan ekonomi. Sektor-sektor pada kuadran II dan III dapat mulai beroperasi di masa relaksasi pembatasan sosial sehingga penurunan aktivitas ekonomi tidak terlalu dalam. Sektor pada kuadran I dan IV memiliki risiko infeksi yang tinggi, sehingga harus menerapkan protokol kesehatan yang lebih ketat. Sektor pada kuadran I tetap beroperasi pada saat pembatasan sosial, sedangkan sektor pada kuadran IV merupakan sektor yang dibuka paling akhir.



**Gambar 4. Pemetaan 17 Sektor Ekonomi Berdasarkan Risiko Infeksi, Tingkat Esensialitas, dan Tenaga Kerja<sup>5</sup>**

Analisis kedua berusaha memetakan potensi bekerja dari rumah (*working from home* – WFH) dengan mengadopsi metode Dingel dan Neimann (2020).<sup>6</sup> Secara keseluruhan, sekitar 15,6 juta atau 13,6 persen pekerja Indonesia dapat bekerja dari rumah. Distribusinya berdasarkan sektor dapat dilihat pada tabel 1. Dari hasil analisis ini, sektor-sektor yang memiliki potensi WFH tinggi diharapkan dapat tetap bekerja dari rumah untuk menghindari risiko penyebaran virus. Selain itu, sektor-sektor yang memiliki potensi WFH tinggi mampu menjaga atau meningkatkan tingkat produktivitas di tengah pandemi. Dalam jangka menengah, sektor-sektor ini akan menjadi motor pemulihan ekonomi karena mampu pulih lebih cepat dibandingkan dengan sektor-sektor lainnya.

**Tabel 1 Persentase Potensi WFH Berdasarkan KBLI 2-Digit<sup>5</sup>**

10 Tertinggi		10 Terendah	
Sektor	Persentase	Sektor	Persentase
Pendidikan	94,3	Pengelolaan Limbah	0,0
Aktivitas Hukum dan Akuntansi	84,1	Aktivitas Olahraga dan Rekreasi Lainnya	0,0
Aktivitas Kantor Pusat dan Konsultasi Manajemen	77,4	Pertanian Tanaman, Peternakan, Perburuan dan Kegiatan YBDI	0,2
Aktivitas Keanggotaan Organisasi	76,8	Perikanan	0,2
Aktivitas Hiburan, Kesenian dan Kreativitas	76,6	Kehutanan dan Pemanenan Kayu dan Hasil Hutan Selain Kayu	1,4
Kegiatan Pemrograman, Konsultasi Komputer dan Kegiatan ybdi	75,6	Angkutan Darat dan Angkutan Melalui Saluran Pipa	1,5
Administrasi Pemerintahan, Pertahanan Dan Jaminan Sosial Wajib	74,2	Pertambangan dan Penggalian Lainnya	1,5

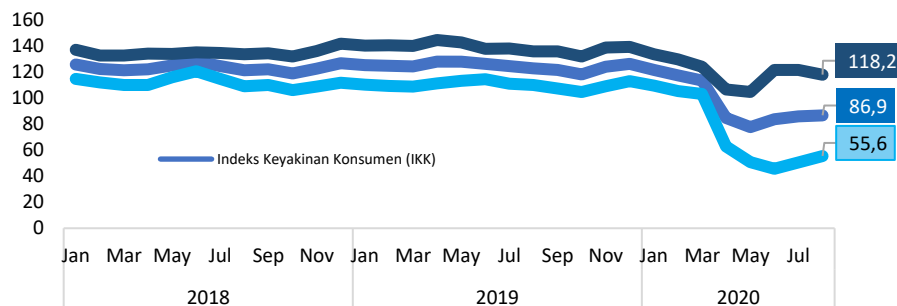
10 Tertinggi		10 Terendah	
Sektor	Persentase	Sektor	Persentase
Asuransi, Reasuransi dan Dana Pensiun, Bukan Jaminan Sosial Wajib	71,6	Pengelolaan Sampah dan Daur Ulang	2,3
Aktivitas Sosial di Luar Panti	68,4	Aktivitas Remediasi dan Pengelolaan Sampah Lainnya	2,4
Aktivitas Perjudian dan Pertaruhan	66,4	Industri Kayu, Barang dari Kayu dan Gabus (Tidak Termasuk Furnitur) dan Barang Anyaman dari Bambu, Rotan dan Sejenisnya	2,6

### Dampak Pandemi COVID-19 Terhadap Kondisi Sosial Ekonomi Masyarakat

Pandemi COVID-19 berdampak besar terhadap kondisi sosial ekonomi masyarakat. Dampak negatif dirasakan oleh semua pelaku ekonomi, baik itu rumah tangga, perusahaan dan usaha mikro kecil menengah mikro (UMKM), keuangan pemerintah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), sektor keuangan, maupun sektor eksternal.

#### Dampak terhadap Rumah Tangga

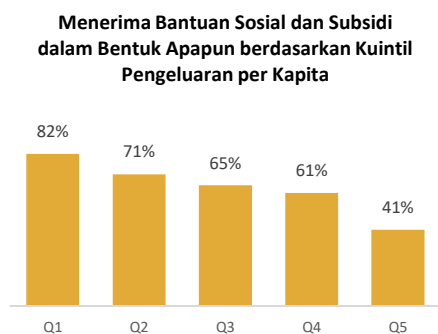
Sebagai dampak dari berhentinya sebagian aktivitas ekonomi, banyak masyarakat yang harus berhenti bekerja. Dari hasil berbagai survei selama pandemi, sekitar 20 persen masyarakat berhenti bekerja, baik akibat dikurangi jam kerjanya, dirumahkan sementara, maupun di-PHK. Jumlah tenaga kerja yang terdampak pandemi COVID-19 diperkirakan setara dengan jumlah penciptaan lapangan kerja di industri pengolahan selama 10 tahun terakhir. Sebagian besar masyarakat yang tetap bekerja juga mengalami pengurangan pendapatan. Meski hal ini ditemukan di semua kelompok pendapatan, penurunan pendapatan lebih banyak ditemukan di kelompok berpendapatan rendah.



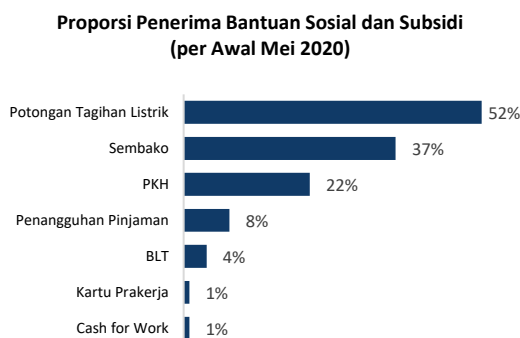
Gambar 5. Indeks Keyakinan Konsumen<sup>7</sup>

Pendapatan yang berkurang serta ketidakpastian kondisi ekonomi dan lapangan kerja menumbuhkan pesimisme pada masyarakat, terlihat dari Indeks Keyakinan Konsumen (IKK), Indeks Kondisi Ekonomi Saat Ini (IKE), dan Indeks Ekspektasi Kondisi Ekonomi (IEK) yang turun tajam sejak Maret 2020 dan berada pada tingkat di bawah 100. Dengan tingkat keyakinan yang rendah, masyarakat mengurangi konsumsi dan meningkatkan tabungan untuk berjaga-jaga. Penurunan konsumsi ini terutama terjadi pada barang tersier dan barang tahan lama (*durable goods*). Pemulihan tingkat keyakinan masyarakat tidak hanya akan bergantung pada pemulihan kondisi ekonomi, tetapi juga penurunan kasus. Ketika

jumlah kasus masih tinggi, keyakinan konsumen akan pulih dengan lambat dan masyarakat akan tetap menahan konsumsi. Pemerintah telah memberikan berbagai bantuan sosial bagi rumah tangga, antara lain potongan tagihan listrik, bantuan sembako, Program Keluarga Harapan (PKH), penangguhan pinjaman, Bantuan Langsung Tunai (BLT), Kartu Prakerja, dan *Cash for Work*. Masyarakat dari semua kelompok ekonomi telah menerima bantuan selama pandemi, terutama potongan tagihan listrik. Namun, masyarakat menengah ke bawah merupakan kelompok terbesar yang menerima bantuan. Hal ini menunjukkan bahwa bantuan sosial cukup tepat sasaran.



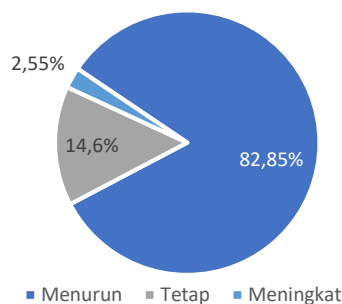
Gambar 6. Penerima berdasarkan Kuintil Pendapatan<sup>8</sup>



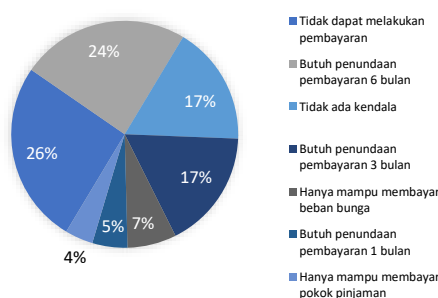
Gambar 7. Jenis Bantuan Sosial dan Subsidi Pemerintah<sup>8</sup>

### Dampak terhadap Dunia Usaha

Selama pandemi COVID-19, berbagai survei menunjukkan lebih dari 80 persen perusahaan mengalami penurunan pendapatan secara drastis. Penurunan pendapatan dirasakan dunia usaha, baik kecil maupun besar di berbagai sektor. Namun, UMKM dan perusahaan bernilai tambah rendah merasakan dampak paling besar. Penurunan pendapatan UMKM turun lebih dari 50 persen, berbanding dengan perusahaan besar yang turun sekitar 29 persen.



Gambar 8. Pendapatan Pelaku Usaha Selama Masa Pandemi<sup>9</sup>



Gambar 9. Kendala Pengembalian Pinjaman Pelaku UMKM<sup>9</sup>

Turunnya pendapatan secara signifikan menyebabkan pelaku usaha, terutama UMKM, mengalami masalah arus kas dan kesulitan membayar pinjaman. Lebih dari 50 persen pelaku usaha tidak memiliki cadangan kas atau hanya memiliki cadangan untuk kurang dari tiga bulan. Sebagian pelaku usaha UMKM menyatakan tidak lagi dapat melakukan pembayaran, hanya mampu membayar beban bunga, atau membutuhkan penundaan pembayaran pinjaman setidaknya 6 bulan. Tidak hanya pengembalian pinjaman, dunia usaha menyampaikan kesulitan dalam membayar biaya sewa, upah, dan utilitas.

Pembatasan sosial yang dilakukan menyebabkan lebih dari 60 persen perusahaan sempat menghentikan usahanya selama pandemi. Berdasarkan hasil dari survei Bank Dunia<sup>10</sup>, per Juni 2020, 40 persen perusahaan berhenti sementara, sekitar 20 persen masih tutup saat survei dilaksanakan, dan 2-3 persen menghentikan usaha secara permanen. Survei yang sama menunjukkan 9 persen dari perusahaan menyatakan telah mengalami kebangkrutan. Terhentinya usaha dan penurunan pendapatan menyebabkan kapasitas produksi berada di bawah 70 persen. Sekitar 13 persen pelaku usaha dalam survei Bank Dunia mengurangi jumlah pekerja, baik dengan mengurangi jam kerja, merumahkan atau melakukan PHK.

Dilihat dari realisasi PDB triwulan II 2020, dampak negatif COVID-19 terasa di hampir semua sektor perekonomian, dengan penurunan terbesar terjadi pada sektor transportasi dan penyediaan akomodasi dan makan minum, yang masing-masing berkontraksi sebesar 30,84 dan 22,02 persen. Pada sisi lain, sektor jasa kesehatan, administrasi pemerintahan, serta informasi dan komunikasi merupakan yang paling sedikit terdampak dan masih tumbuh pada level positif. Meski dampak COVID-19 pada dunia usaha terbilang besar, hanya sekitar tujuh persen yang menerima bantuan pemerintah sampai Mei 2020. Mayoritas perusahaan yang tidak menerima bantuan mengaku tidak mengetahui adanya program bantuan tersebut.

### **Sektor Industri Pengolahan**

Sektor industri pengolahan merupakan salah satu sektor yang terdampak pandemi COVID-19 dengan berat. Kinerja sektor industri pengolahan pada Triwulan III-2020 mengalami kontraksi sebesar 4,30 persen—lebih besar dibandingkan dengan pertumbuhan PDB nasional sebesar -3,40 persen (BPS, 2020)<sup>11</sup>. Nilai ekspor produk industri pengolahan pada triwulan II tahun 2020 hanya mencapai US\$33,60 miliar, atau meningkat sebesar 2,60 persen (YoY). Khusus untuk industri pengolahan non-migas, dampak pandemi COVID-19 ditunjukkan oleh kontraksi sebesar 4,02 persen pada Triwulan III-2020. Namun, dampaknya cukup beragam untuk subsektor industri pengolahan non migas. Pada satu sisi, industri pengolahan non-migas berbasis konsumsi primer seperti subsektor makanan dan minuman, serta subsektor-subsektor lain terkait penanganan dampak pandemi COVID-19 seperti subsektor kimia dan farmasi masih mencatat pertumbuhan yang positif. Pada sisi lain, subsektor industri pengolahan non-migas yang merupakan produsen barang-barang sekunder/tersier, barang-barang *durable*, ataupun barang yang terkait erat dalam rantai pasok global, seperti subsektor otomotif, tekstil dan produk tekstil, dan sektor mesin dan perlengkapan mengalami penurunan signifikan, yaitu kontraksi antara 9,32 persen sampai 29,98 persen. Pertumbuhan volume ekspor produk industri pengolahan non-migas juga turun sebesar -3,83 persen selama periode Januari-September 2020.

Penurunan kinerja industri pengolahan sangat dipengaruhi oleh terhentinya pasokan bahan baku impor akibat penghentian aktivitas perdagangan luar negeri di negara asal. Kondisi ini mengakibatkan sebagian perusahaan tidak dapat melakukan produksi. Bagi industri yang masih mampu menyediakan bahan baku dan bahan penolong substitusi yang berasal dari dalam negeri ataupun dari sumber impor lain tetap menghadapi kendala berupa harga yang lebih tinggi. Kondisi yang sama terjadi di dalam negeri, dimana jalur distribusi/logistik terganggu karena pembatasan mobilitas. Dampaknya dirasakan dalam bentuk tambahan biaya yang tidak hanya mengurangi tingkat keuntungan dari perusahaan tetapi juga menjadi beban dari konsumen akhir.

Penurunan produksi juga berarti sebagian masyarakat kehilangan pekerjaan dan pendapatan. Kondisi ini, ditambah dengan pembatasan mobilitas saat PSBB, menyebabkan penurunan pendapatan dan minat belanja masyarakat. Alhasil, terlahirlah suatu *vicious circle*, dimana pelemahan konsumsi/permintaan kemudian memaksa industri untuk menurunkan aktivitasnya. Utilisasi kapasitas produksi selama masa pandemi berada pada tingkat kurang dari 50 persen, atau jauh turun dari masa normal yang mencapai 80-90 persen. Pelemahan penjualan dan kenaikan biaya produksi selanjutnya menurunkan kualitas kondisi keuangan pelaku usaha industri pengolahan non-migas, dengan dampak terbesar kepada kualitas arus kas (*cashflow*) perusahaan. Sebagian besar perusahaan industri besar dan sedang di subsektor industri pengolahan non-migas yang bersifat padat karya (*labor intensive*) menyatakan bahwa perusahaan mengalami kesulitan keuangan untuk membayar biaya rutin tetap seperti pembayaran kewajiban iuran BPJS Kesehatan, biaya tunjangan pegawai dan biaya minimum listrik kepada PLN. Pada perusahaan industri pengolahan non-migas yang memiliki karakteristik penggunaan energi yang tinggi (*energy intensive*), banyak perusahaan memutuskan untuk melakukan penghentian produksi karena tingginya biaya tetap (*fixed cost*). Dampaknya tidak saja pada volume produksi yang jauh berkurang, tapi juga pada pengurangan jam kerja karyawan, pemberhentian sementara, dan bahkan sampai pemutusan hubungan kerja (PHK) karyawan.

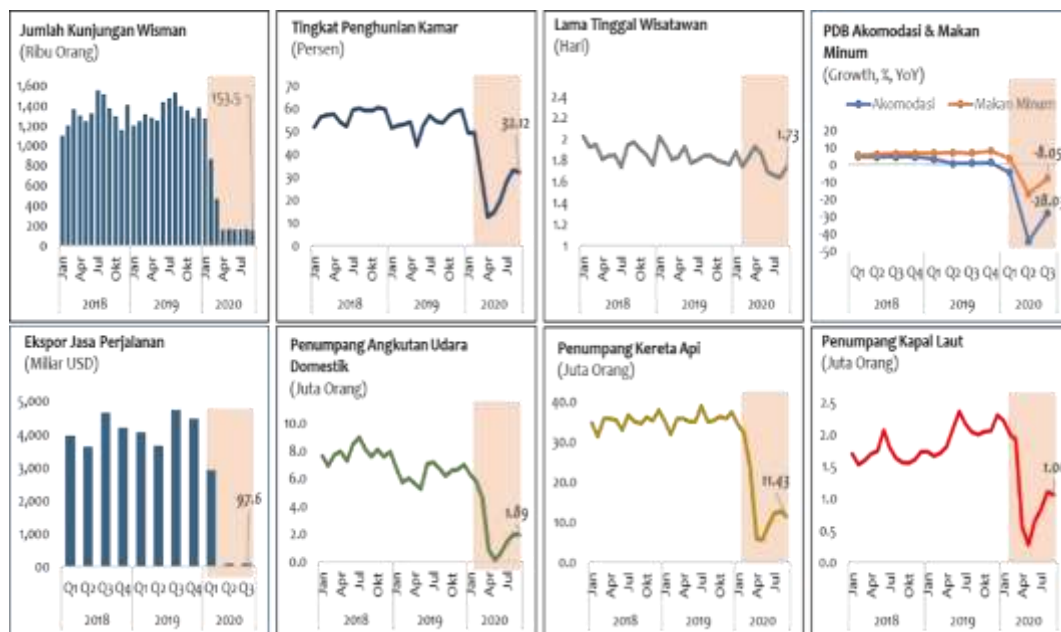
Pemerintah merespons kebutuhan industri pengolahan dalam penanganan dampak pandemi COVID-19 melalui Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) sesuai Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang (PERPPU) Nomor 1 tahun 2020 yang telah disahkan menjadi UU No. 2 tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan<sup>12</sup>. Bantuan diberikan melalui kebijakan stimulus untuk menopang sektor industri pengolahan non-migas dalam dua bentuk, yaitu (i) stimulus fiskal dalam arti luas yang dibiayai oleh APBN, dan (ii) stimulus moneter serta makroprudensial yang dikoordinasikan oleh Bank Indonesia dan Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Stimulus fiskal yang diberikan oleh pemerintah kepada sektor industri pengolahan mencakup pemberlakuan harga beli gas bagi subsektor industri pupuk, petrokimia, keramik, dan tekstil hulu menjadi US\$6,0/MMBTU yang berlaku sejak April 2020, relaksasi Pajak Penghasilan (PPh) 21, 22, dan 25, dan relaksasi Pajak Pertambahan Nilai (PPN) sampai dengan Desember 2020, kemudahan ekspor impor, penghapusan kewajiban pembayaran pajak PPh final 0,5 persen untuk Industri Kecil dan Menengah (IKM) selama 6 bulan, bantuan tunai bagi pelaku industri mikro (Banpres Produktif) sebesar Rp2,4 juta per pelaku usaha mikro, subsidi bunga/subsidi margin untuk IKM mencapai 6 persen sampai dengan periode 31 Desember 2020, dan subsidi bunga Kredit Usaha Rakyat (KUR) khusus COVID-19. Stimulus moneter mencakup penundaan pembayaran pokok, stimulus KUR Ultra Mikro dengan bunga sebesar 0 persen sampai dengan 31 Desember 2020, restrukturisasi kredit, penjaminan kredit modal kerja, serta kredit mikro tanpa bunga bagi industri skala mikro.

Pemerintah juga memfasilitasi tingkat produksi sektor industri pengolahan nasional melalui penerapan Izin Operasional dan Mobilitas Kegiatan Industri (IOMKI)<sup>13</sup> sesuai protokol kesehatan di bidang industri sebagaimana yang tertuang di dalam Surat Edaran Menteri Perindustrian No. 4, 7, dan 8 tahun 2020. Sampai dengan 30 November 2020, terdapat kurang lebih 18.385 IOMKI yang telah diterbitkan oleh Kementerian Perindustrian yang terdiri dari industri agro sebanyak 5.826 izin, subsektor industri kimia, farmasi dan tekstil sebanyak 7.163 izin, subsektor industri logam, mesin, alat transportasi, dan elektronika sebanyak 5.667 izin, subsektor pengelola kawasan industri sebanyak 105 izin, subsektor industri aneka sebanyak 823 izin, dan kepada pelaku litbang industri sejumlah 106 izin. Pemberian IOMKI juga disertai tanggung jawab perusahaan untuk melaporkan secara berkala terkait penerapan protokol Kesehatan. Perusahaan yang tidak menerapkan protokol dengan benar dikenakan sanksi berupa pencabutan IOMKI dan operasionalnya dihentikan. Hingga November 2020, sebanyak

IOMKI 340 perusahaan dicabut karena tidak konsisten dalam memenuhi standar operasionalisasi kegiatan industri sesuai protokol kesehatan. Berdasarkan lokasi perusahaan, pencabutan IOMKI paling banyak di Jawa Barat (179 perusahaan), sedangkan berdasarkan sektor, pencabutan IOMKI paling banyak terdapat pada industri kimia, farmasai, dan tekstil (181 perusahaan). Secara keseluruhan, terbitnya IOMKI mampu mempertahankan tingkat penyerapan tenaga kerja industri nasional sebanyak 5,1 juta pekerja.

### Sektor Pariwisata

Sejak pandemi COVID-19, aktivitas pariwisata dunia mengalami penurunan signifikan. Akibat pandemi COVID-19, secara kumulatif jumlah kunjungan wisman ke Indonesia pada bulan Januari-September 2020 hanya mencapai 3,56 juta orang, atau turun sebesar 70 persen secara tahunan ke tahunan. Statistik kunjungan ke Indonesia selama masa pandemi COVID-19 (April hingga September 2020) didominasi wisman dari negara yang berbatasan darat dengan Indonesia, yaitu Malaysia dan Timor Leste, dengan kontribusi mencapai 90 persen dari total.



Gambar 10. Indikator-Indikator Sektor Pariwisata Hingga Triwulan III 2020<sup>14,15</sup>

Penurunan yang signifikan dalam kunjungan wisatawan nusantara terjadi seiring dengan kebijakan pembatasan sosial berskala besar, kebijakan pemerintah untuk mengurangi cuti bersama di hari raya keagamaan, pembatasan perjalanan (*travel restriction*), dan persepsi masyarakat umum akan bahaya pandemi. Kondisi ini dapat diamati dari perkembangan penumpang di berbagai moda transportasi utama. Total aktivitas bepergian domestik pada moda transportasi pesawat, kereta, dan kapal laut sepanjang Januari-September 2020 mengalami penurunan sebesar 53,8 persen (YoY). Jumlah penumpang pesawat domestik hanya sebesar 23,5 juta orang atau menurun sebesar 58 persen (YoY) pada periode Januari-September 2020. Jumlah penumpang kereta api, dan penumpang kapal laut pada periode yang sama juga turut turun signifikan, masing-masing sebesar -53,8 persen dan -39,5 persen (YoY). Perhimpunan Hotel dan Restoran Indonesia (PHRI dalam Kompas<sup>16</sup>, April 2020) menyatakan sebanyak 1.642 hotel dan 353 restoran tutup akibat pandemi dan menyebabkan terjadinya pemutusan hubungan kerja (PHK). Perusahaan akomodasi dan perjalanan berbasis daring seperti Traveloka dan Airbnb juga melaporkan pemutusan hubungan kerja terhadap karyawannya

sebesar 10 sampai 25 persen. Secara keseluruhan, sekitar 2,6 juta tenaga kerja formal dan informal di sektor pariwisata diperkirakan terkena dampak dari Pandemi yang terdiri dari 1 juta menganggur penuh/pindah ke sektor lain, 1,2 juta mengalami pengurangan jam kerja/dibayar tidak penuh/setengah menganggur, dan 0,4 juta tenaga kerja pariwisata formal beralih menjadi tenaga kerja pariwisata informal.

Penurunan jumlah kunjungan wisman menyebabkan penurunan devisa pariwisata yang ditunjukkan dari penurunan nilai ekspor jasa perjalanan. Pada triwulan III tahun 2020, jasa perjalanan mengalami kontraksi cukup dalam lebih dari 95 persen. Rata-rata pengeluaran wisman per kunjungan pada triwulan III tahun 2020 hanya mencapai US\$206, jauh lebih rendah dari periode tahun sebelumnya yaitu rata-rata US\$1.076 per wisman per kunjungan. Penurunan aktivitas pariwisata juga ditunjukkan oleh penurunan pertumbuhan subsektor penyediaan akomodasi dan penyediaan makan minum. Subsektor penyediaan akomodasi dan penyediaan makan minum pada triwulan III tahun 2020 mengalami pertumbuhan sebesar -28,03 persen dan -8,05 persen dibandingkan tahun sebelumnya (YoY). Sebagai salah satu sektor yang paling terdampak, beberapa bagian dari program PEN diarahkan untuk membantu sektor pariwisata, antara lain Bantuan Likuiditas Pelaku Usaha dan Bantuan Perlindungan Sosial. Selain itu, pemerintah menetapkan kebijakan pemulihan pariwisata lainnya yaitu Pembangunan 10 Destinasi Pariwisata Prioritas, Dukungan bagi Pemerintah Daerah dalam Penyiapan Destinasi Pariwisata, Reaktivasi Wisatawan Domestik, Penggunaan Hotel untuk Tenaga Kesehatan dan Isolasi Mandiri, *Re-Skilling* dan *Up Skilling*, Pengaturan Wisata era *New Normal*, Penguatan Sisi Penyediaan Produk dan Layanan Pariwisata, dan Penyesuaian Target Pariwisata Jangka Menengah.

### Sektor Ekonomi Kreatif

Studi yang dilakukan Kementerian/Badan Parekraf pada bulan April-Mei 2020 lalu terhadap pelaku usaha di 17 subsektor ekonomi kreatif juga menunjukkan dampak pandemi COVID-19 yang cukup signifikan bagi pelaku ekonomi kreatif. Dampak tersebut muncul dalam bentuk, antara lain (i) sekitar 90 persen pelaku usaha kreatif mengalami pembatalan pada aktivitas yang berkaitan dengan orang ramai seperti *syuting*, *talkshow*, konser dan lain-lain; (ii) sekitar 70 persen pelaku usaha mengalami penangguhan pada aktivitas pekerjaan yang sedang berjalan seperti riset, dan survei lapangan; (iii) sekitar 65 persen pelaku usaha mengalami penangguhan aktivitas di tempat kerja seperti pelatihan atau workshop; serta (iv) 50 persen pelaku usaha mengalami pembatalan pertemuan dengan *client*. Kondisi ini membutuhkan penanganan dalam rangka menjaga daya tahan usaha-usaha kreatif selama pandemi COVID-19, dan meningkatkan kesiapan usaha-usaha kreatif untuk aktif kembali dalam masa pemulihan. Survei Serikat Pekerja Media dan Industri Kreatif untuk Demokrasi.<sup>17</sup> mengestimasi pendapatan yang hilang akibat pembatalan kerja pada bulan Maret - Juli 2020 cukup beragam dari Rp1juta hingga Rp60juta dengan kelompok paling banyak pada kisaran Rp1-15juta.

Terlepas dari potensi dampak positif digitalisasi, hanya sekitar 18 persen usaha kreatif yang beralih ke platform daring, utamanya subsektor periklanan dan *games*, sedangkan sisanya harus dibatalkan/ditangguhkan. Dalam rantai nilai usaha kreatif, COVID-19 menyebabkan penurunan permintaan dan kapasitas produksi. Subsektor yang mengharuskan interaksi fisik paling banyak mengalami penurunan permintaan dan produksi. Gangguan permintaan dan produksi juga menyebabkan usaha kreatif kesulitan untuk mengakses pendanaan. Kabar baiknya, kebijakan Pemerintah terkait pembatasan sosial membuka peluang bagi subsektor ekonomi kreatif, yaitu meningkatnya konsumsi *over-the-top (OTT) content* subsektor film dan *video on demand (streaming film)*, musik, televisi, dan *games*. Selama periode awal pandemi COVID-19 di bulan Maret 2020, penggunaan aplikasi *video streaming* masyarakat Indonesia meningkat sebesar 15 persen, dan



diprediksi akan terus meningkat. Selain itu, terjadi peningkatan unduh aplikasi belanja daring sebesar 10 persen sampai dengan akhir periode bulan Maret 2020. Namun di sisi lain, industri film juga tercatat kehilangan pemasukan sekitar Rp3 triliun saat jumlah pelanggan kanal OTT di dalam negeri terus meningkat menggunakan *provider* asing, seperti ditunjukkan oleh peningkatan pelanggan baru Netflix di seluruh dunia sebanyak 15,8 juta.<sup>18</sup>

Sama seperti sektor lain yang terdampak pandemi COVID-19, terdapat penyesuaian target-target pembangunan jangka menengah dengan mempertimbangkan perubahan *baseline data* seiring dengan kontraksi kinerja sektor. Penyesuaian target-target tersebut juga selaras dengan upaya pemulihan yang dilaksanakan secara bertahap.

**Tabel 2. Target Pembangunan Sektor Ekonomi Kreatif<sup>19,20</sup>**

Indikator	Target Semula		Penyesuaian Target		Satuan
	2020	2021	2020	2021	
Nilai Tambah (PDB)	1.189-1.214	1.314-1.333	1.156	1.277	Triliun Rupiah
Nilai Ekspor	21,5-22,6	22,25-23,4	16,92	17,45	Miliar USD
Tenaga Kerja	19	20	17,25	17,9	Juta Orang

Masalah terbesar yang dihadapi pelaku ekonomi kreatif adalah penurunan permintaan, pembatalan pekerjaan dan penangguhan aktivitas. Untuk itu, fokus mitigasi pelaku ekonomi kreatif mengarah pada penguatan manajemen internal, seperti mempertahankan jumlah pekerja dan mempertahankan proses produksi untuk menghindari peningkatan pengangguran dan kemiskinan serta menjaga arus kas usaha tetap sehat. Pelaku ekonomi kreatif juga fokus pada upaya mempertahankan kualitas produk untuk menjaga kepercayaan konsumen. Di sisi lain, upaya mencari alternatif baru usaha, seperti segmen pasar, produk, mitra, dan sebagainya, tidak menjadi fokus sementara waktu. Namun hal tersebut tidak membatasi pelaku ekonomi kreatif untuk mengembangkan keterampilan dengan ilmu baru.

Peran usaha sosial di sektor ekonomi kreatif dalam Pemulihan Pandemi COVID-19 juga cukup signifikan. Sebagian usaha kreatif juga menjalankan misi sosial untuk meningkatkan perbaikan kehidupan sosial ekonomi masyarakat dan lingkungan. Mereka berkontribusi dalam mendorong ekonomi lokal melalui pengolahan dan penjualan produk lokal, dan penyediaan pekerjaan yang lebih inklusif dibandingkan usaha pada umumnya, terutama bagi pemuda, perempuan, dan penyandang disabilitas. Di masa pandemi, usaha sosial memiliki fokus lebih dalam menjaga arus kas untuk mempertahankan tenaga kerja dan keberlangsungan usaha.

Pada masa tanggap darurat, pemerintah telah mengimplementasikan beberapa kebijakan, antara lain (i) pembebasan PPh Pasal 21 untuk tenaga kerja di 16 subsektor ekonomi kreatif; (ii) keringanan cicilan kredit, termasuk Kredit Usaha Rakyat; (iii) kemudahan prosedur ekspor impor; (iv) bantuan sosial untuk tenaga kerja informal di sektor ekonomi kreatif termasuk kartu prakerja dan BPUM; dan (v) reaktivasi pasar dalam negeri melalui gerakan Bangga Buatan Indonesia, termasuk Belanja Buatan Indonesia dan Beli Kreatif Lokal, yang didukung peningkatan kompetensi pelaku usaha kreatif untuk dapat memanfaatkan platform promosi dan pemasaran digital.

Pemulihan sektor ekonomi kreatif diintegrasikan dengan pemulihan pariwisata dan diperkuat untuk memfasilitasi transformasi digital, meliputi: (1) pemulihan proses produksi dan pemasaran produk yang didukung insentif pemulihan ekonomi dan akses permodalan, serta ruang kreatif; (2) dukungan bagi partisipasi pelaku usaha ekonomi kreatif untuk merespon kebutuhan pasar selama masa pandemi, seperti kebutuhan terhadap berbagai aplikasi untuk aktivitas (*work from home* dan *school from home*) dan transaksi daring, media informasi dan hiburan daring, konten hiburan daring, dll.; (3) penggunaan produk dalam negeri melalui Gerakan Bangga Buatan Indonesia; (4) dukungan promosi dan penyelenggaraan *event* kreatif dan budaya serta aktivasi kembali berbagai tempat hiburan; dan (5) pelatihan dan sertifikasi SDM ekonomi kreatif, serta standardisasi dan sertifikasi industri kreatif.

Pandemi COVID-19 memberi pembelajaran mengenai pilihan-pilihan yang dapat dilakukan pemerintah negara lain untuk mengurangi dampaknya terhadap kinerja pelaku usaha kreatif. Singapura melalui National Arts Council pada bulan Maret 2020, mengeluarkan paket insentif bagi pelaku kreatif yang sektornya dikategorikan dalam sektor seni dan budaya.<sup>21</sup> Paket insentif yang diberi nama "*Arts and Culture Resilience Package*" (ACRP) tersebut menerima alokasi sebesar SG\$ 55 juta. ACRP utamanya bertujuan untuk membantu para pelaku seni dan budaya untuk menjaga keberlangsungan hidup, meringankan berbagai biaya yang timbul selama penghentian usaha, peningkatan kapabilitas, dan mendorong inovasi digital dalam berkarya. Inggris telah menyalurkan 64,8 juta Poundsterling dalam program *Emergency Respond Funds* atau Dana Tanggap Darurat melalui Arts Council England (ACE).<sup>22</sup> Program ini mengakomodasi kebutuhan pembiayaan bagi 9.600 pelaku seni dan budaya. Di sisi regulasi, Australia telah melonggarkan aturan produksi sektor film dan televisi Australia yang cukup ketat dalam pelaksanaannya, seperti penetapan jumlah minimal konten asli Australia dalam produk serta menyediakan insentif penggunaan lokasi bagi produksi film dan televisi. Secara khusus, pemerintah juga menyediakan AU\$ 277 juta untuk mendukung keseluruhan sektor seni dan kreatif.<sup>23</sup>

### **Dampak terhadap Keuangan Pemerintah/APBN**

Untuk mengatasi dampak pandemi COVID-19, Pemerintah telah mengambil langkah cepat, termasuk upaya pemulihan ekonomi nasional. Langkah-langkah akselerasi penanganan pandemi COVID-19 dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang (PERPPU) No.1 tahun 2020 yang telah disahkan menjadi UU No. 2 tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan. Di dalamnya, Pemerintah berwenang melakukan relaksasi kebijakan defisit anggaran melampaui tiga persen paling lama sampai dengan berakhirnya tahun anggaran 2022. Beberapa langkah kebijakan yang dilakukan Pemerintah antara lain kebijakan *refocusing* dan realokasi anggaran kegiatan nonprioritas, serta pemberian stimulus untuk penanganan dampak pandemi dan pemulihan ekonomi nasional. Berbagai stimulus tersebut diberikan melalui insentif pajak, tambahan belanja negara, serta pembiayaan anggaran untuk menangani masalah kesehatan, perlindungan sosial, dan dukungan kepada dunia usaha dan Pemda. Alokasi yang diberikan Pemerintah untuk program PEN mencapai Rp695,2 triliun atau diperkirakan setara dengan 4,2 persen PDB.



**Gambar 11. Alokasi Program Pemulihan Ekonomi Nasional<sup>24</sup>**

Namun di sisi lain, sebagai akibat turunnya aktivitas ekonomi secara keseluruhan, pendapatan negara diperkirakan mengalami penurunan yang tajam pada tahun 2020. Jika dibandingkan dengan tahun 2019, pendapatan negara dan hibah diperkirakan akan turun hingga lebih dari Rp250 triliun. Selain karena turunnya aktivitas ekonomi, turunnya pendapatan negara juga disebabkan oleh hilangnya potensi pendapatan yang sebagai akibat insentif berupa relaksasi pajak. Akibat pendapatan negara yang turun, sementara di saat yang bersamaan alokasi belanja meningkat, defisit anggaran diperkirakan akan mencapai 6,3 persen PDB. Seiring dengan meningkatnya defisit, pembiayaan APBN diperkirakan mencapai lebih dari Rp1000 triliun, yang sebagian akan dibayarkan melalui penerbitan surat utang. Stok utang diperkirakan akan meningkat mendekati 40 persen PDB pada tahun 2020. Pemerintah bersama dengan BI telah sepakat melakukan mekanisme *burden sharing* untuk mengurangi beban fiskal ke depan.

### Dampak terhadap Sektor Keuangan – Perbankan

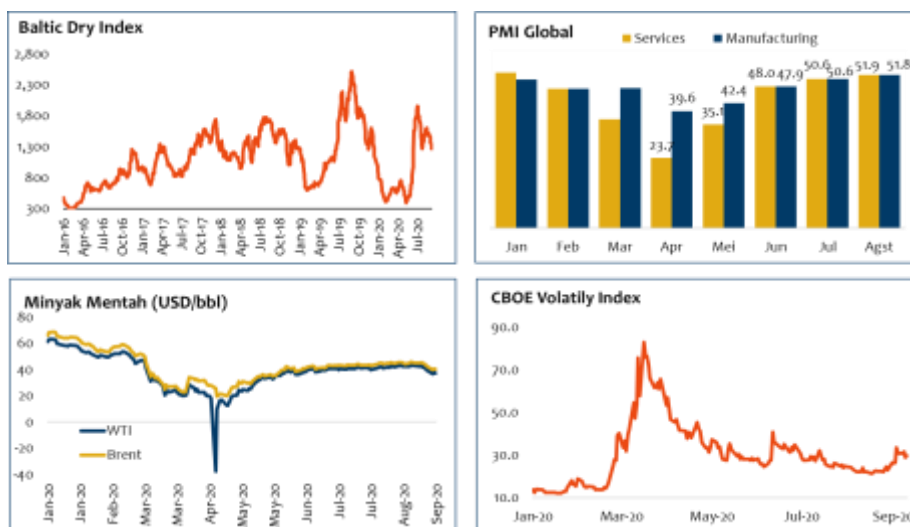
Belajar dari pengalaman krisis-krisis sebelumnya, baik di Indonesia atau negara lain, krisis ekonomi akan jauh memburuk ketika sektor keuangan terkena dampak. Oleh karena itu, mencegah krisis merembet ke sektor keuangan/perbankan menjadi kunci untuk menahan resesi ekonomi yang lebih dalam. Hingga triwulan III tahun 2020, langkah kebijakan yang diambil pemerintah, otoritas moneter, dan otoritas keuangan untuk membantu sektor keuangan, salah satunya restrukturisasi pinjaman, mampu menjaga sektor keuangan termasuk perbankan dalam kondisi yang relatif aman. Kondisi perbankan saat ini relatif baik, ditandai dengan *Capital Adequacy Ratio* (CAR) yang masih di atas 20 persen dan *Non-Performing Loan* (NPL) yang berada di bawah 5 persen. Dana Pihak Ketiga (DPK) masih tumbuh positif, sementara pertumbuhan kredit melambat, mengindikasikan likuiditas yang berlimpah di perbankan.

Meski secara umum dalam kondisi yang relatif aman, tetapi perhatian tetap perlu diberikan, terutama jika sektor perbankan dilihat lebih rinci berdasarkan kategori buku bank. Bank-bank yang lebih kecil memiliki risiko lebih tinggi pada masa pandemi. Pertumbuhan DPK yang tinggi terjadi terutama di bank buku 4, sementara pertumbuhan DPK di bank buku 1 dan 2 mengalami kontraksi. Hal ini menunjukkan bahwa di tengah ketidakpastian yang meningkat, masyarakat cenderung memindahkan uang mereka ke bank-bank besar yang dianggap lebih aman. Pertumbuhan kredit di bank buku 1 dan 2 melambat lebih cepat dibandingkan dengan bank buku 4. Meski tingkat suku bunga secara keseluruhan telah turun, tetapi tingkat suku bunga tabungan di bank buku 1 dan 2 cenderung stagnan. Bank yang lebih kecil menanggung biaya yang lebih besar selama masa pandemi.

Fenomena lain yang dapat menjadi risiko ke depan bersumber dari melimpahnya likuiditas di sektor perbankan. DPK dan uang beredar mampu tumbuh dua digit selama masa pandemi, tetapi di saat yang bersamaan pertumbuhan kredit tumbuh melambat mendekati nol persen. Likuiditas di sektor perbankan melimpah, tetapi hanya sedikit yang disalurkan ke sektor riil. Jumlah uang yang terparkir di bank sentral meningkat hingga di kisaran Rp700 triliun per Agustus 2020. Jika sektor riil tidak segera kembali bergerak, terdapat potensi gelembung keuangan (*financial bubble*) yang bisa pecah sewaktu-waktu. Untuk kembali menggerakkan sektor riil, virus harus segera dikendalikan agar aktivitas ekonomi masyarakat kembali pulih dan uang yang beredar dampak tersalurkan.

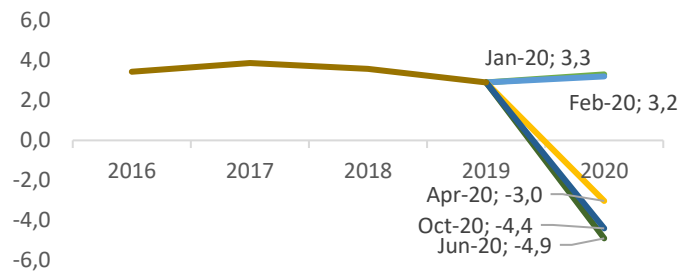
### Dampak terhadap Sektor Eksternal

Aktivitas perekonomian dunia mulai membaik seiring dengan relaksasi pembatasan sosial sejak pertengahan Mei. Hal ini terlihat dari meningkatnya aktivitas perdagangan dan sektor industri, harga komoditas yang mulai membaik, dan volatilitas sektor keuangan dunia yang mulai mereda. Meski demikian, masih tingginya jumlah kasus COVID-19 dan terjadinya gelombang kedua (*second wave*) menyebabkan pemulihan di beberapa negara berjalan lambat.



Gambar 12. Indikator Perekonomian Dunia<sup>25</sup>

Perekonomian dunia diperkirakan akan mengalami resesi terdalam sejak perang Dunia II. Pra pandemi COVID-19, IMF memperkirakan pertumbuhan ekonomi akan mencapai 3,3 persen pada tahun 2020.<sup>2</sup> Pada awal pandemi, banyak pihak termasuk IMF memperkirakan dampak COVID-19 tidak akan berbeda dengan SARS, penyebaran virus akan terbatas dan akan pulih cepat. IMF merevisi pertumbuhan ekonomi menjadi 3,2 persen. Namun ketika COVID-19 mulai menyebar keluar dari China dan menjadi pandemi di tingkat global, IMF terus merevisi pertumbuhan ekonomi ke bawah, hingga terakhir sebesar -4,4 persen pada tahun 2020. Sebagai akibat melemahnya aktivitas ekonomi dunia, pertumbuhan perdagangan dunia pada 2020 diproyeksikan melemah secara signifikan, mengalami kontraksi lebih dari 10 persen. Kondisi ini akan berdampak pada kinerja ekspor Indonesia yang mengalami kontraksi sepanjang tahun 2020.



Gambar 13. Perkembangan Proyeksi Pertumbuhan Ekonomi Dunia IMF (Persen)<sup>2</sup>

## Perekonomian Dunia Pasca Pandemi COVID-19

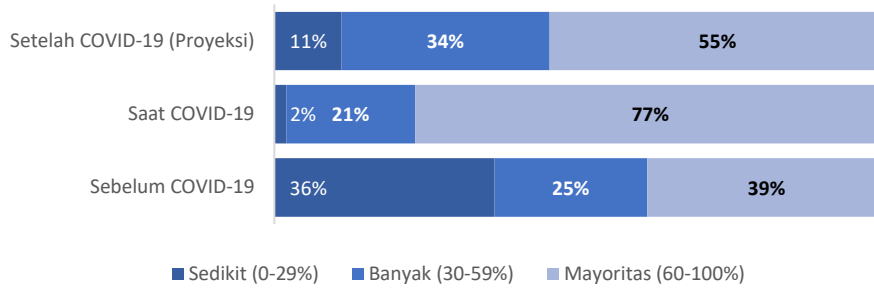
Selain memberikan dampak negatif secara langsung terhadap perekonomian, pandemi COVID-19 juga menyebabkan perubahan yang besar terhadap pola aktivitas ekonomi ke depan. Perubahan yang terjadi bisa yang bersifat fundamental atau mempercepat tren yang terjadi sebelum pandemi. Perubahan-perubahan tersebut harus diantisipasi dalam strategi kebijakan pemerintah pasca pandemi.

### Tren otomatisasi berlangsung lebih cepat

Adanya pembatasan sosial maupun kebijakan jaga jarak (*physical distancing*) membuat perusahaan harus mampu untuk mencari cara agar proses produksi dapat berlangsung dengan jumlah tenaga kerja yang terbatas. Salah satu pilihan yang dimiliki oleh perusahaan adalah menggunakan mesin atau robot untuk menggantikan pekerjaan manusia. Berdasarkan data International Federation of Robotics (2018)<sup>26</sup>, dalam 10 tahun terakhir, penggunaan robot dalam proses produksi mengalami peningkatan sebesar 4 kali lipat. Biaya tenaga kerja yang lebih tinggi akibat dari COVID-19 dapat menyebabkan trend otomatisasi berlangsung lebih cepat. Di masa depan, pekerjaan dengan tingkat keterampilan rendah dan tidak memerlukan keahlian khusus dapat tergantikan oleh mesin atau robot. Menurut perhitungan McKinsey (2019)<sup>27</sup>, pada tahun 2030 diperkirakan sekitar 17 juta pekerja di Indonesia akan tergantikan oleh mesin. Dengan tingkat keahlian SDM Indonesia yang terbatas dan adanya pandemi COVID-19, risiko pekerja yang akan tergantikan oleh mesin akan semakin besar dan dapat berlangsung lebih cepat.

### Tren telework meningkat

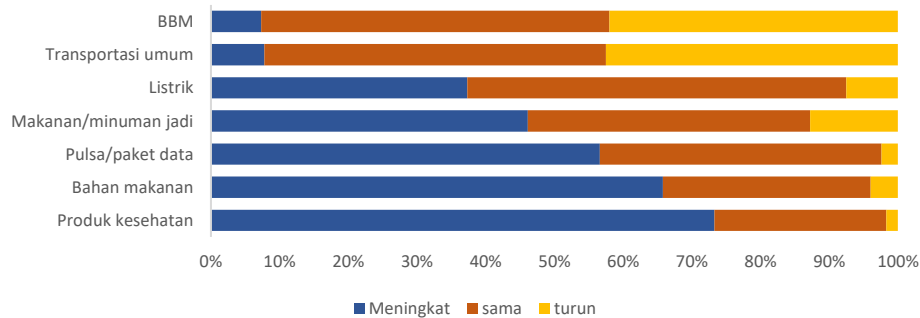
Pembatasan sosial yang diterapkan selama masa pandemi mendorong perusahaan untuk menerapkan WFH. Ke depan, perubahan pola kerja menjadi WFH ini diperkirakan akan tetap bertahan meskipun pandemi akan selesai. Survei yang dilakukan PWC di Amerika Serikat menunjukkan meski menurun dibandingkan dengan masa pandemi, tetapi persentase perusahaan yang akan menerapkan WFH bagi mayoritas pekerjanya masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan sebelum COVID-19. Salah satu hal yang menjadi pertimbangan perusahaan untuk memberlakukan WFH adalah produktivitas pekerja selama melakukan WFH. Menurut survei yang sama, 44 persen pekerja mengatakan bahwa produktivitas meningkat, berbeda dengan respon pemberi kerja, hanya 28 persen yang menyebutkan produktivitas pekerjanya meningkat selama masa pandemi.



**Gambar 14. Respons Perusahaan Amerika Serikat Berdasarkan Persentase Pegawai yang WFH<sup>28</sup>**

### Pola konsumsi masyarakat berubah

Pandemi COVID-19 mendorong masyarakat mengubah pola konsumsinya. Berdasarkan data BPS (2020), konsumsi produk kesehatan, bahan makanan, dan pulsa/paket data meningkat hingga lebih dari 50 persen selama masa pandemi. Tren ini diperkirakan akan mampu bertahan di masa mendatang. Konsumsi pulsa/paket data akan terus meningkat seiring dengan meningkatnya ekonomi digital. Konsumsi produk kesehatan akan naik seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan aspek kesehatan.



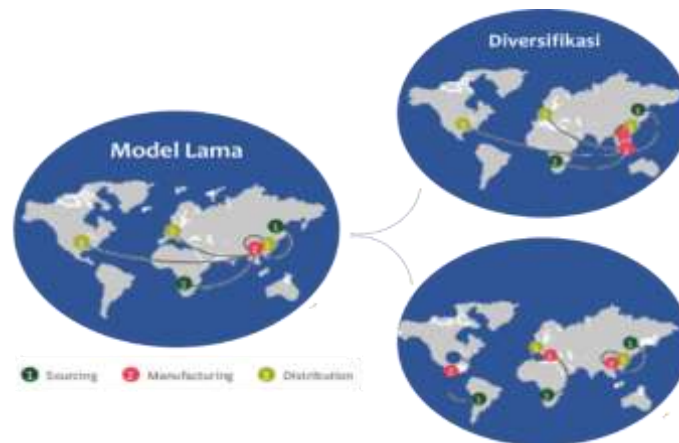
**Gambar 15. Pola Konsumsi Masyarakat Selama Pandemi COVID-19<sup>29</sup>**

### Meningkatnya Digitalisasi dan *E-Commerce*

Selain pola konsumsi yang berbeda, metode pembelian yang dilakukan oleh masyarakat juga berubah. Masyarakat lebih memilih untuk melakukan belanja melalui platform digital. Rata-rata nilai transaksi dalam ekosistem digital sepanjang tahun 2020 hingga bulan Juni, menunjukkan nilai yang lebih tinggi dibandingkan dengan nilai transaksi pada tahun 2019. Pada Juni 2020, nilai transaksi digital mencapai Rp464 ribu sedangkan di bulan Juni 2019, nilai transaksi digital hanya sebesar Rp297 ribu. Seiring dengan meningkatnya tren belanja secara *online* yang dilakukan oleh masyarakat, perusahaan pun melakukan penyesuaian untuk dapat memfasilitasi kebutuhan konsumen. Sebesar 54 persen perusahaan menyatakan bahwa mereka melakukan penyesuaian selama masa pandemi dengan memanfaatkan teknologi (36,4 persen), memproduksi produk baru (3,4 persen) dan melakukan kedua hal tersebut (5,80 persen). Perusahaan skala besar cenderung lebih mudah untuk melakukan penyesuaian penjualan secara digital. Sedangkan perusahaan mikro hanya sebesar 30 persen perusahaan yang melakukan penyesuaian penjualan melalui digital. Hal ini disebabkan oleh rendahnya penguasaan internet dan komputer oleh SDM perusahaan UMKM.

## Perubahan Bentuk Rantai Nilai Global

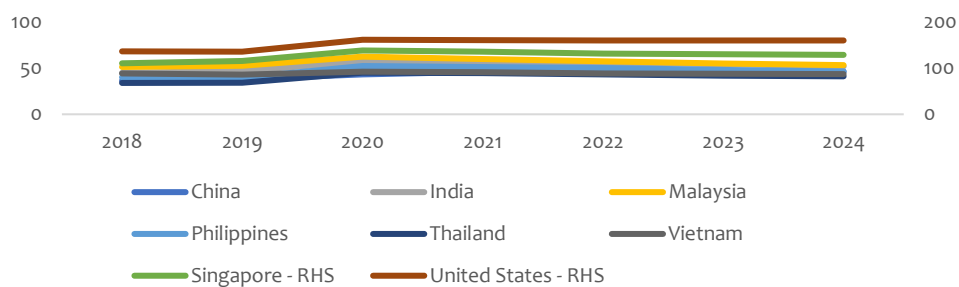
Dengan terjadinya pandemi, produsen memikirkan kembali proses produksi yang lebih menekankan pada prinsip *“just in case”* dari yang sebelumnya bersifat *“just in time”*. Meningkatnya risiko geopolitik menyebabkan beberapa perusahaan memindahkan lokasi produksi ke wilayah lain yang memiliki risiko lebih rendah. Model *supply chain* lainnya yang semakin meningkat adalah model regionalisasi dan diversifikasi. Perusahaan dapat memutuskan untuk pindah dari satu sumber input meski memerlukan biaya lebih besar untuk mengurangi disrupsi *supply chain*. Pemilihan lokasi baru bergantung dapat berubah dan bergantung pada respon negara saat pandemi dan kemampuan SDM dalam penggunaan teknologi. Di samping itu, kesadaran lingkungan dan sosial membuat investor semakin menghargai perusahaan dengan standar ekososial tinggi.



Gambar 16. Potensi Perubahan Bentuk Rantai Nilai Global<sup>30</sup>

## Meningkatnya Utang Pemerintah Negara Dunia

Selama masa pandemi, pengeluaran pemerintah negara di dunia semakin meningkat, utamanya untuk memberikan stimulus ekonomi maupun bantuan sosial bagi masyarakat. Di sisi lain, pendapatan negara cenderung menurun akibat kegiatan perekonomian terhambat. Dengan demikian, negara-negara dunia memperlebar defisit dan berdampak pada peningkatan stok utang negara dunia. Meningkatnya stok utang negara dunia meningkatkan risiko bagi stabilitas ekonomi ke depan.



Gambar 17. Proyeksi Stok Utang Pemerintah Negara Dunia (Persen PDB)<sup>31</sup>

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Pandemi COVID-19 berdampak besar terhadap kondisi perekonomian, yang merupakan konsekuensi dari upaya *flattening the curve*. Namun perkembangan yang terjadi di berbagai negara menunjukkan langkah antisipasi yang cepat dari sisi kesehatan, yang diikuti upaya pengendalian yang ketat akan memberikan fondasi pemulihan ekonomi yang lebih baik. Oleh karenanya, penanganan aspek kesehatan harus menjadi prioritas. Pemulihan ekonomi akan berjalan seiring dengan terkendalinya pandemi.
2. Relaksasi pembatasan sosial dilakukan secara bertahap seiring dengan kondisi penyebaran pandemi COVID-19. Kriteria pembukaan ekonomi perlu dibangun berdasarkan analisis dan bukti. Pemetaan sektor berdasarkan risiko infeksi, esensialitas, dan relevansi ekonomi, serta pemetaan sektor berdasarkan potensi WFH dapat dijadikan panduan untuk menjaga aspek kesehatan dan ekonomi secara bersamaan. Strategi yang dibangun harus rinci dan konsisten dilakukan, serta adaptif menyesuaikan dengan informasi yang baru.
3. Pandemi COVID-19 berdampak pada semua pelaku ekonomi, baik rumah tangga, dunia usaha, keuangan pemerintah, sektor keuangan, dan sektor eksternal. Rumah tangga mengalami penurunan pendapatan akibat pengurangan jumlah kerja atau PHK. Dunia usaha mengalami penurunan pendapatan, kesulitan keuangan, dan ada yang telah mengalami kebangkrutan. Keuangan pemerintah mengalami tekanan akibat penurunan pendapatan dan peningkatan alokasi belanja untuk penanganan pandemi COVID-19. Sektor keuangan terutama perbankan masih dalam kondisi yang aman, tetapi terdapat risiko yang perlu terus dipantau. Sektor eksternal mengalami tekanan, ditunjukkan oleh resesi perekonomian dunia yang terdalam sejak perang dunia II.
4. Sektor industri pengolahan, ekonomi kreatif, dan pariwisata terkena dampak besar dari pandemi COVID-19. Penurunan kinerja industri pengolahan sangat dipengaruhi oleh terhentinya pasokan bahan baku impor dan penurunan utilisasi kapasitas produksi selama masa pandemi. Sementara itu, untuk dampak negatif terhadap sektor ekonomi kreatif terjadi dalam bentuk pembatalan pekerjaan, penundaan proses produksi, waktu konsumsi yang bertambah panjang, dan berkurangnya jumlah permintaan. Dari sisi sektor pariwisata, jumlah kunjungan wisatawan mancanegara ke Indonesia diproyeksikan turun sebesar 12 juta orang, disertai dengan penurunan devisa dari sektor pariwisata sebesar 15 milyar USD sepanjang tahun 2020. Selain itu, dampak dari pengurangan omzet dan penutupan usaha pariwisata juga berakibat pada berkurangnya jumlah tenaga kerja, baik berpindah ke sektor lain, dikurangi jam kerjanya/dibayar sebagian/setengah menganggur, dan beralih dari sektor pariwisata formal ke informal.
5. Permasalahan pandemi COVID-19 tidak berhenti ketika wabah berhasil dikendalikan. Pandemi COVID-19 akan menyebabkan perubahan pola aktivitas ekonomi ke depan. Perubahan yang terjadi di antaranya tren otomatisasi yang lebih cepat, *telework*, perubahan pola konsumsi masyarakat, akselerasi digitalisasi dan *e-commerce*, meningkatnya risiko krisis seiring dengan meningkatnya utang negara dunia, dan perubahan geopolitik. Strategi yang dibangun ke depan harus memperhatikan perubahan pola aktivitas ekonomi tersebut.



## Rekomendasi

1. Strategi yang dibutuhkan untuk menangani COVID-19 terbagi dalam **tiga tahapan**. Pada kondisi jumlah kasus COVID-19 yang masih terus meningkat, kebijakan lebih difokuskan pada **pengendalian penyebaran COVID-19 melalui vaksinasi COVID-19, pembatasan sosial, peningkatan kapasitas *tracing* dan *testing*** serta **penguatan fasilitas kesehatan**. Dari sisi ekonomi, kebijakan lebih fokus pada perlindungan masyarakat maupun dunia usaha yang terdampak dari penurunan aktivitas ekonomi. Beberapa kebijakan yang dapat dilakukan yaitu dengan pemberian **bantuan sosial** kepada kelompok masyarakat rentan, memberikan **insentif untuk melakukan *spending***, dan **relaksasi kredit bagi dunia usaha** untuk menjaga neraca keuangannya tetap positif. Selain itu, tahapan ini juga merupakan waktu yang kritis untuk **mencegah krisis merembet ke sektor keuangan**. Salah satu kebijakan yang dapat dilakukan adalah **meningkatkan likuiditas di sektor keuangan**.
2. Saat jumlah kasus telah menurun dan relatif stabil, kegiatan ekonomi pun akan mulai berjalan kembali. Sebagai upaya pencegahan terjadinya *second wave*, penerapan **protokol kesehatan yang disiplin** menjadi hal mutlak yang perlu dilakukan. Kebijakan peningkatan kapasitas ***testing* dan *tracing*** yang lebih luas serta penerapan pembatasan sosial yang disesuaikan dengan kondisi penyebaran kasus masih perlu dilakukan. Di samping itu, kebijakan perlu difokuskan pada **penyediaan dan distribusi vaksin**. Kebijakan di sisi ekonomi fokus pada **percepatan proses pemulihan ekonomi** ke kondisi sebelum krisis dan **persiapan fondasi untuk menghadapi transformasi ekonomi** dan **perubahan dunia pasca COVID-19** seperti **akselerasi investasi** untuk menyerap *backlog* pengangguran melalui peningkatan investasi publik, perbaikan iklim investasi dan peningkatan infrastruktur digital dan transportasi. Hal-hal ini juga perlu tetap dibarengi dengan **melanjutkan bantuan sosial** bagi masyarakat rentan dan pemberian **insentif bagi usaha** untuk melakukan pemulihan, menyerap kembali tenaga kerja, dan melakukan digitalisasi.
3. Dalam jangka panjang, pemerintah perlu **memperbaiki sistem kesehatan nasional** untuk mengantisipasi terjadinya pandemi di masa yang akan datang. Dari sisi ekonomi, perlu ada **transformasi ekonomi** dan **peningkatan produktivitas**, serta **kapasitas produktif perekonomian**. Kebijakan yang dapat dilakukan antara lain melakukan **reformasi sektor publik**, **meningkatkan kualitas SDM** melalui perbaikan sistem pendidikan dan pelatihan tenaga kerja, reformasi sistem **perlindungan sosial**, **reformasi sektor fiskal** melalui peningkatan penerimaan perpajakan dan peningkatan belanja berkualitas, dan peningkatan inovasi R&D, dan teknologi. Tahapan ini juga menjadi waktu yang tepat untuk mengubah orientasi pembangunan untuk menjadi **lebih berkelanjutan dan berbasis lingkungan**.



Gambar 18. Tahapan Kebijakan Pemulihan Ekonomi Nasional<sup>5</sup>

#### 4. Penyusunan strategi kebijakan disesuaikan dengan karakteristik tiap sektor.

- Sektor pariwisata merupakan salah satu sektor yang terkena dampak besar pandemi. Adopsi protokol kesehatan dan kolaborasi pemerintah dan swasta menjadi kunci pemulihan. Diperlukan harmonisasi dan koordinasi protokol dan prosedur lintas sektor dan pusat-daerah untuk efisiensi dan kemudahan pemulihan kunjungan wisatawan ke destinasi wisata. Pemanfaatan teknologi baru diperlukan untuk menciptakan nilai tambah dan jenis atraksi baru yang mengedepankan inovasi dan kesadaran pariwisata berkelanjutan. Dengan adanya standar usaha dan tenaga kerja yang mengadopsi kebutuhan tatanan baru pariwisata, dibutuhkan kebijakan *re-skilling* dan *up-skilling* bagi usaha dan tenaga kerja pariwisata. Pembukaan perbatasan yang bertanggung jawab juga menjadi persyaratan utama agar kebijakan pariwisata meningkatkan kesejahteraan masyarakat lokal dan seluruh pelaku usaha wisata.
- Untuk sektor industri, penanganan pandemi mencakup upaya mendorong kelangsungan permintaan produk industri yang berasal dari belanja pemerintah, utamanya ketika permintaan dan daya beli masyarakat atas produk industri berada dalam situasi lemah. Pemberian stimulus kepada pelaku industri, utamanya yang berskala besar dan sedang, dapat dilakukan dalam jangka waktu yang lebih cepat, dengan tetap mengedepankan prinsip kehati-hatian dan kepada perusahaan yang memenuhi klasifikasi yang sesuai. Situasi pandemi juga dapat dimanfaatkan sebagai salah satu momentum untuk mendorong perbaikan kebijakan industri, seperti kemudahan akses bahan baku dan implementasi prinsip teknologi maju di dalam operasional produksi perusahaan.

## Daftar Pustaka

1. Gourinchas, P-O. "Flattening the pandemic and recession curves" dalam R Baldwin and B Weder di Mauro, *Mitigating the COVID Crises: Act Fast and Do Whatever It Takes*. 2020.
2. IMF. *World Economic Outlook*. 2020.
3. Max Roser, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina and Joe Hasell. *Coronavirus Pandemic (COVID-19) on ourworldindata.org*. 2020.
4. Del Rio-Chanona et al. *Supply and demand shocks in the COVID-19 pandemic: An industry and occupation perspective*. Covid Economics. 2020.
5. Bappenas. 2020. *Perhitungan Direktorat Perencanaan Makro dan Analisis Statistik, Kementerian PPN/Bappenas*.
6. Dingel, Jonathan I. dan Brent Neiman. *How Many Jobs Can be Done at Home? NBER Working Paper*.
7. Bank Indonesia. *Survei Konsumen*. 2020.
8. World Bank. *Indonesia High-frequency Monitoring of COVID-19 Impacts*. Jakarta: Juni 2020.
9. Badan Pusat Statistik. *Survei Pelaku Usaha*. 2020.
10. Asosiasi BDS Indonesia. *Pendataan Partisipatif UMKM Terdampak Pandemi Corona*. 2020.
11. World Bank. *COVID-19 impact on firms in Indonesia (Business Pulse Survey)*. Jakarta: Agustus 2020.
12. Badan Pusat Statistik. *Data PDB Sektor Riil*. 2020.
13. UU Nomor 2 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan
14. Kemenperin. *Data Laporan Izin Operasional dan Mobilitas Kawasan Industri (IOMKI)*. 2020.
15. Badan Pusat Statistik. *Statistik Transportasi*. 2020.
16. Bank Indonesia. *Statistik Ekonomi dan Keuangan Indonesia*. Jakarta: 2020.
17. Kompas.id. *PHRI: Sampai 2 April 2020, 1.139 Hotel Tutup Sementara*. 2020.
18. Ekarahendy, dkk. *Mengubur Pundi di Tengah Pandemi: Kerentanan Pekerja Lepas di Tengah Krisis COVID-19*. Jakarta. Jakarta: Sindikasi, 2020.
19. CNN Indonesia. *Netflix Dulang 15,7 Juta Pelanggan Baru kala Pandemi*. 2020.
20. Salinan Peraturan Menteri Pariwisata dan Ekonomi Kreatif/Kepala Badan Pariwisata dan Ekonomi Kreatif Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif/Badan Pariwisata dan Ekonomi Kreatif Tahun 2020-2024.
21. Peraturan Presiden Nomor 86 Tahun 2020 tentang Rencana Kerja Pemerintah 2021
22. Singapore's National Arts Council. 2020. Accessed from: [www.nac.gov.sg](http://www.nac.gov.sg)
23. Arts Council England. 2020. Accessed from: [www.artscouncil.org.uk](http://www.artscouncil.org.uk)
24. Australian Government. *Supporting Australia's Creative Economy*. 2020.
25. Kementerian Keuangan. 2021. *Nota Keuangan APBN 2021*
26. Bloomberg Terminal. 2020.
27. International Federation of Robotics. *World Robotics Report*. 2018.
28. McKinsey. *Automation and the future of work in Indonesia*. 2019.
29. PWC USA. *Remote Work Survey*. 2020.
30. Badan Pusat Statistik. *Survei Sosial Demografi Dampak COVID-19*. 2020.
31. Boston Consulting Group. *Future of Global Trade and Supply Chains*. BCG Perspectives. 2020.
32. Oxford Economics. *Global Economic Model*. 2020.

## **BAB 8**

# **Penyelenggaraan Pendidikan**

## BAB 8: Penyelenggaraan Pendidikan

### Penyelenggaraan Pendidikan

(Amich Alhumami, Ph.D; Dr. Hadiat; Vivi Andriani, M.Sc; Endang Sulastri, MPP; Rifqi Alfian M, SE; Rizka Pitri, M.Si; dan Andhika P. Pratama; M.Sc.)

Pembatasan sosial yang diterapkan selama pandemi menyebabkan pemerintah mengambil kebijakan untuk mengganti proses kegiatan belajar tatap muka menjadi kegiatan belajar dari rumah (BDR). Ketidaksiapan dan belum optimalnya pelaksanaan pembelajaran jarak jauh (PJJ) di masa pandemi berpotensi menurunkan kualitas dan akses pendidikan dalam jangka menengah dan panjang. Diperlukan adaptasi sistem pendidikan untuk meminimalkan dampak negatif tersebut. Di sisi lain, sistem pendidikan perlu mendukung peningkatan literasi kesehatan yang dibutuhkan untuk meningkatkan ketahanan terhadap pandemi khususnya, dan peningkatan derajat kesehatan dalam jangka panjang.

#### Pesan utama

- **Adaptasi sistem pendidikan** melalui penerapan strategi penguatan kualitas pengajaran dan pembelajaran yang tepat untuk mencegah *learning loss*, putus sekolah, dan menurunnya *student wellbeing*.
- **Penguatan internalisasi promotif-preventif dalam ekosistem pendidikan**, serta penguatan literasi kesehatan melalui jalur pendidikan, serta penguatan respon sektor pendidikan terhadap penanggulangan COVID-19.

**Adaptasi sistem pendidikan** - Pandemi COVID-19 mendorong pelaksanaan pembelajaran jarak jauh (PJJ) yang berpotensi menurunkan hasil belajar (*learning loss*), mengakibatkan potensi putus sekolah, dan menimbulkan masalah kesehatan mental. Untuk mengurangi dampak negatif PJJ diperlukan kebijakan untuk mendorong pemanfaatan teknologi pendidikan yang beragam dan sesuai dengan kondisi masyarakat dan wilayah, serta pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) dan *e-learning* dalam memberikan alternatif pada kegiatan belajar mengajar. Hal ini perlu dilengkapi dengan penerapan kurikulum yang berorientasi pada kompetensi siswa dan lulusan, peningkatan kompetensi pendidik dan *school leadership* yang sesuai dengan pola pembelajaran yang baru. Adaptasi ini memerlukan perubahan cara berpikir (*mindset*) dan kebiasaan (kultur) pendidik dan peserta didik, serta peran orang tua dan masyarakat terkait pendidikan. *Student wellbeing* dan kesehatan mental perlu lebih mendapatkan perhatian untuk memastikan minat belajar siswa, perlindungan anak dari kekerasan, serta pengalaman pembelajaran yang menyenangkan bagi anak, pendidik, orang tua dan keluarga.

**Internalisasi promotif-preventif dalam ekosistem pendidikan** - Agar dapat berkontribusi pada pencegahan penularan COVID-19, sistem pendidikan perlu melakukan upaya yang berkelanjutan untuk penguatan pemahaman terkait upaya promotif preventif dan peningkatan literasi kesehatan melalui pendidikan. Penguatan penerapan protokol kesehatan diperlukan untuk pembelajaran yang dijalankan secara tatap muka, kombinasi, maupun persiapan apabila akan dilaksanakan pembukaan sekolah kembali (*school reopening*). Dalam jangka pendek, sektor pendidikan telah memberikan respons cepat dalam bentuk realokasi penganggaran dan relaksasi pemanfaatan pembiayaan pendidikan untuk penanganan COVID-19.

## Pendahuluan

Pandemi COVID-19 berdampak tidak hanya pada kegiatan ekonomi masyarakat, namun juga terhadap pendidikan di Indonesia. Tingginya risiko penyebaran di ruang-ruang kelas pada proses kegiatan belajar mengajar (KBM) normal menyebabkan sekolah terpaksa ditutup dan proses belajar mengajar normal dialihkan menjadi kegiatan Belajar dari Rumah (BDR). Secara umum, pelaksanaan BDR di Indonesia selama pandemi COVID-19 masih jauh dari ideal. Dari sisi sarana, prasarana, dan teknologi pendidikan, masalah disparitas ketersediaan layanan antar wilayah di Indonesia, serta kemampuan pembiayaan dan ketersediaan peranti pendukung di tingkat keluarga, menyebabkan tidak semua peserta didik dapat menikmati layanan PJJ secara optimal. Dari sisi kapasitas dan mekanisme penerapan kurikulum, ketepatan metode dalam PJJ, sistem penilaian, serta kualitas pendidik dan tenaga kependidikan, menyebabkan pelaksanaan BDR belum berjalan optimal, khususnya dalam memastikan penguasaan kemampuan kognitif dan non-kognitif siswa. Belum optimalnya dukungan berbagai aspek yang mempengaruhi kualitas penyelenggaraan PJJ di masa pandemi, diperkirakan akan menyebabkan penurunan kemampuan siswa (*loss of learning*), peningkatan angka putus sekolah, dan secara tidak langsung menurunkan potensi penerimaan peserta didik di masa depan<sup>1</sup>. Sementara itu, dengan rendahnya upaya untuk mengatasi dampak psikis selama pelaksanaan PJJ diperkirakan mempengaruhi kondisi kesehatan mental, tidak hanya pada peserta didik, namun juga pada orang tua, pendidik, dan keluarga.

Meskipun demikian, pembelajaran melalui jarak jauh ini telah memberikan banyak pembelajaran terkait perlunya upaya peningkatan kualitas layanan pendidikan. Strategi yang tepat perlu segera dirumuskan untuk memberikan intervensi terkait pemanfaatan peluang yang saat ini ada, mulai dari penerapan metode/pola pembelajaran yang beragam, pola interaksi pendidik-peserta didik-orang tua, sumber belajar dan bahan ajar bagi siswa yang kaya dan beragam, dan perlunya peningkatan peran orang tua dan keluarga dalam pendidikan. Pandemi COVID-19 ini juga mendorong perlunya layanan pendidikan mengambil peranan yang lebih bermakna dalam penguatan literasi kesehatan dan penanaman pemahaman mengenai pola hidup bersih dan sehat secara berkelanjutan, sebagai bagian dari upaya pembentukan manusia yang sehat dan berkualitas.

## Adaptasi Sistem Pendidikan

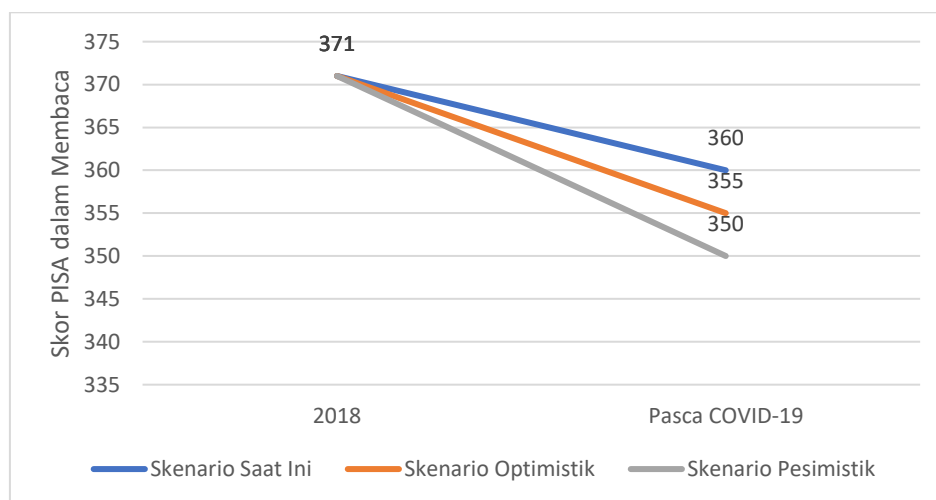
Disparitas akses pada layanan teknologi pendidikan, kualitas sumber daya pendidik dan tenaga kependidikan, serta pengawasan dan evaluasi terhadap aktivitas pendidikan telah menjadi isu utama dalam layanan pendidikan di Indonesia. Terjadinya pandemi COVID-19 mempertegas kondisi tersebut dan mendorong perlunya perbaikan kualitas dan penurunan disparitas layanan pendidikan. Pandemi COVID-19 telah mendorong perubahan signifikan pada layanan pendidikan, dengan menguatnya pola pembelajaran jarak jauh (termasuk belajar dari rumah/BDR) dan meningkatnya pemanfaatan TIK dalam pembelajaran. Di sisi lain, diperlukan strategi tepat untuk penguatan kualitas pengajaran dan pembelajaran untuk mencegah *learning loss*, putus sekolah, dan menurunnya *student wellbeing*.

**Tantangan 1. Pandemi COVID-19 berpengaruh signifikan terhadap perubahan sistem pendidikan, yang dapat berdampak pada potensi menurunnya hasil belajar (*learning loss*), putus sekolah, dan masalah kesehatan mental.**

Tingginya risiko penyebaran di ruang-ruang kelas pada proses KBM normal telah menyebabkan penutupan sekolah, dan perubahan proses belajar mengajar normal menjadi PJJ. Di seluruh dunia terdapat sekitar 1,6 Miliar anak pada lebih dari 190 negara yang terdampak akibat penutupan sekolah dan harus belajar jarak jauh<sup>2</sup>. Di Indonesia sendiri, 53 juta siswa terdampak dan sebagian besar harus

melaksanakan BDR<sup>3</sup>. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemdikbud) secara resmi mengumumkan kebijakan BDR melalui Surat Edaran (SE) Menteri Pendidikan dan Kebudayaan (Mendikbud) No. 4 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Kebijakan Pendidikan dalam Masa Darurat Penyebaran COVID-19 pada 24 Maret 2020. Penerapan PJJ dengan berbagai metode pembelajaran, teknologi pendidikan, cara penerapan kurikulum, interaksi pendidik dan siswa, memberikan keberagaman pengalaman belajar pada tiap peserta didik. Namun, masih terbatasnya dukungan ketersediaan TIK, kepemilikan piranti dan gawai pendukung pembelajaran, kapasitas pendidik, peran orang tua menyebabkan penyampaian pembelajaran pada masa pandemi tidak berjalan optimal. Hal ini akan berdampak pada penurunan hasil belajar siswa apabila tidak segera dilakukan intervensi penguatan terhadap aspek pendukung keberhasilan BDR.

**Pelaksanaan BDR tanpa intervensi penguatan pada aspek pendukung kualitas pembelajaran berpotensi memberikan dampak pada penurunan kemampuan siswa (*learning loss*), penurunan tingkat lama bersekolah (*drop-out rate*), hingga penurunan pendapatan siswa di masa depan (*earning potential*).** Studi dari World Bank (2020)<sup>4</sup> menunjukkan bahwa tingkat penyerapan pembelajaran melalui metode PJJ rata-rata hanya sebesar 33 % dari penyerapan pembelajaran normal tatap muka. Angka tersebut telah mempertimbangkan efektivitas pembelajaran daring (*media online conference* dan sebagainya), maupun luring (televisi, radio, serta pembelajaran dengan grup kecil di daerah 3T). Selain itu, diproyeksikan adanya penurunan kualitas hasil belajar. Estimasi nilai PISA akan turun mencapai 2-4% pada kompetensi membaca (*reading*) (**Gambar 1**). Penutupan sekolah juga berdampak pada *learning adjusting years of schooling* (LAYS), atau tingkat rata-rata efektif belajar. Kondisi sebelum COVID-19, Harapan Lama Sekolah (HLS) anak Indonesia adalah 12,3 tahun, namun tingkat belajar efektif anak (LAYS) hanya setara 7,9 tahun. Dengan pembelajaran yang tidak optimal pada masa pandemi, diestimasikan akan terjadi penurunan LAYS menjadi 7,5 tahun. Hal ini, berpengaruh pada produktivitas selanjutnya seperti kehilangan potensi pendapatan 249-484 USD per tahunnya. Menimbang bahwa angka penyebaran COVID-19 di Indonesia belum menurun, kegiatan belajar mengajar sebagian besar tetap melalui BDR, penurunan hasil belajar berpotensi terus menurun dari waktu ke waktu.



**Gambar 1. Potensi penurunan Nilai PISA kompetensi membaca dampak BDR pada masa pandemi COVID-19<sup>4</sup>**

**Pada jenjang pendidikan tinggi, penutupan institusi pendidikan berbasis akademik dan vokasi yang berkepanjangan juga dapat menyebabkan hilangnya pembelajaran dalam jangka pendek, bahkan kerugian sumber daya manusia dan berkurangnya peluang ekonomi dalam jangka panjang<sup>5</sup>.** Perubahan metode pembelajaran yang baru dilakukan saat terjadi pandemi COVID-19, menyebabkan kesiapan pelaksanaan di pendidikan tinggi masih terbatas dan bervariasi. Hal ini menciptakan kesenjangan dalam hal dukungan fasilitas, sumber daya manusia, dan proses penyelenggaraan pembelajaran daring. Kesenjangan dalam hal akses, pencapaian akademik, dan penyelesaian pendidikan tinggi juga berpotensi terjadi<sup>6</sup>. Kelompok mahasiswa dengan latar belakang ekonomi keluarga tidak mampu menjadi pihak yang paling rentan di tengah situasi pandemi saat ini. Dampak lain yang juga signifikan dan akan terasa dalam jangka panjang adalah terkait penurunan kompetensi dan keterampilan masa depan lulusan, akibat kurangnya pengalaman pembelajaran keterampilan langsung<sup>7</sup>. Pada tingkat institusi atau kelembagaan perguruan tinggi, dampak COVID-19 yang tidak diikuti dengan langkah-langkah korektif dan pendekatan inovatif baru juga akan menyebabkan banyak perguruan tinggi mengalami penurunan kapasitas dan kualitas kelembagaan.

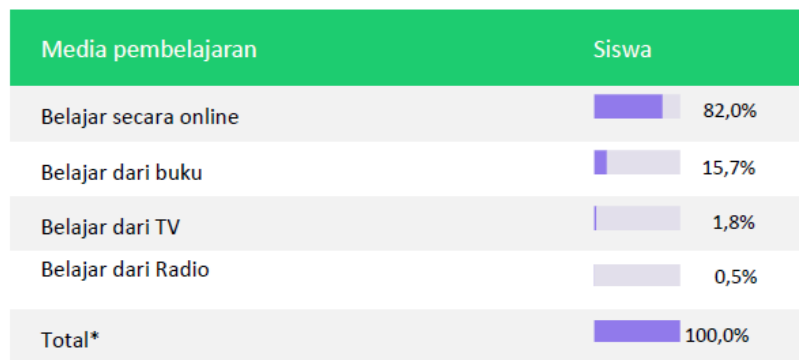
**Dampak lain yang juga diperkirakan terjadi akibat proses BDR adalah meningkatnya angka putus sekolah.** Dampak pandemi terhadap perekonomian keluarga, serta masalah keterjangkauan anak dalam kondisi rentan, pada wilayah 3T, dan tidak memiliki dukungan fasilitas untuk PJJ menjadi faktor yang berpotensi menyebabkan anak putus sekolah. Dari studi World Bank (2020)<sup>1</sup>, penutupan sekolah selama empat bulan akan meningkatkan kemungkinan anak putus sekolah pada jenjang pendidikan dasar, mencapai 0,13 p.p. (*percentage point*) atau setara dengan 48.175 siswa, dan 0,15 p.p (setara dengan 43.031 siswa) untuk jenjang pendidikan menengah.

**Pelaksanaan PJJ yang tidak optimal juga memberikan pengaruh pada kondisi psikososial semua pihak yang terlibat, yang mendorong perlunya perhatian pada upaya peningkatan kesehatan mental anak, pendidik, dan orang tua untuk memastikan layanan pendidikan berkualitas.** Di masa pandemi COVID-19 tidak bisa dipungkiri bahwa kesehatan mental anak terus menjadi catatan bagi siswa yang harus melakukan kegiatan BDR setiap harinya. Data *Indonesia Family Life Survey-5* menunjukkan sebelum terjadinya pandemi COVID-19 bahwa prevalensi depresi pada remaja mencapai 32% untuk perempuan dan 26,6% untuk laki-laki. Berbagai penyebab depresi diantaranya karena tuntutan akademik orang tua serta *peer group* dari anak dan remaja itu sendiri. Tekanan tambahan juga berpotensi dirasakan siswa yang mengalami kesulitan dalam menangkap pembelajaran melalui metode PJJ dan ketika mengejar ketertinggalan materi saat kondisi *new normal*. Kondisi mental dari peserta didik yang mengikuti PJJ mengalami perubahan akibat pandemi dimana interaksi sosial dan komunikasi dengan dunia luar menjadi terbatas. Kondisi ini diperparah dengan risiko guncangan sosioekonomi keluarga akibat pandemi disertai potensi konflik dalam rumah tangga dan kecemasan pada kondisi kesehatan diri siswa sendiri maupun orang-orang terdekatnya. Keterbatasan akses ke metode PJJ seperti perangkat *smartphone*, ketidakmampuan membeli cukup kuota untuk koneksi internet yang stabil dan lainnya juga berpotensi menambah risiko stres akibat adanya disparitas antarsiswa. Termasuk kurangnya dukungan orang tua bagi siswa dalam mengejar pendidikan dengan keterbatasan ekonomi.



**Tantangan 2. Perlu penguatan kebijakan untuk mendorong pemanfaatan teknologi pendidikan yang beragam dan sesuai dengan kondisi masyarakat dan wilayah dalam pelaksanaan PJJ, serta pemanfaatan TIK serta *e-learning* sebagai alternatif dalam proses belajar mengajar.**

Pelaksanaan BDR telah mendorong kreativitas pendidik, kepala sekolah, dan segenap pemangku penyelenggara pendidikan untuk memanfaatkan ragam piranti dan teknologi yang dapat mendukung tetap berlangsungnya layanan pendidikan. Untuk penguatan kebijakan BDR, Kemdikbud menerbitkan SE Mendikbud No. 15 Tahun 2020 tentang Pedoman Penyelenggaraan Belajar dari Rumah dalam Masa Darurat Penyebaran COVID-19 pada 18 Mei 2020.<sup>8</sup> Pedoman ini menyampaikan bahwa terdapat dua metode pelaksanaan BDR yaitu: (1) PJJ dalam jaringan/*online* (*daring*) menggunakan gawai (*gadget*) maupun laptop melalui beberapa portal dan aplikasi pembelajaran daring dan (2) PJJ luar jaringan/*offline* (*luring*) menggunakan televisi, radio, modul belajar mandiri dan lembar kerja, bahan ajar cetak, alat peraga, dan media belajar dari benda sekitar. Berdasarkan Survei Kemdikbud pada Mei 2020,<sup>3</sup> sebagian besar siswa jenjang pendidikan dasar dan menengah telah belajar sepenuhnya dari rumah, meskipun masih terdapat sekitar 3,3 pesen siswa belajar bergantian di rumah dan di sekolah karena masalah keterbatasan fasilitas, dan berada di wilayah yang tidak terdampak pandemi. Dari survei tersebut, terdapat variasi media yang digunakan anak untuk pembelajaran, yakni sebanyak 82 % belajar secara online; 2,3 % menggunakan media elektronik (TV dan radio); dan 15,7 % dari buku (Gambar 2).



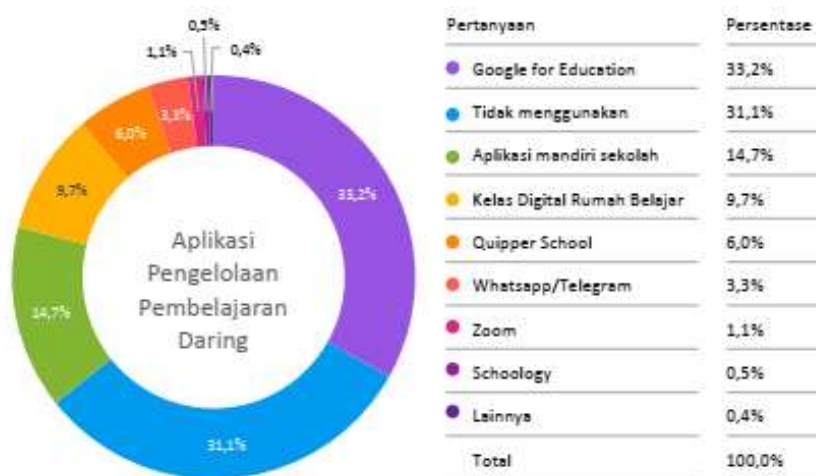
\*Total responden 1012 siswa

**Gambar 2. Media Pembelajaran yang Paling Sering Digunakan pada Saat BDR<sup>3</sup>**

Pembelajaran melalui media daring menawarkan pola interaksi dalam pembelajaran pengajaran yang lebih beragam dan fleksibilitas yang dapat disesuaikan antara pendidik dan peserta didik. Proses belajar mengajar melalui daring menawarkan nilai-nilai positif yang dapat dipetik manfaatnya untuk memberikan alternatif dan pengayaan ketika kondisi normal diberlakukan. PJJ via daring dapat dilakukan, baik melalui format sinkronus maupun asinkronus. PJJ daring sinkronus secara *real time* antarpengguna (pendidik, siswa, atau orang tua) dapat memberikan alternatif ruang kelas virtual yang memungkinkan adanya interaksi dua arah antara pendidik dengan siswa. Guru secara cepat dapat menyampaikan pembelajaran dan melakukan pemantauan terkait sejauh mana penguasaan materi dan pengetahuan/pemahaman oleh peserta didik. Namun demikian, keterbatasan dari sisi ketersediaan sarana dan prasarana pendukung, serta jaringan internet yang handal, menjadikan pemanfaatan aplikasi *online conference* belum terlalu tinggi.

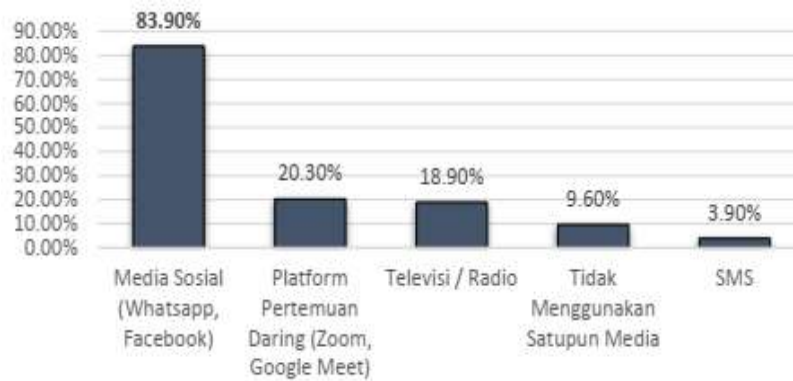


Gambar 3. Media yang Paling Sering Digunakan Siswa pada Saat Berinteraksi dengan Guru<sup>3</sup>



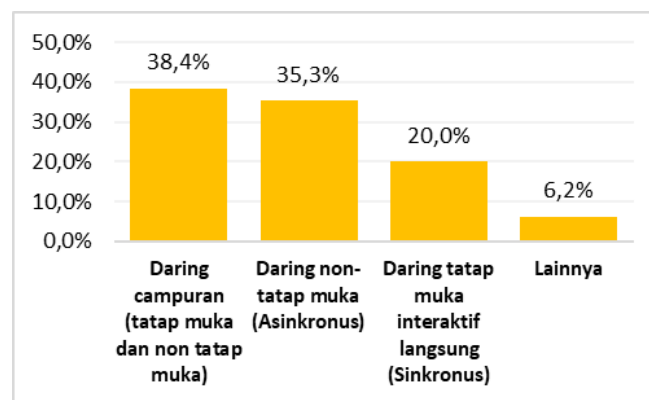
Gambar 4. Penggunaan Aplikasi Pengelolaan Pembelajaran Daring<sup>3</sup>

Meskipun jaringan internet dan aksesibilitas pengguna yang terbatas masih menjadi kendala utama, pemanfaatan sistem daring dalam pembelajaran menawarkan alternatif yang lebih luas untuk memudahkan komunikasi antara pendidik dengan siswa dan orang tua. PJJ daring asinkronus tidak memerlukan interaksi secara *real-time* antarpihak yang terlibat sehingga memberikan fleksibilitas akses ke pembelajaran. Metode ini juga memberikan keleluasaan siswa, pendidik, dan orang tua untuk berbagi konten dan media daring yang lebih sesuai dari sisi kondisi wilayah dan pengguna. Survey daring Kemendikbud (2020)<sup>3</sup> menyebutkan bahwa penggunaan media belajar daring oleh siswa adalah *Whatsapp* (Gambar 3). Hal ini dapat dipahami mengingat kuota yang dihabiskan lebih ringan dan terjangkau dan dapat dinikmati di berbagai daerah dengan fasilitas internet yang terbatas (GPRS dan/atau 3G). Studi Kemdikbud menunjukkan bahwa media yang paling sering digunakan adalah *Google for Education* (33.2%) (Gambar 4). Sementara *Whatsapp* mayoritas digunakan untuk berinteraksi antara guru dan orang tua. Hasil tersebut juga didukung dengan temuan serupa dari UNICEF (2020)<sup>9</sup> bahwa media yang paling banyak digunakan anak berkebutuhan khusus adalah media sosial (*Whatsapp, Facebook*) (Gambar 5).



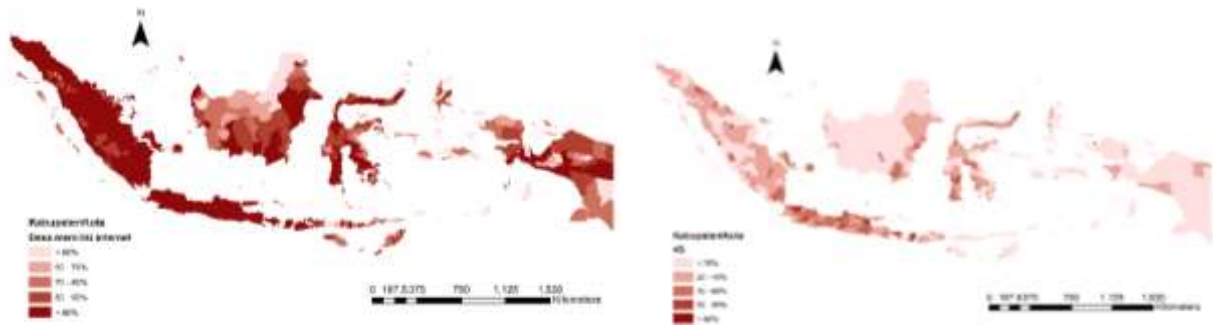
Gambar 5. Media pembelajaran yang paling sering digunakan anak berkebutuhan khusus<sup>9</sup>

Pada jenjang Pendidikan tinggi, kombinasi perkuliahan daring berbasis sinkronus dan asinkronus dipilih agar mahasiswa lebih aktif, tidak bosan, dan muatan materi bisa mudah dipahami oleh mahasiswa. Hal ini sejalan dengan pendapat sebagian besar mahasiswa dalam survei Kemdikbud (Gambar 6).<sup>3</sup> Dalam menerapkan pendekatan asinkronus, dosen di sejumlah perguruan tinggi umum dan vokasi melakukan penyiapan video perkuliahan khususnya untuk mata kuliah yang membutuhkan penjelasan detail, mengganti beberapa tugas studi lapangan melalui sistem jelajah internet dengan obyek yang sama namun diperluas, menyelenggarakan sistem kuliah tamu virtual dengan mengundang praktisi lapangan, mendorong mahasiswa mengikuti seminar *online* gratis dengan topik yang sesuai, dan lainnya. Dana bantuan (hibah) kompetisi di sebagian universitas juga menjadi salah satu instrumen dalam rangka mendorong pengembangan konten pembelajaran jarak jauh.

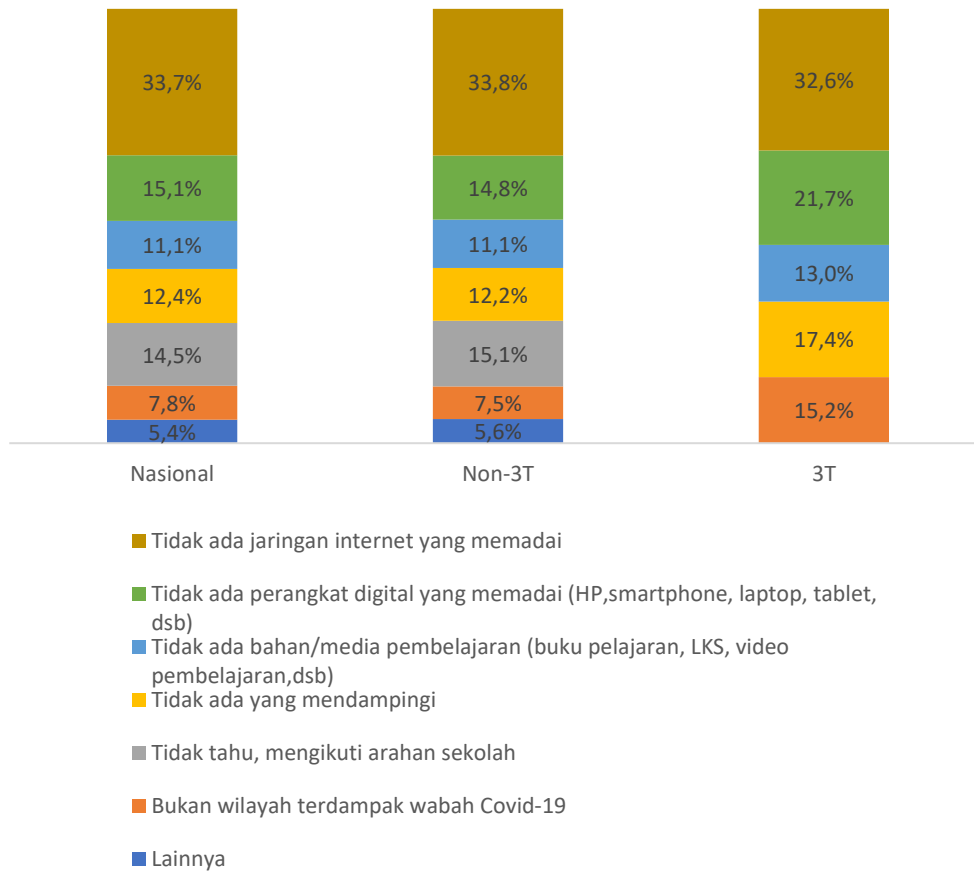


Gambar 6. Model Interaksi Kuliah Daring yang Digunakan<sup>3</sup>

Meningkatnya pemanfaatan TIK untuk pendidikan memerlukan dukungan lintas sektor untuk memastikan penyediaan infrastruktur, sistem dan jaringan yang memadai, sehingga terjadi pemerataan akses pada sistem daring di semua wilayah di Indonesia. BDR melalui daring memerlukan dukungan jaringan internet yang stabil dan memadai, terutama pada pelaksanaan pembelajaran *online conference*. Namun demikian, disparitas ketersediaan jaringan internet antarwilayah masih terjadi (Gambar 7). Setidaknya terdapat 6.961 desa/kelurahan di wilayah Indonesia, atau sebanyak 8.3 % desa/kelurahan tidak memiliki sinyal internet. Sementara itu, sebesar 68 % dari total desa/kelurahan di Indonesia tidak memiliki akses internet 4G untuk pelaksanaan *online conference* dalam proses PJJ. Penyediaan akses internet yang memadai untuk pendidikan, tentu tidak hanya menjadi tugas Kemdikbud dan Kemenag akan tetapi juga Kemkominfo beserta pihak penyedia sistem (*provider*).



**Gambar 7. Persentase desa dengan akses Internet (kiri) dan persentase desa dengan akses internet 4G (kanan)<sup>11</sup>**

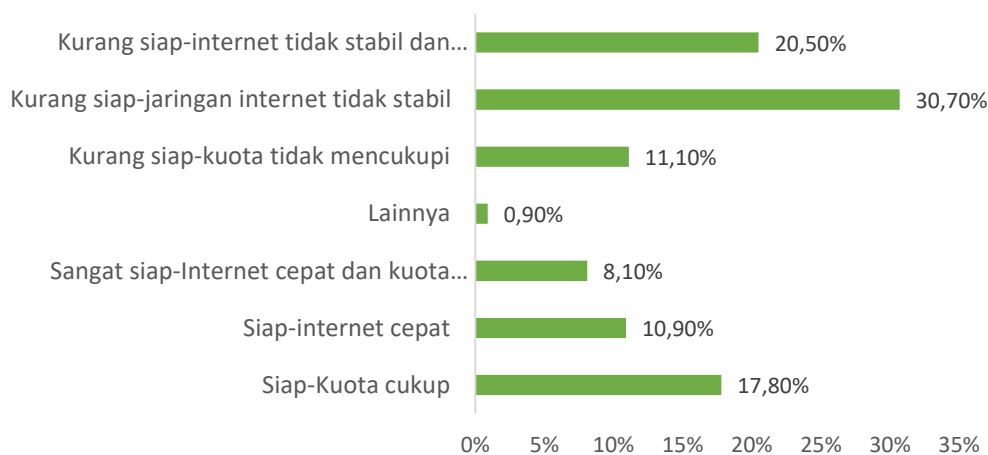


**Gambar 8. Alasan utama belajar sebagian dari rumah dan sebagian di sekolah<sup>3</sup>**

Pembelajaran daring memerlukan upaya yang dapat mendukung kemampuan dari sisi *demand* dimana PJJ terkendala pada keterbatasan akses internet dan kepemilikan gawai oleh peserta didik, pendidik, dan orang tua. Jaringan internet dan ketersediaan gawai menjadi alasan utama sekolah tidak menyelenggarakan pembelajaran daring. Kesulitan konektivitas internet menyebabkan peserta didik melakukan pembelajaran melalui BDR dan di sekolah secara bergantian (**Gambar 8**). Meskipun lebih dari setengah penduduk Indonesia memiliki akses terhadap internet, tercatat bahwa tingkat penetrasi internet Indonesia baru mencapai 65,8% di tahun 2018<sup>10</sup> Dari angka tersebut, penetrasi di kawasan pedesaan lebih rendah, yaitu sebesar 61,6 %, dibanding penduduk di perkotaan sebesar 74,1 %. Tingkat penetrasi cenderung tinggi pada masyarakat berpendidikan minimal SMA, dan sebaliknya pada masyarakat dengan tingkat pendidikan lebih rendah. Selain itu, penggunaan internet juga timpang jika dilihat dari kelas pendapatan. Hanya 26% masyarakat pada kelas pendapatan rendah

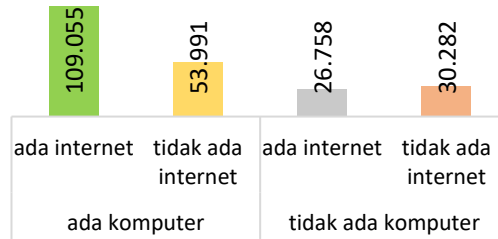
(*bottom* 20%) yang menggunakan internet, dibanding dengan 74% masyarakat pada kelas pendapatan tinggi (*top* 20%)<sup>11</sup> Disparitas juga terjadi dari sisi kepemilikan gawai. Tercatat hanya 63,5% dari masyarakat Indonesia menguasai telepon genggam. Angka ini lebih kecil untuk masyarakat yang menggunakan komputer/laptop. Pada tahun 2019, hanya 14,5% masyarakat Indonesia yang menggunakan komputer/laptop dan disparitas antar wilayahnya juga masih tinggi<sup>11</sup>. Oleh karenanya, tidak semua wilayah maupun siswa dapat menikmati kondisi belajar ideal secara daring.

**Pada jenjang pendidikan tinggi, mahasiswa juga mengalami kesulitan dalam mengikuti pembelajaran daring karena adanya kendala konektivitas internet.** Hal ini makin rumit bagi mahasiswa yang tinggal di lokasi tidak terjangkau jaringan internet (*blind spot*). Temuan ini sejalan dengan hasil survei Kemdikbud saat penerapan PJJ diberlakukan serentak oleh pemerintah. Hasil survei kepada hampir 300.000 mahasiswa menunjukkan sekitar sepertiga (30,7%) dari total 239.207 mahasiswa yang menggunakan metode perkuliahan daring mengaku kurang siap terkait jaringan internet yang tidak stabil (**Gambar 9**). Hasil survei Kemdikbud kepada dosen juga memberi gambaran serupa bahwa kendala utama yang dihadapi perguruan tinggi dalam menerapkan pembelajaran daring adalah terkait koneksi internet. Selain persoalan susah sinyal, mahasiswa dan dosen juga menghadapi kendala terkait mahalnya biaya kuota internet dan tidak semua mahasiswa mampu memiliki perangkat TIK untuk mengikuti proses PJJ.

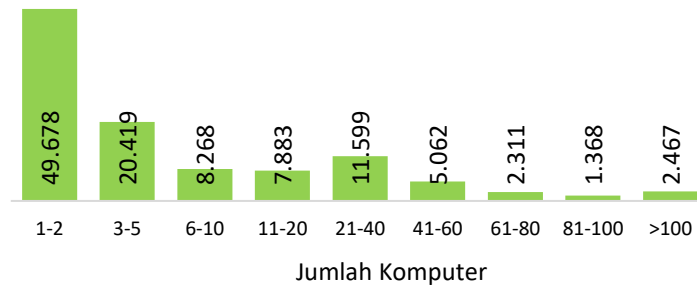


**Gambar 9. Kesiapan Fasilitas Internet Mahasiswa dalam Pembelajaran Daring<sup>3</sup>**

**Pada tingkat satuan pendidikan, kebutuhan sarana dan prasarana yang mendukung pemanfaatan TIK dalam pembelajaran memerlukan langkah percepatan untuk pemenuhannya.** Pemanfaatan TIK dalam pembelajaran merupakan hal yang tidak terelakkan lagi, termasuk penguatan pada tataran kapasitas satuan pendidikan. Untuk pelaksanaan PJJ, dengan memperhatikan protokol kesehatan, fasilitas dan sistem di satuan pendidikan ini dapat dimanfaatkan oleh pendidik untuk media interaksi dengan peserta didik dan orang tua, termasuk memastikan pelaksanaan pengawasan dan pengendalian pembelajaran. Namun demikian, hanya sekitar 49,6 % sekolah yang memiliki komputer sekaligus dapat mengakses internet (**Gambar 10**) sebagai prasyarat pembelajaran daring. Dari jumlah tersebut, sebagian besar hanya memiliki komputer tidak lebih dari 2 unit (45,6 %), dan 3 sampai maksimal 5 unit (18,7 %) (**Gambar 11**). Kondisi ini menunjukkan sarana yang tersedia tidak memadai untuk pemenuhan kebutuhan pendidik dan peserta didik untuk pembelajaran secara optimal.



Gambar 10. Sekolah berdasarkan kepemilikan komputer atau internet<sup>3</sup>



Gambar 11. Jumlah komputer pada sekolah yang memiliki komputer sekaligus akses internet<sup>3</sup>

**Pada tingkat institusi perguruan tinggi, dukungan infrastruktur teknologi informasi juga masih cukup bervariasi.** Secara keseluruhan, kondisi infrastruktur pembelajaran di perguruan tinggi dapat dikategorikan menjadi tiga bagian. Pertama, terdapat perguruan tinggi yang sudah memiliki aplikasi perangkat lunak atau *Learning Management System* (LMS) sendiri dan mampu memberi pelatihan kepada para dosen berkenaan dengan pemanfaatan LMS. Kondisi ini umumnya terdapat pada perguruan tinggi di wilayah pulau Jawa, antara lain Universitas Indonesia dengan *e-learning management systems* (EMAS), Institut Teknologi Bandung dengan Edunex dan Schoology, dan Institut Teknologi Surabaya dengan myITS Classroom. Kedua, ada juga perguruan tinggi yang sudah memiliki LMS namun belum semua dosen dapat memanfaatkan LMS secara optimal. Ketiga, terdapat perguruan tinggi yang sama sekali belum memiliki sistem LMS sendiri. Pada kategori ini, pihak perguruan tinggi berupaya memanfaatkan *platform* pembelajaran umum yang bersifat *open source* dan gratis, seperti *google classroom*, *moodle*, *google meet*, dan sebagainya. Untuk mengakomodir kebutuhan mahasiswa yang terkendala koneksi internet, dosen di sebagian perguruan tinggi di wilayah Indonesia Timur juga memanfaatkan aplikasi *whatsapp* antara lain untuk menyampaikan materi dan tugas-tugas kuliah, termasuk menjaga komunikasi dengan mahasiswa.

**Dalam rangka mendukung proses pembelajaran daring di masa pandemi, Kemdikbud melalui Ditjen Pendidikan Tinggi memberikan dukungan kebijakan dan sistem, yang beberapa diantaranya sudah dilakukan jauh sebelum pandemi.** Misalnya melalui penyediaan platform LMS Sistem Pembelajaran Daring (SPADA) yang sudah dibangun sejak tahun 2013 dan disediakan secara gratis sebagai media berbagi konten pembelajaran di berbagai bidang bagi dosen dan mahasiswa (Tabel 1). Selain itu, diselenggarakan juga kegiatan pengembangan Inovasi Pembelajaran Digital (IPD) melalui pelaksanaan mata kuliah daring pada program studi non vokasi terakreditasi minimal B yang ditujukan bagi mahasiswa terdaftar pada program studi lain dalam perguruan tinggi penyelenggara atau mahasiswa terdaftar pada perguruan tinggi lain di program studi yang relevan. Untuk menambah koleksi modul atau materi digital yang terbuka dan mudah diakses oleh mahasiswa, dikembangkan juga sistem Inovasi Modul Digital (IMD) bagi dosen pada program studi non vokasi terakreditasi minimal B.

Sejumlah kerja sama juga dikembangkan oleh Ditjen Pendidikan Tinggi Kemdikbud dengan provider telekomunikasi dalam rangka memfasilitasi penyediaan paket kuota dan internet yang terjangkau bagi perguruan tinggi. Selain itu, ada juga kebijakan pemberian bantuan kuota internet bagi peserta didik dan pendidik di seluruh jenjang selama bulan September hingga Desember tahun ini. Namun demikian, mekanisme pengendalian atas kebijakan ini masih perlu diperkuat untuk memastikan pemanfaatannya dalam mendukung PJJ.

**Tabel 1. Jangkauan dan Layanan SPADA Indonesia, 2019<sup>8</sup>**

<b>PT Penyelenggara</b>	54
<b>PT Mitra</b>	201
<b>Mahasiswa</b>	18.138
<b>Open Content</b>	297
<b>Open Course</b>	221
<b>Online Course</b>	279

**Untuk mengatasi permasalahan keterbatasan pemanfaatan teknologi pendidikan dalam BDR, dilakukan relaksasi dan peningkatan anggaran.** Permendikbud No.19/2020 dan No.20/2020 memberikan relaksasi penggunaan dana BOS dan BOP yang dapat digunakan untuk pembelian pulsa dan paket data baik untuk pendidik maupun peserta didik. Kebijakan Kemendikbud ini kemudian diikuti oleh Kemenag yang membebaskan madrasah dan pondok pesantren dalam membelanjakan dana BOS untuk membiayai kebutuhan pelaksanaan BDR dan keperluan dalam pencegahan penyebaran COVID-19 di lingkungan sekolah. Pada pertengahan tahun 2020, Kemendikbud memperoleh tambahan anggaran sebesar Rp 7,2 triliun yang dialokasikan untuk bantuan kuota internet bagi peserta didik dan pendidik di berbagai jenjang. Bantuan ini ditargetkan untuk 59.543.090 penerima yang akan disalurkan selama 4 bulan dengan besaran: 20 GB/bulan untuk peserta didik jenjang PAUD, 35 GB/bulan untuk peserta didik jenjang Dikdasmen, 42 GB/bulan untuk pendidik jenjang PAUD dan Dikdasmen, 50 GB/bulan untuk dosen dan mahasiswa. Di dalam bantuan tersebut terdapat “kuota belajar” dengan jumlah besar yang dapat digunakan untuk mengakses laman dan aplikasi pembelajaran. Sementara itu, Kemenag juga memperoleh tambahan anggaran Rp 1,178 triliun untuk bantuan kuota serupa bagi satuan pendidikan dibawah Kemenag. Sebelumnya, Ditjen Pendidikan Islam Kemenag juga telah bekerja sama dengan lima operator telekomunikasi (Telkomsel, Indosat, XL Axiata, Tri, dan Smartfren) untuk memberikan paket data gratis dalam bentuk kartu perdana ke siswa madrasah. Adapun, besaran kuota yang diberikan ke siswa madrasah berbeda-beda sesuai kesepakatan kerja sama yang ditandatangani kedua belah pihak.

**Media elektronik (televisi/TV dan radio) dapat ditingkatkan pemanfaatannya untuk PJJ pada daerah yang tidak terakses internet, serta terkendala biaya internet.** Untuk pembelajaran luar jaringan, PJJ masih tetap dimungkinkan dengan menggunakan media non-daring, seperti televisi, radio, radio komunikasi, telepon, maupun dengan buku, modul, dan bahan ajar dari lingkungan sekitar. Studi dari ARNEC (2020)<sup>12</sup> menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia lebih banyak mendapat informasi melalui televisi dibanding internet, sehingga posisi televisi menjadi salah satu media pembelajaran dan pemberian informasi yang penting untuk dioptimalkan. Data Susenas (2019)<sup>11</sup> menunjukkan bahwa mayoritas wilayah Indonesia dapat menerima sinyal Televisi Republik Indonesia (TVRI). Hanya beberapa wilayah di Papua, Kalimantan Utara, dan beberapa desa di Nusa Tenggara yang belum menerima layanan TVRI.

Jika di masa depan, adopsi terhadap pembelajaran daring atau kombinasi daring dan luring merupakan suatu 'norma baru', maka adaptasi, investasi, dan inovasi kebijakan sangat diperlukan untuk mempersempit kesenjangan digital antarwilayah, satuan pendidikan, dan sumber daya manusia. Upaya mengatasi kesenjangan digital disini tidak saja mencakup penyediaan dan perluasan jaringan internet, infrastruktur dan teknologi pendidikan, tetapi juga peningkatan kompetensi dan keterampilan digital. Kebijakan subsidi kuota yang saat ini sedang berjalan bagi seluruh pendidik dan peserta didik juga harus diperkuat dengan intervensi kebijakan bagi peserta didik yang tidak memiliki perangkat pembelajaran daring, mekanisme pengendalian atau akuntabilitas pemanfaatan paket data untuk pembelajaran, dan implementasi monitoring evaluasi untuk mengukur dampak dari kebijakan subsidi kuota. Adopsi pembelajaran berbasis teknologi harus dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan, tidak sekedar untuk mengatasi persoalan pandemi saat ini tetapi juga tantangan dan tuntutan masa depan dimana transformasi pendidikan lintas batas akan semakin besar<sup>13</sup>.

**Tantangan 3. Perlunya upaya pengawasan pada penerapan kurikulum agar tetap berorientasi pada kompetensi siswa dan lulusan, upaya pengaturan dan pengawasan terhadap sumber bahan ajar dan belajar yang saat ini cukup banyak dan beragam, serta penguatan sistem penilaian pendidikan yang handal dan implementatif.**

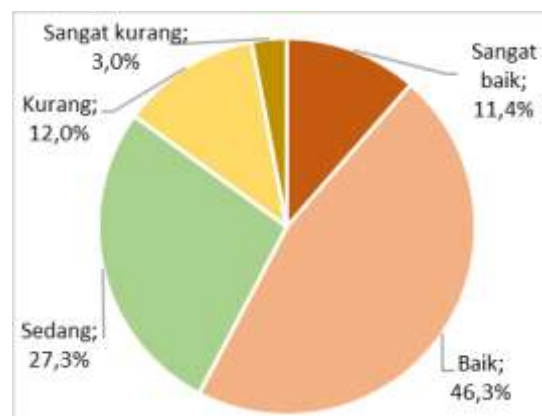
Kegiatan belajar-mengajar jenjang pendidikan anak usia dini, dasar dan menengah pada masa pandemi memberikan fleksibilitas dalam penerapan kurikulum namun belum mendorong ketercapaian kurikulum, sehingga tidak menjamin kualitas kompetensi lulusan. Pada jenjang pendidikan dasar dan menengah, berdasarkan Keputusan Mendikbud RI Nomor 719/p/2020 tentang Pedoman Pelaksanaan Kurikulum pada Satuan Pendidikan dalam Kondisi Khusus, Kemdikbud memberikan fleksibilitas bagi satuan pendidikan dalam penerapan kurikulum: (1) tetap menggunakan kurikulum nasional 2013, (2) menggunakan kurikulum darurat (dalam kondisi khusus), (3) melakukan penyederhanaan kurikulum secara mandiri. Secara umum, Kemdikbud telah menekankan bahwa capaian kurikulum bukanlah prioritas di masa pandemi. Penyederhanaan kurikulum nasional dilakukan dengan mengurangi kompetensi dasar untuk setiap mata pelajaran. Penyederhanaan tersebut diharapkan mampu meningkatkan fokus guru dan peserta didik pada pencapaian kompetensi esensial dan kompetensi prasyarat untuk kelanjutan pembelajaran di tingkat selanjutnya. Namun demikian, penerapan kurikulum yang beragam antarsatuan pendidikan belum diiringi dengan langkah pengawasan, pengendalian dan *review* hasil yang dikaitkan dengan Standar Kompetensi Lulusan (SKL). Selain itu, dengan tidak tersedianya acuan yang jelas mengenai langkah penerjemahan kurikulum dalam proses pembelajaran, berpotensi memberikan ketidakpastian pada kualitas pembelajaran dan pengajaran. Hal ini mempengaruhi kualitas lulusan pada masa pandemi ini.

**Pada jenjang pendidikan tinggi, kurikulum yang diterapkan tidak mengalami perubahan selama masa pandemi sekarang, namun yang berubah hanyalah metode pembelajaran dan pengajarannya saja.** Melalui Surat Keputusan Bersama (SKB) 4 Menteri yang kemudian diperbaharui tentang panduan penyelenggaraan pembelajaran pada tahun ajaran 2020/2021 dan tahun akademik 2020/2021 di masa pandemi COVID-19, pembelajaran di perguruan tinggi pada semua zona wajib dilaksanakan secara daring untuk mata kuliah teori. Mata kuliah praktik sedapat mungkin juga diupayakan tetap dilakukan secara daring. Dalam hal pencapaian kompetensi pada mata kuliah tertentu tidak dapat dilakukan secara virtual, maka mata kuliah diletakkan di akhir semester. Pemimpin perguruan tinggi pada semua zona hanya dapat mengizinkan aktivitas mahasiswa di kampus jika memenuhi protokol kesehatan dan kebijakan dirjen terkait untuk kegiatan yang tidak dapat digantikan dengan pembelajaran daring. Misalnya, penelitian di laboratorium untuk skripsi, tesis dan disertasi; dan tugas laboratorium, praktikum, studio, bengkel, dan kegiatan akademik/vokasi serupa.

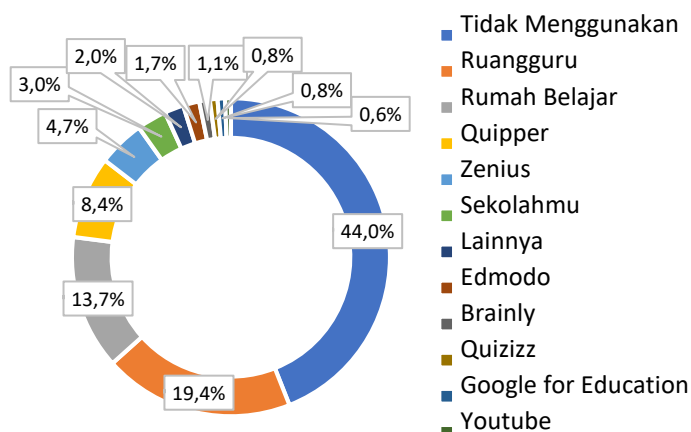


**Sumber bahan belajar menjadi lebih beragam, kaya dan variatif, memberikan fleksibilitas pemanfaatan bagi pendidik, siswa dan orang tua.** Di tengah pandemi COVID-19, penggunaan sumber bahan belajar dari platform belajar *online* meningkat seiring dengan pemberlakuan kebijakan BDR. Inisiatif pengembangan platform online untuk pembelajaran telah berjalan selama beberapa tahun terakhir, baik oleh Pemerintah, dalam hal ini Kemdikbud seperti Rumah Belajar, maupun swasta, mitra pembangunan, dan masyarakat. Berdasarkan survei Kemendikbud, 66 % siswa dari 39.115 responden menggunakan aplikasi sumber pembelajaran daring, dimana Ruangguru, Rumah Belajar, dan Quipper menjadi tiga aplikasi sumber pembelajaran daring yang sangat diminati oleh siswa (**Gambar 12**).<sup>3</sup> Rumah Belajar, berisi Kelas Maya yang merupakan LMS dikembangkan khusus untuk memfasilitasi proses pembelajaran virtual antara guru dan siswa. Sementara itu, Ruangguru memiliki fitur-fitur menarik seperti ruanguji, ruanglatihan, ruangvideo, ruangles, dan ruanglesonline, *digitalbootcamp*, dan edumail. Quipper School merupakan aplikasi berbasis *open source*, dapat diakses secara gratis oleh guru dan siswa, dan menjadi media penghubung antara siswa dan guru dalam pembagian tugas mata pelajaran secara daring dengan penyesuaian mata pelajaran berbasis kurikulum yang diterapkan di Indonesia. Platform pembelajaran lain diantaranya Zenius, Sekolahmu, Google for Education, Udemy, dan lainnya.

**Pada jenjang pendidikan tinggi, penciptaan materi atau konten pembelajaran yang mendorong pembelajaran aktif dan bermakna menjadi salah satu tantangan yang dihadapi dalam proses kuliah daring.** Persiapan konten pembelajaran tercatat menjadi satu dari lima kendala yang dihadapi dosen dalam pelaksanaan pembelajaran virtual, yakni sebesar 31,7%. Kesiapan dan kreativitas dosen di perguruan tinggi masih bervariasi dalam hal memodifikasi ulang rencana dan materi pembelajaran. Dari sisi mahasiswa, kualitas penyajian materi kuliah daring seperti pada aspek infografis, gambar, animasi video, dinilai sudah baik (**Gambar 13**). Namun demikian, tercatat masih ada penilaian dalam kategori kualitas sedang, kurang, dan bahkan sangat kurang. Untuk mendesain pembelajaran daring, setidaknya ada 3 hal utama yang perlu dipertimbangkan tenaga pengajar, sebagaimana disampaikan oleh Presiden I-TELL. Pertama, diperlukan pencermatan kembali terhadap kegiatan tatap muka sebelum adanya pandemi, yang prinsipnya dapat mendukung pembelajaran dan kolaborasi mahasiswa, dan pembelajaran untuk penyelesaian masalah. Kedua, dosen perlu mempertimbangkan kebutuhan dan kepentingan mahasiswa seperti alokasi waktu dan pilihan kegiatan. Ketiga, pemilihan jenis atau alat komunikasi yang efektif dalam penyampaian kuliah daring.



**Gambar 12.** Kualitas Penyajian Materi Kuliah Daring Menurut Mahasiswa<sup>3</sup>



Gambar 13. Aplikasi Sumber Pembelajaran Daring<sup>3</sup>

**Praktik baik dan gagasan untuk meningkatkan variasi konten digital yang lebih interaktif sudah diterapkan juga pada sebagian perguruan tinggi.** Variasi konten ini antara lain diarahkan pada penerapan tugas mandiri yang menerapkan *project based learning* dan kolaboratif antarmahasiswa, pembuatan materi ajar melalui praktikum sistem blok atau praktikum simulasi berbasis video sebagai bagian dari pendekatan pembelajaran asinkronus, dan pengembangan materi berbasis contoh-contoh kasus untuk dilakukan pembahasan secara interdisipliner. Kombinasi perkuliahan daring berbasis sinkronus dan asinkronus dipilih agar mahasiswa lebih aktif, tidak bosan, dan muatan materi bisa mudah dipahami oleh mahasiswa.

**Pengaturan dan pengawasan diperlukan terutama dalam pemanfaatan berbagai sumber bahan ajar dan belajar dalam memastikan kualitas dan kesesuaian konten dengan ketercapaian kurikulum.** Fleksibilitas dalam penerapan kurikulum yang diterapkan selama masa BDR, disertai dengan fleksibilitas dari sisi pemanfaatan bahan belajar dan ajar dari sumber yang variatif, harus dapat dievaluasi efektivitasnya. Evaluasi ini mencakup seberapa jauh metode pengajaran dilakukan, serta bahan ajar dan sumber belajar diterjemahkan secara baik dengan melihat ketercapaian kurikulum. Meskipun Kemdikbud menerapkan kebijakan penyederhanaan kurikulum, namun masa BDR yang cukup panjang ini dikhawatirkan berdampak pada menurunnya kualitas hasil belajar. Perlu dilakukan pengendalian dan pengawasan pada tataran pelaksanaan, sehingga Kemdikbud dapat memberikan rekomendasi sumber ajar dan sumber belajar yang berkualitas dan aman yang memberikan tambahan pengetahuan, penguasaan karakter, dan keterampilan peserta didik.

**Pengayaan materi dan pengawasan konten pada sumber belajar luring tetap harus dilakukan.** Untuk kawasan dengan sarana dan prasarana PJJ yang tidak memadai, penggunaan media belajar luring masih didominasi dengan penggunaan lembar kerja siswa (LKS) dan buku. Survei yang dilakukan oleh INOVASI (2020)<sup>14</sup> di Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat menunjukkan bahwa implementasi media pembelajaran daring pada daerah tersebut hanya mencapai 4-7%. Penggunaan media belajar luring seperti buku dan lembar kerja siswa (LKS) masih dominan dalam mengisi kegiatan BDR selama pandemi di NTB (82%) dan NTT (71%).

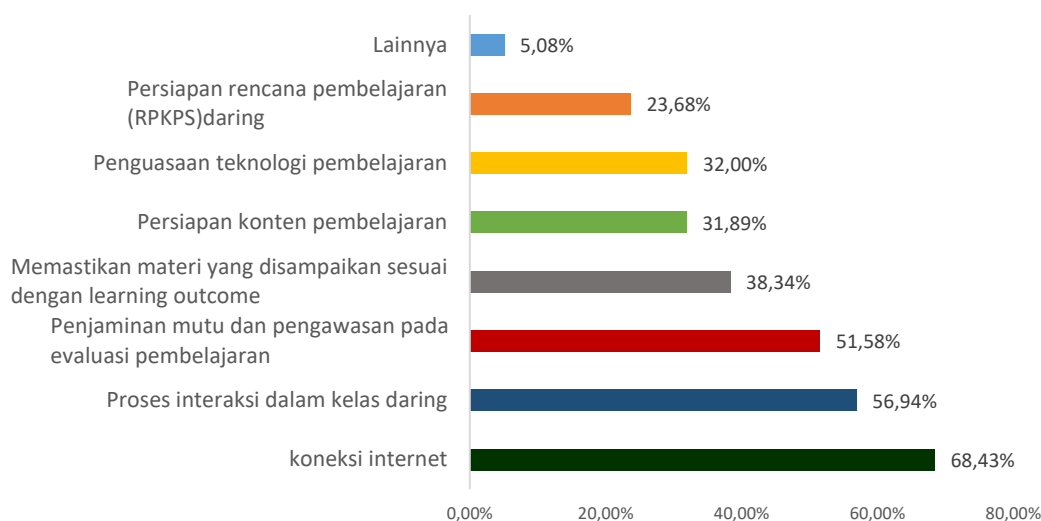
**Pada jenjang pendidikan tinggi, standarisasi untuk operasional pembelajaran daring sangat diperlukan mengingat kesiapan dan inovasi masing-masing perguruan tinggi masih bervariasi.** Standarisasi operasional ini prinsipnya diperlukan bagi seluruh perguruan tinggi, baik berbasis akademik, vokasi, dan kegamaan, dalam rangka menjaga mutu minimal dari proses pembelajaran dan keluaran yang harus dicapai masing-masing perguruan tinggi. Sejauh ini, terdapat pedoman operasional pelaksanaan pembelajaran daring yang dikeluarkan masing-masing perguruan tinggi melalui keputusan Rektor, namun sifatnya masih bervariasi. Sebagai bagian dari upaya penjaminan mutu pembelajaran daring, standarisasi operasional diperlukan antara lain dalam hal penciptaan *digital content* yang berkualitas dan telah melalui uji penjaminan mutu internal, pemanfaatan video tutorial atau animasi, komposisi pemberian materi SKA (*skill, knowledge, dan attitude*) dalam pembelajaran daring, sistem monitoring dan evaluasi, dan lainnya.

**Terkait penilaian pendidikan, BDR memberikan dorongan untuk segera dilakukan penguatan sistem penilaian pendidikan, termasuk peningkatan peran kepala satuan pendidikan dan pengawas.** Pedoman Pelaksanaan Kurikulum dalam Kondisi Khusus telah menekankan bahwa satuan pendidikan tidak diwajibkan untuk menuntaskan seluruh capaian kurikulum untuk kenaikan kelas maupun kelulusan. Keputusan ini berimplikasi bahwa sistem penilaian dari guru terhadap siswa selama pandemi tidak dapat disamakan dengan penilaian saat kondisi biasa. Pelaksanaan kurikulum pada kondisi khusus telah dilengkapi dengan modul asesmen diagnostik untuk semua jenjang pembelajaran. Namun demikian, asesmen diagnostik belum optimal diterapkan terutama pada tingkatan interaksi pendidik-siswa. Acuan pada tataran operasional perlu ditindaklanjuti dengan pelatihan bagi pendidik untuk memberikan kejelasan langkah dan cara evaluasi belajar siswa di bawah kurikulum dalam kondisi khusus ini. Selain itu, dengan kebijakan bahwa hasil belajar peserta didik selama BDR bisa berupa umpan balik yang bersifat kualitatif, dan tanpa diharuskan memberi skor kuantitatif, memberikan kesulitan bagi satuan pendidikan dalam menentukan tingkat kelulusan siswa. Sehingga diperlukan parameter khusus yang menjelaskan indikator-indikator ketuntasan pembelajaran.

Di masa pandemi COVID-19, kepala satuan pendidikan juga diarahkan untuk menetapkan model pengelolaan satuan pendidikan yang disesuaikan dengan karakteristik masing-masing sekolah. Bentuk pengelolaan ini meliputi penetapan sistem pembelajaran yang terjangkau bagi semua peserta didik, melakukan pembinaan dan pemantauan terhadap guru, hingga memberikan laporan berkala kepada OPD yang bertanggung jawab terhadap pendidikan. Dalam praktiknya, guru menghadapi berbagai kesulitan dalam melaksanakan PJJ, sehingga posisi kepala sekolah dalam menilai guru bukan bersifat penilaian baik dan buruk, namun memberikan umpan balik dan membantu guru dalam memperbaiki sistem PJJ di kemudian hari. Studi dari SMERU (2020)<sup>15</sup> menunjukkan bahwa disparitas pengelolaan satuan pendidikan menyebabkan dukungan kepala satuan pendidikan terhadap guru juga beragam.

Evaluasi yang dilakukan pengawas sekolah, secara umum dilakukan secara mikro oleh tiap pengawas satuan pendidikan. Dari berbagai evaluasi yang disampaikan, beberapa catatan penting terkait kondisi pengawas satuan pendidikan selama pandemi di antaranya, (1) penilaian yang dilakukan oleh pengawas satuan pendidikan baru terbatas pada pelaksanaan, belum terhadap hasil dan mutu pembelajaran, (2) proses pendampingan bagi satuan pendidikan dan tenaga kependidikan disederhanakan, serta (3) pengawasan dan pendampingan dilakukan secara daring oleh pengawas satuan pendidikan.

Pada jenjang pendidikan tinggi, mengingat hampir seluruh proses pembelajaran dilakukan dengan pendekatan daring, tingkat pencapaian target pembelajaran atau kompetensi tertentu menjadi tidak maksimal. Kompetensi kognitif yang menekankan pada aspek pengetahuan atau teori, pada dasarnya bisa diimplementasikan melalui pembelajaran jarak jauh secara penuh. Hal lain yang diakui jauh lebih penting oleh perguruan tinggi adalah berkenaan dengan pemenuhan target kompetensi teknis atau keahlian dari masing-masing program studi sains keteknikan dan vokasi. Diakui, target akan sulit tercapai jika metode pembelajaran hanya berbasis daring. Pemahaman mahasiswa terhadap hal-hal teknis dari materi perkuliahan yang umumnya bertumpu pada penyelenggaraan metode praktik, menjadi satu tantangan tersendiri di masa pandemi ini. Hasil survei Kemdikbud menunjukkan salah satu kendala utama kuliah daring adalah dosen sulit memastikan bahwa materi yang disampaikan sesuai dengan target *learning outcome* yakni sebesar 38,4% (**Gambar 14**). Hal ini tentu tidak terlepas dari aspek konten dan strategi pengajaran atau *output delivery*.



**Gambar 14. Kendala Utama Pembelajaran Daring yang Dihadapi para Dosen<sup>3</sup>**

Penerapan sistem penilaian hasil belajar yang dapat menjamin pencapaian kompetensi peserta didik merupakan tantangan tersendiri dalam proses pembelajaran virtual saat ini. Pengembangan mekanisme penilaian hasil belajar yang bisa mengukur kompetensi siswa/mahasiswa sesungguhnya menjadi bagian penting dalam rangka menjamin mutu lulusan. Pada jenjang pendidikan tinggi, penjaminan mutu dan pengawasan pada evaluasi pembelajaran tercatat menjadi salah satu kendala utama dosen dalam proses perkuliahan daring, sebagaimana disampaikan oleh separuh responden dosen (51,40%) dalam survei Kemdikbud (**Gambar 14**).<sup>3</sup>

Ketepatan dalam pemilihan bentuk dan jenis penilaian disertai aturan jelas yang dapat mendorong keterlibatan kognitif dan interaksi aktif dari mahasiswa merupakan satu tantangan yang dihadapi para dosen. Dari sisi bentuknya, penilaian atau evaluasi mahasiswa selama ini cenderung bersifat sumatif, yakni dilakukan di akhir ketika materi perkuliahan selesai. Dengan berubahnya metode pembelajaran saat ini, tentu pergeseran bentuk penilaian dibutuhkan dari sumatif ke arah formatif yang dilakukan sepanjang proses pembelajaran. Penilaian formatif ini harus dimanfaatkan untuk aspek yang lebih luas, yakni bukan sekedar pemberian nilai tetapi yang lebih penting sebagai umpan balik perbaikan bagi dosen dan mahasiswa. Dari sisi jenis penilaian, sejauh ini implementasi di perguruan tinggi beragam, tergantung pada jenis program studi dan inovasi serta kreativitas dosen. Kuis, aktivitas diskusi, pelaksanaan tugas, *paper*, simulasi, dan ujian daring merupakan beberapa pilihan jenis

penilaian yang diterapkan dosen pada mahasiswa. Namun demikian, ketidaktepatan dosen dalam memilih jenis penilaian yang sesuai dengan aspek kompetensi mahasiswa yang akan diukur, mengakibatkan hasil penilaian tidak dapat mencerminkan kemampuan mahasiswa secara konkrit.

**Penilaian pada ranah afektif dan psikomotorik mahasiswa diakui lebih sulit dilakukan jika dibandingkan dengan ranah kognitif yang bersifat pengetahuan.** Pada ranah kognitif, penilaian tidak menjadi masalah dengan model perkuliahan berbasis daring. Justru kompetensi ini bisa meningkat karena mahasiswa memiliki kesempatan untuk menggali kompetensi kognitif secara lebih baik melalui jelajah internet dan juga beragam webinar atau seminar *online*. Penilaian pada ranah ini umumnya dilakukan melalui *pre-test* dan *post-test* dalam bentuk penyelesaian soal-soal, baik esai maupun pilihan ganda. Sebaliknya, komponen afektif dan psikomotorik atau *skill* yang utamanya bertumpu pada aspek kreativitas dan inovasi mahasiswa, sulit dipantau dan dinilai hasilnya melalui mekanisme pembelajaran daring. Bagi perguruan tinggi dengan program studi sains keteknikan, keguruan, dan vokasi, pengembangan instrumen penilaian untuk ranah afektif dan psikomotorik mahasiswa sangat dibutuhkan. Penilaian pada aspek psikomotorik misalnya, harus mampu menangkap kinerja mahasiswa dalam hal proses dan kemampuan mereka dalam menyelesaikan suatu tugas atau persoalan secara nyata. Untuk itu, penyesuaian instrumen penilaian dengan ranah yang akan dinilai dibutuhkan agar dapat merefleksikan kapasitas mahasiswa yang sesungguhnya.

**Diterapkannya pembelajaran daring dalam situasi pandemi, sebagian perguruan tinggi melakukan penyesuaian bobot penilaian tanpa mengurangi target kurikulum.** Dalam Permendikbud No.7 Tahun 2020, diatur bahwa beban studi minimum dalam program studi PJJ adalah sama dengan metode penyelenggaraan tatap muka. Tanpa mengurangi target atau beban studi minimum, penyesuaian bobot penilaian dilakukan khususnya pada komponen proses dan hasil dari aktivitas penugasan mahasiswa. Pada perguruan tinggi keguruan misalnya, dalam mata kuliah *micro teaching* terdapat bobot penilaian besar pada komponen kemampuan berkomunikasi sebagai bagian dari kegiatan praktik manajemen kelas. Akibat situasi pandemi, aktivitas praktik secara langsung tidak dapat dilakukan sehingga penyesuaian penilaian dilakukan dengan menekankan aspek kreativitas dan inovasi mahasiswa dalam hal penggantian kegiatan praktik.

**Tantangan 4. Pendidik kompeten dan berkualitas yang ditunjang dengan *school leadership* menjadi aspek paling berperan penting dalam memastikan kualitas kegiatan belajar-mengajar terkait bagaimana memahami konteks kurikulum, cara penyampaian pembelajaran yang tepat (fasilitator), pemanfaatan aplikasi/*platform* pembelajaran, dan penciptaan konten pembelajaran yang variatif dan inovatif.**

**Komitmen dan kehadiran guru.** SMERU (2020)<sup>16</sup> dalam penelitiannya memaparkan bahwa proporsi guru yang tidak mengajar setiap hari lebih banyak di wilayah desa di luar Pulau Jawa, yaitu sebanyak 50 % dari guru. Hal demikian terjadi karena kurangnya ketersediaan internet. Selain itu, belum meratanya akses orang tua dan guru terhadap infrastruktur IT memaksa beberapa guru untuk melakukan pertemuan tatap muka, salah satunya dengan melakukan kunjungan ke rumah. Adapun konten pembelajaran didominasi dengan mengerjakan soal dari guru sebesar 93,2% (3T), 86,5% (non-3T), dan 86,6% (nasional), posisi selanjutnya dipegang oleh belajar dari buku teks pelajaran 64,2% (3T), 42,4% (non-3T), dan 42,9% (nasional), sedangkan pembelajaran interaktif melalui daring dengan guru dilakukan kurang dari 40% siswa.

**Kemampuan pendidik dalam pemanfaatan TIK dan berbagai aplikasi pembelajaran menjadi hal yang perlu dipersiapkan sedari awal pelaksanaan BDR.** Kondisi di lapangan menunjukkan adanya disparitas terkait kapasitas guru dalam melakukan penyesuaian kegiatan PJJ. Disparitas tersebut berkaitan erat dengan kompetensi tenaga kependidikan dalam memanfaatkan fasilitas TIK. Studi yang dilakukan oleh Jäger-Biela, Kaspar, dan König menyebutkan bahwa tenaga kependidikan yang relatif baru menyelesaikan studinya (memiliki pengalaman mengajar kurang dari dua tahun) dinilai lebih cepat dalam beradaptasi terhadap sistem pembelajaran daring.<sup>17</sup> Mereka cenderung lebih gesit dan kompeten dalam memanfaatkan fasilitas TIK sebagai media pembelajaran. Sementara itu, guru senior memiliki keterbatasan dalam penguasaan teknologi informasi dan terkesan “gagap teknologi” sehingga menghambat mereka dalam melakukan pembelajaran daring. Apabila dilihat dari aspek keterbukaan terhadap hal baru (seperti adaptasi terhadap perkembangan teknologi) yang diukur melalui ‘*Big 5 characteristics*’, tenaga kependidikan Indonesia hanya mendapatkan penilaian 3,52 dari skala 5. Hal tersebut mengindikasikan guru di Indonesia memiliki keterbatasan dalam hal imajinasi kreatif, seperti terbatas dalam memanfaatkan teknologi mutakhir. Selain faktor usia, kualitas guru dinilai sebagai faktor lain yang menghambat kompetensi tenaga kependidikan dalam memanfaatkan fasilitas TIK. UNESCO dalam *Global Education Monitoring Report* menyebutkan bahwa kualitas guru Indonesia berada pada urutan ke-14 dari 14 negara berkembang di dunia.<sup>18</sup> Terdapat empat faktor penyebab rendahnya kualitas guru Indonesia: ketidaksesuaian disiplin ilmu dengan bidang ajar, kualifikasi guru yang belum setara sarjana, program peningkatan keprofesian berkelanjutan (PKB) guru yang rendah, dan rekrutmen guru yang tidak efektif. Dari 3,9 juta guru yang ada, terdapat 25% guru yang belum memenuhi syarat kualifikasi akademik dan 52% diantaranya belum memiliki sertifikat profesi. Kondisi tersebut dinilai cukup signifikan mempengaruhi kompetensi tenaga kependidikan dalam melakukan penyesuaian terhadap pemanfaatan fasilitas TIK dalam pembelajaran daring.

**Sistem perkuliahan daring yang masih berlangsung hingga sekarang, belum sepenuhnya diikuti dengan kapasitas dosen yang memadai.** Kompetensi dosen antar perguruan tinggi dalam penyelenggaraan proses akademik berbasis daring masih beragam. Bagi sebagian perguruan tinggi yang sudah melaksanakan *blended learning* sebelum pandemi, SDM pendidik relatif sudah siap dalam menjalankan pembelajaran daring. Namun, tidak demikian bagi perguruan tinggi yang baru mengalami transformasi pada saat pandemi terjadi. Kegagapan dosen menjadi salah satu penghambat dalam proses belajar mengajar berbasis daring. Hal ini sejalan dengan hasil studi Kemdikbud bahwa proses interaksi dalam kelas daring yang tidak membosankan baru mencapai 57,17% (**Gambar 16**). Studi lain yang pernah dilaksanakan oleh KP2MA Atma Jaya per April 2020 lalu juga mengungkapkan bahwa setidaknya ada dua hal penting yang perlu dilakukan untuk meningkatkan mutu pembelajaran daring, yaitu pembekalan dosen dengan keterampilan pendekatan pembelajaran yang interaktif dan kecakapan teknis dalam penggunaan fasilitas *online learning*.

**Pelatihan untuk penyegaran dan peningkatan keterampilan dosen di seluruh perguruan tinggi dirasakan belum merata.** Belum seluruh dosen mendapatkan pelatihan, setidaknya untuk peningkatan kompetensi pemanfaatan *platform* dan teknologi pendukung pembelajaran daring. Pengalaman pembelajaran yang efektif dapat terwujud jika terdapat aspek sosial yang merepresentasikan hubungan antara dosen dan mahasiswa, aspek kognitif terkait isi materi ajar, dan aspek pengajaran dari dosen.<sup>19</sup> Ketiga hal ini tentu menuntut kapasitas dosen yang mumpuni sehingga diperlukan juga pelatihan terkait kecakapan teknis yang berkenaan dengan literasi digital, keterampilan pedagogi untuk pembelajaran interaktif, dan yang tidak kalah penting kapasitas dalam mendesain model dan konten pembelajaran yang mudah dipahami untuk mencapai target pembelajaran kurikulum.

**Keberhasilan pelaksanaan BDR juga didorong oleh *school leadership* dan manajemen sekolah yang baik dalam memastikan pembelajaran berkualitas tetap berlangsung.** Keberhasilan pelaksanaan PJJ tidak dapat dipisahkan dari peran kepala sekolah. Kepala sekolah memiliki andil besar dalam merancang metode pembelajaran yang tepat sebagai bentuk penyesuaian terhadap sistem PJJ. Dari diskusi yang dilakukan dalam studi ini, banyak kepala sekolah yang secara cepat melakukan pemetaan awal ketika BDR harus diterapkan. Pemetaan mencakup kemampuan pada sisi satuan pendidikan (prasarana, sarana, pembiayaan, kemampuan pendidik) sampai pada kondisi kemampuan siswa untuk mengakses pembelajaran. Pada saat pemanfaatan metode daring dipilih, banyak dari kepala sekolah tersebut memastikan bahwa pendidik bisa memanfaatkan aplikasi konferensi yang tersedia melalui pelatihan singkat. Namun demikian, disparitas antarsatuan pendidikan masih cukup tinggi terkait dengan kemampuan kepala sekolah dalam merancang kurikulum pembelajaran yang efektif dan melaksanakan pengendalian dan pengawasan.

**Pada pendidikan tinggi, inovasi dan inisiasi dari sejumlah kampus dalam penyelenggaraan pelatihan sudah berjalan dan hal ini perlu diapresiasi sebagai praktik baik yang perlu dikembangkan lebih luas ke depan.** Sebagian kampus PTN maupun PTS yang berbasis akademik, vokasi dan keagamaan berupaya memperkuat kapasitas dosen melalui pelatihan internal, terutama berkenaan dengan pemanfaatan platform dan teknologi pendukung pembelajaran. Kemdikbud melalui Ditjen Pendidikan Tinggi juga sudah menyelenggarakan pelatihan bagi 100 ribu dosen akademik dan vokasi selama bulan Juni hingga Juli tahun ini. Selain itu, ada juga penyelenggaraan webinar untuk berbagi informasi secara terbuka oleh lembaga seperti *Indonesia Technology Enhanced Language Learning (I-TELL)* bekerjasama dengan *British Council* yang fokus pada topik integrasi pembelajaran digital dan materi pembelajaran, *artificial intelligence*, dan sirkulasi ide-ide yang disampaikan mahasiswa.

**Tantangan 5. Adaptasi layanan pendidikan melalui BDR mendorong perlunya upaya untuk merubah cara berpikir (*mindset*) dan kebiasaan (*kultur*) pendidik dan peserta didik, serta peran orang tua dan masyarakat terkait pendidikan.**

Tidak bisa dipungkiri bahwa adaptasi dalam proses pembelajaran daring saat ini mengharuskan adanya perubahan cara berpikir (*mindset*) dan kebiasaan (*kultur*) pendidik dan peserta didik. Di satu sisi, pembelajaran daring bisa berjalan efektif jika diikuti perubahan cara pandang pendidik ataupun instruktur bahwa mereka bukan lagi satu-satunya *center of knowledge* sehingga penyampaian materi pembelajaran dari pendidik dianggap cukup. Pada sisi yang lain, diperlukan juga pergeseran *mindset* dan kebiasaan dari peserta didik, dari sebelumnya terbiasa bahwa pendidik adalah pihak yang paling bertanggung jawab atas pembelajaran siswa/ mahasiswa dan penjelasan guru/dosen dianggap sudah mencukupi, berubah ke arah yang lebih aktif bahwa peserta didik harus bertanggung jawab atas pembelajaran yang dijalankan dan belajar jarak jauh membutuhkan keaktifan mereka untuk memperdalam materi secara mandiri. Singkatnya, proses transformasi dan adaptasi ini tidak akan berjalan optimal jika cara pandang dan kebiasaan pendidik dan peserta didik masih didominasi dengan sekedar upaya memindahkan media pembelajaran konvensional ke media digital.

**Keseimbangan baru bahwa guru/dosen berperan sebagai fasilitator dan siswa/mahasiswa aktif mencari pengetahuan dan membangun pemahaman, tentunya perlu terus didorong dan dikembangkan dalam setiap proses pembelajaran.** Pembelajaran dengan basis modalitas *online* harus mampu dimanfaatkan pendidik dan peserta didik sebagai momentum eksplorasi kegiatan akademik yang berarti. Transformasi pembelajaran saat ini yang didukung dengan teknologi baru tidak boleh diremehkan karena memberikan sejumlah peluang untuk memikirkan kembali dan memperbaiki proses belajar-mengajar selama ini. Pendidik maupun peserta didik memiliki

kesempatan besar untuk memperkuat budaya literasi digital melalui akses ke berbagai referensi. Hal ini berguna untuk memberi penguatan pemahaman terkait pokok bahasan pembelajaran daring, meningkatkan kapasitas penguasaan pedagogi online pendidik, dan memperkaya referensi peserta didik untuk berkontribusi dalam pemecahan masalah di masyarakat.

**Dalam proses transformasi pembelajaran saat ini, orang tua memiliki peran sentral dalam mendukung terlaksananya pembelajaran daring.** Beberapa dukungan orang tua yang dibutuhkan antara lain dalam hal penyediaan sarana-prasarana pembelajaran, pengawasan, dan juga penciptaan suasana belajar nyaman di rumah. Pada jenjang PAUD hingga pendidikan menengah, kegiatan belajar di rumah tentu membutuhkan pendampingan dan pengawasan orang tua yang lebih besar daripada mahasiswa yang dinilai sudah cukup dewasa sehingga dapat menjalankan proses pembelajaran daring secara mandiri. Namun demikian, tidak seluruh orang tua siswa memiliki waktu luang dan perhatian yang sama dalam pemberian pendampingan dan pengawasan pada kegiatan pembelajaran daring. Perbedaan latar belakang pendidikan dan pekerjaan orang tua menyebabkan beragamnya dukungan orang tua dalam BDR. Beberapa faktor yang menyebabkan orang tua tidak responsif selama kegiatan PJJ di antaranya adalah kesibukan orang tua, rendahnya perhatian orang tua pada pendidikan anak, dan alat komunikasi atau kuota internet yang tidak cukup.<sup>20</sup>

**Orang tua juga memegang peran penting dalam melindungi anak selama PJJ.** Namun, masih banyak orang tua (40,7%) yang tidak melakukan upaya apapun untuk melindungi anak dari perundungan siber (*cyber bullying*). Metode yang digunakan orang tua dalam hal ini adalah mengawasi anak dan memeriksa situs yang dikunjungi (39,5%), melarang anak mengakses situs tertentu (38,6%), dan memblokir situs tertentu (20,4%).<sup>21</sup>

#### **Tantangan 6. *Student well-being* dan kesehatan mental perlu lebih mendapatkan perhatian**

**Perlunya pengawasan terhadap metode pembelajaran yang dilakukan untuk meminimalisasi menurunnya kondisi psikososial anak pada saat BDR.** Optimalisasi pelaksanaan BDR menuntut keaktifan siswa untuk tetap mendapatkan pembelajaran dan pendampingan orang tua untuk memastikan anak belajar meskipun dilakukan dari rumah. Survey KPAI menunjukkan bahwa setelah empat minggu anak mengalami BDR, sebanyak 76,7% siswa menyatakan tidak senang belajar dari rumah. *Survey online* Kemdikbud menyatakan kondisi yang sama, sekitar 62,5 % dari anak yang menjadi responden menyatakan bahwa BDR tidak menyenangkan. Sementara, hasil jajak pendapat menggunakan U-Report pada Juni 2020, 69 % anak/remaja menyatakan merasa bosan saat belajar dari rumah. Dari survey KPAI, sebanyak 81,8 % menyatakan bahwa para guru lebih mengedepankan pemberian tugas, jarang memberikan materi dan diskusi ataupun tanya jawab. Pemahaman metode pembelajaran yang belum optimal dan memberikan tekanan kepada siswa berpotensi membawa dampak psikologis yang mengarah pada penurunan minat belajar anak.

**Pada jenjang pendidikan tinggi, transformasi pembelajaran digital juga menimbulkan dampak kondisi *fatigue* atau kelelahan dan peningkatan stress, khususnya pada dosen senior.** Proses pembelajaran digital tidak saja mengharuskan para dosen siap secara kompetensi dalam penguasaan dan penyampaian materi daring, tetapi juga siap secara fisik dan mental dalam mengelola proses tatap muka virtual dengan para mahasiswa. Sejauh ini, penyelenggaraan kuliah daring sinkronus menjadi bentuk aktivitas pembelajaran yang banyak dipilih. Interaksi dosen sebagai fasilitator perlu dibangun tidak saja pada materi pembelajaran yang disampaikan, tapi juga interaksi dengan mahasiswa sehingga tercipta pengalaman pembelajaran yang menarik, aktif, dan tidak membosankan. Kondisi ini menuntut dosen tetap aktif dan kreatif meskipun harus duduk di depan layar virtual.



Selain itu, salah satu tantangan yang dihadapi dalam proses pembelajaran daring adalah adanya **kendala psikologis di tingkat keluarga**. Semasa pelaksanaan BDR, tidak terelakkan bahwa waktu orang tua untuk mendampingi anak belajar menjadi lebih tinggi, terutama pada jenjang PAUD dan pendidikan dasar. Kesulitan yang dihadapi oleh orang tua antara lain terkait pemahaman terhadap materi yang perlu dipelajari oleh anak. Hal ini memberikan beban psikologis tambahan bagi sebagian orang tua. Pada jenjang pendidikan tinggi, sebagian orang tua mahasiswa memiliki persepsi bahwa tempat belajar adalah di kampus. Dengan kembalinya mahasiswa ke rumah masing-masing saat terjadi pandemi COVID-19, justru dimanfaatkan sebagian orang tua untuk meminta anaknya membantu bekerja. Akibatnya, perkuliahan virtual tidak dapat berjalan optimal karena tingkat kehadiran mahasiswa yang tidak optimal.

Persoalan psikologis ini tidak saja dihadapi oleh para pendidik karena dituntut harus kreatif dan inovatif agar pembelajaran daring interaktif, menarik dan mudah dipahami, akan tetapi juga dihadapi oleh para orang tua dan peserta didik. Penyelenggaraan PJJ akibat pembatasan sosial yang sudah berlangsung beberapa bulan terakhir, menimbulkan dampak psikologis yang mengarah pada isu kesehatan mental karena beban kegiatan belajar saat ini. Berbagai fakta memberi gambaran betapa isu kesehatan mental perlu segera mendapat perhatian bersama karena sudah menyangkut jiwa peserta didik akibat menjadi korban kekerasan dalam keluarga. Hasil jajak pendapat Unicef pada Agustus lalu menunjukkan 38% anak berusia 15-19 tahun mengalami kondisi tertekan oleh orang tua.<sup>22</sup> Pembelajaran di rumah menuntut peran orang tua sebagai 'guru pengganti' dari peran guru sesungguhnya di sekolah tatap muka. Hal ini bukan persoalan mudah karena tidak semua orang tua memiliki tingkat pendidikan, pemahaman, dan perhatian yang sama untuk mengawal pembelajaran anak-anaknya di rumah.

**Dalam rangka mengatasi isu kesehatan mental, upaya membangun saluran komunikasi dan konsultasi bagi pihak keluarga peserta didik dan institusi pendidikan menjadi hal penting.** Kerja sama dan komunikasi pihak sekolah dan orang tua dalam mendampingi anak belajar perlu dilakukan secara intensif. Salah satu hal yang perlu ditekankan oleh pihak sekolah kepada orang tua ketika mendampingi anak belajar di rumah adalah mendidik anak tanpa kekerasan (disiplin positif). Pihak sekolah perlu mendukung orang tua untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan orang tua agar dapat mendampingi anak belajar tanpa kekerasan. Upaya ini dapat dilakukan antara lain melalui peningkatan peran guru Bimbingan Konseling (BK) di sekolah, agar dapat berfungsi sebagai layanan konsultasi bagi kendala psikologis guru, siswa, dan orang tua, dan membangun *crisis center* yang terpadu dengan melibatkan para profesional tenaga kesehatan. Pada jenjang pendidikan tinggi, revitalisasi terhadap Unit Kesehatan Mahasiswa (UKM) juga dapat dilakukan dengan melengkapi layanan konsultasi psikologis bagi para mahasiswa dalam menghadapi proses perkuliahan daring. Dalam prosesnya, diperlukan juga upaya membangun jejaring yang lebih luas untuk penanganan krisis yang serius, antara lain mengembangkan jejaring dan sistem rujukan ke fasilitas kesehatan.

### Internalisasi promotif-preventif dalam ekosistem pendidikan

#### Tantangan 1. Penguatan Upaya Promotif Preventif dalam Ekosistem Pendidikan

Dalam hal penanganan, pencegahan, dan pengendalian pandemi COVID-19, **institusi satuan pendidikan merupakan salah satu lembaga yang memiliki posisi strategis untuk penguatan upaya promotif preventif**. Literasi dan edukasi yang berkenaan dengan pentingnya kesehatan, mengenal pandemi COVID-19, nilai gizi asupan, aktivitas olah raga, dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam mencegah penularan dan penyebaran COVID-19 harus pula dikembangkan di lingkungan satuan

**pendidikan. Dengan skala bencana kesehatan yang begitu masif, pemerintah tentu tidak dapat** bekerja sendiri dan membutuhkan peran serta semua komponen masyarakat, salah satunya institusi pendidikan. Walaupun model penyelenggaraan pendidikan saat ini sebagian besar dilakukan secara daring, literasi kesehatan seluruh warga satuan pendidikan harus terus dikembangkan, baik melalui materi pembelajaran maupun kegiatan pendukung edukatif lainnya, baik kokurikuler maupun ekstrakurikuler. Penguatan upaya promotif preventif juga sangat diperlukan sebagai persiapan apabila aktivitas pembelajaran tatap muka kembali diterapkan. Tujuan upaya promotif preventif tentu tidak sekedar membangun kesadaran, tetapi juga kewaspadaan kolektif termasuk antisipasi, penanganan, dan pengendalian masalah.

Di jenjang PAUD, pendidikan dasar dan menengah, **revitalisasi program UKS/M (Upaya Kesehatan Sekolah/Madrasah) bisa menjadi salah satu titik awal untuk penguatan program-program kesehatan melalui jalur pendidikan.** Konsep UKS/M sudah cukup komprehensif yang mencakup pendidikan kesehatan, pembinaan lingkungan sekolah sehat, dan pelayanan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah upaya yang diberikan berupa bimbingan dan atau tuntunan kepada peserta didik tentang kesehatan yang meliputi seluruh aspek kesehatan pribadi (fisik, mental dan sosial) agar kepribadiannya dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Pelayanan kesehatan dilaksanakan bekerjasama dengan fasilitas kesehatan mencakup upaya pemahaman dan pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif serta didukung kegiatan kuratif dan rehabilitatif untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Sedangkan, pembinaan lingkungan sekolah yang sehat adalah pada upaya untuk meningkatkan kemampuan, dan pemahaman serta langkah nyata dalam memastikan lingkungan fisik yang sehat, serta memastikan tidak adanya perilaku yang merugikan kesehatan.

**Pada jenjang pendidikan tinggi, Kemdikbud terus mendorong masing-masing perguruan tinggi untuk menyampaikan Protokol Kewaspadaan Pencegahan COVID-19 bagi dosen, mahasiswa, dan tenaga kependidikan pada Perguruan Tinggi Negeri (PTN) dan Lembaga layanan Pendidikan Tinggi (LLDIKTI).** Hal ini penting sebagai salah satu bentuk antisipasi untuk menjaga kesehatan dan keselamatan seluruh civitas akademik. Selain kebijakan dari Kemdikbud, Kementerian Kesehatan bersama beberapa lembaga perguruan tinggi juga telah mengembangkan Kampus Sehat dan *Health Promoting University* (HPU) mulai tahun 2019 sebagai cikal bakal aktivitas Kampus Siaga COVID-19.<sup>23</sup> Implementasi pengelolaan kampus siaga COVID-19 dilakukan oleh seluruh lembaga atau perguruan tinggi yang memiliki fakultas kesehatan maupun tidak. Dalam program kampus sehat atau kampus berbasis promosi kesehatan, seluruh pimpinan perguruan tinggi, dosen, tenaga kependidikan, pengelola dan karyawan fasilitas kampus, dan mahasiswa bertanggung jawab dan turut serta dalam pengelolaan siaga COVID-19. Salah satunya adalah menyusun dan melakukan sosialisasi protokol kesehatan dan media promosi siaga COVID-19 yang antara lain mencakup peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pembatasan kegiatan penelitian/pengabdian masyarakat/ seminar publik yang melibatkan orang banyak, mematuhi sosial dan *physical distancing*, melakukan disinfeksi area dan peralatan kerja, melakukan pengukuran suhu tubuh jika harus bekerja dari kampus, dan larangan bekerja di kampus jika memiliki gejala COVID-19.

## **Tantangan 2. Respons Pendidikan dalam Penanganan Pandemi COVID-19**

**Kebijakan BDR merupakan langkah cepat yang dilakukan sektor Pendidikan dalam mendukung upaya pencegahan penularan secara luas COVID-19.** Pada masa awal pandemi, banyak daerah yang memutuskan untuk melaksanakan BDR, bukan pembelajaran tatap muka yang memberikan risiko penularan tinggi akibat terbatasnya kapasitas satuan pendidikan untuk menyediakan alat pelindung kesehatan seperti masker, dan sanitizer. Selain itu, penerapan protokol yang jelas, baik terkait *physical*

*distancing*, dan aspek lain, belum cukup dipahami untuk dilaksanakan secara optimal oleh satuan pendidikan. Hal yang tersulit adalah melaksanakan pengawasan ketat kepada semua warga di lingkungan satuan pendidikan untuk mematuhi aturan protokol kesehatan.

**Protokol kesehatan dijalankan untuk pembelajaran yang masih dilakukan secara tatap muka maupun kombinasi (*blended learning*), serta pendidikan yang menuntut tetap dijalkannya praktek seperti pendidikan vokasi, sains dan keteknikan.** Dari diskusi yang dilakukan dalam studi ini, satuan Pendidikan berusaha untuk seoptimal mungkin mencegah penularan COVID-19, antara lain dengan melakukan sistem pembagian rombongan belajar menjadi kelompok lebih kecil untuk memungkinkan *physical distancing* di kelas atau ruang praktik. Penyelenggaraan KBM yang memerlukan kegiatan praktik pada pendidikan berbasis vokasi, baik SMK dan Pendidikan tinggi vokasi, termasuk perguruan tinggi dengan program studi sains dan keteknikan, secara khusus Kemdikbud telah mengatur agar memenuhi protokol kesehatan. Untuk pencegahan penyebaran COVID-19 di perguruan tinggi, Dirjen Pendidikan Tinggi, Kemdikbud telah mengeluarkan SE No.1 Tahun 2020 yang ditujukan bagi seluruh pimpinan PTN dan Kepala LLDIKTI. Untuk penyelenggaraan KBM dalam bentuk praktik, masing-masing perguruan tinggi harus memastikan bahwa tempat-tempat praktik tersebut menerapkan upaya pencegahan penularan infeksi COVID-19. Antara lain dapat dilakukan melalui pengaturan, penjadwalan ulang dan pemindahan yang disesuaikan dengan perkembangan keadaan. Termasuk juga melakukan koordinasi dengan Satuan Tugas (Satgas) Covid di daerah setempat.

**Dalam rangka penanganan pandemi COVID-19, pemerintah melalui Kemdikbud juga mendorong bentuk kegiatan pembelajaran berupa *project-based learning*, melawan kemusiaan, atau penelitian yang relevan dengan upaya menahan laju penyebaran wabah COVID-19.** Hal ini disampaikan melalui Surat Edaran (SE) Dirjen Pendidikan Tinggi No.262/E.E2/KM/2020 tanggal 23 Maret 2020 perihal pembelajaran selama masa darurat pandemi COVID-19. Untuk bidang Kesehatan, mahasiswa dapat diberi penugasan untuk melakukan KIE, membantu *call center* dan *screening*. Pada bidang keinsinyuran, penugasan mahasiswa bisa terkait pembuatan bahan dan peralatan Kesehatan; bidang ilmu sosial dapat melakukan kajian-kajian sosial, komunikasi masyarakat, dan kebijakan publik; bidang komputer dan teknologi informasi dapat membantu mengembangkan algoritma prediksi dan mitigasi; dan bidang agro dapat membantu pengadaan pangan sehat dan murah bagi tenaga kesehatan dan masyarakat. Hasil-hasil pembelajaran tersebut dapat disetarakan dengan satuan kredit semester (SKS) atau kompetensi yang diperoleh mahasiswa. Melalui upaya tersebut, secara akumulatif diharapkan dapat menjadi gerakan masal untuk mengatasi pandemi.

**Diperlukan penguatan tata cara pembelajaran yang aman, termasuk pelaksanaan protokol kesehatan apabila akan dilakukan pembukaan kembali sekolah.** Berapa lama pelaksanaan BDR dilakukan, serta apa yang perlu dilakukan pada saat pandemi berakhir, merupakan aspek yang perlu segera menjadi perhatian. Upaya pencegahan penularan akibat aktivitas pendidikan sudah diminimalisasi melalui BDR, namun tidak terelakkan adanya potensi *learning loss*. Kebijakan dan intervensi yang tepat perlu segera direncanakan, termasuk penyiapan kemungkinan pembukaan kembali persekolahan (*school reopening*). Berbagai lembaga internasional seperti WHO, UNICEF, World Bank, World Food Programme, dan UNHCR telah memberikan pedoman serta tata cara pembukaan kembali sekolah yang aman bagi siswa, guru, dan tenaga pendidikan lainnya. Beberapa protokol utama yang dapat diadopsi dan perlu diperhatikan antara lain sebagai berikut:

**a) Pembukaan kembali sekolah harus dilakukan secara bertahap**

Pembukaan kembali secara bertahap penting dilakukan untuk dapat meminimalisasi risiko ketika terjadi dampak negatif dari pembukaan kembali sekolah. Penting bagi pihak sekolah untuk memantau kondisi berjalannya kegiatan belajar tatap muka dan mengevaluasi pelaksanaan kebijakan tersebut. Beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah apakah ada siswa atau keluarga siswa yang terpapar COVID-19 setelah pembukaan kembali sekolah dilakukan, apakah ada siswa, guru, maupun tenaga pendidik yang sakit saat berjalannya proses belajar di sekolah, serta bagaimana penerapan protokol kesehatan di sekolah.

**b) Pemberlakuan *physical distancing* saat membuka kembali sekolah.**

Dapat dilakukan melalui pengurangan jumlah siswa per kelas, pemberlakuan shift bagi kelas-kelas tertentu, serta pembedaan jam istirahat antarkelas agar tidak terjadi penumpukan siswa di jam yang sama.

**c) Pemberlakuan pola hidup bersih dan etika kesehatan di lingkungan sekolah**

Salah satu poin penting dalam pembukaan kembali sekolah adalah memastikan bahwa siswa, guru, dan tenaga pendidik mengetahui secara lengkap pola hidup bersih dan etika kesehatan yang akan diterapkan di sekolah guna mencegah penyebaran COVID-19 di sekolah. Beberapa praktik pola hidup bersih yang perlu diterapkan di sekolah di antaranya penekanan pentingnya mencuci tangan secara berkala, menjaga etika batuk dan bersin, menggunakan masker, serta segera melapor ketika merasa sakit dan demam.

**d) Pembentukan tim pemantau pada tingkat sekolah**

Pemantauan proses penyelenggaraan KBM secara tatap muka di sekolah penting dilakukan agar masalah yang terjadi selama kegiatan berlangsung dapat direspons dengan cepat dan tepat. Tim pemantau diharapkan dapat menangkap informasi ketika terdapat siswa atau keluarga siswa yang mengalami symptoms terkait COVID-19 atau terdapat protokol kesehatan yang tidak dijalankan sehingga berbagai kebijakan di tingkat sekolah dapat segera diambil untuk meminimalisasi risiko penyebaran COVID-19 di sekolah.

**Tantangan 3. Realokasi Penganggaran dan Relaksasi Pemanfaatan Pembiayaan Pendidikan untuk Respons Penanganan COVID-19.**

Dalam menghadapi kondisi pandemi COVID-19, pemerintah telah mengeluarkan Instruksi Presiden No.4 Tahun 2020 pada bulan Maret lalu berkenaan dengan *Refocussing* Kegiatan, Realokasi Anggaran, serta Pengadaan Barang dan Jasa dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19. Sebagai bentuk respons terhadap terbitnya Inpres tersebut, Kemdikbud telah melakukan penyesuaian APBN Tahun Anggaran 2020 sebesar Rp 405,0 Miliar untuk melaksanakan empat kegiatan utama berikut, di bawah pengelolaan Ditjen Pendidikan Tinggi. Sebagian diantaranya merupakan *refocussing* dari alokasi BOPTN untuk mendukung penanganan COVID-19:

- a) Edukasi COVID-19 dialokasikan sebesar Rp 60,0 Miliar.
- b) Peningkatan kapasitas dan kapabilitas Rumah Sakit Pendidikan (RSP) untuk 100-1.000 sampel/hari dengan total alokasi sebesar Rp 250,0 Miliar.
- c) Pelaksanaan 150.000 *rapid test kit*, reagen, *otomatic PCR* di 5 RSP dengan alokasi Rp 90,0 Miliar.
- d) Pengadaan bahan habis pakai untuk Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), *Triage*, *Tracking* dan *Testing* (APD, Reagen, Masker, Kit, dan lainnya) dengan alokasi sebesar Rp 5,0 Miliar.

Berikut adalah daftar RS Pendidikan dan Fakultas Kedokteran yang mendapat penugasan dalam penanganan COVID-19.

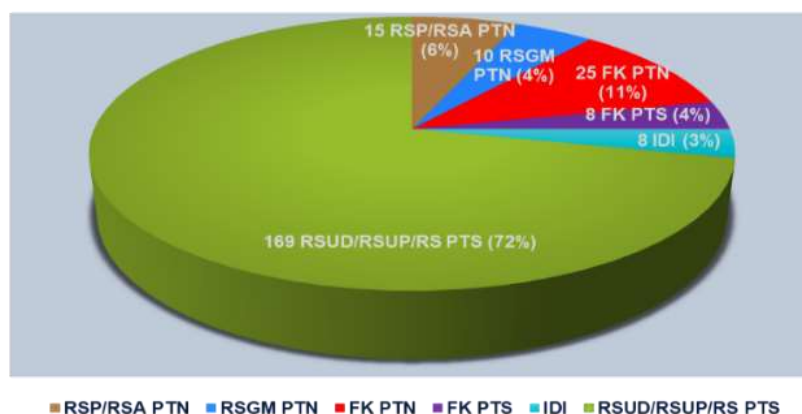
**Tabel 2. Daftar Rumah Sakit Pendidikan**

A. RS Pendidikan PTN Badan Hukum	
1	Universitas Padjajaran
2	Universitas Gadjah Mada
3	Universitas Indonesia
4	Universitas Hassanudin
5	Universitas Airlangga
6	Universitas Sumatera Utara
7	Universitas Diponegoro
B. RS Pendidikan PTN Non Badan Hukum	
8	Universitas Sebelas Maret
9	Universitas Brawijaya
10	Universitas Mataram
11	Universitas Udayana
12	Universitas Andalas
13	Universitas Tanjungpura

**Tabel 3. Daftar Fakultas Kedokteran PTN**

A. PTN Badan Hukum	
1	Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran
2	Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
3	Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
4	Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
5	Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
6	Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
7	Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
B. PTN Non Badan Hukum	
	Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret
	Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
	Fakultas Kedokteran Universitas Mataram
	Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
	Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
	Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura

Berdasarkan proposal tambahan, Kemendikbud mengalokasikan dana sekitar 14 Milyar tambahan bantuan pendidikan bagi 10-15 RS Perguruan Tinggi Swasta (PTS), Fakultas Kedokteran (FK) PTS dan FK PTN dan RSUD kerjasama dengan PTS lainnya. Di tingkat pusat, kegiatan yang dilaksanakan adalah berkenaan dengan paket pengadaan untuk Reagen COVID-19 kit, mesin RT-PCR, APD, Kit, dan insentif bagi relawan penanganan COVID-19. Data Kemdikbud per bulan Juli 2020 memberi gambaran sebaran distribusi bantuan pengadaan APD, reagen, dan RT-PCR yang sebagian besar dimanfaatkan oleh RSUD/RSUP/RS PTS (**Gambar 16**).



**Gambar 16. Distribusi Bantuan Pengadaan APD, Reagen, RT-PCR<sup>3</sup>**

Sebagai bagian dari upaya penanganan COVID-19, pemanfaatan dana Bantuan Operasional Sekolah atau Bantuan Operasional Pendidikan juga dapat digunakan untuk pengadaan barang sesuai kebutuhan sekolah termasuk untuk membiayai keperluan dalam pencegahan pandemi COVID-19 seperti penyediaan alat kebersihan, hand sanitizer, disinfektan, dan masker bagi warga sekolah serta untuk membiayai pembelajaran daring/jarak jauh.

## Kesimpulan Rekomendasi

### Kesimpulan

Pandemi COVID-19 menuntut adaptasi dari semua elemen pendidikan di Indonesia, baik pemerintah sebagai pemangku kebijakan, pendidik, tenaga kependidikan, orang tua, hingga peserta didik itu sendiri. Pelaksanaan PJJ selama pandemi merupakan pembelajaran berharga yang selanjutnya dapat terus ditingkatkan kualitasnya, untuk memberikan alternatif dan menawarkan keberagaman serta penguatan dalam layanan pendidikan.

### Rekomendasi

Beberapa hal yang perlu ditindaklanjuti baik untuk penguatan layanan pada saat pandemi, maupun pasca pandemi, antara lain:

1. **Koordinasi dan sinergi lintas sektor untuk memperbaiki cakupan dan kualitas akses TIK dan memperkecil disparitas sarana, prasarana, dan teknologi pendidikan.** Untuk memperbaiki akses TIK, maka diperlukan kerja sama dengan kementerian teknis lain dalam penguatan infrastruktur utama yang memastikan Indonesia memiliki sistem TIK yang handal dan dapat menjangkau secara luas wilayah Indonesia. Selain itu, diperlukan upaya untuk mendorong kualitas layanan oleh penyedia (*provider*), dalam meningkatkan cakupan dan kualitas akses digital dalam rangka memperbaiki layanan pendidikan jarak jauh di masa mendatang.
2. **Peningkatan kemampuan pendidik dan tenaga kependidikan untuk meningkatkan adaptasi terhadap teknologi pembelajaran jarak jauh dan digital.** Komponen PJJ, termasuk kemampuan pemanfaatan TIK perlu menjadi bagian kurikulum pendidikan bagi para calon tenaga pendidik, serta dimasukkan ke dalam aspek penilaian sertifikasi guru. Peningkatan kompetensi dan keterampilan digital melalui pelatihan terhadap guru, dosen, serta tenaga kependidikan sangat diperlukan, terutama dalam hal pencarian sumber belajar, penciptaan konten pembelajaran yang inovatif, serta metode pembelajaran jarak jauh yang efektif dalam meningkatkan pemahaman peserta didik.
3. **Penyusunan standar operasional pelaksanaan PJJ.** Untuk menjaga kualitas layanan pendidikan, diperlukan standar operasional pelaksanaan PJJ di seluruh jenjang pendidikan. Pedoman ini mencakup berbagai informasi pokok terkait konten pembelajaran, metode pembelajaran yang dapat digunakan, pemanfaatan sumber belajar daring, rekompresi materi *skill, knowledge, and attitude* (SKA) untuk PJJ, serta sistem penilaian dan evaluasi selama pelaksanaan PJJ.
4. **Adaptasi dalam penyempurnaan kurikulum, standar ketercapaian kurikulum dan sistem penilaian serta evaluasi peserta didik, serta penyesuaian standar nasional pendidikan (SNP) dengan adanya transformasi pembelajaran saat ini.** Perlu segera dilaksanakan *review* terhadap penerapan kurikulum yang berjalan pada masa pandemi, untuk memberikan gambaran mengenai seberapa besar *gap* terhadap ketercapaian kurikulum dan kompetensi lulusan. Hasil *review* perlu segera ditindaklanjuti untuk proses penyempurnaan kurikulum dan strategi penerapannya, yang dapat memberikan jaminan kualitas pembelajaran pada masa pandemi. Selain itu, diperlukan adaptasi pada sistem dan standar penilaian dan evaluasi terhadap proses dan hasil belajar peserta didik, yang memberikan kejelasan dan kemudahan pelaksanaan oleh pendidik. Transformasi pembelajaran daring juga perlu diadopsi ke dalam penyesuaian SNP.

5. **Peningkatan tata kelola kelembagaan pada tingkat daerah dalam melakukan evaluasi, pengawasan, dan peningkatan efektivitas penyelenggaraan PJJ.** Perbedaan karakteristik wilayah menuntut pemerintah daerah agar aktif dalam mengidentifikasi masalah yang terjadi terkait pelaksanaan PJJ. Pemerintah daerah juga perlu meningkatkan pengawasan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan PJJ di daerah masing-masing. Dengan beragamnya kapasitas pemerintah daerah, perlu dilakukan pembinaan teknis bagi OPD terkait untuk memastikan kapasitas yang memadai dalam menentukan kebijakan, perencanaan dan penganggaran, serta penerapan strategi efektif, intervensi program yang lebih tepat sesuai dengan masalah yang dihadapi, serta penjaminan mutu untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan PJJ di daerah masing-masing.
6. **Penguatan dukungan kebijakan dan mekanisme untuk mengatasi dampak kesehatan mental pada orang tua, pendidik, dan peserta didik.** Perlu dibangun saluran/jalur komunikasi dan konsultasi yang efektif antara satuan pendidikan (pendidik, tenaga kependidikan) dengan peserta didik dan orang tua. Saluran ini diperlukan sebagai media untuk menyampaikan, mendiskusikan, mencari solusi, bimbingan dan konseling bagi semua pihak. Peran penting guru BK, atau pihak yang memiliki kompetensi serupa di satuan pendidikan dapat ditingkatkan sebagai fasilitator utama dalam saluran komunikasi dan konsultasi tersebut. Diperlukan pengembangan jejaring fasilitas konseling dan kesehatan dari satuan pendidikan ke tenaga profesional atau asosiasi terkait, terutama dalam memperkuat kapasitas satuan pendidikan dalam mengatasi dampak PJJ terhadap kesehatan mental. Selain itu, untuk kasus serius yang perlu mendapatkan penanganan medis, diperlukan penguatan jejaring dan sistem rujukan antara satuan pendidikan dengan fasilitas kesehatan yang memiliki kapasitas kesehatan mental. Untuk pendidikan tinggi, pengembangan gerakan/aksi sosial terkait kampanye kesehatan mental dan kegiatan karya-karya inovatif di kampus, serta penguatan kegiatan produktif mahasiswa perlu dilakukan untuk menjaga kesehatan mental mahasiswa. Pelibatan mahasiswa tingkat akhir pada jurusan psikologi atau yang setara, juga dapat dilakukan untuk memberikan peningkatan kesadaran kesehatan mental secara luas, tidak hanya dampak yang terkait PJJ, namun juga dampak dari pandemi secara umum.
7. **Perlunya peningkatan saluran komunikasi yang efektif antara orang tua/wali peserta didik dengan sekolah untuk peningkatan pendampingan pembelajaran peserta didik.** Peningkatan saluran komunikasi yang efektif tidak hanya terkait kesehatan mental, namun juga terkait kegiatan belajar mengajar, yang dapat menghubungkan pendidik, tenaga kependidikan, orang tua, dan peserta didik. Saluran ini diperlukan untuk memastikan adanya pengawasan dan pendampingan terhadap peserta didik, serta menjadi sarana untuk komunikasi dan konsultasi apabila terdapat masalah dalam belajar, penyelesaian tugas, dan pemahaman terhadap substansi. Penguatan peran komite sekolah juga diperlukan untuk meningkatkan kualitas layanan pendidikan selama PJJ.
8. **Penguatan pendidikan dan literasi kesehatan di seluruh jenjang pendidikan.** Penguatan pendidikan kesehatan baik melalui materi pembelajaran maupun kegiatan pendukung edukatif lainnya, baik kokurikuler maupun ekstrakurikuler perlu dikembangkan di seluruh jenjang pendidikan. Pemahaman mengenai PHBS, penyakit, gizi, kesadaran terhadap upaya peningkatan kesehatan perlu secara berkesinambungan terus diberikan sejak dini. Konten dan cara penyampaian dapat disesuaikan sesuai jenjang atau kelompok usia.

## Daftar Pustaka

1. World Bank. (2020). *Estimates of COVID-19 Impacts on Learning and Earning in Indonesia: How to Turn the Tide*. Jakarta: World Bank.
2. UNESCO. (2020). UNESCO COVID-19 Education Response, Education Sector Issues Notes: Quality Assurance and Recognition of Distance Higher Education and TVET. 1-6.
3. Kemendikbud. (2020a). *Survey Belajar Dari Rumah*. Jakarta: Kemendikbud
4. World Bank. 2020. *The COVID-19 Crisis Response: Supporting Tertiary Education for Continuity, Adaptation, and Innovation*, 1 – 9.
5. UNESCO. (2020). COVID-19 Education Response Webinar: Implications for The Global Higher Education Campus. 1-7.
6. UNESCO IESALC. (2020). COVID-19 and Higher Education: Today and Tomorrow. *Impact Analysis, Policy Responses, and Recommendations*, 1-46.
7. World Bank. (2020, June). *Indonesia Economic Quarterly: Pendidikan untuk Pertumbuhan*. Retrieved August 16, 2020, from World Bank: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/379011531893611851/pdf/126891-BAHASA-PUBLIC-IEQ-June-2018-IDN-For-web.pdf>.
8. JDIH Kemendikbud RI. (2020). Retrieved August 16, 2020, from <https://jdih.kemdikbud.go.id/>
9. UNICEF. (2020). *Situasi Anak di Indonesia 2020*. Retrieved August 16, 2020, from UNICEF: <https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org/indonesia/files/2020-07/Situasi-Anak-di-Indonesia-2020.pdf>
10. APJII. (2018). *Survei Penetrasi dan Perilaku Pengguna Internet Indonesia 2018*. Jakarta: APJII.
11. Badan Pusat Statistik. (2019). Retrieved August 16, 2020, from <https://www.bps.go.id>
12. ARNEC. (2020). *Perspectives on the impact of COVID-19 on young children and early childhood development in the Asia-Pacific Region*. Asia-Pacific Regional Network for Early Childhood.
13. Simbulan, NP. (2020). The Philippines - COVID-19 and its impact on Higher Education in the Philippines. *Higher Education in Southeast Asia and Beyond, Special Issue: How is COVID-19 Impacting Higher Education?*, 15-18.
14. INOVASI. (2020). *Dinamika Dinas Pendidikan dalam Merespons Penyelenggaraan PJJ*. Jakarta: INOVASI.
15. SMERU Research Institute. (2009). The contrasting role of ability and poverty on education attainment: Evidence from Indonesia.
16. SMERU Research Institute. (2020). *Belajar dari rumah: Potret ketimpangan pembelajaran pada masa pandemi COVID-19*. Jakarta: SNERY.
17. Jäger-Biela, D., Kaspar, K., & König, J. (2020). Opportunities to Learn Digital Media Competences. *Education, School, Digitalisation*, 66-72.
18. UNESCO. (2016). *Global Education Monitoring Report*. UNESCO.
19. Wimbari, S. (2020). Interaksi dosen dan mahasiswa dalam pembelajaran daring. In N. Belawati T, *Potret Pendidikan Tinggi di Masa COVID-19* (pp. 159-194). DKI Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
20. SMERU Research Institute. (2020, Juni). Analisis awal terhadap faktor pendorong ketimpangan dalam pembelajaran jarak jauh di tingkat sekolah dasar. *Catatan Isu SMERU*, pp. 1-4.



21. Save The Children. (2020). *Dampak Tersembunyi dari COVID-19: Penelitian Global tentang Kesehatan dan Nutrisi, Pendidikan, Perlindungan, dan Hak Anak Selama Pandemi COVID-19*. Jakarta: Save The Children.
22. UNICEF. (2020). *COVID-19 dan Anak-Anak di Indonesia*. Jakarta: UNICEF.
23. Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Buku Panduan Kampus Siaga COVID-19*. DKI Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
24. Hanna, R., & Olken, B. (2020). *Hasil Terkini dari Survei Daring tentang Dampak Ekonomi Akibat COVID-19 di Indonesia*. J-PAL.
25. Kementerian Keuangan. (2020). *Kerangka ekonomi makro dan pokok-pokok kebijakan fiskal tahun 2021*. Jakarta: Kementerian Keuangan.
26. Kharisma, B., Satriawan, E., & Arsyad, L. (2017). The impact of social safety net scholarships program to school dropout rates in Indonesia: The intention to treat analysis. *The Journal of Developing Areas* 51.
27. Koalisi PAUDHI Nasional. (2020). *Dukungan dan perlindungan kepada pendidik PAUD terdampak pandemi COVID-19*.
28. König, J., Bremerich-Vos, A., Buchholtz, C., Fladung, I., & Glutsch, N. (2020). Pre-Service Teachers. Generic and Subject-Specific Lesson-Planning Skills: On Learning Adaptive Teaching during Initial Teacher Education. *European Journal of Teacher Education* 43, 131-150.
29. OECD. (2019). *Indonesia - Country Note - PISA 2018 Results*. Retrieved August 16, 2020, from [https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018\\_CN\\_IDN.pdf](https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_IDN.pdf)
30. Rumberger, R., & Thomas, S. (2000). The distribution of dropout and turnover rates among urban and suburban high schools. *Sociology of Education* 73 (1), 39-67.
31. Setkab RI. (2020). *RAPBN 2021: Anggaran Pemulihan Ekonomi Rp356 Triliun, Ada 6 Fokus Alokasi*. Retrieved from Setkab RI: <https://setkab.go.id/rapbn-2021-anggaran-pemulihan-ekonomi-rp356-triliun-ada-6-fokus-alokasi/>
32. SMERU Research Institute. (2020). *Recovering Learning Losses as Schools Reopen in Indonesia*. Jakarta: SMERU.
33. SMERU Research Institute. (2020, Juni). Situasi ketenagakerjaan di lapangan usaha yang terdampak pandemi COVID-19. *Catatan Isu SMERU*, pp. 1-4.
34. SMERU Research Institute. (2020, April). The impact of COVID-19 Outbreak on Poverty. *SMERU Working Paper*, pp. 1-12.
35. Traag, T., & van der Velden, R. (2011). Early school-leaving in the Netherlands: The role of family resources, school composition and background characteristics in early school-leaving in lower secondary education. *Irish Educational Studies* 30 (1), 45-62.
36. UNICEF. (2020). *Anak dengan Disabilitas Belajar dari Rumah*. Jakarta: UNICEF.
37. UNICEF. (2020). *Framework for Reopening Schools*. UNICEF, UNESCO, World Bank, WFP, UNHCR.
38. UNICEF. (2020). *Perlindungan Anak Saat Pandemi COVID-19*. Jakarta: UNICEF.
39. UNICEF. (2020). *Pesan dan kegiatan utama pencegahan dan pengendalian COVID-19 di sekolah*.
40. Wahana Visi Indonesia. (2020). *Suaraku lawan COVID-19: Pendapat dan pengalaman anak-anak selama masa jaga jarak*.
41. World Bank. (2013). *Spending more or spending better: Improving education financing in Indonesia*. Jakarta: World Bank Office Jakarta.

## **BAB 9**

# **Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan**

## BAB 9: Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan

### Kehidupan Beragama di Masa Pandemi: Peran Tokoh dan Organisasi Keagamaan

(Amich Alhumami, Ph.D; Vivi Andriani, M.Sc; Riski Firmansyah, SE.; dan Ubaid Abdullah)

Dalam menghadapi kondisi pandemi yang berkepanjangan saat ini, peran serta semua pihak sangat dibutuhkan, salah satunya adalah tokoh agama dan organisasi keagamaan. Tokoh agama mempunyai tingkat kepercayaan yang cukup tinggi di masyarakat. Peran edukasi dan advokasi yang sudah dilakukan harus terus dikembangkan. Kerjasama dengan pemerintah di berbagai tingkatan dengan tokoh dan organisasi keagamaan, perlu terus diperkuat. Pandemi COVID-19 juga membawa pengaruh besar terhadap perubahan kehidupan beragama, mulai dari tata cara beribadah, kegiatan keagamaan, dan kepedulian sosial.

#### Pesan Utama

- Peningkatan peran bidang agama** dalam pengendalian COVID-19 dengan mengoptimalkan peran tokoh agama dan organisasi keagamaan, penguatan kerjasama dengan pemerintah, dan juga **koordinasi lintas sektor serta kolaborasi antartokoh lintas agama**.
- Pengurangan dampak pandemi COVID-19 terhadap kehidupan beragama dengan **mensinergikan ajaran agama dan aspek kesehatan** dalam kebijakan, serta penerapannya secara konsisten untuk meminimalisasi dampak yang merugikan masyarakat.

**Peningkatan peran, kerjasama, dan koordinasi lintas sektor** – Tokoh agama dan organisasi keagamaan berperan penting dalam edukasi dan advokasi untuk pencegahan dan pengendalian COVID-19. Oleh karena itu, diperlukan optimalisasi kerjasama dengan pemerintah, dan koordinasi lintas-sektor, terutama sektor agama dan kesehatan. Kerjasama dan koordinasi lintas-sektor ini tidak hanya dilakukan secara parsial, tetapi secara menyeluruh dari pusat hingga ke tingkat komunitas dan masyarakat.

**Kolaborasi antartokoh lintas agama** – Pandemi yang berkepanjangan dan masih adanya perbedaan pemahaman antartokoh agama, menjadi tantangan yang dihadapi, diperlukan upaya untuk terus membangun kesepahaman bersama antartokoh baik seagama maupun lintas agama. Langkah ini menjadi penting mengingat masih adanya sebagian masyarakat yang menggunakan afiliasi dan argumentasi keagamaan untuk menolak beberapa kebijakan adaptasi perilaku.

**Kebijakan yang mengakomodir ajaran agama dan aspek kesehatan** – COVID-19 membawa pengaruh dan perubahan dalam kehidupan beragama. Tidak hanya pada tatacara beribadah, tetapi juga dalam kehidupan sosial keagamaan. Oleh karena itu, kebijakan dan peraturan yang dibuat harus mampu mengakomodir dua aspek tersebut, agama dan kesehatan. Hal ini perlu dilakukan supaya tidak menimbulkan kebingungan dan resistensi di masyarakat.

## Pendahuluan

Pandemi COVID-19 menuntut perubahan pola perilaku dan pola pikir masyarakat untuk dapat menyikapi, dan juga melakukan tindakan dalam memastikan dukungan tepat untuk penanganan COVID-19. Aspek non-kesehatan berperan penting untuk memastikan bahwa upaya perbaikan sistem kesehatan juga didukung dengan strategi dan langkah-langkah tepat dari sisi masyarakat, terutama untuk promotif dan preventif. Tidak terelakkan bahwa kegiatan keagamaan dalam konteks pandemi ini seringkali dianggap sebagai faktor pendorong dalam penularan COVID-19. Di Indonesia, berbagai kegiatan keagamaan yang melibatkan kerumunan massa, menjadi media paling cepat dalam penyebaran penyakit. Perbedaan persepsi yang beragam terhadap pandemi, yang terutama disebabkan ketidakpahaman masyarakat, menjadikan kegiatan-kegiatan masyarakat, termasuk kegiatan keagamaan tetap dilangsungkan secara normal, dan bahkan tanpa protokol kesehatan.

Bidang Agama belum dipandang sebagai aspek penting dalam penanganan COVID-19. Padahal, upaya pengendalian COVID-19 di Indonesia juga dipengaruhi oleh kehidupan beragama masyarakat, mulai dari perilaku individu hingga himbauan penyesuaian berskala nasional oleh institusi keagamaan. Selama pandemi, tokoh dan pemuka agama telah menunjukkan perannya dengan penyampaian dakwah positif, imbauan dan anjuran untuk mematuhi kebijakan Pemerintah dalam penanganan COVID-19. Selain itu, lembaga keagamaan telah banyak menunjukkan perannya, baik dalam menerbitkan fatwa dan panduan terkait tata cara ibadah dan kegiatan keagamaan sesuai protokol kesehatan, juga memberikan edukasi kepada masyarakat. Ini adalah bagian dari upaya yang dilakukan oleh komunitas keagamaan di Indonesia dalam merespon pandemi. Berbagai kebijakan ini menunjukkan bahwa agama dan wabah bukan sesuatu yang saling bertolak belakang dan saling menegasikan, namun agama mampu beradaptasi dan berkontribusi dalam mewujudkan kemaslahatan bersama. Aspek kehidupan beragama menjadi hal yang tidak terpisahkan dalam membicarakan sisi kemasyarakatan dari dinamika pandemi COVID-19. Dalam hal ini ada dua sisi yang bisa dilihat secara lebih lanjut karena aspek keagamaan tidak hanya terkait karena pengaruhnya pada peningkatan kasus, tetapi juga terlihat dari pengaruhnya terhadap adaptasi perilaku yang juga bisa menghambat peningkatan kasus.

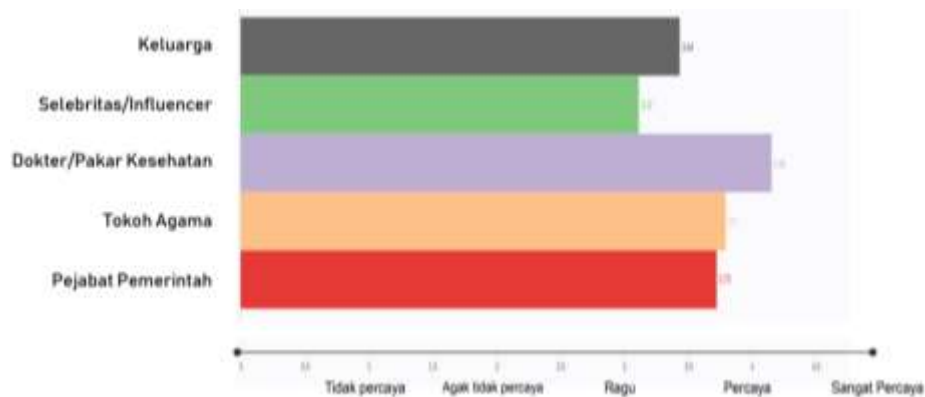
### Peran Bidang Agama dalam Mendorong Pencegahan dan Pengendalian Pandemi COVID-19

Agama merupakan bagian penting dalam kehidupan masyarakat Indonesia. Apalagi di masa pandemi, peran bidang agama juga dipandang strategis dan punya keterkaitan erat dengan pengendalian COVID-19. Dalam meningkatkan peran bidang agama, diperlukan sinergi, kolaborasi dan kerjasama lintas pelaku yang selama ini berperan dalam peningkatan kualitas kehidupan beragama. Kerjasama lintas sektor, termasuk dengan sektor kesehatan juga perlu ditingkatkan, agar K/L terkait, tokoh agama, dan organisasi keagamaan, dapat melaksanakan langkah-langkah positif yang dapat mendukung secara tepat dalam penanganan pandemi COVID-19 ini.

**Kepercayaan masyarakat terhadap tokoh agama dan lembaga keagamaan yang cukup tinggi dapat menjadi landasan kuat untuk optimalisasi pelibatan tokoh agama dan organisasi keagamaan dalam edukasi dan advokasi perubahan perilaku masyarakat.**

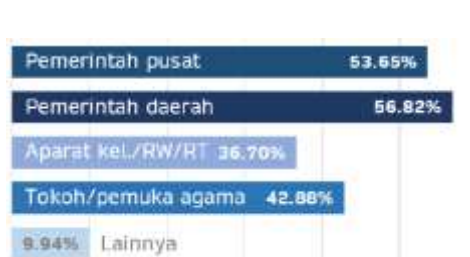
Peningkatan peran bidang agama dalam penanganan COVID-19 dilandasi dari tingkat kepercayaan masyarakat terhadap tokoh agama yang cukup tinggi. Oleh karena itu, kolaborasi dan kerjasama dengan menggandeng tokoh agama perlu dimanfaatkan secara bijak dalam program pengendalian pandemi COVID-19. Pendekatan agama dalam pencegahan COVID-19 ini dipandang sangat strategis, dimana tokoh agama di mata masyarakat Indonesia masih menjadi rujukan yang terpercaya dalam

menyampaikan informasi, termasuk informasi seputar COVID-19. Hal ini tercermin dari hasil survei koalisi warga Lapor COVID-19 dan *Social Resilience Lab Nanyang Technological University, Singapura*. Survei tersebut menunjukkan bahwa dalam menyampaikan informasi terkait COVID-19, tokoh agama menjadi pihak yang dipercaya oleh masyarakat, setelah dokter atau pakar kesehatan.

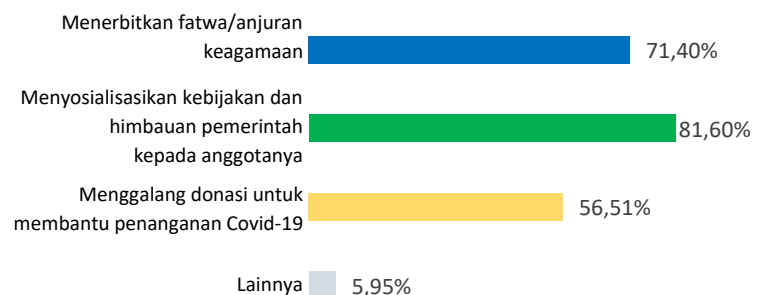


Gambar 1. Tingkat Kepercayaan Sumber Informasi<sup>2</sup>

Dengan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap tokoh agama yang cukup tinggi, merupakan potensi yang sangat baik apabila pelibatan tokoh agama menjadi salah satu upaya prioritas dalam penyampaian pengetahuan, himbauan, dan kebijakan pemerintah dalam penanganan COVID-19. Dengan tokoh agama sebagai panutan masyarakat, maka dapat diperkirakan bahwa pesan yang disampaikan oleh tokoh agama akan berpengaruh terhadap bagaimana perilaku umat dalam merespon pandemi COVID-19. Penyampaian informasi yang salah, disertai penafsiran yang kurang tepat terhadap ajaran agama dalam merespon pandemi dan cara penanganannya, dapat mempengaruhi pada lambatnya upaya penanganan COVID-19. Sebaliknya, tokoh agama yang mampu menyampaikan informasi yang tepat, dapat mendorong perubahan perilaku positif di masyarakat.



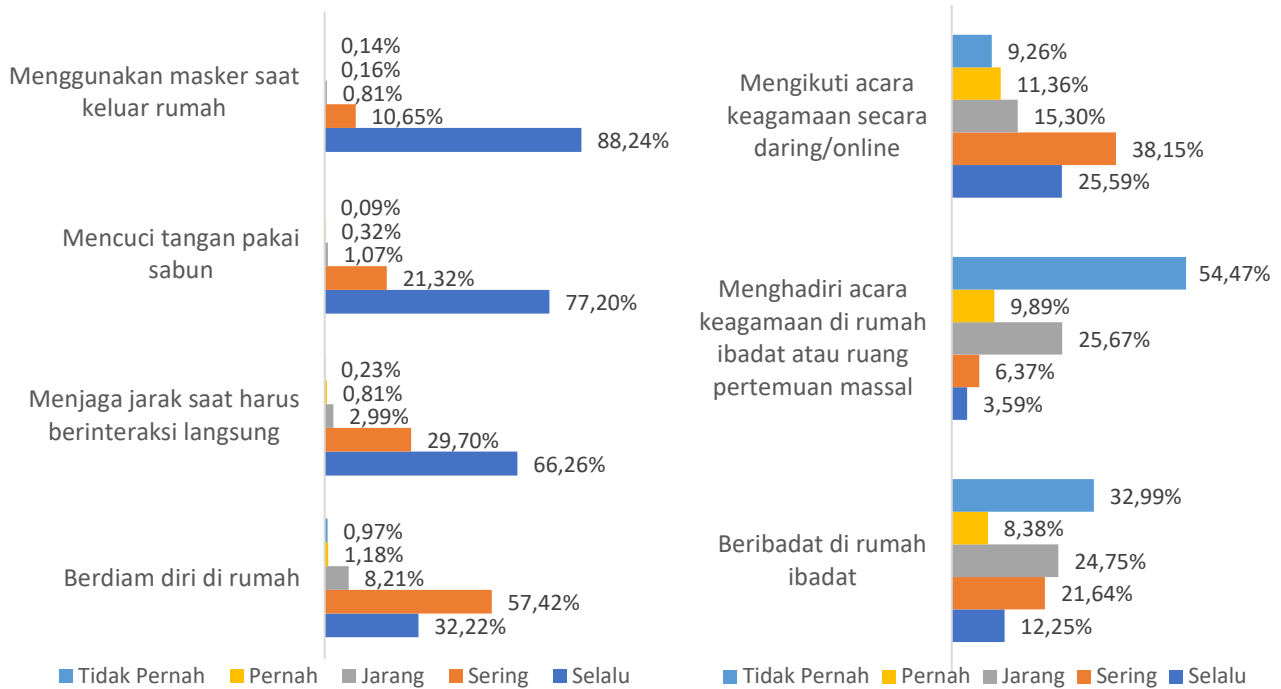
Gambar 2. Pihak paling aktif melakukan edukasi masyarakat<sup>1</sup>



Gambar 3. Peran Ormas di Masa Pandemi<sup>1</sup>

Selain Pemerintah Pusat dan daerah, pihak yang dipandang aktif melakukan edukasi adaptasi kebiasaan baru di fase *new normal* adalah tokoh/pemuka agama. Dalam survei Balitbangdiklat Kemenag, 42,88 persen responden menyatakan bahwa tokoh/pemuka agama merupakan pihak yang juga aktif menyampaikan edukasi kepada masyarakat. Tokoh agama, selain melakukan sosialisasi kebijakan dan imbauan, juga berperan dalam menerbitkan fatwa dan anjuran keagamaan, serta menggalang donasi untuk membantu penanganan COVID-19. Berdasarkan survei tersebut, masyarakat memandang peran edukasi lebih diharapkan dilakukan oleh tokoh agama, dibandingkan peran. Edukasi yang dilakukan oleh tokoh agama diharapkan dapat mengubah perilaku masyarakat dalam menjalani kehidupan sehari-hari di masa pandemi ini. Hal ini tidak hanya terjadi pada

pembiasaan protokol kesehatan, seperti 3M (memakai masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak), tapi juga perubahan dalam pelaksanaan ibadah dan kegiatan keagamaan.



**Gambar 4. Perubahan Perilaku Masyarakat<sup>1</sup>**

Survei Balitbang Kemenag pada Gambar 4 menunjukkan perubahan perilaku masyarakat yang terjadi pada masa pandemi seperti berdiam diri di rumah, menjaga jarak, mencuci tangan pakai sabun, dan menggunakan masker saat keluar rumah. Perubahan perilaku ini tidak hanya masyarakat lakukan ketika berada di luar rumah atau bekerja, tetapi juga pada saat masyarakat beribadat dan menjalankan aktivitas keagamaan. Ketika di fase awal pandemi, rumah ibadat ditutup, namun pada kondisi *new normal*, ada kebijakan tentang refungsionalisasi rumah ibadat, sehingga umat sudah mulai kembali beribadat di rumah ibadat meski dengan intensitas variatif. Sementara itu, terdapat kelompok masyarakat, yaitu sebesar 32,99 persen, yang menyatakan tetap tidak menjalankan ibadah di rumah ibadah. Adapun terkait menghadiri acara keagamaan di rumah ibadat, responden cenderung tidak melakukannya, dan cenderung mengikutinya secara daring/online.<sup>1</sup> Terkait pelaksanaan ibadah-bersama di rumah ibadat (seperti Shalat Jumat, kebaktian, atau sembahyang), responden cenderung menganggap telah mematuhi protokol kesehatan, seperti menggunakan masker dan adanya jarak antarjemaah (71,95 persen responden), serta aktivitas dilakukan seefektif mungkin (76,95 persen responden). Perubahan perilaku ini tentu saja tidak bisa dilepaskan dari peran tokoh agama dalam mengedukasi umatnya di masa pandemi COVID-19.

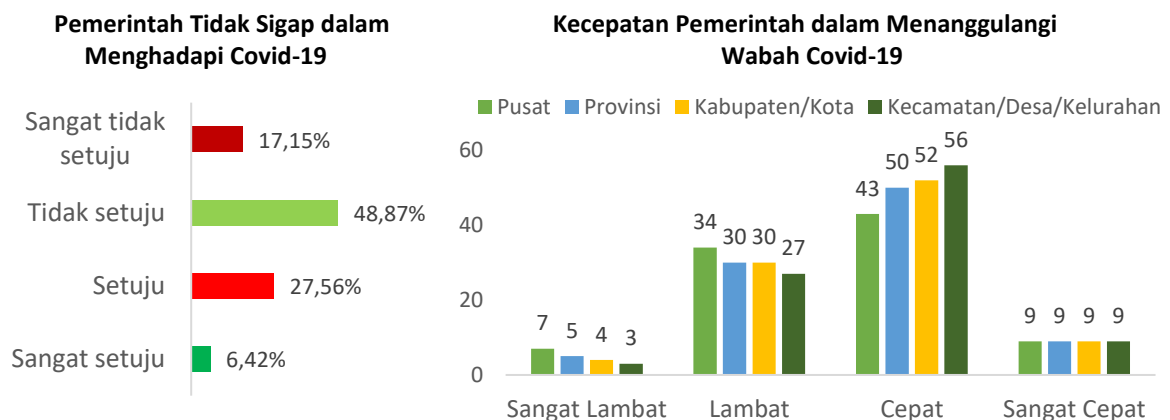
**Respon cepat Pemerintah pada tataran kebijakan bidang keagamaan perlu disinergikan dengan langkah komunikasi dan kerja sama dengan organisasi keagamaan dan tokoh agama untuk efektivitas pada tataran pelaksanaan.**

Salah satu pembelajaran baik pada masa pandemi adalah respon cepat pada tataran kebijakan dan pengaturan oleh Pemerintah. Sejak kasus pertama COVID-19 diumumkan secara resmi oleh Bapak Presiden Joko Widodo pada tanggal 2 Maret 2020, Pemerintah langsung sigap berupaya menyiapkan beragam langkah dan kebijakan untuk menangani dan mencegah meluasnya penyebaran COVID-19.<sup>2</sup>

Di bidang keagamaan, pemerintah melalui Kementerian Agama (Kemenag) telah menerbitkan sejumlah kebijakan, surat edaran dan himbauan, antara lain:

1. Surat Edaran Menteri Agama Nomor SE.6 Tahun 2020 tentang Panduan Ibadah Ramadan dan Idul Fitri 1 Syawal 1441H di Tengah Pandemi Wabah COVID-19;
2. Imbauan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Kristen perihal Layanan Ibadah, Layanan Pemberkatan Nikah, Layanan Penguburan Terkait Darurat Covid;
3. Imbauan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Hindu Perihal Layanan di Lingkungan Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Hindu dan Pedoman Perawatan Jenazah dan Upacara Pitra Yajna bagi Jenazah Pasien COVID-19;
4. Imbauan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Buddha Perihal Pelaksanaan Ibadah, Pencegahan Virus COVID-19 dan Perawatan Jenazah;
5. Surat Edaran Menteri Agama Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Penyelenggaraan Shalat Idul Adha dan Penyembelihan Hewan Kurban;
6. Surat Edaran Menteri Agama No.15/2020 tentang Panduan Penyelenggaraan Kegiatan di Rumah Ibadah dalam Mewujudkan Produktif dan Aman di Masa Pandemi; dan
7. KMA No 719 Tahun 2020 tentang Pedoman Penyelenggaraan Ibadah Umrah pada Masa Pandemi COVID-19.

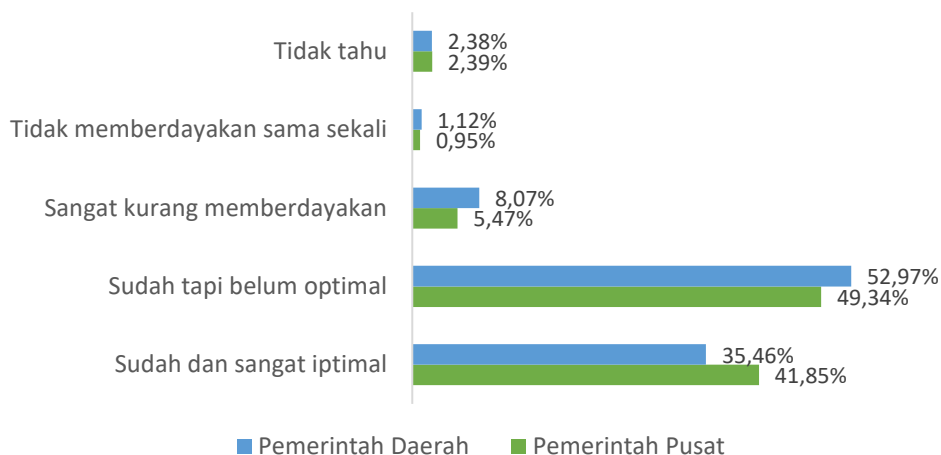
Kebijakan-kebijakan tersebut merupakan bagian dari respon Kemenag dalam membantu pengendalian COVID-19. Kemenag secara reguler terus melakukan *review* dan *updating* terhadap kebijakan keagamaan ini, baik untuk mengadopsi perkembangan informasi COVID-19, juga dalam mengantisipasi berbagai *event* dan hari raya keagamaan yang pengaturannya mungkin belum tercakup dalam kebijakan di atas. Kebijakan Pemerintah memberikan kepastian kepada masyarakat untuk tetap dapat melaksanakan ibadah dan acara keagamaan, dan secara bersamaan membantu mendukung penanganan pandemi.



Gambar 5. Kesigapan Pemerintah dalam Menangani COVID-19<sup>3,4</sup>

Berbagai kebijakan bidang keagamaan telah diupayakan oleh Pemerintah untuk merespon kejadian pandemi COVID-19. Dari sisi perspektif umat, umat beragama pun memandang positif upaya Pemerintah dalam menangani COVID-19. Survei Balitbang Kemenag pada Gambar 5 menyatakan bahwa Pemerintah dianggap relatif sigap dalam penanganan COVID-19. Selain itu, berdasarkan Survei SMRC (Saiful Mujani *Research and Consulting*), dalam kebijakan pengendalian pandemi secara umum, sebagian besar masyarakat berpendapat bahwa Pemerintah Pusat telah melakukan penanganan wabah secara cepat. Namun demikian, Pemerintah perlu lebih sigap dalam mengoptimalkan segala

sumber daya, intervensi dan mekanisme yang dimiliki untuk pengendalian pandemi COVID-19. Kesigapan Pemerintah tersebut termasuk sinergi dan pelibatan tokoh agama dalam implementasi berbagai kebijakan Pemerintah. Survei Balitbang Kemenag juga menunjukkan persepsi publik mengenai belum optimalnya kemitraan pemerintah dan tokoh agama. Sebagian masyarakat, yaitu sebesar 49 persen, berpandangan bahwa Pemerintah Pusat sudah melibatkan tokoh agama, meskipun dianggap belum optimal. Sementara di tingkat daerah, 52 persen masyarakat memandang bahwa kemitraan pemda dengan tokoh agama masih belum optimal. Dari Gambar 4 dapat dilihat bahwa pada tingkatan daerah, kerja sama antara tokoh agama dan pemerintah masih cukup lemah dibandingkan dengan di tingkat pusat. Belum optimalnya kerja sama tersebut antara lain disebabkan oleh karena kolaborasi yang sudah terjalin masih bersifat parsial dan belum dijalankan secara berkelanjutan.



**Gambar 6. Kerjasama Pemerintah dan Tokoh Agama<sup>3</sup>**

Dalam rangka meningkatkan sinergi pemerintah dengan tokoh agama dan ormas keagamaan, Kemenag melaksanakan pembinaan dan peningkatan pemahaman kepada para penyuluh agama dan tokoh agama melalui program penceramah bersertifikat. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi penyuluh dan tokoh agama dalam memahami moderasi beragama, dan pada masa pandemi, juga dikaitkan dengan pemahaman tentang COVID-19 berdasarkan perspektif agama. Kerja sama antara pemerintah dan tokoh agama dalam pengendalian dan penanganan pandemi tentu perlu diperkuat, karena kerja sama tersebut akan mendukung upaya keras Pemerintah dalam memastikan pemahaman dan penerapan respon COVID-19 di tingkatan masyarakat.

#### **Efektifitas fatwa dan imbauan keagamaan dalam mengedukasi penerapan kebiasaan baru pada masa pandemi.**

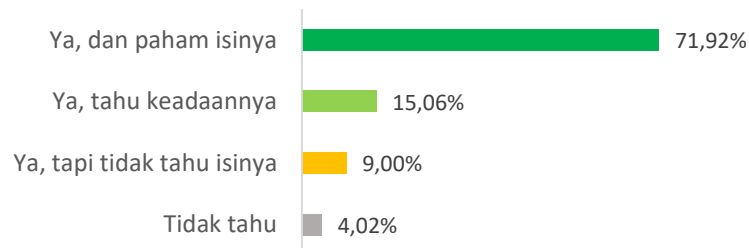
Selain kebijakan keagamaan yang ditetapkan oleh Pemerintah sebagai respon terhadap COVID-19, lembaga keagamaan juga berperan penting dalam mengeluarkan berbagai panduan, imbauan, penjelasan dan ketetapan bagi masyarakat untuk melakukan penyesuaian tata cara ibadah dalam rangka beradaptasi di masa pandemi. Hal tersebut untuk memastikan bahwa ibadah tetap dapat berjalan, namun memberikan tata cara yang aman serta sesuai dengan protokol kesehatan. Penyesuaian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi salah satu cara untuk pencegahan penularan luas dan cepat penyakit ini. Di kalangan umat Islam, Majelis Ulama Indonesia (MUI), Nahdlatul Ulama (NU), dan juga Muhammadiyah, serta ormas-ormas keagamaan telah mengeluarkan berbagai fatwa, panduan, dan imbauan penyesuaian tata cara ibadah dan penyelenggaraan acara keagamaan, antara lain:



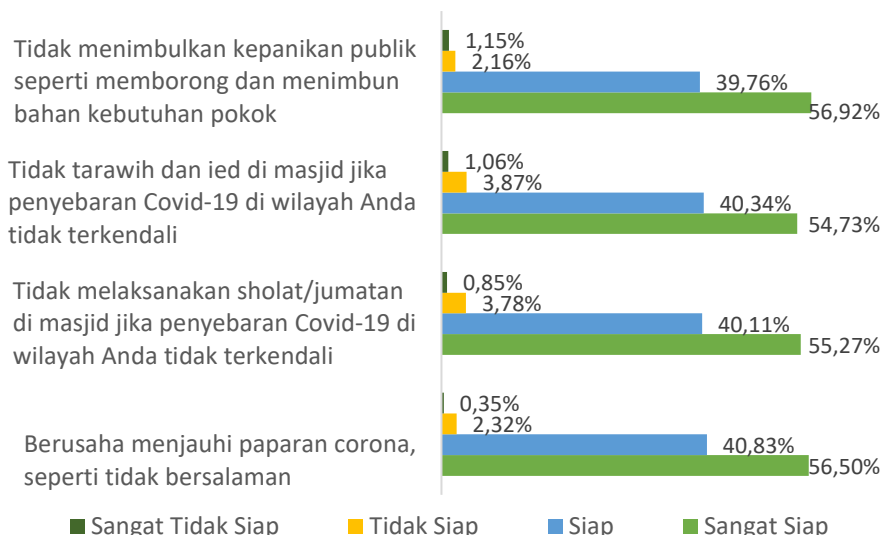
**Tabel 1. Fatwa dan Panduan Keagamaan Umat Islam di Masa Pandemi<sup>5,6</sup>**

MUI	NU	MUHAMMADIYAH
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fatwa No 14 Tahun 2020-Penyelenggaraan Ibadah dalam Situasi Terjadi Wabah COVID-19;</li> <li>▪ Fatwa No 17 Tahun 2020 – Pedoman Kaifiat Shalat Bagi Tenaga Kesehatan yang Memakai Alat Pelindung Diri (APD) Saat Merawat dan Menangani Pasien COVID-19;</li> <li>▪ Fatwa No 18 Tahun 2020 – Pedoman Pengurusan Jenazah (Tajhiz Al-Jana'iz) Muslim yang Terinfeksi COVID-19;</li> <li>▪ Fatwa No 23 Tahun 2020 – Pemanfaatan Harta Zakat, Infak, dan Shadaqah untuk Penanggulangan Wabah COVID-19 dan Dampaknya;</li> <li>▪ Fatwa MUI No 28 Tahun 2020 Tentang Panduan Kaifiat Takbir dan Shalat Idul Fitri Saat COVID-19;</li> <li>▪ Fatwa MUI Nomor 31 Tahun 2020 Tentang Penyelenggaraan Shalat Jumat dan Jamaah untuk Mencegah Penularan COVID-19;</li> <li>▪ Fatwa Mui No 36 Tentang Shalat Idul Adha dan Penyembelihan Hewan Kurban Saat Wabah COVID-19; dan</li> <li>▪ Fatwa MUI No 02 Tahun 2021 tentang Produk Vaksin COVID-19 dari Sinovac Life Sciences, Co. Ltd China dan PT Biofarma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tatacara pulasara jenazah</li> <li>▪ Tatacara shalat Jumat dan Shalat Jamaah</li> <li>▪ Tatacara Shalat Tarawih dan Shalat led</li> <li>▪ Tatacara qurban</li> <li>▪ Tatacara Shalat untuk dokter dan tenaga medis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maklumat tentang wabah COVID-19</li> <li>▪ Penyelenggaraan Sholat Jumat dan Shalat Fardhu</li> <li>▪ Tuntunan ibadah dalam kondisi darurat COVID-19</li> </ul>

Masyarakat menganggap bahwa berbagai Fatwa MUI dapat dipahami. Gambar 7 menunjukkan, mayoritas masyarakat yang beragama Islam, yaitu sebanyak 71,92 persen mengetahui keberadaan dan paham isi fatwa MUI tentang penyelenggaraan ibadah dalam situasi wabah COVID-19 tersebut. Pemahaman masyarakat terhadap fatwa tersebut, diharapkan dapat dipatuhi, dijalankan dan diterapkan secara baik oleh masyarakat.

**Gambar 7. Fatwa MUI Pusat tentang Penyelenggaraan Ibadah dalam Situasi COVID-19<sup>5,6</sup>**

Selain itu, pemahaman masyarakat ini tercermin dari persepsi masyarakat dalam menyikapi perubahan dalam pelaksanaan ibadah.<sup>7</sup> Berdasarkan Gambar 8, sebagian besar umat Islam menyatakan siap untuk berusaha menjauhi paparan COVID-19. Kesiapan yang disampaikan oleh masyarakat mencakup tidak bersalaman dengan orang lain, tidak melaksanakan Shalat/Jumatan, Shalat Tarawih dan led di masjid jika penyebaran COVID-19 di wilayahnya tidak terkendali. Umat Islam pada umumnya juga siap untuk tidak menimbulkan kepanikan publik di masa pandemi COVID-19 ini, seperti tidak memborong bahan kebutuhan pokok dan menimbunnya.<sup>7</sup>



**Gambar 8. Kesiapan Umat Islam Melaksanakan Fatwa MUI<sup>7</sup>**

Semua agama memiliki perhatian yang sama tentang pentingnya pencegahan COVID-19. Imbauan kepada umat beragama ditujukan untuk memastikan bahwa ibadah dan kegiatan keagamaan tetap dapat dilaksanakan, meskipun harus mengakomodir upaya pencegahan COVID-19. Ruang lingkungannya cukup komprehensif, mulai dari ibadah rutin harian, mingguan, hari raya, sampai dengan urusan kematian dan pendidikan, sehingga cukup memberikan kejelasan mengenai adopsi kebiasaan baru pada kehidupan beragama pada masa pandemi ini. Himbauan mengenai perubahan tata cara ibadah dan kegiatan keagamaan dilaksanakan oleh semua agama, contoh dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2. Himbauan/Pedoman Keagamaan Umat Non-Muslim di Masa Pandemi**

AGAMA	HIMBAUAN/PANDUAN KEAGAMAAN
Katolik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Panduan penyelenggaraan misa <i>online</i></li> <li>▪ Panduan pelayanan pastoral digital</li> <li>▪ Imbauan pada penyelenggaraan Paskah dan Natal</li> </ul>
Kristen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Panduan pelaksanaan peribadahan</li> <li>▪ Imbauan rumah ibadah aman COVID-19</li> <li>▪ Imbauan pada penyelenggaraan Natal</li> </ul>
Hindu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imbauan mengikuti protokol kesehatan</li> <li>▪ Pedoman pelaksanaan Hari Suci Nyepi</li> <li>▪ Pedoman pelaksanaan Yadnya</li> </ul>
Budha	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imbauan pencegahan virus COVID-19</li> <li>▪ Panduan penyelenggaraan Hari Raya Tri Suci Waisak</li> </ul>
Konghucu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Panduan doa rutin dan Hari Raya Cengbeng</li> <li>▪ Imbauan pelarangan ziarah untuk merayakan Hari Qingming</li> <li>▪ Panduan duka COVID-19</li> </ul>

Kepatuhan semacam ini, tidak hanya di kalangan umat Islam. Hal senada juga terjadi pada umat beragama lain. Pada saat pandemi, imbauan dan panduan juga diterbitkan agar umat melaksanakan ibadah secara virtual dan penerapan protokol kesehatan di gereja, termasuk pada saat perayaan Paskah dan Natal.<sup>8,9</sup> Terdapat 87,2% warga gereja mengikuti ibadah mingguan di rumah via daring dan juga 98,3% mereka tidak berencana ke luar kota selama liburan Paskah.<sup>10</sup> Dengan begitu, fatwa dan

imbau yang dikeluarkan oleh lembaga keagamaan ini cukup efektif dalam meningkatkan tingkat kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan. Untuk itu, perlu adanya peningkatan peran organisasi keagamaan dan tokoh agama dalam diseminasi fatwa dan imbauan, serta tentu saja harus bersinergi dengan pemerintah dalam melakukan edukasi dan juga advokasi penanganan wabah COVID-19.



Gambar 9. Sikap Masyarakat terhadap Imbauan PGI<sup>10</sup>

**Pentingnya dialog antartokoh agama dan organisasi keagamaan untuk menjalin sinergi, kerjasama, dan juga penguatan pemahaman tentang COVID-19.**

Tokoh agama dan lembaga keagamaan diharapkan dapat berperan penting dalam proses edukasi ke masyarakat. Informasi dan pesan yang tidak tepat dikhawatirkan akan mempengaruhi pemahaman masyarakat yang bersifat kontraproduktif dalam pencapaian agenda pencegahan penyebaran COVID-19. Dialog antar tokoh dan lembaga serta ormas keagamaan diperlukan untuk menyatukan pendapat dan suara terkait pandemi COVID-19, agar tidak terjadi silang pendapat yang berpotensi menimbulkan konflik, seperti perbedaan pemahaman terkait pandemi, perbedaan sikap terhadap tata cara peribadatan, dan perbedaan pemahaman terhadap kebijakan Pemerintah. Dialog keagamaan perlu dilakukan baik intra maupun antaragama. Dialog intra-agama diperlukan untuk dapat melakukan pembahasan positif dalam menafsirkan isu pandemi berdasarkan ajaran dan nilai agama. Hal ini untuk dapat menemukan langkah-langkah yang berpotensi meningkatkan kesepahaman tokoh agama pada lingkungan agama yang sama mengenai penyampaian nilai-nilai dan ajaran agama kepada masyarakat yang dapat mendukung penanganan COVID-19.

Selain itu, penting untuk memperkuat dialog dan kerjasama antartokoh lintas agama. Pada awal Juni 2020, telah terjadi pertemuan antartokoh lintas agama yang diinisiasi oleh Presiden Joko Widodo. Pertemuan tersebut dihadiri oleh tokoh dari PBNU, PP Muhammadiyah, MUI, PGI, KWI, PHDI, Permabudhi dan Matakin.<sup>11</sup> Hal ini menjadi awal yang baik dan juga menginspirasi banyak kalangan agamawan untuk melanjutkan agenda kolaborasi dengan menggandeng tokoh-tokoh lintas agama. Aksi kolaborasi semacam ini penting sebagai bagian dari kebersamaan tokoh lintas agama dalam merespon pandemi dan bermanfaat dalam menjaga kerukunan dan juga menepis isu-isu miring yang mencoba membenturkan antara kepentingan kesehatan dengan nilai-nilai agama di masa pandemi. Langkah ini perlu terus dikembangkan untuk membangun kesepahaman dan aksi bersama, sebab salah satu tantangan yang tengah dihadapi di masa pandemi ini adalah adanya beberapa pandangan tokoh agama yang fatalis dan anti-sains, mengutip yang diungkapkan oleh juru bicara Satgas COVID-19 Majelis Ulama Indonesia (MUI) HM. Cholil Nafis saat berbicara pada FGD di Bappenas, 30 Juli 2020.<sup>12</sup>

Pemahaman tokoh agama kurang tepat tentu akan berpotensi memberikan dampak negatif dalam pencapaian agenda pencegahan penyebaran COVID-19. Pemahaman yang salah dan juga perspektif yang kurang tepat dapat menyebabkan timbulnya kesalahpahaman diantara umat dalam menghadapi wabah ini. Penyampaian pesan yang kurang tepat, contohnya himbuan tokoh agama agar umat beraktivitas seperti biasa, cukup berlandung kepada Tuhan YME.<sup>13</sup> Contoh lain adalah penyampaian mengenai asal-muasal COVID-19 yang tidak berbasis kepada epidemiologi yang tepat, seperti pernyataan bahwa penyakit ini dikarenakan karena kesombongan manusia sehingga mendapatkan teguran dari Allah, juga disebabkan karena mengkonsumsi makanan yang diharamkan.<sup>14</sup>

Kolaborasi antarlintas agama, juga ditunjukkan dengan aksi bersama atas inisiatif tokoh lintas agama untuk pencegahan penyebaran COVID-19, salah satunya adalah Jaringan Lintas Iman Tanggap COVID-19 (JIC). JIC menyalurkan bantuan senilai lebih dari Rp 1,5 miliar kepada 5.587 warga yang membutuhkan.<sup>15</sup> Merangkul berbagai kelompok agama, JIC ingin suarakan persatuan di tengah wabah. Jaringan ini terdiri atas 20 organisasi Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Buddha, Konghucu, Baha'i, dan sejumlah komunitas pemuda, yang telah lama bekerja dalam isu toleransi dan perdamaian. JIC menyalurkan bantuan di 53 titik di 14 kabupaten/kota di DKI Jakarta, Banten, dan Jawa Barat sepanjang April-Mei. Bantuan senilai lebih dari Rp1,5 miliar digalang dari berbagai sumber.

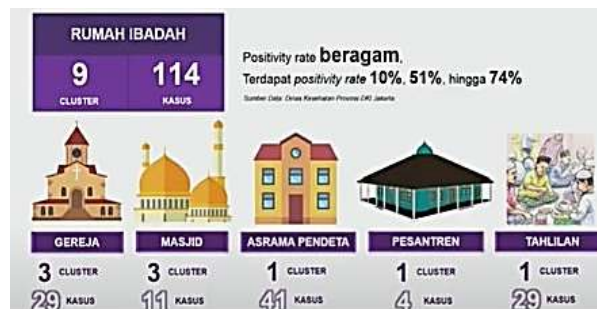
**Komunikasi dan kerjasama antara sektor kesehatan dengan keagamaan perlu ditingkatkan terutama dalam memastikan pengawasan penerapan protokol kesehatan.**

Kasus pelanggaran penerapan protokol kesehatan pada kegiatan keagamaan menunjukkan bahwa komunikasi sektor kesehatan dan keagamaan masih perlu dievaluasi. Penerapan protokol kesehatan mendapat penolakan dari sebagian masyarakat dan juga agamawan. Terdapat banyak sekali peristiwa di berbagai wilayah yang menunjukkan kasus masyarakat abai terhadap imbauan penutupan tempat ibadah, tidak menerapkan protokol kesehatan di rumah ibadah, atau tetap melaksanakan kegiatan keagamaan yang menyebabkan kerumunan.<sup>16,17,18,19,20</sup>

Dalam memastikan penerapan kebijakan dan aturan penanganan COVID-19 pada kegiatan keagamaan di masyarakat, kerja sama dan komunikasi antara pihak-pihak yang terlibat pada bidang kesehatan-keagamaan perlu terus dilakukan dan diperkuat. Gambar 10 menunjukkan bahwa kondisi yang dipersyaratkan dalam pelaksanaan ibadah bersama di tempat ibadah belum seutuhnya terpenuhi. Hal ini ditunjukkan dengan masih adanya tempat ibadah yang tanpa petugas pemeriksa suhu tubuh, tidak melakukan pembatasan akses keluar masuk untuk menghindari kerumunan, dan tidak memberikan tanda khusus pembatasan jarak. Akibat pemahaman yang kurang tepat dan juga lemahnya penerapan protokol kesehatan, kluster rumah ibadah dan kegiatan keagamaan juga mengalami kenaikan.

Syarat pelaksanaan new normal ibadah bersama di rumah ibadah	Ada	Tidak ada	Tidak Tahu
a. Ada petugas yang mengecek suhu tubuh jemaah	52.01%	36.20%	11.79%
b. Ada pembatasan akses keluar masuk rumah ibadah untuk pemeriksaan dan agar tidak berkerumun	60.13%	28.65%	11.22%
c. Ada fasilitas cuci tangan di pintu masuk/keluar rumah ibadah	87.36%	5.10%	7.54%
d. Ada tanda khusus di lantai/kursi untuk pembatasan jarak	67.39%	21.51%	11.10%
e. Ada upaya mempersingkat durasi waktu beribadah	72.63%	15.04%	12.33%
f. Ada pamflet/imbauan penairapan protokol kesehatan	83.45%	8.57%	7.97%
g. Ada surat pernyataan kesiapan pengurus rumah ibadah menerapkan protokol kesehatan	53.61%	20.17%	26.22%

**Gambar 10. Penerapan New Normal di Rumah Ibadah<sup>3</sup>**

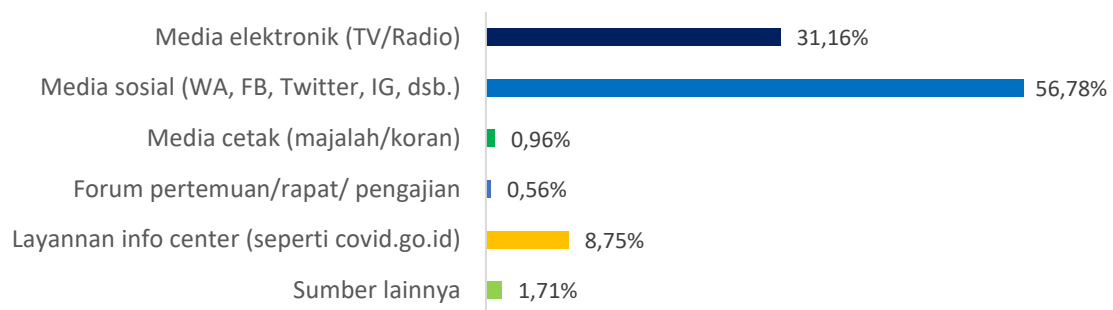


**Gambar 11. Data Kluster Rumah Ibadah di DKI Jakarta<sup>1</sup>**

Langkah dan upaya kesehatan dan keagamaan harus berjalan selaras. Komunikasi harus dilakukan kedua belah pihak. Pelaksana dan penanggung jawab pada sektor kesehatan perlu mulai menjadikan tokoh agama dan ormas keagamaan sebagai salah satu saluran dalam penyampaian imbauan dan kebijakan yang tepat terkait penanganan COVID-19. Para tokoh agama dan ormas keagamaan juga perlu membangun saluran komunikasi yang efektif dengan sektor kesehatan. Terbangunnya komunikasi kedua pihak secara intensif dan reguler, diharapkan akan dapat melancarkan arus informasi tepat dan terkini mengenai pandemi, termasuk cara pencegahan dan penanganannya, yang berujung pada edukasi dan advokasi positif tokoh agama kepada masyarakat.

### **Pemanfaatan media dakwah yang tepat untuk mengedukasi dan mempengaruhi masyarakat secara efektif.**

Terdapat beberapa aspek yang akan mempengaruhi sejauh mana efektivitas penyampaian dakwah dan imbauan dari tokoh agama dan lembaga keagamaan terhadap perubahan pola perilaku masyarakat. Hal tersebut seperti antara lain kualitas konten dakwah, pemberian contoh positif dari tokoh agama, serta saluran atau media komunikasi yang digunakan. Gambar 12 menunjukkan berbagai media yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat untuk mendapatkan informasi seputar COVID-19. Terdapat dua media yang paling banyak diakses yaitu media sosial (56,8 persen) dan media elektronik (31,1 persen). Memperhatikan hal ini, penting bagi tokoh agama dan lembaga agama untuk dapat menggunakan media yang paling sering digunakan oleh masyarakat, sebagai media untuk penyampaian dakwah, imbauan, dan anjuran keagamaan dalam membantu penanganan pandemi. Pemanfaatan media yang tepat memberikan peluang pada penyampaian informasi secara efektif dan berdampak luas.



**Gambar 12. Sumber Informasi COVID-19 yang Diakses oleh Masyarakat<sup>7</sup>**

### **Mengurangi Dampak Pandemi COVID-19 terhadap Kehidupan Beragama**

Pandemi COVID-19 membawa dampak pada semua sektor, salah satunya adalah kehidupan beragama. Ibadah dan kegiatan keagamaan tidak lagi dapat dilakukan sebagaimana biasanya. Kegiatan keagamaan yang biasanya identik dengan berkumpulnya umat beragama di satu lokasi secara massal, kini tidak lagi diperbolehkan di masa pandemi. Kelekatan umat beragama pada pelaksanaan ibadah di rumah ibadah, pada masa pandemi, hal ini tidak dapat dilakukan ataupun berkurang intensitas pelaksanaannya. Perubahan dan penyesuaian kegiatan keagamaan semacam ini di lapangan tidak selalu berjalan lancar. Dalam beberapa kasus, perubahan dan penyesuaian yang mendadak, berpotensi menimbulkan keresahan dan penolakan sebagian umat. Hal ini juga terkait dengan rentang waktu masa pandemi yang belum dapat ditentukan berakhirnya. Di sisi lain, penafsiran ajaran agama secara parsial dan tidak pas, rentan menimbulkan cara pandang dan sikap umat yang keliru terhadap

COVID-19. Bahkan terkadang, prosedur dan protokol pencegahan COVID-19 sering dianggap bertentangan dengan ajaran agama dan keyakinan. Hal ini seakan menambah kecenderungan penolakan dan ketidakpatuhan masyarakat. Oleh karena itu, perlu perhatian khusus dan juga langkah-langkah yang tepat untuk mengurangi dampak negatif akibat pandemi dalam kehidupan beragama.

**Komunikasi dan sinergi bidang kesehatan dan keagamaan perlu ditingkatkan, terutama dalam memastikan dilakukannya upaya pengurangan dampak negatif pada kualitas kehidupan beragama.**

Berbagai kebijakan, anjuran dan imbauan untuk mencegah meluasnya penularan COVID-19 telah secara terus-menerus disampaikan kepada masyarakat. Kehidupan beragama umat pun mengalami penyesuaian baik pada saat pelaksanaan ibadah, berada di rumah ibadah, dan menyelenggarakan atau mengikuti kegiatan keagamaan. Penerimaan, pemahaman, dan pelaksanaan sangat beragam di masyarakat. Kurang optimalnya penerapan protokol kesehatan dalam ibadah dan kegiatan keagamaan, dimungkinkan terjadi, baik karena faktor ketidakpahaman masyarakat, juga dapat disebabkan oleh faktor yang mengakar pada aspek agama. Pada sebagian masyarakat, berbagai penyesuaian pada pelaksanaan ibadah dan kegiatan keagamaan kemungkinan dianggap tidak tepat dan menyalahi ajaran agama. Belum optimalnya dialog dan komunikasi antarpihak dapat menjadi pendorong pada respon yang rendah pada suara ketidakpuasan dan protes di masyarakat terhadap kebijakan yang sudah dijalankan. Penerapan protokol kesehatan pada pelaksanaan ibadah dan kegiatan keagamaan perlu mengakomodir secara optimal perspektif nilai-nilai dan ajaran agama.

Tata cara pemulasaran jenazah, sebagai contohnya menjadi perhatian khusus, karena dianggap berpengaruh terhadap pergeseran nilai-nilai agama masyarakat. Pemulasaran jenazah yang dijalankan pada masa pandemi, semata dianggap hanya menegaskan penerapan protokol COVID-19, tanpa dilengkapi dengan tata cara berdasarkan tuntunan agama yang selama ini dianut oleh masyarakat. Hal ini, menimbulkan pukulan psikologis dan ketidaktenangan bagi keluarga dan masyarakat. Di beberapa tempat, hal ini berkembang menjadi kasus yang menimbulkan keresahan dan konflik, seperti kasus pengambilan secara paksa jenazah pasien COVID-19. Selain itu, ketidakpahaman masyarakat mengenai pola penyebaran COVID-19 juga menjadi masalah tersendiri. Di berbagai tempat, ketakutan masyarakat tertular penyakit, menyebabkan banyak penolakan pemakaman oleh warga. Selain pelaksanaan edukasi dan sosialisasi yang tidak efektif, kasus-kasus di atas diperkirakan dapat disebabkan karena belum adanya standar/prosedur pemulasaraan jenazah berbasis protokol kesehatan yang mengakomodir nilai-nilai agama yang dianut masyarakat.

Selain pemulasaran jenazah, pelaksanaan pernikahan dengan berbagai pembatasan serta perubahan tata cara pelaksanaannya pada masa pandemi, berpengaruh pada kehidupan masyarakat. Kementerian Agama telah mengeluarkan kebijakan yang tertuang pada Surat Edaran Menteri No. 06 Tahun 2020 tentang Pelayanan Nikah dan Terkait Syarat Nikah di Tengah Pandemi. Kebijakan ini dikeluarkan agar pernikahan tetap bisa dilakukan dengan menyesuaikan kondisi saat ini. Kebijakan mencakup prosedur layanan pencatatan nikah di Kantor Urusan Agama (KUA), dan pendaftaran yang dapat dilakukan secara online. Pelaksanaan akad nikah harus dilakukan dengan protokol kesehatan, serta pelaksanaan di masjid atau gedung pertemuan hanya dapat diikuti sebanyak-sebanyaknya 20% peserta dari kapasitas ruangan dan tidak boleh lebih dari 30 orang.

Haji dan Umrah merupakan ibadah yang paling terdampak pelaksanaannya. Indonesia sebagai negara dengan umat Islam yang sangat besar, sementara kuota Indonesia tidak memadai, menjadikan pelaksanaan Ibadah Haji memerlukan waktu tunggu yang relatif lama bagi masyarakat yang berniat menunaikan ibadah tersebut. Dengan adanya pandemi, penundaan, pembatasan, dan pembatalan,

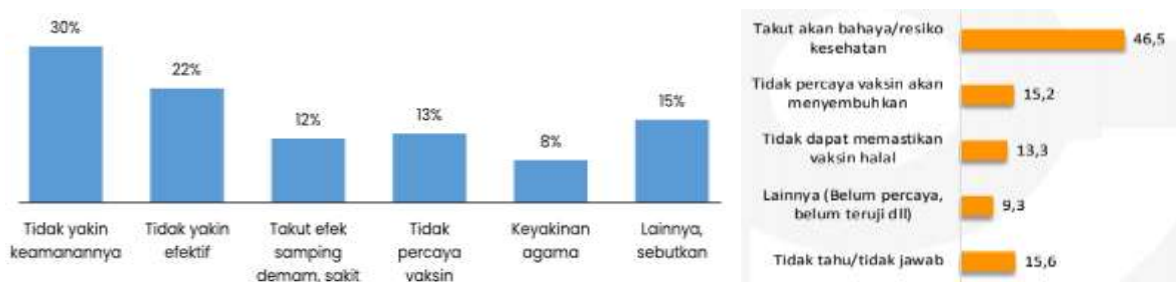
semakin memperpanjang daftar waktu tunggu ibadah Haji. Kementerian Agama telah menerbitkan Keputusan Menteri Agama (KMA) Nomor 719 Tahun 2020 tentang Pedoman Penyelenggaraan Perjalanan Ibadah Umrah pada Masa Pandemi COVID-19. Dalam regulasi tersebut, tidak hanya mencakup pengaturan penanganan terhadap jemaah yang tertunda keberangkatannya sejak Februari 2020 karena pandemi, namun juga mengatur masyarakat yang akan mendaftar dan sejumlah ketentuan yang harus dipatuhi bagi mereka yang ingin beribadah Umrah di masa pandemi. Namun demikian, pada tataran pelaksanaan, peraturan ini tidak dijalankan secara benar. Untuk itu, kebijakan dan peraturan yang ada perlu diikuti dengan langkah pemantauan dan pengendalian pada tataran pelaksanaan, serta penegakan aturan, dan pemberian sanksi bagi siapapun yang terlibat dalam pelanggaran peraturan.

Sinergi dan komunikasi perlu ditingkatkan antara bidang kesehatan dengan keagamaan, selain untuk penanganan COVID-19, juga untuk dapat menerapkan langkah-langkah yang tepat dalam mengurangi dampak negatif pada kehidupan beragama di masyarakat. Hal ini berawal pada tataran peraturan, prosedur, tata cara, NSPK, khususnya yang mempengaruhi tata cara ibadah, kegiatan keagamaan, dan pemulasaran jenazah. Prosedur yang dirumuskan perlu mempertemukan prinsip-prinsip wajib kesehatan dengan aturan dan tuntunan yang dianut oleh masyarakat sesuai agama dan kepercayaan masing-masing.

Selain itu, penyuluhan tokoh agama kepada tenaga kesehatan, dan petugas yang terlibat dalam penanganan COVID-19 perlu diperkuat. Fatwa dan himbuan perlu disampaikan secara luas kepada masyarakat. Namun secara khusus, perlu dilaksanakan penyuluhan dan bimbingan teknis kepada petugas di lapangan, agar memiliki pemahaman dan kemampuan pelaksanaan yang lebih mengkomodir kebutuhan masyarakat, khususnya terkait pemulasaran jenazah.

### Perlunya argumen teologis dan jaminan kehalalan vaksin COVID-19

Sebelum diujicobakan dan diedarkan ke masyarakat, vaksin COVID-19 sudah menimbulkan pro dan kontra. Ada yang menerima dan tidak sedikit pula yang menolak. Kementerian Kesehatan bersama *Indonesian Technical Advisory Group on Immunization* (ITAGI) dengan dukungan UNICEF dan WHO melakukan survei nasional tentang penerimaan vaksin COVID-19. Dari survei tersebut, sebanyak 64,8 persen responden menyatakan bersedia menggunakan vaksin COVID-19, 27,8 persen responden ragu, dan 7,6 persen menyatakan menolak. Lembaga Populi Center juga melakukan survei mengenai penerimaan masyarakat terhadap rencana penggunaan vaksin COVID-19. Hasilnya, 40 persen masyarakat mengaku enggan menggunakan vaksin dari pemerintah, dan sisanya sebanyak 60 persen mengaku bersedia divaksinasi. Pada survei Populi Center, salah satu alasan yang dikemukakan kelompok yang tidak bersedia menggunakan vaksin adalah karena tidak dapat memastikan kehalalan vaksin. Sedangkan, dalam survei Kemenkes, terdapat 8 persen penolakan yang dilandasi keyakinan agama.



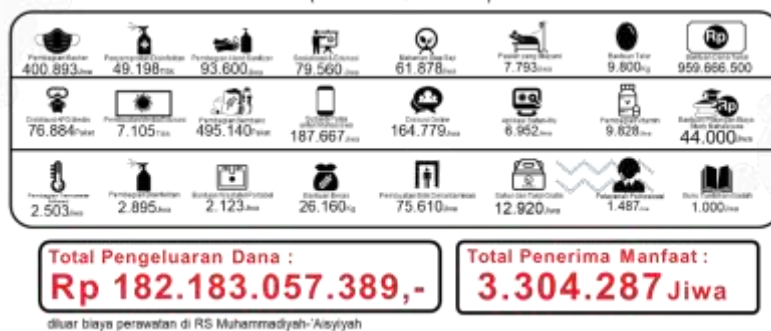
Gambar 13. Alasan penolakan vaksin COVID-19<sup>23</sup>

Jadi, isu vaksin ini bukanlah semata-mata soal kesehatan, tapi juga berkaitan dengan masalah keyakinan agama. Sistem kesehatan bertanggung jawab dalam memastikan keamanan, dan efektivitas vaksin yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat. Kehalalan vaksin selanjutnya menjadi aspek yang perlu ditindaklanjuti secepatnya untuk mendapatkan sertifikat halal, sehingga memberikan kepastian terutama kepada Umat Islam. Selain itu, untuk mendorong program vaksinasi COVID-19 ini berjalan dengan baik, pelibatan tokoh agama perlu dilakukan untuk penguatan sosialisasi dan edukasi.

**Penguatan sikap gotong royong, empati dan toleransi antarumat beragama dalam menghadapi pandemi.**

Dampak pandemi COVID-19 terhadap kehidupan beragama umat, pada sisi lain, memberikan penguatan berupa meningkatnya sikap empati, solidaritas, dan kerukunan antar umat beragama. Berbagai dampak negatif yang dialami masyarakat, baik dampak kesehatan, ekonomi, maupun sosial masyarakat, telah memunculkan rasa kesetiakawanan, yang juga didorong oleh organisasi keagamaan dan tokoh agama, untuk selalu bahu-membahu melakukan aksi solidaritas dan juga menunjukkan sikap empati terhadap sesama umat beragama.

Organisasi keagamaan, misalnya NU dan Muhammadiyah, dengan sumberdaya yang dimilikinya melakukan aksi respon dan tanggap darurat pandemi COVID-19, dengan penghimpunan donasi, penyaluran bantuan, pendampingan ODP dan PDP, dan penyediaan rumah sakit dan tenaga medis. Selain untuk penanganan COVID-19, respon yang diberikan juga mencakup berbagai kegiatan yang dapat membantu masyarakat yang terdampak perekonomiannya. Berbagai kegiatan dan penjangkauan ke masyarakat dilakukan melalui pendirian posko-posko peduli COVID-19 yang didirikan ormas-ormas keagamaan ini.



Gambar 14. Penerima Manfaat Respon Muhammadiyah - 'Aisyiyah (JULI 2020)<sup>24</sup>



Gambar 15 Respon Satgas NU Peduli COVID-19 (JULI 2020)<sup>25</sup>



Sikap empati dan aksi gotong royong ini juga dilakukan warga masyarakat di akar rumput. Aksi saling membantu untuk tetangga dan warga masyarakat lain yang kesulitan tidak hanya untuk yang beragama sama, namun juga dilakukan untuk umat beragama lain. Aksi menggantung makanan di pagar, pembagian masker gratis, distribusi sembako, dapur bergerak, warung gratis dan seterusnya, adalah bagian dari ekspresi solidaritas dan empati masyarakat terhadap orang lain yang terdampak pandemi. Potret solidaritas dan kerukunan ini juga terjadi saat Ponpes Darussalam Blokagung, Desa Karangdoro, Kecamatan Tegalsari, Banyuwangi menjadi kluster penyebaran COVID-19. Ratusan santri dinyatakan positif dan melakukan karantina massal. Bantuan berdatangan dari berbagai pihak silih berganti, bahkan dari kalangan yang berbeda agama. Salah satunya bantuan datang dari umat Katolik dari salah satu gereja di Banyuwangi. Bantuan diberikan oleh umat Katolik Santo Paulus, Desa Jajag, Kecamatan Gambiran, Banyuwangi. Pandemi ini bukan hanya isu kesehatan, tetapi juga sebagai momentum sosial keagamaan dalam memepererat kerukunan dan juga memperkuat modal sosial yang berkembang di masyarakat. Hal ini harus terus diperkuat dan dikembangkan untuk keberlangsungan dan keharmonisan kehidupan umat beragama, baik di masa pandemi maupun setelah pandemi berakhir.

### **Pengembangan dan pemberdayaan ekonomi umat yang produktif untuk meningkatkan ketahanan ekonomi masyarakat**

Dampak COVID-19 juga berpengaruh pada perekonomian. Tidak hanya pelaku usaha berskala besar, pelaku usaha kecil dan mikro banyak yang tidak mampu bertahan. Lembaga sosial keagamaan menjadi pihak yang turut mendukung berbagai upaya pemberdayaan ekonomi, termasuk pada masa pandemi. Pemberdayaan ekonomi yang dilakukan beragam, dari mulai program ketahanan pangan dan gizi melalui pemberdayaan masyarakat, pemberian program bantuan kepada masyarakat dengan menggerakkan pelaku seperti para ojek *online* untuk tetap produktif dan mendapatkan penghasilan, sampai pada bantuan-bantuan yang menysasar pelaku usaha kecil dan mikro.

Program pemberdayaan ekonomi yang menysasar UMKM misalnya dilakukan oleh Lembaga Zakat Infak dan Sedekah Nahdlatul Ulama (LAZISNU). Pemberdayaan ekonomi ini menysasar pelaku usaha non formal yang ada di daerah-daerah. Salah satu program yang sudah berjalan adalah bantuan modal, pelatihan manajemen bisnis, dan pendampingan bagi pelaku usaha yang terdampak COVID-19. Selain itu, program pemberdayaan ekonomi produktif dilakukan dengan cara pemberian bantuan berupa gerobak angkeringan kepada para penyandang disabilitas. Hal serupa juga dilakukan Lembaga Zakat Infak dan Sedekah Muhammadiyah (LAZISMU). Untuk memperkuat dan mengembangkan pelaku UMKM yang terdampak COVID-19, lembaga ini menggelar pelatihan UMKM berbasis keluarga. Jenis usaha yang dikembangkan dalam program pemberdayaan ekonomi antara lain perikanan, pertanian, usaha kuliner, usaha sandang, dan lainnya. Berbagai ragam pemberdayaan ekonomi umat yang dilakukan, dapat dilihat pada Tabel di bawah ini.

**Tabel 3. Ragam Program Ketahanan Ekonomi**

NO	LEMBAGA	PROGRAM	PENERIMA MANFAAT
1	Dompot dhuafa	Ketangguhan ekonomi keluarga	Masyarakat miskin
		Distribusi sembako	Anak yatim Masyarakat miskin
		Distribusi makanan siap saji	Pekerja sektor non formal
		Kebun pangan keluarga	Keluarga terdampak COVID-19
		<i>Cash for work</i>	Ojek online
2	Rumah Zakat Indonesia	Bingkisan keluarga pra sejahtera	Keluarga pra sejahtera
		Bingkisan yatim dhuafa	Anak yatim dan dhuafa
		Bebas hutang keluarga pra sejahtera	Keluarga terlilit hutang dan terdampak COVID-19

NO	LEMBAGA	PROGRAM	PENERIMA MANFAAT
		Lambung pangan desa	Lansia Warga desa
3	LAZIS-NU	Distribusi bantuan ekonomi	Guru ngaji masyarakat pra sejahtera Pekerja harian di bawah UMR
		Distribusi sembako	Masyarakat miskin TKI di Malaysia Kelompok <i>difable</i>
		Sejuta paket THR untuk pahlawan COVID-19	Petugas medis Guru ngaji
		Bantuan modal usaha dan pelatihan bisnis	UMKM Pedagang <i>difable</i>
4	LAZIS-MU	Penyaluran bantuan sembako	Masyarakat miskin
		Penyaluran makanan siap saji	Ojek online Pegawai sektor non formal
		Pemberdayaan UMKM	Masyarakat miskin UMKM terdampak COVID-19
5	BUDDHA TZU CHI	Bantuan paket sembako dan peralatan medis	Masyarakat Miskin Petugas Kesehatan

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap tokoh agama dan lembaga keagamaan cukup tinggi. Untuk itu, pelibatan dan perannya perlu ditingkatkan, tidak hanya dalam pencegahan dan penanganan COVID-19, namun dalam memberikan sosialisasi dan edukasi berbagai program pemerintah dan mitra pembangunan dalam upaya penanggulangan sektor yang terdampak pandemi.
2. Ormas dan tokoh agama sudah melakukan banyak peran dalam dakwah dan advokasi untuk penanggulangan COVID-19. Langkah ini memerlukan konsistensi dan penguatan dukungan berbagai pihak, khususnya pemerintah. Kerjasama yang intensif, dan dilakukan secara menerus perlu dibangun antara Pemerintah, ormas keagamaan dan tokoh agama.
3. Sinergi sektor agama dan kesehatan di masa pandemi ini masih perlu ditingkatkan. Di lapangan, banyak ditemukan kasus pertentangan antara penerapan protokol kesehatan dengan praktik ritual ibadah dan tuntunan serta nilai agama yang dianut masyarakat. Ini menunjukkan bahwa sektor kesehatan dan keagamaan dalam situasi pandemi masih kurang bersinergi. Dalam pencegahan COVID-19, tidak bisa mengabaikan faktor agama, begitupula dengan kesehatan. Keduanya harus berjalan selaras. Hal ini sangat mempengaruhi cara pandang dan sikap masyarakat terhadap pandemi COVID-19.
4. Fatwa dan imbauan dari lembaga keagamaan terbukti efektif dalam mengubah perilaku masyarakat dalam penerapan protokol kesehatan untuk menghindari penyebaran COVID-19. Untuk itu, kerjasama lintas agama dan edukasi ke masyarakat dengan menggunakan pendekatan agama, masih dipandang sangat strategis untuk dikembangkan.
5. Pandemi COVID-19 memberikan pengaruh pada perubahan dalam pelaksanaan ibadah, dan kegiatan keagamaan. Dukungan kebijakan Pemerintah, serta himbauan dan dakwah positif dari

tokoh agama, diharapkan dapat memberikan kepastian bagi masyarakat, bahwa penanganan COVID-19 tidak mengurangi kualitas kehidupan beragama.

6. Pandemi COVID-19 ini mampu membangkitkan kesadaran sosial masyarakat dalam mengembangkan dan mempromosikan aksi solidaritas sosial, kerukunan antar umat beragama, serta memperkuat modal sosial untuk memulihkan masyarakat terdampak COVID-19.

### Rekomendasi

1. Pemerintah, organisasi keagamaan, dan tokoh agama harus memperketat penerapan protokol kesehatan di tempat ibadah dan kegiatan keagamaan. Juga, diperlukan sikap keteladanan tokoh agama, pengawasan penerapan di lapangan, dan penegakan hukum oleh pihak yang berwenang.
2. Gugus Tugas COVID-19 harus bekerjasama serta bersinergi dengan organisasi keagamaan dan tokoh agama dalam melakukan kampanye secara intensif dengan memanfaatkan media komunikasi yang efektif untuk memperkuat edukasi dan advokasi pencegahan penyebaran COVID-19.
3. Pemerintah, khususnya Kementerian Agama, dan ormas keagamaan lintas agama harus meningkatkan pemahaman tokoh agama tentang COVID-19 dengan menggunakan pendekatan yang moderat, kontekstual, dan komprehensif. Ini untuk mengikis pemahaman beberapa tokoh agama yang masih bersifat fatalis dan menolak sains.
4. Pemerintah dan ormas keagamaan harus mengembangkan dan mempromosikan aksi-aksi kerukunan antar umat beragama, solidaritas sosial, serta memperkuat modal sosial untuk memulihkan masyarakat terdampak COVID-19, baik secara kesehatan maupun ekonomi dan sosial.
5. Kemenkes, Kemenag, dan lembaga keagamaan harus membahas bersama untuk mensinergikan kepentingan kesehatan dengan memperhatikan tuntunan dan nilai agama. Sinergi ini perlu didorong baik pada tataran perumusan peraturan, prosedur atau NSPK, sampai pada tataran pelaksanaan.
6. Kementerian Agama dan Kementerian Kesehatan harus bersinergi dalam penerapan aturan, serta pengawasan dalam pelaksanaan Ibadah Umrah dan Haji.
7. Ormas keagamaan dan lembaga sosial keagamaan harus mengembangkan program-program yang bersifat pemberdayaan ekonomi, yang tidak hanya berdampak pada ketahanan ekonomi keluarga, tapi juga pada peningkatan pendapatan keluarga. Ini juga harus disinergikan dengan program pemerintah yang menyasar pembiayaan UMKM.

## Daftar Pustaka

1. Social Resilience Lab Nanyang Technological University dan Laporan COVID-19. Survei Persepsi Risiko Covid19 DKI Jakarta. [https://laporcovid19.org/wp-content/uploads/2020/07/Risk-Perception-Survey\\_Jakarta-final.pdf](https://laporcovid19.org/wp-content/uploads/2020/07/Risk-Perception-Survey_Jakarta-final.pdf)
2. Antonius Purwanto, "Merunut Kebijakan Penanganan Wabah COVID-19 di Indonesia." Kompas, diakses pada 9 Agustus 2020. <https://kompaspedia.kompas.id/baca/paparan-topik/merunut-kebijakan-penanganan-wabah-COVID-19-di-indonesia>.
3. Ruhana, Akmal Salim. Haris Burhani. New Normal Kehidupan Beragama di Masa Pandemi COVID-19. Jakarta: Badan Litbang dan Diklat Kementerian Agama RI, 2020.
4. Saiful Mujani *Research and Consulting*. Wabah COVID-19: Sikap Atas Kebijakan dan Kondisi Ekonomi Warga. <https://saifulmujani.com/wp-content/uploads/2020/04/rilis-covid-april-2020-final-rev-1.pdf>
5. MUI, Komisi Fatwa. Panduan Kaifiat Takbir Dan Shalat Idul Fitri Saat Pandemi COVID-19. Jakarta: Majelis Ulama Indonesia (MUI), 2020.
6. Penyelenggaraan Ibadah Dalam Situasi Terjadi Wabah COVID-19. Jakarta: Majelis Ulama Indonesia (MUI), 2020.
7. Ruhana, Akmal Salim. Haris Burhani. Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Umat Beragama Menghadapi COVID-19. Jakarta: Badan Litbang dan Diklat Kementerian Agama RI, 2020.
8. Gereja Protestan di Indonesia Bagian Barat, Menuju Tatanan Baru: Panduan Pelaksanaan Peribadahan. Jakarta: Satgas COVID-19 Sinodal GPIB, 2020.
9. Persekutuan Gereja-gereja di Indonesia (PGI). Imbauan MPH-PGI terkait Persidangan Gerejawi dan Perayaan Natal di Masa Pandemi. <https://pgi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/Imbauan-MPH-PGI-terkait-Persidangan-Gerejawi-Perayaan-Natal-di-Masa-Pandemi.pdf>
10. Huliselan, Beril., dkk., Gereja di Tengah Pandemi COVID-19. Jakarta: Komisi Litbang Persekutuan Gereja-gereja di Indonesia, 2020.
11. Ihsanuddin, "Presiden Jokowi Bertemu Tokoh Lintas Agama Bahas Penanganan COVID-19." Kompas, diakses pada 11 Juli 2020. <https://nasional.kompas.com/read/2020/06/03/08014301/presiden-jokowi-bertemu-tokoh-lintas-agama-bahas-penanganan-COVID-19>.
12. Nafis, Cholil. Peran MUI dalam Pencegahan dan Penanggulangan COVID-19. FGD di Bappenas. Jakarta 30 Juli 2020.
13. Muhammad Ilman Nafi'an, "Ustaz Somad Beri Penjelasan soal Anggapan 'Virus Corona Tentara Allah.'" Detik, diakses pada 11 Juli 2020.
14. Morteza Syariati Albanna, "MUI Sebut Konsumsi Babi Sebab Masuknya Corona di DKI." Tagar.id diakses pada 11 Juli 2020. <https://www.tagar.id/mui-sebut-konsumsi-babi-sebab-masuknya-corona-di-dki>.
15. Rio Tuasikal, Organisasi Lintas Agama Beri Bantuan COVID-19 Rp 1,5 Miliar Lebih. (Voaindonesia, diakses pada 11 Juli 2020). <https://www.voaindonesia.com/a/organisasi-lintas-agama-salurkan-bantuan-Covid-1-5-miliar-lebih/5437459.html>
16. Dian Kurniawan, "Jokowi: 70 Persen Warga Surabaya Raya Tak Gunakan Masker, Itu Angka yang Gede." Liputan6, diakses pada 11 Juli 2020. <https://www.liputan6.com/bola/read/4288529/jokowi-70-persen-warga-surabaya-raya-tak-gunakan-masker-itu-angka-yang-gede>.

17. Hilman Kamaludin, "Peserta Acara Keagamaan di Lembang Capai 2000, Ridwan Kamil Minta Ikut Rapid Test COVID-19." *Tribunjabar*, diakses pada 9 Agustus 2020. <https://jabar.tribunnews.com/2020/03/24/peserta-acara-keagamaan-di-lembang-capai-2000-ridwan-kamil-minta-ikut-rapid-test-COVID-19>.
18. Mappiwali, Hermawan. "Ijtima Dunia Batal, Gubernur Sulsel Akan Kawal Kepulangan Jamaah." Accessed June 16, 2020. <https://news.detik.com/berita/d->
19. Markus Makur, "Ini Penampakan Misa Penahbisan Uskup Ruteng yang Dihadiri 1.500 Umat Katolik." *Kompas*, diakses pada 11 Juli 2020. <https://regional.kompas.com/read/2020/03/19/12050491/ini-penampakan-misa-penahbisan-uskup-ruteng-yang-dihadiri-1500-umat-katolik?page=all>.
20. Zulfi Suhendra, "4 Jemaatnya Positif Corona, Ini Penjelasan GPIB Sinode soal Seminar Bogor." *Detik*, diakses pada 11 Juli 2020. <https://news.detik.com/berita/d-4946908/4-jemaatnya-positif-corona-ini-penjelasan-gpib-sinode-soal-seminar-bogor>.
21. Syamsuddin, Agus. Pengalaman Muhammadiyah Bersama Covid 19. FGD di Bappenas. Jakarta, 30 Juli 2020.
22. Zamzami, Makki. *Laporan Penanganan COVID-19 Satgas NU Peduli*. FGD di Bappenas. Jakarta 30 Juli 2020.
23. Kementerian Kesehatan, World Health Organization, dan Unicef. 2020. Survei Penerimaan Vaksin Covid-19 di Indonesia, diakses pada 11 Juli 2020. <https://covid19.go.id/storage/app/media/Hasil%20Kajian/2020/November/vaccine-acceptance-survey-id-12-11-2020final.pdf>
24. Muhammadiyah COVID-19 Command Center (MCCC), diakses pada 11 Juli 2020. <https://covid19.muhammadiyah.id/>
25. Satgas NU Peduli COVID-19, diakses pada 11 Juli 2020. <https://www.nu.or.id/tags/satgas%20covid-19>

# **BAB 10**

## **Kehidupan Sosial Budaya**

## BAB 10: Kehidupan Sosial-Budaya

### Kehidupan Sosial-Budaya

(Didik Darmanto, MPA; Amich Alhumami, Ph.D; Setyadi Sulaiman, M.Hum; Atisomya Nareswari, SE; dan Widjayanti Isdijoso, M.Ec.St)

Kebudayaan memiliki peran penting dalam pengendalian COVID-19 dan mempercepat pemulihan sosial-ekonomi masyarakat. Pandemi telah membawa dampak sosial budaya akibat adaptasi kebiasaan baru, untuk itu diperlukan upaya untuk memperkuat ketahanan budaya, mengembangkan media baru ekspresi budaya dan jaring pengaman sosial bagi pelaku budaya dan pekerja kreatif, serta meningkatkan literasi kesehatan.

#### Pesan Utama

- **Penguatan ketahanan sosial budaya** menjadi poin yang tidak terpisahkan dalam upaya merespon dampak dari pandemi COVID-19 untuk memperkokoh solidaritas, harmoni sosial, gotong royong, dan kolaborasi antarwarga.
- **Pengembangan media baru sebagai wahana ekspresi budaya** di masa pandemi dan **dukungan jaring pengaman sosial bagi pekerja seni** diperlukan untuk mendukung proses kreatif dan produktivitas karya budaya.
- **Peningkatan literasi kesehatan** sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam beradaptasi untuk pengendalian pandemi dan mempercepat pemulihan ekonomi.

**Penguatan ketahanan sosial budaya** – Modal sosial, nilai budaya, dan kearifan lokal merupakan aspek yang turut dimanfaatkan dalam merespons dampak pandemi COVID-19. Modal sosial, seperti tercermin dalam gerakan gotong royong dan aksi kolektif selama pandemi, berperan penting dalam proses adaptasi perilaku masyarakat dan berkolaborasi dalam menyalurkan bantuan pada orang terdampak. Selain itu nilai budaya, kearifan lokal, dan pengetahuan tradisional menjadi sumber inspirasi yang mendorong kreativitas dan inovasi untuk peningkatan derajat kesehatan dan ketahanan pangan selama pandemi. Pemerintah pusat dan daerah, hingga tingkat desa/kelurahan, berperan penting dalam penguatan ketahanan sosial budaya ini.

**Pengembangan media baru dan dukungan bagi pelaku budaya dan pekerja kreatif** – Pandemi menjadi tantangan bagi pekerja seni dan pelaku budaya untuk melakukan transformasi dalam proses kreatif dengan mengembangkan media baru sebagai wahana ekspresi budaya. Perubahan ini menjadi tantangan bagi produktivitas pekerja seni dan budaya, sehingga diperlukan dukungan penyediaan ruang ekspresi baru dan peningkatan kemampuan dan jaring pengaman sosial bagi seniman dan pelaku budaya.

**Peningkatan literasi kesehatan** – Merespons pandemi COVID-19 tidak terlepas dari sirkulasi informasi di tingkat masyarakat dan cara masyarakat mengolah informasi, untuk itu diperlukan penguatan literasi kesehatan melalui peningkatan akses dan kualitas layanan literasi. Secara jangka panjang, peningkatan literasi masyarakat melalui perluasan layanan literasi juga menjadi penentu resiliensi masyarakat terhadap misinformasi dan kesimpangsiuran.

## Pendahuluan

Saat ini, tantangan nyata dalam melakukan pembangunan adalah menghadapi COVID-19 yang telah membawa dampak terhadap tatanan kehidupan masyarakat. Dampak yang paling utama tentu pada sektor kesehatan, khususnya yang mendapat tekanan berat pada sistem pelayanan kesehatan, berikutnya sektor ekonomi dan ketenagakerjaan akibat pelambatan ekonomi nasional. Selain itu, pandemi juga membawa dampak sosial kemasyarakatan, akibat keharusan mengubah sikap mental, perilaku, dan cara hidup dengan adaptasi kebiasaan baru.

Pandemi dan budaya memiliki hubungan yang saling terkait erat. Pada satu sisi, pandemi telah mengubah sikap dan perilaku masyarakat dengan melakukan adaptasi kebiasaan baru untuk bisa hidup lebih aman, sehat, dan produktif. Dengan adaptasi kebiasaan baru masyarakat dituntut untuk terbiasa menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, rajin cuci tangan, makan makanan bergizi, olahraga, dan pola hidup yang lebih teratur. Pada sisi lain, budaya dan sikap mental masyarakat juga turut menentukan penyebaran COVID-19. Masyarakat yang memiliki budaya hidup bersih dan sehat akan mampu menekan perluasan infeksi virus. Sementara masyarakat yang memiliki sikap mental abai terhadap protokol kesehatan akan membahayakan kesehatan diri sendiri dan orang lain.

Pada aspek sosial budaya, pandemi COVID-19 memberikan banyak pembelajaran yang dapat diambil untuk memperkuat penanganan COVID-19 dan mempercepat pemulihan sosial ekonomi masyarakat pasca pandemi. Secara garis besar, terdapat tiga pembelajaran, yakni: (1) penguatan ketahanan sosial-budaya untuk memperkuat solidaritas, harmoni sosial, gotong royong, dan kolaborasi antarwarga; (2) pengembangan media baru dan dukungan bagi pelaku budaya dan pekerja kreatif; dan (3) pengembangan literasi informasi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

## Penguatan Ketahanan Sosial Budaya

**Gegar budaya di awal pandemi.** Pada awal pandemi COVID-19 masyarakat mengalami suatu fenomena yang disebut dengan gegar budaya (*cultural shock*), yakni suatu kondisi disorientasi yang disebabkan oleh perbedaan nilai budaya, serta hilangnya kebiasaan dan gaya hidup lama dan tergantikan oleh yang baru. Masyarakat mengalami gegar budaya karena pandemi COVID-19 memaksa masyarakat untuk beradaptasi dengan kebiasaan baru yang merombak tatanan nilai, pola perilaku, dan gaya hidup yang selama ini telah dilakukan. Pandemi telah menjadi katalisator perubahan sosial budaya masyarakat. Pandemi COVID-19 memaksa masyarakat untuk melakukan penyesuaian moda budaya yang semula menggunakan moda langsung dengan cara tatap muka, berubah menuju moda tidak langsung melalui dunia maya. Norma dan nilai masyarakat juga turut berubah, dipaksa oleh kondisi pandemi. Dalam upaya menekan penyebaran COVID-19, masyarakat terpaksa melakukan adaptasi kebiasaan baru yang mengakibatkan terjadinya pergeseran nilai budaya yang selama ini telah tumbuh dan berkembang di tengah masyarakat.

Masyarakat yang terbiasa hidup kolektif dan guyub berubah menjadi masyarakat individualis dan tertutup akibat pembatasan interaksi antarindividu untuk menekan penyebaran infeksi virus. Kebersamaan fisik yang sebelumnya menjadi karakteristik masyarakat Indonesia dalam falsafah Jawa dikenal frasa '*mangan ora mangan sing penting kumpul*' (makan tidak makan yang penting kumpul) menjadi hal yang tidak dianjurkan di masa pandemi ini. Untuk menekan penyebaran virus, masyarakat tidak lagi berkumpul atau berkerumun untuk sementara waktu, membatasi interaksi sosial antarwarga, dan menjaga jarak antarsatu dengan lainnya (*social distancing*). Norma sopan santun yang umumnya diekspresikan dengan berpelukan, bersalaman dan mencium tangan, dan tidak lagi

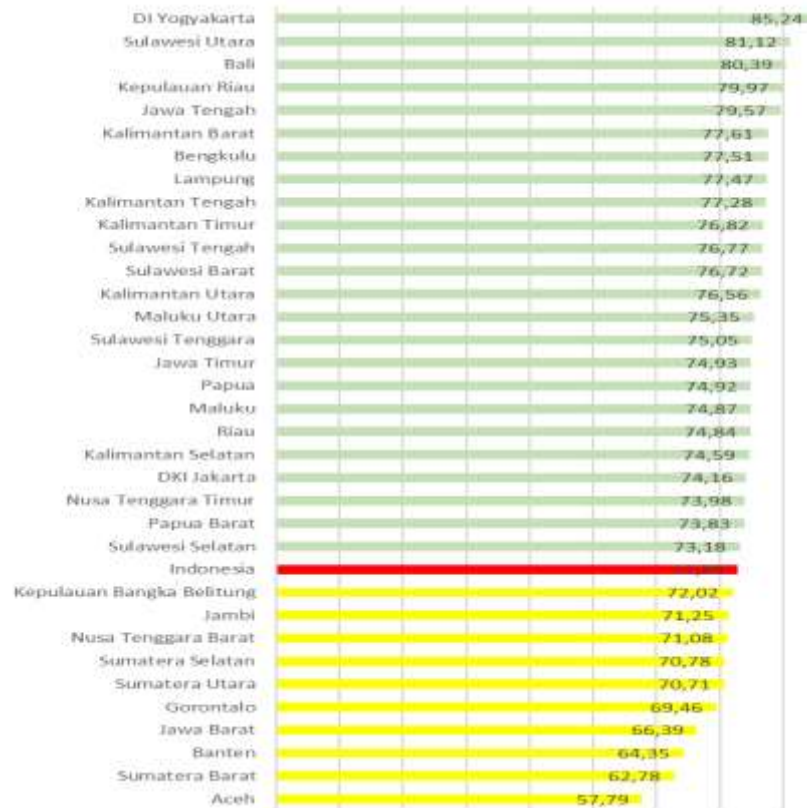


dilakukan karena berpotensi membahayakan keselamatan diri sendiri dan orang lain. Termasuk dalam hal ini budaya mudik sebagai sebuah ekspresi kecintaan terhadap kampung halaman, menghormati orangtua, sekaligus membuat ekonomi di daerah berputar. Selama pandemi, tradisi mudik justru dilarang, bahkan bagi penduduk yang nekat mudik dinilai egois, melawan hukum, dan membahayakan keselamatan warga kampung. Dalam hal nilai disiplin dan rajin, juga telah terjadi perubahan makna. Para siswa yang dulu selalu ditekankan untuk berperilaku disiplin dan rajin dengan tidak bolos sekolah, karena alasan pandemi, para siswa diwajibkan belajar dari rumah tanpa harus ke sekolah. Begitu pula dengan para pekerja yang sebelumnya selalu ditekankan untuk rajin berangkat ke kantor, sekarang justru dianjurkan untuk mengurangi kehadiran secara fisik di kantor.

Gegar budaya ini diperparah dengan situasi pandemi yang serba tidak pasti, serta kesimpangsiuran informasi yang memicu persoalan *xenofobia* (ketakutan terhadap orang asing) dan *moral panic* (ketakutan yang menyebar luas) di tengah masyarakat. Di tengah situasi gegar budaya tersebut, terjadi penguatan sikap-sikap egoisme dan oportunisme yang bertentangan dengan semangat keadaban sosial. Kegoncangan sosial budaya dan kepanikan warga dimanfaatkan oleh sebagian orang yang tidak bertanggung jawab untuk memungut keuntungan dengan menimbun kebutuhan-kebutuhan pokok, bahkan perlengkapan medis, dan kemudian dijual dengan harga yang tidak semestinya. Hal ini semakin menambah berat beban hidup masyarakat di tengah pandemi. Pandemi juga turut memicu kriminalitas di banyak daerah. Gegar budaya juga menyebabkan pudarnya sikap empati, meningkatnya kecurigaan antarwarga, dan stigmatisasi pasien COVID-19. Pada awal pandemi, terjadi beberapa kasus penolakan pemakaman jenazah pasien COVID-19, seperti di Makassar, Banyumas, Semarang, Cianjur, Gowa, dan daerah lain. Warga juga melakukan aksi pelemparan batu, pengusiran dan stigmatisasi negatif kepada warga yang terinfeksi COVID-19. Selain menolak pemakaman jenazah pasien COVID-19, sejumlah kampung/desa juga memberlakukan “kebijakan *lockdown* lokal” dengan melarang selain warga memasuki kampung/desa mereka. Perilaku tidak bijaksana pada beberapa kasus di atas justru memperparah krisis di masa pandemi. Kondisi gegar budaya di awal pandemi ini menjadi ujian bagi ketahanan sosial budaya masyarakat. Masyarakat dengan ketahanan sosial budaya yang tangguh akan segera bangkit dan bersatu mengatasi situasi krisis yang dihadapi.

**Gotong royong, solidaritas sosial, dan kolaborasi antarwarga.** Sebagai bangsa dengan bercorak majemuk, Indonesia memiliki khazanah budaya yang melimpah, seperti kearifan lokal, pengetahuan tradisional, dan nilai budaya adiluhung lainnya yang dapat memperkuat ketahanan sosial budaya bangsa. Ketahanan sosial budaya ini merupakan modal sosial (*social capital*) dan modal budaya (*cultural capital*) yang berguna bagi masyarakat untuk bangkit dari pandemi. Salah satu acuan yang dapat digunakan untuk melihat modal sosial di Indonesia adalah Indeks Pembangunan Kebudayaan (IPK), terutama pada dimensi ketahanan sosial budaya. IPK sendiri merupakan indeks yang diinisiasi oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud), Bappenas, dan BPS, untuk mengukur capaian pembangunan kebudayaan di tingkat nasional dan provinsi. Dalam hal ini, dimensi yang diukur berkenaan dengan indikator modal sosial dan modal budaya, seperti kehidupan bertetangga dan partisipasi sosial.

Berdasarkan IPK, nilai Dimensi Ketahanan Sosial Budaya nasional sebesar 72,84. Provinsi Daerah Istimewa (DI) Yogyakarta memiliki nilai Dimensi Ketahanan Sosial Budaya paling tinggi, yakni sebesar 85,24. Disusul kemudian Provinsi Sulawesi Utara (81,12), Bali (80,39), Kepulauan Riau (79,97), dan Jawa Tengah (79,57). Jika dilihat dari persebaran antardaerah, rata-rata provinsi memiliki nilai Dimensi Ketahanan Sosial Budaya yang cukup baik, meskipun masih ada beberapa daerah yang memiliki nilai di bawah rata-rata nasional. Hal ini menunjukkan bahwa pada dasarnya masyarakat sejak sebelum pandemi telah memiliki modal sosial yang cukup kuat.

Gambar 1. Nilai Dimensi Ketahanan Sosial Budaya<sup>1</sup>

Modal sosial bisa menjadi faktor yang penting, terutama dalam situasi pandemi, karena dua fungsi utamanya, yaitu mengurangi dampak sosial ekonomi dan mempengaruhi adaptasi perilaku. Beberapa praktik atau sub-komponen utama dari modal sosial meliputi partisipasi sosial, keeratan jaringan sosial, adanya aksi kolektif, dan kepercayaan sosial/politik. Dengan demikian, praktik-praktik ini mengindikasikan berjalannya modal sosial yang sudah ada di level masyarakat.

Terkait adaptasi perilaku, modal sosial bisa menjadi modal masyarakat dalam melakukan pengawasan dan pengontrolan bersama ketika terjadi bencana seperti pandemi. Untuk itu, praktik dari modal sosial di tingkat masyarakat dapat berperan untuk mengubah pola perilaku sesama anggota masyarakat.<sup>2,3,4</sup> Relevansi modal sosial juga pada dasarnya sudah ditemukan pada kasus penyebaran penyakit sebelumnya, seperti flu burung.<sup>5</sup> Hal ini terutama menjadi relevan karena beberapa penyesuaian membutuhkan pengorbanan individu untuk kebaikan bersama, seperti jaga jarak dan tidak keluar rumah sekiranya memungkinkan, untuk membantu mencegah penularan lebih lanjut. Praktik di desa adat di Bali merupakan salah satu contoh dari daerah dengan upaya adaptasi perilaku sesama anggota masyarakat melalui pengaruh solidaritas sosial dan nilai budaya. Hal ini dilakukan oleh Pecalang dengan secara aktif melakukan himbuan untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat, sekaligus melakukan pengawasan. Pemerintah Provinsi pun bekerja sama dengan desa adat dalam penyelenggaraan praktik tersebut.<sup>6</sup>

Modal sosial juga menjadi landasan bagi dilakukannya kolaborasi dan pengorganisasian masyarakat untuk mengurangi dampak pada sesama anggota masyarakat, seperti melalui gotong royong, gerakan filantropi, dan *social volunteerism*. Berbagai lapisan kelompok masyarakat bergerak bersama atas dasar rasa kemanusiaan, dan merasa sebagai bagian dari satu kesatuan bangsa yang harus bangkit bersama dari pandemi. Kegiatan penggalangan dana untuk penanganan pandemi COVID-19, misalnya,

juga dilakukan oleh para pengusaha, artis, dan seniman, seperti konser amal bersama almarhum Didi Kempot yang disiarkan KompasTV, dan mampu menggalang dana mencapai Rp 7,6 miliar. Berbagai aksi kolektif dan gerakan solidaritas sosial tersebut menggugah kesadaran publik untuk saling menguatkan dan memunculkan optimisme dalam menghadapi krisis dan pandemi. Semangat gotong royong dan solidaritas sosial ini merambah ke berbagai lapisan masyarakat di daerah. Di Kecamatan Sewon, Bantul, Wahyudi Anggoro Hadi selaku Lurah Panggungharjo, misalnya, membangun gerakan mitigasi dan penanganan COVID-19 dengan membentuk satuan kerja khusus – Panggung Tanggap COVID-19 (PTC-19) sebagai sarana memberi informasi dan mitigasi pandemi dan menyiapkan sebuah *platform* belanja daring yakni *pasardesa.id* sebagai bentuk kolaborasi antarwarga di masa pandemi (Kotak Kasus 1). Sementara itu Pemerintah Provinsi Jawa Tengah berupaya meningkatkan sifat gotong royong dan solidaritas warga melalui Gerakan Kultural Jogo Tonggo untuk saling melindungi dan berbagi dengan sesama tetangga (Kotak Kasus 2). Kedua upaya ini menunjukkan peran penting pemerintah, dari tingkat provinsi hingga kelurahan/desa, dalam meningkatkan ketahanan budaya masyarakat sesuai kebudayaan lokal dalam menghadapi pandemi.

### Kotak Kasus 1. Panggung Tanggap COVID-19 dan *pasardesa.id*

#### **Panggung Tanggap COVID-19 dan *pasardesa.id* Peningkatan Ketanggapdaruratan di Tingkat Lokal**

Sebagai upaya untuk membangun solidaritas sosial dalam menghadapi pandemi COVID-19, Lurah Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Bantul, membangun gerakan mitigasi dan penanganan COVID-19 dengan membentuk satuan kerja khusus: Panggung Tanggap COVID-19 (PTC-19). PTC-19 ini berfungsi sebagai sarana informasi dan mitigasi pandemi dengan fokus utama memberi perlindungan kepada warga desa dengan meningkatkan tanggap darurat dalam menghadapi wabah dan memutus mata rantai penularan COVID-19. PTC-19 melibatkan beberapa ahli seperti dokter spesialis, apoteker, hingga ahli sanitasi, serta digerakkan dengan prinsip gotong royong untuk menangani dampak klinis maupun non-klinis meliputi sosial, ekonomi, dan keamanan. Sebagai upaya mitigasi dan pendampingan kepada warga, PTC-19 menyediakan aplikasi di situs jejaring resmi desa yang dapat diakses semua warga untuk melaporkan diri terkait dampak COVID-19 yang dialami. Hasil laporan warga kemudian akan dianalisa guna kategorisasi dampak yang terjadi, baik dampak secara medis, sosial, maupun ekonomi, sehingga dapat diambil tindakan selanjutnya.

Selain itu, untuk merespons dampak ekonomi, Pemerintah Desa Panggungharjo menyiapkan sebuah *platform* belanja daring yakni *pasardesa.id* sebagai bentuk kolaborasi antarwarga di masa pandemi. Pengembangan *platform pasardesa.id* juga melihat peluang dari semakin banyaknya warga yang memilih melakukan aktivitas belanja secara daring selama pandemi. *Platform* ini dihadirkan untuk menggerakkan ekonomi usaha mikro, kecil, dan menengah (UMKM) warga desa. *Platform pasardesa.id* telah memiliki 1.631 member dengan 117 mitra usaha dari 5 kecamatan di DI Yogyakarta sebagai penyedia berbagai kebutuhan warga yang bisa dibeli secara daring. Barang akan sampai di depan rumah, tanpa perlu datang ke mitra usaha, seperti warung atau toko kelontong yang ada di desa. Kehadiran *platform pasardesa.id* meningkatkan perputaran uang di Desa Panggungharjo hingga mencapai ratusan juta rupiah per bulan.

### Kotak Kasus 2. Jogo Tonggo

### “Jogo Tonggo” Gerakan Kultural Penanganan Pandemi COVID-19

*Jogo Tonggo* (jaga tetangga) merupakan gerakan kultural berbasis kearifan lokal untuk saling melindungi dan berbagi dengan sesama tetangga. Kearifan lokal ini kembali dikembangkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dengan membentuk Satuan Tugas *Jogo Tonggo* untuk menekan penyebaran COVID-19, dan menanggulangi krisis akibat pandemi. Melalui Satgas *Jogo Tonggo*, masyarakat diminta untuk memantau dan menjaga tetangga masing-masing. Satgas *Jogo Tonggo* melibatkan pemuda karang taruna, dasa wisma, Posyandu, Perlindungan Masyarakat (Linmas), warga di tingkat RW, serta lembaga dan organisasi lain di luar wilayah RW yang terkait dengan COVID-19. Satgas *Jogo Tonggo* terdiri dari 4 bidang, yakni kesehatan, sosial dan keamanan, ekonomi, dan hiburan. Keberadaan Satgas *Jogo Tonggo* memudahkan dalam melakukan *contact tracing* dan memutus rantai penyebaran COVID-19 di level Rukun Tetangga (RT). Satgas *Jogo Tonggo* juga membantu warga terdampak dengan memenuhi kebutuhan hidupnya. Gerakan kultural ini juga meningkatkan kesadaran warga untuk gotong royong dan saling membantu dengan mendirikan dapur umum, menyediakan sayur-mayur gratis, dan kegiatan berbagi lainnya.



**Revitalisasi kearifan lokal dan pengetahuan tradisional.** Pandemi juga mendorong masyarakat untuk kembali menggali kearifan lokal dan pengetahuan tradisional dalam penanganan pandemi COVID-19, antara lain dengan mengembangkan penggunaan obat tradisional. Tradisi minum jamu berbahan dasar kunyit, temulawak, jahe, dan empon-empon lainnya mulai digemari sebagai upaya meningkatkan daya tahan tubuh dan menjadi bagian dari gaya hidup sehat. Kearifan lokal dan pengetahuan tradisional merupakan khazanah budaya bangsa yang tersebar dari Sabang sampai Merauke, dari Miangas sampai Rote. Kearifan lokal dan pengetahuan tradisional ini dapat dikembangkan dan dimanfaatkan untuk membantu mengatasi pandemi COVID-19 dan mendorong percepatan penanganan dampak pandemi, sebagai contoh masyarakat Bali memiliki pengetahuan tradisional tentang pengobatan yang diperoleh secara turun-temurun dan tersimpan dalam manuskrip Lontar Usada. Lontar Usada memuat prinsip-prinsip pengobatan tradisional meliputi promotif, kuratif dan rehabilitatif. Sebagai sebuah manuskrip, Lontar Usada menjadi referensi masyarakat Bali dalam pengobatan tradisional dan berperan besar dalam penguatan aspek kesehatan masyarakat Bali, termasuk dalam penanganan pandemi COVID-19. Selain Lontar Usada juga terdapat beberapa manuskrip yang secara khusus memuat resep pengobatan tradisional untuk meningkatkan imunitas tubuh yang berperan penting dalam menghambat penyebaran COVID-19. Setidaknya terdapat lima lontar yang membahas mengenai wabah dan imunitas tubuh yakni naskah T tutur Bhuwana Alit, Panca Aksara, Dharma Aksara, Kretabasa dan Dasanama. Kelima manuskrip tersebut memuat resep-resep untuk kesehatan dan pengobatan tradisional masyarakat Bali yang salah satunya adalah pengobatan tradisional terapi uap (Kotak Kasus 3).

### Kotak Kasus 3. Pengobatan Tradisional

#### Pengobatan Tradisional Terapi Uap COVID-19

Masyarakat Bali memiliki pengetahuan tradisional tentang pengobatan yang diperoleh secara turun-temurun dan tersimpan dalam manuskrip Lontar Usada. Berdasarkan pengetahuan tradisional yang termuat dalam Lontar, para akademisi Universitas Udaya bekerja sama dengan Pemerintah Provinsi Bali meracik ramuan obat tradisional dalam bentuk terapi uap untuk pengobatan COVID-19. Ramuan tersebut terbuat dari bahan dasar arak tradisional Bali yang diekstrak dan dicampur dengan bahan lain seperti daun jeruk limau dan minyak kayu putih. Pemerintah Provinsi Bali mendukung penggunaan terapi uap untuk membantu pengobatan COVID-19 ini. Terapi uap ini telah digunakan di Bali untuk mempercepat kesembuhan pasien positif yang tidak bergejala. Proses terapi uap untuk pengobatan COVID-19 merupakan kombinasi antara ramuan tradisional dengan meditasi dan unsur keyakinan melalui serangkaian ritual yang diajarkan dalam Lontar.



Selain untuk pengobatan tradisional, kearifan lokal dan pengetahuan tradisional juga digunakan untuk meningkatkan ketahanan pangan. Masyarakat mulai kembali melirik bahan pangan lokal yang selama ini terabaikan seperti jiwawut, sagu, daun kelor, singkong, ubi jalar, talas, suweg, kimpul, gembili, gadung, ganyong, dan umbi-umbian lainnya. Bahan pangan lokal tersebut diolah menjadi berbagai jenis produk olahan seperti umbi-umbian rebus, tepung ubi/singkong, mie kering, keripik, kerupuk, dan olahan pangan lainnya. Konsumsi bahan pangan lokal tersebut selain menyehatkan, dibanding dengan makanan cepat saji (*fast food*), juga diyakini dapat memperkuat ketahanan pangan di masa pandemi. Salah satu bentuk kreativitas dan inovasi ketahanan pangan tersebut adalah teknik budidaya ikan dalam ember (Budikdamber) yang banyak dilakukan masyarakat di masa pandemi untuk ketahanan pangan dan peningkatan gizi keluarga. Dengan Budikdamber warga dapat memenuhi kebutuhan protein melalui ikan lele yang dipelihara, sekaligus memanen sayuran yang juga ditanam dengan menggunakan teknologi hidroponik pada ember tersebut.

#### Pengembangan Media Baru Ekspresi Budaya

**Media baru pertunjukan daring.** Seniman, artis, dan para pelaku budaya lainnya merupakan salah satu pihak yang terdampak pandemi COVID-19. COVID-19 yang mudah menular mewajibkan pembatasan interaksi antarmanusia di ruang publik. Kondisi ini berdampak pada penutupan pusat-pusat layanan kebudayaan seperti museum, situs cagar budaya, galeri seni, taman budaya, dan sanggar. Larangan berkerumun di ruang publik juga turut membatasi ruang gerak bagi para pelaku budaya dan masyarakat untuk melakukan kegiatan kebudayaan seperti pertunjukan seni dan penyelenggaraan festival budaya. Sementara itu, ekosistem kebudayaan berkelanjutan yang memungkinkan para pelaku budaya dapat terus berkarya dan memperoleh apresiasi dari masyarakat

pada situasi pandemi COVID-19 belum terbangun dengan kokoh. Koalisi seni mencatat sampai dengan bulan April tahun 2020, terdapat 234 acara seni dibatalkan atau ditunda pelaksanaannya, mencakup: 30 proses produksi, rilis, dan festival film; 113 konser, tur, dan festival musik; 2 acara sastra; 33 pameran dan museum seni rupa; 10 pertunjukan tari; dan 46 pentas teater, pantomim, wayang, boneka, dan dongeng.

Kemampuan bertahan dari perubahan belum bisa dilakukan oleh semua pekerja seni, namun terdapat sebagian pekerja seni dan pelaku budaya yang melakukan berbagai inisiatif untuk bertahan, salah satunya dengan mengembangkan media baru melalui saluran virtual sebagai wahana ekspresi budaya di masa pandemi. Melalui *platform* media baru berbasis teknologi komunikasi, para seniman dan pelaku budaya tetap bisa produktif, kreatif, dan konsisten memperkenalkan kekayaan seni dan budaya bangsa kepada masyarakat. Dengan media pertunjukan daring, pagelaran seni-budaya justru dapat memperluas audiens, tanpa batasan ruang dan waktu. Pertunjukan seni teatrikal yang biasanya hanya bisa disaksikan pada satu ruang tertentu, dengan pertunjukan daring pentas teatrikal bisa disaksikan pada waktu yang bersamaan oleh penikmat seni dari seluruh penjuru tanah air. Pada masa pandemi bioskop sanggar seni, taman budaya dan wahana pentas seni lainnya tutup, pertunjukan daring memperoleh sambutan hangat dari masyarakat. Pandemi seakan membawa harapan baru bagi para seniman dan pelaku budaya dengan melakukan transformasi pertunjukan seni budaya secara daring. Melalui media baru pertunjukan daring, pekerja seni dan pelaku budaya dapat tetap produktif dan berkarya dengan melakukan kerja kreatif. Beberapa pertunjukan daring menuai kesuksesan, antara lain Program Teater Virtual yang diselenggarakan oleh Indonesia Kita, bahkan sempat menggema dukungan di dunia maya dengan kampanye *#NontonTeaterDiRumahAja*. Begitu pula dengan Virtual Festival Prambanan Jazz 2020 dengan mengusung tagline *"New Hope, New Experience"*, yang disiarkan langsung dari Candi Prambanan, dan dapat disaksikan secara online oleh penikmat musik di dunia. Selain pertunjukan daring, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan bekerja sama dengan pegiat seni dan pelaku budaya juga mengembangkan kelas pelajaran daring tentang seni tari, seni visual, sastra, olah vokal, dan produksi film yang dapat diakses secara luas oleh masyarakat melalui akun Youtube *@budayasaya*.

#### Kotak Kasus 4. Pertunjukan Seni secara Virtual

##### Pertunjukan Seni secara Virtual



Pekerja seni dan pelaku budaya tetap dapat produktif dan berkarya di masa pandemi. Melalui platform pertunjukan daring, Prambanan Jazz 2020 menggelar festival virtual berbayar. Untuk kemudahan dan memperluas jangkauan dalam penjualan tiket, Prambanan Jazz 2020 bekerja sama dengan *marketplace* lokal: *tiketapasaja.com*. Dengan pertunjukan daring ini, festival Prambanan Jazz 2020 dapat dinikmati oleh penggemar musik jazz dari seluruh penjuru dunia.

Perubahan dari medium ruang pentas ke media daring bukan proses yang mudah. Para pekerja seni membutuhkan kemampuan untuk mengubah daya artistiknya agar sesuai dengan atmosfer daring yang memiliki unsur estetika yang sangat berbeda. Terciptanya jarak antara penonton dan seniman oleh sekat layar digital berpotensi menurunkan kualitas karya para seniman.

*“Tontonan seni pertunjukan jelas lebih terasa murni dan menyentuh ketika dilihat langsung menampilkan sudut pandang luas. Kini dipaksa mengecil, sehingga berpotensi membuat penonton kehilangan hasrat menikmati pertunjukan. Siasat rekaman (tapping) menjadi opsi, tetapi jelas memunculkan dilema tersendiri karena berpotensi menjadikan seni pertunjukan malah menyerempet ke dimensi seni film atau bahkan terkesan dokumentasi semata. Dengan kata lain, terdapat ruang kreativitas keluaran seni pertunjukan yang menjadi terbatas ketika harus berbalut dengan sistem daring”<sup>7</sup>*

Dalam upaya adaptasi ini, ketercukupan akses data internet agar tampilan tidak tersendat atau tetap dapat diakses hingga akhir pertunjukan demi tersampainya pesan, juga menjadi tantangan berat lainnya.<sup>7</sup> Dengan proses adaptasi yang tidak mudah ini, kondisi dan modal yang dimiliki para pekerja seni akan sangat menentukan kemampuan mereka untuk bertahan dan bahkan berkembang, atau justru menurun. Oleh karena itu, selain melakukan peningkatan kapasitas para pekerja seni untuk memanfaatkan potensi ruang digital, pemerintah pusat dan daerah juga perlu mengupayakan terciptanya ruang kolaborasi, serta memfasilitasi perlindungan akan hak kekayaan intelektual di medium daring dan perizinan usaha kreatif yang lebih mudah.

**Jaring pengaman sosial pelaku budaya.** Terbatasnya ruang dan wahana ekspresi budaya pada masa pandemi berdampak terhadap para seniman dan pelaku budaya dalam berkarya. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan mencatat sampai dengan September 2020 terdapat 59.171 pelaku budaya yang terdampak pandemi. Sementara Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif mencatat 189.586 pekerja kreatif yang terdampak COVID-19, termasuk di antaranya pekerja seni, musisi, dan kru film yang mengalami pemutusan hubungan kerja atau sedang dirumahkan. Untuk itu diperlukan jaring pengaman sosial bagi para seniman dan pelaku budaya, agar tetap produktif dan berkarya di masa pandemi. Pemerintah menyalurkan bantuan bagi para seniman, pekerja kreatif dan pelaku budaya lainnya melalui Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif, dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif memberikan bantuan dalam bentuk bantuan insentif, pemasaran, serta pelatihan dan pengembangan kapasitas bagi para pekerja kreatif agar tetap produktif dan berkarya di masa pandemi.

Sementara itu Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan menyalurkan bantuan kepada seniman dan pelaku budaya melalui Program Bantuan Pemerintah Apresiasi Pelaku Budaya Terdampak COVID-19 (APB). Program ini dilaksanakan dalam skema bantuan kepada para pekerja budaya (seni, cagar budaya dan permuseuman) agar tetap dapat berkarya dan mempertahankan mata pencahariannya di masa wabah COVID-19. Pada tahap pertama, bantuan telah disalurkan bagi 10.001 pekerja seni, adapun untuk bantuan tahap kedua dalam proses penyaluran. Seniman dan pelaku budaya penerima Program Bantuan Pemerintah Apresiasi Pelaku Budaya mendapatkan bantuan sebesar Rp 1 juta. Selain itu untuk meringankan beban pekerja seni dan pelaku budaya terdampak COVID-19, Kementerian Keuangan mengeluarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 44/PMK.03/2020 tentang Insentif Pajak Untuk Wajib Pajak Terdampak Pandemi COVID-19. Berdasarkan kebijakan tersebut, sejumlah insentif pajak penghasilan dan pajak pertambahan nilai diberikan bagi pelaku usaha terdampak pandemi. Sektor usaha bidang seni yang dapat mengajukan insentif pajak antara lain: kegiatan seni pertunjukan, kegiatan pekerja seni, jasa impresariat bidang seni, kegiatan hiburan, seni, dan kreativitas lainnya, produksi film, video, dan program televisi oleh swasta, pasca produksi film, video, dan program televisi oleh swasta, distribusi film, video, dan program televisi oleh swasta, kegiatan pemutaran film, perekaman suara, penerbitan musik dan buku musik, serta penerbitan buku.

Penguatan jaring pengaman sosial tidak hanya dilakukan oleh pemerintah pusat, beberapa pemerintah daerah juga memberikan bantuan kepada para pekerja seni dan pelaku budaya terdampak pandemi. Semisal Pemerintah Kota Malang memberikan insentif bagi masyarakat perekonomian rendah dan buruh harian, termasuk pekerja seni budaya dengan penghasilan harian dan/atau rendah. Untuk memperoleh data seniman dan budayawan terdampak COVID-19, Pemerintah Kota Malang bekerja sama dengan Dewan Kesenian Malang, komunitas pedalang, komunitas penghayat, dan komunitas seni budaya lainnya. Hal serupa dilakukan oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta melalui Dinas Kebudayaan DKI Jakarta melakukan pendataan pekerja seni yang terdampak COVID-19. Pendataan dilakukan pada 4 – 7 April 2020 melalui pengisian borang daring di tautan [bit.ly/SeniBudayaCovid19](http://bit.ly/SeniBudayaCovid19). Bantuan diberikan dalam bentuk paket sembako.

Pelaksanaan jaring pengaman sosial bagi pekerja seni ini menghadapi beberapa tantangan. Tantangan yang pertama adalah tidak tersedianya data pada pekerja seni, sehingga diperlukan waktu yang cukup panjang untuk melakukan pendataan secara mandiri melalui Direktorat Jenderal Kebudayaan, Kemendikbud. Dengan metode pendataan mandiri, diperkirakan tidak semua pekerja seni yang terdampak akan mendaftarkan diri dan dapat menerima bantuan. Tantangan berikutnya adalah adanya kebutuhan bantuan lain untuk pemulihan industri. BLT yang diberikan saat ini merupakan bantuan untuk bertahan hidup, sedangkan sebagian besar industri hiburan dan seni terhenti. Akan diperlukan bantuan khusus untuk menghidupkan kembali industri ini melalui dukungan modal, dukungan teknis, dan kemudahan berusaha.

### Peningkatan Literasi

**Tingkat literasi dan status kesehatan.** Pada masa pandemi, yang dikhawatirkan bukan hanya meluasnya infeksi virus, tapi juga penyebaran informasi yang tidak benar (hoax) yang memicu kepanikan warga. Fenomena infodemi atau penyebaran informasi yang begitu cepat dan masif, yang belum tentu benar, turut serta memperkeruh situasi krisis. Simpang siur informasi mengenai virus Corona menciptakan kepanikan warga yang kemudian direspons dengan sikap di luar nalar, seperti memborong dan menimbun kebutuhan-kebutuhan pokok, bahkan perlengkapan medis yang sangat dibutuhkan para tenaga kesehatan.

Dalam hal ini, ada dua konteks literasi yang akan didiskusikan, yaitu literasi kesehatan dan literasi secara umum. Literasi kesehatan, secara umum, mengacu pada kemampuan masyarakat dalam mengakses dan memahami proses informasi, khususnya terkait dengan COVID-19. Hal ini tidak terlepas dengan komunikasi risiko dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat sebagai tindak lanjut dari informasi yang diperoleh.

Literasi kesehatan menjadi satu poin yang krusial ketika membicarakan mengenai pandemi COVID-19, karena bisa memberikan pengaruh langsung terhadap penyebaran penyakit COVID-19. Persepsi risiko masyarakat terhadap COVID-19 juga perlu diimbangi dengan melihat persepsi masyarakat terkait risiko keterpaparan terhadap misinformasi mengenai COVID-19.<sup>8</sup> Terdapat beberapa dokumentasi kasus akibat misinformasi yang cukup ekstrim di beberapa negara, seperti kematian akibat overdosis klorokuin di Nigeria, peristiwa bunuh diri di India karena terdiagnosis COVID-19, dan *panic buying* di USA yang juga berpengaruh terhadap ketahanan pangan bagi masyarakat golongan ekonomi rendah.<sup>9</sup>

Keterpaparan pada misinformasi dan informasi bohong juga tentu menjadi tantangan bagi proses penanganan penyebaran penyakit COVID-19 di Indonesia. Per 18 Oktober 2020, Kominfo telah menemukan 1197 *hoax* terkait COVID-19 Indonesia beredar di media sosial.<sup>10</sup> Temuan dari studi di negara lain pun menunjukkan bahwa media sosial menjadi salah satu jalur utama penyebaran berita



bohong.<sup>11</sup> Dengan demikian, masyarakat pada dasarnya memang cukup rentan terpapar dan bisa terpengaruhi oleh misinformasi serta berita bohong. Pengaruh itu pun dipengaruhi oleh seberapa misinformasi bisa dihambat sirkulasinya dan/atau kemampuan pengguna informasi dalam mengolah informasi yang diterima.

Timbulnya rasa aman semu juga menjadi risiko yang bisa terjadi pada masyarakat Indonesia akibat dari tidak adanya sirkulasi informasi yang jelas. Rasa aman semu bisa ditandai oleh menurunnya kedisiplinan dan kewaspadaan terhadap penyebaran penyakit COVID-19 karena merasa keadaan sudah membaik, walaupun tidak dilandasi dengan pemahaman yang benar.<sup>12</sup> Hal ini menjadi akibat dari banyaknya informasi yang keliru dan tidak diimbangi dengan sirkulasi informasi yang benar dan jelas di masyarakat.

Penyebaran penyakit menular COVID-19 juga terkait dengan tingkat literasi masyarakat. Tingkat literasi mempengaruhi sikap seseorang dalam menentukan respons terhadap pandemi. Masyarakat berliterasi cenderung akan lebih mampu merespons pandemi dengan lebih baik. Masyarakat berliterasi akan mampu mendeteksi gejala secara mandiri, lancar dalam berkomunikasi dengan tim medis, sehingga selalu siap melindungi diri. Berdasarkan data *Center for Systems Science and Engineering* Universitas Johns Hopkins Amerika Serikat, pada bulan Maret 2020 kenaikan kasus baru per-hari pada negara dengan rata-rata tingkat kemampuan literasi lebih rendah dari 85 persen seperti Kamboja, Kamerun, Pantai Gading, Nigeria, Tanzania, Togo, mengalami peningkatan hingga 900% dalam jangka waktu tujuh hari. Hal tersebut menunjukkan kemampuan literasi mempengaruhi apakah informasi kesehatan dapat diterima lebih baik oleh masyarakat sehingga mampu menekan jumlah korban. Negara dengan nilai rata-rata tingkat literasi rendah memiliki risiko lebih tinggi untuk terserang pandemi. Merujuk laporan WHO dalam *Health Literacy The Solid Fact (2013)*,<sup>13</sup> tingkat literasi menjadi penentu utama status kesehatan seseorang dari pada pendapatan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, ras, atau etnis. Literasi yang rendah berpotensi meningkatkan perilaku berisiko dan memperburuk kesehatan. Laporan tersebut juga menyebutkan bahwa literasi kesehatan juga berpengaruh terhadap biaya kesehatan. Semakin rendah literasi, semakin tinggi risiko kesehatan yang membawa konsekuensi pada peningkatan anggaran kesehatan. WHO mencatat, pada 2009 Kanada setidaknya mengeluarkan biaya tambahan lebih dari 8 miliar dolar AS. Sementara itu, pada 1998, AS mengeluarkan sekitar 73 miliar dolar AS akibat rendahnya literasi masyarakat di bidang kesehatan.

**Peningkatan kapasitas literasi.** Ada dua pendekatan yang perlu dilihat terkait dengan peningkatan kapasitas literasi, yaitu pendekatan jangka pendek dan jangka panjang. Pendekatan jangka pendek berfokus pada sirkulasi informasi yang diterima masyarakat selama pandemi COVID-19. Pendekatan jangka panjang berfokus pada kemampuan literasi masyarakat sebagai pondasi dalam memproses informasi yang diterima. Dengan demikian, kedua pendekatan ini berusaha mengatasi kedua fenomena yang sebelumnya dibahas dan utamanya menjadi bagian dari bahan dasar penanganan penyebaran COVID-19. Dalam jangka pendek, sirkulasi informasi yang benar dan jelas mengenai COVID-19 di tingkat masyarakat menjadi krusial untuk diperhatikan. Masyarakat saat ini menghadapi tantangan dalam memilah informasi yang benar, sehingga juga membutuhkan sumber daya tertentu agar penerima informasi bisa menemukan informasi yang benar. Hal ini bisa diatasi jika terdapat sumber informasi yang terpusat, namun bisa mengakar di level masyarakat. Dengan demikian, kesimpangsiuran informasi bisa diatasi dari sisi sumbernya dan dari sisi kanal penyebaran informasinya.

Kanal media sosial sebagai salah satu jalur utama penyebaran misinformasi dan berita bohong juga perlu menjadi perhatian. Strategi cek fakta dan penyebaran informasi yang benar di media sosial perlu diperkuat, sehingga kesimpangsiuran bisa dikurangi dan informasi yang benar bisa lebih mudah untuk dikonfirmasi. Melalui adanya sirkulasi informasi yang terpusat dan mengakar serta minimalisasi sirkulasi misinformasi di media sosial, harapannya, masyarakat sudah memiliki modal awal literasi kesehatan. Dalam jangka panjang, upaya untuk meningkatkan peran literasi dalam penanganan COVID-19 dan percepatan pemulihan dampak sosial ekonomi pasca pandemi, tentu saja harus melibatkan dan mengoptimalkan peran berbagai pemangku kepentingan, termasuk pusat-pusat layanan literasi seperti perpustakaan dan taman bacaan masyarakat. Pemulihan sosial ekonomi masyarakat dari dampak pandemi ini tentu akan lebih cepat dengan adanya perluasan layanan literasi yang menjangkau sampai ke tingkat desa/kampung. Perpustakaan desa atau taman bacaan masyarakat dapat berperan sebagai pusat informasi dan pengetahuan, serta sebagai pusat pemberdayaan masyarakat berbasis literasi agar bangkit dari keterpurukan.

Pusat layanan literasi berperan penting. Pertama, pusat pengetahuan dan informasi untuk mendorong inovasi dan kreativitas masyarakat; Kedua, pusat pemberdayaan masyarakat dengan memfasilitasi semua kelompok masyarakat untuk memanfaatkan sumber-sumber informasi dan pengetahuan dalam rangka pengembangan dan peningkatan kecakapan hidup (*life skills*); Ketiga, pusat kebudayaan dengan melestarikan, mengembangkan, dan memanfaatkan manuskrip yang merupakan kekayaan budaya literasi nusantara. Dengan paradigma literasi inklusi sosial, perpustakaan dan taman bacaan masyarakat, serta pusat layanan literasi lainnya, seyogyanya tidak hanya menjadi tempat meminjam dan membaca buku, melainkan dapat menjadi pusat pengetahuan dan informasi, serta pusat pembelajaran bersama masyarakat melalui *peer learning activities* dan berbagai kegiatan pelatihan kecakapan hidup berbasis literasi. Di masa pandemi, pusat layanan literasi dan para pegiat literasi berperan sebagai mitra utama kesehatan masyarakat dalam memberikan sumber informasi dan pengetahuan yang memadai mengenai COVID-19, serta menggerakkan budaya hidup bersih dan sehat. Di beberapa daerah perpustakaan berfungsi sebagai Pusat Informasi Krisis yang menyediakan media layanan tanggap darurat pandemi COVID-19. Melalui pendekatan literasi inklusi sosial, perpustakaan berupaya memfasilitasi masyarakat agar dapat memahami dan mentransformasikan pengetahuan yang diperoleh untuk mengatasi persoalan hidup dan meningkatkan kesejahteraan.

Untuk memperluas layanan literasi informasi dan pengetahuan di masa pandemi, Perpustakaan Nasional mengembangkan layanan perpustakaan digital melalui aplikasi iPusnas. Perpustakaan berbasis digital ini memiliki 591.739 salinan buku digital dari 50.438 judul buku yang bisa dibaca di mana pun dan kapan pun. Melalui iPusnas pengguna dapat berinteraksi dengan sesama pemustaka. Semua koleksi buku yang ada di iPusnas resmi, tidak berbayar serta dapat diunduh di Appstore, Google Play, dan Windows, iPusnas serta menjadi aplikasi perpustakaan digital berbasis media sosial yang dapat diakses melalui beragam perangkat seperti gawai, tablet, komputer jinjing, dan PC. Selama pandemi layanan perpustakaan digital banyak diminati masyarakat, yang ditunjukkan dengan melonjaknya jumlah pengunduh dan registrasi pengguna aplikasi iPusnas. Pada bulan Maret 2020 tercatat terdapat 77.010 pengunduh, dan melonjak dua kali lipat dari bulan Februari yang hanya 37.973 pengunduh. Angka ini juga melonjak 2 kali lipat dibandingkan jumlah pengunduh di bulan yang sama pada tahun 2018 dan 2019. Trend ini berlanjut di bulan April di mana jumlah pengunduh meningkat 2 kali lipat lebih dari tahun 2018 dan 2019 di bulan yang sama. Pada bulan April 2020 jumlah pengguna yang registrasi iPusnas tercatat semakin melonjak menjadi 94.833 pengguna melakukan registrasi, naik 6 kali lipat dibandingkan tahun 2018 dan 3 kali lipat dibandingkan tahun 2019.

## Kotak Kasus 5. Layanan Literasi Masa Pandemi

### Perluasan Layanan Literasi di Masa Pandemi

Pada masa pandemi perpustakaan dan pusat layanan literasi lainnya tidak hanya menyediakan informasi dan pengetahuan, namun juga berperan serta sebagai pusat pemberdayaan masyarakat untuk melakukan transformasi pengetahuan ke dalam kegiatan produktif yang berdampak bagi peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat.

#### Perpustakaan menjadi pusat informasi dan penyuluhan seputar protokol kesehatan COVID-19



#### Perpustakaan Daerah Lingga dan Badung menyelenggarakan pelatihan kecakapan hidup sebagai bentuk transformasi pengetahuan ke dalam kegiatan praktis



Animo masyarakat meminjam buku digital juga meningkat. Pada bulan Maret 2020 tercatat 366.050 pengguna meminjam buku melalui iPusnas. Jumlah ini meningkat pada bulan April menjadi 472.536 pengguna yang meminjam buku. Pada bulan Mei 2020 jumlahnya masih jauh meningkat bila dibandingkan dengan bulan yang sama ditahun 2018 dan 2019 yaitu sebanyak 410.495 peminjam buku. Selain itu untuk merespons kondisi pandemi, Perpustakaan Nasional mengembangkan fitur *livechat* Tanya Pustakawan. Fitur ini merupakan inovasi baru dari Perpustakaan Nasional dalam merespons kebutuhan masyarakat dalam mencari informasi atau referensi dan fitur ini pertama kali diluncurkan pada tanggal 17 Maret 2020, saat layanan *onsite* Perpustakaan Nasional ditutup. Merujuk pada aktivitas perpustakaan di banyak daerah, pandemi tidak mengurangi fungsi perpustakaan sebagai pusat literasi masyarakat. Perpustakaan tetap mengadakan pelatihan-pelatihan yang produktif pada masyarakat, baik yang bersifat *hard skill* maupun *soft skill*. Bagi kelompok ibu rumah tangga, perpustakaan memfasilitasi aneka pelatihan keterampilan yang ditunjang oleh penguatan informasi dan pengetahuan dari buku dan internet. Dengan berbagai macam pelatihan ini diharapkan masyarakat dapat mentransformasikan informasi dan pengetahuan yang diperolehnya dalam kegiatan-kegiatan praktis yang membawa dampak positif bagi kehidupan masyarakat di masa pandemi.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Pandemi COVID-19 menciptakan gegar budaya karena COVID-19 ini memaksa masyarakat untuk beradaptasi dengan kebiasaan baru yang merombak tatanan nilai, pola perilaku dan gaya hidup yang selama ini telah tumbuh dan berkembang di tengah masyarakat. Gegar budaya ini diperparah dengan situasi pandemi yang serba tidak pasti, serta kesimpangsiuran informasi yang memicu persoalan *xenofobia* dan *moral panic* berlebihan.

2. Adanya ketahanan sosial budaya membuat masyarakat dapat segera merespons pandemi ini dengan memperkuat gotong royong, solidaritas sosial, dan kolaborasi antarwarga. Solidaritas sosial dan kolaborasi masyarakat yang dipadukan dengan nilai budaya bisa menjadi potensi dalam menghambat penyebaran penyakit COVID-19 dan mengurangi dampaknya.
3. Sebagian pekerja seni dan pelaku budaya telah melakukan berbagai inisiatif untuk bertahan, salah satunya dengan mengembangkan media baru melalui saluran virtual sebagai wahana ekspresi budaya di masa pandemi. Melalui *platform* media baru berbasis teknologi komunikasi, para seniman dan pelaku budaya tetap bisa produktif, kreatif, dan konsisten memperkenalkan kekayaan seni dan budaya bangsa kepada masyarakat.
4. Literasi informasi kesehatan penting untuk menjadi salah satu perhatian karena bisa berpengaruh langsung terhadap penyebaran penyakit COVID-19. Masyarakat dengan literasi kesehatan yang baik akan lebih mampu merespons pandemi dibandingkan dengan masyarakat yang terpengaruh oleh kesimpangsiuran akibat misinformasi dan *hoax*.

## Rekomendasi

Dalam upaya penanganan pandemi COVID-19 dan percepatan pemulihan sosial ekonomi masyarakat pasca pandemi, kajian ini merumuskan usulan rekomendasi kebijakan sebagai berikut.

1. **Penguatan ketahanan budaya masyarakat untuk memperkokoh solidaritas, harmoni sosial, semangat gotong royong, kerja sama, dan kolaborasi antarwarga**, melalui: (1) mengembangkan *platform* kerja sama dan kolaborasi antarwarga dalam berbagai moda; (2) memperkuat jejaring antarwarga dalam proses pertukaran ide dan gagasan, serta kegiatan-kegiatan produktif; dan (3) revitalisasi kearifan lokal dan pengetahuan tradisional untuk mendorong kreativitas dan inovasi dalam pengembangan dan pemanfaatan pengobatan tradisional dan memperkuat ketahanan pangan.
2. **Penguatan ketahanan usaha dan penghidupan pelaku budaya dan pekerja kreatif, serta pengembangan media baru berbasis virtual yang inklusif sebagai wahana ekspresi budaya** melalui: (1) mengembangkan *platform* pertunjukan budaya secara virtual; (2) meningkatkan kerja sama antara pelaku budaya dan dunia usaha dalam penyelenggaraan pertunjukan budaya; (3) peningkatan kemampuan pekerja seni dalam bertransformasi dari pemanfaatan media tradisional ke media digital/daring; dan (4) memperkuat jaring pengaman sosial bagi pelaku budaya dan pekerja kreatif agar dapat bertahan hidup dan mengembangkan karyanya.
3. **Peningkatan kemampuan literasi informasi kesehatan**, melalui: (1) meningkatkan akses dan kualitas layanan literasi inklusi sosial sebagai wahana transformasi pengetahuan dan informasi kesehatan bagi masyarakat; (2) meningkatkan ketersediaan konten literasi informasi kesehatan yang berkualitas dalam berbagai moda; dan (3) meningkatkan budaya kegemaran membaca melalui keluarga, sekolah, dan masyarakat.

## Daftar Pustaka

1. Tim Penyusun IPK, Indeks Pembangunan Kebudayaan 2018 (Jakarta: Kemendikbud, Bappenas, BPS, 2019).
2. Yi-Chia Wu, Ching-Sunga Chen, and Yu-Jiuna Chan, "The Outbreak of COVID-19: An Overview," *Journal of the Chinese Medical*, Vol. 83, March 2020, p. 217-220.
3. Meng L, F. Hua, and Z. Bian, "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine," *Journal of Dental Research*, Vol. 99 (5), 2020, p. 481 – 487.
4. Nicholas Pitas and Colin Ehmer, "Social Capital in the Response to COVID-19," *American Journal of Health Promotion*, Vol. 34(8), 2020, p. 942-944.
5. Chuang et al., 2015; Waisboard, Michaelides, & Rasmuson, 2018 → Chuang, YC. Huang YL. Tseng KC. Yen CH. Yang LH. Social Capital and Health-Protective Behavior Intentions in an Influenza Pandemic. *PLoS One*. 2015; 10(4).
6. CNN Indonesia. Peran Desa Adat Jadi Pelengkap 3 Skema Bali Lawan Corona. *CNNIndonesia.com*. 2020. Available from: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200514113452-20-503264/peran-desa-adat-jadi-pelengkap-3-skema-bali-lawan-corona>.
7. Safriana L. Tantangan Berat Seniman Pertunjukan di Masa Pandemi Corona". *Katadata*. 2020. Available from: <https://katadata.co.id/muchamadnafi/indepth/5e9a41c87f85e/tantangan-berat-seniman-pertunjukan-di-masa-pandemi-corona>.
8. Krause, N. M., Freiling, I., Beets, B., & Brossard, D. Fact-checking as risk communication: the multilayered risk of misinformation in times of COVID-19. *Journal of Risk Research*. 2020;23(7-8).
9. Samia Tasnim, Md Mahbub Hossain, and Hoimonty Mazumder, "Impact of Rumors or Misinformation on Coronavirus Disease (COVID-19) in Social Media" *SocArXiv*, 29 Mar, 2020, <https://osf.io/preprints/socarxiv/uf3zn/> (Diakses 10 November 2020).
10. Putri, Z. Kominfo Temukan 1197 Hoax terkait Isu Corona di Medsos. *Detik.com*. 2020. Available from: <https://news.detik.com/berita/d-5218475/kominfo-temukan-1197-hoax-terkait-isu-corona-di-medsos>.
11. Allen et al., 2020 → Allen, J., Howland, B., Mobius, M., Rothschild, D., & Watts, D. J. Evaluating the Fake News Problem at the Scale of the Information System. *Science Advances*. 2020; 6(14).
12. Fillaili, R. Menimbang, Risiko, Membang Rasa Aman di Tengah Pandemi. The SMERU Research Institute. 2020. Available from: <http://smeru.or.id/id/content/menimbang-risiko-membang-rasa-aman-di-tengah-pandemi>.
13. Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel and Agis D. Tsouros, *The Solid Facts: Health Literacy* (WHO, 2013).

## **BAB 11**

# **Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda**

## BAB 11: Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda

### Perlindungan Perempuan, Anak, dan Pemuda

(Woro Srihastuti Sulistyningrum, MIDS; Widjajanti Isdijoso, M.Ec.St; Qurrota A'yun, MPH; Yosi Diani Tresna, MPM; Indah Erniawati, MSP; Mahendra Arfan Azhar, M.Si; Ulin Nafi'ah S.I.P; Jimmy D. Berlianto Oley, S.I.P; Ignatius Praptoraharjo, Ph.D; Eviana Hapsari Dewi, MPH; dan Dr. Santi Kusumaningrum)

Pandemi COVID-19 meningkatkan kerentanan pada perempuan, anak, dan pemuda. Untuk itu, diperlukan upaya adaptasi layanan yang diberikan oleh berbagai pihak, untuk memastikan terjaganya kesejahteraan (*wellbeing*) dan terpenuhinya hak-hak mereka.

#### Pesan Utama

- Potensi peningkatan kekerasan dalam rumah tangga selama pandemi COVID-19 perlu diimbangi dengan **adaptasi sistem layanan pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender**.
- Peningkatan kerentanan anak akibat pandemi COVID-19 dan pembatasan kegiatan sosial perlu diatasi melalui **penguatan sistem perlindungan anak** yang lebih komprehensif dan diarahkan untuk pemenuhan hak anak serta mengurangi kesenjangan pada masa pemulihan.
- Kerentanan pemuda dalam kondisi pandemi perlu diantisipasi melalui **peningkatan upaya perlindungan dan dukungan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik pemuda**.

**Adaptasi sistem layanan pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender** – Pandemi COVID-19 berpotensi meningkatkan kerentanan perempuan terhadap kekerasan berbasis gender (KBG), khususnya kekerasan dalam rumah tangga dan menurunkan kualitas layanan perlindungan yang ada. Layanan bagi korban kekerasan perlu mengkombinasikan antara strategi layanan *online* dan tatap muka. Pelaksanaan strategi tersebut membutuhkan tata kelola yang mencakup regulasi, pembiayaan, dan pengelolaan sumber daya manusia, serta pencatatan dan pelaporan yang baik.

**Penguatan sistem perlindungan anak** – Berbagai kerentanan anak yang berpotensi tereskalasi selama pandemi COVID-19 perlu diantisipasi dengan penguatan sistem perlindungan anak agar lebih responsif dan mampu mendeteksi, mencegah dan menangani kekerasan yang dialami anak. Diperlukan percepatan pelaksanaan berbagai kebijakan dalam rangka pemenuhan hak dan perlindungan anak yang sudah dituangkan dalam RPJMN 2020-2024, termasuk peningkatan kepemilikan akta kelahiran dan dokumen kependudukan, akses ke air dan sanitasi yang layak, dan pencegahan perkawinan anak.

**Peningkatan perlindungan dan dukungan bagi pemuda** – Kerentanan khusus yang dihadapi remaja dan pemuda selama pandemi, khususnya terkait dengan kekerasan berbasis gender *online* (KBGO), kesehatan mental, dan ketenagakerjaan perlu mendapat perhatian khusus. Upaya untuk mencegah dan menangani KBGO perlu dilakukan melalui peningkatan pemahaman di antara remaja dan pemuda, maupun melalui keluarga mereka. Pelayanan untuk kesehatan mental perlu diintensifkan melalui media daring, dan perlindungan ketenagakerjaan bagi pemuda juga perlu ditingkatkan.

## Pendahuluan

Pandemi COVID-19 berdampak luas, bukan hanya pasien yang langsung terpapar namun hampir semua keluarga secara tidak langsung juga terdampak oleh pembatasan kegiatan dan berbagai upaya yang dilakukan dalam rangka pengendalian penyebaran COVID-19. Perubahan cara melakukan kegiatan dan dampak ekonomi pandemi ini juga mempengaruhi pola hubungan dan interaksi antar anggota keluarga. Beban psikologis dan tekanan ekonomi karena adanya pembatasan sosial, misalnya, dapat menyebabkan interaksi sosial dalam keluarga menjadi tidak kondusif dan pada akhirnya meningkatkan risiko terjadinya kekerasan. Berbagai bentuk kerentanan yang lain, seperti kerentanan penelantaran dan tidak terpenuhinya hak-hak anak serta menurunnya kesehatan mental, juga dapat diperparah oleh krisis yang dipicu oleh pandemi COVID-19.

Kerentanan timbul karena kondisi yang secara tidak proporsional dialami individu tertentu karena ketiadaan akses akibat kemiskinan, keterpencilan, keterbatasan mobilitas, ketimpangan kualitas layanan publik, serta diskriminasi berbasis usia, disabilitas, atau identitas sosial. Tingkat keparahan dampak pandemi, sebagai salah satu bentuk guncangan dari luar, terhadap kerentanan akan ditentukan oleh paparan (*exposure*), kepekaan (*sensitivity*), dan kemampuan adaptasi (*adaptive capacity*), yang melekat pada individu bahkan sejak sebelum pandemi dan akses terhadap dukungan dan fasilitas struktural.<sup>1,2</sup> Oleh karena itu, respons terhadap pandemi COVID-19 perlu memperhatikan berbagai bentuk kerentanan yang berpotensi untuk teramplifikasi oleh situasi dan krisis yang ditimbulkan oleh pandemi.

Bab ini secara khusus menyoroti tiga kelompok masyarakat yang kerentanannya berpotensi teramplifikasi oleh pandemi COVID-19, yaitu perempuan, anak, dan pemuda. Masih timpangnya relasi gender, khususnya di ranah domestik, membuat kerentanan perempuan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) berpotensi meningkat selama pandemi. Anak berada pada posisi yang rentan karena ketergantungan yang sangat tinggi terhadap keluarga dan lingkungannya. Pandemi, secara langsung dan tidak langsung, dapat mengancam pemenuhan hak-hak anak. Adapun pemuda memiliki aspek kerentanan khusus karena berada pada tahapan transisi dari dunia pendidikan ke dunia kerja, dan dari masa kanak-kanak ke dunia orang dewasa. Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) mendefinisikan pemuda sebagai seseorang yang berusia 15–24 tahun. Badan PBB untuk urusan kependudukan, UNFPA, membedakan antara remaja – berusia 10–19 tahun - dan pemuda - berusia 15–24 tahun. Namun, menurut Undang-Undang (UU) yang berlaku di Indonesia - UU 40/2009 tentang Kepemudaan, pemuda adalah warga negara Indonesia yang berusia 16-30 tahun. Rentang usia pemuda tersebut beririsan dengan usia anak menurut UU 35/2004 tentang Perlindungan Anak yang mendefinisikan anak sebagai penduduk yang berusia kurang dari 18 tahun dan termasuk bayi dalam kandungan.

### Adaptasi sistem layanan pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender

Salah satu sisi kerentanan yang dihadapi perempuan pada masa pandemi COVID-19 adalah kekerasan berbasis gender (KBG). Pada dasarnya, KBG bukan isu yang baru muncul akibat dari pandemi COVID-19, namun pada konteks tertentu, risiko ini bisa teramplifikasi oleh pandemi. Intervensi non-medis (*Non-pharmaceutical Intervention*) seperti pembatasan sosial semakin menempatkan rumah sebagai tempat berisiko bagi perempuan yang pernah mengalami KDRT.<sup>3</sup> Berbagai sumber mencatat peningkatan jumlah laporan kekerasan di masa pandemi.<sup>4,5,6,7</sup> Studi literatur yang merangkum 44 studi di berbagai negara mencoba menjawab apakah pandemi COVID-19 meningkatkan kekerasan pada perempuan dan anak. Studi yang dikumpulkan antara Juni sampai Desember 2020 mengidentifikasi 20 studi yang menyimpulkan adanya peningkatan, 12 studi yang menunjukkan *mix results*, 4 studi yang



menemukan tidak terjadi perubahan, dan 9 studi yang melaporkan penurunan kasus. Hal penting yang patut dicatat dari perbandingan berbagai studi ini adalah sulitnya mendapatkan data yang akurat, dan kemungkinan *under-reporting* jika data dikumpulkan dari pusat-pusat layanan.<sup>8,9,10</sup>

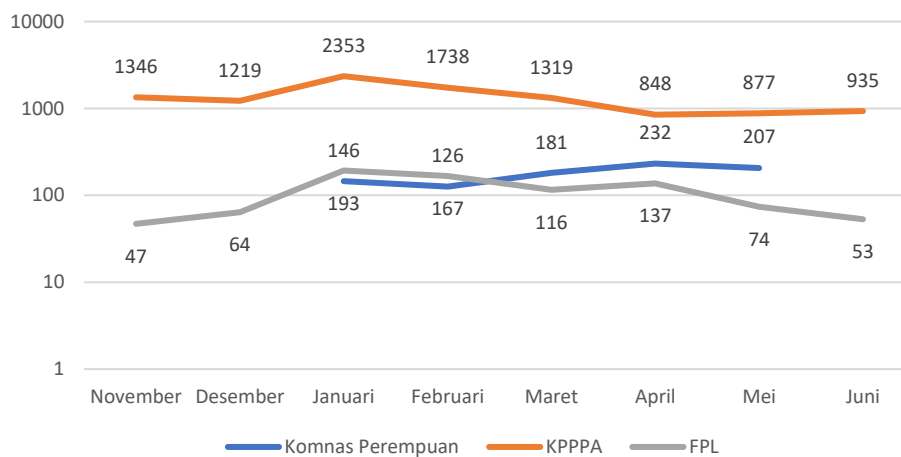
Ada beberapa definisi yang terkait dengan KBG dan secara garis besar beririsan pada lima poin utama, yaitu: (i) jenis penderitaan yang ditimbulkan - fisik, seksual, dan/atau psikologis; (ii) perbuatan yang dilakukan merampas kebebasan orang lain; (iii) bisa terjadi di ruang publik dan privat; (iv) berbasis identitas gender; dan (v) bisa terjadi pada laki-laki maupun perempuan. Salah satu definisi KBG adalah setiap perbuatan yang menimbulkan penderitaan terhadap orang lain di luar kehendaknya dan dilandasi oleh perbedaan identitas gender laki-laki dan perempuan.<sup>11</sup> Sedangkan dalam Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 01/2010, KBG dalam lingkup yang lebih terbatas merujuk pada kekerasan terhadap perempuan yang didefinisikan sebagai bentuk tindakan yang dilakukan berdasarkan perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan, yang mengakibatkan atau mungkin mengakibatkan kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual, dan psikologis termasuk berupa ancaman, paksaan dan berbagai bentuk lainnya yang merampas kebebasan seseorang, baik di ruang publik/umum maupun dalam lingkungan kehidupan pribadi.<sup>12</sup>

Dalam *Platform for Action (Fourth World Conference on Women)*, juga didefinisikan secara lebih spesifik mengenai KBG terhadap perempuan, yaitu setiap perbuatan yang menyebabkan atau berpotensi menyebabkan penderitaan fisik, seksual, dan psikologis terhadap perempuan, termasuk dalam bentuk ancaman, deprivasi kebebasan, baik di ruang publik maupun privat.<sup>13</sup> Adanya pengerucutan definisi dan pembahasan khusus mengenai KBG terhadap perempuan menjadi penting karena adanya pengembangan pemahaman bahwa perempuan lebih rentan untuk menjadi korban KBG.<sup>14,15</sup> Secara umum, sebagian besar KBG yang dialami perempuan terjadi di ranah rumah tangga - KDRT - dan di ranah publik, khususnya KBGO. KDRT sendiri bisa dipahami sebagai ancaman atau perilaku kekerasan dalam bentuk kekerasan fisik, seksual, psikologis, atau ekonomi. Kekerasan ini juga bisa mencakup kekerasan terhadap anak.<sup>16,17,18</sup> KBGO lebih umum terjadi pada perempuan muda, termasuk anak-anak dan remaja, dan akan dibahas pada sub-bab berikutnya mengenai kerentanan anak dan pemuda.

### **Situasi kekerasan berbasis gender pada perempuan**

Sebelum terjadinya pandemi, tingkat kekerasan terhadap perempuan di Indonesia cukup tinggi. Berdasarkan hasil Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS) pada 2016, sekitar 1 dari 3 perempuan usia 15-64 tahun di Indonesia mengalami kekerasan oleh pasangan dan selain pasangan sepanjang hidup mereka, dengan sekitar 1 dari 10 perempuan – sekitar 12,8 juta - mengalaminya dalam 12 bulan terakhir. Hanya sebagian kecil kasus yang dilaporkan dan tercatat. Komnas Perempuan mencatat 259.156 kasus kekerasan terhadap perempuan pada 2016<sup>19</sup> atau hanya sekitar 2 persen dari estimasi berdasarkan SPHPN. Sedangkan data yang tercatat di Sistem Informasi *Online* Perlindungan Perempuan dan Anak (SIMFONI PPA) hanya mencatat 12.550 kasus kekerasan terhadap perempuan pada 2017. SIMFONI PPA adalah sistem pelaporan yang dibangun Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA), dan dapat di akses semua unit layanan penanganan korban kekerasan perempuan dan anak di tingkat nasional, provinsi, dan kab/kota secara *up to date, real time*, dan akurat. Pada tahun-tahun berikutnya, Komnas Perempuan mencatat peningkatan kasus yang sangat signifikan hingga mencapai 431.471 pada 2019. Namun data SIMFONI PPA memperlihatkan peningkatan yang tidak terlalu tinggi, yaitu menjadi 13.821 kasus pada 2019 meskipun pada 2018 terjadi lonjakan hingga 16.217 kasus.<sup>20</sup>

Peningkatan kasus kekerasan pada perempuan akibat pandemi di Indonesia sulit untuk ditunjukkan dengan data-data dan laporan studi yang ada. Hasil survei Komnas Perempuan mengindikasikan adanya kecenderungan memburuknya hubungan dalam rumah tangga.<sup>21</sup> Sedangkan KPPPA mencatat terjadinya 643 kasus kekerasan pada anak dan perempuan di Indonesia sejak 2 Maret hingga 25 April 2020.<sup>22</sup> Jumlah ini jauh lebih kecil dari rata-rata bulanan kasus kekerasan pada perempuan dalam tiga tahun terakhir yang mencapai 1.183 kasus (dihitung dari rata-rata kasus per bulan selama 2017-2019 yang dilaporkan melalui SIMFONI PPA). Sementara itu, kajian cepat yang dilakukan Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia juga menunjukkan kecenderungan yang bervariasi antarsumber data.<sup>23</sup> Kajian ini melihat dinamika kasus kekerasan pada perempuan berdasarkan laporan kasus selama pandemi dari penyedia layanan. Di tingkat nasional, hasil kajian ini menunjukkan bahwa tren kasus kekerasan yang dilaporkan lembaga yang berbasis pelayanan yaitu KPPPA dan Forum Pengada Layanan (FPL) - cenderung menurun, sedangkan data dari lembaga yang berbasis pengaduan masyarakat yaitu Komnas Perempuan cenderung naik (Gambar 1). Sejalan dengan temuan di berbagai negara lain, tampaknya selama pandemi ada hambatan dalam pelaporan dan pencatatan pada lembaga berbasis pelayanan. Adanya pembatasan sosial membuat petugas kesulitan memberi pelayanan dan korban kekerasan juga kesulitan mengakses layanan KBG.



**Gambar 1. Kasus KBG yang dilaporkan per Bulan, November 2019-Juni 2020<sup>23</sup>**

Kecenderungan yang sama juga terlihat dari data di Provinsi DKI Jakarta, provinsi dengan jumlah kasus COVID-19 yang tertinggi di Indonesia. Jumlah kasus KBG bulanan yang dilaporkan Dinas Kesehatan DKI Jakarta dari Februari sampai Mei 2020 cenderung menurun. Sementara itu, kasus yang dicatat Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Provinsi, Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Apik, dan Yayasan Pulih, hingga Juni 2020 terlihat fluktuatif dan tidak menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan. Perbandingan data kasus yang ditangani oleh Unit Perlindungan Perempuan dan Anak (PPA) Polda Metro Jaya pada Januari-Desember 2019 dengan kasus pada Januari-Mei 2020, menunjukkan kecenderungan peningkatan tindak pidana persetubuhan/perkosaan, eksploitasi ekonomi/seks, diskriminasi/perilaku salah, dan KDRT. Adapun hasil pemantauan jumlah pemberitaan atau artikel mengenai KBG pada portal berita daring yang dilakukan dalam kajian cepat Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia, tidak menangkap adanya kenaikan yang signifikan selama pandemi. Jumlah artikel berita setiap bulannya cenderung stabil, namun pada jejaring sosial seperti Twitter, jumlah *tweets* terkait KDRT cenderung terus meningkat setiap bulannya, baik sebelum maupun selama pandemi. Berdasarkan ranah terjadinya kekerasan, KDRT lebih mendominasi KBG yang dilaporkan dan ditangani berbagai lembaga layanan. 6 dari 10 penyedia layanan yang

diwawancarai dalam kajian cepat Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia juga menyatakan bahwa KDRT merupakan kasus yang paling banyak dilaporkan. Situasi yang mengharuskan lebih banyak menghabiskan waktu di rumah mengamplifikasi risiko kekerasan tersebut. Menurut para penyedia layanan, hal ini juga terlihat dari meningkatnya kasus perceraian selama masa pandemi.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dalam kajian cepat tersebut, kasus KDRT yang terjadi pada masa pandemi umumnya merupakan kejadian berulang. Sebagai contoh, salah satu kasus yang ditangani oleh penyedia layanan adalah rumah tangga yang sebelum pandemi memiliki kondisi komunikasi yang buruk dan pernah terjadi kekerasan. Dengan diberlakukannya PSBB, korban dan pelaku harus bekerja dari rumah sehingga konflik itu memburuk. Hampir semua penyedia layanan yang diwawancarai pada kajian cepat tersebut menyatakan bahwa faktor ekonomi - yang tidak lepas dari pengaruh pembatasan aktivitas selama pandemi COVID-19 - merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi terjadinya KBG terhadap perempuan dalam rumah tangga pada masa pandemi.<sup>23</sup> Sebagian besar korbannya adalah perempuan dewasa dan pelakunya adalah pasangan dari korban. Aspek tingkat kesejahteraan tidak menjadi penentu utama kerentanan perempuan dewasa terhadap kekerasan. Komunikasi rumah tangga yang buruk sejak sebelum pandemi merupakan determinan terjadinya KDRT pada masa pandemi. Walaupun demikian, beberapa penyedia layanan menyatakan bahwa kelompok masyarakat berpenghasilan rendah memiliki kerentanan ekonomi dan peluang terjadinya kekerasan yang relatif lebih tinggi. Masih kuatnya cara pandang patriarki dapat dikatakan menjadi penyebab mendasar dari terjadinya KBG di dalam rumah tangga. Timpangnya relasi kuasa membuat perempuan pada posisi yang semakin rentan karena perempuan seringkali harus memegang peran domestik dan pemenuhan ekonomi keluarga. Faktor-faktor lain, seperti faktor ekonomi dan faktor terkait lain, akhirnya ikut mendorong potensi terjadinya KBG.

### **Pelayanan di masa pandemi**

Pelayanan korban kekerasan, yang terdiri atas layanan pengaduan/pelaporan dan layanan pendampingan, mengalami beberapa penyesuaian selama masa pandemi. Hasil kajian cepat Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia<sup>23</sup> yang diuraikan di bawah ini mengungkapkan adanya variasi penyesuaian antarlembaga penyedia layanan, walaupun semuanya sama-sama mengoptimalkan jalur-jalur layanan jarak jauh.

#### Layanan Pengaduan

Ada dua strategi adaptasi utama yang dilakukan oleh penyedia layanan, yaitu penggunaan media daring dan pelibatan aktor/instansi di lapangan. Media daring digunakan dalam penyampaian pelaporan dan tindak lanjut awal. Pelibatan petugas penyedia layanan dilakukan pada penjangkauan korban kekerasan yang melapor. Sebagian besar dari penyedia layanan menyatakan bahwa penyesuaian model layanan pengaduan berubah dari tatap muka menjadi daring. Media daring yang digunakan oleh penyedia layanan mencakup *hotline* telepon, media sosial, email, dan laman *website*. Model ini merupakan perubahan bagi mayoritas penyedia layanan, karena sebelum pandemi korban biasanya datang langsung ke penyedia layanan untuk melaporkan kasus. Walaupun demikian, beberapa penyedia layanan sebenarnya sudah menyediakan cara-cara pengaduan jarak jauh sejak sebelum pandemi, seperti *hotline* telepon P2TP2A DKI dan pengaduan melalui email yang dilakukan Yayasan Pulih. Pada masa pandemi, P2TP2A DKI menutup semua layanan pengaduan tatap muka – yang biasanya dibuka sebelum pandemi, sehingga pengaduan kasus harus beralih ke layanan *hotline* atau email. Selain itu, salah satu penyintas juga menceritakan bahwa dirinya mendapatkan jadwal konsultasi dengan petugas penyedia layanan setelah melapor melalui *Facebook*.

Beberapa penyedia layanan juga mengoptimalkan keterlibatan aktor di lapangan, seperti RT/RW dan Satuan Tugas Perlindungan Perempuan dan Anak (Satgas PPA), untuk menyalahi terbatasnya mobilitas selama pandemi dalam menjangkau korban kekerasan. Penyesuaian ini dilakukan P2TP2A Kota Bogor dan P2TP2A Kota Tangerang. Di Kota Tangerang terdapat Satgas PPA yang tersebar di semua kecamatan. Mekanisme ini dijalankan untuk memastikan segera dilakukannya penjangkauan awal ke korban kekerasan.

Pada masa adaptasi kebiasaan baru, sebagian penyedia layanan mulai membuka kembali pengaduan tatap muka, namun perkembangan antarpengaduan layanan berbeda-beda. Komnas Perempuan sempat membuka layanan tatap muka, tetapi akhirnya diubah menjadi daring lagi karena tidak ada yang berminat mengajukan pengaduan tatap muka. P2TP2A DKI dan LBH Apik justru harus melayani pengaduan tatap muka lebih banyak dari jumlah maksimal aduan tatap muka per hari selama pandemi, yaitu tiga orang. Beberapa penyedia layanan melihat adanya dampak positif dari strategi adaptasi ke layanan daring. Akses pelaporan menjadi lebih mudah dan terbuka bagi pelapor. Selain itu, pengaduan daring dianggap lebih memberikan fleksibilitas dan kenyamanan bagi pelapor dalam mengakses layanan. Pengaduan daring juga memperluas cakupan dan jangkauan layanan. Oleh karena itu, beberapa penyedia layanan, seperti Yayasan Pulih dan LBH Keadilan Bogor Raya, mengatakan akan mencoba mempertahankan layanan pengaduan daring pada masa pascapandemi.

#### Layanan Pendampingan

Setidaknya terdapat tujuh jenis layanan dari lembaga penyedia layanan untuk korban kekerasan, yaitu: (1) rujukan kasus; (2) pendampingan psikologi; (3) pendampingan hukum; (4) pendampingan sosial; (5) rumah aman; (6) perawatan kesehatan; dan (7) mediasi. Di masa pandemi ini, semua jenis layanan tersebut tetap bisa berjalan, namun intensitas pelaksanaannya dikurangi. Selain itu, beberapa penyesuaian juga diterapkan oleh penyedia layanan dalam pelaksanaan layanan-layanan tersebut, seperti tambahan persyaratan keterangan negatif COVID-19 untuk dapat mengakses rumah aman. Sebelum pandemi, rujukan bisa dilakukan hanya dengan menyerahkan surat pengantar resmi pada lembaga rujukan dan penanganan selanjutnya dilakukan sesuai kebutuhan korban. Layanan kesehatan juga menjadi lebih terbatas karena fasilitas kesehatan masih memfokuskan layanan pada COVID-19.

Pendampingan psikologis dan pendampingan hukum di semua lembaga penyedia layanan dialihkan menjadi pendampingan daring, kecuali untuk kasus-kasus yang mendesak/darurat dan untuk kebutuhan khusus. Untuk melakukan pendampingan psikologis, biasanya penyedia layanan menggunakan telepon dan *video call*. Pendampingan hukum oleh sebagai penyedia layanan dilakukan melalui *video call* atau *video conference* ketika dalam proses dengan polisi atau di persidangan. Dalam kasus tertentu, kedua pendampingan bisa dilakukan secara langsung, seperti yang dilakukan oleh LBH Apik dan LBH Keadilan Bogor Raya yang masih mendampingi proses persidangan secara langsung. Juga ada beberapa perbedaan penerapan mekanisme pendampingan psikologis dan hukum yang diterapkan oleh penyedia layanan selama pandemi. Yayasan Pulih, misalnya, ketika kajian cepat dilakukan<sup>23</sup> hanya memberikan layanan konseling, sedangkan pemeriksaan psikologis yang selalu dilakukan sebelum pandemi belum berjalan sepenuhnya. P2TP2A Kota Tangerang juga hanya melakukan pendampingan hukum sampai ke kepolisian, tetapi tidak sampai ke proses pengadilan.

Secara umum, penyedia layanan mengatakan bahwa berubahnya beberapa mekanisme pendampingan tidak mengubah waktu yang dibutuhkan dalam proses penyelesaian kasus. Proses pendampingan kasus tetap membutuhkan waktu setidaknya enam bulan. Hal ini serupa dengan sebelum terjadinya pandemi, cenderung tidak ada kasus yang bisa diselesaikan kurang dari enam bulan dan pada sebagian kasus, terutama yang sampai pada kepolisian, bisa memakan waktu hingga dua tahun. Terkait penetapan selesainya kasus, terdapat sedikit perbedaan standar antarpenyedia layanan. Namun, secara umum korban tetap bisa memutuskan untuk tidak melanjutkan kasusnya.

### Tantangan pelayanan di masa pandemi

Terdapat setidaknya lima tantangan utama yang teridentifikasi terkait penerapan maupun penyesuaian pelayanan bagi perempuan korban KBG pada masa pandemi.<sup>23</sup>

**Pertama**, pembatasan aktivitas dan keterbatasan mobilitas menyebabkan terhambatnya mekanisme rujukan dan respons penyelamatan cepat. Salah satu hambatan yang dirasakan adalah rujukan untuk mengakses rumah aman, karena beberapa rumah aman ditutup sementara akibat pandemi COVID-19. Hambatan lainnya adalah pengurangan jam operasional beberapa kantor layanan terkait korban kekerasan, seperti kepolisian dan kejaksaan. Pengurangan ini menyebabkan penindaklanjutan sebagian kasus terhambat atau menjadi lebih lama.

**Kedua**, belum jelasnya mekanisme pembiayaan dan pemrioritasan korban kekerasan dalam mengakses fasilitas kesehatan, termasuk untuk tes COVID-19. Pembiayaan menjadi persoalan terutama pada awal masa pandemi karena biaya untuk melakukan tes COVID-19 dibebankan pada korban atau penyedia layanan, padahal hasil tes ini dibutuhkan untuk bisa mengakses layanan seperti rumah aman. Oleh karena desakan untuk segera melindungi korban, beberapa penyedia layanan harus melakukan upaya mandiri untuk mengumpulkan dana dan dapat menempatkan korban ke tempat sementara lain sebelum bisa ke rumah aman. Di DKI Jakarta, permasalahan di atas sudah direspon Dinas Kesehatan dengan mengeluarkan surat edaran bahwa korban kekerasan juga termasuk prioritas *rapid test*. Sebelum surat edaran dikeluarkan, puskesmas memprioritaskan tiga kelompok saja, yaitu anak-anak, ibu hamil, dan lansia. Dengan pemrioritasan tersebut, pembiayaan *rapid test* juga tidak perlu lagi ditanggung oleh korban atau penyedia layanan.

#### Praktik Baik 1: Semangat Melayani di Masa Pandemi

Tergerak dari semangat untuk memberikan layanan yang terbaik bagi korban kekerasan, beberapa penyedia layanan menerapkan layanannya secara probono (*voluntary*). Tak jarang para petugas pendamping terpaksa merogoh koceknya juga untuk memastikan korban sudah makan atau mempunyai ongkos transportasi agar ia sampai ke tempat layanan selama proses penanganan kasus. Di masa pandemi, tak dapat dipungkiri ada rasa khawatir dari para petugas pendamping tertular COVID-19. Namun, mereka memilih untuk tetap memberikan pelayanan bagi korban dengan mengindahkan secara ketat protokol pencegahan penularan COVID-19.

*“karena kita apa sangat konsen sekali gitu ya terhadap kepentingan terbaik bagi anak dan juga perlindungan bagi para korban ini. Ya tetap dilakukan gitu ya meskipun dukungan dari pemerintah saat itu ya, kemarin itu sangat minim sekali. Harusnya bahkan kami pun juga harusnya kami sempat mengajukan untuk pemeriksaan Rapid Test kepada petugas gitu ya karena sebetulnya kita paling pertama nih kaya Nakes bedanya kita ga pegang suntikan, kita ga pegang apa namanya stetoskop gitu ya. Nah kemudian (eee) itu juga yang kemudian kami kemarin tidak bisa ya karena memang untuk prioritas.”*

(WM-2, 15 Juli 2020)

**Ketiga**, komunikasi daring menghambat kedekatan emosional antara korban dengan pendamping. Penyedia layanan merasa bahwa komunikasi daring membuat petugas kurang leluasa dalam mengamati respons dari korban ketika proses konseling berlangsung. Hal ini juga menjadi tantangan dalam membangun kepercayaan dengan korban. Oleh karena itu, beberapa penyedia layanan tetap melakukan pendampingan secara tatap muka, terutama dalam kasus-kasus khusus dan mendesak. Hilangnya kedekatan emosional sudah mulai dirasakan saat pelaporan. Layanan seperti *hotline* telepon tidak bisa menggantikan kedekatan yang bisa terbangun antara pelapor dan petugas ketika tatap muka. Beberapa pelapor mengatakan bahwa mereka merasa seperti sedang berinteraksi dengan mesin ketika melapor menggunakan media seperti *hotline*.

**Keempat**, penyesuaian alokasi sumber daya lembaga penyedia layanan, terutama untuk pelaksanaan operasional yang paling banyak mengalami perubahan. Penyesuaian ini terkadang justru menyebabkan adanya beban biaya yang harus ditanggung sendiri oleh petugas penyedia layanan. Sebagai contoh, karena standar pendampingan seharusnya dilakukan secara daring, biaya transportasi pendampingan dihapus, padahal dalam beberapa kasus masih perlu dilakukan pendampingan secara tatap muka.

**Kelima**, kebijakan penanganan pandemi COVID-19 yang terkesan tidak ajek juga menyulitkan proses adaptasi penyedia layanan. Salah satu penyedia layanan mengatakan bahwa kebijakan yang berubah-ubah menyulitkan proses perencanaan dan proyeksi untuk merespons perubahan situasi bagi korban kekerasan. Selain itu, beberapa penyedia layanan merasa bahwa kebijakan yang ada masih kurang bisa mengakomodasi kebutuhan khusus dalam layanan kesehatan - seperti layanan KB darurat dan pemeriksaan infeksi menular seksual (IMS) - bagi korban kekerasan. Belum adanya kebijakan dan regulasi sebagai standar layanan bagi korban kekerasan pada masa pandemi juga menjadi persoalan bagi mekanisme pelaksanaan dan koordinasi antarpenyedia layanan terkait, khususnya terkait regulasi dan koordinasi layanan rujukan.

### Penguatan sistem perlindungan anak

Selain kerentanan terhadap infeksi COVID-19, peningkatan kerentanan anak selama pandemi COVID-19 juga bersumber dari krisis sosial-ekonomi yang memengaruhi lingkungan pendukungnya, khususnya kondisi keluarga mereka. Dampak sosial ekonomi yang dipicu upaya pencegahan penyebaran COVID-19 dapat mengancam kesejahteraan anak, di antaranya dalam bentuk: meningkatnya gangguan kesehatan pada anak karena berkurangnya asupan yang bergizi, berkurangnya layanan kesehatan, dan efek infeksi virus; meningkatnya kemiskinan anak karena berkurang atau hilangnya penghasilan keluarga; menurunnya capaian pembelajaran di sekolah; meningkatnya kriminalitas anak; meningkatnya KDRT pada anak, meningkatnya pekerja anak, dan meningkatnya perkawinan anak.<sup>24</sup>

Kerentanan makin tinggi pada anak dari keluarga yang lebih miskin. Dampak pada rumah tangga miskin diprediksi bisa mengakibatkan tingkat kemiskinan anak yang lebih buruk dan berdampak pada kesehatan, kesejahteraan, dan luaran belajar mereka.<sup>25</sup> Anak di luar pengasuhan keluarga (termasuk mereka yang diasuh atau tinggal di panti-panti, lembaga pengasuhan lainnya, asrama, maupun anak-anak di lembaga pemasyarakatan atau ditahan karena berhadapan dengan hukum) juga menghadapi banyak keterbatasan pilihan untuk menjaga kebersihan dan hidup sehat, serta sumber daya lain yang bisa membantu mereka mengelola risiko fisik maupun mental selama masa pandemi.<sup>26</sup>

Selain karena kondisi anak dan keluarganya, kerentanan anak selama pandemi juga meningkat karena berkurangnya berbagai bentuk layanan. Kesehatan fisik anak dapat langsung dipengaruhi baik oleh infeksi COVID-19 maupun kondisi kesehatan sebelumnya, keterbatasan layanan kesehatan dan terapi rutin, keterbatasan pilihan dalam menjaga jarak aman dan kebersihan diri, serta kondisi rumah dan lingkungan. Kesehatan mental anak juga dapat terpengaruh keterbatasan layanan kesehatan mental dan terapi rutin, menurunnya kualitas pelayanan kebutuhan dasar, serta terputusnya berbagai layanan publik yang menimbulkan tekanan baru. Kerentanan semakin besar terutama pada anak-anak yang harus berada di rumah dengan fasilitas infrastruktur dasar (sanitasi dan air bersih, serta jaringan internet) yang kurang memadai, ruangan yang terbatas dan tanpa akses ke ruang terbuka, dalam jangka waktu yang lama. Terlebih lagi pada anak dalam lingkungan dengan kecenderungan kekerasan dalam rumah tangga.

### Situasi kerentanan anak selama pandemi COVID-19

Kemiskinan dan berbagai bentuk deprivasi anak sebelum terjadinya pandemi COVID-19 merupakan salah satu sumber kerentanan, dan berpotensi teramplifikasi oleh berbagai pembatasan sosial dan krisis yang dipicu pandemi. Berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) September 2019, sekitar 11,5 persen anak di Indonesia hidup di bawah garis kemiskinan nasional, lebih tinggi dari tingkat kemiskinan semua kelompok umur yang mencapai 9,22 persen. Hasil estimasi berdasarkan model simulasi menunjukkan bahwa jika pertumbuhan ekonomi pada 2020 turun menjadi satu persen (Bank Indonesia<sup>27</sup> memperkirakan pertumbuhan ekonomi pada 2020 akan berkisar antara 1-2 persen), kemiskinan anak diperkirakan naik menjadi 15,5 persen.<sup>28</sup> Pada survei sosial demografi dampak COVID-19 yang dilakukan BPS, sekitar 70,52 persen responden berpendapatan rendah mengaku mengalami penurunan pendapatan.<sup>29</sup> Studi yang dilakukan Yayasan Sayangi Tunas Cilik (YSTC) juga memperkirakan sekitar 5-7 juta anak berpotensi untuk terpaksa bekerja, dan sekitar 400-500 anak perempuan usia 10-17 tahun berisiko menikah pada saat pandemi ini.<sup>30</sup>

Selain faktor ekonomi keluarga, banyak anak yang memiliki kerentanan tinggi karena faktor keterbatasan infrastruktur dan akses terhadap layanan (Tabel.1).<sup>31</sup> Adapun anak-anak yang rentan karena berada di luar pengasuhan keluarga, setidaknya terdiri atas: sekitar 1.660 anak yang ditahan atau ditempatkan di Lembaga Penempatan Anak Sementara (LPAS), Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA), rumah tahanan dan lembaga masyarakat; sekitar 102.482 anak yang hidup di 3.575 panti-panti di seluruh Indonesia - belum mencakup panti-panti yang tidak terdata di Kementerian Sosial; sekitar 1.091.591 santri mukim di 15 wilayah terdampak COVID-19; dan sekitar 16 ribu anak jalanan pada 2018. Juga diperkirakan ada sekitar 3.761 anak pencari suaka yang tinggal di pengungsian di seluruh Indonesia.<sup>31</sup>

**Tabel 1. Anak dengan Berbagai Bentuk Kerentanan, 2018 (dalam Juta)<sup>31</sup>**

	Indikator	Total	Perempuan	Laki-laki
1	Anak pada 20% Rumah Tangga (RT) termiskin	38,45	18,78	19,67
2	RT dengan anak 10-17 tahun yang bekerja			
	Jumlah anak	1,69	0,6	1,09
3	Anak di RT tanpa akta kelahiran			
	Usia < 1 tahun	2,3	1,14	1,18
	Usia < 5 tahun	6,58	3,22	3,36
4	Anak di RT tanpa air bersih	51,94	25,34	26,60
5	Anak di RT tanpa air listrik	1,58	0,75	0,85

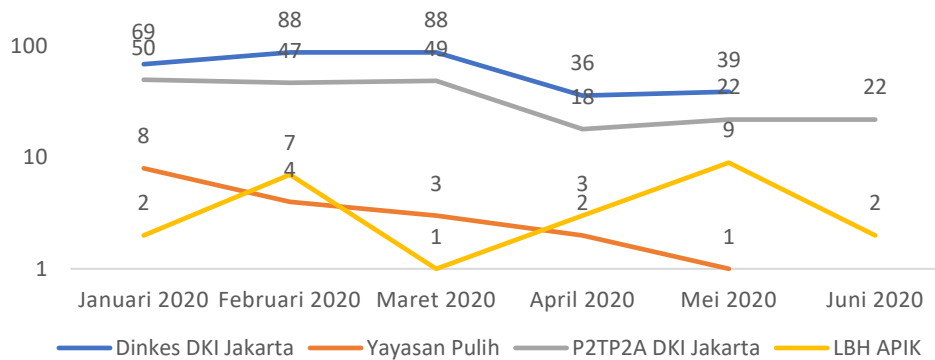
Indikator		Total	Perempuan	Laki-laki
6	Anak di RT tanpa sanitasi layak	26,66	12,95	13,71
7	Anak di RT tanpa asuransi kesehatan	35,56	17,48	18,08
8	Balita tanpa asuransi kesehatan	13,29	6,54	6,75
9	Anak tanpa akses internet			
	Usia SD	23,50	11,37	12,12
	Usia SMP	5,46	2,40	3,06
	Usia SMA	2,00	0,87	1,14

Kondisi kesehatan anak secara umum, seperti 42,1 persen anak usia 12-23 bulan yang tidak mendapat imunisasi dasar lengkap dan 50,4 persen balita dengan kasus tuberkulosa pada 2019, juga menambah kerentanan terhadap penularan COVID-19.<sup>32</sup> Pada survei daring yang dilakukan JPAL pada April 2020, sekitar 35 persen respondennya menyatakan sering kali mengurangi porsi makan karena masalah keuangan. Hal ini berpotensi meningkatkan kekurangan gizi balita serta ibu hamil dan menyusui, meningkatkan gizi buruk, gangguan tumbuh kembang, dan *stunting* pada anak. Pemenuhan hak kesehatan anak juga terhambat, di antaranya karena penundaan pemberian obat cacing dan imunisasi anak. Sedangkan pendidikan anak juga akan terdampak akibat pemberlakuan kebijakan belajar dari rumah, yang perlu dilakukan untuk meminimalkan kontak untuk mencegah penularan COVID-19. Persoalan mengenai hambatan pelayanan kesehatan secara khusus dibahas di Bab 3 Kapasitas Pelayanan Kesehatan, dan persoalan seputar pendidikan dibahas di Bab 8 Penyelenggaraan Pendidikan.

Anak juga menghadapi kerentanan terhadap KDRT. Secara umum, kekerasan yang terjadi di dalam rumah tangga meningkatkan faktor risiko terjadinya kekerasan terhadap anak, baik dalam bentuk penelantaran atau kekerasan.<sup>33</sup> Kekerasan yang terjadi di dalam rumah tangga menyebabkan terganggunya kesehatan mental anak-anak dan remaja secara signifikan.<sup>34</sup> Sebagaimana KBG, kekerasan terhadap anak juga bukan isu baru, namun bisa teramplifikasi selama pandemi. Sebelum terjadinya pandemi, studi KPPPA pada 2018 menunjukkan bahwa sekitar 62 persen anak perempuan dan lelaki mengalami satu atau lebih dari satu bentuk kekerasan sepanjang hidupnya, dan 12–15 persen anak laki-laki dan perempuan usia 13–17 tahun pernah mengalami kekerasan melalui media daring dalam 12 bulan terakhir.<sup>35</sup> Survei tersebut juga menemukan bahwa satu dari 11 anak perempuan dan satu dari 17 anak laki-laki mengalami kekerasan seksual. Selain itu, tiga dari lima anak perempuan dan separuh dari semua anak lelaki pernah mengalami kekerasan emosional. Anak-anak tersebut mengalami berbagai bentuk kekerasan di lingkungan rumah, yang seharusnya aman, dan di tangan orang yang seharusnya dapat mereka percayai.

Kajian cepat Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia tidak bisa menangkap secara jelas ada atau tidaknya peningkatan kekerasan pada anak selama masa pandemi.<sup>23</sup> Data kasus yang ditangani Unit PPA Polda Metro Jaya mencatat 45 kasus diskriminasi/perilaku salah atau kekerasan pada anak selama 2019, dan meningkat menjadi 72 kasus pada 2020. Sedangkan jumlah kasus kekerasan pada anak yang dilaporkan ke berbagai layanan di DKI Jakarta selama periode Januari hingga Juni 2020 tidak memperlihatkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus (Gambar 2). Kemungkinan hal ini terjadi karena adanya hambatan dalam mengakses pelayanan, sejalan dengan pernyataan beberapa penyedia layanan bahwa pelaporan kasus-kasus kekerasan pada anak menjadi tertunda selama masa pandemi ini. Menurut beberapa lembaga pelayanan, korban kekerasan laki-laki dan perempuan hampir seimbang, dengan orang dewasa atau anak lain sebagai pelaku kekerasan. Adapun pemicu kekerasan yang dilakukan oleh orang tua kepada anaknya, antara lain, adalah stres dan frustrasi dengan situasi yang serba sulit di masa pandemi ini.





**Gambar 2 Kasus Kekerasan terhadap Anak yang Dilaporkan atau Ditangani Penyedia Layanan (Januari – Mei 2020)<sup>42</sup>**

Kasus KBGO juga banyak dialami anak-anak selama masa pandemi ini. Sebagian besar kasus KBGO merupakan kasus yang pertama kali terjadi. Lemahnya pendampingan dan pengawasan orang tua atau orang dewasa lainnya terhadap penggunaan ponsel pintar oleh anak-anak dan remaja merupakan penyebab utama dari kasus KBGO yang dilaporkan selama masa pandemi. Selama adanya kebijakan di rumah saja, penggunaan gawai menjadi relatif lebih intensif. Hal ini berdampak pada peningkatan risiko anak dalam berinteraksi dengan orang yang tidak diketahui latar belakangnya melalui media sosial atau aplikasi lainnya. Menurut P2TP2A DKI Jakarta dan P2TP2A Kota Tangerang, penyesuaian model pendidikan di masa pandemi dari tatap muka menjadi berbasis daring juga meningkatkan kerentanan anak terhadap kekerasan seksual berbasis daring, jika orang tua atau orang dewasa lainnya tidak melakukan pendampingan dan pengawasan yang ketat.<sup>23</sup>

### Intervensi kebijakan perlindungan anak selama pandemi COVID-19

Secara umum, respon pemerintah dalam mengantisipasi peningkatan kerentanan anak tetap mengacu pada strategi perlindungan anak dalam RPJMN 2020-2024, dengan penyesuaian-penyesuaian untuk mengikuti protokol di masa pandemi dan kebutuhan serta karakteristik anak yang berbeda-beda. Setidaknya ada tiga jenis intervensi, yaitu: (i) pengurangan kerentanan; (ii) peningkatan pemahaman dan kesiapsiagaan; (iii) penyediaan dan peningkatan efektivitas layanan.<sup>32</sup>

Intervensi utama dalam rangka pengurangan kerentanan adalah perluasan bantuan sosial. Program-program bantuan sosial, yang dibahas secara khusus di Bab Pembelajaran Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial, merupakan instrumen yang sangat penting dalam perlindungan anak. Berbagai program seperti PKH, bantuan tunai, dan program sembako akan meningkatkan ketahanan ekonomi keluarga miskin dan rentan, dan secara tidak langsung mengurangi kerentanan anak di keluarga penerima manfaat. Namun berbagai kelemahan dalam penetapan sasaran program menyebabkan sebagian anak-anak yang miskin dan rentan tidak menikmati manfaat dari bantuan tersebut. Selain itu, KPPPA juga memberikan bantuan spesifik perempuan dan anak terdampak COVID-19, yang ditujukan untuk memastikan perempuan dan anak terpenuhi hak-haknya di tengah pandemi COVID-19. Sasaran bantuan ini adalah kelompok rentan terdampak, yang terdiri atas anak-anak di bawah 18 tahun, balita, anak yang membutuhkan perlindungan khusus, perempuan lansia, perempuan disabilitas, perempuan prasejahtera, dan perempuan kepala rumah tangga. Untuk mendorong hal tersebut, KPPPA mengeluarkan Surat Edaran terkait pemanfaatan dana dekonsentrasi PPPA tahun 2020 untuk antara lain pemberian bantuan spesifik perempuan dan anak.<sup>36</sup> Pada peringatan Hari

Anak Nasional (Juli 2020) juga dilakukan penyaluran bantuan di seluruh Indonesia, di antaranya: 700 paket di Jakarta Timur, 1.000 paket di Bantar Gebang-Bekasi, 228 paket di Depok, dan 57 paket di Lampung Selatan.<sup>37</sup> Paket bantuan yang diberikan berupa susu untuk anak usia 3-4 tahun, makanan tambahan bergizi seperti kacang hijau, biskuit, sereal, dan popok (*diapers*). Adapun bantuan yang diberikan pada perempuan remaja dan dewasa berupa pembalut dan berbagai barang kebutuhan lain.

Upaya untuk peningkatan pemahaman dan kesiapsiagaan dilakukan dengan mengintensifkan komunikasi, penyebaran informasi, dan edukasi melalui pendekatan keluarga dan lingkungan. Setidaknya, ada dua program yang dimanfaatkan untuk tujuan ini, yaitu Gerakan Bersama Jaga Keluarga Kita (BERJARAK) yang diluncurkan oleh KPPPA dan Program Keluarga Tangguh Bencana (KATANA) yang dilaksanakan BNPB yang sudah dibentuk jauh sebelum pandemi COVID-19. Gerakan Berjarak diluncurkan pada awal April 2020 dengan fokus utama intervensi terhadap kelompok yang rentan terdampak paparan COVID-19 - seperti anak, perempuan, lansia dan penyandang disabilitas - untuk diberikan perlindungan secara adil, non-diskriminatif dan bebas dari stigma. Gerakan ini dirancang untuk dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi dalam koordinasi dengan kementerian/lembaga terkait dan Dinas PPPA di seluruh Indonesia.<sup>38</sup> Dalam gerakan ini dicanangkan 10 aksi, yaitu: (1) tetap di rumah; (2) hak perempuan dan anak terpenuhi; (3) alat perlindungan diri tersedia; (4) jaga diri, keluarga, dan lingkungan; (5) membuat tanda peringatan; (6) menjaga jarak fisik; (7) mengawasi keluar masuk orang dan barang; (8) menyebarkan informasi yang benar; (9) aktivasi media komunikasi *online*; dan (10) aktivasi rumah rujukan.

Intervensi dalam Gerakan BERJARAK ini meliputi upaya pencegahan dan penanganan. Terkait pencegahan, dilakukan penyusunan materi edukasi yang disebar melalui sosialisasi di media cetak, elektronik dan media sosial, serta memanfaatkan mobil dan motor perlindungan (Molin dan Torlin). Target utama penyebaran informasi ini adalah tempat-tempat yang banyak dikunjungi perempuan dan anak, seperti pasar tradisional, lapas perempuan, lapas anak, panti anak, dan panti jompo. Upaya penanganan dilakukan dengan membentuk tim relawan dari jejaring yang ada, termasuk Forum Anak, Pusat Pembelajaran Keluarga (PUSPAGA), Fasilitator Sekolah Ramah Anak, Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM), dan Forum Partisipasi Publik untuk Kesejahteraan Perempuan dan Anak (PUSPA). Fungsi unit pelayanan di daerah, seperti Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak (UPTD PPA) dan PUSPAGA, juga ditingkatkan agar dapat tetap menyediakan layanan - baik secara daring maupun kunjungan ke keluarga jika dibutuhkan. Juga dilakukan optimalisasi layanan pengaduan berbasis daring.<sup>39</sup>

KATANA telah diinisiasi oleh BNPB sebelum pandemi dan ditujukan untuk mengurangi korban jiwa pada saat terjadi bencana melalui penguatan pemahaman di lingkungan keluarga dan komunitas.<sup>40</sup> Penguatan dilakukan melalui tiga pilar utama, yaitu: (i) pilar *champion* - tokoh pegiat penanggulangan risiko bencana (PRB), musisi, tokoh agama, Alumni Ekspedisi Khatulistiwa, budayawan, dll.; (ii) pilar pusat – aparat sipil negara (ASN) di kementerian/lembaga, mitra organisasi relawan, mitra lembaga usaha, mitra perguruan tinggi, dan mitra media; (iii) pilar daerah - ASN di daerah (provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/kelurahan), dan forum PRB daerah. Juga ada keluarga KATANA, yaitu keluarga yang terdaftar di BNPB dan telah memenuhi standar ketangguhan terhadap bencana. Dalam konteks pandemi COVID-19, dikampanyekan upaya pencegahan COVID-19 di rumah dengan melakukan pembagian tugas kepada para anggota keluarga - siapa berbuat apa dan bagaimana caranya dalam membuat rencana kesiapsiagaan keluarga, seperti penerapan 3M (memakai masker, mencuci tangan dengan sabun, dan menjaga jarak). Selain itu, juga disosialisasikan kontak *hotline*, seperti nomor anggota keluarga yang berbeda, nomor telepon perangkat RT/RW, tim siaga COVID-19 dan fasilitas kesehatan rujukan.

Dalam kerangka penyediaan dan peningkatan efektivitas layanan, pada Mei 2020 KPPPA menyiapkan enam protokol terkait pencegahan penyebaran COVID-19. Keenam Protokol ini telah disetujui oleh Gugus Tugas Percepatan Penanggulangan COVID-19 dan ditindaklanjuti dengan penyusunan pedoman pelaksanaan oleh masing-masing kementerian/lembaga (K/L) terkait. Keenam protokol tersebut adalah: (1) protokol tata kelola data anak; (2) protokol pengasuhan bagi anak tanpa gejala, anak dalam pemantauan, pasien anak dalam pengawasan, kasus konfirmasi, dan anak dengan orang tua/pengasuh/wali berstatus orang dalam pemantauan, pasien dalam pengawasan, kasus konfirmasi, dan orang tua yang meninggal karena COVID-19; (3) protokol pengeluaran dan pembebasan anak melalui asimilasi dan integrasi, pembebasan tahanan, penanggungan penahanan dan bebas murni; (4) protokol penanganan anak korban dan pelaku kekerasan di masa pandemi COVID-19; (5) protokol perlindungan khusus anak penyandang disabilitas di masa pandemi COVID-19; dan (6) protokol perlindungan khusus pengungsi anak dan pengungsi anak luar negeri. KPPPA sebagai koordinator penyelenggara perlindungan anak, juga memastikan sistem rujukan dan layanan bagi anak yang disediakan oleh K/L dapat terhubung dalam berbagai protokol penanganan COVID-19.<sup>41</sup> Implikasi dari pelaksanaan protokol yang ketiga di atas adalah adanya himbauan pemulangan anak dari pesantren dan asrama, dan kebijakan Kementerian Hukum dan HAM untuk pembebasan narapidana dan tahanan anak-anak. Berdasarkan perhitungan kasar dari jumlah anak yang ditahan antara tanggal 30 Maret 2020 dan 4 Mei 2020, diperkirakan 1.029 anak telah dibebaskan selama rentang waktu tersebut di seluruh Indonesia.<sup>31</sup>

Untuk memperkuat layanan perlindungan anak, pada April 2020 Pemerintah juga meluncurkan Layanan Psikologi Sehat Jiwa (SEJIWA). Melalui kerja sama dengan PT. Telkom, Tbk - yang menyediakan perangkat *hotline* – dan Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) - yang menyediakan psikolog profesional dan mendampingi serta memberi penguatan kapasitas relawan di tingkat nasional dan daerah. SEJIWA memberikan dukungan psikologis awal bagi masyarakat Indonesia selama pandemi COVID-19. Layanan ini memberikan pendampingan bagi anak terdampak COVID-19 dan anak yang memerlukan perlindungan khusus, di samping pendampingan bagi perempuan terdampak COVID-19 - termasuk perempuan korban KDRT, perempuan dalam situasi darurat dan kondisi khusus, perempuan pekerja migran, dan perempuan disabilitas.

Mekanisme pelayanan SEJIWA disesuaikan dengan prosedur dan protokol pencegahan penyebaran COVID-19. Masyarakat dapat konsultasi dengan tenaga psikolog melalui *hotline* unit pengaduan, *web browser*, atau surat elektronik (*email*) KPPPA. Pelayanan ini akan diintegrasikan dengan kelompok kerja (pokja) daerah Gerakan BERJARAK. *Hotline* layanan SEJIWA juga terhubung dengan UPTD PPA/P2TP2A, Lembaga Perlindungan Anak, dan FPL yang ada di seluruh provinsi dan kabupaten/kota, sesuai lokasi pelapor. Seluruh Kepala Dinas PPPA menugaskan Kepala Unit Layanan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk menerima dan menindaklanjuti setiap aduan yang masuk, serta memastikan semua aduan dilayani dengan sebaik-baiknya dan dipantau hingga proses terminasi.<sup>42</sup>

Namun, hingga satu minggu setelah diresmikan, total aduan dari masyarakat melalui layanan SEJIWA relatif masih rendah, yaitu 344 aduan dari 2.978 panggilan yang diterima melalui 119 ext. 8, dengan rasio panggilan transfer sebesar 11,55 persen. Oleh karena itu, diperlukan upaya antisipasi, di antaranya dengan: menambah jumlah psikolog yang melayani; memastikan relawan psikolog mampu mengidentifikasi korban kekerasan yang kemudian dirujuk ke KPPPA; menentukan kode pertolongan untuk korban KDRT, kekerasan seksual, dan kekerasan anak; mempertimbangkan upaya pengaduan KDRT selain dari sistem yang sudah ada; dan perlu disiapkan kanal aduan jika terjadi kendala teknis dan non-teknis dalam layanan ini.<sup>42</sup>

## Peningkatan perlindungan dan dukungan bagi pemuda

Pemuda memiliki beberapa karakteristik khusus yang perlu diwaspadai dalam mengantisipasi peningkatan kerentanan mereka selama pandemi COVID-19. Tingginya kebutuhan untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan teman sebaya serta berkegiatan di area terbuka akan terbatas dengan adanya pembatasan sosial dan penutupan sekolah. Hal ini dapat menimbulkan stres dan menurunkan kesehatan mental mereka. Jika dikombinasikan dengan tingginya *exposure* ke media sosial dan kecenderungan untuk pemanfaatan berita di media sosial sebagai sumber informasi utama, maka pemuda akan rentan terhadap KBGO dan berita tidak benar (*hoax*), yang juga akan memperburuk kesehatan mental mereka. Tingginya penggunaan gawai juga berpotensi meningkatkan adiksi penggunaan gawai. Selain itu, cukup banyak pemuda yang baru memasuki dunia kerja dan sangat rentan terhadap pemutusan hubungan kerja (PHK). Di sisi lain, pemuda mempunyai potensi dan keinginan untuk terlibat dalam kegiatan sosial dan berpartisipasi dalam menghadapi pandemi.

### Situasi kerentanan remaja dan pemuda selama pandemi COVID-19

Setidaknya ada tiga bentuk kerentanan remaja dan pemuda yang sangat perlu diantisipasi karena berpotensi untuk teramplifikasi oleh pandemi COVID-19 ini, yaitu kerentanan kesehatan mental, kerentanan terhadap kekerasan, dan kerentanan ekonomi.

#### Kerentanan terhadap kesehatan mental

Isu kesehatan mental pemuda sudah membutuhkan perhatian bahkan sebelum terjadinya pandemi COVID-19. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi depresi penduduk Indonesia umur  $\geq 15$  tahun mencapai 6,1 persen, tetapi hanya 9 persen dari mereka yang menjalani pengobatan medis. Prevalensi gangguan mental emosional penduduk umur  $\geq 15$  tahun juga terus meningkat – dari 6 persen pada 2013 menjadi 9,8 persen pada 2018. Rendahnya pengobatan pada penderita kesehatan mental ini di antaranya disebabkan oleh rendahnya pemahaman dan akses pada layanan kesehatan jiwa. Isu kesehatan mental juga kurang mendapat perhatian di lingkungan sekolah.<sup>43</sup>

Walaupun berbagai tekanan yang muncul karena pandemi mengancam kondisi kesehatan mental semua kelompok usia, survei *The Global Initiative on Decent Jobs for Youth* menunjukkan bahwa tingkat kesehatan mental terburuk dialami oleh pemuda usia 18-24 tahun selama pandemi COVID-19.<sup>44</sup> Pada kelompok usia muda ini, pandemi cenderung meningkatkan kecemasan dan merubah perilaku - menjadi mudah marah dan agresif, paranoid, berdiam diri, serta adiksi penggunaan internet. Bagi perempuan, situasi dengan kecemasan yang tinggi ini berdampak pada siklus menstruasi yang tidak teratur - satu di antara enam perempuan (pemuda) dilaporkan mengalami kesulitan dalam mengelola menstruasi pada saat pandemi.<sup>45</sup>

Berdasarkan survei daring yang dilakukan oleh para pemuda yang tergabung dalam *Youth Advisory Panel (YAP)* UNFPA Indonesia,<sup>46</sup> penyebab kecemasan pada remaja dan pemuda adalah merasa lingkungan tidak aman sehingga mereka khawatir keluarga terpapar COVID-19 (43 persen), diikuti oleh kondisi dimana mereka tidak bisa bersosialisasi dengan orang lain (23 persen), masalah pangan dan keuangan selama pandemi (22 persen), dan tugas yang diberikan oleh guru (12 persen). Peserta diskusi kelompok di fase pertama pada studi yang sama juga menggambarkan bahwa perasaannya cenderung lebih suram sejak memasuki masa pandemi COVID-19 karena terus dihantui rasa takut kemanapun pergi. Berbagai studi lain juga menyatakan bahwa situasi pandemi meningkatkan rasa takut,<sup>45</sup> cemas,<sup>47,48</sup> waspada dan sedih di kalangan pemuda,<sup>49,50</sup> serta meningkatkan risiko anak dan

pemuda untuk mengalami masalah emosi dan perilaku.<sup>51</sup> Satu dari tiga U-reporter UNICEF Indonesia (7.469 orang usia 15-30 tahun) juga menyatakan bahwa mereka merasa takut ketika mendengar tentang COVID-19, dan satu di antara lima orang bahkan merasa sangat takut.<sup>45</sup>

Berbagai studi menyoroti pemberitaan di media, kebijakan pembatasan jarak sosial, kurangnya informasi tentang situasi COVID-19 terbaru sebagai sumber ancaman kesehatan mental pada anak dan pemuda. Sebanyak 59,9 persen anak usia 7-18 tahun merasa tidak senang dengan belajar dari rumah dikarenakan bosan dan jenuh.<sup>52</sup> Selanjutnya, pemberitaan terkait naiknya jumlah pasien COVID-19 dan banyaknya fakta tidak menyenangkan di lapangan, seperti tenaga medis yang gugur saat bertugas, membuat kecemasan publik meningkat.<sup>50</sup> Beberapa faktor lain yang menyebabkan kecemasan pada masa pandemi Covid-19 adalah pemberitaan yang terlalu heboh di media massa maupun media sosial, serta kurangnya literasi terkait dengan penyebaran dan cara mengantisipasi penularan COVID-19.<sup>48</sup> Survei daring yang dilakukan YAP UNFPA Indonesia menunjukkan bahwa sumber utama rasa takut yang tinggi di kalangan remaja dan pemuda di Indonesia adalah media sosial, yang menjadi sumber informasi utama mereka. Informasi tentang COVID-19 tergolong mudah diakses, kecuali bagi penyandang disabilitas tuli yang terkendala karena kurangnya juru bahasa isyarat atau tidak adanya teks bantu pada video yang menjadi sumber informasi. Walaupun demikian, maraknya berita palsu menjadi tantangan sendiri bagi remaja dan pemuda yang tidak memiliki akses ke informasi yang benar tentang COVID-19 dan yang tidak mengetahui cara mengecek berita palsu. Para peserta survei yang mengalami isu kesehatan mental merasa butuh lebih banyak informasi tentang COVID-19 dan merasa tidak percaya bahwa masyarakat umum mematuhi protokol COVID-19 dalam kehidupan sehari-hari.<sup>46</sup>

Dari survei tersebut juga terungkap bahwa:<sup>46</sup>

- Terjadinya perubahan perilaku sejak peraturan pembatasan jarak sosial diterapkan. Meskipun 1 dari 3 peserta survei mengatakan bahwa perilaku mereka tidak berubah; sekitar 23 persen mengaku mengalami perubahan perilaku seperti merasa lebih mudah marah, 19 persen merasa paranoid (cepat cemburu, posesif, protektif berlebihan), 15 persen merasa lebih sering berdiam diri dan tidak mau berinteraksi, dan 13 persen merasa menjadi agresif.
- Sangat sedikit diantara pemuda peserta survei yang mengelola kecemasan mereka dengan mengakses layanan kesehatan mental. Hanya 7 persen dari responden yang akan mengakses layanan kesehatan atau konseling. Sebagian besar (54 persen) mengelola kecemasan mereka dengan mengalihkan perhatiannya - mencari kesibukan dengan bekerja, berolahraga atau kontak dengan teman sebaya. Sebagian lainnya mengalihkan kecemasan dengan bermain gawai (*gadget*) atau media sosial (34 persen). Sedangkan 5 persen sisanya tidak akan melakukan aktivitas apa pun dalam mengatasi kecemasan mereka.
- Sumber dukungan yang diharapkan oleh pemuda untuk membantu mengatasi tekanan mental selama pandemi adalah dari keluarga (56 persen), diikuti oleh teman sebaya (22 persen), dan dari pasangan (11 persen). Adapun tenaga kesehatan/konselor berada pada posisi paling rendah dalam mendukung kesehatan mental mereka.

#### Kerentanan terhadap kekerasan berbasis gender *online*

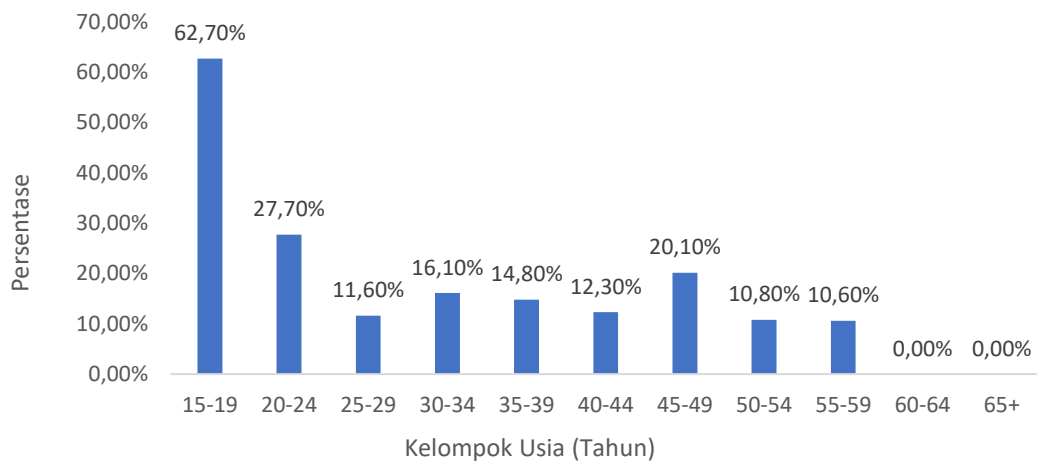
Di samping kekerasan dalam rumah tangga yang dialami anak dan remaja selama pandemi, KBGO merupakan bentuk kekerasan yang paling banyak dialami pemuda. Sejak sebelum pandemi, kasus KBGO memang telah cenderung meningkat dan di masa pandemi, tingginya intensitas penggunaan gawai pintar semakin mempercepat peningkatan kasus ini. Sebagian besar kasus KBGO yang

dilaporkan selama pandemi ini merupakan kasus baru, dan lebih banyak dialami oleh perempuan (pemuda). Namun, kasus KBGO ini cenderung sulit untuk ditindaklanjuti ke ranah hukum karena pelakunya seringkali tidak jelas keberadaannya sehingga pendekatan penanganannya lebih difokuskan pada korban.<sup>23</sup> Di antara peningkatan KBGO diamati Woman Crisis Center (WCC) di Malang, yang mencatat peningkatan jumlah kekerasan dalam berpacaran yang dialami pemuda di Malang Raya.<sup>52</sup> Sepanjang 2019, WCC Malang menerima 18 laporan kekerasan remaja dalam berpacaran – dengan pelapor rata-rata remaja usia SMP hingga mahasiswi. Sedangkan dari Januari hingga Agustus 2020, telah diterima laporan 34 kasus KBG. Berdasarkan laporan yang masuk, mayoritas mengarah pada kekerasan seksual, hingga ancaman menyebarkan video hubungan seksual. Karena belajar daring di masa pandemi COVID-19 seperti saat ini hanya membutuhkan waktu beberapa jam, waktu luangnya digunakan untuk pacaran secara *online*, kemudian mereka bertemu.

### Kerentanan ekonomi

Dampak pandemi COVID-19 terhadap pemuda pada segi pekerjaan dan finansial cukup besar, terutama bagi mereka yang menjadi pemberi nafkah keluarga. Rendahnya pengetahuan pemuda terhadap hak-hak mereka sebagai pekerja bisa berkontribusi terhadap sedikitnya penerima manfaat jaminan sosial dan jaminan ketenagakerjaan. Selain itu, kelompok pekerja informal muda memiliki kerentanan yang paling tinggi karena kehilangan pemasukan utama dan bergantung terhadap bantuan masyarakat dalam situasi pandemi ini. Bahkan jauh sebelum pandemi COVID-19, pemuda mendominasi penduduk yang menganggur di Indonesia. Berdasarkan Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) 2019, sekitar tiga perempat penduduk yang menganggur adalah pemuda.<sup>54</sup> Di antara pemuda yang bekerja, sekitar 28 persen bekerja kurang dari 35 jam per minggu; dan sekitar 40 persen bekerja di sektor informal.<sup>55</sup>

Pandemi COVID-19 memperbesar tantangan pemuda untuk mendapatkan pekerjaan. Angka pengangguran pemuda diperkirakan akan meningkat dengan lebih cepat dibandingkan dengan angka pengangguran generasi dewasa. Survei global terkait pemuda dan COVID-19 mengungkapkan bahwa 1 di antara 6 pemuda, yang bekerja sebelum pandemi, berhenti bekerja saat pandemi. Kebanyakan dari mereka adalah pekerja muda berusia 18-24 tahun dan bekerja di bidang administrasi, pelayanan, penjualan, kerajinan, dan perdagangan.<sup>44</sup> Survei yang dilakukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) pada April–Mei 2020 menunjukkan bahwa tingkat PHK pada kelompok usia muda lebih tinggi daripada angkatan kerja kelompok usia yang lebih tua (Gambar 12.3).<sup>56,57</sup> Lebih tingginya angka PHK pemuda terjadi terutama karena pengalaman kerja mereka yang lebih rendah jika dibandingkan dengan penduduk yang lebih dewasa.



**Gambar 3. Persentase PHK berdasarkan kelompok usia<sup>55</sup>**

Kerentanan ekonomi pemuda juga semakin besar karena rendahnya kepesertaan dalam jaminan sosial ketenagakerjaan dan jaminan kesehatan. Pada 2015, kepesertaan pemuda dalam Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan Jaminan Kematian (JKm) hanya mencapai 20,5 persen.<sup>58</sup> Sedangkan kepesertaan pemuda dalam jaminan kesehatan pada 2019 sudah mencapai sekitar 67,3 persen.<sup>55</sup> Cakupan jaminan sosial ketenagakerjaan yang masih sangat kecil ini harus didorong dengan sosialisasi yang gencar tentang konsep asuransi dan pentingnya perlindungan untuk tenaga kerja dalam menghadapi berbagai risiko selama masa produktif maupun pensiun.

### **Intervensi kebijakan perlindungan dan dukungan bagi pemuda**

Dalam kaitan dengan perlindungan terhadap kekerasan dan kesehatan mental, peningkatan dan penyesuaian layanan penanganan kekerasan pada perempuan dan anak, yang telah dibahas di bagian terdahulu, pada prinsipnya juga dapat dimanfaatkan oleh remaja dan pemuda. Namun dalam konteks remaja dan pemuda, mekanisme pelaporan kekerasan masih dirasa kurang ramah terhadap pemuda, terutama bagi remaja yang usianya beririsan dengan usia anak yaitu 10-17 tahun. Proses pelaporan tindak kekerasan terhadap kelompok umur ini, pada lembaga tertentu, masih mengharuskan adanya pendampingan orang tua. Petugas penerima laporan kurang tanggap jika pelaporan korban hanya didampingi teman sebayanya. Sedangkan anak dan remaja seringkali merasa malu jika harus menceritakan terlebih dahulu kepada orang tua, mereka lebih nyaman bercerita kepada teman sebaya.<sup>43</sup>

### **Praktek Baik 2: Edukasi KBG di Masa Pandemi**

Kegiatan edukasi kepada masyarakat luas secara langsung tentang kekerasan berbasis gender terpaksa ditiadakan di masa pandemi. Padahal kegiatan ini amatlah penting untuk terus menerus dilakukan dalam rangka pencegahan kejadian kekerasan. Beberapa lembaga secara kreatif justru memanfaatkan momen ‘*stay at home*’ dengan menggelar acara diskusi *online* yang bisa diakses secara umum dengan topik kekerasan berbasis gender. Kegiatan ini banyak menarik minat pemuda dan pemudi, khususnya dalam hal kesadaran hukum dan pencegahan KBG.

*“kita memberikan penyuluhan hukum secara online kepada masyarakat, baik di live instagram ... maupun Facebook. (eee) nah Instagram ini apa (eee) keinginan kami adalah supaya anak muda ini bisa sadar hukum gitu ya. Karena Instagram itu pangsa- (eee) pasarnya adalah anak-anak muda dan itu memang antusiasme luar biasa, apa lagi kan (eee) meningkatnya kasus-kasus kekerasan berbasis gender online apa penyebaran konten maupun video-video porno itu kan lagi marak di saat-saat Covid kayak gini kan.” (WM-4, 22 Juli 2020)*

Di samping itu, sarana untuk perlindungan kekerasan *bullying* di media sosial yang dapat berdampak pada kesehatan mental juga masih dianggap kurang. Walaupun demikian, pada batas-batas tertentu, Pandemi COVID-19 ini telah memacu peningkatan pelayanan terkait perlindungan dan kesehatan mental bagi remaja dan pemuda, khususnya karena optimalisasi pelaporan dan pelayanan berbasis daring yang cenderung lebih ramah pemuda serta diinisiasinya bentuk layanan *hotline* seperti SEJIWA.

Selain itu, berbagai lembaga internasional – seperti UNICEF dan UNFPA, juga lebih gencar mengadvokasikan keterlibatan pemuda dalam respon COVID-19, khususnya dalam komunikasi, informasi dan edukasi. UNICEF, misalnya, telah melibatkan remaja dan pemuda dalam menyusun dan menyebarkan materi komunikasi, informasi dan edukasi terkait kesehatan mental untuk remaja dan pemuda selama pandemi COVID-19, sehingga diharapkan akan lebih dipahami dan sesuai dengan kebutuhan remaja dan pemuda.<sup>59</sup> Selain itu, UNFPA Indonesia juga melibatkan komunitas remaja dan pemuda dalam berbagai dialog yang dilakukan melalui media sosial (*Instagram Live*) terkait partisipasi aktif remaja dan pemuda dalam menghadapi pandemi COVID-19. Dalam dialog tersebut, para narasumber (perwakilan komunitas remaja dan pemuda) berbagi pengalaman bagaimana komunitas mereka membantu sesama dan masyarakat untuk menghadapi COVID-19. Hal ini diharapkan dapat menginspirasi remaja dan pemuda lainnya. UNFPA Indonesia juga membangun kapasitas remaja dan pemuda dengan melibatkan *influencer* atau *content creator* kesehatan reproduksi digital dalam mengkomunikasikan risiko COVID-19 melalui *Community of Practice*. UNICEF, UNFPA, dan berbagai lembaga di bawah PBB, serta lembaga internasional lainnya, juga menyusun kesepakatan untuk remaja dan pemuda dalam Aksi Kemanusiaan sebagai panduan bersama dalam mengedukasi masyarakat, khususnya remaja dan pemuda, mengenai berbagai hal terkait COVID-19.<sup>60</sup>

Terkait dengan kerentanan ekonomi, diluncurkannya Program Kartu Prakerja pada April 2020 merupakan salah satu respon Pemerintah yang banyak diakses pemuda. Program yang ditujukan untuk pencari kerja, pekerja/buruh yang terkena PHK, dan/atau pekerja/buruh yang membutuhkan peningkatan kompetensi (termasuk pelaku usaha mikro dan kecil) ini bisa diakses semua warga negara Indonesia yang berusia 18 tahun ke atas yang telah lulus SMA/SMK dan perguruan tinggi dan tidak sedang mengikuti pendidikan. Untuk merespon dampak dari pandemi COVID-19, sementara waktu program ini diprioritaskan bagi pekerja/buruh yang dirumahkan maupun pelaku usaha mikro dan kecil yang terdampak pandemi.<sup>61</sup> Hingga Desember 2020, program ini telah diterima oleh 5,6 juta orang (dari sekitar 43 juta pendaftar), dan rencananya akan dilanjutkan pada 2021.<sup>62</sup> Peserta program ini dapat memilih jenis pelatihan secara bebas. Meskipun dalam desain awal pelatihan diberikan secara *online* dan *offline*, pada masa pandemi ini semua pelatihan dilakukan secara *online*. Penerima program juga mendapat uang untuk bantuan pelatihan sebesar Rp 1 juta dan insentif sebesar Rp 600 ribu per bulan, selama 4 bulan pascapelatihan.<sup>63</sup>

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. **Kerentanan Perempuan** - Adanya hambatan dalam pelaporan dan pelayanan selama pandemi COVID-19 menjadi salah satu kendala yang menyebabkan terhambatnya proses mitigasi untukantisipasi terjadinya kasus KDRT. Berbagai layanan telah mengoptimalkan layanan melalui jalur daring. Namun, masih diperlukan penyempurnaan berbagai aspek dalam tata kelola layanan.
2. **Kerentanan Anak** - Berbagai bentuk kerentanan anak berpotensi teramplifikasi selama pandemi COVID-19. Pemerintah telah menginisiasi berbagai intervensi untuk meningkatkan ketahanan keluarga dan lingkungan untuk mempertahankan pemenuhan hak dan mengupayakan



perlindungan bagi anak. Namun, upaya tersebut masih perlu terus ditingkatkan dan disempurnakan agar lebih responsif dan terpadu.

3. **Kerentanan Remaja dan Pemuda** - Pandemi COVID-19 berpotensi meningkatkan kerentanan pemuda terhadap penurunan kesehatan mental, peningkatan kekerasan- khususnya KBGO, dan PHK. Walaupun perbaikan pelayanan penanganan kekerasan dan peningkatan kesehatan mental serta dukungan program ketenagakerjaan telah dilakukan, kesemuanya masih perlu ditingkatkan agar lebih sesuai dengan kebutuhan spesifik pemuda.

## Rekomendasi

### 1. Perubahan strategi pelayanan bagi korban KBG perlu dioptimalkan dengan memperhatikan aspek tata kelola layanan:

- Regulasi dan pengaturan layanan. Pengembangan alur layanan, penyusunan SOP sesuai dengan strategi layanan yang baru, aturan pencatatan dan pelaporan serta kebijakan penganggaran perlu dikembangkan untuk mendukung penyediaan layanan pelaporan dan pendampingan bagi korban KBG. Pengaturan antarlembaga yang menjadi jejaring rujukan dalam bentuk koordinasi rutin juga menjadi kebutuhan yang mendesak, mengingat tiap-tiap lembaga telah melakukan perubahan beberapa kebijakan internal untuk menyesuaikan dengan kebijakan adaptasi kebiasaan baru yang dikembangkan sektor kesehatan.
- Pembiayaan layanan. Pembiayaan yang diakibatkan oleh penerapan protokol kesehatan seharusnya menjadi tanggung jawab pemerintah, sebagai upaya untuk memastikan terpenuhinya layanan esensial bagi korban KBG. Pembiayaan pemerintah ini diharapkan tidak hanya melalui lembaga pemerintah tetapi juga melalui lembaga nonpemerintah yang bekerja untuk pelayanan korban KBG.
- Pengaturan sumber daya manusia. Perubahan strategi layanan dengan mengintensifkan layanan *online* ke dalam layanan pengaduan/pelaporan dan menerapkan layanan kombinasi tatap muka dengan *online* menuntut perubahan kompetensi staf lembaga dan pemahaman dari pemerlu layanan.
- Dukungan perlengkapan. Perubahan strategi layanan dan penerapan protokol kesehatan membutuhkan dukungan perlengkapan yang memadai bagi penyedia layanan. Perlengkapan standar, berupa masker, *face shield*, dan infrastruktur sanitasi, di penyedia layanan menjadi perlengkapan dasar yang harus dipenuhi alokasi anggarannya oleh pemerintah, sebagai bagian dari kebijakan pelayanan bagi korban KBG.
- Pencatatan dan pelaporan. Untuk mendukung pelaksanaan perubahan strategi perlu dukungan perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan, agar dapat dimanfaatkan untuk pengambilan kebijakan secara cepat. Sistem pencatatan dan pelaporan tersebut diharapkan bisa mengintegrasikan layanan korban KBG yang selama ini masih cenderung terpisah-pisah sehingga seringkali menimbulkan tumpang tindih pelaporan oleh berbagai lembaga. Penyesuaian sistem pencatatan dan pelaporan ini sekaligus bisa menjadi dasar untuk melakukan standarisasi pelayanan bagi korban KBG di masa mendatang.

2) **Sistem perlindungan anak yang sudah disesuaikan dan ditingkatkan perlu terus diperkuat agar menjadi lebih komprehensif, dan diarahkan untuk pemenuhan hak anak serta mengurangi kesenjangan pada masa pemulihan.**<sup>31</sup>

- Penataan data agar layanan dan sistem lebih inklusif dan akuntabel. Secara umum, diperlukan: (i) data agregat yang berfokus pada sebaran dan karakteristik wilayah - terutama tingkat RT/RW/desa/kelurahan, hingga kecamatan - untuk tujuan intervensi kolektif; dan (ii) data individu *by-name-by-address* untuk intervensi langsung ke keluarga. Secara khusus, diperlukan: (i) koordinasi lintas sektor untuk perbaikan sistem data administrasi kependudukan (adminduk), agar bisa beragipakai secara aman dan sewaktu; (ii) fasilitasi bagipakai data COVID-19 dengan merujuk pada Protokol Tata Kelola Data Anak yang diterbitkan oleh Tim Gugus Tugas COVID-19; dan (iii) pemanfaatan pendataan sasaran respon COVID-19 untuk memperbaiki Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) dan data adminduk.
- Penatakelolaan layanan dasar dan publik agar lebih responsif. Menyiapkan sistem dan prosedur untuk melaksanakan layanan virtual yang tidak hanya bersifat sementara dan hanya beroperasi di masa tanggap darurat, tetapi bisa terus tersedia dengan kualitas yang semakin baik di masa pemulihan, rehabilitasi, dan pascapandemi. Sebagai pelengkap, perlu dilakukan persiapan pengoperasian kembali layanan nonvirtual di masa pascapandemi dengan memastikan: (i) penyediaan alat pelindung diri (APD) bagi penyedia layanan; (ii) peningkatan jumlah dan jangkauan layanan bergerak berkala untuk memantau kondisi serta kebutuhan anak dan keluarga; dan (iii) peningkatan peran aktif pemerintah daerah dalam memobilisasi kader di tingkat komunitas dalam mendokumentasikan kebutuhan masyarakat dan menjamin berjalannya layanan.
- Menata perlindungan khusus yang dapat mendeteksi, mencegah, dan menangani kekerasan yang dialami anak dan kelompok rentan dari beragam identitas sosial, baik usia, gender, maupun status disabilitas. Menggunakan data SPHPN (2016) dan Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja (SNPHAR, 2018) untuk menggali informasi lebih detil tentang prevalensi dan karakteristik kekerasan serta penanganannya, sebagai landasan untuk membenahi sistem, jangkauan, dan kualitas layanan penanganan kekerasan. Menyiapkan sistem dan prosedur agar unit layanan terus dapat menyediakan layanan virtual di masa pemulihan, rehabilitasi, dan pascapandemi. Meningkatkan pengelolaan data kasus secara aman, etis, terpilah gender dan disabilitas, serta mampu identifikasi kebutuhan khusus pengguna layanan.

3) **Respon untuk mengantisipasi kerentanan remaja dan pemuda, khususnya terkait kesehatan mental, KGBO, dan ketenagakerjaan perlu terus ditingkatkan.**<sup>46</sup>

- Penguatan kesehatan mental. Meningkatkan ketahanan mental pemuda dengan cara: (i) penyebaran informasi yang benar secara lebih intensif melalui kerja sama dengan *influencer* di media sosial; (ii) pengembangan kegiatan remaja dan pemuda melalui konsep virtual, yang tetap membuat mereka merasa terhubung dengan kelompok teman sebaya; (iii) peningkatan kemampuan orang tua dan keluarga dalam mendukung pengelolaan isu kesehatan mental pada remaja dan pemuda; (iv) peningkatan akses ke layanan kesehatan yang lebih inovatif dengan harga yang lebih terjangkau dan ramah disabilitas; (v) peningkatan layanan konseling individual, bimbingan dan konseling kelompok bagi remaja dan pemuda.

- Peningkatan perlindungan terhadap KBGO. Meningkatkan perlindungan pengguna internet dan pencegahan adiksi internet saat pandemi COVID-19 melalui: (i) sosialisasi tentang peraturan dan kebijakan terkait dengan perlindungan pengguna internet - dari *cyberbullying* hingga kekerasan seksual, terutama bagi remaja dan pemuda; (ii) sosialisasi tentang cara penggunaan internet dengan bijak, seperti cara menjaga privasi dan keamanan di dunia siber, cara mengidentifikasi dan bersikap terhadap *cyberbullying*, serta strategi pemanfaatan internet untuk ilmu pengetahuan dan pengembangan diri; (iii) membuat sistem pelaporan yang mudah diakses oleh orang muda secara daring, dan pendampingan bagi yang menjadi korban *cyberbullying* atau kekerasan berbasis *online* lainnya, dan (iv) program sosialisasi dan pendampingan bagi orang tua yang mendampingi anaknya selama proses belajar dari rumah. Pemerintah, bersama dengan pemimpin dan tokoh masyarakat, juga perlu melakukan intervensi perubahan perilaku agar masyarakat lebih cepat tanggap dalam merespon tindakan kekerasan dan memiliki perspektif yang mendukung pemulihan korban kekerasan secara lebih inklusif, serta mampu memberikan perlindungan hukum secara penuh pada korban kekerasan agar mempermudah proses hukum.
- Peningkatan dukungan dan perlindungan ketenagakerjaan. Pemerintah perlu melanjutkan dan memperluas cakupan bantuan sosial (dengan menambahkan vitamin, masker dan *hand sanitizer* dalam paket bantuan), khususnya bantuan yang dapat menjangkau kaum muda yang terdampak pandemi; serta memastikan pekerja muda mendapatkan Jaminan Perlindungan Sosial (JPS) dengan mewajibkan pemberi kerja untuk mendaftarkan pekerjanya dalam sistem BPJS Ketenagakerjaan serta sosialisasi tentang hak-hak pekerja bagi pekerja muda yang terdampak COVID-19. Pemerintah juga perlu memberikan dukungan kebijakan untuk mendorong wirausaha muda, diantaranya dalam bentuk: (i) bantuan dana yang ditargetkan untuk mendukung proses pemulihan/pembangunan kembali bisnis pemuda; (ii) promosi dan jaringan – khususnya untuk mendukung dan mempromosikan bisnis lokal melalui jaringan bisnis *online* (*e-commerce*, Jaringan Kewirausahaan Muda *Online*); (iii) kepastian stabilitas harga pasar sekaligus percepatan peluncuran paket stimulus bagi UKM (termasuk pelonggaran pajak bagi UKM); dan (iv) *toolkit* atau buku pegangan mengenai implementasi bisnis selama masa adaptasi kebiasaan baru.<sup>64</sup>
- Pelibatan aktif remaja dan pemuda. Pemerintah perlu memberi ruang untuk bekerja sama secara langsung dengan komunitas remaja dan pemuda baik di tingkat nasional dan daerah dalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program/kegiatan kepemudaan yang membantu remaja dan pemuda mengatasi isu-isu yang berdampak pada kehidupan mereka, termasuk kesehatan mental, KBGO dan ketenagakerjaan, tidak terkecuali di masa pandemi COVID-19.

## Daftar Pustaka

1. Adger, W. N. Vulnerability. 2006. *Global Environmental Change*, 16(3), 268–281. Available from <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>
2. Smit, B., & Wandel, J. Adaptation, adaptive capacity and vulnerability. 2006. *Global Environmental Change*, 16(3), 282–292. Available from <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.03.008>
3. Mazza, Marano, Lai, Janiri, & Sani, 2020 - Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiri, L., & Sani, G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. 2020 *Psychiatry Research*. Available from <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>
4. Bradbury-Jones RN, C. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. 2020. *Journal of Clinical Nursing*, 12 April. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>
5. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. 2020. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549–552. Available from <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
6. Campbell, A.M. An increasing risk of family violence during COVID-19 pandemic: Strengthening community collaboration to save lives. *Forensic Science International: Report*. 2020. Available from <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>.
7. Plan International. *Living under Lockdown: Girls and COVID-19*. 2020. Woking, Surrey: Plan International Global Hub.
8. Amber Peterman, Megan O’Donnell, and Tia Palermo. *COVID-19 and Violence against Women and Children What Have We Learned So Far?* June 2020. CGD Note. Center for Global Development.
9. Amber Peterman, Megan O’Donnell. *COVID-19 and Violence against Women and Children A Second Research Round Up*. September 2020. CGD Note. Center for Global Development.
10. Amber Peterman, Megan O’Donnell. *COVID-19 and Violence against Women and Children A Third Research Round Up for the 16 Days of Activism*. December 2020. CGD Note. Center for Global Development.
11. Sievers, D. and R. Greifinger. *Evidence Series: Gender-Based Violence*. 2016. Washington, D.C.: Population Services International.
12. Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 01 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Layanan Terpadu Bagi Perempuan Dan Anak Korban Kekerasan.
13. United Nations. *The United Nations Fourth World Conference on Women: Platform for Action (D) Violence against Women*. 1995 Available from <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm>.
14. Dobash, Russell P., R. Emerson Dobash, Margo Wilson and Martin Daly. *The Myth of Sexual Symmetry in Marital Violence*. 1992. *Social Problems*, Vol. 39, No. 1 (Feb., 1992), pp. 71-91. University of California Press on behalf of the Society for the Study of Social Problems
15. Walby, S. and Allen, J. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey*. 2004. London: Home Office.
16. Peterman, A., Potts, A., Donnell, M. O., Shah, N., Oertelt-prigione, S., Gelder, N. Van, Favarin, S. *COVID-19, Family Stress and Domestic Violence: Remote Work, Isolation and Bargaining Power*. 2020. Center for Global Development.
17. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. 2020. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 April. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12735>

18. van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. 2020. *EClinicalMedicine*. Available from <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
19. Databoks. Berapa Jumlah Kekerasan terhadap Perempuan? 2020. Available from <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2020/03/09/berapa-jumlah-kekerasan-terhadap-perempuan>
20. BPS. Jumlah kasus dan Persentase korban kekerasan terhadap perempuan yang mendapat layanan komprehensif, 2017-2019. 2020. Available from <https://www.bps.go.id/dynamictable/2020/04/13/1796/jumlah-kasus-dan-persentase-korban-kekerasan-terhadap-perempuan-yang-mendapat-layanan-komprehensif-2017-2019.html>
21. Komnas Perempuan. Menata Langkah dalam Ketidakpastian: Memperkuat Gerak Juang Perempuan di Masa Pandemi COVID-19 - Kajian Implementasi Kebijakan PSBB dan Dampaknya Pada Hak Konstitusional Perempuan. 2020. Jakarta. Available from [https://drive.google.com/file/d/1Mru3ihq6mrUnmbxTecf06\\_uOGUGSVUQE/view](https://drive.google.com/file/d/1Mru3ihq6mrUnmbxTecf06_uOGUGSVUQE/view)
22. Media Indonesia. Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan Meningkat 63% Selama Pandemi. 2020. Available from <https://mediaindonesia.com/humaniora/368269/kasus-kekerasan-terhadap-perempuan-meningkat-63-selama-pandemi> 2020). jumlah kasus kekerasan pada perempuan selama pandemi
23. Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia. Laporan Kajian Cepat Dampak Pandemi COVID-19 terhadap Layanan Korban Kekerasan Berbasis Gender di Jakarta dan Sekitarnya. 2020. (Draft, belum dipublikasikan)
24. UNICEF. COVID-19 dan Anak-Anak di Indonesia Agenda Tindakan untuk Mengatasi Tantangan Sosial Ekonomi , 2020... kerentanan anak di masa pandemi
25. Van Lancker, W., & Parolin, Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. 2020. *Lancet Public Health*. doi:10.1016/S2468-2667(20)30084-0
26. Goldman, van Ijendoorn, Sonuga-Barke, & Lancet Institutional Care Reform Commission Group, 2020)
27. Bisnis.com. Bos BI Ramal Pertumbuhan Ekonomi 2020 Berkisar -2 persen hingga -1 PersenBank Indonesia. 2020. Available from <https://ekonomi.bisnis.com/read/20201217/9/1332294/bos-bi-ramal-pertumbuhan-ekonomi-2020-berkisar-2-persen-hingga-1-persen>
28. Isdijoso, Widjajanti, Hafiz Arfiyanto, Muhamad Adi Rahman, Michelle Andrina, Ridho Al Izati, Niken Rarasati. Potensi Dampak Sosial-Ekonomi Pandemi COVID-19, khususnya pada Anak dan Pekerja Anak. 2020. Bahan paparan Webinar Nasional Pandemi COVID-19 : Tantangan dan Strategi Penanggulangan Pekerja Anak Secara Kolektif dan Berkelanjutan Dalam Rangka Peringatan Hari Dunia Menentang Pekerja Anak. Bappenas & PAACLA - Jumat, 12 Juni 2020
29. BPS. Hasil Survei Sosial Demografi Dampak COVID-19. 2020.
30. YSTC 2020. dalam Subandi Sarjoko. "Berkejaran dengan Waktu" Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan. 28 September 2020.
31. KOMPAK, PUSKAPA, UNICEF. Berkejaran dengan Waktu: Kajian Kebijakan untuk Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan (2020).
32. Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Keynote Speech – Peluncuran Kertas Kebijakan: "Berkejaran dengan Waktu: Masukan Kebijakan untuk Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan". 28 September 2020. Bahan Paparan disampaikan pada: Peluncuran Kajian Kebijakan untuk Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan. Jakarta

33. Roje Đapić, M., Buljan Flander, G., & Prijatelj, K. Djeca iza zatvorenih vrata COVID-19 izolacije: zlostavljanje, zanemarivanje i nasilje u obitelji. 2020. *Archives of Psychiatry Research*, 56(2), 181–192. <https://doi.org/10.20471/dec.2020.56.02.06>
34. Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. 2020. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Available from <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
35. UNICEF. Situasi Anak di Indonesia. 2020
36. Kementerian PPPA. Surat Sekretaris Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. B-371A/Sesmen/Roren&Data/PR.01/04/2020, tentang Penggunaan Dana Dekonsentrasi PPPA untuk Perlindungan Perempuan dan Anak Dalam Masa Pandemi COVID -19, tanggal 30 April 2020.
37. Portal Web Pemerintah Kabupaten Lampung Selatan. Lampung Selatan Terima 57 Paket Bantuan Kebutuhan Spesifik Perempuan dan Anak Terdampak COVID-19. 21/07/2020. Available from <https://www.lampungselatankab.go.id/web/2020/07/21/lampung-selatan-terima-57-paket-bantuan-kebutuhan-spesifik-perempuan-dan-anak-terdampak-COVID-19/>
38. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Hadapi Pandemi COVID-19, BERJARAK Hadir Perkuat Perlindungan dan Kesejahteraan Perempuan dan Anak. 23 April 2020. Available from <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/2644/hadapi-pandemi-COVID-19-berjarak-hadir-perkuat-perlindungan-dan-kesejahteraan-perempuan-dan-anak>.
39. SisasterChannel.co. Peran Keluarga Tangguh Bencana Dalam Pencegahan Covid 19. 2020. Available from <http://disasterchannel.co/2020/10/23/peran-keluarga-tangguh-bencana-dalam-pencegahan-COVID-19-2/>
40. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Lindungi Anak dari COVID – 19 dan Dampaknya, Segera Unduh Protokol Perlindungan Anak dalam Situasi Pandemi COVID – 19. 7 Mei 2020. Available from <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/2656/lindungi-anak-dari-COVID-19-dan-dampaknya-segera-unduh-protokol-perlindungan-anak-dalam-situasi-pandemi-COVID-19>
41. Layanan Psikologi SEJIWA Hadir Sebagai Wadah Aduan Bagi Perempuan dan Anak Terdampak COVID-19 (<https://kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/2655/layanan-psikologi-sejiwa-hadir-sebagai-wadah-aduan-bagi-perempuan-dan-anak-terdampak-COVID-19>)
42. Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia. Laporan: *Background Study* Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 Bidang Pemuda. 2019.
43. ILO. Youth and COVID-19. Impact on Jobs, Education, Rights and Mental Wellbeings. Survey Report 2020. Available from [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/documents/publication/wcms\\_753026.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_753026.pdf).
44. UNICEF. Jajak Pendapat U-Report UNICEF: Menstruasi saat pandemic. 2020. Available from <https://indonesia.ureport.in/story/832/>.
45. UNFPA Indonesia. Laporan analisis situasi tentang situasi dan kebutuhan orang muda usia 15 - 30 tahun dalam pandemi COVID-19. 2020. (Draf, belum dipublikasikan).
46. Suryaatmaja, D. J. C., & Wulandari, I. S. M. Hubungan Tingkat Kecemasan Terhadap Sikap Remaja Akibat Pandemi COVID-19. 2020. *Malahayati Nursing Journal*, 2(4), 820-829.
47. Fitria, 2020] - Fitria, L., & Ildil, I. Kecemasan remaja pada masa pandemi COVID-19. 2020. *Jurnal EDUCATIO: Jurnal Pendidikan Indonesia*, 6(1), 1-4.

48. Jaringan DPO Respon Covid Inklusif. Laporan Asesmen Cepat Dampak COVID-19 Bagi Penyandang Disabilitas: Yang Bergerak Dan Yang Terpapar Di Masa Pandemi, Suara Disabilitas dari Indonesia. 2020.
49. Gloria, Fransisca. Survei Milenial Indonesia Terhadap Pandemi COVID-19, Begini Hasilnya. 23 Mei 2020. Available from <https://lifestyle.bisnis.com/read/20200523/219/1244074/survei-milenial-indonesia-terhadap-pandemi-COVID-19-begini-hasilnya>
50. Wiguna, Tjhin. Survei Kesehatan Jiwa Masyarakat pada Masa Pandemi di COVID-19: Fokus pada Kesehatan Jiwa Remaja. 2020. Jakarta: FKUI-RSCM
51. Diara, Margret Schwarzkopf. Survei Mendengar suara anak Indonesia tentang COVID-19.2020. Child Fund International in Indonesia
52. rri.co.id. Pandemi COVID-19, Kekerasan Remaja Berpacaran Meningkat. 15 Agustus 2020. Available from <https://rri.co.id/daerah/883601/pandemi-COVID-19-kekerasan-remaja-berpacaran-meningkat>
53. Kementerian PPN/Bappenas dan UNFPA Indonesia. Dokumen Strategi Nasional Kewirausahaan Pemuda. 2020. (Draft, belum dipublikasikan)
54. BPS. Statistik Pemuda 2019. 2020
55. LIPI, Kemnaker, dan LD FEB UI *Survei Dampak Darurat Virus Corona terhadap Tenaga Kerja di Indonesia: Kelompok Buruh/Karyawan*. 2020. Jakarta: LIPI, Kemnaker, dan LD FEB UI.
56. Lokadata. Survei LIPI: Gelombang PHK pekerja muda. 23 Mei 2020. Available from <https://lokadata.id/artikel/survei-lipi-gelombang-phk-pekerja-muda>
57. Kementerian PPN/Bappenas, UNFP Indonesia dan SMERU Institute. Laporan Baseline Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) Pemuda dan Remaja di Indonesia. 2019. Laporan Penelitian SMERU (Draf, belum dipublikasikan)
58. UNICEF. Materi KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) untuk remaja terkait kesehatan mental. 2020. Available from <https://www.unicef.org/indonesia/id/coronavirus/materi-kie-untuk-remaja-terkait-kesehatan-mental>
59. UNICEF. Bekerja untuk dan dengan anak muda. 2020. Available from <https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org.indonesia/files/2020-06/COVID-19-Bekerja-dengan-dan-untuk-anak-muda-2020.pdf>
60. Kartu Prakerja. Ap aitu Kartu Prakerja. 2020. Available from <https://www.prakerja.go.id/tentang-kami>
61. Bisnis.com. Banyak Disorot, Cakupan Kartu Prakerja Tahun 2021 Justru Diperluas. 28 Desember 2020. Available from <https://kabar24.bisnis.com/read/20201228/15/1336201/banyak-disorot-cakupan-kartu-prakerja-tahun-2021-justru-diperluas>
62. Cakap. 4 Manfaat Kartu Prakerja untuk Generasi Muda. 2020. Available from <https://blog.cakap.com/4-manfaat-kartu-prakerja/>
63. Subandi Sarjoko. “Berkejaran dengan Waktu” Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan. 28 September 2020. Bahan Paparan disampaikan pada: Peluncuran Kajian Kebijakan untuk Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan. Jakarta
64. Youth Co:Lab. Result of Survey on June 2020 Impact of COVID-19 on Youth Entrepreneurs in Indonesia. 2020.

## **BAB 12**

# **Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial**



## BAB 12: Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial

### Sistem dan Mekanisme Perlindungan Sosial

(Dharendra Wardhana, Ph.D; Dinar D. Kharisma, Ph.D; Gayatri W. Nirwesti, MSE; Ekaning Wedarantia, SKM; Ratna Kusumaningrum, MT; Dr. Ahmad D. Gunadi, Maliki, Ph.D; Mahatmi P. Saronto, MSIE; Dr. Muhammad Cholifihani; dan Harry Lesmana, MPA)

Urgensi perbaikan sistem perlindungan sosial semakin mengemuka seiring mendalamnya dampak sosial-ekonomi akibat pandemi. Definisi perlindungan sosial yang dipergunakan mengacu pada kesepakatan dalam tataran praktis dan akademis, yakni: 1) bantuan sosial (*social assistance*) yang bersifat *charity*, tanpa iuran (*non-contributory*), dan didanai oleh anggaran negara, dan 2) jaminan sosial (*social insurance*) yang bersifat *contributory* (memerlukan iuran peserta), sehingga pembiayaannya tidak sepenuhnya bergantung pada pemerintah.

#### Pesan Utama

- ❑ **Reformasi sistem perlindungan sosial (bantuan sosial dan jaminan sosial) yang adaptif kebencanaan** sebagai upaya perbaikan sistem perlindungan sosial yang lebih efektif.
- ❑ **Pengembangan protokol darurat perlindungan sosial pada masa pandemi** yang merupakan prasyarat kunci pada ketangkasan dalam merespons dengan intervensi diperlukan secara cepat.

**Reformasi sistem perlindungan sosial (bantuan sosial dan jaminan sosial) yang adaptif kebencanaan** – Reformasi dititikberatkan pada upaya penargetan sasaran penerima yang akurat, penyaluran program perlindungan sosial secara cepat, mudah, dan terintergrasi, responsif terhadap kondisi bencana, dan pembiayaan berkesinambungan. Diperlukan perluasan cakupan dan tingkat akurasi basis data kesejahteraan, diiringi dengan penguatan mekanisme pemutakhirannya agar ini diperlukan agar basis data dapat mengidentifikasi dan menjangkau kelompok miskin, rentan, dan terdampak bencana dengan lebih cepat dalam situasi darurat. Perluasan cakupan penerima program bantuan sosial dan jaminan sosial diutamakan pada perlindungan untuk anak, kelompok disabilitas, lansia, perempuan, dan pekerja informal yang cenderung lebih rentan terdampak bencana atau krisis akibat bencana. Salah satu caranya dengan menambah variasi jenis program, seperti melalui program peningkatan produktivitas dengan prasyarat ringan untuk pekerja informal.

**Pengembangan protokol darurat perlindungan sosial pada masa pandemi** – Diperlukannya rencana kontinjensi dengan ketentuan yang sudah diatur dalam protokol secara lengkap dan detail. Dengan adanya protokol ini diharapkan respons kebijakan bantuan sosial dan jaminan sosial lebih cepat karena adanya sistem peringatan dini (*early warning system*) atau ukuran acuan yang menentukan saatnya beralih dari mode normal (*business as usual*) menjadi mode darurat (pandemi).

## Pendahuluan

Definisi baku perlindungan sosial secara akademik mengerucut pada konvensi rumusan yang terdiri atas bantuan sosial (*social assistance*) dan jaminan sosial (*social insurance*). Sebagian kalangan memperluas definisi tersebut dengan menambahkan komponen-komponen di luar konteks perlindungan seperti transformasi penghidupan (*livelihood*), dan pemberdayaan (untuk rangkuman tinjauan pustaka terkait definisi silakan merujuk pada Devereux dan Sabates-Wheeler (2004) dan Brunori dan Reilly (2010)).<sup>1,2</sup>

Pada praktiknya, penerapan sistem perlindungan sosial di Indonesia mulai dirintis ketika terjadi krisis moneter 1997-1998 dengan fokus pada berbagai program bantuan sosial (untuk rangkuman kisah tersebut dapat melihat artikel Sumarto dkk, 2008 dan Suryahadi dkk, 2012).<sup>3,4</sup> Sedangkan program-program jaminan sosial mulai diinisiasi sejak tahun 2004, diatur pengelolaannya pada tahun 2011, dan mulai direalisasi pada 2014 (secara kronologis ditulis dengan baik oleh Mboi, 2015).<sup>5</sup> Meskipun demikian, pada praktiknya terdapat bauran (kombinasi) kebijakan antara bantuan sosial dan jaminan sosial maupun dengan berbagai kebijakan program lainnya. Sebagai contoh, pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) yang secara umum diselenggarakan berdasarkan konsep jaminan sosial pada pelaksanaannya juga menerapkan pemberian bantuan iuran (PBI) bagi kelompok miskin dan rentan yang bersifat *non-contributory*, sehingga hakikatnya mendekati manfaat skema bantuan sosial.

Program perlindungan sosial juga memiliki keterkaitan erat dengan berbagai kebijakan di sektor lain seperti ekonomi, ketenagakerjaan, UMKM, keuangan, dan lainnya. Idealnya, intervensi berbagai program perlindungan sosial dapat dilanjutkan (berlandaskan konsep “graduasi”) melalui kebijakan lanjutan dalam konteks pemberdayaan dan peningkatan kesejahteraan, sehingga penerima manfaat tidak selalu bergantung pada program bantuan sosial dan membebani anggaran negara. Selain itu, intensitas pelaksanaan kebijakan di sektor lain akan turut menentukan seberapa besar beban yang akan ditanggung oleh skema bantuan sosial atau jaminan sosial. Apabila suatu fondasi perekonomian sudah ditopang secara tangguh, maka saat krisis terjadi tidak akan membuat banyak warga terdampak dan bergantung pada bantuan dari pemerintah.

Penyasarannya (*targeting*) dan penyalurannya (*distribution*) merupakan titik terpenting dalam implementasi berbagai program perlindungan sosial. Di sisi lain, komponen terpenting penentu keberhasilan penyasarannya dan penyalurannya adalah basis data yang andal dibangun dari berbagai sumber basis data seperti administrasi kependudukan dan pencacahan sektoral. Pada konteks negara berkembang, pendataan kependudukan sering dijumpai menjadi titik lemah karena upaya perbaikan basis data administrasi kependudukan memerlukan perhatian dan sumber daya ekstra. Upaya perbaikan penargetannya (*targeting*) melalui perbaikan basis data terpadu sudah dimulai secara masif sejak 2011 dan berdampak pada perluasan cakupan penerima program bantuan sosial dan peningkatan akurasi secara signifikan (kajian empiris tentang perbaikan akurasi data dapat dilihat di Tohari dkk, 2019).<sup>6</sup> Meskipun demikian, isu yang lebih penting adalah bagaimana melakukan pemutakhiran rutin (*updating*) atas basis data yang sudah terbangun.

Pemutakhiran rutin untuk data penduduk miskin/kesejahteraan sosial, sesuai dengan Undang-Undang No. 13 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah. Dengan regulasi tersebut, sejak tahun 2015 Pemerintah Pusat tidak lagi dapat secara langsung melaksanakan pemutakhiran data penduduk miskin. Namun kenyataannya, belum seluruh daerah mampu melakukan proses pemutakhiran dengan kualitas baik. Berdasarkan data terakhir, hanya kurang dari 10 persen daerah yang dapat memutakhirkan lebih dari 50 persen basis datanya. Dengan

dinamika pergerakan status ekonomi yang sangat cepat, data yang tidak termutakhirkan secara reguler berpotensi menyebabkan tingginya kesalahan penargetan. Sebagai tambahan, dalam kondisi kedaruratan, seperti pandemi COVID-19, berdampak tidak hanya kepada penduduk miskin dan rentan. Beberapa kelompok penduduk yang sebelumnya tidak pernah digolongkan miskin bisa mengalami perubahan status ekonomi yang drastis pada kondisi bencana dan pada akhirnya membutuhkan bantuan sosial. Basis data penduduk miskin yang masih berfokus pada kelompok 40 persen termiskin, kemudian juga dirasa masih kurang untuk mendukung penargetan yang akurat untuk masyarakat terdampak bencana. Proses pemutakhiran dan perluasan data penduduk miskin membutuhkan alokasi sumber daya yang signifikan oleh Pemerintah Daerah. Namun, kapasitas SDM, ketersediaan anggaran, dan komitmen politik menjadi faktor-faktor penentu terbangunnya mekanisme pemutakhiran data penduduk miskin yang baik. Tidak semua faktor ini dimiliki oleh seluruh daerah. Tantangan ketidaktersediaan SDM, keterbatasan anggaran, maupun keberpihakan politik terkadang menjadi penyebab tidak dilaksanakannya pemutakhiran data oleh Pemerintah Daerah.

Persoalan terkait koordinasi implementasi (yang juga jamak ditemui pada sektor lainnya) memang menjadi problem klasik yang menjadi penghambat utama pada tataran pelaksanaan. Kompleksitas hubungan antar lembaga di tingkat Pusat dan Daerah pada tataran teknokratik maupun politik masih belum terurai secara tuntas. Pembentukan tim koordinasi atau forum komunikasi masih belum menunjukkan efektivitasnya dengan berbagai penyebab. Salah satu faktor penyebab persoalan koordinasi dalam berbagai konteks adalah sulitnya menyelaraskan insentif (*aligning incentives*) antar pemangku kepentingan dengan agenda dan haluan kebijakan masing-masing lembaga yang sudah sedemikian padat serta ketat penjadwalannya. Ditambah lagi variabel politik yang dapat mengubah tatanan proses pengambilan kebijakan dan menimbulkan ketidakpastian.<sup>7</sup> Problem koordinasi bukan sesuatu yang khas di Indonesia saja, banyak literatur menyoroti persoalan koordinasi di tingkat antarindividu, lintas lembaga, dan bahkan lintas negara.<sup>8,9</sup> Dalam konteks Indonesia dengan pembagian wewenang melalui sistem desentralisasi, perjalanan menuju kematangan (*maturitas*) fungsi koordinasi diperkirakan membutuhkan waktu lama mengingat sebelumnya lebih dari tiga dekade sudah tertanam sistem administrasi pemerintahan yang tersentralisasi serta kapasitas kelembagaan dan kapasitas fiskal yang belum merata.

Realisasi anggaran bidang perlindungan sosial dalam penanganan COVID-19 dan pemulihan ekonomi nasional (PC-PEN) per 25 November 2020 telah mencapai kisaran 89 persen. Tingkat penyerapan anggaran ini relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan realisasi anggaran bidang kesehatan (41 persen), UMKM (85 persen), korporasi (tiga persen), insentif usaha (38 persen), dan sektoral K/L dan Pemda (55 persen). Faktor yang melatarbelakangi tingginya realisasi anggaran perlindungan sosial salah satunya adalah sebagian besar program perlindungan sosial sudah dirancang, diujicoba, direplikasi, dan dilaksanakan sejak lama serta senantiasa diperbaiki dan dikembangkan. Selain itu, penyaluran bansos menjadi sangat penting terutama untuk mendukung kebijakan pembatasan aktivitas dan mobilitas masyarakat sehingga perlu diimplementasikan secara cepat dan tepat.

Dalam konteks bantuan sosial, berbagai program sudah dimulai dan dilaksanakan dalam berbagai bentuk dialokasikan untuk berbagai kelompok penerima manfaat dengan kriteria yang bervariasi. Transformasi program bantuan sosial diawali dengan pergeseran kebijakan yang sebelumnya berorientasi pada pembangunan secara umum melalui pengendalian harga, subsidi, dan program lain yang tidak menyasar individu maupun rumah tangga berubah menjadi pada program-program yang menyasar secara spesifik dengan manfaat disesuaikan kebutuhan seperti bantuan komoditas tertentu, beasiswa untuk siswa dari keluarga miskin, dan lain sebagainya.

Sebagai ilustrasi, program Raskin (Beras untuk Masyarakat Miskin) dimulai sejak krisis moneter melanda tahun 1998 bertransformasi menjadi Rastra (Beras Sejahtera) dan pada tahun 2019 sepenuhnya beralih menjadi program Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT). Program Keluarga Harapan (PKH) telah diinisiasi sejak tahun 2007 dengan perluasan cakupan secara bertahap serta pelibatan pemangku kepentingan yang lebih luas dari sejak pertama kali program tersebut diluncurkan. Begitu pula untuk pelaksanaan program-program jaminan sosial yang secara resmi diluncurkan sejak diundangkannya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), namun sebenarnya rintisan dari kelima program jaminan sosial tersebut sudah dimulai sebelumnya dengan cakupan terbatas oleh beberapa lembaga seperti Kementerian Kesehatan (untuk program Askeskin dan Jamkesmas), PT Askes (untuk program jaminan kesehatan bagi PNS, TNI, Polri beserta keluarganya) dan PT Jamsostek (untuk program-program jaminan ketenagakerjaan bagi pekerja swasta formal).

Sesuai dengan prinsip perlindungan sosial adaptif, saat terjadi bencana alam maupun bencana sosial, diharapkan program perlindungan sosial dapat difokuskan pada perluasan penerima manfaat dan peningkatan manfaat (indeks bantuan) dengan memanfaatkan platform dan desain program yang sudah ada. Melalui optimalisasi program yang sudah ada, kemunculan program-program baru dapat diminimalkan. Meskipun program baru yang bersifat sementara untuk menanggulangi dampak bencana secara cepat masih diperlukan, kemunculan yang terlalu eksekutif berpotensi kontraproduktif terhadap program pembangunan secara umum. Realokasi dana desa untuk Bantuan Langsung Tunai (BLT) Dana Desa, misalnya, berpotensi mengurangi alokasi anggaran pembangunan desa lainnya. Program bantuan sosial *ad hoc* yang saling terpisah dan tidak dirancang melalui persiapan dan koordinasi yang matang juga berpotensi tumpang tindih dengan berbagai program serupa, memiliki kesalahan penargetan yang tinggi, menghadapi risiko *fraud*, serta menimbulkan kebingungan di masyarakat.

Dua isu penting yang juga menjadi perhatian dalam perlindungan sosial masa bencana, termasuk pandemi COVID-19, adalah rencana pemulihan ekonomi masyarakat pasca bencana dan pendanaan perlindungan sosial yang lebih berkesinambungan. Perlindungan sosial yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar saat bencana/pandemi harus secara gradual ditransformasi menjadi program pemberdayaan yang bertujuan membantu penduduk untuk kembali aktif secara ekonomi. Karena besarnya kebutuhan pembiayaan perlindungan sosial saat dan pasca bencana, perencanaan pemanfaatan anggaran dan penyediaan anggaran yang dibutuhkan harus dilakukan lebih awal. Skema pembiayaan kebencanaan yang berkesinambungan sangat diperlukan, didukung dengan mekanisme perencanaan berbasis data.

## **Tantangan Bantuan Sosial dan Jaminan Sosial di Masa Pandemi COVID-19**

### **Bantuan Sosial**

Pandemi COVID-19 yang melanda di awal tahun 2020 berpotensi meningkatkan kerentanan beberapa kelompok penduduk, khususnya kelompok anak, lanjut usia, dan penyandang disabilitas. Berbagai studi menunjukkan bahwa bencana pandemi COVID-19 tersebut berpotensi menurunkan pertumbuhan ekonomi dan meningkatkan angka kemiskinan secara signifikan. Menurut hasil simulasi Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat Bappenas, pandemi COVID-19 berdampak terhadap meningkatnya penduduk miskin di Indonesia hingga 3,9 juta orang. Hasil studi lain menunjukkan dampak pandemi COVID-19 terhadap penurunan laju perekonomian Indonesia dan peningkatan angka kemiskinan.<sup>10,11</sup> Dalam rangka mempertahankan kondisi sosial dan ekonomi

masyarakat miskin dan rentan, Pemerintah Indonesia dengan cepat memberikan stimulus melalui pemberian bantuan sosial. Praktik perluasan bantuan sosial seperti ini juga dilakukan oleh pemerintah di negara lain.<sup>12,13</sup> Sebagai salah satu respons awal terhadap pandemi COVID-19, Pemerintah Pusat melalui Kementerian Sosial memperluas cakupan Program Keluarga Harapan (PKH) dari 8 juta keluarga menjadi 10 juta keluarga dan Program Sembako dari 15 juta keluarga menjadi 20 juta keluarga. Kemudian, beberapa program lain yang sifatnya sementara (*ad hoc*) juga diinisiasi secara bertahap, termasuk Bantuan Sosial Tunai melalui Kementerian Sosial, Bantuan Langsung Tunai Dana Desa melalui Kementerian Desa, Bantuan Presiden untuk UMKM melalui Kementerian Koperasi dan UKM, Bantuan Subsidi Upah untuk pekerja berpenghasilan rendah melalui Kementerian Ketenagakerjaan, subsidi listrik melalui PLN, dan lain sebagainya termasuk program yang dilaksanakan Pemerintah Daerah.

### Jaminan Sosial

Pandemi COVID-19 yang melanda di awal tahun 2020 menjadi momen refleksi dan evaluasi mengenai kesiapan (*readiness*) sekaligus ketahanan (*resilience*) sistem jaminan sosial di Indonesia. Saat awal wabah merebak, sempat timbul perdebatan seputar usulan kebijakan karantina (*lock down*) yang menimbulkan konsekuensi pemenuhan kebutuhan masyarakat yang berada di wilayah karantina. Penduduk yang diperintahkan berdiam diri tentunya harus mendapatkan pemenuhan kebutuhan dalam berbagai bentuk (termasuk bantuan sosial pangan dan jaminan pemeliharaan kesehatan) sebagaimana diatur dalam UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Karantina Kesehatan. Apabila setiap warga sudah terdaftar sebagai peserta program jaminan sosial: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JKm), Jaminan Hari Tua (JHT), dan Jaminan Pensiun (JP) maka setidaknya dapat mengurangi beban individu akibat ketidakpastian di masa pandemi. Dalam situasi pandemi COVID-19, penerapan konsep asuransi sosial yang memerlukan kontribusi pembayaran iuran secara reguler dari pesertanya menjadi tidak cocok (*compatible*) ketika pendapatan masyarakat mengalami penurunan signifikan akibat bencana kesehatan yang berubah menjadi malapetaka ekonomi.

Sejak 2019, Kementerian PPN/Bappenas bersama pemangku kepentingan lain telah melakukan pembahasan menuju tersusunnya Peta Jalan Jaminan Sosial Tahun 2020-2024. Dokumen tersebut berisi daftar masalah beserta solusi, periodisasi, dan rincian peran setiap instansi pemangku kebijakan. Diharapkan dengan tersusunnya dokumen tersebut dapat memberikan panduan secara konkrit dan detail bagi seluruh pemangku kepentingan untuk memperbaiki dan mengembangkan pelaksanaan JKN dan jaminan ketenagakerjaan. Dengan peta jalan tersebut, diharapkan terdapat suatu haluan kebijakan yang mampu menerjemahkan sasaran pembangunan yang sudah termuat di dalam Perpres Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN 2020-2024. Peta jalan jaminan sosial 2020-2024 juga sekaligus dapat melanjutkan sasaran yang sebelumnya sudah termuat dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 dan Peta Jalan Jaminan Sosial Ketenagakerjaan 2013-2019.

Perkembangan JKN di Indonesia mengalami beberapa fase dalam berbagai periode, namun secara umum senantiasa bertransformasi selaras dengan pencapaian sasaran agenda pembangunan nasional maupun global. Ditinjau menggunakan perspektif *Universal Health Coverage* (cakupan kesehatan semesta atau disingkat UHC), kesuksesan JKN adalah dalam menjangkau pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat berpenghasilan menengah ke bawah.<sup>14</sup> Kepesertaan JKN memang sudah mencakup sebagian besar masyarakat, namun manfaatnya tidak dapat memenuhi kebutuhan layanan kesehatan di masa pandemi saat ini. Sebagai contoh, biaya tes cepat (*rapid test*) dan tes usap (*swab test* dengan metode antigen atau PCR) yang tidak dapat ditanggung dalam skema JKN. Klaim manfaat

JKN untuk layanan kesehatan di luar penanganan COVID-19 juga terhambat mengingat fasilitas kesehatan yang memprioritaskan penanganan persoalan pandemi COVID-19 terlebih dahulu.

Persoalan defisit pembiayaan JKN yang terjadi sejak diluncurkan pada 2014 sebagian sudah terselesaikan di tengah wabah COVID-19 saat ini dengan dirilisnya tarif baru melalui Perpres Nomor 64 Tahun 2020 yang semakin mendekati harga keekonomian, namun kepastian terhindar dari defisit dan keberlanjutan program sangat bergantung pada kebijakan di masa mendatang. Perbaikan tarif dan iuran JKN memerlukan waktu dan pembahasan yang lama karena melibatkan proses negosiasi banyak pihak serta mempertimbangkan kemampuan bayar (*ability*) dan kemauan bayar (*willingness*) masyarakat. Selain itu, adanya kebijakan relaksasi iuran dan tunggakan, fenomena peningkatan tren migrasi antarsegmen kepesertaan dan meningkatnya peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) yang menurunkan kelas perawatan berpotensi untuk menimbulkan efek yang bertolak belakang dengan upaya perbaikan pendapatan iuran dalam rangka pembenahan defisit JKN.

Jaminan ketenagakerjaan yang cakupan kepesertaannya tidak seluas JKN cenderung lebih terpukul akibat pandemi saat ini. Hal ini disebabkan karena kontribusi iuran dalam skema jaminan ketenagakerjaan menjadi kewajiban tidak hanya oleh pekerja, tetapi juga pemberi kerja (pemilik usaha). Kegiatan usaha yang terhenti total akibat penerapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) berakibat pada pemberhentian pekerja secara masif dan terhentinya pembayaran iuran rutin ke BPJS Ketenagakerjaan (sekarang dikenalkan ke publik dengan *name call* BP Jamsostek).

Persoalan yang membelenggu sebelum pandemi COVID-19 diperkirakan masih akan membelit atau mungkin bertambah parah, misalnya klaim penarikan dini (*early withdrawal*) program JHT yang terjadi sejak akhir 2015 dengan tren selalu meningkat terlebih di masa resesi perekonomian, sehingga berisiko menggerus akumulasi pemupukan dana jaminan sosial dalam jangka panjang. Demikian pula dengan keberlanjutan (*sustainability*) program JP karena masih menjanjikan skema manfaat pasti dengan mengandalkan pemupukan dana melalui sistem *pay as you go* yang tidak sejalan dengan proyeksi perubahan komposisi demografi Indonesia menuju penduduk menua (*ageing population*). Sebelum pandemi, cakupan kepesertaan JKN dan jaminan ketenagakerjaan senantiasa meningkat setiap tahun meskipun belum mencapai sasaran yang dimuat di RPJMN 2015-2019. Sesaat setelah pandemi merebak, cakupan kepesertaan diperkirakan akan melambat atau bahkan menurun drastis dalam skenario kemungkinan terburuk.

### Inovasi dan Perbaikan Bantuan Sosial

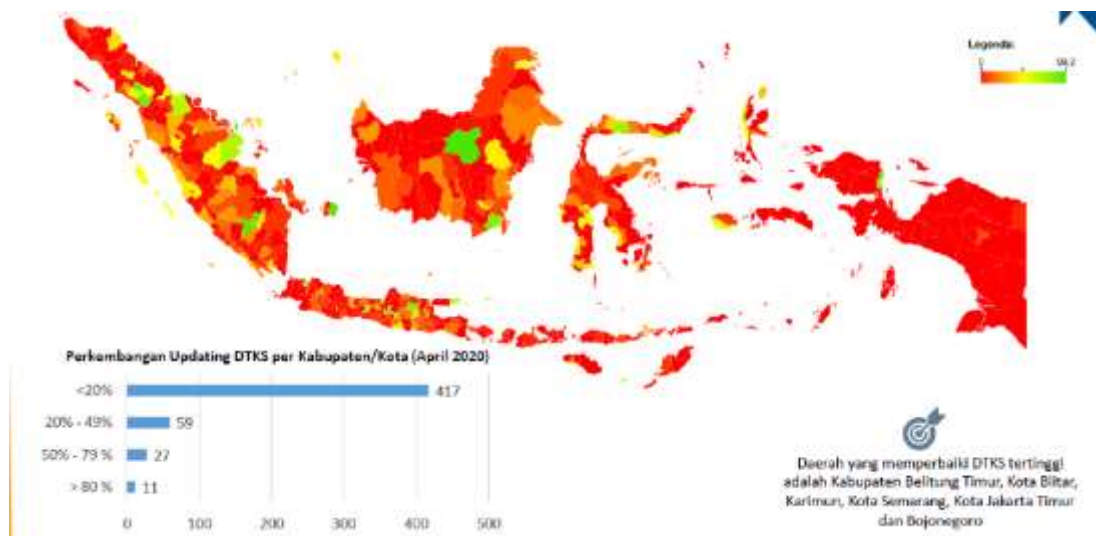
Respons pemerintah dalam memperluas bantuan sosial (*non-contributory social assistance*) dapat dipandang dalam dua perspektif. Perspektif pertama memperlihatkan respons yang tanggap dan sesuai kebutuhan masyarakat melalui penciptaan program-program baru dan perluasan cakupan serta peningkatan program *existing*. Di sisi lain, perspektif kedua memberikan sudut pandang lain yakni persoalan koordinasi lintas institusi yang sekali lagi terlihat masih bermasalah. Setidaknya terdapat sebelas bentuk program bantuan sosial yang merupakan gabungan perluasan program eksisting dengan penciptaan program baru (Gambar 1) yang dikelola oleh Pemerintah Pusat maupun Daerah. Kemunculan berbagai program bansos tersebut sangat rawan terjadi duplikasi dan kesalahan penyaluran, terutama jika tidak didasari dengan basis data yang andal. Hal ini menunjukkan dalam situasi darurat diperlukan pengendalian lintas instansi dengan mekanisme koordinasi yang lebih baik.

Detail Pelaksanaan Masyarakat	Bantuan					Tambahan/Non-Bantuan					
	PKI	Program Sembako	Subsidi Listrik	Bantuan Sembako Jambudatarek	Bantuan Tunas Ayam Jambudatarek	BLT Dana Desa	Kartu Prakerja	Bantuan Bersih	Tambahan Bantuan Tunas	Bantuan Produktif	Bantuan Tenaga Kerja
4+							5,6 juta jiwa			9,12 juta jiwa mikro	15,7 juta pekerja
3			450 VA: 24 juta RT 300 VA: 7,1 juta RT	DKI: 1,1 juta KPM Dibutuhkan: 600 juta KPM	9 juta KPM	11 juta KPM					
4				Apr-Juli Rp. 600rb/bulan Juli-Dek Rp. 300rb/bulan	Apr-Juli Rp. 600rb/bulan Juli-Dek Rp. 300rb/bulan	Apr-Juli Rp. 600rb/bulan Juli-Oktober Rp. 300rb/bulan					
3		20 juta KPM					Pembayaran Rp. 20/bulan Insentif Rp.600-ribu/bulan		9 juta KPM		
2	10 juta KPM	Bantuan Pangan Insentif Rp. 2000/bulan	40 VA Gratis 300 VA Diskon 50%	Diluar pemosis PPH dan Program Sembako	Diluar pemosis PPH dan Program Sembako	Diluar Pemosis PPH, Kartu Sembako, Bantuan Tunas, dan Kartu Halalnya	Survey (Jep. 50rb)		10 juta KPM PKH	KPH Data Sembako (yang tidak Pemosis PPH)	Ukuran yang lebih kecil daripada program kredit
1	Indeksi perkembangan naik 25 %								Pemosis PKH 15 kg KPM antara 3 bulan	Rp.500rb/KPM	Pegawai dengan gaji dibawah Rp.5 juta dan diatas di BPJS TK
Pelaksana	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri	Kemendagri
Jangka Waktu	Selama selama 12 bulan	Selama selama 12 bulan	Selama 6 bulan (April sd Sept) dan dilanjutkan sampai Des	Selama 9 bulan (Apr - Des)	Selama 9 bulan (Apr - Des)	Selama 9 bulan (Apr - Des)	April - Okt/Nov Insentif 4 bulan	Selama 3 bulan (Agst sd Okt)	Sekali penyayahan bulan September 2020	Sekali penyayahan sampai Desember 2020	Selama 6 bulan (Sept - Des)
Total Anggaran	Rp.37,6 Triliun	Rp.43,6 Triliun	Rp.6,9 Triliun	Rp.3,62 Triliun	Rp.16,2 Triliun	Rp.31,2 Triliun	Rp.20,8 Triliun	Rp.6,6 Triliun	Rp.6,6 Triliun	Rp.21,02 Triliun	Rp.37,70 Triliun

Gambar 1 . Variasi Program Bantuan Sosial bagi Keluarga Terdampak COVID-19 di Tahun 2020

**Basis Data Kesejahteraan Program Bantuan Sosial yang Mencakup 100 Persen Penduduk**

Pembelajaran terpenting yang dapat diambil dari pandemi COVID-19 ini adalah diperlukannya perbaikan dan perluasan basis data kependudukan sebagai salah satu kunci sukses perluasan program mitigasi keadaan bencana, termasuk pemberian stimulus ekonomi dan penyaluran bantuan sosial. Saat ini cakupan penduduk yang terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang dikelola Kementerian Sosial masih terbatas menjangkau 40 persen keluarga termiskin yang belum dimutakhirkan secara optimal. Gambar 2 menunjukkan hanya sekitar sebelas kabupaten/kota di seluruh Indonesia yang rutin melakukan pemutakhiran basis data secara layak melalui Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT). Saat ini diperkirakan sekitar 20 persen populasi yang terdapat dalam DTKS masih mengalami persoalan terkait pemadanan Nomor Induk Kependudukan (NIK).



Gambar 2. Peta Status Pemutakhiran DTKS

Dalam kondisi darurat, definisi penerima bantuan sosial mengarah pada perluasan makna kerentanan mengingat hampir seluruh penduduk terkena dampak, bukan hanya terbatas pada 40 persen masyarakat berpenghasilan terendah. Sebagian penduduk kelas menengah dan atas juga mengalami guncangan yang menurunkan kesejahteraan mereka, sehingga intervensi Pemerintah juga diperlukan bagi kelompok di atas 40 persen terbawah. Kondisi ini memberikan suatu pembelajaran bahwa Pemerintah harus memiliki sistem pendataan dan registrasi sosial-ekonomi dengan cakupan yang luas (atau mendekati cakupan 100 persen penduduk). Registrasi sosial-ekonomi ini harus memuat informasi lengkap berisi statistik hayati dan status sosial ekonomi seluruh penduduk, sehingga perluasan program bantuan sosial dapat dilaksanakan secara cepat ketika guncangan ekonomi, alam, kesehatan, ataupun sosial berdampak pada kelompok-kelompok tertentu, yang dalam kondisi normal bukanlah penduduk miskin, seperti pekerja sektor informal. Idealnya data registrasi sosial-ekonomi ini kemudian dapat digabungkan dengan data/peta risiko bencana alam, sosial, dan kesehatan, sehingga kelompok penduduk dengan risiko terbesar terdampak bencana dapat diidentifikasi lebih awal. Selain itu perluasan cakupan data akan meningkatkan akurasi perangkaan dan mempercepat proses penargetan bantuan sosial secara umum.

Saat ini Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat sedang mengembangkan peta jalan pemutakhiran dan transformasi DTKS menjadi Registrasi Sosial-Ekonomi dengan cakupan 100 persen penduduk secara bertahap melalui pendanaan APBN. Pembangunan sistem registrasi sosial-ekonomi dilakukan secara lintas instansi di tingkat Pusat dan Daerah. Tidak seperti pendataan dan pencacahan sebelumnya yang dilaksanakan hampir sepenuhnya oleh BPS, kegiatan penyusunan Registrasi Sosial-Ekonomi akan melibatkan peran unit kerja di berbagai sektor lain seperti BKKBN, Kemendes PDTT, Kemendagri, dan instansi lainnya secara serentak dan terpadu. Faktor kunci yang menjamin kesuksesan pembangunan adalah penjangkauan aktif (*door to door*) instansi pemerintah kepada seluruh rumah tangga yang tentunya memerlukan keterlibatan seluruh pemangku kepentingan dengan masing-masing kewenangannya.

Salah satu inovasi dalam pengembangan data penduduk miskin atau DTKS menjadi registrasi sosial-ekonomi dengan cakupan yang lebih luas adalah melalui dibangunnya skema Digitalisasi Monografi Desa/Kelurahan (DMD/K). Skema DMD/K diharapkan akan meningkatkan kapasitas desa dan kelurahan dalam melakukan pengelolaan informasi, termasuk memperluas dan memutakhirkan registrasi sosial-ekonomi secara rutin. DMD/K juga akan membantu desa/kelurahan dalam memanfaatkan data yang dikumpulkan oleh desa dan jajarannya, untuk menyusun perencanaan dan penganggaran yang lebih berpihak pada masyarakat miskin dan rentan. Skema DMD/K ini akan mengoptimalkan SDM di tingkat desa dalam melakukan proses pengelolaan dan pemutakhiran data, yang harapannya dapat membantu melembagakan kapasitas tersebut di pemerintahan desa/kelurahan.

### **Reformasi Bantuan Sosial Agar Menjadi Adaptif Kebencanaan**

Pembelajaran kedua adalah diperlukannya desain bantuan sosial yang lebih adaptif agar Pemerintah dapat lebih responsif dalam memitigasi dampak bencana terhadap kesejahteraan masyarakat. *Standard Operating Procedure* (SOP) diperlukan bagi Pemerintah untuk perluasan program bantuan sosial tertentu bagi masyarakat terdampak bencana, misalnya melalui Program Sembako. Proses penyaluran bantuan sosial memerlukan perbaikan supaya perluasan masyarakat penerima manfaat dapat dilakukan secara cepat. Beberapa hal yang harus dilakukan adalah meningkatkan ketersediaan mekanisme dan infrastruktur keuangan digital yang memungkinkan penyaluran bantuan sosial dilakukan melalui berbagai kanal pembayaran, tidak hanya terbatas melalui kerja sama dengan bank



yang terdaftar sebagai anggota Himpunan Bank Milik Negara (Himbara) saja. Interoperabilitas antar layanan keuangan juga perlu dilakukan, agar penerima bantuan sosial dapat bertransaksi dengan mudah di berbagai layanan keuangan yang tersedia. Di sisi lain, penyaluran bantuan sosial diarahkan untuk dapat dilakukan melalui bank dan layanan keuangan pilihan penerima manfaat/masyarakat terdampak, sesuai dengan kemudahan dan kebutuhan kelompok penduduk terdampak.

Pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa saat ini perluasan program bantuan sosial masih belum berdasarkan *standard operating procedure* (SOP) yang jelas dan cenderung tanpa memanfaatkan *academic evidence*. Perluasan juga mengalami banyak kendala karena keterbatasan pilihan kanal pembayaran dan infrastruktur digital di beberapa daerah. Beberapa kelompok penduduk yang belum memiliki rekening pembayaran bantuan sosial juga harus melalui proses administratif pendaftaran rekening yang cukup panjang sebelum bisa memperoleh bantuan. Salah satu halangan terbesar adalah persyaratan dokumen kependudukan sebagai syarat membuka rekening perbankan berdasarkan prinsip keamanan *Know Your Customer* (KYC). Terbatasnya infrastruktur digital dan ketersediaan layanan Himbara (kantor cabang, ATM, dan agen), juga menyebabkan tertundanya penyaluran bantuan sosial di beberapa wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T).

Saat ini Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat sedang terlibat aktif dalam pengembangan konsep awal Perlindungan Sosial Adaptif (PSA) dan membangun rancangan SOP untuk perluasan perlindungan sosial pada kondisi kedaruratan. Secara ringkas, konsep PSA bersumber pada irisan (*cross section*) antara program-program di tiga sektor: 1) penanganan bencana, 2) perubahan iklim, dan 3) penyaluran bantuan sosial. Peluang pembiayaan skema perlindungan sosial adaptif berbasis asuransi dan instrumen keuangan kreatif lainnya juga sedang dijajaki. Inisiatif ini didukung oleh Pemerintah Jerman melalui *GIZ-Social Protection Programme*. Dalam waktu dekat, rancangan awal dalam bentuk *concept note* dan peta jalan akan disirkulasikan secara luas kepada pemangku kepentingan terkait di luar Kementerian PPN/Bappenas seperti Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), Kementerian Sosial, Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, dan Kementerian Keuangan. Tinjauan pustaka dan praktik baik PSA di berbagai negara dapat dibaca di Davies dkk (2013).<sup>15</sup>

Selain itu, guna menunjang transformasi digital proses penyaluran bantuan sosial yang lebih fleksibel dan berorientasi pada penerima, saat ini tengah disusun peta jalan dan kajian pendukungnya. Proses pengembangan transformasi digital ini didukung oleh Bank Dunia dan *Gates Foundation* melalui kerja sama dengan lembaga riset Microsave dan J-PAL. Beberapa komponen utama transformasi digital bantuan sosial mencakup (1) memberikan hak bagi penerima manfaat bansos untuk memilih layanan keuangan yang sesuai dengan kebutuhan mereka, (2) memudahkan proses registrasi dan pembukaan rekening diantaranya melalui penggunaan e-KYC, (3) mengintegrasikan dan meningkatkan akurasi proses penyaluran bantuan sosial melalui penggunaan *central mapper*, serta (4) meningkatkan interoperabilitas antar layanan keuangan guna mempermudah penerima memanfaatkan bantuannya dimanapun melalui kanal pembayaran yang dipilih. Komponen-komponen ini akan memperbaiki proses penyaluran bantuan sosial, baik secara umum, maupun dalam situasi bencana dimana bantuan sosial harus diperluas secara cepat.

Dalam konteks pandemi saat ini, selain penciptaan program bansos baru dan perluasan pelaksanaannya juga terdapat inisiatif perubahan skema program non-bansos mendekati karakteristik semi-bansos. Salah satunya adalah program Kartu Prakerja yang mengalami modifikasi. Dalam rilis resmi oleh Kantor Staf Presiden dan pengelola program Kartu Prakerja (*Project Management Office*) di Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian bulan Februari 2020, program ini dirancang sebagai

salah satu instrumen kebijakan untuk meningkatkan kemampuan pekerja dan pencari kerja melalui berbagai jenis pelatihan untuk meningkatkan keahlian (*prinsip skilling, up-skilling, dan re-skilling*). Namun pada pelaksanaan tahap awal Kartu Prakerja di bulan April 2020, Pemerintah memutuskan untuk meningkatkan komponen uang saku dan insentif keuangan dengan tujuan untuk mempertahankan daya beli dan menjaga tingkat kesejahteraan para peserta di masa pandemi. Perubahan lainnya adalah format pelatihan yang sebelumnya didesain berimbang antara pembelajaran daring dan praktik luring menjadi didominasi oleh skema daring dan pembelajaran jarak jauh (*study from home*) untuk menghindari kontak fisik guna mencegah penularan virus.

### Layanan Berbasis Digital Program Bantuan Sosial untuk Membantu Melindungi Kelompok Rentan dalam Pandemi

Pembelajaran terakhir, dalam kondisi darurat pandemi COVID-19, selain dibutuhkan inovasi dan perbaikan terhadap penyaluran bansos, diperlukan pula perbaikan pelayanan sosial terhadap kelompok masyarakat rentan terdampak, meliputi pelayanan sosial untuk anak, lansia dan penyandang disabilitas. Layanan yang diberikan selayaknya didesain untuk mengikuti protokol kesehatan, termasuk meminimalkan kontak fisik. Oleh karenanya, inovasi layanan berbasis digital perlu untuk dikembangkan. Salah satu hal yang dapat dilakukan adalah dengan mengembangkan sebuah *platform* digital yang berfungsi sebagai pusat layanan dan rujukan bagi anak, lansia dan penyandang disabilitas.

Saat ini Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat sedang mengembangkan desain dan mekanisme layanan lansia terintegrasi, termasuk pengembangan layanan perawatan jangka panjang (*long term care*). Layanan lansia ini direncanakan untuk dikelola oleh pekerja sosial, kader, dan tenaga kesehatan di tingkat desa/kelurahan sebagai manajer kasus (*case manager*) dan dapat diakses oleh lansia dan keluarganya melalui platform digital. Pemanfaatan platform digital tersebut diharapkan dapat memudahkan lansia sebagai kelompok rentan untuk dapat mengakses layanan yang disediakan baik oleh Pemerintah maupun pihak swasta, tanpa harus melakukan kontak fisik dengan petugas. Manajer kasus akan dapat menerima permohonan layanan secara digital dan menghubungkan lansia dengan pemberi layanan melalui platform yang tersedia. Inisiatif ini didukung oleh mitra pembangunan seperti ERIA, ADB, dan UNFPA, bekerja sama dengan instansi pemerintah: Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, dan BKKBN.

### Inovasi Jaminan Sosial di Masa Pandemi COVID-19

Dalam menghadapi pandemi, program jaminan sosial (*contributory social insurance*) yang terwadahi dalam skema Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memperlihatkan fleksibilitasnya terutama dalam merespons ketidakmampuan ekonomi para peserta meliputi kelompok pekerja maupun pemberi kerja di berbagai sektor. Namun demikian, peluncuran bantuan tersebut tidak dapat dilakukan secara serta merta melainkan perlu dilandasi dengan payung hukum yang penyusunannya tidak dapat dilaksanakan dengan cepat. Selain itu, pandemi juga memberikan dampak tidak langsung yang berimplikasi memperumit kondisi yang ada. Pengamatan pada data periode Juni s.d. Oktober 2020 menunjukkan terjadinya kenaikan signifikan jumlah peserta BPJS Kesehatan segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) ke kelas III. Peningkatan tren migrasi kepesertaan ke segmen PBPU Kelas III dikhawatirkan akan berakibat pada potensi peningkatan anggaran belanja negara pemerintah khususnya di masa pandemi, sementara pemerintah tetap dihadapkan dengan kewajiban untuk memberikan jaminan sosial yang universal dan adekuat. Namun, pandemi sekaligus dapat digunakan sebagai momentum untuk memperdalam dan memahami kembali dinamika permasalahan

kepesertaan (migrasi, *moral hazard*, penunggakan iuran) serta meninjau paket manfaat yang diperlukan dan efektif menanggulangi dampak pandemi COVID-19.

Inovasi pengembangan program jaminan sosial telah dilakukan sebagai respon terhadap kebutuhan masyarakat selama pandemi. Kebijakan untuk mengurangi beban masyarakat dilakukan dengan perluasan bantuan iuran sepanjang tahun 2020, relaksasi iuran dan tunggakan, dan pengurangan denda dalam program Jaminan Sosial Nasional (JKN), yang dilakukan pula pada program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan. Terobosan lain yang mencakup aspek ketenagakerjaan dan skema bantuan sosial adalah pemberian Bantuan Subsidi Upah (BSU). Program ini memberikan bantuan tunai bagi pekerja dengan pendapatan dibawah Rp 5 juta per bulan dan terdaftar sebagai peserta aktif BP Jamsostek. Nilai bantuan sebesar Rp 600 ribu per bulan diberikan selama empat bulan dimulai sejak Agustus 2020. Sementara dalam hal perluasan cakupan, dilakukan pemutakhiran perbaikan basis data PBI JKN yang telah dilaksanakan sembilan kali selama Januari 2020-Oktober 2020 disahkan melalui Surat Keputusan Menteri Sosial Nomor 144 Tahun 2020 .

Dalam hal pelayanan selama pandemi, inovasi dilakukan oleh BPJS Ketenagakerjaan dengan menghadirkan pelayanan *multi-channel*, yaitu melalui pelayanan dalam jaringan (daring) dan kolektif melalui inisiasi penerapan Layanan Tanpa Kontak Fisik (Lapak Asik). Pelayanan tanpa kontak fisik ini telah berhasil dilakukan dari level pusat hingga daerah. Pelayanan tersebut telah diperkuat dengan teknologi informasi dan digitalisasi layanan secara *real time* yang mempermudah peserta mengajukan manfaat-manfaat relaksasi yang diberikan dan pemutakhiran kepesertaan. Kedepan pelayanan ini perlu dikembangkan dalam hal pengaduan dan penyelesaian perselisihan, serta otorisasi dokumen peserta secara digital. Pada saat tulisan ini disusun, skema Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP) tengah dibahas rancangan pengaturannya secara intens sebagai salah satu mandat UU Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja. Berbeda dengan praktik di negara lain serta tinjauan pustaka yang umumnya menempatkan JKP (atau sering diistilahkan *unemployment benefit*) dalam kategori jaminan sosial berbasis iuran yang dibayarkan secara reguler, dalam konteks Indonesia JKP diarahkan pada kombinasi antara jaminan sosial dan bantuan sosial karena akan dibayarkan oleh pemerintah. Adapun manfaat JKP yang saat ini sedang dalam proses pembahasan terdiri atas tiga bentuk, yaitu : a) uang tunai, b) akses informasi pasar kerja, dan c) pelatihan kerja.

### **Kebutuhan Protokol Darurat Jaminan Sosial**

Pembelajaran utama yang dapat diambil dari pandemi COVID-19 ini adalah diperlukannya rencana kontinjensi dengan ketentuan yang sudah diatur dalam protokol secara lengkap dan detail. Pada pandemi tahun 2020 ini, respon kebijakan jaminan sosial relatif lambat karena belum ada sistem peringatan dini (*early warning system*) atau ukuran acuan yang menentukan saatnya beralih dari mode normal (*business as usual*) menjadi mode darurat (pandemi). Persiapan pertukaran mode ini seyogyanya merupakan hal krusial untuk menentukan efektivitas kebijakan dan perhitungan keuangan yang akan berdampak dalam implementasi maupun keberlangsungan pelaksanaan kebijakan selama pandemi. Penyusunan protokol menjadi penting karena merupakan prasyarat kunci pada ketangkasan dalam merespon, dan penghematan waktu koordinasi dan birokrasi, ditengah kebutuhan intervensi yang cepat. Dalam situasi pandemi, tanpa diskresi khusus dan independensi untuk merespon situasi dalam waktu singkat yang dimuat dalam protokol, aktivitas operasional BPJS Kesehatan dan BP Jamsostek masih akan terbelenggu dengan regulasi yang ketat dan kaku.

Pemerintah telah berupaya menyeimbangkan kebijakan antara kebutuhan keberlanjutan program jaminan sosial dan keberpihakan kepada masyarakat dalam situasi pandemi. Meskipun pada 1 Juli

2020 berlaku kenaikan tarif untuk program Jaminan Kesehatan Nasional, namun dalam menanggulangi pandemi Pemerintah tetap berkomitmen menjaga keberlangsungan JKN sekaligus memberikan bantuan bagi warga terdampak melalui penerbitan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2020 tentang Penyesuaian Iuran Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan selama Bencana Non alam Penyebaran COVID-19. Dimana melalui peraturan tersebut, pemerintah memberikan kelonggaran khususnya pada Program Jaminan Kesehatan dalam bentuk 1) bantuan iuran bagi kelompok Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) di Kelas 3 sebesar Rp3 triliun yang dialokasikan sepanjang tahun 2020, 2) relaksasi tunggakan iuran bagi kelompok PBPU dan PPU, sehingga hanya diperlukan pelunasan biaya tunggakan selama enam bulan dari semula maksimal 24 bulan, dan 3) penurunan denda menjadi sebesar 2,5 persen dari semula lima persen biaya tunggakan untuk setiap pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan yang diperoleh setelah kepesertaan diaktifkan kembali. Dalam konteks jaminan sosial ketenagakerjaan, kebijakan dilakukan dalam bentuk: 1) penerapan keringanan iuran Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) dan Jaminan Kematian (JKm) menjadi sebesar 1 persen iuran normal, 2) penundaan pembayaran iuran program Jaminan Pensiun (JP) menjadi sebesar satu persen dan penundaan sisa pembayaran iuran, 3) keringanan denda keterlambatan iuran program JKK, JKm, JHT dan JP dari sebesar 2 persen menjadi hanya sebesar 0,5 persen, dan 4) perpanjangan jangka waktu pembayaran iuran dari tenggat setiap tanggal 15 menjadi tanggal 30 bulan berikutnya.

### Reformasi Jaminan Sosial yang Adaptif Kebencanaan

Pembelajaran kedua adalah diperlukannya jaminan sosial yang lebih adaptif agar Pemerintah bisa lebih responsif memitigasi dampak bencana terhadap kesejahteraan masyarakat. *Standard Operating Procedure* (SOP) diperlukan bagi Pemerintah untuk melakukan relaksasi pembayaran iuran dan penundaan penerapan denda administratif. Sebelum pandemi COVID-19, terlihat bahwa saat ini perluasan cakupan kepesertaan jaminan sosial masih terkendala ditandai dengan melesetnya sasaran cakupan kepesertaan yang telah dimuat dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 dan Peta Jalan Jaminan Sosial Ketenagakerjaan 2013-2019. Perluasan cakupan mengalami kendala karena upaya penjangkauan masih banyak mengandalkan teknik pemasaran berbasis keagenan secara konvensional. Beberapa kelompok penduduk dan pekerja yang merasa belum memiliki urgensi dan kesadaran untuk bergabung dalam program jaminan sosial semakin sulit untuk diyakinkan dan diajak bergabung menjadi peserta. Saat ini Kementerian PPN/Bappenas bekerja sama dengan Pemerintah Jerman melalui GIZ sedang menyusun konsep awal Perlindungan Sosial Adaptif (PSA) yang diharapkan mampu memberikan pembelajaran penting dan memantik inspirasi bagi kegiatan penyusunan draf platform induk bagi protokol-protokol lintas sektor saat terjadi bencana sosial (*social hazard*) yang diinisiasi oleh Kementerian PPN/Bappenas bersama GIZ sejak bulan April 2020.

Sementara melakukan penyiapan untuk kondisi kebencanaan, Pemerintah juga tengah menyiapkan pembenahan dan penyelesaian persoalan sistem jaminan sosial melalui penyusunan peta jalan jaminan sosial sebagai bentuk penerjemahan sekaligus tahapan pencapaian sasaran pembangunan yang termuat dalam Perpres Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN 2020-2024. Kementerian PPN/Bappenas bersama pemangku kepentingan terkait sejak tahun 2019 telah memulai proses perumusan substansi dan *legal drafting* dalam rangka penyusunan rancangan Perpres tentang Peta Jalan Jaminan Sosial Tahun 2020-2024.

Substansi peta jalan tersebut sebagian besar berisi pembenahan regulasi dan menunjukkan poin penting pada persoalan sebagai berikut:

1. Upaya perbaikan rancangan program, struktur biaya, dan angka keekonomian untuk menjamin keberlanjutan program. Sekaligus saat yang sama memerlukan materi edukasi sosial untuk membangun kesadaran masyarakat dan menanamkan pemahaman mengenai konsep asuransi sosial yang ditopang oleh kepesertaan wajib dan ketertiban pembayaran iuran.
2. Upaya lebih dalam penjangkauan peserta, terutama kelompok yang bekerja di sektor informal atau pekerja bukan penerima upah (PBPU). Hal ini dapat dilakukan misalnya dengan menawarkan berbagai variasi nilai kontribusi sesuai dengan kemampuan membayar (*ability to pay*) peserta, serta variasi insentif untuk mendorong kepesertaan (terutama jaminan sosial ketenagakerjaan).
3. Identifikasi regulasi yang memerlukan revisi dan penyempurnaan khususnya untuk memberikan kesempatan kepada pekerja bukan penerima upah (PBPU) supaya dapat bergabung menjadi peserta di seluruh program dalam Jamsos Ketenagakerjaan termasuk program Jaminan Pensiun.
4. Diperlukan berbagai strategi untuk memperbesar kepesertaan serta memastikan kepatuhan peserta dalam pembayaran iuran JKN maupun jaminan sosial ketenagakerjaan. Beberapa hal yang dapat dilakukan misalnya memperbanyak titik layanan bagi masyarakat umum dan juga perusahaan serta pekerja untuk melakukan registrasi serta melakukan pembayaran kontribusi program secara daring, tatap muka langsung dan kombinasinya.

#### **Inovasi Metode Pemantauan, Kajian, dan Evaluasi pada Situasi Pandemi**

Pembelajaran berikutnya, dalam kondisi darurat seperti ini, pemerintah perlu dapat lebih cepat dan selektif mengambil kebijakan berbasis bukti (*evidence-based policymaking*) secara cepat. Pandemi COVID-19 memberikan pembelajaran bahwa diperlukan adanya inovasi dalam mengkaji dampak pandemi terhadap kesejahteraan penduduk, serta dalam melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan program jaminan sosial. *Assessment* ini harus dilakukan cepat, akurat, dan meminimalkan kontak fisik. Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat bekerja sama dengan berbagai pihak untuk melaksanakan kajian, pemantauan, dan evaluasi kemiskinan dan pelaksanaan program bantuan sosial melalui metode inovatif. Pemantauan dan kajian melalui survei daring memanfaatkan jejaring para pendamping Program Keluarga Harapan (PKH) telah dilakukan bekerja sama dengan J-PAL. Selain itu juga tengah dilaksanakan survei wawancara telepon terhadap kelompok lanjut usia yang terdata dalam SILANI (Sistem Informasi Lanjut Usia) untuk melihat dampak pandemi dan respons Pemerintah terhadap penduduk lanjut usia, bekerja sama dengan ERIA dan UNFPA. Terbaru, Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat terlibat aktif dalam proses pemantauan program bantuan sosial melalui survei telepon ke rumah tangga bekerja sama dengan Kementerian/Lembaga terkait, seperti Kemenko PMK dan TNP2K. Direktorat Kependudukan dan Jaminan Sosial (KJS) bekerja sama dengan berbagai pihak melaksanakan kajian, pemantauan, dan evaluasi kemiskinan dan pelaksanaan program jaminan sosial melalui metode inovatif atau non-konvensional. Pemantauan dan kajian melalui survei daring bagi kelompok pekerja di masa pandemi telah dilakukan bekerja sama dengan lembaga penelitian J-PAL *Southeast Asia*. Kegiatan ini berpotensi untuk ditindaklanjuti dalam bentuk eksplorasi mendalam secara kualitatif. Keterbatasan mobilitas yang menghalangi riset lapangan diupayakan dapat diatasi melalui kiat dan terobosan pemanfaatan teknologi digital. Saat ini, Dit KJS masih dalam tahap mencari bentuk format yang tepat untuk penggalan informasi tanpa melalui tatap muka dan perjalanan.

## Kebijakan Perlindungan Sosial dan Ekonomi bagi UMKM

UMKM yang sebagian besar masih bergerak pada sebagai sektor informal mendapatkan beberapa intervensi dan stimulus dalam masa pandemi berupa skema perlindungan sosial dan ekonomi yang tujuannya membentengi pelaku usaha dari kerentanan akibat pandemi. Dari sisi bantuan sosial bagi pelaku UMKM, pemerintah menggelontorkan Rp 28,8 triliun dana Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) dalam bentuk modal kerja produktif dan dari sisi jaminan sosial diberikan keringanan berupa relaksasi iuran dan denda bagi UMKM peserta program Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Sosial Ketenagakerjaan. Bantuan Presiden (Banpres) Produktif Usaha Mikro (disingkat BPUM) merupakan salah satu program penanganan dampak COVID-19 bagi usaha mikro yang diluncurkan pada bulan Agustus 2020 dalam bentuk dana hibah sebesar Rp 2,4 juta. Program ini merupakan upaya pemerintah untuk memberikan bantuan modal kerja bagi usaha mikro terdampak COVID-19 yang tidak sedang menerima kredit atau pembiayaan dari perbankan.

Penyaluran BPUM dilakukan dengan sistem pengajuan usulan penerima oleh pengusul BPUM kepada Kementerian Koperasi dan UKM untuk diverifikasi. Pengusul BPUM tersebut yakni (i) dinas yang membidangi Koperasi dan UKM, (ii) koperasi yang disahkan sebagai badan hukum, (iii) kementerian dan lembaga, serta (iv) lembaga keuangan perbankan maupun perusahaan pembiayaan yang terdaftar di OJK. Setelah diverifikasi, BPUM akan disalurkan langsung ke rekening usaha mikro di bank mitra yaitu Bank BRI, BNI, dan Bank Syariah Mandiri. Data usulan penerima BPUM ke depannya akan dipergunakan oleh Kementerian Koperasi dan UKM sebagai salah satu sumber basis data UMKM dengan informasi lengkap nama dan alamat (*by name by address*). Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa beberapa pengusul BPUM belum mendapatkan data usaha mikro yang menerima BPUM. Hal ini menyebabkan para pengusul tidak dapat menginformasikan data penerima serta memantau dan mengevaluasi penggunaan dana tersebut. Namun, secara umum BPUM dirasakan manfaatnya oleh usaha mikro dalam menjaga kelangsungan usahanya di tengah pandemi COVID-19. Perbaikan dibutuhkan dari sisi evaluasi penerima dan penggunaan dana agar bisa lebih tepat sasaran dan tepat guna. Dari sisi jaminan sosial, pemerintah memberikan relaksasi iuran bagi seluruh peserta termasuk pelaku usaha di sektor informal dan UMKM. Relaksasi iuran ini diharapkan dapat memberikan ruang gerak bagi para pemilik usaha untuk melakukan realokasi anggaran bisnis dan fokus pada dana operasional dan pemulihan arus kas.

Penanganan dampak COVID-19 bagi usaha mikro, kecil dan menengah (UMKM) melalui Program Pemulihan Ekonomi (PEN) secara umum terdiri dari tiga strategi utama yaitu pengurangan biaya operasional usaha, penambahan modal kerja baru, dan peningkatan permintaan dan penjualan produk. Pengurangan beban biaya operasional UMKM dilakukan antara lain melalui restrukturisasi kredit, relaksasi pajak, dan subsidi bunga dan penundaan angsuran bagi UMKM yang memiliki kredit di perbankan atau perusahaan pembiayaan. Pemerintah menyediakan modal kerja dan akses pembiayaan untuk memberikan pembiayaan baru dalam mempertahankan usaha melalui penjaminan kredit modal kerja UMKM, pembiayaan investasi bagi koperasi melalui Lembaga Pengelola Dana Bergulir (LPDB) KUMKM, Bantuan Produktif Usaha Mikro (BPUM) atau Banpres Produktif, dan skema KUR super mikro. Sementara itu, peningkatan permintaan produk UMKM dilakukan melalui kemudahan pengadaan barang dan jasa Pemerintah bagi UMKM, penyediaan platform pengadaan bagi perusahaan BUMN untuk dapat mengakses produk UMKM, serta Gerakan Nasional Bangga Buatan Indonesia untuk mendorong masyarakat membeli produk UMKM. Dalam pelaksanaan dan penyalurannya, Pemerintah melakukan kerja sama dengan berbagai pihak termasuk perbankan, perusahaan swasta, BUMN, *e-commerce* dan media. Di samping Program PEN, berbagai inisiatif juga dilakukan dalam membantu UMKM dalam menghadapi dampak pandemi COVID-19, seperti pelatihan

usaha secara daring, penyediaan konsultasi hukum, hingga konsultasi dan pendampingan yang melibatkan asosiasi dan lembaga pendampingan.

Pelaksanaan program-program pemulihan ekonomi bagi UMKM dirasakan manfaatnya oleh UMKM, meskipun pelaksanaannya masih kurang optimal, terutama dari sisi sosialisasi program. Hasil Survei Analisis Kebijakan Penanganan Dampak COVID-19 yang dilaksanakan oleh Direktorat Pengembangan UKM dan Koperasi menunjukkan UMKM, khususnya usaha mikro, kesulitan memperoleh informasi program termasuk proses pendaftarannya. Sebagian besar UMKM mendapatkan informasi dari asosiasi yang diikuti oleh pelaku UMKM, kecuali program penundaan angsuran pokok dan subsidi bunga kredit yang banyak didapatkan informasinya dari media dan perbankan. Hal ini menunjukkan Pemerintah perlu memperbaiki mekanisme sosialisasi supaya lebih mampu menyentuh target dan sasaran utama kegiatan. Dalam hal ini, UMKM mengharapkan adanya peningkatan akses informasi terhadap program-program PEN. Masalah utama dalam pelaksanaan program PEN bagi UMKM adalah ketiadaan data UMKM *by name by address* yang terintegrasi. Hal ini menyebabkan pelaksanaan beberapa program membutuhkan waktu persiapan yang lama, terutama dalam penentuan kebutuhan anggaran serta pengumpulan data calon penerima program. Mengingat kondisi pandemi COVID-19 yang membutuhkan penanganan secara cepat, masalah pendataan ini perlu menjadi perhatian ke depan agar pelaksanaan program Pemerintah bisa lebih tepat sasaran dan tepat waktu.

Program pemulihan UMKM di tahun 2021 telah menjadi bagian dari Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2021, terutama pada Program Prioritas Penguatan Kewirausahaan, UMKM, dan Koperasi yang difokuskan untuk pemulihan usaha dan akselerasi proses adaptasi dan transformasi UMKM. Program-program pengurangan biaya operasional, penyediaan modal kerja serta peningkatan konsumsi dan permintaan produk UMKM akan terus dilanjutkan. Selain itu, dalam upaya mengakselerasi adaptasi UMKM pada kondisi lingkungan usaha yang baru, Pemerintah akan melakukan fasilitasi transformasi usaha melalui pendampingan dan pelatihan, serta digitalisasi usaha. Dalam jangka menengah, perbaikan pendataan UMKM, termasuk dengan memanfaatkan data penerima program PEN, akan dilakukan. Pandemi COVID-19 juga memberikan pelajaran pentingnya berkolaborasi dalam pelaksanaan program. Untuk itu, pola pelaksanaan fasilitasi UMKM melalui kolaborasi dengan BUMN, swasta, perguruan tinggi, lembaga swadaya masyarakat, atau asosiasi perlu diperluas dan diperkuat.

Untuk pelaku dan calon pelaku UMKM, terutamanya pelaku usaha mikro dari kelompok penduduk miskin dan rentan, pendekatan yang sedikit berbeda harus dilakukan. Pendekatan yang saat ini dikembangkan oleh Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat adalah Keperantaraan. Keperantaraan, yang pengembangannya saat ini didukung oleh KOMPAK DFAT, dikembangkan secara umum untuk mendorong pengembangan UMKM yang dimiliki oleh pelaku usaha miskin dan rentan. Beberapa contoh baik dari usaha milik masyarakat miskin dan rentan yang berhasil berkembang menunjukkan bahwa yang diperlukan oleh UMKM adalah akses terhadap pasar, pelatihan teknis untuk mengembangkan kualitas produk, dan modal atau pembiayaan. Pendekatan Keperantaraan menghubungkan pelaku usaha miskin dan rentan dengan potensi pasar (pengguna produk akhir); kesempatan pelatihan teknis, penguatan produk, dan pemasaran; serta kesempatan pembiayaan melalui program kredit mikro Pemerintah dan *corporate social responsibility* (CSR) dari BUMN dan perusahaan swasta. Dalam konteks pandemi COVID-19, pendekatan Keperantaraan telah berhasil membantu beberapa kelompok pelaku usaha untuk mencari potensi pasar baru yang lebih stabil, atau bahkan mendukung pengembangan lini usaha/produk baru/alternatif yang lebih berpotensi pada masa pandemi. Pendekatan ini berpotensi untuk membantu masyarakat, terutama pelaku usaha, dalam proses pemulihan baik dalam masa maupun pasca pandemi.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### Kesimpulan

1. Di masa pandemi COVID-19, proses pemulihan ekonomi utamanya memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar saat bencana/pandemi harus secara gradual ditransformasi menjadi program pemberdayaan yang bertujuan membantu penduduk untuk kembali aktif secara ekonomi.
2. Tantangan program perlindungan sosial pada saat dan pasca bencana seperti perluasan cakupan penerima dan pendataan yang akurat, perlu segera diselesaikan.

### Rekomendasi

1. Diperlukan reformasi sistem perlindungan sosial yang adaptif kebencanaan. Reformasi tersebut mencakup antara lain:
  - a. Diperlukan adanya perbaikan dalam proses pendataan yang termutakhirkan secara kontinyu, dengan cakupan penduduk yang lebih luas (mendekati 100 persen), serta terhubung dengan sistem administrasi kependudukan dan ketenagakerjaan serta peta risiko kebencanaan, untuk mempermudah perluasan bantuan sosial dalam kondisi kedaruratan. Perubahan status sosial ekonomi setiap warga dan pekerja seharusnya dapat ditangkap sebagai salah satu indikator untuk menyusun kebijakan.
  - b. Diperlukan adanya pengembangan bantuan sosial dan jaminan sosial adaptif, yang terdiri dari pengembangan mekanisme standar perluasan dan penyaluran bantuan sosial dan jaminan sosial yang cepat. Dalam hal ini diperlukan adanya SOP bantuan sosial pada masa kebencanaan, perbaikan mekanisme dan infrastruktur penyaluran bantuan sosial digital, dan perubahan mekanisme bantuan sosial yang lebih fleksibel.
  - c. Diperlukan adanya pengembangan layanan bantuan sosial berbasis platform digital untuk kelompok masyarakat rentan seperti anak, lansia dan penyandang disabilitas dalam rangka meminimalkan kontak fisik sesuai dengan protokol kesehatan yang berlaku dalam masa pandemi.
  - d. Diperlukan adanya pengembangan layanan jaminan sosial berbasis platform digital terpadu untuk segala bentuk layanan meliputi berbagai tahapan dari mulai pendaftaran, pembayaran iuran, hingga klaim manfaat.
2. Diperlukan rencana kontinjensi dengan ketentuan yang sudah diatur dalam protokol secara lengkap dan detail yang ke depan diharapkan dapat menjadi acuan dalam menentukan respons kebijakan bantuan sosial dan jaminan sosial lebih cepat karena adanya sistem peringatan dini (*early warning system*) atau ukuran acuan yang menentukan saatnya beralih dari mode normal (*business as usual*) menjadi mode darurat (pandemi).
3. Dalam kondisi darurat, kegiatan monitoring dan evaluasi program-program bantuan sosial dan jaminan sosial dapat dilakukan secara melalui telepon, daring, maupun pemanfaatan data-data digital untuk mendukung pembuatan kebijakan berdasar bukti (*evidence-based policy*).
4. Proses pemulihan ekonomi memerlukan program tambahan yang berkelanjutan, seperti bantuan dan penguatan untuk pelaku UMKM. Pendekatan Keperantaraan berpotensi membantu pelaku UMKM miskin dan rentan untuk memperoleh akses terhadap pasar, alternatif produk dan lini usaha, serta pembiayaan pada masa dan setelah pandemi.



## Daftar Pustaka

1. Devereux, S. and Sabates-Wheeler, R. (2004) Transformative social protection. IDS Working Paper 232. Brighton: University of Sussex, Institute of Development Studies. Available at: <http://www.ids.ac.uk/publication/transformative-social-protection1>.
2. Brunori, P. and Reilly, M. O. (2010) Social Protection for Development: A Review of Definitions. Firenze. Available at: [http://mpira.ub.uni-muenchen.de/29495/1/MPRA\\_paper\\_29495.pdf](http://mpira.ub.uni-muenchen.de/29495/1/MPRA_paper_29495.pdf).
3. Sumarto, S., Suryahadi, A. and Bazzi, S. (2008) 'Indonesia's Social Protection during and after the Crisis', in Barrientos, A. and Hulme, D. (eds) Social Protection for the Poor and the Poorest: Concepts, Policies and Politics. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 121–145.
4. Suryahadi, A., Hadiwidjaja, G. and Sumarto, S. (2012) 'Economic growth and poverty reduction in Indonesia before and after the asian financial crisis', Bulletin of Indonesian Economic Studies, 48(2), pp. 209–227. doi: 10.1080/00074918.2012.694155.
5. Mboi, N. (2015) 'Indonesia: On the way to universal health care', Health Systems and Reform, 1(2), pp. 91–97. doi: 10.1080/23288604.2015.1020642.
6. Tohari, A., Parsons, C. and Rammohan, A. (2019) 'Targeting poverty under complementarities: Evidence from Indonesia's unified targeting system', Journal of Development Economics. Elsevier B.V., 140(June), pp. 127–144. doi: 10.1016/j.jdeveco.2019.06.002.
7. Widiyanto, B. (2013) 'The political economy of social protection reforms in Indonesia', in Bender, K., Kaltentborn, M., and Pfeleiderer, C. (eds) Social Protection in Developing Countries: Reforming Systems. Abingdon, Oxon: Routledge, pp. 33–42
8. Rodrik, D. (1996) 'Coordination failures and government policy: A model with applications to East Asia and Eastern Europe', Journal of International Economics, 40(1–2), pp. 1–22. doi: 10.1016/0022-1996(95)01386-5.
9. O'Connor, J. S. (2005) 'Policy coordination, social indicators and the social-policy agenda in the European Union', Journal of European Social Policy, 15(4), pp. 345–361. doi: 10.1177/0958928705057289.
10. Olivia, S., Gibson, J. and Nasrudin, R. (2020) 'Indonesia in the Time of COVID-19', Bulletin of Indonesian Economic Studies, 56(2), pp. 143–174. doi: 10.1080/00074918.2020.1798581.
11. Suryahadi, A., Al Izzati, R. and Suryadarma, D. (2020) 'Estimating the Impact of COVID-19 on Poverty in Indonesia', Bulletin of Indonesian Economic Studies. Taylor & Francis, 0(0), pp. 1–34. doi: 10.1080/00074918.2020.1779390.
12. Abdoul-Azize, H. T. and El Gamil, R. (2020) 'Social Protection as a Key Tool in Crisis Management: Learnt Lessons from the COVID-19 Pandemic, Global Social Welfare. Global Social Welfare, (2018). doi: 10.1007/s40609-020-00190-4.
13. Gentilini, U. et al. (2020) Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. Washington, DC. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33635>.
14. Agustina, R. et al. (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', The Lancet, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.
15. Davies, M. et al. (2013) 'Promoting Resilient Livelihoods through Adaptive Social Protection: Lessons from 124 programmes in South Asia', Development Policy Review, 31(1), pp. 27–58. doi: 10.1111/j.1467-7679.2013.00600.x.



**KEMENTERIAN PPN/BAPPENAS**  
Jalan Taman Suropati Nomor 2 Jakarta 10310  
Telepon (021) 319 34379; Faksimile (021) 392 6603  
[www.bappenas.go.id](http://www.bappenas.go.id)

ISBN 987-623-96020-3-1



9 786239 602031