

October 2022

Covid-19 Prevention and Management Policies and Societal Experiences with their Implementation (Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Covid-19 dan Implementasinya dalam Pengalaman Masyarakat)

Sulistyowati Irianto
sulistyowati.ma@ui.ac.id

Yvonne Kezia Nafi
yvonne.kezia@ui.ac.id

Antarin Prasanthi
antarin.prasanthi@ui.ac.id

Ghanies Amany Cholidah
Universitas Indonesia, ganisamany@gmail.com

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/ijsls>

Recommended Citation

Irianto, Sulistyowati; Nafi, Yvonne Kezia; Prasanthi, Antarin; and Cholidah, Ghanies Amany (2022) "Covid-19 Prevention and Management Policies and Societal Experiences with their Implementation (Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Covid-19 dan Implementasinya dalam Pengalaman Masyarakat)," *The Indonesian Journal of Socio-Legal Studies*: Vol. 2: No. 1, Article 4.

DOI: 10.54828/ijsls.2022v2n1.4

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/ijsls/vol2/iss1/4>

This Article is brought to you for free and open access by the Faculty of Law at UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in The Indonesian Journal of Socio-Legal Studies by an authorized editor of UI Scholars Hub.



Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Covid-19 dan Implementasinya dalam Pengalaman Masyarakat¹

Sulistiyowati Irianto, Yvonne Kezia D. Nafi, Antarin Prasanthi, dan Ghanies Amany C.

Fakultas Hukum Universitas Indonesia

Abstract

The COVID-19 pandemic outbreak has reinforced the need for scientists to collaborate more and more in an interdisciplinary manner, in order to obtain the most comprehensive and appropriate solutions. Covid-19 is indeed the area of medical and health sciences, but this research is carried out comprehensively through the interdisciplinary study of law. The research found that the main problem is in the inconsistent policies and its implementation in preventing and handling the pandemic. The informants, including doctors, show their perspective from their experiences on how the pandemic is a way to deconstruct the whole health problems in Indonesia.

Keyword: pandemic Covid-19, law, policy, interdisciplinary study of law, digital survey, digital interview

Abstrak

Pandemi COVID-19 meneguhkan panggilan bagi para ilmuwan untuk semakin berkolaborasi secara inter-disiplin, agar mendapatkan solusi yang paling komprehensif dan tepat. Covid-19 memang wilayah ilmu kedokteran dan kesehatan namun penelitian ini dilakukan secara komprehensif melalui studi hukum interdisiplin. Hasil penelitian menunjukkan problem utama dari ketidakjelasan kebijakan dan implementasinya dalam banyak aspek terkait pencegahan dan penanganan pandemi. Para informan, termasuk para dokter, menunjukkan pandangan mereka berdasarkan pengalaman dan testimoni tentang bagaimana pandemi ini merupakan jendela untuk membongkar keseluruhan masalah kesehatan di Indonesia.

Keyword: pandemi Covid-19, kebijakan, hukum, studi hukum interdisiplin, survei digital, wawancara digital

¹Peneliti menyampaikan banyak terimakasih terutama kepada para responden dan informan yang sudah berkenan menyediakan waktu untuk berdiskusi dan berbagi pengalaman dan pengetahuan kepada peneliti. Terima kasih juga disampaikan kepada Universitas Indonesia dan Fakultas Hukum Universitas Indonesia yang sudah mendanai penelitian kecil ini.



I. Latar Belakang

Covid-19 merupakan wilayah ilmu kedokteran dan kesehatan² namun dampaknya yang dahsyat telah mengubah kehidupan global di segala bidang; menandakan kompartementalisasi bidang ilmu sudah usang. Kebutuhan masyarakat menjadi pendorong utama munculnya ilmu lintas disiplin.³ Sayangnya, kelimpahan informasi terkait wabah Covid-19 kurang memperhitungkan suara ilmu sosial-humaniora.⁴ Padahal dampak wabah terhadap kemanusiaan dan kemasyarakatan menyiratkan soal keadilan sosial. Misalnya, ketika mengalami ketidakpastian sosial karena terhentinya penghasilan sebagian atau seluruhnya; siapakah kelompok yang aksesnya paling rentan terhadap hak kesehatan dan kelangsungan hidup? Dampak apa saja yang dialami oleh warga masyarakat paling rentan pada masa pandemi melalui pengalaman mereka? Mampukah pengambil kebijakan mengidentifikasi mereka yang harus diutamakan untuk ditolong? Apa saja inisiatif dan strategi warga masyarakat dalam membentuk skema pertolongan kolektif? Kendala lain yang dihadapi studi sosial-humaniora dibandingkan studi kesehatan, kedokteran dan sains-teknologi pada masa pandemi ini adalah keleluasaan untuk melakukan penelitian lapangan –yang padahal dapat digantikan dengan metode penelitian digital. Hal yang terpenting adalah kebijakan penanganan pandemi dan pencegahan di masa yang akan datang sangat membutuhkan perspektif interdisiplin, bahkan transdisiplin.⁵

Pentingnya meneliti penanganan pandemi dan sesudahnya dari perspektif hukum dan sosial budaya adalah karena dampak wabah terhadap kemanusiaan dan

²Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Penguatan Sistem Kesehatan dalam Pengendalian COVID-19,” <http://p2p.kemkes.go.id/penguatan-sistem-kesehatan-dalam-pengendalian-covid-19/>, diakses 22 Agustus 2022.

³Gemelli, “Post Covid-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach,” <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40520-020-01616-x.pdf>, *Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group (2020)*, diakses 22 Agustus 2022; Moradian N, Moallemian M, Delavari F, *et al.*, Interdisciplinary Approaches to COVID-19, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33973220/>, diunduh 22 Agustus 2022.

⁴Marcella Corsi and J. Michael Ryan, “What does the Covid-19 crisis reveal about interdisciplinarity in social sciences?,” *International Review of Sociology*, Vol. 53 (February 2022): 150-151; Edinburgh Researcher Explorer, “Law at its limits,” *Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law*, vol. 47, no. 3 (August 2022): 2-4, <https://doi.org/10.1080/07329113.2015.1110909>.

⁵Dilek Aslan, “Can transdisciplinary approaches contribute to the COVID-19 fight?,” *Global Health Promotion*, Vol. 28, No. 2 (July 2022): 5-7; Vladimir Moki, “Covid-19: Systems Transdisciplinary Generalization, Technical and Technological Ideas, and Solutions,” *Informing Science: the International Journal of an Emerging Transdiscipline*, Vol. 25 (January 2022): 7-8; Miles C. Coleman, Susana C. Santos, *et al.*, “Lessons From the Pandemic: Engaging Wicked Problems With Transdisciplinary Deliberation,” *Journal of Communication Pedagogy*, Vol. 5 (January 2022):164-165.



kemasyarakatan.⁶ Penjelasan dan jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan akses terhadap kesehatan, keberlangsungan ekonomi di masyarakat, dan isu lainnya yang menyiratkan soal keadilan sosial sangat dibutuhkan untuk dapat dijadikan dasar bagi pembuatan kebijakan lanjutan bagi masa depan Indonesia yang mampu mengatasi kemungkinan datangnya pandemi.

Secara umum, penelitian ini bertujuan menganalisis sejauh mana rumusan berbagai kebijakan pencegahan dan penanganan pandemi Covid-19 sudah mengakomodasi keberadaan dan realitas masyarakat termasuk kelompok rentan serta implementasinya dalam masyarakat berdasarkan pengalaman dan pandangan masyarakat. Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah untuk menganalisis secara kritis berbagai teks kebijakan pencegahan, penanganan dan layanan kesehatan selama pandemi, untuk: i) Mengidentifikasi berbagai permasalahan yang muncul karena ketidaklengkapan kebijakan karena situasi kedaruratan; ii) Mengetahui bagaimanakah warga masyarakat merespons berbagai kebijakan tersebut; dan iii) Mengetahui dampak dari kebijakan penanganan pandemi terutama terhadap warga masyarakat berdasarkan pengalaman mereka.

Ruang lingkup penelitian ini berada dalam studi hukum interdisiplin, yang menggunakan metode *socio-legal research* atau pendekatan hukum dan masyarakat.⁷ Permasalahan hukum dianalisis dengan pendekatan metodologi ilmu sosial-humaniora. Kegiatan berbasis penelitian ini dilakukan secara komprehensif melalui tiga teknik pengambilan data, yaitu:

- (1) Analisis doktrinal terhadap berbagai kebijakan penanganan pandemi untuk dapat menemukan kebijakan yang kurang tepat dan memberikan rekomendasi solusi terhadap kebijakan tersebut;
- (2) Survei digital terkait implementasi pencegahan dan layanan kesehatan selama pandemi untuk mengetahui dalam konteks apa kebijakan dipandang sudah tepat dan dalam konteks yang manakah kebijakan harus diperbaiki.

⁶Liu YL, Yuan WJ, Zhu SH, “The state of social science research on COVID-19,” *Scientometrics*, 2022;127(1):369-383, doi: 10.1007/s11192-021-04206-4, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840358/>, diakses 22 Agustus 2022; Dr Ong Eng Koon, “The impact of socio-cultural influences on the COVID-19 measures – reflections from Singapore,” *Journal of Pain and Symptom Management*, (April 2020): 5-6.

⁷ Feenan Dermot (2013), Exploring the ‘socio’ of Socio-Legal Studies dalam Feenan Dermot (ed), “Exploring the ‘Socio’ of Socio-Legal Studies,” *Palgrave MacMillan*, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-137-31463-5_1, 3-9, diunduh 24 Agustus 2022,



Dalam survei ini berhasil didapatkan data dari 514 responden secara acak dalam waktu satu minggu. Survei diedarkan di jejaring yang dimiliki oleh para peneliti, kemudian menyebar ke jejaring yang lain secara *snow ball*;

- (3) *Focus Group Discussion* (FGD) secara digital untuk mendapatkan informasi mengenai pengetahuan, respon, dan pengalaman masyarakat selama masa pandemi terkait kebijakan, dampak yang dirasakan, harapan dan inisiatif kolektif yang dapat menjadi inspirasi untuk pengembangan kebijakan. Tiga kelompok yang diundang dalam FGD adalah para penyintas Covid-19, para dokter, dan Satgas Covid-19.

II. Kajian Literatur

A. Kebudayaan Baru

Serangan Covid-19 akan mengubah dunia dalam hal cara berpikir dan berpengetahuan, cara hidup, dan cara ber hukum atau penentuan apa yang boleh dan tidak boleh. Itulah esensi kebudayaan.⁸ Setiap orang berpotensi untuk terdampak Covid-19, sehingga wabah bukan lagi masalah orang per orang, tetapi komunitas, masyarakat bahkan bangsa.⁹ Setiap orang memproduksi dan mendistribusi kegelisahan, ketakutan, kecemasan dan ketidakpastian; maka terbentuklah pengetahuan dan pengalaman kolektif. Selanjutnya akan muncul banyak inisiatif, dan solidaritas kolektif dari komunitas dan jejaring dalam masyarakat; bertujuan mengupayakan perlindungan bersama dalam berbagai bentuk donasi dan kerja sama. Covid-19 telah menyatukan gagasan dan kerja sama kolektif secara bermakna, dan besar kemungkinan melahirkan kebudayaan baru terkait cara hidup sehat. Masyarakat memiliki kapasitas untuk itu, terlepas dari hadir atau tidaknya negara.

Cara berpengetahuan adalah bagian dari esensi kebudayaan. Pasca pandemi Covid-19 yang memberi pembelajaran besar, diramalkan akan lahir percabangan

⁸Markus Hinterleitner, John Lovett, Lisa Frazier, *et al.*, “PJS Virtual Special issue on Covid-19 Crisis,” [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1111/\(ISSN\)1541-0072.covid-19-crisis-2020](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1111/(ISSN)1541-0072.covid-19-crisis-2020) (2020), diakses 24 Agustus 2022; Wu, *et al.*, “The outbreak of COVID-19: An overview,” *Journal of the Chinese Medical Association*, Vol. 83 (March 2020): 7-8.

⁹Muhyiddin dan Hanan Nugroho, “Indonesia Development Update A Year of Covid-19: A Long Road to Recovery and Acceleration of Indonesia's Development,” *Jurnal Perencanaan*, Vol. V No. 1 (April 2021).



ilmu baru interdisiplin yang semakin intensif. Dalam kolektiva keilmuan baik kampus maupun pusat riset industri, para ilmuwan akan berusaha mencari solusi yang paling tepat untuk mengatasi wabah. Ilmu kesehatan dan keteknikan klasik saat ini sudah memunculkan percabangan ilmu baru seperti *life sciences*, *bio-molecular science*, *biomedical science*, *bioinformatics* dengan berbagai percabangannya dan akan menghasilkan obat, vaksin dan alat-alat pendeteksi dan penyembuh. Sementara ilmu matematik-statistik bersama ilmu aplikasinya seperti ilmu komputer, melahirkan ilmu baru yakni *data science*, dan menghasilkan berbagai produk *artificial intelligence* yang potensial menggantikan atau mendukung profesi banyak bidang, termasuk kedokteran.¹⁰ Nantinya perkembangan ilmu-ilmu interdisiplin akan semakin luas dan menghasilkan kebudayaan material baru, termasuk digital, yang mencengangkan. Sungguhpun globalisasi mungkin akan didefinisikan ulang karena penyebaran Covid-19 ditengarai disebabkan oleh mobilitas dan konektivitas orang dan barang secara masif, namun globalisasi dengan karakter baru dengan basis konektivitas digital tidak akan surut ke belakang.

B. Hukum dan Pluralisme Hukum

Manusia yang berkumpul dalam kolektiva selalu membutuhkan norma hukum tentang apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan demi kelangsungan hidup bersama (*Ubi societas ibi ius*). Hukum adalah bagian atau proses kebudayaan. Masyarakat memiliki kapasitas untuk menciptakan norma hukum dan keadilannya sendiri (*self-regulation*). Substansi hukum baru itu adalah hasil hibrida, kombinasi antara hukum negara, hukum adat, agama, dan kebiasaan, bahkan hukum internasional. Pengaruh hukum internasional ke akar rumput, terutama dalam bidang hak asasi manusia, sangat kuat di masa globalisasi hukum sekarang. Hukum dari segala arah menuju ke segala arah, sehingga masyarakat dunia juga memiliki instrumen hukum yang sama terutama hasil dari ratifikasi atau adopsi

¹⁰Kementerian Republik Indonesia “DJKN Dukung Pembangunan Pusat *Life-Sciences*,” <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/berita/baca/8551/DJKN-Dukung-Pembangunan-Pusat-Life-Sciences.html>, diunduh 22 Agustus 2022.



sebagian hukum internasional, khususnya bidang hak asasi manusia dan tata kelola pemerintahan.¹¹

Kelahiran hukum baru besar kemungkinan akan difasilitasi oleh badan-badan dunia, sebagaimana dunia pernah disatukan oleh program pembangunan hukum dalam beberapa gelombang. Amerika mulai mendesain gerakan *Law & Development* pada tahun 1960-an dengan tujuan untuk mendemokratisasi negara-negara baru merdeka di Asia, Afrika, Amerika Latin, memodernisasi sistem hukum, dan mengentaskan kemiskinan. Setelah perang dingin berakhir, negara-negara Eropa mendesain pembangunan hukum baru yang diberi nama *Rule of Law Movement* (1990-an). Targetnya adalah negara berkembang dan negara pecahan Uni-Soviet. Kedua program pembangunan hukum itu tidak berhasil sepenuhnya karena didesain oleh para elite hukum dan donor, tidak didasari pengetahuan tentang sistem dan karakter hukum negara berkembang. Mereka tidak melibatkan partisipasi publik yang luas yang memiliki hukum lokal dan konsep keadilannya sendiri. Pembelajaran dari kegagalan dua gelombang pembangunan hukum itu adalah pembangunan di segala bidang apa pun seperti kesehatan, ekonomi, pendidikan, politik, haruslah disertai pembangunan hukum.

Survei dari *Commission on Legal Empowerment* (2008, 2009)¹² mengejutkan kalangan hukum. Empat milyar orang di seluruh dunia hidup dalam kemiskinan, bukan karena persoalan ekonomi semata tetapi karena terlempar dari aksesnya terhadap keadilan. Tidak tersedia hukum yang baik, ketiadaan akses literasi hukum, identitas hukum, bantuan hukum, dan tentu saja akses kepada layanan kesehatan pada saat terjadi wabah penyakit. Gerakan pembangunan yang dilakukan pada dekade terakhir adalah Akses Keadilan yang secara khusus ditujukan bagi kelompok rentan dan tidak diuntungkan seperti orang miskin, perempuan, minoritas (penganut kepercayaan lokal, masyarakat adat), dan difabel. Negara dengan disparitas sosial-ekonomi yang besar seperti Indonesia belum bisa menerapkan

¹¹K Benda-Beckmann & Bertram Turner, “Legal Pluralism, Social Theory and the State, *Journal of Legal Plualism and Unofficial Law*, no. 50:3 (2018), 255-274.

¹²Comission on Legal Empowerment, “Making the Law Works for Everyone,”

<https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/making-the-law-work-for-everyone-vol-1-report-of-the-commission-on-legal-empowerment-of-the-poor/>, diunduh 17 Agustus 2022.



prinsip keadilan untuk semua, tetapi keadilan afirmasi untuk kelompok tidak terlayani (*underserved communities*).

C. Kebijakan harus tepat.¹³

Keberhasilan Akses Keadilan mensyaratkan pengambil kebijakan mampu mengidentifikasi siapakah kelompok paling rentan dan tidak terlayani. Selama ini pendekatannya terlalu administratif, eligibilitas dilekatkan pada Kartu Tanda Penduduk. Padahal justru kelompok paling miskin dan minoritas tidak punya akses kepada identitas hukum, utamanya Kartu Tanda Penduduk. Mereka adalah orang miskin kota, penghuni bantaran kali, buruh migran kota atau harian lepas, dan orang tanpa domisili; yang tidak terdokumentasi. Mereka tidak punya suara, dan dikonstruksi sebagai identitas liyan, atau tiada. Mereka terluput dari berbagai rumusan kebijakan, buta hukum, tanpa akses bantuan hukum, dan pada masa wabah akan terlempar dari prioritas layanan kesehatan. Negara kita tidak memiliki skema kebijakan yang memaksa orang kaya menyubsidi orang miskin melalui sistem jaminan sosial. Skema jaminan kesehatan hanya diberikan kepada pemegang identitas hukum, dan pembayar Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau yang mampu bayar sendiri. Tidak ada sistem yang memaksa orang kaya menyubsidi orang miskin, orang sehat atau normal menyubsidi yang sakit atau cacat, keluarga tanpa anak menyubsidi keluarga miskin dengan anak, atau pemilik rumah mewah menyubsidi orang tanpa rumah. Di negara-negara maju, yang terjadi adalah sebaliknya sehingga mereka bisa menerapkan keadilan untuk semua, sudah melewati tahap prioritas keadilan bagi si miskin.

Di Indonesia BPJS boleh diakses siapa saja yang punya eligibilitas administratif. Premi yang dibayar orang kaya dan orang miskin berbeda tipis. Orang kaya yang mampu berobat ke luar negeri juga memanfaatkan layanan kesehatan mahal (untuk sakit serius), yang lebih pantas ditujukan bagi kelompok miskin. Program bantuan sosial pemerintah masa wabah banyak yang salah alamat, lebih ditujukan kepada mereka yang ber-KTP atau dikenal otoritas kampung. Sementara

¹³WHO & R& D Blueprint, “Community-Centered Approaches to Health Emergencies: Progress, Gaps and Research Priorities,” https://cdn.who.int/media/docs/default-source/blue-print/who-covid-19-social-science-in-outbreak-report_15.08.21.pdf?sfvrsn=d4bb00b3_9&download=true, diunduh 22 Agustus 2022.



yang paling rentan justru tersembunyi sebagai liyan, tiada, tidak terhitung. Mereka juga tidak terdata sebagai korban Covid-19 karena ketiadaan akses kepada tes massal.

Para ilmuwan sosial humaniora dan ahli statistik seharusnya mampu mencari solusi, bagaimana cara menentukan kelompok paling rentan. Para ekonom bisa menghitung kerugian dari kesalahan kebijakan akibat ketidakmampuan mengidentifikasi mereka yang paling rentan. Kita juga menantikan badan-badan dunia dan komunitas ilmuwan membuat platform bersama untuk mengatasi wabah global. Kesiapan harus dilakukan meskipun wabah baru akan datang lagi lima atau dua puluh tahun kemudian, seperti kata Presiden Obama.

III. Temuan

Penjabaran temuan dalam bagian ini akan dibagi ke dalam tiga kelompok besar, yaitu: a) hasil analisis kebijakan yang dilakukan secara *desk review*; b) survei digital tentang implementasi kebijakan terkait Covid-19; dan c) implementasi kebijakan terkait Covid-19 dalam pengalaman masyarakat.

A. Analisis Kebijakan

Kebijakan yang menjadi pilar utama dalam penanganan dan pencegahan pandemi Covid-19 adalah terkait penerapan protokol kesehatan 3M (menggunakan masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak) dan kegiatan pengetesan, pelacakan, isolasi, dan perawatan atau 3T (*tracing, testing, dan treatment*) serta vaksinasi.¹⁴ Penerapan pilar 3M diregulasi melalui Peraturan Pemerintah No. 21 tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang diterapkan 20 Maret 2020.¹⁵ Kebijakan yang diambil bukan *lock down* tetapi kebijakan pembatasan terbatas, dengan mempertimbangkan banyak aspek, terutama kondisi ekonomi masyarakat menengah ke bawah yang penghasilannya bergantung pada kerja harian.¹⁶

¹⁴Kompas.com, “Jokowi: Penanganan Covid-19 Bertumpu pada 3 Pilar Utama,” <https://nasional.kompas.com/read/2021/08/02/19271201/jokowi-penanganan-covid-19-bertumpu-pada-3-pilar-utama>, diunduh 27 Januari 2022.

¹⁵Muhyiddin, “Covid-19, New Normal dan Perencanaan Pembangunan di Indonesia,” *The Indonesian Journal of Development Planning*, Vol. IV, No. 2 (Juni 2020): 241.

¹⁶Mohammad Mulyadi, “Penerapan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) Untuk Mengendalikan Laju Pandemi Covid-19,” *Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, Kajian Singkat terhadap Isu Aktuan dan Strategis*, Vol. XIII, No. 16 (Agustus 2021):17-18.



Masyarakat lebih dihibau untuk menerapkan protokol kesehatan, termasuk *physical distancing*.

Kebijakan berikutnya adalah Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) yang terbagi ke dalam empat tingkat (*level*).¹⁷ Penerapan PPKM di tingkat daerah diserahkan kepada pemerintah daerah untuk disesuaikan dengan kriteria keparahan pandemi berdasarkan hasil *assessment*, khususnya perkembangan kasus. Pergantian istilah dan keketatan yang terkesan sering berubah menyebabkan kebingungan masyarakat, terutama sektor pariwisata dan hiburan.

Dikarenakan jumlah kasus tertinggi berada di Jawa, beberapa produk kebijakan disusun dengan berpusat pada penanganan kondisi pandemi di pulau Jawa.¹⁸ Akibatnya, timbul kendala ketika diaplikasikan untuk daerah-daerah luar pulau Jawa. Contohnya, kebijakan Pembelajaran Jarak Jauh (PJJ), yang membutuhkan internet dan teknologi digital, yang sulit diakses di luar Jawa dan terpencil¹⁹

Penerapan kebijakan 3T (*tracing, testing, dan treatment*) dilakukan dengan melakukan tes *swab* PCR. Pada masa awal pandemi, tarif tes PCR dipatok oleh beberapa penyedia jasa seharga Rp2-2,5 juta.²⁰ Selain tes PCR, juga tersedia tes *rapid antigen* yang harganya lebih terjangkau berkisar Rp300 ribu.²¹ Mahalnya tes *swab*, diperkirakan berdampak terhadap rendahnya tingkat pengetesan Covid-19 menurut standar WHO.²² Walaupun akhirnya harganya menurun dan semakin terjangkau masyarakat, tetapi banyak orang merasa dirugikan karena kebijakan sebelumnya.

¹⁷*Ibid.*

¹⁸Kompas, “UPDATE: Sebaran 37.259 Kasus Baru Covid-19, Tertinggi di Jawa Barat,” <https://nasional.kompas.com/read/2022/03/03/21355111/update-sebaran-37259-kasus-baru-covid-19-tertinggi-di-jawa-barat>, diakses 25 Agustus 2022.

¹⁹Haridyanti Pratiwi, “Permasalahan Belajar Dari Rumah Bagi Guru Lembaga Pendidikan Anak Usia Dini Di Daerah Terpencil,” *Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan*, Vol. 6, No. 2 (Desember 2021): 130-132.

²⁰Kompas, “Ironi Harga Tes PCR: Dulu Bayar Rp 2,5 Juta, Kini Cuma Rp 275 Ribu,” <https://money.kompas.com/read/2021/11/14/133809726/ironi-harga-tes-pcr-dulu-bayar-rp-25-juta-kini-cuma-rp-275-ribu>, diakses 25 Agustus 2022.

²¹Jawa Pos, “Testing Covid-19 Masih Rendah, Pemicunya Tarif Swab PCR Mahal,” <https://www.jawapos.com/kesehatan/04/06/2021/testing-covid-19-masih-rendah-pemicunya-tarif-swab-pcr-mahal/>, diakses 25 Januari 2022.

²²Kompas, “Dinilai Biaya Tes Covid-19 di Indonesia terlalu mahal, Apindo: Akibatnya Akses Testing Sangat Rendah,” <https://www.kompas.tv/article/198005/dinilai-biaya-tes-covid-19-di-indonesia-terlalu-mahal-apindo-akibatnya-akses-testing-sangat-rendah>, diakses 25 Januari 2022.



Kebijakan lain terkait *tracing* adalah platform aplikasi Peduli Lindungi (PL), yang dinilai agak lambat karena proses birokrasi pemerintah. Platform ini awalnya mengalami kendala seperti aplikasi tidak dapat diakses dan tidak memberi akurasi data. Sampai saat ini *scanning* PL adalah syarat berbagai tempat umum seperti mal, perkantoran, rumah sakit, dan banyak lagi.

Kebijakan terkait rumah sakit rujukan dan akses layanan kesehatan dikeluarkan pada 3 Maret 2020. Pemerintah menunjuk 100 Rumah Sakit Rujukan untuk penanganan kasus (bertambah menjadi 227 Rumah Sakit Rujukan tanggal 18 Maret 2020).²³ Pemerintah daerah menyatakan kesiapannya, tetapi gelombang virus Covid-19 sangat keras sementara sistem kesehatan Indonesia belum bisa menanggulangi semua permasalahan. Penyebaran virus Covid-19 terjadi sangat cepat, hanya satu bulan sejak terkonfirmasi, lonjakan kasus sudah mencapai 1790, dan terdapat 113 kasus baru, dan 170 kematian dan 112 pemulihan.²⁴ Ketika jumlah kasus menembus angka 1 juta pada akhir Januari 2021,²⁵ beberapa kota dinyatakan sebagai zona merah seperti Banten, DKI Jakarta, dan Yogyakarta.²⁶ Mereka mengeluhkan respons yang lambat, kapasitas tidak memadai, dan lemahnya sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT), yang terkonfirmasi data dari penelitian ini. Faktor penghambat lain adalah seperti tertahannya alat kesehatan dan plasma darah di bea cukai dan masalah kesejahteraan tenaga kesehatan.²⁷

Kebijakan yang dianggap berhasil pada pemulihan pandemi Covid-19 adalah pengadaan dan pelayanan vaksinasi yang tertuang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 99 Tahun 2020., yang diperbaharui tahun 2021.

²³Kementerian Keuangan Republik Indonesia, “Mengawal Akuntabilitas Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional Tahun 2020,” https://djp.kemenkeu.go.id/portal/images/file_artikel/file_pdf/Buku_PC_PEN_2021_compressed.pdf, diakses 25 Agustus 2022; Kompas, “Ini 100 Rumah Sakit Rujukan Penanganan Virus Corona di 32 Provinsi,” <https://www.kompas.com/tren/read/2020/03/02/144500765/ini-100-rumah-sakit-rujukan-penanganan-virus-corona-di-32-provinsi?page=all>.

²⁴Statista, “Indonesia: kasus coronavirus (COVID-19) tahun 2020,” <https://www.statista.com/statistics/1103469/indonesia-covid-19-total-cases/>, diakses pada tanggal 25 Januari 2022.

²⁵*Ibid.*

²⁶The Conversation, “Kasus Covid-19 tembus 1 juta, penderita makin sulit akses rumah sakit: pemerintah harus kelola call center terpusat,” <https://theconversation.com/kasus-covid-19-tembus-1-juta-penderita-makin-sulit-akses-rumah-sakit-pemerintah-harus-kelola-call-center-terpusat-153978>, diakses 25 Januari 2022.

²⁷Luh Putu Santi Krisna Dewi, “Evaluasi Penerapan Insentif Tenaga Kesehatan Covid-19,” Artikel Jurnal Universitas Gadjah Mada (2021): 14-15.



Kebijakan vaksinasi ini sempat dinilai agak terlambat karena faktor birokratis, padahal bertujuan menjamin masyarakat agar dapat mengakses vaksin Covid-19 secara gratis. Berbagai hambatan itu terkait administrasi, infrastruktur, dan ketiadaan akses informasi – terutama bagi kelompok masyarakat rentan seperti masyarakat miskin, lansia, anak, perempuan, dan mereka yang tidak memiliki identitas hukum utamanya kartu tanda penduduk (KTP). Selain itu, tidak semua media cukup memberi edukasi publik atau penjelasan yang menjangkau terutama kelompok rentan. Bahkan banyak bermunculan *hoax* yang menyesatkan di masyarakat terkait pandemi ini.

Saat ini vaksinasi sudah berjalan sampai dengan tahap pemberian penguat (*booster*). Pemerintah Indonesia sedang menyusun *road map* perubahan status pandemi Covid-19 menjadi endemi.²⁸ Ketika pelanggaran penggunaan masker dilakukan, kenaikan jumlah kasus Covid-19 kembali terjadi sampai di atas 1.000 kasus baru per harinya.²⁹ Beberapa pihak meminta agar kebijakan pelanggaran masa transisi endemi ini dikaji ulang, melihat betapa fluktuatif-nya jumlah kasus di Indonesia.³⁰ Pemerintah didorong untuk memprioritaskan kelompok rentan dan melibatkan mereka dalam penyusunan *road map*.

Bagaimanapun kebijakan pencegahan dan penanganan Covid-19 di Indonesia umumnya dianggap cukup berhasil oleh dunia internasional.³¹ Penguatan layanan kesehatan terus menerus diupayakan dan dilakukan, terutama melalui sistem layanan kesehatan berbasis *Primary Health Care* di berbagai Puskesmas dengan berbagai layanan gratis.

B. Implementasi Kebijakan terkait Covid-19 dalam Angka

Survei yang dilakukan dalam penelitian ini mendapatkan 514 responden yang terdiri dari 50,9% perempuan dan 47,5% laki-laki, dengan rentang usia di bawah

²⁸Kompas, “Lepas Masker Dibolehkan, Apakah Indonesia Masih Darurat Pandemi Covid-19?,” <https://nasional.kompas.com/read/2022/05/19/17531801/lepas-masker-dibolehkan-apakah-indonesia-masih-darurat-pandemi-covid-19?page=all>, diakses 25 Agustus 2022.

²⁹Kompas, “Kasus Covid-19 Naik Terus, Masyarakat Diminta Gunakan Masker Lagi di Ruang Terbuka,” <https://nasional.kompas.com/read/2022/06/26/06593931/kasus-covid-19-naik-terus-masyarakat-diminta-gunakan-masker-lagi-di-ruang?page=all>, diakses 25 Agustus 2022.

³⁰*Ibid.*

³¹Kompas, “Dirjen WHO Temui Jokowi Puji Penanganan Covid-19 di Indonesia: Salah Satu yang Terbaik,” <https://www.kompas.tv/article/301563/dirjen-who-temui-jokowi-puji-penanganan-covid-19-di-indonesia-salah-satu-yang-terbaik>, diakses 25 Agustus 2022.



20 tahun sampai 60 tahun, dan paling banyak berpendidikan pascasarjana (50,3 %), selanjutnya sarjana (41,4%) dan lulus SLTA (8%). Survei ini disebarakan melalui grup media sosial para peneliti sehingga responden yang banyak didapatkan adalah mereka yang berpendidikan pascasarjana dan sarjana. Mereka bertempat tinggal di provinsi Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah dan Jawa Timur, dan hanya sekitar 5% dari luar Jawa seperti: Nusa Tenggara Timur, semua provinsi di Sulawesi dan Kalimantan, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua. Semua data yang disajikan berikut ini didasarkan pandangan dan pengalaman para responden tersebut, yang kemungkinan berbeda dari statistika medis dalam catatan rumah sakit atau Satgas Covid-19.

Pengalaman terkait Covid-19

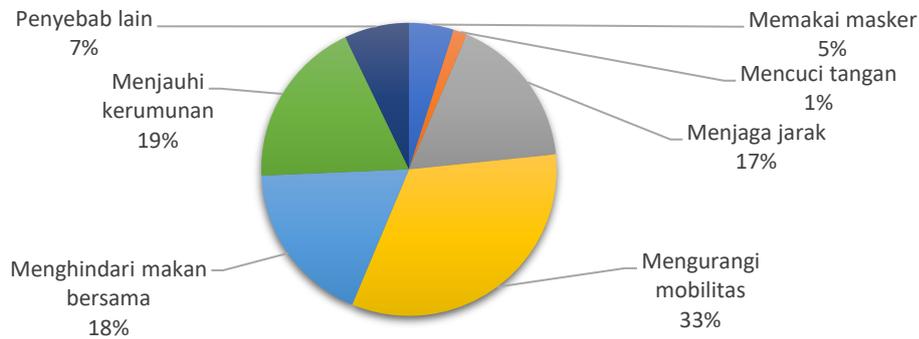
Dari 514 responden, 23,1% pernah terkena infeksi Covid-19. Sementara itu, orang-orang dekat mereka seperti teman, keluarga besar, keluarga inti, dan tetangga juga pernah terinfeksi. Mereka yang juga terinfeksi adalah teman (229 orang atau 45,7 %), keluarga besar (189 orang atau 37,7 %), keluarga inti (175 orang atau 34,9 %), dan tetangga (153 orang atau 30,5 %). Menurut para responden, 43,6% orang-orang terdekat mereka tidak bisa diselamatkan karena faktor komorbid (68%), ketiadaan akses rumah sakit atau layanan kesehatan (11%), dan penyebab lain (18%) seperti tidak percaya adanya Covid-19, harus bepergian karena kerja, dan tidak berani ke rumah sakit karena takut “di-Covid-kan”.

Kepatuhan terhadap Protokol Kesehatan

Sejumlah 91,4% responden dari 514 orang menyatakan patuh, dan 8,4% menyatakan tidak patuh. Mereka menyatakan protokol kesehatan tidak sulit diikuti (70,2%), dan 21, 88% sulit diikuti. Penyebab kesulitan tersebut ada di bawah ini,



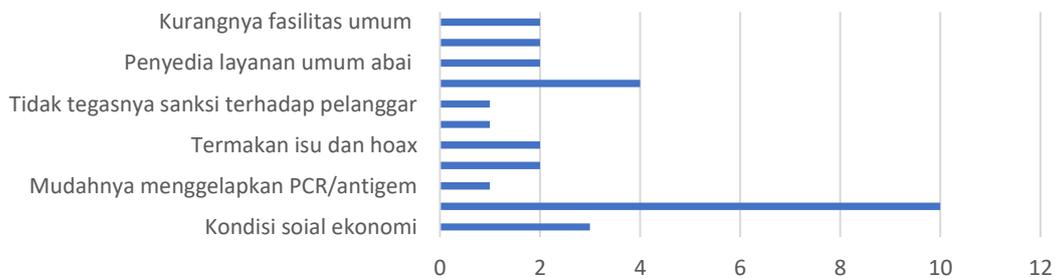
Kesulitan Mematuhi Kebijakan Prokes



Gambar 1

Sementara itu seberapa besar efektivitas kebijakan prokes dalam pandangan responden? Sebagian besar menyatakan kebijakan sangat efektif (39,3%), efektif (39,3%), kurang efektif (27,1%) dan tidak efektif (4,1%). Dalam hal apa saja kebijakan dianggap kurang efektif? Mereka menjawab karena kurangnya kesadaran masyarakat (50%), lemahnya pengawasan (30%), kurangnya informasi (8%), kurangnya sosialisasi (12%).

Penyebab lain Kebijakan Prokes Tidak Efektif



Gambar 2

Para responden memberikan kritik atau saran terhadap kebijakan prokes. Di antaranya adalah terkait: (a) ketiadaan aturan yang jelas dan konsistensi, (b) oknum sendiri memberi surat gelap dan pelanggar tidak diberi sanksi tegas, (c) kebijakan harus dibuat lebih jelas dan bersanksi tegas, (d) ketiadaan transparansi dan komunikasi berkelanjutan, (e) rakyat membutuhkan sosialisasi dengan bahasa yang mudah dan menanamkan kesadaran, (e) mereka ingin pembatasan di lokasi umum seperti mal dan bioskop.



Vaksinasi

Responden menyatakan sudah mendapatkan vaksin kedua (93,7%) ketika survei ini dilakukan pada Maret dan April 2022 sementara program vaksin ketiga belum diberlakukan. Mereka yang sudah mendapat vaksin pertama (22,7%), belum divaksin (2%), dan tidak mau vaksin (1,4%). Mengapa tidak mau divaksin? Menderita penyakit yang tidak memungkinkan vaksinasi (77,8%), tidak jelas manfaatnya (16,7%), tidak tahu harus ke mana (5,6%), dan tidak ada sosialisasi dari pemerintah lokal dan daerah (5,6%). Mereka yang tidak mau divaksin penyebabnya sebagian besar adalah karena menderita penyakit tertentu, dan selebihnya adalah karena khawatir efek buruk vaksin, takut jarum suntik, tidak percaya pemerintah, dan dilarang agama. Sementara itu kritik mereka terhadap program vaksinasi disampaikan di bawah ini:

Kritik/Saran terhadap Program Vaksinasi



Gambar 3

Tes Covid-19

Sebagian besar responden menyatakan pernah menjalani tes *swab* (86,1%), dan yang belum pernah ada 13,6%. Apa saja jenis tes yang sudah dilakukan responden? Sejumlah 55,2 % pernah menggunakan antigen dan PCR, 34,8 % antigen saja, dan hanya 10 % yang melakukan tes PCR. Hal ini ada kemungkinan tes PCR pernah sangat mahal sekali bagi warga masyarakat. Mengapa ada orang-orang yang menolak melakukan tes? Para responden itu menjawab: (a) takut ditusuk hidungnya, (b) merasa tidak penting karena tidak bepergian jauh, (c) sudah cukup dengan vaksin dan tidak perlu tes, (d) memiliki alergi. Mereka juga melancarkan



kritik terhadap kebijakan tes *swab*, yakni (a) biayanya yang sangat mahal, (b) beberapa tes *swab* tidak sesuai standar WHO, (c) tes *tracing* belum masif, (d) harus mengantri lama.

Kebijakan Pembatasan (PSBB dan PPKM)

Responden menyatakan selama masa pandemi tetap harus sering keluar rumah (52%) untuk urusan kerja di kantor atau bisnis, harus mengantar keluarga ke rumah sakit, atau berolahraga. Sementara sejumlah responden lain menyatakan jarang (46%), dan tidak pernah ke luar rumah (2%). Di antara mereka yang mengatakan sering keluar rumah, alasannya adalah: harus bekerja (61%), harus belanja ke pasar (31%), dan harus melayani publik (8%). Moda transportasi yang digunakan selama bepergian umumnya adalah kendaraan pribadi (371 responden atau 80,8%). Selebihnya menggunakan kereta api, atau kendaraan umum lain. Mereka juga memberi kritik dan saran terhadap kebijakan PSBB atau PPKM, seperti digambarkan di bawah ini.

Kritik dan Saran Kebijakan Pembatasan



Gambar 4

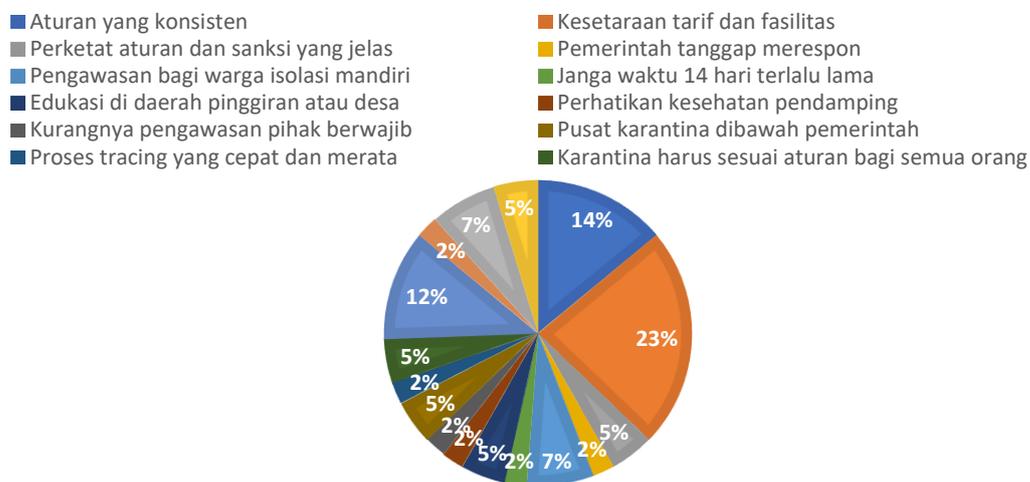
Kebijakan Karantina dan Isolasi

Responden yang pernah terkena virus Covid-19 sebagian besar menyatakan melakukan isolasi mandiri di rumah (89,8 %) Selebihnya ada yang harus melakukan karantina di wisma atlet, hotel berbayar atau di rumah sakit. Terdapat banyak sekali



kritik dan saran terhadap kebijakan terkait kebijakan karantina. Sebagian besar menyatakan ingin kesetaraan tarif dan fasilitas (23%), aturan yang konsisten (14%), pengawasan bagi warga yang isolasi mandiri (12%). Selebihnya adalah berbagai saran seperti: perketat aturan, edukasi di daerah pinggiran atau desa, perketat pengawasan, proses penelusuran yang cepat dan merata, jangka waktu karantina 14 hari terlalu lama, perhatikan kesehatan pendamping, pusat karantina harus di bawah pemerintah, aturan karantina harus berlaku sama bagi setiap orang.

Kritik/Saran Kebijakan Karantina



Gambar 5

C. Implementasi kebijakan terkait Covid-19 dalam pengalaman masyarakat

Bagian ini menjelaskan hasil *focus group discussion* (FGD) dengan dua kelompok, yaitu: para penyintas dan tenaga kesehatan (khususnya para dokter). Metode FGD digunakan karena di masa pandemi tidak dimungkinkan untuk bertemu tatap muka dengan orang lain.

Pengalaman Penyintas Covid-19

“Kebijakan pemerintah dalam penanganan Covid-19 bagus, tetapi sistem kesehatan lumpuh.” (penyintas, dr.JW)

Mereka yang hadir adalah lima orang yang pernah terinfeksi Covid-19 dan selamat, meskipun seorang informan anak perempuannya tidak selamat, dan seorang informan lain suaminya tidak selamat. Mereka menceritakan pengalamannya, termasuk pandangan



terhadap kebijakan pemerintah terhadap penanganan Covid-19. Pertama adalah seorang penyintas yang kebetulan seorang dokter, bergelar Doktor dan wirausaha (dr. JW). Kedua adalah seorang peneliti ilmu sosial, bergelar Doktor, yang anaknya seorang dokter anggota Satgas Covid-19 di wilayah tugasnya tidak bisa diselamatkan, dan ia sendiri juga penyintas (dr. NN). Ketiga adalah seorang sarjana hukum yang bekerja sebagai pegawai negeri di suatu kementerian (Bapak PN). Keempat adalah seorang dosen, bergelar Doktor (Ibu LN), dan kelima adalah seorang penyintas, yang juga adalah seorang dokter, dan suaminya tidak bisa diselamatkan (dr. ANG).

a. dr. JW

Ketika ledakan Covid-19 baru terjadi, dr. JW menceritakan bagaimana sulitnya dia mencari rumah sakit setelah 10 hari terdeteksi positif. Akhirnya dia berhasil ditolong di suatu RS rujukan pemerintah dalam keadaan amat parah (*near death experience*). Dia tidak membayar sama sekali semua perawatan selama 19 hari yang diperolehnya selama sakit sampai sembuh, hanya berbekal KTP dan kartu BPJS. Sementara kawannya di RS tempat dirawat, harus membayar sendiri selama 19 hari perawatan sebesar 250 juta rupiah. Menurutnya rata-rata pemerintah membayari setiap pasien Covid-19 yang dirawat sebesar Rp125-150 juta rupiah.

Ia menceritakan kengerian seputar pasien yang gagal diselamatkan, dan meninggal dalam keadaan dibungkus plastik, kemudian dikuburkan massal tanpa kehadiran keluarga. Keadaan pun diperparah dengan beredarnya berita *hoax* dan informasi menyesatkan. Misalnya rumor tentang *ivermectin* (obat cacing) yang diberitakan mampu menyembuhkan.

Secara umum kebijakan Pemerintah dianggap baik walaupun di awal pemerintah terkesan menyepelkan atau menyangkal keberadaan Covid-19. Namun pandemi ini dapat dikendalikan karena kebijakan (1) pembatasan, (2) *natural infection* – begitu pembatasan dibuka, langsung banyak yang kena. Indonesia tidak terapkan *lockdown*, imunitas tinggi, sehingga diberi vaksin *efficacy* 40 % saja sudah cukup.

Menurut dr. JW, jaringan untuk mengakses fasilitas kesehatan berperan penting. Bapak PN (responden) menambahkan bahwa sukar sekali bagi pasien untuk mendapatkan obat antivirus dan tes PCR meskipun tarifnya bisa begitu tinggi



di pasaran. Demikian pula dengan harga masker, *hand sanitizer*, dan APD. Untuk obat *remdeveer* ada yang dijual seharga Rp7-8 juta, dan obat antivirus dijual sampai Rp2 juta – seakan-akan prinsip *demand-supply* diberlakukan dalam bidang kesehatan. Untuk pasien isolasi mandiri pun sukar untuk mendapatkan obat karena harus ada resep dokter. Akibatnya, satu resep dokter bisa digunakan berkali-kali. Ada apotek yang mengharuskan resep asli, tetapi ada apotek yang bermotif ekonomi mempersilakan salinan resep. Hal seperti ini harusnya diregulasi.

Terkait berita *hoax* seputar pandemi, masyarakat keheranan mengapa Kemenkes tidak mengeluarkan panduan yang jelas atau klarifikasi. Pasar *online* juga dengan bebasnya menyediakan obat-obatan yang tidak jelas data berbasis buktinya. Orang bisa dapat obat sembarangan, dan memang ada kasus overdosis. Ini menunjukkan lemahnya sistem pengaturan obat. Di samping itu, kita kurang membaca jurnal penelitian dasar. Bagaimana bisa *eucalyptus* diklaim sebagai obat anti virus Covid-19. Kemudian juga terdapat debat yang sengit soal *ivermectin*.

b. dr. NN

Dalam keluarga dr. NN, anggota keluarga yang terinfeksi virus Covid-19 adalah dia sendiri, adik, keponakan, dan putrinya (seorang dokter yang tidak selamat padahal tidak memiliki komorbid dan berusia muda). Menurutnya, putrinya tidak selamat karena penanganan yang terlambat. Pada masa awal pandemi, mereka tidak mengerti penyakit ini membutuhkan kesegeraan seperti apa. Standar Operasional Penanganan (SOP) perlu dikomunikasikan secara baik antara RS, dokter, dan pasien namun belum berjalan baik pada saat itu.

Menurutnya, rumah sakit pemerintah lebih baik pelayanannya. Ia langsung berobat ke Puskesmas terdekat dan dilayani dengan baik, serta keluarga mendapat layanan *tracing* dan tes PCR. Namun karena trauma anak yang meninggal, ia lanjut pergi ke RS BUMN, dan kemudian isolasi mandiri di hotel. Sementara, adik dan keponakan belum divaksin sehingga terpapar cukup parah dan sukar mencari rumah sakit.

Di gelombang kedua, di kompleks tempat tinggalnya ada 180 orang yang terinfeksi dan tujuh di antaranya meninggal. Sungguhpun begitu, pemerintah menangani pandemi lebih baik di gelombang kedua karena informasi sudah



tersampaikan lebih baik. Hanya saja terus beredar *hoax* anti sains dan konspirasi. Kemungkinan inilah yang menyebabkan tingginya angka kematian yang tidak mengakses ke RS, atau ada ketakutan secara sosial sehingga penderita tidak tercatat.

Hal baik lainnya adalah setelah masuk RS, ada telepon dari kantor yang menyatakan bahwa Pusdiklat kantor dijadikan tempat isoman. Model ini perlu dikembangkan menurutnya, karena tempat tersebut memiliki fasilitas cukup baik. Catatan berikutnya, sebaiknya pemerintah tidak terlibat dalam soal promosi obat yang belum teruji klinis, berita yang tidak jelas soal *hydrochloroquin*, atau Kementerian Pertanian yang membuat kalung minyak kayu putih. Komunikasi pemerintah juga harus baik supaya ada *public trust*.

c. Bapak PN

Bapak PN mulanya didiagnosa pneumonia dengan gejala yang mirip dengan Covid-19, dan sempat dirawat di IGD salah satu RSUD. Pada tanggal 28 Desember 2020 ia kembali mengikuti kegiatan kantor di Bogor, dan pada saat itu pun telah menjalani tes PCR dan dinyatakan negatif. Karena hasilnya negatif, maka ia menjalani rutinitas kerja seperti biasa, bahkan sempat makan bersama keluarga besar. Ternyata tidak terlalu lama, ia kembali merasakan gejala dan akhirnya memutuskan untuk kembali tes, dan ternyata hasilnya positif. Seluruh keluarga besar yang baru berkontak juga akhirnya turut dites. Bapak PN memutuskan untuk isolasi mandiri karena kapasitas RS yang sudah penuh di mana-mana. Ia mendapatkan SMS dari Satgas Covid-19 yang memberitahu bahwa ia boleh minta obat-obatan, namun hanya antivirus saja yang tidak tersedia. Pada masa itu harga obat antivirus mahal sekali, sampai 900.000 per butir. Tabung oksigen juga sukar didapat (walaupun akhirnya mendapatkan pinjaman dari teman) dan isi ulang oksigen harus dicari ke tempat yang cukup jauh. Anti-virus akhirnya didapatkan dari sisa teman yang baru saja sembuh Covid-19 dan berbaik hati memberikannya kepada Bapak PN.

d. Ibu LN

Mulanya ia merawat ibunya yang terkena infeksi terlebih dahulu. Setelah itu ia terdeteksi positif. Ia menjalani isolasi mandiri di asrama mahasiswa UI yang



dijadikan tempat isoman selama UI ditutup di masa pandemi. Ia dirawat seminggu di Wisma Makara UI, dan menyaksikan penyemprotan desinfektan dilakukan setiap kali, dan ada dokter serta tenaga kesehatan yang *standby* dan melakukan *visit*. Namun kondisinya terus memburuk, saturasinya turun. Akhirnya ia diupayakan untuk dipindahkan ke Rumah Sakit UI. Tidak mudah mendapatkan kamar karena semua RS penuh. Selama 24 jam ia ditempatkan dulu di selasar, lalu di IGD ia dipasang selang kemudian tidak ingat lagi, ketika sadar ia mendapati dirinya diinfus *remdesveer*. Akhirnya barulah ia mendapat kamar.

Selama itu ia menyaksikan bagaimana peti mati keluar masuk ruangan, hampir setiap malam ada yang meninggal. Menurutnya para dokter dan nakes memperlakukan dengan rasa hormat jasad mereka yang meninggal. Dimasukkan ke dalam plastik, peti, ditutup dengan rapi, lalu keluarga dihubungi. Hal itu membuatnya berpikir, tidak mau mati. Ia merasa lapar, haus, dan badan begitu lemas, tetapi kehilangan nafsu makan. Ia berusaha melawan virus, memaksa diri makan dan minum obat. Semua obat yang dikonsumsi diinformasikan dulu kepadanya. Ia mendapat semua obat, vitamin, perawatan selama dua minggu tanpa membayar, semuanya disediakan pemerintah. Ia merasa diperlakukan sangat baik di RS. Ia merasa kasihan melihat dokter dan tenaga kesehatan yang *overload*.

e. dr. ANG

dr. ANG terinfeksi Covid-19 karena tertular mahasiswa yang diujinya, yang kemudian menulari suaminya (Dosen UI) yang akhirnya tidak dapat diselamatkan. Ia terinfeksi dua kali, di mana infeksi pertama membuatnya melakukan isolasi mandiri dan sembuh. Ketika terinfeksi yang kedua kali, dilakukan penelusuran terhadap keluarganya termasuk suami, anak, keponakan, ayah dan ibu yang berkontak dengannya. Suaminya yang terindikasi positif langsung lapor ketua RT tempat tinggalnya dan laporannya diteruskan ke Puskesmas Kecamatan.

Ia belum divaksin karena belum lama terinfeksi, suaminya belum divaksin karena kadar gulanya masih tinggi. Ketika itu dr. ANG agak kewalahan karena anak dan keponakan juga positif, sehingga ia merasa kurang memperhatikan suaminya yang juga positif. Minggu kedua masa isolasi, kondisi suaminya nampak semakin berat, ia mual, sulit makan, dan saturasi sudah 80-an. Ia membawa



suaminya ke RSUI, minta tolong sesama kolega dokter, sehingga mendapat kamar. Kebetulan suaminya punya asuransi dari fakultas tempat ia mengajar. Namun ia tetap mengupayakan agar bisa pakai fasilitas pemerintah sehingga harus memenuhi persyaratan menyerahkan Kartu Keluarga, KTP dan BPJS.

Sungguhpun ia dokter, tetapi tidak diperkenankan menengok suaminya karena masih positif. Ia hanya diberi nomor *WhatsApp* dari petugas yang disediakan di setiap lantai RS. Ia bisa menanyakan keadaan suaminya via teks atau telepon. Namun respons cepat tidak selalu didapatkan karena para nakes juga telah kewalahan. Pada waktu itu semua penuh, baik ICU Covid, ICU non-Covid maupun HCU. Suaminya tidak dapat dipindahkan ke ICU, padahal kondisi semakin buruk. Ia pun kesulitan mencari ventilator sampai harus mencari ke RS lain. Dengan bantuan atasannya, sang suami akhirnya bisa dipindahkan ke ICU di RS Polri. Namun kendala lainnya adalah sulit untuk mendapatkan ambulans dengan ventilator (bisa saja mencari dari pihak swasta, namun harus membayar mahal). Karena kondisi suami sudah sangat buruk, akhirnya diputuskan suami masuk ke ICU dan harus diintubasi.

Akhirnya dr. ANG bisa menemui suaminya dengan APD lengkap dan pada waktu itu suaminya sudah tidak sadar. Ia memantau suaminya dari luar. Ia baru diizinkan mendekat ketika suaminya sudah dinyatakan meninggal. Proses selanjutnya ia merasa sangat dibantu sampai ke pemakaman. Tanah pemakaman sangat terbatas, untungnya ada makam saudara yang berkenan untuk digunakan.

Semua perawatan suaminya gratis, ia tidak perlu membayar apa pun, karena persyaratan administrasi dilengkapi semua. Ia hanya membayar peti jenazah dan mobilnya. Ia merasa banyak sekali teman dan kerabat yang membantu semua proses sampai dari RS sampai pemakaman. Pada waktu pemakaman keluarga dilarang mendekat.

Berbagai keputusan yang diambil dr. ANG adalah berdasarkan pengalamannya ketika mendapatkan pelayanan Puskesmas. Walaupun laporan disampaikan kepada Kepala Puskesmas, tetapi SMS dari program Peduli Lindungi, vitamin, atau tawaran opsi isolasi tidak pernah didapatkan. Semua pemulihan dilakukan dr. ANG atas inisiatif sendiri. Ia tidak kaget dengan pelayanan seperti itu karena sistem kesehatan di Indonesia memang masih belum siap pada masa itu,



apalagi ketika diserang varian Delta. Cara berpikir seperti inilah yang menuntun bagaimana ia memperlakukan suaminya. Sebagai dosen ia harus berpikir secara holistik. Ia bisa memaklumi suaminya meninggal, karena negara memang sedang kelabakan. Banyak kematian yang tidak jelas, terutama faktor komorbid pasien. Ini semua akibat dari sistem yang kurang dipersiapkan.

Pengalaman Tenaga Kesehatan (Dokter)

“Peristiwa pandemi Covid-19 ini adalah kesempatan emas untuk menata keseluruhan bidang kesehatan di Indonesia” (dr. YN)

FGD ini dihadiri oleh lima orang dokter, yang kebetulan semuanya lulusan Fakultas Kedokteran UI, dan umumnya sedang menempuh pendidikan spesialis atau PPDS (Peserta Pendidikan Dokter Spesialis), yaitu dr. RS, dr. MG, dan dr. JM, tetapi ada juga yang bekerja di Puskesmas (dr. YN). Mereka semua menceritakan pengalaman bertugas menangani para pasien di masa pandemi, meskipun tidak secara langsung menangani pasien Covid-19. Bagaimana pandemi berdampak terhadap pasien yang mereka saksikan, dan terhadap dokter berdasarkan pengalaman sendiri. Mereka juga mengemukakan pandangannya terkait kebijakan pemerintah menangani pandemi.

a. dr. RS (laki-laki)

Ia sedang menempuh pendidikan spesialis mata tingkat tiga. Menurutnya untuk spesialis mata, pandemi tidak terlalu berdampak. Berbeda halnya dengan residen di Ilmu Penyakit Dalam (IPD) yang pekerjaannya jauh lebih berat dan lebih berisiko terpapar. Pengurangan beban kerja umumnya dialami residen mata, di mana yang biasanya lima hari kerja, menjadi satu kali saja dalam seminggu. Begitu pula dengan tugas jaga. Sejak pandemi pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk memberikan insentif kepada para dokter secara sama besarnya, dan lebih besar bagi yang terpapar. Namun pada kenyataannya, para dokter harus membeli APD dan masker dari uang fakultas atau departemen, dan tiga hari sekali harus beli sendiri.

Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM), terdapat gedung khusus, yaitu RS Kirana, yang digunakan untuk pasien Covid-19 rawat inap. RS ini memiliki satgas sendiri, yang harus melakukan *tracing* dan *swab* setiap saat (biaya ditanggung RSCM). Sambil menunggu hasil *swab* mereka harus tetap bekerja dengan menggunakan perlengkapan perlindungan. Hal ini dipahami karena dokter



semakin sedikit yang bisa bekerja di masa pandemi, padahal “roda” RSCM adalah para residen. Mereka yang boleh masuk gedung, termasuk pendamping pasien adalah yang sudah *swab* PCR, demi perlindungan terhadap tenaga kesehatan. Saat itu pernah dari 60 residen, di antaranya enam orang positif, dan staf operasi empat orang positif.

b. dr. JM (perempuan)

dr. JM saat itu sedang mengambil spesialis Ilmu Penyakit Dalam (IPD) baru masuk semester dua, sehingga banyak bekerja di RS Persahabatan. Menurutnya, residen di sana harus tetap bekerja melayani pasien di bangsal dan ICU. Dalam sehari seorang residen IPD harus menjaga 20 pasien untuk seluruh RSCM. Biasanya pasien datang bila keadaannya sudah gawat. Ada yang tidak mendapat tempat tidur, sehingga terpaksa duduk saja, dan bisa terjadi ternyata pasien yang duduk di sebelahnya meninggal. Pada bulan Juni-Juli 2021 banyak orang tua yang tidak selamat.

Sebelumnya pasien yang akan dirawat cukup dites antigen saja. Sekarang diwajibkan PCR, karena hasil tes antigen seringkali tidak akurat. Saat ini (Januari 2022) pasien rawat Covid ada sekitar 100 orang. Bila ada pasien dari luar negeri tidak memiliki akses terhadap ruang isolasi mandiri, bisa ke RS Persahabatan.

Meskipun seharusnya Residen IPD tidak menangani pasien Covid secara langsung (diserahkan ke bagian *pulmonology*), tetapi dalam praktiknya mereka tetap menangani. Menurut dr. JM, melayani pasien 20 saja sudah terasa *burn-out*, dan banyak dokter yang tumbang. Kerentanan dokter di masa pandemi juga diceritakan dr. JM ketika sebelumnya ia bekerja di RS Kramat (rumah sakit swasta). Ia pernah memakai hasmat sampai 12 jam karena banyaknya pasien. Rasanya panas, capek, jalan susah, terbatas gerakannya, perawat tidak banyak yang di dalam. “*Capek banget*”, menurutnya. Bila akan minum dia harus keluar dulu dari ruang pasien. Bila akan pipis ditahan dulu. Bila hasmat sudah dibuka maka harus dibuang. Idealnya setiap delapan jam harus ganti hasmat. Namun karena keterbatasan hasmat, 12 jam baru ganti.

c. dr. MG (perempuan)



Ia sedang ambil spesialis kedokteran anak (*pediatrics*). Selama masa pandemi karena tenaga dokter kurang, dan gelombang Covid-19 tinggi sekali, residen diperbantukan untuk jaga di bangsal Covid-19. Pemandangan yang dapat disaksikan adalah kamar selalu penuh karena RSCM menjadi rujukan Covid-19. Para nakes bisa *burn out* dan dehidrasi karena banyaknya pasien, dan waktu terasa cepat berlalu.

Selama pandemi bagian anak yang lebih berat pekerjaannya adalah di bagian *perinatology*. Di situ pasien yang melahirkan bisa 7-10 setiap hari. IGD kelahiran anak tidak berhenti pasiennya.

“*Bayi turun dari satu ibu, sudah diteriaki lagi untuk bayi berikutnya.*”

Persiapannya banyak, dan belum tentu bayi sehat semua. Ruangan yang seharusnya berkapasitas tiga bayi bisa untuk enam sampai delapan bayi. Padahal ini berbahaya, potensi bayi tertular. Karena kebetulan banyak ibu hamil yang dicurigai (*suspect*) Covid-19, akhirnya dirujuk ke RSCM. Para ibu yang dicurigai Covid-19, apalagi yang positif, ditandai demam, batuk pilek, harus foto *thorax* dan penanganan khusus lainnya. Meskipun tidak ada penelitian yang menunjukkan bahwa Covid-19 diturunkan kepada bayi, anak tetap diisolasi sampai hasil status ibunya keluar.

Waktu angka Covid-19 tinggi, semua anak yang ibunya positif harus turut di-*swab*. Bagaimana bila ibu positif sementara anak membutuhkan susu ibunya? Selama ibunya bagus kondisinya dan ia menggunakan masker sebetulnya tidak akan menularkan virus, akan tetapi tetap berisiko. Jika ingin bersama, maka Ibu dan bayi dapat sama-sama diisolasi, namun bayinya tidak bisa keluar kamar agar tidak menulari bayi lain.

Banyak pasien anak yang terinfeksi Covid-19. Pasien yang datang adalah yang berisiko tinggi, tetapi angka kematian (*mortality rate*) tidak tinggi. Keadaan yang berbahaya adalah kondisi pasca Covid-19. Beberapa anak tidak bergejala tetapi setelah itu muncul bercak kemerahan, gangguan ginjal, penurunan kesadaran, ada inflamasi karena ibunya pernah terinfeksi Covid-19 sebelumnya.

d. dr. YN (laki-laki)



Ia menyatakan kekecewaannya sebagai dokter Puskesmas karena pandemi Covid-19 membuka permasalahan menahun. Pada masa pandemi ketahuan rusaknya sistem kesehatan dan penunjangnya. Kebijakan kesehatan masyarakat tidak terletak di sektor kesehatan itu sendiri. Menurutnya, pada bulan Juni-Juli lalu, yang menghentikan kasus Covid-19 bukan sektor kesehatan, tetapi sektor munculnya kebijakan PPKM (Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat) dari Menteri Luhut (otoritas paling tinggi Satgas Covid-19 nasional di bawah presiden). Kontribusi bidang kesehatan hanyalah dalam bidang pelacakan (*tracing*) dan isolasi. *Tracing* pun tidak sepenuhnya berhasil, rasio rendah. Lalu ada kasus angka *tracing* ditolak, dan tenaga kesehatan diusir masyarakat. Menurut dr. YN seharusnya polisi dan tentara bertindak menihilkan terjadinya pengusiran.

Pandemi Covid-19 betul membongkar mengapa terjadi *stunting*, kanker, penyakit *cardio* pada masyarakat. Karena tidak ada regulasi atau tidak ada pengawasan terhadap implementasi regulasi. Misalnya soal jam kerja yang harus diatur sedemikian rupa sehingga masyarakat ada waktu untuk olahraga. Dokter sudah menghimbau olah raga tiga sampai lima kali seminggu. Apakah orang Jakarta bisa melakukannya karena kesibukan? Buruh pabrik bekerja 8 jam sehari, bagaimana mereka mengatur kesehatan mereka di waktu istirahat yang sempit? Di negara maju regulasi membuat orang jadi sehat termasuk penyediaan trotoar, transportasi publik, sektor keamanan yang membuat perempuan nyaman menggunakan transportasi publik. Sistem transportasi publik yang tidak baik juga menyebabkan Covid-19 meningkat. Angka *stunting* terus naik, maka program BLT akan membengkak. Seharusnya bisa selesai dalam tiga tahun sehingga ratusan triliun bisa digunakan untuk memperbaiki pembangunan bagi kepentingan publik yang lain.

Lebih lanjut dr. YN menyampaikan bahwa dalam dua tahun terakhir ini belum ada kemajuan dalam bidang kesehatan. Contoh lain adalah cukai rokok yang berdampak terhadap Kesehatan. Bila tidak ada regulasi di luar kesehatan yang berdampak terhadap urusan kesehatan, maka tidak akan ada efek dramatis. Pendeknya 80 hasil akhir sektor kesehatan berada di luar kesehatan.

Di bidang kesehatan publik banyak penelitian yang menunjukkan bahwa tenaga kesehatan kurang berpengaruh cengkeramannya terhadap sektor di luar



Kesehatan. Hal ini terjadi di Amerika, apalagi di Indonesia. Di negeri kita tantangannya adalah utamanya sistem pendidikan kedokteran yang memiliki dilema dan persoalan yang harus dibereskan. Misalnya soal pembiayaan sangat besar dan pendidikan dokter yang sangat problematik.

Menurutnya selama masa pendidikan spesialis sejak tahun pertama sampai kelima kemungkinan terdapat hal-hal yang bisa mendegradasi moral mereka. Bagaimana nilai yang disampaikan kepada masyarakat berbeda dengan yang mereka alami sendiri di dalam. Pendidikan dokter umum dan spesialis memang tidak mendidik dokter menjadi seorang pemimpin, menurutnya. Contoh, di RSCM dokter nampak tidak bekerja sebagaimana seharusnya di rumah sakit. Dalam hal ini agak berbeda misalnya dengan di RSPI (Rumah Sakit Pondok Indah), di mana seorang dokter menulis instruksi, lalu yang mengerjakan adalah dokter jaga dari A-C, perawat D-F, dan fisioterapis G-I. Sementara PPDS di RSCM seorang dokter mengerjakan instruksi dokter senior dari A sampai I. PPDS hidup dalam kultur kerja seperti itu, dan tidak ada gaji, *revenue*, remunerasi.

Bertahun-tahun orang ditempatkan dalam situasi itu. Di situ terdapat relasi kuasa, beban berat. Maka pendidikan dokter tidak menghasilkan calon *leader* yg baik. Bagaimana bisa mengharapkan dokter yang bisa berkomunikasi dengan *decision maker* di ranah publik? Mereka tidak diajarkan organisasi, tatalaksana/ manajemen harus seperti apa. Apakah atasan boleh ditanya atau dibantah atau tidak. Misalnya dokter diminta ikut rapat oleh DPR, kemungkinan dia bingung karna tidak punya pengalaman bersilat lidah, berhadapan dengan orang-orang yang berkuasa. Kultur yang ada hanyalah perintah dari atasan ke bawahan, sangat administratif dan birokratis. Pendeknya, pendidikan dokter tidak menyiapkan pemimpin.

Di masa awal pandemi 2020 FKUI pernah minta ke Puskesmas supaya peserta didik dan PPDS dapat difasilitasi *swab* secara gratis, Mengapa tidak *swab* sendiri di RSCM? Setelah bicara dengan perwakilan fakultas, maka boleh di-*swab* di Puskesmas Menteng, dan setelah di-*swab* bila positif seharusnya karantina, *off kerja*, tetapi diminta jangan sampai menunggu *swab* keluar, mereka harus tetap kerja. Layanan RSCM bisa tidak jalan. Permasalahannya adalah PPDS itu peserta didik atau pegawai? Bila mereka adalah peserta didik, maka seharusnya RSCM



bisa jalan dengan sempurna tanpa PPDS. Mereka tidak ada kewajiban untuk bertanggungjawab terhadap KPI (*Key Performance Indicator*) layanan, visi dan misi RSCM.

“Ketika saya menyampaikan hal ini, saya dimarahi”.

PPDS statusnya tidak jelas, peserta didik bukan, pegawai bukan. *“Status quo ini yang dibiarkan sistem pendidikan kita”*, ungkap dr. YN. Lebih lanjut dr. YN menyampaikan bahwa sejak jaman Stovia sampai sekarang sistem kesehatan buruk, terpengaruh dari kebijakan dan hukum. Tidak ada serikat dalam bidang kesehatan, tidak ada yang mengadvokasi. IDI (Ikatan Dokter Indonesia) dan Konsil Kedokteran itu gunanya apa dalam hal ini, tidak ada yang tahu, nyatanya mereka juga tidak mengadvokasi. IDI itu organisasi nirlaba. Dalam tiga tahun terakhir anggota membuat kartu, dan bekerja sama dengan bank non-pemerintah. Tidak ada yang protes, karena dilakukan di masa pandemi. Gerbong kualitasnya seperti itu, tidak mengakomodir prinsip transparansi dan akuntabilitas. Dalam pemilihan ketua, kepentingan politik bermain, sehingga menjadi rebutan. Ini membingungkan, apa yang diperebutkan karena di situ tidak ada uang. Di luar negeri tidak seperti itu. Permasalahannya adalah tidak ada regulasi yang jelas, sehingga IDI tidak amanah dalam menjalankan kewenangan organisasi, sehingga tidak membawa kemajuan. Peristiwa pandemi Covid-19 ini saat yang tepat untuk mengambil kebijakan yang tepat.

Pandangan Dokter Soal Kebijakan Pemerintah

Menurut dr. JM memang pemerintah memberi insentif, dan saat ini sudah berangsur membaik misalnya soal pengadaan APD (Alat Perlindungan Diri) dan ketersediaan obat-obatan dan rumah sakit. Kabarnya insentif bagi nakes akan diteruskan lagi. Kebijakan PPKM nampaknya bagus, karena memang harus ada rem, masyarakat kita masih susah diberitahu. Mereka lebih mendengar tokoh agama. Ketika saya masih di RS Kramat, ada tokoh agama tidak percaya Covid-19. Bila ada jenazah karena Covid-19 mereka tidak terima dan mengamuk di rumah sakit. Dalam hal ini harus ada perlindungan terhadap nakes, dan tokoh masyarakat penting untuk mendukung perlindungan tersebut.

Dokter sudah terus menyampaikan informasi tentang Covid-19, tetapi masyarakat nampak susah mendengar. Beredar berita *hoax*, sehingga mereka tidak mau vaksin, dan



tidak mau ikuti prokes. Vaksinasi buat anak juga tidak terlalu berjalan. Orang tua santai saja membawa anaknya yang sudah terlanjur terpapar.

“Saya pernah debat empat jam dengan orang yang keluarganya kena Covid. Juga debat dengan tokoh agama, sampai-sampai ketua RT datang”.

Mereka harus mau tandatangan bila jenazah dibawa pulang dan berisiko menular. Namun mereka menolak sampai kami harus lapor polisi. Memang polisi pro dokter, tetapi mereka tidak berdaya berhadapan dengan masyarakat. Hal ini membuat dokter lelah mental. Membuka hasrat saja sudah lelah, apalagi harus *berantem* dengan keluarga pasien. Untunglah saat ini kejadian seperti itu sudah berkurang.

Menurut dr. MG, hal yang melelahkan adalah menghadapi keluarga ‘ndablek’, buang waktu karena harus menjelaskan kepada orang yang ‘ngotot’. Ada suatu pengalaman ketika dia jaga di IGD. Semua yang dicurigai Covid-19 harus tandatangan di atas materai, bersedia setuju untuk pemakaman jenazah dengan protokol Covid-19, bersedia dirawat dengan tindakan yang membutuhkan inkubasi, dan tidak akan dilakukan kejut jantung, hanya akan dibantu dengan obat-obatan saja, serta tidak ada ICU. Jenazah tidak boleh dibawa ke rumah. Kalau tidak bersedia, maka tidak diterima di RS. Sebabnya bila mereka marah, mereka bisa bawa keluarga, satu RT, untuk debat di RS, dan dokter pun membawa polisi. Cerita seperti itu terjadi di Jakarta

Penolakan Vaksinasi

Dr. JM juga bercerita bahwa ada kolega nakes yang tidak mau divaksin, karena larangan agama dan budaya. Menurut dr. MG keengganan orang untuk vaksin karena ada *hoax* yang membuat takut. Namun saat ini banyak orang bersemangat untuk melakukan vaksin, karena ada kebijakan harus vaksin, dan bisa dilakukan di tempat-tempat seperti mal. Lagi pula, orang membutuhkan sertifikasi vaksin supaya bisa liburan, sekolah, naik pesawat, melakukan perjalanan darat dengan kereta api dan bus. Ia juga memiliki pengalaman kedatangan pasien dari Baduy pedalaman, yang datang sudah dalam kondisi kesehatan buruk. Mereka ingin agar petugas nakes datang ke Baduy pedalaman. Akhirnya Kemenkes kirim nakes ke desa-desa di Baduy, bekerjasama dengan LSM.

Perubahan Nama Kebijakan Pembatasan



Menurut dr. JM pergantian nama program pembatasan itu pada awalnya memusingkan, karena tidak jelas batasannya apa, levelnya berapa persen. Nampaknya perubahan mengganti nama program pembatasan itu tidak berpengaruh karena jalan tetap macet. Sementara dr. MG menyatakan tidak paham dengan kebijakan itu karena sudah terlalu sibuk dengan pekerjaan. Orang banyak yang sudah jenuh, apalagi tempo hari grafik Covid-19 sempat melandai. Akhirnya orang sudah merasa keadaan sudah membaik. Kedua, mereka umumnya merasa sudah divaksin dan sudah kebal. Padahal vaksin bukan mencegah sakit, tetapi mencegah keparahan penyakit. Itu perlu dijelaskan kepada masyarakat awam. Kehidupan ekonomi perlu dibuka kembali karena ada orang yang butuh kerja dan mendapat penghasilan. Pilihannya menjadi: keluarga sakit, atau kebutuhan ekonomi, terutama bagi masyarakat kelas bawah.

Namun kita harus berterima kasih kepada pemerintah, kata dr. MG. Kemenkes sudah mulai menyeragamkan harga PCR dan antigen. Ini kemajuan yang luar biasa, tadinya mahal sekali, bisa 2-3 juta, dan keluar hasilnya baru 7 hari. Saat ini antigen sudah 75 ribu, jadi terjangkau oleh masyarakat.

Menurut dr. YN, peraturan terkait Covid-19 diserahkan kepada daerah masing-masing. Permasalahannya (1) regulasi tidak ada, (2) jika regulasi ada tetapi kualitasnya jelek, (3) regulasi baik tetapi tidak ada penegakannya. Memang ada suatu peraturan gubernur yang memberi sanksi denda terhadap restoran, kantor yang melanggar prokes. Tahun yang lalu hanya ada satu kantor yang ditegur dan ditutup.

Kelangkaan ventilator

Dr. MG yang pernah bekerja di RS Hermina mengatakan bahwa di RS itu hanya ada satu ventilator untuk pasien Covid-19. Bila ada pasien yang tidak kebagian, maka direlakan saja.

“Hidup dan mati itu bedanya cuma selembat tissue saja. Seandainya harus meninggal ya sudah. Bukan tidak ada empati, tetapi dokter jadi lebih kebal melihat pasien meninggal, dan melihatnya sebagai sesuatu yang harus terjadi”.

Dr. JM juga mengatakan kelangkaan ventilator menyebabkan dokter memutuskan secara “cap cip cup saja” (*gambling*) siapa yang akan mendapatkannya. Dr. MG menambahkan,



“rasanya seperti mati rasa, kami begini karena terbentuk oleh keadaan”. “Hari ini dilakukan tracing ada lima pasien anak lagi yang positif, total sudah terkonfirmasi positif 10 orang dalam tiga hari. Mereka lalai karena merasa Covid-19 sudah landai.”

Soal Insentif Nakes (Residen/PPDS)

Dr. RS mengatakan kebijakan memberi insentif sampai Juni 2022 itu baik sekali, dan berharap insentif tidak dihentikan. PPDS atau residen harus lebih dihargai, kalau memang pemerintah mementingkan pelayanan kesehatan. PPDS di Universitas Samratulangi melakukan demonstrasi, baru insentif dikeluarkan, dan dinikmati oleh seluruh PPDS di Indonesia. Sekarang status kami yang ambil spesialis ini tidak jelas, apalagi di masa pandemi: sebagai pekerja atau peserta didik? Bila pekerja, mengapa kami tidak digaji.

“PPDS itu statusnya seharusnya sekolah, sesuai singkatannya Peserta Pendidikan Doktor Spesialis.”

Bila sukar mengubah sistemnya, cari saja jalannya, seperti saat ini yaitu diberi insentif. Rumah sakit yang seharusnya membayar residen.

Dr. JM menceritakan saat ujian masuk PPDS mereka memang ditanya, apakah sudah siap dengan keuangan, sumber pendapatan dari siapa, apakah memiliki tabungan, dan sudah diberitahu tidak ada gaji. Semua ini ditanyakan agar jangan sampai pendidikan putus di tengah jalan. Orang awam berpikir dokter itu kaya karena bisa membayar 15 juta atau 16,5 juta bagi jurusan spesialis ilmu penyakit dalam per semester. Ada tarif khusus dan tarif reguler. Selama pendidikan spesialis banyak pengeluaran tidak terduga, misalnya membayari pemeriksaan laboratorium pasien-pasien miskin. Menurut dr. MG, hampir semua pasien yang datang ke RSCM menggunakan BPJS, padahal banyak pemeriksaan yang tidak termasuk pemeriksaan yang dibayar BPJS, misalnya pemeriksaan virus. Padahal hasil pemeriksaan itu dibutuhkan dokter untuk menegakkan diagnosa. Maka mau tidak mau dokter harus membantu, padahal pemeriksaan itu mahal bisa sekitar 200 ribu sampai 1,3 juta. Pasien anak sangat dijaga oleh dokternya yang akan melakukan segala upaya untuk menyelamatkan nyawanya. Banyak pasien anak yang dalam keadaan tidak dapat disembuhkan. Anak juga ditanya, ia mau apa, dan dokter akan langsung membelikan.



Terkait insentif ini, menurut dr. MG, ada saja dokter senior yang tidak setuju mereka dibayar, karena menurutnya PPDS sudah mendapat pengalaman di RS level nasional, berbeda dengan di level RSUD yang PPDS tidak bisa periksa pasien. Menurutnya, minimal bila tidak digaji, diberi libur saja. Selama ini tidak ada libur dalam setahun, hari Senin sampai minggu harus jaga di bagian IPD.

Dr. RS mengatakan kebijakan pemerintah sudah baik, misalnya melalui media sosial seperti Instagram Kemenkes, para dokter dapat mengikuti berbagai kebijakan dan pernyataan resmi. Pemerintah memang harus keras meluruskan informasi yang keliru, seperti Singapura dan China. Bagaimanapun pendidikan di Indonesia tidak merata, mereka banyak yang tidak mengetahui apa konsekuensi dari tindakannya. Ia setuju masalah ekonomi juga masalah pertahanan sehingga tentara sempat dikerahkan untuk memastikan keamanan di masa pandemi. Indonesia masih diberkati Tuhan, bisa jadi negara besar.

IV. Analisis

Penelitian ini bertujuan menganalisis berbagai teks kebijakan penanganan pandemi dan implementasinya dalam masyarakat. Adakah berbagai kebijakan itu mengakomodasi berbagai kebutuhan layanan dari kelompok rentan? Penelitian ini bertujuan juga mengidentifikasi berbagai permasalahan yang muncul karena ketidaklengkapan kebijakan, bagaimanakah warga masyarakat merespons berbagai kebijakan tersebut, apakah dampaknya, dan insiatif kolektif apakah yang muncul sebagai strategi bersama?

Beberapa hasil analisis dan kesimpulan dapat disampaikan berdasarkan data yang didapat dari *desk review* terkait berbagai kebijakan. Kemudian juga tentang bagaimana implementasi dari kebijakan yang didapat melalui survei digital, dan dua FGD terhadap kelompok penyintas Covid-19; dan kelompok tenaga kesehatan dalam hal ini adalah para dokter. Dalam kesimpulan ini juga dapat ditemukan berbagai rekomendasi penting yang seharusnya diakomodasi dalam berbagai kebijakan penanganan pandemi, yang akan berguna untuk mengantisipasi pandemi yang kemungkinan bisa terjadi lagi di masa depan.



Analisis dokumen kebijakan

Secara umum hasil analisis terhadap berbagai dokumen kebijakan menunjukkan bahwa kebijakan yang semestinya bersifat cepat dan tanggap, tetapi masih sarat soal birokrasi yang akan memperlambat respons terhadap kegentingan pandemi Covid-19. Di antaranya adalah kebijakan PSBB, di mana Gubernur atau kepala daerah harus melewati prosedur berbelit sebelum sampai rekomendasi kepada Menteri untuk menerapkan pembatasan di daerahnya masing-masing. Beberapa kebijakan lain terlihat tidak konsisten seperti penetapan level PPKM, dan kurang tanggap terhadap kelompok rentan yang tidak memiliki KTP sehingga tidak bisa akses bantuan sosial, dan layanan vaksinasi. Demikian pula kelompok penyandang disabilitas atau yang memiliki kebutuhan khusus kurang dipikirkan aksesnya terhadap layanan vaksinasi.

Ketiadaan regulasi yang memadai juga menjadi masalah karena tidak ada kendali terhadap tingginya harga *swab* PCR, obat-obatan bagi masyarakat dan kelangkaan berbagai peralatan perlindungan diri yang sangat dibutuhkan tenaga kesehatan, terutama di masa awal pandemi. Pemerintah juga dianggap tidak cukup cepat meluruskan informasi melalui kanal resminya di berbagai kementerian terkait soal *hoax* dan berita palsu yang beredar, sehingga masyarakat kebingungan, bahkan menyebabkan penolakan dan keengganan masyarakat untuk menjalani vaksinasi dan mematuhi protokol kesehatan. Tingkat kematian warga masyarakat dan tenaga kesehatan yang relatif tinggi juga menjadi catatan tersendiri sebagai akibat keterlambatan. Padahal kebijakan adalah tulang punggung dalam masa genting penanganan pandemi.

Sungguhpun demikian ada juga berbagai kebijakan yang dianggap cukup berhasil menanggulangi kegentingan sehingga Indonesia dianggap cukup baik dalam penanganan Covid-19, di antaranya adalah soal pengadaan dan layanan vaksinasi, pengadaan tempat isolasi mandiri, pembebasan dana perawatan bagi pasien Covid-19, insentif bagi tenaga kesehatan, dan bantuan sosial bagi kelompok rentan.

Survei Digital

Hasil dari survei digital terhadap 514 responden yang umumnya berpendidikan pascasarjana dan sarjana, menunjukkan beberapa hal penting. *Pertama*, responden menggambarkan betapa dahsyatnya pukulan Covid-19 terhadap mereka karena harus kehilangan orang-orang terdekat. Mereka juga menyatakan rasa takut, ketidakpastian,



apalagi dengan beredarnya informasi bohong, *hoax* terkait Covid-19 yang berdampak buruk dan tidak produktif terhadap program pemerintah dalam menangani pandemi.

Kedua, hasil survei digital nampak memperkuat berbagai kelemahan dalam perumusan kebijakan dan inkonsistensinya, sungguhpun ada sisi lain dari kebijakan yang dipandang baik. Dalam hal terdapatnya inkonsistensi dan ketidakjelasan dalam berbagai kebijakan telah menyebabkan masyarakat kesulitan mengikutinya, atau bahkan menimbulkan penolakan dan ketidakpatuhan. Sementara mereka yang sadar betul akan bahaya pandemi, akan menjaga kesehatan diri dan orang lain.

Ketiga, banyak kritik dan saran disampaikan para reponden terkait kebijakan pelacakan (*tracing*), pemeriksaan (tes *swab*), pembatasan, prokes, dan vaksinasi, serta pelayanan rumah sakit. Pada prinsipnya mereka menginginkan agar pemerintah menguasai segala arus informasi, tidak membiarkan kementerian atau siapa pun mempromosikan berbagai obat dan alat yang tidak memiliki *evidence based*, melalui pernyataan resmi yang bisa menenangkan publik. Mereka juga menginginkan pemerintah tidak membiarkan para pihak yang mencari keuntungan di masa kegentingan dengan menjual obat, berbagai macam alat perlindungan diri.

Focus Group Discussion

Metode FGD secara digital dengan para pihak yang diundang secara terbatas memungkinkan peneliti berkesempatan berbicara dan bertanya seluasnya tentang pandangan dan pengalaman mereka terkait Covid-19 dan kebijakan penanganannya. Peneliti mendapatkan banyak pembelajaran dari para informan terkait pengalaman mereka sendiri terdampak Covid-19, juga pandangan mereka terhadap berbagai kebijakan terkait pandemi Covid-19. Umumnya data yang didapat dari hasil FGD ini mengonfirmasi hasil survei digital.

Pengalaman Penyintas

Seorang laki-laki penyintas Covid-19 yang kebetulan seorang dokter, dan memiliki pengalaman amat buruk (*near death experience*). Ia mengabstraksi persoalan melalui pernyataan:

“kebijakan pemerintah dalam penanganan Covid-19 bagus, tetapi sistem kesehatan lumpuh”.



Seorang penyintas lain, dokter perempuan, yang kehilangan suaminya karena Covid-19, mengatakan frustrasi melihat semua *berantakan* di masa awal pandemi. Namun sebagai peneliti dan dosen ia mengatakan harus melihat semuanya secara holistik. Ia bisa mengerti bahwa semua orang *kelabakan* di negeri ini di masa awal, tidak ada yang bisa disalahkan.

Kelima penyintas menyatakan kebijakan pemerintah dalam menangani pasien Covid-19 sangat baik, mereka tidak membayar apa pun kecuali memperlihatkan KTP dan kartu BPJS. Mereka menyadari betul pemerintah sudah mengeluarkan anggaran banyak sekali untuk para pasien. Layanan yang mereka terima di rumah sakit rujukan pemerintah juga baik. Mereka hanya menyayangkan keterlambatan pemerintah merespons datangnya pandemi; kebingungan publik karena lalu lintas informasi palsu tentang promosi obat dan alat yang tidak teruji; ketidakmampuan pemerintah mengendalikan mahalannya obat, kelangkaan alat perlindungan diri; ketidaksiapan pemerintah mengatasi *hoax* yang mengakibatkan sebagian masyarakat menolak vaksin atau mematuhi protokol kesehatan dan membahayakan keselamatan bersama.

Pengalaman para dokter

Seorang dokter yang mengabdikan diri di Puskesmas menyatakan bahwa peristiwa pandemi Covid-19 merupakan momen yang baik untuk memperbaiki sistem kesehatan secara keseluruhan. Sangat disadari bahwa masalah kesehatan justru terletak di berbagai sektor lain yang tidak mendukung terciptanya daya dukung kesehatan bagi warga masyarakat seperti dalam bidang ekonomi –termasuk cukai rokok; politik kebijakan; kesejahteraan seperti transportasi publik, ketersediaan rumah yang jauh dari tempat kerja; dan kondisi masyarakat secara umum dengan pendidikan yang tidak merata dan budaya yang tidak mendukung hidup sehat.



V. Kesimpulan

Hasil analisis kebijakan menunjukkan bahwa kebijakan yang seharusnya bersifat cepat tanggap, terhalang implementasinya oleh persoalan birokrasi administratif terutama di tingkat daerah. Beberapa kebijakan terlihat tidak konsisten dan kurang tanggap terhadap kelompok rentan, khususnya yang tidak memiliki identitas hukum atau kartu tanda penduduk, prasyarat bagi akses bantuan sosial dan layanan vaksinasi. Namun ada berbagai kebijakan yang cukup berhasil menanggulangi kegentingan, sehingga Indonesia dianggap cukup baik dalam penanganan Covid-19, diantaranya adalah soal pengadaan dan layanan vaksinasi, penyediaan tempat isolasi mandiri, pembebasan dana perawatan bagi pasien Covid-19, insentif bagi tenaga kesehatan, dan bantuan sosial bagi kelompok rentan.

Survei digital menunjukkan betapa dahsyatnya pukulan Covid-19 terhadap mereka yang kehilangan orang-orang terdekat. Ditambah beredarnya informasi bohong, *hoax* terkait Covid-19 yang menimbulkan rasa takut dan kebingungan. Data juga memperlihatkan kelemahan implementasi dari kebijakan yang inkonsisten dan tidak jelas, sungguhpun diakui tidak semua kebijakan buruk.

Sementara data wawancara memberi banyak pembelajaran tentang pengalaman mereka yang terdampak Covid-19. Warga masyarakat menyatakan ketakutan dan ketidaktahuan harus bagaimana ketika diri sendiri atau keluarga terserang virus ini. Mereka adalah korban dari kebijakan yang dikeluarkan dalam gagap dan ketidaksiapan, sama seperti di banyak negara lain.

Umumnya para dokter berpendapat bahwa pandemi Covid-19 ini membongkar berbagai permasalahan kesehatan yang letaknya justru di luar bidang kesehatan, termasuk soal pendidikan spesialis dokter.

Pembangunan hukum harus terintegrasi dengan pembangunan dalam bidang apa pun termasuk layanan kesehatan, khususnya pencegahan dan penanganan pandemi Covid-19.³² Bagaimanapun hukum adalah acuan konsepsi normatif tentang apa yang boleh dan tidak boleh, dan konsepsi kognitif tentang setiap tindakan.³³ Dalam hal layanan

³²Sudhesan Reddy, "Spreading facts, not fear in the fights against Coronavirus," *Unicef*, <https://www.unicef.org/indonesia/stories/UReportIndonesiaCoronavirus>, diunduh 22 Agustus 2022.

³³F.Benda-Beckmann, "Anthropology and Comparative Law," *Anthropology of Law in the Netherlands. Dordrecht: Foris Publications* (1986): 90-109; Eric J. Mitnick, "Law, Cognition, and Identity," *Louisiana Law Review*, Vol. 67, No. 3 (Spring 2007): 827-830.



kesehatan, terutama penanganan pandemi Covid-19, hukum menjadi acuan normatif dan kognitif berbagai tindakan setiap pihak yang terlibat. Merebaknya wabah meneguhkan panggilan bagi para ilmuwan untuk semakin berkolaborasi secara interdisiplin, agar mendapatkan solusi yang paling komprehensif dan tepat.³⁴

³⁴Yi Zhao, Lifan Liu, Chengzhi Zhang, “Is Coronavirus-Related Research Becoming More Interdisciplinary? A Perspective of Co-occurrence Analysis and Diversity Measure of Scientific Articles,” *Technological Forecasting & Social Change* (November 2021): 2-4.



DAFTAR PUSTAKA

I. Jurnal

- Aslan, Dilek. 2021. "Can Transdisciplinary Approaches Contribute to The COVID-19 Fight?" *Global Health Promotion* 28: 5-7.
- Benda-Beckmann & Bertram Turner, K. 2018. "Legal Pluralism, Social Theory and the State." *Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law* 50 (3): 255-274.
- Benda-Beckmann, F. 1986. *Anthropology and Comparative Law*. Dordrecht: Foris Publication.
- Coleman, Miles C., Susana C. Santos, et al. 2022. "Lessons From the Pandemic: Engaging Wicked Problems With Transdisciplinary Deliberation." *Journal of Communication Pedagogy* 5: 164-165.
- Comission on Legal Empowerment. 2008. "Making the Law Works for Everyone." *United Nations*. Accessed August 17, 2022.
<https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/making-the-law-work-for-everyone-vol-1-report-of-the-commission-on-legal-empowerment-of-the-poor/>.
- Corsi, Marcella and J. Michael Ryan. 2022. "What does The Covid-19 Crisis Reveal About Interdisciplinarity in Social Sciences?" *International Review of Sociology* 53: 150-151.
- Dermot, Feenan. 2013. "Exploring the 'Socio' of Socio-Legal Studies." In *Palgrave MacMillan*, by Feenan Dermot, 3-9. Accessed August 24, 2022.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-137-31463-5_1.
- Dewi, Luh Putu Santi Krisna. 2021. "Evaluasi Penerapan Insentif Tenaga Kesehatan Covid-19." *Jurnal Universitas Gadjah Mada* 14-15.
- Edinburgh Researcher Explorer. 2022. "Law at Its Limits." *Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law* 47 (3): 2-4.
doi:<https://doi.org/10.1080/07329113.2015.1110909>.
- Gemelli. 2020. "Post Covid-19 Global Health Strategies: The Need for an Interdisciplinary Approach." *Nature Public Health Emergency Collection*.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40520-020-01616-x.pdf>.
- Hinterleitner, Markus, John Lovett, Lisa Frazier, et al. 2020. *PJS Virtual Special issue on Covid-19 Crisis*. Accessed August 24, 2022.
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1111/\(ISSN\)1541-0072.covid-19-crisis-2020](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1111/(ISSN)1541-0072.covid-19-crisis-2020).
- Koon, Dr Ong Eng. 2020. "The Impact of Socio-Cultural Influences on the COVID-19 Measures – Reflections from Singapore." *Journal of Pain and Symptom Management* 5-6.
- Mitnick, Eric J. 2007. "Law, Cognition, and Identity." *Louisiana Law Review* 67 (3): 827-830.



- Moradian, N., Moallemian M, Delavari F, et al. 2021. "Interdisciplinary Approaches to COVID-19." *Advances in Experimental Medicine and Biology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33973220/>.
- Nugroho, Muhyiddin dan Hanan. 2021. "Indonesia Development Update A Year of Covid-19: A Long Road to Recovery and Acceleration of Indonesia's Development." *Jurnal Perencanaan V* (1).
- Pratiwi, Haridyanti. 2021. "'Permasalahan Belajar Dari Rumah Bagi Guru Lembaga Pendidikan Anak Usia Dini Di Daerah Terpencil." *Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan* 6 (2): 130-132.
- Reddy, Sudhesan. n.d. "Spreading Facts, Not Fear in the Fights Against Coronavirus." *UNICEF*. Accessed August 22, 2022.
<https://www.unicef.org/indonesia/stories/UReportIndonesiaCoronavirus>.
- Vladimir, Mokiy. 2022. "Covid-19: Systems Transdisciplinary Generalization, Technical and Technological Ideas, and Solutions." *Informing Science: the International Journal of an Emerging Transdiscipline* 25: 7-8.
- Wu, et al. 2020. "The Outbreak of COVID-19: An Overview." *Journal of the Chinese Medical Association* 83: 7-8.
- Zhao, Yi, Lifan Liu, Chengzhi Zhang. n.d. "Is Coronavirus-Related Research Becoming More Interdisciplinary? A Perspective of Co-occurrence Analysis and Diversity Measure of Scientific Articles." *Technological Forecasting & Social Change*.
- Zhaofan, Yi, Liu, Yuan WJ, et al. 2022. "The State of Social Science Research on COVID-19." *Scientometrics* 127 (1): 369-383. Accessed August 22, 2022.
doi:10.1007/s11192-021-04206-4.

Catatan:

Berbagai kliping Koran KOMPAS dan sumber digital tentang kebijakan pencegahan dan penanganan Pandemi Covid-19 di Indonesia.

II. Internet

- Jawa Pos. 2021. *Testing Covid-19 Masih Rendah Pemicunya Tarif Swab PCR Mahal*. Juni 4. Accessed Januari 2022, 25.
<https://www.jawapos.com/kesehatan/04/06/2021/testing-covid-19-masih-rendah-pemicunya-tarif-swab-pcr-mahal/>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. n.d. *Penguatan Sistem Kesehatan dalam Pengendalian COVID-19*. Accessed Agustus 22, 2022.
<http://p2p.kemkes.go.id/penguatan-sistem-kesehatan-dalam-pengendalian-covid-19/>.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. n.d. *DJKN Dukung Pembangunan Pusat Life-Sciences*. Accessed Agustus 22, 2022.



- <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/berita/baca/8551/DJKN-Dukung-Pembangunan-Pusat-Life-Sciences.html>.
- . 2021. "Mengawal Akuntabilitas Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional Tahun 2020." *Kemenkeu*. Accessed Agustus 25, 2022.
https://djpb.kemenkeu.go.id/portal/images/file_artikel/file_pdf/Buku_PC_PEN_2021_compressed.pdf.
- Kompas. n.d. *Dinilai Biaya Tes Covid-19 di Indonesia terlalu mahal, Akibatnya Akses Testing Sangat Rendah*. Accessed Januari 25, 2022.
<https://www.kompas.tv/article/198005/dinilai-biaya-tes-covid-19-di-indonesia-terlalu-mahal-apindo-akibatnya-akses-testing-sangat-rendah>.
- . n.d. *Dirjen WHO Temui Jokowi Puji Penanganan Covid-19 di Indonesia: Salah Satu yang Terbaik*. Accessed Agustus 25, 2022.
<https://www.kompas.tv/article/301563/dirjen-who-temui-jokowi-puji-penanganan-covid-19-di-indonesia-salah-satu-yang-terbaik>.
- . 2020. *Ini 100 Rumah Sakit Rujukan Penanganan Virus Corona di 32 Provinsi*. Maret 2. Accessed Agustus 25, 2022.
<https://www.kompas.com/tren/read/2020/03/02/144500765/ini-100-rumah-sakit-rujukan-penanganan-virus-corona-di-32-provinsi?page=all>.
- . n.d. *Ironi Harga Tes PCR: Dulu Bayar Rp 2,5 Juta, Kini Cuma Rp 275 Ribu*. Accessed Agustus 25, 2022.
<https://money.kompas.com/read/2021/11/14/133809726/ironi-harga-tes-pcr-dulu-bayar-rp-25-juta-kini-cuma-rp-275-ribu>.
- . 2021. *Jokowi: Penanganan Covid-19 Bertumpu pada 3 Pilar Utama*. Agustus 2. Accessed Januari 27, 2022.
<https://nasional.kompas.com/read/2021/08/02/19271201/jokowi-penanganan-covid-19-bertumpu-pada-3-pilar-utama>.
- . 2022. *Kasus Covid-19 Naik Terus, Masyarakat Diminta Gunakan Masker Lagi di Ruang Terbuka*. Juni 26. Accessed Agustus 25, 2022.
<https://nasional.kompas.com/read/2022/06/26/06593931/kasus-covid-19-naik-terus-masyarakat-diminta-gunakan-masker-lagi-di-ruang?page=all>.
- . 2022. *Lepas Masker Dbolehkan, Apakah Indonesia Masih Darurat Pandemi Covid-19?* Mei 19. Accessed Agustus 25, 2022.
<https://nasional.kompas.com/read/2022/05/19/17531801/lepas-masker-dibolehkan-apakah-indonesia-masih-darurat-pandemi-covid-19?page=all>.
- . 2022. *UPDATE: Sebaran 37.259 Kasus Baru Covid-19, Tertinggi di Jawa Barat*. Maret 3. Accessed Agustus 25, 2022.
<https://nasional.kompas.com/read/2022/03/03/21355111/update-sebaran-37259-kasus-baru-covid-19-tertinggi-di-jawa-barat>.
- Reddy, Sudhesan. n.d. "Spreading Facts, Not Fear in The Fights Against Coronavirus." *UNICEF*. Accessed Agustus 22, 2022.
<https://www.unicef.org/indonesia/stories/UReportIndonesiaCoronavirus>.



Statista. n.d. "Indonesia: Kasus Coronavirus (COVID-19) Tahun 2020." Accessed Januari 25, 2022. <https://www.statista.com/statistics/1103469/indonesia-covid-19-total-cases/>.

The Conversation. n.d. *Kasus Covid-19 Tembus 1 juta, Penderita Makin Sulit Akses Rumah Sakit: Pemerintah Harus Kelola Call Center Terpusat*. Accessed Januari 25, 2022. <https://theconversation.com/kasus-covid-19-tembus-1-juta-penderita-makin-sulit-akses-rumah-sakit-pemerintah-harus-kelola-call-center-terpusat-153978>.

WHO & R&D Blueprint. 2021. *Community-Centered Approaches to Health Emergencies: Progress, Gaps and Research Priorities*. Agustus 15. Accessed Agustus 22, 2022. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/blue-print/who-covid-19-social-science-in-outbreak-report_15.08.21.pdf?sfvrsn=ddeb00b3_9&download=true.