



SIAP SIAGA
Kemitraan Australia – Indonesia
untuk Kesiapsiagaan Bencana



Kementerian Dalam Negeri
Republik Indonesia

BELAJAR DARI PANDEMI: EVALUASI EFEKTIFITAS PPKM DALAM PENANGANAN PANDEMI COVID-19

BELAJAR DARI PANDEMI: EVALUASI EFEKTIVITAS PPKM DALAM PENANGANAN PANDEMI COVID-19

© 2023

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang
All right reserved

Cetakan pertama, Maret 2023

Kementerian Dalam Negeri bekerja sama dengan Universitas Indonesia didukung oleh program SIAP SIAGA (Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesiapsiagaan Bencana)

xxi + 156; 17,6 x 25 cm

ISBN:

Undang-Undang Republik Indonesia
Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Lingkup Hak Cipta

Pasal 1

Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan Pidana Pasal 113

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

BELAJAR DARI PANDEMI: EVALUASI EFEKTIVITAS PPKM

DALAM PENANGANAN PANDEMI COVID-19

KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA
2023



SIAP SIAGA
Kemampuan Australia - Indonesia
untuk Kesiapsiagaan Bencana



UNIVERSITAS
INDONESIA
Veritas, Probatum, Institut



Kementerian Dalam Negeri
Republik Indonesia



PEMBINA

Menteri Dalam Negeri

Prof. H. Muhammad Tito Karnavian, Ph.D.

PENGARAH

Direktur Jenderal Bina Administrasi Kewilayahan

Dr. Safrizal ZA, M.Si

Rektor Universitas Indonesia

Prof. Ari Kuncoro, S.E., M.A., Ph.D

PENYUSUN

Dr. Safrizal ZA, MSi

Prof. dr. Mondastri Korib Sudaryo, M.S., DSc.

Prof. dra. Fatma Lestari, M.Si., Ph.D.

Prof. Dr. Semiarto Aji Purwanto, M.Si.

Prof. Dr. Multamia RMT Lauder, S.S., MSe., DEA

Danang Insita Putra, Ph.D.

Djarot Dimas Achmad Andaru, S.H., M.H.

Nurhanifah Hamdah, S.K.M., M.Epid.

Dr. Herlina J. EL-Matury, S.T., M.Kes.

Mochammad Arief Wicaksono, S.Sos., M.Si.

Oka Septiriani, S.K.M., M.Epid.

KONTRIBUTOR

Muhammad Syathiri, S.Sos.I., M.Si., Ph.D.

Reza Anugrah, S.I.P.

EDITOR

Prof. Dr. Multamia RMT Lauder, S.S., MSe., DEA

DESAIN EDITOR

Fahrel Wira Sambang, S.I.P

Attika Puspitasari, S.T.



COVID-19
Coronavirus
Vaccine

1019-0220-280x287

19

S

COVID-19

Coronavirus
Vaccine

1019-0220-280x287

DAFTAR ISI

BELAHAR DARI PANDEMI: EVALUASI EFEKTIVITAS PPKM DALAM PENANGANAN PANDEMI COVID-19

Kata Pengantar Prof. H. Muhammad Tito Karnavian, Ph.D.	i
Kata Sambutan Prof. Ari Kuncoro, S.E., M.A., Ph.D.	iii
GLOSSARIUM	iv
Daftar Istilah	iv
RINGKASAN EKSEKUTIF	vii
BAB 1	1
Pendahuluan	
1.1. Latar Belakang	2
1.2. Tujuan dan Sasaran	16
1.3. Kerangka Kerja	17
1.4. Daftar Pustaka	18
BAB 2	19
Tinjauan Umum Kebijakan Penanganan COVID-19	
2.1. Sejarah dan Penerapan Kebijakan Penanganan Kedaruratan Kesehatan Dunia	20
2.1.1. Regulasi Kesehatan Internasional	20
2.1.2. Ruang Lingkup Regulasi Kesehatan Internasional	24
2.1.3. Permasalahan Regulasi Kesehatan Internasional	26
2.1.4. Penerapan Prinsip Siracusa Pada Penanganan Pandemi	33
2.1.5. Konsep <i>Global Health Law</i>	35
2.1.6. Kebijakan WHO terkait Pembatasan Berpergian, tingkatan berbasis Risiko Penularan pada Masyarakat	45
2.2. Kebijakan Indonesia terkait darurat Kesehatan	54
2.3. Kerangka Konsep Kebijakan Umum Penanganan Wabah Sebagai Bencana Non Alam	59

2.3.1.	<i>Sendai Framework</i>	59
2.3.2.	<i>Health EDRM Framework, WHO</i>	64
2.3.3.	Kerangka Natech Risk Management	67
2.3.4.	One Health Approach	75
	Daftar Pustaka	86
BAB 3		91
	Analisis Dampak Kebijakan PSBB	
3.1.	Gambaran Umum Kebijakan PSBB	94
3.2.	Perkembangan Kasus pada Periode PSBB	96
3.2.1.	Perkembangan Kasus pada Periode PSBB	101
3.2.2.	Perkembangan Kasus pada Periode PSBB Transisi	104
3.2.3.	Perkembangan Kasus pada Periode PSBB Ketat	107
	Daftar Pustaka	110
BAB 4		111
	Analisis Dampak Kebijakan PPKM	
4.1.	Gambaran Umum Kebijakan PPKM	113
4.2.	Perkembangan Kasus pada Periode PPKM	115
4.2.1.	Perkembangan Kasus pada Periode PPKM	116
4.2.2.	Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Mikro	119
4.2.3.	Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Darurat	122
4.2.4.	Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali	124
4.2.5.	Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Leveling Luar Jawa-Bali	132
4.3.	Cakupan Vaksinasi pada Periode PPKM	135
4.3.1.	Studi Lain pada Penerapan di Luar Negeri	136
	Daftar Pustaka	139
BAB 5		141
	Dinamika Kebijakan Pembatasan, Tantangan, dan Pembelajarannya Pada Masa Pandemi	
5.1.	Perkembangan Kebijakan dan Kondisi Pandemi di Indonesia	143
5.2.	Penyebarluasan Pengetahuan Mengenai COVID-19	145
5.3.	Kebijakan Pembatasan <i>vis-à-vis</i> Kebiasaan Kolektif Masyar	146

akat dan Kebutuhan Ekonomi	
5.4. Panutan Pelaksanaan Kebijakan dan Peran-peran Komunitas	149
5.5. Komunikasi Publik selama Penerapan Kebijakan	152
5.5.1. Pemanfaatan Seni Budaya	154
5.5.2. Pemanfaatan Media	155
5.5.3. Pemanfaatan Sosialisasi, Edukasi, dan Mitigasi pada kegiatan nasional dan Internasional	156
5.6. Pendisiplinan Masyarakat selama Pandemi	157
5.7. Pembelajaran Pengalaman dari Beberapa Wilayah	159
5.7.1. Kalimantan	160
5.7.2. Jawa Tengah	161
5.7.3. Gorontalo	162
5.7.4. Aceh	164
5.7.5. Papua	165
Daftar Pustaka	166
BAB 6	167
Perubahan Prilaku Individu dan Kolektif Masyarakat	
6.1. Kampanye 3M: Langkah Awal Perubahan Prilaku Kolektif	168
6.2. Peran-peran Komunitas	173
6.3. Tantangan - tantangan dalam Penegakan Kebijakan Perubahan Prilaku	177
6.4. Strategi - Strategi Mengubah Prilaku Masyarakat	179
6.5. Pemanfaatan Bahasa Daerah dan Memori Kolektif	181
6.5.1. Intervensi Pertama	181
6.5.2. Intervensi Kedua	182
6.5.3. Intervensi Ketiga	183
6.5.4. Memahami Pemaknaan di balik uji coba intervensi	185
Daftar Pustaka	189
BAB 7	191
Penutup	
7.5. Kesimpulan	192
7.6. Saran	196

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Kerangka Kerja Penyusunan Buku Evaluasi Efektivitas Kebijakan Publik PSBB & PPKM	17
Gambar 2.1. Sendai Framework	61
Gambar 2.2. Kerangka Kerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana 2015 – 2030	67
Gambar 2.3. Health EDRM	68
Gambar 2.4. Asia Pacific Regional Framework for NATECH (Natural Hazards Triggering Technological Disasters) Risk Management. UNDRR. 2020.	73
Gambar 2.5. Tanggapan terhadap bahaya biologis dan alam mengikuti siklus manajemen risiko bencana yang sama	74
Gambar 2.6. Transisi dari tanggap pandemi ke pemulihan secara spiral	74
Gambar 2.7. Langkah-langkah respons dan pemulihan yang efektif untuk krisis pandemi membutuhkan koordinasi berbagai aktor di sejumlah bidang dan di berbagai jeda waktu.	78
Gambar 2.8. One Health Approach	78
Gambar 2.9. One Health Approach	79
Gambar 2.10. One Health Approach	80
Gambar 2.11. Framework pengendalian zoonosis	81
Gambar 2.12. Koordinasi, sinergi dan kolaborasi dalam pencegahan & pengendalian Zoonosis	81
Gambar 2.13 .Program Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis	83
Gambar 2.14. Kerangka Pengaturan dan Pemetaan Stakeholders Peningkatan Cakupan dan Kualitas Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor	85
Gambar 2.15. Tahapan Operasionalisasi dan Pengembangan SIZE Nasional	85
Gambar 3.1. Segitiga Epidemiologi	92
Gambar 3.2. Pengelolaan Respon COVID-19	93

Gambar 5.1. Poster Mengenai Pertunjukan Wayang Golek dengan lakon “Nyinglar Sasalad”.	154
Gambar 6.1. Tantangan-tantangan dalam Penegakan Kebijakan Perubahan Perilaku	178
Gambar 6.2. Poster dalam Bahasa Dayak Kenyah	182
Gambar 6.3. Poster dalam Bahasa Banjar	183
Gambar 6.4. Poster dalam Bahasa Jawa	184
Gambar 6.5. Kearifan Lokal Penutur Bahasa Jawa Untuk Menghadapi Pagebluk ‘Bencana Wabah Penyakit’	186
Gambar 6.6. Buku Pedoman Perubahan Perilaku Protokol Kesehatan 3M dalam 77 Bahasa Daerah	187

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1. Kasus Terkonfirmasi dan Kematian COVID-19 Mingguan yang Terlaporkan di Indonesia selama Periode PSBB	97
Grafik 3.2. Kasus Terkonfirmasi Harian pada Periode PSBB	101
Grafik 3.3. Perubahan Kasus Terkonfirmasi Harian pada Periode PSBB	102
Grafik 3.4. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 pada Periode PSBB	103
Grafik 3.5. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Transisi	104
Grafik 3.8. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Ketat	105
Grafik 3.9. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Ketat	106
Grafik 3.10. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Ketat	107
Grafik 4.1. Kasus Terkonfirmasi dan Kematian COVID-19 Mingguan yang Terlaporkan di Indonesia selama Periode PPKM	115
Grafik 4.2. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM	116
Grafik 4.3. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM	117
Grafik 4.4. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian	118

pada Periode PPKM	
Grafik 4.5. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Mikro	119
Grafik 4.6. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Mikro	120
Grafik 4.7. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM	121
Grafik 4.8. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Darurat	122
Grafik 4.9. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Darurat	123
Grafik 4.10. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Darurat	124
Grafik 4.11. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali	125
Grafik 4.12. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali Varian Delta	129
Grafik 4.13. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali Varian Delta	129
Grafik 4.14. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali Varian Omicron	130
Grafik 4.15. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali Varian Omicron	130
Grafik 4.16. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID1- Harian pada Periode PPKM Leveling Jawa-Bali	131
Grafik 4.17. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada PPKM Leveling Luar Jawa-Bali	132
Grafik 4.18. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Luar Jawa-Bali	134
Grafik 4.19. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Leveling Luar Jawa-Bali	134
Grafik 4.20. Cakupan Vaksinasi dan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM	135

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Kebijakan Indonesia Terkait Darurat Kesehatan	54
Tabel 3.1. Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PSBB	102
Tabel 3.2. Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PSBB Transisi	105
Tabel 3.3. Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PSBB Ketat	107
Tabel 4.1 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM	117
Tabel 4.2. Perbandigan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Mikro	119
Tabel 4.3. Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Darurat	122
Tabel 4.4. Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Leveling Jawa - Bali	122
Tabel 4.5. Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Leveling Luar Jawa - Bali	132

KATA PENGANTAR

MENTERI DALAM NEGERI REPUBLIK INDONESIA

Segala puji dan syukur, kami panjatkan ke hadirat Tuhan yang Maha Mulia atas segala rahmat dan hidayahNYA sehingga penyusunan Buku Kajian PPKM --oleh Kementerian Dalam Negeri yang bekerja sama dengan Universitas Indonesia dan didukung oleh program SIAP SIAGA (Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesiapsiagaan Bencana)-- telah rampung. Buku ini merupakan kilas balik perjuangan bersama melawan COVID-19.

Tak henti menyampaikan rasa syukur kepada semua pihak karena lebih dari dua tahun kita bergandengan tangan berjuang bersama melawan COVID-19. Saat ini kondisi pandemi cenderung melandai dan terkendali bahkan ada kemungkinan Indonesia perlu bersiap-siap menuju endemi.

Melalui Buku Kajian PPKM ini, kami melakukan kilas balik dan mawas diri atas penerbitan Inmendagri sebagai upaya penanggulangan COVID-19. Apresiasi setinggi-tingginya atas semangat dan dukungan semua pihak serta seluruh lapisan masyarakat yang tetap bertahan dengan gigih dan sabar, walau kadang kala lelah dan jenuh, untuk mengakhiri pandemi ini. Penanganan pandemi COVID-19 secara terpadu sangat membutuhkan dukungan dan partisipasi aktif dari segenap lapisan masyarakat. Oleh karena itu, disadari sepenuhnya bahwa diperlukan menyempurnakan pengelolaan dan fasilitas penanggulangan bencana wabah, sehingga pemberdayaan ketahanan kesehatan masyarakat yang tangguh juga perlu digarap secara nasional.

Sejak diterapkannya kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat berbasis Mikro (PPKM Mikro) pada 9 Februari 2021, kasus aktif COVID-19 secara bertahap sudah mulai dapat ditekan. Tampaknya, kebijakan mendasar PPKM Mikro cukup berhasil, ketika menempatkan masyarakat bukan sebagai obyek, namun sebagai subyek penanganan COVID-19 di tingkat komunitas. Selain itu, perlu pula disadari bahwa pembentukan dan penguatan Posko Desa/Kelurahan yang melaksanakan 4 fungsi utama yaitu pencegahan – penanganan – pembinaan – pendukung, sangat

membantu pemberdayaan komunitas berbasis kearifan budaya sehingga dapat optimal untuk melawan COVID-19.

Buku ini dimaksudkan sebagai dokumentasi kemenangan melawan COVID-19. Kilas balik penanganan dan pengendalian pandemi COVID-19 memberi banyak sekali pembelajaran yang dapat kita petik. Sehubungan dengan hal itu, diharapkan, buku ini dapat menjadi acuan dalam menghadapi kemungkinan ancaman pandemi lainnya di kemudian hari. Di dalam buku ini, tertera analisis epidemiologis yang lengkap dan rinci yang memperlihatkan bahwa sebagai sebuah bangsa, kita pernah mengalami masa-masa yang sulit namun kita mampu mengatasi menghadapinya dengan kebersamaan.

Perjalanan ini hampir paripurna, kita sudah berada di ujung terowongan menyongsong cahaya kemenangan melawan COVID-19. Pembelajaran yang kita dapat selama masa COVID-19 hendaknya menuntun kita untuk hidup dalam kesadaran penuh bahwa virus tak akan pernah berhenti mengancam kita. Oleh karenanya hidup sehat merupakan kunci meneguhkan ketangguhan komunitas dalam menghadapi bencana apa pun di mana yang akan datang.

Semoga Tuhan Yang Maha Mulia, senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahNya serta memberikan kekuatan lahir batin bagi kita semua untuk mengakhiri pandemi COVID-19 beserta semua dampaknya.



Menteri Dalam Negeri

Prof. H. Muhammad Tito Karnavian, Ph.D

KATA SAMBUTAN

REKTOR UNIVERSITAS INDONESIA

Sudah selayaknya kita menghaturkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala karunia dan lindunganNya, bangsa kita telah berhasil melalui semua gejolak selama Pandemi COVID-19 dalam tiga tahun terakhir ini. Semua kesulitan telah berhasil kita lalui berkat gotong royong semua pihak, mulai dari pemerintah, masyarakat, hingga insan cendikia. Sebagai institusi pendidikan yang berprinsip pada Tri Dharma Perguruan Tinggi, Universitas Indonesia berupaya terus proaktif untuk berkontribusi dalam melakukan kajian dan praktik penanganan COVID-19 pada berbagai lini kehidupan dengan beragam bidang keilmuan.

Selama tiga tahun pandemi COVID-19, pemerintah telah menerapkan serangkaian kebijakan –mulai dari PSBB hingga PPKM– untuk menekan laju peningkatan kasus. Di sisi lain, pemerintah juga perlu memastikan bahwa sendi-sendi kehidupan sosial dan ekonomi masyarakat tetap berlangsung dengan aman di tengah segala keterbatasan. Dalam proses tersebut kita banyak mendapatkan pelajaran bernilai, baik dari kesuksesan-kesuksesan maupun dari berbagai hambatan dan tantangan selama kebijakan diterapkan.

Dalam rangka belajar dari pengalaman bagaimana kebijakan selama pandemi di Indonesia dilaksanakan dan terus dikembangkan, sejumlah sivitas akademika Universitas Indonesia bersama Kementerian Dalam Negeri RI yang didukung oleh SIAP SIAGA, berupaya melakukan kilas balik serta kajian evaluatif dan reflektif terhadap kebijakan pembatasan selama pandemi. Kajian tersebut dilaksanakan secara multidisiplin oleh para pakar di bidangnya yang saling terbuka sehingga menghasilkan buah pikiran yang utuh dan koheren. Pada akhirnya, kajian tersebut membuahkan buku bernas berjudul Belajar dari Pandemi: Evaluasi Kebijakan PPKM pada Masa Penangan Pandemi COVID-19 yang Anda pegang saat ini.

Buku ini saya harapkan dapat berkontribusi untuk memberikan gambaran pengalaman dan pembelajaran dari penerapan kebijakan pembatasan selama pandemi COVID-19. Pembelajaran dari

pengalaman tersebut hendaknya menjadi memori dan modal bagi bangsa kita untuk menghadapi segala kemungkinan yang terjadi di masa mendatang. Saya menyampaikan rasa bangga atas kolaborasi yang istimewa ini dan terima kasih kepada para sivitas akademika Universitas Indonesia yang terlibat atas sumbangsih pemikiran dan tenaganya dalam penulisan buku ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melindungi bangsa kita dan semua umat manusia di dunia ini serta memberikan kekuatan untuk melewati segala tantangan di masa-masa mendatang.



Rektor Universitas Indonesia
Prof. Ari Kuncoro, Ph.D

GLOSSARIUM

Daftar Singkatan dan Istilah

Daftar Singkatan:

APD	<i>Alat Pelindung Diri</i>
ARDS	<i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i>
BNPB	<i>Badan Nasional Penanggulangan Bencana</i>
BOR	<i>Bed Occupation Rate</i>
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
GHSA	<i>Global Health Security Agenda</i>
Health-EDRM	<i>Emergency & Disaster Medicine, Health Systems & resilience, disaster risk reduction, humanitarian response & community resilience</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	<i>Intensive Cardiology Care Unit</i>
IHR	<i>International Health Regulation</i>
INDOHUN	<i>Indonesia One Health University Network</i>
ISPA	<i>Infeksi Saluran Pernapasan Akut</i>
Kemendagri	<i>Kementerian Dalam Negeri</i>
Kemendes	<i>Kementerian Kesehatan</i>
KIE	<i>Konfirmasi Informasi Edukasi</i>
KKMMD	<i>Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia</i>
KLB	<i>Kejadian Luar Biasa</i>
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
NAPHS	<i>National Action Plan for Health Security</i>
NATECH	<i>Natural hazard triggering Technological disaster</i>
P2P	<i>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</i>
PBB	<i>Perserikatan Bangsa-Bangsa</i>
Perpres	<i>Peraturan Presiden</i>
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i>
PHBS	<i>Perilaku Hidup Bersih dan Sehat</i>
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i>
PPKM	<i>Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat</i>
PSBB	<i>Pembatasan Sosial Berskala Besar</i>
RT-PCR	<i>Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
UNDRR	<i>United Nations Office for Disaster Risk Reduction</i>

WFO	<i>Work From Office</i>
WFH	<i>Work From Home</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WTO	<i>World Trade Organization</i>
ZDAP	<i>Zoonotic Diseases Action Package</i>

Daftar Istilah:

Kasus Konfirmasi adalah seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID-19 yang dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR. Kasus konfirmasi dibagi menjadi dua, yaitu: 1) Kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) 2) Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik).

Kasus Probable adalah kasus suspek dengan ISPA Berat/ARDS/ meninggal dengan gambaran klinis yang meyakinkan COVID-19 DAN belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR.

Kasus Suspek adalah seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut: 1) Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal; 2) Orang dengan salah satu gejala/tanda ISPA DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus probable COVID-19; 3) Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit DAN tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.

Kontak Erat adalah orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus probable atau yang dimaksud, antara lain: 1) Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus probable 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih; 2) Sentuhan fisik langsung dengan kasus probable atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain); 3) Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus probable atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar; 4) Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat.

Pelaku Perjalanan adalah seseorang yang melakukan perjalanan dari dalam negeri (domestik) ataupun luar negeri pada 14 hari terakhir.

Global Health Law merupakan pendekatan baru terhadap hukum kesehatan internasional yang tidak hanya menekankan pada negara sebagai aktor utama namun juga organisasi non pemerintahan, hingga individu.

One Health adalah pendekatan kolaboratif, multisektoral, dan transdisiplin di tingkat lokal, regional, nasional, dan global yang bertujuan mencapai hasil kesehatan yang optimal mengakui interkoneksi antara manusia, hewan, tanaman, dan lingkungan

Prinsip Siracusa yang memiliki fungsi sebagai prinsip serta standar umum mengenai pembatasan dan atau pengecualian hak oleh negara, khususnya dalam keadaan darurat yang mengancam nyawa serta keselamatan bangsa.

Zoonosis adalah penyakit dan infeksi yang ditularkan secara alami di antara hewan vertebrata dan manusia

RINGKASAN EKSEKUTIF

Pandemi COVID-19 yang melanda secara global, termasuk Indonesia memberikan banyak pelajaran bagi semua pihak. Pelbagai tantangan telah berhasil di lalui berkat gotong royong semua pihak: pemerintah, dunia usaha, media, masyarakat, hingga insan cendikia. Pemerintah telah menerapkan serangkaian kebijakan –mulai dari PSBB hingga PPKM– untuk menekan laju peningkatan kasus. Di sisi lain, pemerintah juga perlu memastikan bahwa sendi-sendi kehidupan sosial dan ekonomi masyarakat tetap berlangsung melalui pelbagai kebijakan yang mendukung aspek kesehatan, sosial dan ekonomi. Buku ini menuangkan pelbagai pengalaman khususnya kebijakan PSBB dan PPKM sebagai pelajaran bagaimana kebijakan selama pandemi di Indonesia dilaksanakan dan terus dikembangkan, buku ini menjabarkan kajian evaluatif dan reflektif terhadap kebijakan pembatasan selama pandemi. Kajian tersebut dilaksanakan secara multidisiplin oleh para pakar di bidangnya yang saling terbuka sehingga menghasilkan buah pikiran yang utuh dan koheren yang berjudul Belajar dari Pandemi: Evaluasi Kebijakan PPKM pada Masa Penangan Pandemi COVID-19.

Bab 1 menjelaskan pelbagai latar belakang sejarah pandemi dalam perspektif sejarah pandemi dan kearifan lokal di Indonesia, serta perjalanan dari mulai merebaknya pandemi hingga sampai di Indonesia. Pada bab ini dibahas juga mengenai pelbagai upaya pemerintah untuk mengontrol laju perkembangan pandemi dan efek yang ditimbulkannya. Pada awal periode penanganan Pandemi COVID-19, pemerintah memberlakukan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) yang bertujuan untuk mengendalikan transmisi virus COVID-19 agar tidak terjadi peningkatan kasus yang berlebihan. Pada bab ini dituangkan tujuan dari penulisan buku ini yaitu untuk memahami faktor-faktor penyebab terjadinya kenaikan kasus COVID-19 dari aspek kesehatan serta aspek sosial dan budaya; mengevaluasi efektivitas kebijakan mitigasi pandemi COVID-19 dan implementasi berbagai kebijakan penanggulangan pandemi COVID-19 di Indonesia; memperoleh pelajaran terpetik (*lessons learned*) dari penanggulangan COVID-19 di Indonesia; dan merekomendasikan langkah-langkah kesiapsiagaan darurat kesehatan untuk strategiantisipasi potensi pandemi dimasa depan. Kerangka kerja penulisan

buku ini dijabarkan melalui skema pengumpulan data sekunder, data primer yang selanjutnya dianalisis dan dievaluasi secara kuantitatif maupun kualitatif.

Pada Bab 2 dituangkan pelbagai kebijakan kesehatan dan pengendalian wabah ditingkat global dan nasional antara lain international health regulation. Selain itu, melalui perspektif kebencanaan, dibahas pula pelbagai kerangka pengurangan risiko bencana seperti Sendai Framework, yang dikombinasi dengan manajemen risiko kedaruratan dan mitigasi bencana kesehatan seperti Health EDRM (Health Emergency & Disaster Risk Management), pendekatan pengurangan risiko bencana non-alam Natech (Natural triggered technological disaster), modifikasi siklus manajemen bencana yang menunjukkan adanya dinamika dan respons yang adaptif dalam penanganan pandemi, dan pendekatan One Health. Pelbagai pendekatan ini dituangkan dalam Bab 2 guna memperoleh pemelajaran terpetik dari pelbagai perspektif sebagai bekal dalam menghadapi pandemi di masa depan.

Pada bab 3 dibahas mengenai 3 (tiga) jenis kebijakan PSBB di tingkat nasional--yaitu PSBB, PSBB Transisi, dan PSBB Ketat--hanya kebijakan PSBB Ketat pada periode 11--25 Januari 2021 yang tampak efektif menekan pertumbuhan angka kasus konfirmatif harian COVID-19 di Indonesia yaitu sampai 40 hari pasca berlakunya PSBB Ketat. Pada bab 4, hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari keempat jenis kebijakan PPKM di tingkat nasional--yaitu PPKM, PPKM Mikro, PPKM Darurat, dan PPKM Leveling—ternyata kebijakan PPKM pada periode 6 Januari--8 Februari 2021 dan PPKM Darurat pada periode 3--20 Juli 2021, masih tampak cukup efektif menekan pertumbuhan angka kasus konfirmatif harian COVID-19 di Indonesia sampai 40 hari pasca berlakunya masing-masing PPKM tersebut

Pada bab 5 dan 6 membahas serangkaian kebijakan pembatasan sosial selama masa pandemi COVID-19 diterapkan dengan memperhatikan dinamika naik dan turun angka kasus yang ada di masyarakat. Kebijakan-kebijakan tersebut harus berjalan di satu sisi untuk menurunkan laju peningkatan penyebaran kasus COVID-19, dan di sisi lain memastikan bahwa roda perekonomian juga berjalan. Selama penerapan kebijakan-kebijakan pembatasan tersebut berhadapan dengan aspek sosial budaya yang spesifik pada masing-masing komunitas. Pelbagai tantangan terkait aspek sosial budaya dituangkan dalam bab 5 dan 6 yang dapat dijadikan pemelajaran kedepan guna memasukkan nilai sosial dan budaya sebagai bagian

dari strategi penerapan kebijakan. Penyelarasan antara kebijakan dan strategi yang tepat harus dilakukan untuk mencapai tujuan bersama penanganan pandemi. Serangkaian kebijakan yang ditetapkan, pada level individu dan kolektif mendorong terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Perubahan perilaku tersebut dimulai dengan 3M, yaitu memakai masker, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, dan menjaga jarak. Perubahan perilaku pada beberapa kelompok masyarakat tidak hanya terjadi karena kesadaran, melainkan karena kondisi-kondisi tertentu dibuat untuk mendorong perubahan perilaku, seperti aturan-aturan ketat tidak dapat memasuki fasilitas publik jika tidak mengenakan masker. Proses mengubah perilaku juga harus mempertimbangkan aspek sosial budaya, seperti bahasa lokal, sebagai modal dan strategi dalam rangka mencegah penyebaran virus COVID-19. Aspek bahasa lokal sebagai bahasa ibu menjadi modal penting dalam strategi komunikasi publik untuk menyampaikan protokol kesehatan mengenai perubahan perilaku. Pada bab ini juga dibahas mengenai mengenai kepatuhan publik terhadap memakai masker, menggunakan hand sanitizer/disinfektan atau mencuci tangan dengan sabun, menghindari kerumunan, menjaga jarak minimal 2 meter, dan mengurangi mobilitas. Secara umum, motivasi utama dalam melaksanakan protokol kesehatan berbeda antara tahun 2020 dan tahun 2022. Pada tahun 2020, motivasi kepatuhan melaksanakan protokol kesehatan cenderung karena taat pada aturan. Sedangkan pada tahun 2022, motivasi kepatuhan melaksanakan protokol kesehatan cenderung karena kesadaran pribadi. Khusus mengenai hasil survei BPS di tahun 2022, secara nasional terlihat adanya peningkatan yang signifikan terhadap kesadaran dan kepatuhan masyarakat dalam menerapkan protokol kesehatan. Pencabutan aturan PPKM Level dianggap sudah tepat karena masyarakat sudah adaptif dalam arti bahwa mereka sudah memiliki kesadaran untuk berjaga-jaga menurut penilaian sendiri. Tahun 2023 diharapkan kondisi COVID-19 dengan berbagai varian baru dapat terkendali. Tercatat di tanggal 15 Desember 2022 kasus penularan baru sudah di bawah 2000 orang dan di tanggal 23 Desember 2022 kasus penularan sudah berkurang lagi hingga di bawah 1000 orang. Termasuk korban yang meninggal karena COVID-19 per tanggal 2 Desember 2022 pun sudah menurun di bawah 20 orang.

Indonesia menerapkan aturan PSBB dan PPKM yang beragam yang disesuaikan dengan situasi kondisi setempat. Hal inilah yang justru membuat Indonesia diacungi jempol karena dianggap responsif

mengatur kendali “tarik-ulur” dengan baik sesuai situasi perkembangan di lapangan. Padahal, sesungguhnya Indonesia tergolong sebagai sebuah negara berkembang dan juga negara kepulauan yang memiliki kesulitan transportasi untuk mengirim vaksin secara cepat ke berbagai pulau. Namun Indonesia justru mampu menangani COVID-19 jauh lebih baik dari Amerika sebagai sebuah negara kontinental yang tergolong sebagai negara maju. Jika dievaluasi dari jumlah korban yang meninggal dunia karena COVID-19, di Amerika mencapai di atas 1 juta orang, sedangkan di Indonesia mencapai sekitar 100 ribu orang. Maka penanganan COVID-19 di Indonesia termasuk sebuah prestasi yang dapat dibanggakan.

Pemenangan terhadap pandemi ini, perlu dicatat secara cermat agar apabila kelak Indonesia mengalami pandemi berikut, banyak pelajaran yang dapat dipetik dari penanganan COVID-19 ini. Kita saat ini harus menyiapkan diri melangkah maju dengan perilaku yang adaptif dalam menghadapi bencana apa pun. Di masa mendatang, kebijakan untuk menghadapi bencana memerlukan pertimbangan dari berbagai sudut pandang karena situasi dan kondisi masyarakat Indonesia yang sangat majemuk. Pertimbangannya mencakup bidang hukum, kesehatan, ekonomi, sosial budaya, dan juga politik. Selain itu, pelbagai kearifan lokal yang tersimpan dalam warisan budaya dan bahasa daerah harus dimasukkan dalam strategi penanganan bencana alam dan non-alam di masa mendatang yang berfungsi menjembatani dan mendorong kelancaran komunikasi risiko dan mitigasi bencana.



BAB 1: PENDAHULUAN

Prof. dra. Fatma Lestari, M.Si., Ph.D.

MASK TEHRAN
2000
EN149:2001+A1:2014
MIT2000 - FFP2

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pandemi COVID-19 merupakan pandemi global yang dihadapi oleh berbagai negara di dunia. Hampir seluruh dunia terkena dampak dari pandemi COVID-19, tak terkecuali Indonesia. Di awal bencana, Indonesia sangat tertatih-tatih untuk menangani COVID-19. Segenap sendi kehidupan di Indonesia terdampak oleh pandemi COVID-19 baik dari aspek keselamatan, kesehatan, ekonomi, sosial budaya, bahkan politik. Jika kita mau bercermin pada kearifan lokal, pandemi bukanlah sesuatu yang baru. Dalam bahasa Jawa, pandemi dikenal sebagai *pagebluk* yang artinya ‘wabah’. Kondisi ini, misalnya untuk wilayah Nusantara dapat dilacak ke *Naskah Calonarang*, baik yang berbahasa Jawa maupun yang berbahasa Bali. Naskah tersebut mendeskripsikan terjadinya *pagebluk* pada abad ke-11 di Kerajaan Kahuripan. Pada naskah tersebut tertera tahun 1540 Masehi (Saka 1462), artinya naskah tersebut ditulis pada masa kepemimpinan Raja Erlangga yang lengkapnya dikenal sebagai raja bergelar *Çri Mahārāja Rakai Halu Çri Lokeçwara Dharmmawañça Airlaṅga Anāntawikramottuṅgadewa*. Itu adalah salah satu contoh dokumentasi kondisi bencana di masa silam, sedangkan dokumentasi kondisi yang lebih baru yaitu sekitar seratus tahun yang lalu adalah pandemi Flu Spanyol di masa kolonial. Sesungguhnya, berdasarkan pengalaman masa lalu yang tersimpan dalam memori kolektif masyarakat, Indonesia seharusnya sudah lebih siap menghadapi wabah penyakit menular, namun ternyata tidak demikian. Tampaknya, kita harus belajar lagi agar senantiasa siap menghadapi bencana.

Pada awal saat Pandemi COVID-19 merebak, hal ini merupakan tantangan baru bagi dunia. Pemahaman masyarakat dunia dan global terhadap COVID-19 masih sangat terbatas, baik dari sisi karakteristik virus, pola penularan, mode transmisi,

serta strategi penanganannya sangat terbatas. Virus penyebab dari pandemic COVID-19 ini adalah '*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*' (SARS-COV-2) yang sangat menular melalui kontak-dekat (Rothan and Byraredy, 2020; WHO, 2020). COVID-19 pertama kali muncul di Cina yaitu di Kota Wuhan. Pada akhir Desember 2019 virus tersebut dalam hitungan minggu melalui mobilitas penduduk menyebar dengan cepat ke banyak negara lain, termasuk Indonesia. Upaya menangkai penyebaran virus dilakukan antara lain melalui skrining suhu dan/atau testing penyakit di pintu keluar-masuk jalur transportasi internasional, namun masih banyak kasus yang lolos tidak terdeteksi (Nishiura et al., 2020). SAR-COV-2 dinamai sebagai '*Novel Coronavirus*' karena memiliki sifat baru yang berbeda dengan Coronavirus sebelumnya yaitu MERS-COV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) dan H1N1 Influenza (WHO, 2020). Sehubungan dengan hal itu, WHO menetapkan pertama kalinya pada tanggal 30 Januari 2020 bahwa COVID-19 adalah '*Novel Coronavirus*' merupakan '*Kegawatdaruratan Kesehatan Masyarakat Internasional*' (*Public Health Emergency of International Concern*). Kemudian pada tanggal 11 Maret 2020 COVID-19 dinyatakan sebagai pandemi ketika virus itu telah menyebar di seantero dunia. WHO selanjutnya menetapkan sebuah kebijakan global bahwa COVID-19 telah menjadi pandemi dunia (*global pandemic*).

Pemerintah telah berupaya secara maksimal untuk mengontrol laju perkembangan pandemi dan efek yang ditimbulkannya. Antara lain, pada awal periode penanganan Pandemi COVID-19, pemerintah memberlakukan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) yang bertujuan untuk mengendalikan transmisi virus COVID-19 agar tidak terjadi peningkatan kasus yang berlebihan. Selain itu, pemberlakuan pembatasan tersebut juga untuk menurunkan angka kematian dan menghindari terjadinya overload di fasilitas layanan kesehatan serta mendorong keberlangsungan usaha atau penanganan ekonomi nasional. Berbagai pertimbangan serta asupan dari berbagai indikator kesehatan seperti data transmisi virus, *infection rate*, angka kasus terkonfirmasi, *probable*

case, angka kematian, kapasitas rumah sakit khususnya *Bed Occupancy Rate* (BOR) kesemuanya itu dianalisis dan diolah menjadi sebuah kebijakan untuk menanggulangi COVID-19. Buku ini menyajikan bagaimana proses analisis data-data indikator kesehatan dituangkan dalam sebuah kebijakan yang bersifat dinamis berbasis risiko yang disesuaikan dengan perkembangan situasi dan dikemas menjadi sebuah kebijakan untuk publik.

Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) yang tergabung dalam Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 ditunjuk langsung oleh Presiden RI sebagai salah satu ujung tombak penyusun kebijakan atau regulator penanganan pandemi COVID-19 bagi pemerintah daerah. Kemendagri bersama seluruh elemen pemerintah pusat dan pemerintah daerah berupaya sekuat tenaga memberdayakan kemampuan semua komponen anak bangsa agar bersinergi menangani dampak dari COVID-19. Sejak awal merebaknya pandemi COVID-19, Kemendagri telah mengeluarkan pelbagai kebijakan dan regulasi. Proses penyusunan kebijakan dan regulasi ini mencatat pelbagai pengalaman, tantangan, upaya kolektif, koordinasi, komunikasi, dan sinergi. Proses perjuangan dalam penyusunan kebijakan ini beberapa di antaranya sangat unik dan menarik yang dapat menjadi guru terbaik bagi pembelajaran penanggulangan pandemi di masa depan. Keragaman bangsa Indonesia dengan berbagai situasi dan kondisi, beragam upaya, dan beragam kearifan lokal di masing-masing daerah memunculkan berbagai keunikan, inovasi, dan kreativitas selama penanganan pandemi ini. Faktor-faktor itulah yang berusaha digali, dikaji, dan kemudian dipaparkan dalam sebuah buku berjudul “Belajar dari Pandemi: Evaluasi Kebijakan PPKM pada Masa Penanganan Pandemi COVID-19”. Buku ini merupakan hasil kerja sama antara Kemendagri dan Universitas Indonesia. Dalam buku ini, dijabarkan pelbagai kebijakan yang dikeluarkan oleh Kemendagri lalu dibahas dari berbagai kacamata antara lain aspek kesehatan dan sosial budaya yang diterapkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pengumpulan data dan informasi penulisan buku ini diperoleh selama penugasan Kemendagri dalam Gugus Tugas

Percepatan Penanganan COVID-19 yang dimulai pada bulan Maret 2020 hingga berakhirnya masa PPKM di bulan Desember 2022. Buku ini disusun melalui penelusuran dan analisis data-data sekunder, analisis media sosial, penelusuran daring, wawancara, Diskusi Kelompok Terfokus baik kepada Pimpinan Kemendagri, para tokoh dibalik penyusunan InMendagri, serta narasumber-narasumber kunci lainnya dalam penanganan COVID-19. Buku ini diharapkan dapat menjadi sumber rujukan serta inspirasi bagi berbagai pemangku kepentingan di Indonesia dalam menangani dampak yang ditimbulkan oleh pandemi COVID-19 serta untuk pembelajaran bagi Indonesia dalam menghadapi pandemi di masa depan.

Buku ini berupaya menelisik kilas balik rekam jejak implementasi kebijakan PPSB dan PPKM untuk menangani pandemi COVID-19. Kilas balik ini juga meninjau dari sudut sosial budaya secara kualitatif maupun kuantitatif. Hal ini tidak mudah dilakukan mengingat luasnya wilayah NKRI dan keanekaragaman latar belakang budaya masyarakatnya. Secara statistik memang dapat memperlihatkan tren kecenderungan yang terjadi di masyarakat namun masih perlu melihat secara lebih mendalam dari sudut kesehatan ditambah dari sudut pandang sosial budaya agar mendapatkan gambaran yang komprehensif.

Semoga buku ini memberikan gambaran yang komprehensif mengenai arah kebijakan yang selama ini diluncurkan, yaitu memaparkan pertimbangan serta faktor-faktor yang menentukan aneka nuansa dan variasi kebijakan. Bahkan juga menyampaikan kendala dan keberhasilan yang dicapai dari setiap tren kebijakan dalam menangani pandemi COVID-19. Termasuk melihat sejauh mana penanganan COVID-19 berdasarkan *facility base* dan *community base*. Juga melihat sejauh mana implementasi kebijakan itu dilaksanakan dan dipatuhi oleh masyarakat. Mengingat Indonesia masih perlu mempertimbangan langkah-langkah apa yang harus dipersiapkan untuk menyelaraskan tiga skenario jejak perjalanan akhir COVID-19 dari WHO.

Secara sosial budaya tak mengherankan apabila pandemi ini memunculkan berbagai macam sikap di masyarakat. Hadir masalah

pro dan kontra dan bahkan berujung pada denialisme yaitu sikap tidak percaya bahwa pandemi itu eksis secara nyata. Fenomena denialisme ini tidak spesifik terjadi di Indonesia saja. Berbagai negara di dunia juga menghadapi masalah penyangkalan ini dengan derajat yang berbeda-beda. Dengan demikian, kelompok masyarakat penyangkal ini menganggap bahwa masalah utamanya bukanlah terletak pada masalah strategi komunikasi untuk memahami pandemi atau upaya melakukan perubahan perilaku untuk menangani COVID-19, namun lebih ke masalah ekonomi dan politik. Selain itu, dalam keseharian, masalah pro dan kontra memang sulit dihindari karena banyaknya berita simpang-siur yang bertebaran di berbagai media sosial.

Berdasarkan hasil dan model kajian World Economic Forum (WEF) di tahun 2006 diprediksi bahwa pandemi global virus influenza merupakan ancaman terbesar umat manusia pada tahun-tahun mendatang. Berkaca dari pengalaman dunia menghadapi wabah Flu Spanyol di tahun 1918, WEF yakin bahwa kejadian wabah penyakit menular sejenis influenza di masa mendatang akan memberikan ancaman paling serius bagi keberlanjutan kehidupan umat manusia termasuk di dalamnya unsur sosial dan ekonomi . Perkembangan teknologi transportasi dan era globalisasi di abad ke-21 mempermudah perpindahan barang dan manusia di antara negara maupun benua. Hal tersebut kemudian menjadi faktor utama yang mengamplifikasi penyebaran penyakit menular, baik penyakit menular yang ditularkan dari hewan ke manusia, maupun dari manusia ke manusia. Pandemi bakteri *Yersinia Pestis* yang ditularkan oleh hewan ke manusia di abad ke-14 yang dikenal sebagai *Bubonic Plague* atau *Black Death* membutuhkan waktu satu tahun lebih untuk menyebar dari benua Asia menuju Eropa. Bakteri *Yersinia Pestis* disebarkan oleh kutu tikus *Xenopsylla* sebagai vektor yang hinggap di tikus dan manusia. *Xenopsylla* dibawa oleh tikus yang hidup sebagai hama produk biji-bijian seperti gandum dan beras. Tikus tersebut kemudian terbawa oleh kapal pedagang dari Asia menuju ke Asia Tengah, Afrika, dan Eropa.

Ditemukannya jalur laut antara Asia dan Eropa di abad ke-14 tidak hanya meningkatkan akses perdagangan dan interkoneksi antara negara-negara Eropa dan Timur Jauh, namun juga membuka peluang berjangkitnya penyakit menular dari Timur Jauh ke Eropa. Jika kita bandingkan dengan kondisi di abad ke-21 ini, interkoneksi atau keterhubungan antara wilayah negara, pulau, hingga benua semakin erat. Dengan teknologi pesawat udara perjalanan dari benua Asia ke Eropa hanya membutuhkan waktu 7--9 jam saja. Globalisasi di bidang sosial dan ekonomi pun turut menyumbangkan peningkatan arus perpindahan barang dan orang ke berbagai negara dan benua. Virus Covid-19 menyebar dari Wuhan China ke Thailand dalam waktu kurang lebih setengah bulan dan dalam kurun waktu dua bulan kemudian sudah menyebar hampir ke semua benua di dunia. Tingkat penyebaran yang sangat cepat ini tidak terlepas dari faktor keterhubungan global. Guna mencegah wabah pandemi global di masa yang akan datang, diperlukan suatu upaya kerjasama internasional dalam rangka menghambat laju penularan wabah melalui kebijakan pengawasan serta pembatasan. Baik pembatasan perpindahan barang maupun manusia, kontrol terhadap vektor hewan, atau tumbuhan antarnegara. Tentu kebijakan pencegahan melalui pembatasan tersebut harus dilaksanakan dengan memperhatikan norma hukum yang ada khususnya terkait hak asasi manusia. Penerapan kebijakan yang membatasi hak asasi manusia harus diiringi dengan penerapan prinsip *Siracusa*. Prinsip tersebut mengatur standar kebijakan yang membatasi hak asasi manusia, antara lain seperti harus dilaksanakan dengan berdasar pada bukti konkrit yang dapat dipertanggungjawabkan, dilaksanakan dalam keadaan mendesak, atau darurat serta dilaksanakan secara demokratis.

Penerapan kebijakan pencegahan menjadi kunci utama dalam upaya pencegahan pandemi global. Pandemi COVID-19 membawa perspektif baru bagi dunia terhadap dampak destruktif dan merugikan akibat penularan wabah penyakit menular jika tidak berhasil dicegah. Berdasarkan www.worldometers.info pandemi COVID-19 selama hampir 3 tahun ini menelan banyak

korban. Di seluruh dunia tercatat 6.840.000 orang yang meninggal karena COVID-19. Mari kita bandingkan kondisi di Amerika dan Indonesia yang jumlah penduduknya tidak terlalu jauh bedanya. Di Amerika tercatat 1.120.000 orang yang meninggal sedangkan di Indonesia tercatat 161.000 orang yang meninggal karena COVID-19. Hal inilah yang membuat WHO melirik ke Indonesia, bagaimana caranya Indonesia sebagai sebuah negara kepulauan yang dianggap sebagai negara berkembang mampu menangani COVID-19 jauh lebih baik dari Amerika sebagai sebuah negara kontinental yang tergolong sebagai negara maju. Buku ini akan memberi gambaran hal-hal yang dilakukan oleh Indonesia dalam rangka memerangi eksistensi COVID-19.

Akhir perjalanan dari pandemi COVID-19, diprediksi oleh WHO melalui tiga skenario yaitu (1) Virus COVID-19 akan tetap eksis dengan bermutasi dan berfluktuasi; (2) Munculnya varian virus Corona baru yang lebih ringan dan terkendali; atau (3) Virus COVID-19 akan lenyap dan tidak akan eksis lagi. Walau sudah ada prediksi mengenai eksistensi COVID-19 dari WHO, BNPB melalui Satuan Tugas Penanggulangan COVID-19 terus-menerus menggaungkan ke masyarakat agar bersegera melakukan vaksin *booster* kedua serta tetap melakukan Protokol Kesehatan secara ketat di ruang tertutup dan di kerumunan untuk mengantisipasi skenario pertama. Bersamaan dengan hal itu, juga mempersiapkan dan mengantisipasi skenario kedua dengan menyusun Buku “*Panduan Transisi dari Pandemi menuju ke Endemi*” di akhir 2022 yaitu menjabarkan langkah-langkah pemberdayaan ketangguhan komunitas guna merespon dampak sosial budaya COVID-19 menuju Adaptasi Kehidupan Baru yang bersifat responsif. Masyarakat perlu pula dipersiapkan untuk bersikap dan berperilaku yang tepat dalam menghadapi pandemi menuju endemi. Sehubungan dengan hal itu, diperlukan perubahan perilaku yaitu membangun norma sosial perilaku adaptif untuk meningkatkan ketahanan kesehatan masyarakat melalui penerapan protokol kesehatan, mendukung deteksi pencegahan penularan, mendukung vaksinasi, serta mendorong Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO melalui Komite Darurat Organisasi Kesehatan Dunia secara resmi mengumumkan keadaan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD) yang biasa dikenal secara internasional sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) tentang kejadian luar biasa yang berisiko mengancam kesehatan masyarakat negara lain melalui penularan penyakit. Di wilayah Indonesia belum terdapat dan/atau terdeteksi kasus keterjangkitan COVID-19. Kasus pasien pertama yang teridentifikasi COVID-19, terdeteksi dan terkonfirmasi pada tanggal 2 Maret 2020 di Kota Depok, Jawa Barat. Padahal, kasus COVID-19 pertama kali dideteksi dan dilaporkan pada Desember 2019 di Kota Wuhan, Cina. Kota tersebut sekaligus menjadi titik awal asal mulanya pandemi COVID-19

Dalam rangka melakukan aksi tanggap pencegahan dan penanggulangan masuknya wabah COVID-19 di Indonesia, Pemerintah Indonesia memberlakukan beberapa kebijakan dalam bentuk Peraturan Menteri, Peraturan Direktur Jenderal, dan Perintah Presiden. Upaya pertama pencegahan dan penanggulangan masuknya wabah COVID-19 ke wilayah Indonesia atau keterjangkitan terhadap Warga Negara Indonesia (WNI) di luar negeri, Presiden memerintahkan pelaksanaan Program Operasi Penjemputan WNI yang berada di Kota Wuhan yang pada saat itu sudah mencatat angka keterjangkitan COVID-19 lebih dari 1000 kasus serta memberlakukan *lockdown* atau kuncitara ‘kunci sementara’. Operasi penjemputan tersebut merupakan kebijakan pertama Pemerintah Indonesia berupa aksi tanggap pencegahan dan penanggulangan wabah COVID-19.

Setelah keberhasilan operasi penjemputan WNI dari Kota Wuhan menuju Pangkalan TNI Angkatan Udara Ranai di Natuna, selanjutnya mereka diperbolehkan kembali ke rumah masing-masing. Kemudian, Pemerintah Indonesia membuat kebijakan susulan dalam rangka pencegahan dan penanggulangan wabah COVID-19 lebih lanjut yaitu kebijakan penghentian dan pelarangan sementara penerbangan ke dan dari wilayah Cina menuju wilayah Indonesia. Larangan penerbangan tersebut efektif sejak hari Rabu

tanggal 5 Februari 2020 pukul 00.00 WIB, sampai waktu yang tidak ditentukan.

Larangan penerbangan tersebut dicantumkan dalam Surat Direktur Jenderal Perhubungan Udara Nomor AU.008/1/16/DJPU. DAU-2020 tertanggal 2 Februari 2020 Tentang Perihal Penghentian Sementara Operasi Penerbangan ke dan dari Republik Rakyat Tiongkok. Peraturan tersebut berlaku bagi semua maskapai penerbangan berjadwal maupun tidak berjadwal nasional dan internasional yang memiliki izin operasional atau izin untuk menerbangi rute antara Indonesia dan Tiongkok. Lebih lanjut Menteri Luar Negeri Ibu Retno Marsudi bersama Menteri Hukum dan Hak Asasai Manusia Republik Indonesia, Bapak Yasonna Laoly juga memberikan keterangan lebih lanjut untuk memberhentikan sementara kebijakan pemberian *visa on arrival* dan visa kunjungan bagi semua warga negara asing yang hendak memasuki wilayah Indonesia, terutama bagi warga negara asing yang pernah tinggal dan/atau mengunjungi wilayah Tiongkok dalam waktu 14 hari sebelumnya. Kebijakan pemberhentian pemberian *visa on arrival* dan visa kunjungan tersebut diatur di dalam Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Penghentian Sementara Bebas Visa Kunjungan.

Selain penghentian sementara penerbangan serta lalu lintas keluar masuk orang yang berasal dari Tiongkok atau transit di Tiongkok menuju wilayah Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Perhubungan Udara juga mengeluarkan Surat Edaran bernomor SE 01 Tahun 2020, tertanggal 5 Februari 2020 yang berisi Penanganan Pesawat Udara Khusus Kargo dari Republik Rakyat Tiongkok. Dalam hal ini, Direktorat Jenderal Perhubungan Udara mengatur bahwa badan usaha angkutan udara dan perusahaan transportasi udara khusus kargo, tetap diizinkan untuk beroperasi melayani angkutan kargo ke dan dari wilayah Tiongkok, kecuali kargo berupa hewan hidup.

Bagi pesawat dan/atau maskapai khusus kargo yang membawa kargo dari wilayah Cina, wajib menaati dan menjalankan prosedur kesehatan. Pilot pesawat udara kargo yang hendak mendarat di wilayah Indonesia wajib melapor kepada kontroler lalu lintas

udara ATC untuk menginformasikan bahwa pesawat tersebut membawa barang dan/atau baru transit atau terbang dari wilayah Cina. Pesawat hanya diizinkan parkir pada area apron khusus di Bandara, Kru Pesawat tidak didizinkan untuk turun dari pesawat, serta kru yang menangani bongkar muat barang atau *ground handling* wajib menggunakan alat pelindung diri untuk mencegah penularan virus SARS-CoV2.

Terkait pelarangan impor binatang hidup. Pemerintah Indonesia melalui Menteri Perdagangan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Perdagangan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2020 Tentang Larangan Sementara Impor Binatang Hidup dari Republik Rakyat Tiongkok. Peraturan tertanggal 7 Februari 2020 tersebut dibuat yang merupakan tindak lanjut Perintah dan Hasil Rapat Terbatas antara Presiden dengan Menteri Luar Negeri, Menteri Perhubungan, Menteri Perdagangan, Menteri Hukum dan HAM serta Kepala BNPB mengenai kebijakan tanggap COVID-19, pada tanggal 2 Februari 2020.

Peraturan Menteri Perdagangan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2020 tersebut memuat ketentuan pelarangan kepada importir untuk impor hewan hidup yang berasal dari Republik Rakyat Tiongkok dan/atau yang transit di Republik Rakyat Tiongkok, baik melalui jalur laut dan udara²⁹⁸. Sesuai ketentuan pasal 2 Peraturan tersebut, hewan hidup yang telah masuk ke wilayah Indonesia dan/atau transit dari wilayah Republik Rakyat Tiongkok, hukumnya wajib diekspor kembali oleh importir atau dilakukan pemusnahan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hal tersebut dijabarkan di dalam ketentuan Pasal 3 Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 10 Tahun 2020 tersebut. Adapun yang dimaksud di dalam lampiran Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 10 Tahun 2020 tersebut adalah semua binatang baik yang digunakan untuk konsumsi atau bahan makanan, binatang peliharaan, binatang sirkus keliling dan *travelling menagerie*, atau binatang untuk pertunjukan.

Kebijakan pemulangan WNI dari Kota Wuhan, penghentian sementara lalu lintas penerbangan ke dan dari wilayah Tiongkok, penghentian sementara pemberian Visa atau izin masuk bagi warga

negara asing yang berasal dan transit di wilayah Tiongkok untuk memasuki wilayah Indonesia, serta pelarangan sementara impor barang berupa hewan hidup dari dan/atau yang transit di wilayah Tiongkok tersebut, merupakan rangkaian kebijakan yang diambil oleh Pemerintah Indonesia untuk melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan dini terhadap wabah virus COVID-19.

Dari segi Protokol Kesehatan Internasional yang tercantum di dalam *International Health Regulation* (IHR) 2005, Artikel 2 telah menegaskan bahwa tujuan dan ruang lingkup regulasi IHR 2005 adalah melakukan pencegahan, perlindungan, kontrol dan pelaksanaan kebijakan kesehatan sebagai aksi tanggap terhadap penyebaran wabah internasional. Regulasi itu dicantumkan dengan prinsip dilaksanakan sedapat mungkin untuk menghindari terjadinya gangguan terhadap lalu lintas perpindahan orang dan barang antarnegara.

Walaupun WHO tidak melarang secara penuh kebijakan negara dalam penanggulangan dan pencegahan wabah yang mungkin akan mengganggu lalu lintas dan perdagangan internasional. WHO memberi syarat bagi para anggotanya bahwa dalam menerapkan kebijakan atau bahkan upaya regulasi kesehatan tambahan, negara dapat melakukan kebijakan yang berpotensi memberikan dampak terhadap lalu lintas perdagangan dan perpindahan orang dengan tunduk pada ketentuan artikel 43 ayat 3. Negara wajib memberikan alasan ilmiah yang rasional dan relevan sebagai dasar kebijakan pencegahan dan penanggulangan wabah yang memberikan dampak terhadap lalu lintas perdagangan dan perpindahan manusia antarnegara. Hal ini sudah sesuai dengan prinsip yang dikandung dalam prinsip *Siracusa*.

Secara detail, Peraturan Menteri Perdagangan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2020 tentang Larangan Sementara Impor Binatang Hidup dari Republik Rakyat Tiongkok, memuat larangan terhadap importir Indonesia untuk mengimpor binatang hidup yang berasal dari Republik Rakyat Tiongkok dan/atau telah transit di wilayah Republik Rakyat Tiongkok. Ironisnya dalam bagian pertimbangan, Peraturan Menteri Perdagangan tersebut mendasarkan pertimbangannya pada *Public Health*

Emergency of International Concern (PHEIC) yang dikeluarkan oleh WHO. Padahal, di dalam rekomendasi teknis WHO yang dikeluarkan bersamaan dengan deklarasi PHEIC dinyatakan dengan jelas bahwa tidak ada rekomendasi restriksi perjalanan atau perdagangan. WHO menilai restriksi perdagangan tidak efektif dalam mencegah penyebaran COVID-19 dan justru akan mengalihkan fokus dan sumber daya upaya penanggulangan dan pencegahan COVID-19. Selain itu Pemerintah juga diperingatkan untuk tidak memberlakukan kebijakan berbasis pada stigma dan diskriminasi terhadap suatu negara maupun warga negaranya, dikarenakan hal tersebut akan melanggar prinsip yang tertera di dalam Pasal 3 IHR 2005.

Pemberlakuan larangan sementara penerbangan ke dan dari suatu wilayah negara, sesungguhnya berdasarkan Hukum Hak Asasi Manusia, melanggar prinsip hak kebebasan bepergian *freedom of movement*. Hak kebebasan melakukan perjalanan tersebut dijelaskan pada artikel 13 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia. Hak kebebasan melakukan perjalanan dapat dijelaskan sebagai hak manusia untuk bepergian dan tinggal di dalam wilayah suatu negara dan hak untuk meninggalkan atau memasuki suatu negara termasuk di dalam negaranya sendiri.

Pemberlakuan kebijakan pembatasan perdagangan yang dilakukan oleh Indonesia kepada Tiongkok, merupakan bentuk tanggapan kebijakan Kesehatan Nasional yang dianggap berlebihan, dikarenakan bersifat diskriminatif tanpa ada dasar alasan yang adekuat atau jelas. Walaupun pemberlakuan tindakan serta kebijakan restriksi tersebut merupakan hak negara sesuai prinsip kedaulatan hukum, namun tindakan tersebut tetap harus dilakukan selaras dengan prinsip dan hukum internasional yang berlaku. Dari segi hukum perdagangan internasional yang diatur di dalam Organisasi Perdagangan Dunia atau *World Trade Organization* (WTO).

Suatu negara diperbolehkan melakukan restriksi perdagangan atas alasan sanitasi dan/atau fitosanitasi yaitu mengharuskan pemindahan atau penghancuran karena terinfeksi atau terserang pathogen atau hama gunanya untuk kepentingan perlindungan

Kesehatan manusia, hewan, dan tumbuhan. Namun pemberlakuan restriksi tersebut harus didasarkan pada prinsip serta bukti ilmiah yang cukup. Selain itu pemberlakuan restriksi tidak boleh diberlakukan secara diskriminatif tanpa ada suatu dasar ilmiah yang jelas. Penerapan kebijakan kesehatan publik nasional sebagian tanggapan dari pandemi global atau public health measure, jika tidak dilandasi dengan bukti- bukti fakta ilmiah sebagai justifikasi, maka upaya penanggulangan dan pencegahan nasional itu dapat dianggap sebagai kedok negara untuk melakukan diskriminasi perdagangan atau alat untuk meluncurkan kebijakan politik luar negeri yang tidak adil serta tidak sesuai dengan prinsip-prinsip internasional. Termasuk melakukan embargo, boikot, serta penerapan tarif atau kuota ekspor-impor demi menguntungkan negara sendiri.

Penerapan kebijakan kesehatan tanpa adanya suatu landasan atau persyaratan dapat menimbulkan dampak negatif terhadap tingkat kepatuhan negara terhadap kewajiban IHR 2005. Sedangkan upaya pencegahan dan penanggulangan penyebaran keterjangkitan wabah penyakit menular yang dapat menimbulkan pandemi global. Kesemua ini bergantung sepenuhnya terhadap kepatuhan negara state compliance terhadap konvensi, traktat, regulasi atau instrumen hukum internasional yang memuat dan mengatur upaya pencegahan wabah penyakit menular. *International Health Regulation (IHR)* 2005 merupakan instrumen hukum internasional satu-satunya di dunia yang hingga saat ini berlaku dalam mengupayakan pencegahan, perlindungan terhadap dan pengendalian penyebaran wabah penyakit menular antarnegara, melalui mekanisme kerja sama internasional dalam bentuk kebijakan Kesehatan.

Kebijakan pengendalian COVID-19 di beberapa negara seperti di Inggris, Denmark, dan Singapura berbeda-beda namun cenderung menyatakan bahwa akhir perjalanan pandemi COVID-19 menuju endemi tidak hanya dipengaruhi oleh indikator kesehatan namun juga didorong oleh faktor politik dan sosial budaya. Terkait kepatuhan negara state compliance terhadap konvensi, traktat, regulasi atau instrumen hukum internasional yang memuat dan

mengatur upaya pencegahan wabah penyakit menular, Satuan Tugas Penanggulangan COVID-19 BNPB, berpendapat bahwa Indonesia dapat menyatakan diri sudah siap beralih dari Pandemi menuju ke Endemi apabila Kekebalan Masyarakat Tinggi yaitu kekebalan di masyarakat harus sudah memadai yaitu vaksinasi dosis 2 sudah mencapai >80% dan vaksinasi dosis 2 khusus bagi Lansia sudah mencapai >60%. Selain itu, Tingkat Kasus Rendah berbasis Indikator PPKM yang tercermin pada 3 faktor yaitu level transmisi komunitas; kapasitas respon sistem kesehatan; dan cakupan vaksinasi umum, *booster*, dan lansia. Termasuk memastikan sistem pelayanan Kesehatan terutama RS tidak lagi terbebani serta pelayanan kesehatan primer (puskesmas) harus diperkuat. Kegiatan surveilans aktif harus ditingkatkan yaitu meningkatkan *active case finding* maupun tes epidemiologi termasuk penguatan surveilans yaitu surveilans genomic karena endemi tidak berarti berhentinya mutasi virus. Kesemua faktor itu harus terjadi secara merata dan stabil di seluruh Indonesia. Endemi bukan berarti tidak berbahaya, karena status endemi tidak menyatakan bahwa COVID-19 sudah berakhir dan lenyap secara alami. Melainkan kasus akan tetap ada, namun terkendali. Untuk mencapai endemi membutuhkan waktu dan proses penyesuaian secara bertahap. Proses ini juga membutuhkan kerja sama kolektif antara pemerintah dan individu masyarakat

Kembali ke kebijakan pencegahan wabah penyakit menular dalam bentuk pemberlakuan pembatasan atau restriksi dalam hal perpindahan orang dan barang seperti kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) dapat diterjemahkan sebagai salah satu bentuk pembatasan hak asasi manusia antara lain hak kebebasan bergerak termasuk memasuki atau meninggalkan negara, hak bekerja, maupun hak untuk berkumpul.

Masing-masing hak tersebut diakui baik secara nasional dalam Undang-Undang Dasar 1945 dan secara Internasional di dalam Deklarasi Umum Hak Asasi Manusia, Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik serta Kovenan Hak Ekonomi dan Sosial Budaya yang telah diakui oleh Indonesia. Oleh karena

itu penerapan kebijakan PPKM dan PSBB menarik untuk dikaji agar dapat dijadikan sebagai evaluasi, pembelajaran terpetik untuk masa yang akan datang (*lesson learned*), dan menyosialisasikan hasil penerapan kebijakan PPKM yang dapat menjadi contoh *best practices* bagi pemerintah, pemangku kebijakan hingga masyarakat umum.

1.2 Tujuan dan Sasaran

Tujuan dari penulisan buku ini antara lain adalah:

1. Memahami faktor-faktor penyebab terjadinya kenaikan kasus COVID-19 dari aspek kesehatan serta aspek sosial dan budaya
2. Mengevaluasi efektivitas kebijakan mitigasi pandemi COVID-19 dan implementasi berbagai kebijakan penanggulangan pandemi COVID-19 di Indonesia
3. Memeroleh pembelajaran terpetik (*lessons learned*) dari penanggulangan COVID-19 di Indonesia
4. Merekomendasikan langkah-langkah kesiapsiagaan darurat kesehatan untuk strategi antisipasi potensi pandemi dimasa depan

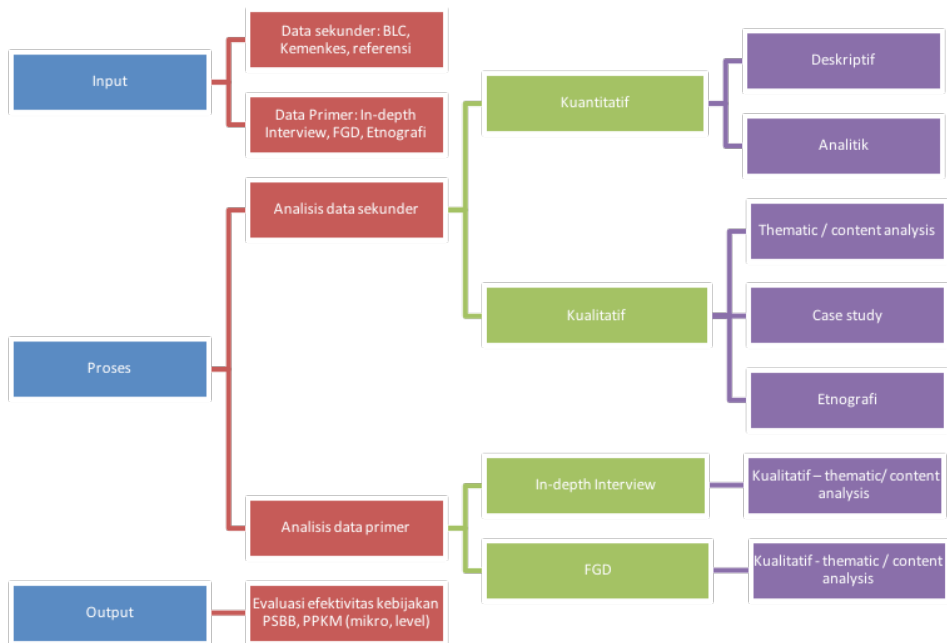
Sasaran dari buku ini dirancang untuk dapat dibaca oleh kalangan yang cukup luas dengan gaya komunikasi yang lebih populer.

Sasaran pembaca dari buku ini dapat mencakup berbagai kalangan sebagai berikut:

- Kementerian/lembaga, dan pemerintah daerah sebagai penanggung jawab penanggulangan COVID-19
- Praktisi dan pegiat LSM yang terlibat di berbagai lini dalam penanggulangan pandemi COVID-19 di Indonesia
- Akademisi (dosen dan peneliti) dan mahasiswa yang meminati kajian terkait perjalanan dan penanggulangan pandemi COVID-19 di Indonesia
- Komunitas dan masyarakat umum di seluruh Indonesia

1.3 Kerangka Kerja

Kerangka kerja penulisan buku ini meliputi pelbagai proses yang dimulai dari input, proses, dan output yang merupakan hasil evaluasi efektivitas kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah. Kerangka kerja dari buku ini disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1.1 Kerangka Kerja Penyusunan Buku Evaluasi Efektivitas Kebijakan Publik PSBB & PPKM

Pada akhirnya, buku ini diharapkan dapat dijadikan cermin terhadap keberhasilan dan kendala yang dihadapi oleh sebuah negara dalam menanggulangi bencana. Selanjutnya, buku ini memberikan gambaran yang komprehensif dari sudut ilmu kesehatan dan sosial budaya dan juga merupakan dokumentasi pembelajaran yang sangat berharga untuk masa mendatang.

DAFTAR PUSATAKA

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 2020 May;109:102433.
2. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. [cited 2023 Mar 16]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. BNPB, Universitas Indonesia. Pengalaman Indonesia Dalam Menangani Wabah COVID-19 – Periode Januari - Juli 2020. 2020.
4. Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, Suzuki A, Jung S mok, Hayashi K, et al. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). International Journal of Infectious Diseases. 2020 May;94:154–5.
5. Global Risk 2006. 2006.
6. Linimasa Perjalanan COVID-19 di Indonesia – DW – 16.01.2021 [Internet]. [cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://www.dw.com/id/linimasa-perjalanan-covid-19-di-indonesia/g-54171184>
7. Penguatan Sistem Kesehatan dalam Pengendalian COVID-19 – P2P Kemenkes RI [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: <http://p2p.kemkes.go.id/penguatan-sistem-kesehatan-dalam-pengendalian-covid-19/>
8. Surat Direktur Jenderal Perhubungan Udara Nomor AU.008/1/16/ DJPU.DAU-2020 Tanggal 3 Februari 2020 Perihal Penghentian Sementara Operasi Penerbangan ke/dari RRT. 2020.
9. Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Penghentian Sementara Bebas Visa Kunjungan. 2020.
10. Tentang Penanganan Pesawat Udara Khusus Kargo Dari Republik Rakyat Tiongkok (China Daratan). 2020.
11. Peraturan Menteri Perdagangan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2020 Tentang Larangan Sementara Impor Binatang Hidup dari Republik Rakyat Tiongkok. Menteri Perdagangan Republik Indonesia. 2020;
12. International Health Regulation Third Edition. World Health Organization (WHO); 2005.
13. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum. 2020 Feb.

NDHEITSORGANISATION
EALTH ORGANIZATION
N MONDIALE DE LA SANTÉ



BAB 2:
TINJAUAN UMUM
KEBIJAKAN PENANGANAN
COVID-19

Djarot Dimas Achmad Andaru, S.H., M.H.

NAL CERTIFICATE OF
N OR PROPHYLAXIS

INTERNATIONALE DE
OU DE PROPHYLAXIE

§ 22 Infektionsschutz

BAB 2

TINJAUAN UMUM

KEBIJAKAN PENANGANAN

COVID-19

2.1 Sejarah dan Penerapan Kebijakan Penanganan Kedaruratan Kesehatan

2.1.1 Regulasi Kesehatan Internasional

Bencana pandemi wabah penyakit menular COVID-19 sejak akhir 2019 yang menjangkiti 219 negara di dunia , menimbulkan banyak pertanyaan mengapa kejadian pandemi global kerap kali terjadi berulang, terlepas dari fakta bahwa segala bentuk upaya penanggulangan dan pencegahan sudah diterapkan baik secara nasional maupun global. Dalam sejarah peradaban umat manusia bencana pandemi yang disebabkan oleh wabah penyakit menular telah terjadi sejak tahun 430 Masehi di Yunani, Perang Peloponnesia antara Sparta dan Athena mempertemukan dua bangsa dan dua kelompok peradaban yang kemudian karena satu dan lain hal, menimbulkan demam tifus yang sangat mematikan dan pada masa itu belum ada obatnya. Wabah ini tercatat membunuh tujuh puluh lima ribu hingga seratus ribu orang di kota Athena sendiri .

Di tahun 1347 Masehi, Eropa dan Asia berada pada puncak peradaban abad pertengahan. Perdagangan komoditas hasil bumi serta produk olahan berada pada puncaknya. Orang, hewan ternak, dan barang dapat berpindah tempat dengan mudah melalui jalur pelayaran kapal-kapal dagang. Tanpa disadari, masa-masa sejahtera tersebut ternyata jugamembawa petaka.

Wabah pes atau *Bubonic Plague* yang disebabkan oleh bakteri *Yersinia Pestis*, menyebar secara cepat dari Asia

hingga Eropa dibawa oleh tikus yang terjangkit oleh tungau yang membawa bakteri tersebut. Tikus serta tungau tersebut dibawa dari Asia hingga seluruh penjuru Eropa melalui kapal-kapal dagang yang membawa bahan makanan seperti gandum. Akibat dari wabah ini diperkirakan sekitar tujuh puluh lima hingga dua ratus juta orang meninggal dunia .

Kemudian di tahun 1918 pasca Perang Dunia 1 kemudian timbul wabah flu yang cukup mengerikan, penyakit yang dikenal sebagai Flu Spanyol tersebut disebabkan oleh infeksi *strain* subtype virus Influenza baru yaitu H1N1 yang muncul akibat interaksi antarbangsa di medan peperangan Eropa. Akibat dari pandemi Flu Spanyol ini sekitar dua puluh hingga seratus juta manusia meninggal dunia .

Dengan mempelajari fenomena tersebut, dapat kita tarik suatu fakta penting yaitu mengenai adanya korelasi antara interaksi manusia dengan meningkatnya angka kejadian wabah, hal itu terjadi karena kegiatan yang melewati batas-batas wilayah, negara, benua, hingga kultural. Maka dari itu, di era globalisasi yang ditandai dengan semakin mudahnya interaksi ke seluruh penjuru dunia, maka dengan meningkatnya arus perpindahan manusia dan barang, menurut hasil penelitian epidemiologi dan parasitologi, hal itu menjadi faktor utama meningkatnya penyebaran penyakit menular . Munculnya wabah masih menjadi ancaman serius bagi peradaban manusia, terlepas adanya kemajuan-kemajuan teknologi di bidang kesehatan dan biomedis yang dapat menghasilkan vaksin, obat-obatan untuk memutus mata rantai penyebaran wabah penyakit menular sebelum menjadi epidemi atau pandemi.

Sejak 50 tahun terakhir ini, kejadian wabah penyakit menular masih kerap kali terjadi, tercatat bahwa virus Influenza dengan berbagai macam *strain* dan subtype masih mewabah di dunia hingga tahun 2010: Virus H2N2 atau Flu Asia mewabah di tahun 1957 hingga 1958, Flu Hongkong pada tahun 1968 hingga 1969, Flu Burung tahun 2006, dan Flu Babi pada tahun 2009 hingga 2010. Sedangkan jenis

virus *Coronavirus*, terjadi wabah SARS di tahun 2002 hingga 2004. Kemudian pada tipe virus *hemorrhagic fevers*, terjadi pandemi virus Ebola yang melanda Afrika Barat sepanjang tahun 2013 hingga 2016 .

Kejadian pandemi ataupun transmisi wabah penyakit menular ini kemudian menjadi pertanyaan yang cukup serius, tidak hanya bagi dokter dan ahli epidemiologi, namun juga bagi politisi, dan pemerintah negara serta komunitas internasional. Pasalnya upaya global untuk membendung penyebaran dan terjangkitnya wabah penyakit menular antarnegara sudah mewabah sejak tahun 1933 dan terus dimutakhirkan hingga tahun 2005 pascapandemi SARS, dan Flu Burung.

Ide serta Upaya penanggulangan dan pencegahan wabah penyakit menular secara internasional, telah menjadi fokus serta permasalahan negara-negara di dunia sejak tahun 1851. Sukses tiga pandemi kolera: Pandemi pertama bermula di India, Asia, dan Eropa Tengah pada 1817 hingga 1824; Pandemi kedua pada tahun 1829 hingga 1837 yang terjadi di Rusia, Jerman, dan Amerika; Pandemi ketiga yang bermula pada tahun 1846 hingga 1860 di Eropa dan Amerika Utara. Ketiga pandemi itu telah menimbulkan dampak yang mendalam, tidak hanya bagi kehidupan dan Kesehatan umat manusia namun juga berdampak terhadap kehidupan sosial dan ekonomi .

Laju mata rantai penularan penyakit yang cepat serta mengakibatkan korban jiwa yang diperkirakan mencapai 500.000 ribu jiwa, menimbulkan kekacauan pada kehidupan sipil. Istilah *cholera riot* pertama kali dikenal di Rusia saat pandemi kolera ketiga di tahun 1830 hingga 1831. Peristiwa ini kemudian memberikan kesadaran bagi negara, khususnya di Eropa untuk membuat kesepakatan internasional yang bertujuan untuk mengurangi dampak wabah penyakit menular melalui upaya pencegahan mata rantai penularan pandemi antarnegara .

Kesepakatan tersebut dikenal sebagai *International*

Sanitary Conferences atau konferensi sanitasi internasional. Walaupun hasil konkret berupa *International Sanitary Convention for Aerial Navigation* baru ditandatangani pada tahun 1933, namun upaya konkret untuk menuju kesepakatan tersebut telah diinisiasi sejak tahun 1851.

Permasalahan utama terletak pada karakteristik instrumen yang mendasari upaya global tersebut. Instrumen hukum internasional merupakan suatu instrumen hukum yang tidak bersifat memaksa atau dalam kata lain memiliki sifat *soft law*. Adapun sifat mengikat, sistem penegakan hukum hingga pengenaan sanksi bersandar pada kepatuhan negara atau *compliance* terhadap instrumen hukum tersebut. Untuk instrumen hukum internasional dapat berlaku bagi suatu negara, maka suatu negara tersebut harus melakukan ratifikasi atau dalam kata lain menyepakati instrumen hukum tersebut untuk diberlakukan oleh suatu negara tersebut, hal ini tidak bersifat memaksa dan merupakan hak seluruh negara untuk memilih serta menentukan sepakat atau tidak sepakat terhadap suatu instrumen hukum internasional.

Berdasarkan prinsip hukum internasional tersebut, maka suatu negara tidak dapat menerima paksaan untuk meratifikasi ataupun paksaan menerapkan *International Health Regulation (IHR) 2005*, sekalipun instrumen tersebut bertujuan untuk melindungi hak asasi manusia berupa hak kesehatan dan hak untuk terbebas dari ancaman yang dapat merugikan kesehatan .

Melihat sejarah perkembangan instrumen hukum internasional yang memuat mengenai upaya pencegahan dan penanggulangan wabah penyakit menular internasional, dari mulai *International Sanitary Convention on Aerial Navigation 1933*, *WHO International Sanitary Regulations 1951* dan *International Health Regulations 1969*, dan *International Health Regulations 2005*. Dengan demikian, *International Health Regulation (IHR) 2005* merupakan revisi terakhir instrumen hukum internasional yang terkait pencegahan dan penanggulangan wabah penyakit menular paling mutakhir

2.1.2 Ruang Lingkup Regulasi Kesehatan Internasional

Kejadian penularan wabah *Coronavirus Disease 2019* atau COVID-19 pada penghujung tahun 2019 di kota Wuhan, Cina yang kemudian menyebar ke beberapa negara di awal tahun 2020 seperti Korea Selatan, Hong Kong, Jepang, dan, Amerika Serikat, secara serentak menimbulkan kekhawatiran negara-negara di dunia akan ancaman terjadinya pandemi global . Terlebih penyakit COVID-19 tersebut disebabkan oleh infeksi virus *coronavirus* dengan tipe nCOV 2019 tersebut dikenal bersifat mematikan dan mudah menular. nCOV 2019 merupakan varian atau strain baru dari keluarga virus corona yang menyebabkan pandemi SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) yang mewabah di tahun 2002

Guna memutus mata rantai penularan wabah COVID-19 yang semakin meluas, WHO kemudian mengambil data yang didapat dari beberapa negara yang memiliki angka terjangkitnya COVID-19, untuk kemudian diidentifikasi dan dianalisis untuk mengukur potensi laju penularan serta tingkat bahayanya terhadap manusia . Pada tanggal 30 Januari 2020 Direktur Jenderal WHO mengeluarkan deklarasi status keadaan PHEIC atau *Public Health Emergency of International Concern* terhadap terjangkitnya COVID-19 di dunia .

PHEIC merupakan sebuah deklarasi yang dikeluarkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia yang mengindikasikan terdapatnya suatu peristiwa atau kejadian luar biasa yang dinilai mengancam kesehatan umum masyarakat dunia. Ancaman tersebut dapat berupa penyebaran penyakit melewati batas-batas negara, yang memerlukan upaya penanggulangan dan pencegahan wabah melalui usaha koordinasi antarnegara . Deklarasi PHEIC ini kemudian diikuti oleh serangkaian rekomendasi dan petunjuk teknis yang dibuat oleh WHO dan ditujukan kepada semua negara anggota IHR 2005 termasuk Indonesia . Rekomendasi tersebut berfungsi sebagai pedoman serta dasar pengambilan langkah kebijakan awal dalam penanganan

serta pencegahan pandemi, dalam hal ini khususnya pandemi COVID-19 .

Dalam menanggapi PHEIC serta mematuhi rekomendasi serta petunjuk dari WHO, tanggapan negara anggota telah diatur secara ketat di dalam ketentuan IHR 2005 hingga ke dalam ruang lingkup serta batasan-batasan tanggapan negara. Lebih lanjut tanggapan negara anggota terhadap PHEIC atau status kedaruratan lainnya yang telah dideklarasikan WHO disebut dengan istilah *public health response*, tanggapan negara ini biasanya berwujud suatu kebijakan nasional yang ditujukan untuk menjalankan rekomendasi WHO dengan melakukan serangkaian upaya pencegahan, penanggulangan serta penanganan wabah, di antaranya ialah kebijakan untuk memutus rantai penularan penyakit penyebab wabah .

Dalam rangka mencegah gangguan terhadap lalu lintas perdagangan, perpindahan orang antarnegara serta pelanggaran terhadap hak asasi manusia dan hak negara anggota, maka IHR 2005 mengatur bahwa pelaksanaan *public health responses* dalam menindaklanjuti PHEIC harus sejalan dengan asas tujuan serta prinsip IHR 2005 .

Tujuan utama IHR 2005 adalah untuk melakukan pencegahan dan memberikan perlindungan terhadap ancaman penyebaran wabah global melalui tanggapan kesehatan serta semangat kerja sama internasional, dengan menghindari serta mengurangi dampak berupa gangguan yang tidak diperlukan terhadap lalu lintas perdagangan internasional serta perpindahan orang antarnegara .

Dengan tujuan dan lingkup tersebut, pelaksanaan ketentuan IHR 2005 oleh negara anggota dilandaskan pada empat prinsip dasar yaitu: Pertama, implementasi IHR 2005 harus dilaksanakan dengan penghormatan penuh terhadap harkat, martabat, hak asasi manusia serta hak kebebasan fundamental setiap orang . Kedua, penerapan IHR 2005 harus dilakukan berdasarkan Piagam Perserikatan Bangsa-Bangsa serta Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia .

Ketiga, implementasi IHR 2005 harus didasarkan pada tujuan utama dibentuknya IHR 2005 yaitu untuk memberikan perlindungan menyeluruh pada masyarakat dunia terhadap penyebaran wabah internasional . Keempat, negara anggota berdasarkan pada Piagam Perserikatan Bangsa-Bangsa dan prinsip hukum internasional, memiliki hak berdaulat dalam melakukan legislasi penerapan kebijakan kesehatan nasional, dalam rangka menjalankan kewajiban IHR 2005 .

Ruang lingkup serta prinsip yang dikandung oleh IHR 2005 tersebut menjadi dasar dan landasan penghormatan terhadap hak asasi manusia serta kedaulatan negara. Prinsip penghormatan terhadap hak asasi manusia dan prinsip kedaulatan negara secara merupakan hal yang penting dalam praktik hukum internasional. Upaya kebijakan kesehatan nasional yang dilakukan oleh negara dapat bersifat membatasi hingga mencabut hak kebebasan pergerakan manusia serta perdagangan. Jika pembatasan tersebut tidak didasari oleh syarat-syarat yang ketat untuk mengendalikannya, maka pembatasan tersebut dapat berdampak cukup serius berupa timbulnya tindakan kesewenang-wenangan negara atau terjadinya penyelundupan hukum, dengan menggunakan alasan penanggulangan serta pencegahan wabah sebagai dasar justifikasi atau pembenaran pelaksanaan kepentingan politik negara terhadap negara lainnya .

2.1.3 Permasalahan Regulasi Kesehatan Internasional

Evolusi Regulasi Kesehatan Internasional dari masa ke masa merupakan bukti upaya negara-negara di dunia dalam menjawab tantangan serta permasalahan seputar koordinasi dan kerjasama penanggulangan pandemi global. Perumusan IHR 2005 merupakan suatu hasil tindak lanjut dari upaya pembaharuan IHR 1969 pada pertemuan *World Health Assembly 1995*, yang dipandang sudah tidak relevan terhadap kondisi serta kebutuhan negara-negara di dunia . Adapun poin yang menjadi alasan perbaikan IHR 1969

adalah sebagai berikut: Pertama, IHR 1969 dianggap terlalu sempit dalam mendefinisikan jenis penyakit atau wabah penyakit menular, yang hanya mencakup penyakit pes, kolera, dan demam kuning, sedangkan pada beberapa dekade terakhir telah muncul beberapa penyakit menular yang berpotensi menimbulkan pandemi global, contohnya seperti flu Spanyol dan Ebola. Kedua, sistem pelaporan IHR 1969 bergantung pada notifikasi pejabat terkait dari negara anggota serta tidak memiliki mekanisme koordinasi antarnegara dalam mencegah penyebaran terjangkitnya wabah penyakit menular di dunia.

Negara anggota IHR 1969 sering kali gagal dalam melaporkan kejadian terjangkitnya wabah di daerahnya dan bahkan cenderung untuk menutupi serta berdiam diri, dikarenakan khawatir akan mendapat konsekuensi berupa restriksi perdagangan dan bepergian dari negara lain. Walaupun IHR 1969 secara jelas pada artikel 23 menyatakan bahwa kebijakan kesehatan berupa desinfeksi, pembasmian serangga, tikus, dan upaya sanitasi atau pembersihan lainnya, adalah upaya maksimum yang dapat diterapkan pada lalu lintas internasional orang dan barang. Tanggapan yang dilakukan oleh negara cenderung berlebihan karena IHR 1969 tidak memuat ketentuan larangan untuk menerapkan kebijakan restriksi atau kebijakan kesehatan yang justru dapat mengganggu kelancaran lalu lintas perpindahan barang dan orang antarnegara .

World Health Organization Assembly yang diselenggarakan pada tahun 1995 mencoba menjawab isu permasalahan tersebut dengan melakukan perancangan ulang serta pembaharuan *International Health Regulation 1969* yang kemudian menghasilkan *International Health Regulation 2005* . IHR 2005 menjawab hampir seluruh permasalahan IHR 1969 yaitu menambah klasifikasi penyakit dan wabah penyakit menular tidak hanya terbatas pada kolera, pes dan demam kuning, serta memberikan mekanisme baru bagaimana negara anggota melaporkan

kejadian wabah kepada Direktur Jenderal WHO untuk selanjutnya dinilai dan digunakan sebagai dasar untuk menerapkan PHEIC (*Public Emergency of International Concern*). PHEIC adalah pernyataan resmi WHO terkait keadaan terjangkitnya wabah penyakit menular secara global, yang selanjutnya harus ditanggapi oleh negara anggota yang berpedoman pada rekomendasi WHO.

Satu permasalahan yang belum terjawab dalam penerapan IHR 2005 adalah terkait isu rendahnya kepatuhan negara terhadap kewajiban mematuhi mekanisme pelaporan terjangkitnya wabah penyakit menular. Hal ini terlihat dari kasus pandemi yang telah terjadi setelah berlakunya IHR 2005 yaitu Flu Burung 2006 dan Flu Babi 2009. Bahkan kini untuk COVID-19, terdapat praktik ketidakpatuhan negara terhadap ketentuan IHR 2005 dari mulai mekanisme pelaporan kejadian wabah penyakit menular hingga kepatuhan rekomendasi aksi pencegahan dan penanggulangan yang dikeluarkan oleh WHO .

Jika kita telaah lebih lanjut, IHR 2005 telah berusaha meningkatkan kepatuhan negara terhadap ketentuan IHR 2005, melalui ketentuan yang mengakomodasi dua teori kepatuhan negara sekaligus yaitu secara institusional dan realis. Secara institusional IHR 2005 menegaskan bahwa tujuan utama IHR 2005 adalah untuk mencegah dan melindungi diri dari bahaya penyebaran wabah internasional, melalui penyediaan upaya kesehatan internasional. Upaya tersebut tidak boleh menimbulkan gangguan yang tidak diperlukan bagi lalu lintas perpindahan orang dan barang antarnegara.

Dari ketentuan artikel 2 tersebut dapat kita telaah bahwa IHR 2005 berusaha meningkatkan kepatuhan negara anggota melalui sudut pandang institusional yaitu adanya standar dan kepentingan bersama antara norma yang tercantum di dalam IHR 2005 dengan norma kebiasaan serta kepentingan bersama negara-negara di dunia . Selain itu di dalam artikel 3 paragraf 4 dijelaskan bahwa negara anggota

IHR 2005 masih memiliki hak berdaulat untuk melakukan legislasi dan mengimplementasikan regulasi dengan tujuan untuk menerapkan kebijakan kesehatan masing-masing negara. Artikel 43 IHR 2005 kemudian menjelaskan lebih lanjut bahwa IHR 2005 tidak melarang negara anggota untuk melakukan atau menerapkan kebijakan kesehatan lainnya atau tambahan sesuai hukum dan kepentingan nasionalnya, dalam upaya penanggulangan dan pencegahan wabah penyakit menular .

Dari kedua ketentuan tersebut, yaitu artikel 4 paragraf 4 dan artikel 43 IHR 2005 dapat dilihat bahwa IHR 2005 juga berusaha meningkatkan kepatuhan negara terhadap ketentuan IHR 2005 dari segi teori realis. Melalui pemberian ruang bagi negara anggota untuk menjalankan kepentingan nasionalnya, maka diharapkan semakin banyak negara anggota akan patuh dalam menjalankan ketentuan IHR 2005 .

International Health Regulation (IHR) 2005 mencoba membuat gagasan yang menyeimbangkan dua pendekatan teori agar negara anggota dapat bersedia mematuhi dan menjalankan ketentuan IHR 2005. Namun fakta membuktikan bahwa upaya IHR 2005 tetap saja menemui kegagalan. Terutama jika dihadapkan kepada fakta bahwa IHR 2005 gagal membendung serta mencegah penyebaran COVID-19 yang berasal dari Kota Wuhan hingga menimbulkan pandemi global. Hal ini tentu hingga saat ini menjadi topik perdebatan akademis hangat di kalangan akademisi hukum, ahli kesehatan publik epidemiologi, hingga politisi.

Bartolini dan Giulio dalam artikelnya berjudul *The failure of core capacities under the WHO International Health Regulations* menyatakan bahwa kegagalan IHR 2005 terletak pada rendahnya political will negara-negara di dunia serta tidak ada upaya aktif untuk mencegah kejadian wabah sebelum wabah tersebut dideklarasikan sebagai PHEIC . Sedangkan pendapat Bartolini dan Giulio mengamini temuan Bruria Adini et.al dalam artikelnya

berjudul *Earlier detection of public health-risk- Health policy lessons for better compliance with International Health Regulations (IHR 2005): Insight from low, mid and high income countries*, yang mengkritik bahwa kapasitas atau kemampuan negara miskin dan menengah sangat rendah dalam mendeteksi timbulnya ancaman wabah penyakit menular. Belajar dari kasus wabah Ebola tahun 2014 dan Zika pada tahun 2016. Bruria Adini et.al berpendapat bahwa negara dengan pendapatan rendah dan menengah dengan kapasitas terbatas ialah negara yang paling dirugikan dalam skenario pandemi global, dikarenakan mereka sulit melakukan pencegahan akibatnya konsekuensi yang harus mereka terima ialah kebijakan isolasi perpindahan barang dan orang dari negara lain yang justru akan menimbulkan kerugian ekonomi dan sosial yang lebih luas. Maka dari itu menurut Bruria Adini, et.al negara miskin dan menengah memiliki angka ketidakpatuhan tertinggi terhadap IHR 2005

Sedangkan menurut Burkle dan Frederick M, dalam artikel berjudul *Political Intrusions into the International Health Regulations Treaty and its Impact on Management of Rapidly Emerging Diseases*, berpendapat bahwa selama ini terjangkitnya wabah penyakit menular dalam suatu wilayah negara seringkali menjadi bahan *framing* negara-negara lain terhadap suatu negara demi kepentingan politik dan mencari kesalahan serta membebaskan tanggung jawab tanpa ada rasa solidaritas. COVID-19 sempat menjadi *framing* beberapa negara untuk menyudutkan pemerintah Cina. Secara pandangan realis hubungan internasional, hal ini merupakan kesempatan yang dapat digunakan oleh negara untuk menjalankan agenda kepentingannya .

Perdebatan kalangan akademisi terkait IHR 2005 terbaru tersebut, berada seputar isu hubungan internasional, epidemiologi, hingga konstelasi politik. Namun peneliti dalam hal ini ingin mengembalikan pembahasan ilmiah dari segi hukum. Meneruskan penelitian serta pendapat dari Andrea Spagnolo dalam artikelnya yang berjudul *(Non) Compliance*

with the International Health Regulations of the WHO from the Perspective of the Law of International Responsibility menyatakan bahwa ketidakpatuhan negara terhadap IHR 2005 diakibatkan oleh faktor-faktor seperti kurangnya peranan WHO dalam manajemen krisis kesehatan atau pandemi, konsekuensi embargo dan penutupan lalu lintas orang dan barang yang akan berdampak berat bagi ekonomi negara, hingga mencegah negara untuk melaporkan keadaan terjangkitnya penyakit menular yang terjadi di wilayah negaranya, serta tidak adanya mekanisme saksi atau penyelesaian sengketa pada IHR 2005 .

Meneruskan Langkah dari pendapat Andrea Spagnolo tersebut, peneliti dalam hal ini ingin menelaah dan menjawab pertanyaan apa yang menjadi dasar dari kegagalan IHR 2005 untuk dipatuhi oleh negara-negara anggotanya. Dengan meninjau susunan normatif IHR 2005, kita perlu mengidentifikasi apakah tindakan negara dalam menghasilkan suatu kebijakan tanpa didasari oleh suatu kesepakatan, bukti ilmiah atau rekomendasi WHO menjadi faktor utama yang mencegah negara-negara di dunia untuk patuh terhadap ketentuan IHR 2005.

Guna menjawab hal tersebut kita dapat kembali kepada prinsip dasar pembatasan dan pengecualian hak asasi manusia yang tercantum di dalam artikel 4 Kovenan Internasional mengenai Hak Sipil dan Politik. Walaupun tidak mengatur secara langsung mengenai upaya penanggulangan wabah, namun ketentuan atau norma yang dimuat Kovenan telah menjadi hukum kebiasaan internasional tersebut, menjadi dasar serta prinsip umum terhadap pemberlakuan hak sipil dan politik. Upaya negara dalam melakukan pengendalian, penanggulangan dan pencegahan wabah penyakit menular sesuai hak dan kewajiban negara dalam lingkup IHR 2005 sangat berkaitan erat dengan pelaksanaan, pembatasan dan pengecualian hak-hak sipil dan politik oleh negara. Oleh karena itu dalam kacamata hukum internasional dan hukum hak asasi manusia internasional, kita dapat memandang

permasalahan politik berupa ketidakpatuhan negara terhadap ketentuan IHR 2005 yang kemudian menghambat penerapan upaya pencegahan pandemi global tersebut, sebagai permasalahan tidak efektifnya pelaksanaan hukum.

Tidak efektifnya pelaksanaan Regulasi Kesehatan Internasional terjadi akibat ketidakpatuhan negara pada ketentuan norma hukum IHR yang memberikan batasan upaya kesehatan negara dalam penanggulangan wabah. Seperti kasus-kasus yang dijelaskan sebelumnya, negara cenderung menerapkan kebijakan nasionalnya yang bersifat membatasi hingga mengecualikan hak asasi sesuai dengan kepentingan negara itu sendiri. Artinya kebijakan pembatasan dan/atau pengecualian tersebut dilakukan tanpa berpedoman pada standar dan prinsip-prinsip hak asasi manusia yang ada pada ketentuan hukum internasional.

Kebijakan negara tersebut dapat dinilai sebagai pelanggaran hak sipil dan politik maupun hak asasi manusia dalam rangka upaya penanggulangan wabah. Kebijakan nasional seperti penutupan suatu wilayah, penghentian lalu lintas perpindahan orang hingga jalur perdagangan memberikan pembatasan dan pengecualian terhadap hak asasi manusia. Tanpa adanya prinsip dasar yang disepakati bersama oleh negara anggota. Negara dapat secara bebas melakukan interpretasi dan melakukan realisasi kebijakan counter policy kepada negara lain serta memanfaatkan kejadian pandemi tersebut sebagai pelaksanaan kepentingan politik negara dengan tidak memperhatikan hak asasi.

Fenomena tersebut mengakibatkan fungsi sebenarnya dari kebijakan pembatasan atau pengecualian tersebut tidak secara maksimal dimanfaatkan sebagai upaya penanggulangan pandemi. Secara kompleks isu tersebut dapat menjadi latar belakang bagi negara untuk mengesampingkan kewajibannya dalam melakukan upaya penanggulangan dan pencegahan wabah, serta keikutsertaan negara dalam partisipasi pencegahan pandemi global.

Permasalahan yang dimiliki oleh Regulasi Kesehatan Internasional ini menjadi titik pembahasan mengenai bagaimana Prinsip Siracusa yang memiliki fungsi sebagai prinsip serta standar umum mengenai pembatasan dan/atau pengecualian hak oleh negara, khususnya dalam keadaan darurat yang mengancam nyawa serta keselamatan bangsa.

Ruang lingkup serta fungsi Prinsip Siracusa dalam menjawab permasalahan pembatasan dan pengecualian hak dalam keadaan darurat pandemi, diharapkan dapat berperan dalam menjawab permasalahan penerapan Regulasi Kesehatan Internasional seperti yang telah dijabarkan, sehingga dapat memaksimalkan upaya pencegahan dan penanganan pandemi di masa yang akan datang.

2.1.4 Penerapan Prinsip Siracusa Pada Penanganan Pandemi

Prinsip Siracusa memuat 14 prinsip dan interpretasi umum yang menjadi justifikasi pembatasan dan pengecualian hak asasi manusia khususnya bagi Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik sebagai berikut :

1. Secara umum tidak ada batasan ataupun alasan untuk melakukan pembatasan terhadap hak yang dijamin di dalam Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik, kecuali pembatasan yang diatur di dalam ketentuan Kovenan itu sendiri yaitu di dalam ketentuan artikel 4 ICCPR.
2. Ruang lingkup ketentuan pembatasan yang dimuat di dalam ketentuan Kovenan tidak boleh ditafsirkan untuk membahayakan atau merusak esensi hak yang dimuat
3. Semua klausul Kovenan yang memuat mengenai ketentuan pembatasan harus ditafsirkan secara ketat dan selalu ditafsirkan untuk selalu selaras dan mendukung kepentingan hak yang diatur atau dimuat di dalam Kovenan atau ICCPR

4. Seluruh ketentuan pembatasan hak harus diartikan sesuai cakupan konteks ataupun merujuk pada petunjuk dari hak yang dimuat oleh Kovenan
5. Seluruh ketentuan pembatasan hak yang dimuat di dalam Kovenan harus diatur secara hukum dan sejalan dengan tujuan, target capaian dan objek dari Kovenan
6. Dilarang untuk menerapkan atau memberlakukan pembatasan hak yang diatur di dalam Kovenan Untuk tujuan pembatasan hak selain yang ditentukan atau diatur oleh Kovenan. Tujuan tersebut yaitu untuk melindungi keselamatan dan kepentingan umum dalam keadaan darurat.
7. Dilarang untuk menerapkan pembatasan hak di luar dari proses hukum atau landasan hukum.
8. Setiap penerapan kebijakan pembatasan hak harus menjadi subjek peninjauan, penilaian, pemeriksaan dan pengujian terhadap kemungkinan penerapan kebijakan pembatasan tersebut sebagai bentuk penyalahgunaan hak asasi.
9. Dilarang menerapkan kebijakan pembatasan hak yang memiliki unsur diskriminatif terhadap ras, warna kulit, jenis kelamin, Bahasa, budaya, agama, pendapat politik, nasionalitas, kewarganegaraan dan status lainnya yang dapat menjadi poin diskriminasi.
10. Setiap pemberlakuan pembatasan hak sesuai dengan atau atas dasar ketentuan di dalam Kovenan pemberlakuan pembatasan tersebut harus dilaksanakan seperlunya. Artinya pemberlakuan pembatasan tersebut harus dilakukan dengan syarat:
 - a. Berdasarkan pada alasan dan ketentuan Kovenan yang memberikan kebolehan untuk dilakukannya pembatasan hak. Ketentuan tersebut penting untuk menjadi justifikasi dari pemberlakuan pembatasan hak.
 - b. Sebagai bentuk tanggapan atau tanggapan terhadap kebutuhan publik dan sosial yang mendesak
 - c. Memiliki tujuan yang sah sesuai hukum yang berlaku

- d. Dilakukan secara proporsional dengan tujuan dari pemberlakuan pembatasan tersebut. Selanjutnya seluruh penilaian terhadap ada atau tidaknya unsur kebutuhan terhadap pemberlakuan pembatasan termasuk ke empat syarat tersebut, harus dilakukan secara objektif.
11. Dalam memberlakukan kebijakan pembatasan, hak suatu negara dilarang menerapkan ketentuan pembatasan melebihi dari ketentuan yang dibutuhkan dan/atau diperlukan untuk mencapai suatu tujuan dari kebijakan pembatasan tersebut.
 12. Beban dan tanggung jawab dalam melakukan justifikasi suatu kebijakan pembatasan dan/atau pengecualian sesuai ketentuan Kovenan, terletak pada negara yang melakukan dan/atau melaksanakan kebijakan pembatasan hak tersebut.
 13. Ketentuan syarat di dalam artikel 12 ICCPR yang menyatakan bahwa seluruh pembatasan hak harus dilaksanakan dengan konsisten dengan hak lain yang diatur dan/atau dicakup oleh Kovenan, dapat diartikan secara implisit pada pembatasan hak-hak lain yang diakui oleh Kovenan.
 14. Klausula pembatasan di dalam Kovenan, harus tidak diinterpretasikan oleh negara sebagai ketentuan, alasan ataupun justifikasi bagi negara untuk melakukan pembatasan pelaksanaan hak asasi manusia yang dilindungi sebagai ketentuan hukum internasional dan kewajiban internasional negara yang berlaku mengikat bagi negara.

2.1.5 Prinsip Interpretasi Berkenaan dengan Pembatasan Hak secara Spesifik

Prinsip interpretasi terhadap pembatasan hak secara spesifik yang dimuat oleh prinsip Siracusa, mencakup interpretasi berupa syarat- syarat khusus yang menjadi prinsip pemberlakuan pembatasan dan/atau pengecualian

hak. Syarat-syarat khusus yang kemudian menjadi acuan standar dalam pemberlakuan pembatasan tersebut antara lain adalah:

1. Ditetapkan oleh Hukum

Prinsip Siracusa mengatur bahwa tidak ada pembatasan dan/atau pengecualian pada pelaksanaan hak asasi manusia dapat dilakukan tanpa adanya suatu dasar hukum nasional dari negara yang melakukan pembatasan. Dasar hukum tersebut harus konsisten dengan isi ketentuan Kovenan dan telah berlaku pada saat negara memberlakukan kebijakan pembatasan.

Selain itu hukum nasional yang memuat dan mengatur mengenai ketentuan pembatasan hak asasi manusia tidak boleh dilakukan atau diterapkan secara sewenang-wenang dan dengan tanpa adanya alasan oleh negara. Peraturan hukum yang memuat ketentuan pembatasan hak asasi manusia tersebut juga harus jelas, transparan, dan dapat diakses oleh seluruh masyarakat dan semua pihak.

Selain syarat dasar hukum yang memuat ketentuan pengecualian dan/atau pembatasan hak harus secara jelas dan transparan. Prinsip Siracusa mensyaratkan bahwa hukum nasional yang memuat pembatasan dan/atau pengecualian hak tersebut harus mengandung ketentuan larangan, pencegahan, dan konsekuensi hukum terhadap pelanggaran secara ilegal dalam bentuk penyalahgunaan pembatasan hak asasi manusia.

2. Dilaksanakan dalam masyarakat yang demokratis

Yang dimaksud dengan masyarakat demokratis harus diinterpretasikan sebagai kualifikasi atau syarat lanjutan bagi negara untuk dapat memberlakukan ketentuan dan/atau kebijakan pembatasan hak. Dalam suatu negara demokrasi, penerapan kebijakan pembatasan dan/atau pengecualian hak oleh negara tidak boleh mengganggu

fungsi demokrasi dari suatu masyarakat atau negara. Tugas dan fungsi tersebut merupakan bagian tanggung jawab negara untuk menjaga keberlangsungan demokrasi

Untuk memahami mengenai apa yang dimaksud dengan negara atau masyarakat demokrasi secara arti atau istilah, dapat kita pahami bahwa tidak terdapat definisi umum ataupun model umum mengenai masyarakat yang demokratis. Prinsip Siracusa menjelaskan bahwa masyarakat demokratis hanya perlu didefinisikan sebagai masyarakat yang mengakui serta menghormati hak asasi manusia di dalam piagam PBB dan Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia.

3. *Ketertiban Umum (Public Order)*

Ketentuan mengenai ketertiban umum yang dimuat di dalam Kovenan dapat didefinisikan sebagai kumpulan peraturan yang berfungsi untuk memastikan berjalannya suatu fungsi masyarakat ataupun sekelompok prinsip yang mendasari nilai dan norma yang hidup di dalam masyarakat tersebut. Dalam hal ini penghormatan terhadap hak asasi manusia merupakan bagian dari ketertiban umum.

Ketertiban umum harus diterjemahkan dalam konteks sebagai tujuan untuk mencapai terlaksananya nilai dan norma hak asasi manusia di dalam masyarakat. Untuk menjaga dan melindungi ketertiban umum tersebut merupakan tugas dari organ negara. Organ negara yang melakukan serta pelaksanaan ketertiban umum harus menjadi subjek kontrol dari parlemen, pengadilan dan badan independen negara lainnya yang kompeten.

4. *Kesehatan Publik*

Kesehatan publik dapat dijadikan dasar justifikasi untuk melakukan pembatasan dan/atau pengecualian hak asasi manusia. Jika dibutuhkan pembatasan dan

pengecualian hak tersebut bertujuan untuk memberikan ruang bagi negara untuk melakukan upaya yang bertujuan melindungi kepentingan kesehatan publik, mencegah keberjangkitan penyakit serta korban dan korban jiwa, Oleh karena itu untuk dapat menjadi justifikasi dalam pembatasan dan pengecualian hak asasi, kebijakan kesehatan yang dilakukan negara tersebut harus secara khusus ditujukan untuk melakukan pencegahan dan penanggulangan terjangkitnya penyakit dan/atau pencegahan korban jiwa.

Lebih lanjut Prinsip Siracusa mengatur bahwa ketentuan pembatasan dan pengecualian hak asasi manusia dalam lingkup kesehatan publik, harus memperhatikan ketentuan regulasi kesehatan internasional atau *International Health Regulation* dari Organisasi Kesehatan Dunia .

5. *Moral Publik atau Umum*

Prinsip Siracusa memahami bahwa nilai moralitas masyarakat bervariasi dari waktu ke waktu dan dari satu budaya ke budaya lain. Negara yang menggunakan moralitas publik sebagai alasan dan justifikasi dasar untuk membatasi dan mengecualikan hak asasi manusia. Harus menunjukkan bahwa pembatasan dan/atau pengecualian tersebut dilakukan sebagai suatu tindakan penting dalam memelihara dan menghormati nilai-nilai moral dan fundamental yang ada di dalam masyarakat.

Dalam menjaga moral publik atau umum yang berlaku di masyarakat, negara dapat melakukan diskresi dalam bentuk pembatasan dan pengecualian hak. Prinsip Siracusa mengatur bahwa diskresi tersebut tidak dapat menjadi dasar untuk melakukan diskriminasi sosial berdasarkan ras, jenis kelamin, warna kulit, atau golongan, karena akan melanggar ketentuan Kovenan artikel 2.

6. *Keamanan Nasional*

Keamanan nasional dapat digunakan oleh negara untuk membenarkan tindakan serta kebijakan yang membatasi hak-hak tertentu. Adapun Prinsip Siracusa membatasi bahwa pembatasan dan pengecualian hak berdasarkan alasan keamanan nasional tersebut hanya dapat diambil untuk melindungi eksistensi bangsa atau teritorialnya, integritas dan/atau kemerdekaan politiknya dari kekuatan atau ancaman musuh.

Prinsip Siracusa mensyaratkan bahwa ancaman keamanan nasional yang dimaksud di atas harus dipahami sebagai suatu ancaman keamanan secara luas. Oleh karena itu konsep justifikasi atas dasar keamanan nasional tidak dapat digunakan sebagai alasan untuk memaksakan pembatasan dan pengecualian hak dalam rangka untuk mencegah ancaman yang hanya bersifat lokal atau relatif terisolasi terhadap hukum dan wilayah.

Keamanan nasional juga tidak dapat digunakan sebagai dalih bagi negara untuk memberlakukan batasan yang tidak jelas atau sewenang-wenang. Keamanan nasional hanya dapat digunakan sebagai justifikasi bagi upaya perlindungan negara terhadap keamanan nasional dan pemberlakuan tanggapan terhadap ancaman keamanan nasional. Prinsip Siracusa lebih lanjut menerangkan bahwa pelanggaran sistematis hak asasi manusia merusak keamanan nasional serta membahayakan perdamaian dan keamanan internasional. Negara sebagai entitas yang memiliki tanggung jawab atas penegakan keamanan nasional tersebut tidak boleh menggunakan keamanan nasional sebagai pembenaran untuk tindakan diskriminatif atau pencabutan hak asasi manusia yang ditujukan untuk menekan oposisi politik, kelompok pemberontak, atau praktik-praktik serupa terhadap warga negaranya.

7. *Keamanan Publik*

Prinsip Siracusa mendefinisikan keamanan publik sebagai suatu bentuk perlindungan terhadap bahaya dan ancaman keamanan dan keselamatan bagi seorang individu manusia. Lingkup keselamatan tersebut meliputi keselamatan nyawa, badan atau fisik dan harta benda.

Keamanan publik dapat menjadi justifikasi bagi negara untuk melakukan pembatasan dan pengecualian hak asasi manusia dengan ketentuan bahwa pembatasan dan pengecualian tersebut hanya dapat diberlakukan ketika terdapat upaya perlindungan keamanan publik secara adekuat atau tindakan terhadap pelanggaran keamanan publik.

8. *Hak dan Kebebasan Orang Lain atau Hak atau Reputasi Orang Lain*

Prinsip Siracusa mengatur bahwa ruang lingkup hak dan kebebasan orang lain yang akan berlaku sebagai pembatasan dan pengecualian hak sesuai ketentuan Kovenan yang wajib dipahami secara luas melebihi hak dan kebebasan yang diakui di dalam Kovenan.

Ketika terjadi konflik antara hak yang dilindungi oleh Kovenan dengan hak yang tidak dilindungi oleh Kovenan. Pengenalan dan pertimbangan harus diberikan dengan mengacu pada fakta bahwa ICCPR bertujuan untuk melindungi hak dan kebebasan paling fundamental. Oleh Karena itu perlu dilakukan penimbangan terhadap nilai hak dan kebebasan jika terjadi suatu konflik. Prinsip Siracusa lebih lanjut mengatur pembatasan hak asasi manusia yang didasarkan pada reputasi seseorang tidak boleh digunakan untuk melindungi negara dan pejabat negara dari opini publik dan kritik.

9. *Pembatasan terhadap Pengadilan Publik*

Prinsip Siracusa menyatakan bahwa seluruh proses peradilan harus dilaksanakan dengan prinsip terbuka

untuk umum atau publik, kecuali jika ditentukan lain oleh pengadilan, media masa dan masyarakat umum harus dikecualikan pada seluruh sesi atau sebagian sesi pengadilan jika pengadilan menilai bahwa pembukaan proses pengadilan tersebut untuk publik akan membahayakan hak pribadi ataupun keluarga para pihak. Selain itu untuk proses pengadilan terhadap subjek di bawah umur juga diwajibkan untuk dilaksanakan secara tertutup.

Ketentuan tersebut merupakan suatu bentuk dari pembatasan terhadap hak sipil dan politik dalam mengakses proses pengadilan yang terbuka yang tercantum di dalam artikel 14 ICCPR. Prinsip Siracusa menjelaskan bahwa pengecualian tersebut penting untuk mempertahankan kepentingan moral publik, ketertiban umum, dan keamanan nasional pada masyarakat yang demokratis.

Regulasi Kesehatan Internasional 2005 dalam menjalankan fungsinya mencegah serta menanggulangi pandemi global, dikenal memiliki ketentuan yang memuat pembatasan dan pengecualian terhadap hak asasi manusia. Secara prinsipil artikel 3 IHR 2005 menyatakan dengan tegas bahwa penerapan ketentuan IHR 2005 harus sepenuhnya dilaksanakan dengan menghormati kehormatan, hak asasi manusia, dan kebebasan fundamental dari setiap manusia.

Namundalamupayapencegahandanpenanggulangan penyebaran wabah penyakit menular dan/atau kondisi kesehatan lainnya yang mengancam kesehatan publik, negara anggota IHR 2005 dapat melakukan upaya kesehatan atau "*health measure*". Adapun yang dimaksud dengan upaya kesehatan adalah prosedur atau kebijakan yang diterapkan untuk mencegah penyebaran penyakit atau kontaminasi. Dalam lingkup ini upaya kesehatan tidak dapat didefinisikan sama dengan penegakan hukum dan penindakan keamanan.

Di dalam ketentuan IHR 2005 terdapat dua jenis dan tipe upaya kesehatan, Pertama yaitu upaya kesehatan atas hasil rekomendasi tetap WHO. Adapun yang dimaksud dengan rekomendasi tetap atau “*standing recommendation*” adalah berupa rekomendasi tidak mengikat yang dikeluarkan oleh WHO sebagai respons terhadap keadaan darurat wabah seperti deklarasi status *Public Health of International Concern* oleh WHO.

Rekomendasi tetap ini ditujukan untuk mencegah penyebaran penyakit dan kontaminasi yang dapat menimbulkan pandemi global, dengan syarat mengurangi gangguan terhadap lalu lintas perpindahan manusia dan barang. Artinya jika dibutuhkan WHO dapat memberikan rekomendasi bagi negara atas kondisi PHEIC untuk melakukan pembatasan dan/atau pengecualian hak kebebasan bepergian dan hak asasi lainnya. Rekomendasi WHO ini juga dapat berbentuk rekomendasi sementara yang memiliki prinsip serta fungsi sama dengan rekomendasi tetap WHO namun hanya berlaku pada suatu jangka waktu tertentu. Secara lebih detail upaya kesehatan dalam rekomendasi WHO dapat diberlakukan untuk melakukan pemeriksaan, pembatasan, hingga pelarangan keluar masuknya barang, kargo, bagasi, orang, hewan, alat atau moda transportasi yang dinilai dapat berperan sebagai vektor atau pembawa virus atau bakteri yang dapat menyebarluaskan wabah penyakit.

Selain rekomendasi WHO, upaya kesehatan juga dapat dilakukan oleh negara sebagai upaya kesehatan tambahan. Pada dasarnya IHR 2005 tidak melarang negara anggotanya untuk memberlakukan upaya kesehatan nasional atau tambahan dalam rangka pencegahan wabah dan penyakit menular antarnegara. Adapun IHR 2005 mensyaratkan upaya kesehatan tambahan yang dapat diberlakukan negara untuk bersifat tidak lebih invasif ataupun membatasi dan mengecualikan hak asasi manusia khususnya terhadap

hak kebebasan bepergian *freedom of movement*. Jika terdapat alternatif lain selain memberlakukan kebijakan yang bersifat membatasi hak asasi tersebut, maka IHR 2005 merekomendasikan negara anggotanya untuk memberlakukan kebijakan yang lebih tidak bersifat membatasi hak tersebut. Tujuannya adalah untuk meminimalkan dampak dan tetap menghormati hak asasi manusia.

Syarat lain yang diberlakukan oleh IHR 2005 bagi negara yang hendak memberlakukan upaya kesehatan tambahan, baik yang bersifat membatasi hak maupun tidak. IHR 2005 memberikan syarat kepada negara tersebut untuk mendasarkan kebijakan upaya kesehatan tambahannya berdasarkan fakta ilmiah sebagai justifikasi.

Bagi negara yang memberlakukan upaya kesehatan baik secara tambahan atau hasil dari rekomendasi WHO juga wajib untuk memberikan notifikasi atau pemberitahuan kepada negara anggota lain, yang paling utama fakta ilmiah yang mendasari upaya kesehatan suatu negara baik upaya kesehatan tambahan atau berdasar rekomendasi WHO harus memiliki justifikasi atas dasar dan sebagai tanggapan dari suatu kondisi darurat kesehatan. Adapun kondisi darurat kesehatan yang dimaksud oleh IHR 2005 adalah suatu kondisi kesehatan yang dinilai sebagai PHEIC. Kondisi PHEIC memiliki arti bahwa telah terjadi kejadian luar biasa yang dapat membahayakan kesehatan publik dan timbulnya risiko penyebaran ancaman kesehatan tersebut melewati batas-batas negara. PHEIC memberikan kewajiban bagi negara anggota IHR 2005 untuk melakukan upaya kesehatan sebagai bentuk tindak lanjut serta tanggapan terkoordinasi untuk menghindari dan mencegah pandemi global.

Walaupun Prinsip Siracusa tidak dikutip secara langsung di dalam ketentuan IHR 2005 namun beberapa prinsip dasar yang tercantum di dalam Prinsip Siracusa

dalam pembatasan dan pengecualian hak asasi sebagai tanggapan atas keadaan darurat juga tercantum di dalam IHR 2005. Artinya IHR 2005 kemudian mengadopsi prinsip ini sebagai prinsip standar dalam pemberlakuan kebijakan dalam hal ini upaya kesehatan, yang bersifat membatasi dan/atau mengecualikan hak asasi manusia.

IHR 2005 memegang prinsip untuk berkomitmen dalam menghormati, melindungi, serta menjunjung tinggi prinsip-prinsip hak asasi manusia. Namun juga tidak dikecualikan bahwa dalam mencapai tujuan IHR 2005, terkadang diperlukan upaya yang bersifat membatasi dan/atau mengecualikan hak asasi manusia. Untuk itu upaya kesehatan yang bersifat membatasi hak tersebut tetap dalam koridor menghormati serta mempertahankan prinsip hak asasi manusia. IHR 2005 mengatur secara ketat prosedur pelaksanaan upaya kesehatan yang bersifat membatasi dan/atau mengecualikan hak asasi tersebut, khususnya hak terhadap kebebasan perjalanan. Syarat-syarat yang diatur oleh IHR 2005 mencerminkan syarat-syarat pembatasan dan pengecualian hak asasi yang tertera di dalam Prinsip Siracusa. Pertama yaitu upaya kesehatan atau kebijakan yang bersifat membatasi dan mengecualikan hak tersebut harus dilaksanakan atas suatu keadaan darurat, IHR 2005 menerjemahkannya sebagai PHEIC.

Selanjutnya pelaksanaan kebijakan tersebut harus dilakukan melalui pemberian notifikasi atau pemberitahuan oleh negara yang menerapkan upaya kesehatan tersebut. Terakhir negara yang menerapkan upaya kesehatan bersifat membatasi dan/atau mengecualikan hak wajib mendasarkan upaya kesehatan tersebut dengan justifikasi yang dapat dibuktikan secara ilmiah. Justifikasi tersebut penting untuk menilai apakah upaya kesehatan tersebut perlu dan penting untuk dilakukan. Hal ini memenuhi Prinsip Siracusa yaitu harus terdapat nilai keperluan atau kepentingan

(*necessity*) dan urgensi yang tidak dapat disubstitusi oleh tindakan lain (*exigencies*). Secara umum ketentuan IHR 2005 secara tidak langsung sudah mengadopsi dan memberlakukan prinsip-prinsip yang sama dengan prinsip yang dikandung di dalam Prinsip Siracusa. Hal ini menjadi kunci penting dalam meningkatkan efektivitas terhadap upaya penanganan dan pencegahan pandemi global dengan memperhatikan perlindungan bagi hak asasi manusia.

Namun pendapat Nina Sun yang dalam artikel ilmiahnya berjudul *Applying Siracusa: A Call for a General Comment on Public Health Emergencies*²⁵¹. IHR 2005 yang ada saat ini belum cukup memuat ketentuan dalam menjamin perlindungan terhadap hak asasi manusia. Dengan bercermin pada praktik negara dalam merespons wabah Covid-19 masih terdapat banyak ruang peningkatan yang dapat menjadi bahan evaluasi dan revisi dari HR di masa yang akan datang. Guna menjamin pelaksanaan dan penghormatan terhadap hak asasi manusia, pembaharuan IHR di masa yang akan datang perlu memuat dan mengakomodasi seluruh Prinsip Siracusa sebagai acuan dasar pemberlakuan upaya kesehatan negara anggota IHR dalam memerangi pandemi global.

2.1.6 Konsep *Global Health Law*

Saat upaya mempertahankan kesehatan masyarakat global terbentur dengan permasalahan politik dan ekonomi negara-negara di dunia. Negara dapat mengenyampingkan perhatiannya terhadap perwujudan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya melalui kebijakan kesehatan nasional dan serta keturutsertaan dalam upaya kesehatan internasional. Alhasil segala upaya pencapaian derajat kesehatan yang diwujudkan dalam bentuk penyediaan akses pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pencegahan wabah menjadi terhambat.

Dalam keadaan tersebut penyebaran penyakit atau endemi dalam suatu wilayah negara dapat mengancam masyarakat negara lain jika tidak ditangani secara benar. Dalam kondisi ini kesehatan masyarakat suatu negara bukan lagi menjadi kepentingan nasional, melainkan internasional. Instrumen hukum internasional seperti *International Health Regulations 2005* tidak dapat diimplementasikan kecuali diratifikasi atau diakui dan dilaksanakan secara sukarela oleh negara yang bersangkutan. Negara lain atau badan organisasi kesehatan dunia tidak dapat memaksakan sebuah negara untuk tunduk serta memberlakukan instrumen hukum internasional tersebut karena adanya asas kedaulatan.

Guna menjembatani antara keterbatasan hukum internasional serta urgensi pencegahan pandemi global. Konsep *Global Health Law* atau hukum kesehatan global memberikan perspektif dan pendekatan baru terhadap upaya kesehatan global. Konsep *Global Health Law* merupakan pendekatan baru terhadap hukum kesehatan internasional yang tidak hanya menekankan pada negara sebagai aktor utama namun juga organisasi non pemerintahan, hingga individu. Konsep ini memandang kancah internasional sebagai komunitas bukan lagi hanya sebagai kumpulan negara-negara yang memiliki kedaulatan.

Pencegahan wabah menular internasional dan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat dunia bukan lagi menjadi tanggung jawab negara, melainkan tanggung jawab semua pihak termasuk organisasi non pemerintahan, perusahaan multinasional hingga individu. Semua pihak bertanggung jawab untuk berpartisipasi dalam upaya kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif.

2.1.7 Kebijakan WHO terkait Pembatasan Berpegian, Tingkatan berbasis Risiko penularan pada Masyarakat

Keputusan WHO memberikan status PHEIC terhadap wabah COVID-19 yang pada saat itu masih dikenal sebagai

Ncov-19. Didasarkan pada laporan Menteri Kesehatan Republik Rakyat China yang melaporkan situasi wabah COVID-19 di China dengan 7711 kasus terkonfirmasi, 12167 kasus di curigai. Di antara jumlah pasien tersebut 1370 orang bergejala parah dan 170 orang meninggal dunia, serta 124 orang telah sembuh. Selain laporan dari Menteri Kesehatan China. Pada akhir Februari 2020 WHO juga menerima laporan 83 kasus infeksi COVID-19 di 18 negara berbeda. Dari 83 kasus hanya 7 orang yang tidak memiliki Riwayat bepergian dari dan ke wilayah China. Kasus penularan dari manusia ke manusia kemudi di konfirmasi WHO terjadi di 3 negara di luar China. Kasus penularan dari manusia ke manusia inilah yang kemudian menjadi alasan kuat bagi WHO untuk membagikan dan mengumumkan status PHEIC kepada dunia, terhadap terjangkitnya COVID-19 .

Dalam keadaan PHEIC, partisipasi dan respons serta kolaborasi komunitas internasional termasuk negara dibutuhkan dengan tujuan untuk melakukan penanggulangan dan pencegahan wabah agar tidak meluas. Respon negara-negara di dunia terhadap keadaan PHEIC didasarkan oleh ketentuan *International Health Regulation 2005*, yang memberikan kewajiban bagi negara anggotanya untuk menaati rekomendasi komite darurat WHO berupa upaya kesehatan dan langkah2 pencegahan. Dan juga memberikan dukungan berupa data informasi terkait terjangkitnya wabah. Dalam hal ini negara anggota WHO tidak dibatasi untuk melaksanakan kebijakan domestik atau nasionalnya sebagai upaya dan atau kebijakan kesehatan tambahan guna mendukung dan atau memperkuat rekomendasi WHO

Status PHEIC yang dideklarasikan oleh WHO tersebut sekaligus menjadi dasar timbulnya kewajiban negara-negara anggota *International Health Regulation 2005*. Adapun kewajiban negara anggota IHR 2005 dalam merespon PHEIC adalah melaksanakan rekomendasi WHO melalui pelaporan serta memberikan akses keterbukaan informasi terkait terjangkitnya wabah, penyelenggaraan upaya kesehatan

dan atau kebijakan kesehatan. Dalam pencegahan dan penanggulangan wabah penyakit menular serta sebagai bentuk respons terhadap PHEIC negara anggota IHR 2005 dapat pula melakukan penerapan upaya kesehatan tambahan sesuai dengan ketentuan serta batasan yang tercantum di dalam IHR 2005.

Dalam pemberlakuan kebijakan dan atau upaya kesehatan tambahan, seperti yang telah dibahas sebelumnya. Negara anggota IHR 2005 wajib menaati beberapa syarat khusus. Meskipun upaya dan atau kebijakan kesehatan tambahan tersebut tidak bersifat memberikan batasan dan atau pengecualian terhadap hak asasi, sipil dan politik manusia. Pemberlakuan upaya dan atau kebijakan kesehatan tersebut tetap harus dilaksanakan sesuai dengan Prinsip Siracusa. Antara lain yaitu memiliki nilai keniscayaan, kepentingan, proporsionalitas serta keterbukaan atau transparansi.

Untuk dapat melakukan Analisa penerapan Prinsip Siracusa dan ketentuan *International Health Regulation 2005*, maka diperlukan adanya suatu acuan Analisa berupa poin-poin atau unsur norma yang menjadi tolak ukur atau acuan analisis. Tolak ukur tersebut juga berfungsi sebagai acuan penilaian dalam Analisa yang akan menilai apakah suatu negara anggota IHR 2005 telah melaksanakan ketentuan IHR 2005 dengan sesuai serta sejalan dengan Prinsip Siracusa.

Acuan atau tolak ukur analisis penerapan Prinsip Siracusa dan *International Health Regulation 2005* oleh negara anggota IHR 2005 perlu didasarkan pada irisan antara norma yang dimuat IHR 2005 dan ketentuan yang dimuat di dalam Prinsip Siracusa. Seperti yang telah dibahas pada sub-bab sebelumnya, Ketentuan atau norma hukum yang dimuat IHR 2005 memiliki irisan kesamaan dengan Prinsip Siracusa sebagai prinsip hukum dan kebiasaan internasional yang berlaku bagi pengecualian dan pembatasan hak asasi, sipil dan politik. Selanjutnya karena Prinsip Siracusa bukanlah suatu dasar hukum yang dapat memberikan pembebanan

hak dan kewajiban bagi subjek hukum internasional dalam hal ini negara. Maka acuan analisis hukum internasional yang akan menilai apakah negara telah melaksanakan hak dan atau kewajiban hukum internasionalnya, tidak dapat diukur dari keberlakuan suatu Prinsip Hukum dan atau kebiasaan internasional yang tidak berlandaskan pada suatu norma hukum internasional.

Oleh karena itu acuan yang akan digunakan dalam analisis ini adalah acuan berdasarkan norma yang tertera di dalam IHR 2005. Untuk dapat mengerucutkan norma acuan analisis maka akan digunakan dua kriteria untuk menentukan norma yang menjadi tolak ukur. Kriteria pertama norma tersebut harus merupakan norma hukum yang tercantum dalam ketentuan IHR 2005. Kedua kriteria bagi norma acuan tersebut harus selaras dan atau merupakan hasil pengadopsian Prinsip Siracusa yang direalisasikan dalam bentuk norma hukum.

Dari informasi yang telah kita bahas dan ketahui sebelumnya, bahwa ketentuan IHR 2005 memiliki keterkaitan dengan Prinsip Siracusa. IHR 2005 telah mengadopsi Prinsip Siracusa dalam beberapa hal berikut :

1. Upaya kesehatan dalam keadaan darurat kesehatan atau dalam kondisi penyebaran wabah atau pandemi global, yang bersifat membatasi dan mengecualikan hak asasi manusia wajib dilakukan berdasarkan dasar dan bukti ilmiah . dan
2. Upaya kesehatan yang bersifat memberi batasan dan pengecualian terhadap hak asasi, wajib diumumkan. Adapun hal tersebut dilakukan untuk menjamin nilai keterbukaan dan transparansi pelaksanaan upaya kesehatan.

Ketentuan tersebut secara lebih rinci dimuat masing masing di dalam artikel 43 paragraf 2 ,3 dan 5 *International Health Regulation 2005* yang memuat mengenai upaya kesehatan tambahan . Secara singkat Artikel 43 IHR 2005 memuat ketentuan mengenai upaya kesehatan tambahan.

Upaya kesehatan tambahan dideskripsikan di dalam IHR 2005 sebagai kebijakan dan atau upaya kesehatan tambahan yang dapat dilaksanakan oleh negara di luar dari upaya kesehatan dan atau kebijakan kesehatan yang direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia.

Secara umum IHR 2005 memiliki dua mekanisme pemberlakuan upaya kesehatan atau "*health measures*" pertama, yaitu upaya kesehatan yang dihasilkan dari rekomendasi Organisasi Kesehatan Internasional setelah menerima laporan kejadian wabah penyakit menular, mengidentifikasi, memeriksa dan menganalisis untuk kemudian membuat keputusan atau rekomendasi aksi. Kedua, sesuai ketentuan artikel 23 ayat 2 IHR 2005 tidak memberikan batasan bagi negara anggotanya untuk menerapkan kebijakan atau upaya kesehatan tambahan yang bertujuan untuk melakukan pencegahan penyebaran wabah dalam kondisi PHEIC. Lebih lanjut artikel 43 IHR 2005 memberi syarat bagi negara yang hendak menerapkan kebijakan atau upaya kesehatan tambahan untuk mendasarkan kebijakan tersebut atas bukti-bukti risiko kesehatan yang ada atau "*evidence based judgement*".

Pemberlakuan upaya dan atau kebijakan kesehatan tambahan oleh negara anggota IHR 2005 ini lebih lanjut dijelaskan di dalam artikel 43 IHR 2005. Artikel 43 khusus memuat dan mengatur mengenai upaya dan atau kebijakan kesehatan tambahan. Artikel 43 ayat 1 IHR 2005 menjelaskan bahwa regulasi kesehatan internasional ini disusun untuk tidak mengecualikan kebebasan negara anggota dalam mengimplementasikan dan atau melaksanakan kebijakan dan atau upaya kesehatan nasionalnya dalam penanggulangan wabah penyakit menular internasional.

Ketentuan tersebut merupakan bentuk penghormatan dan pengadopsian IHR 2005 terhadap prinsip kedaulatan, serta prinsip non-intervensi. Hal tersebut pula sejalan dengan prinsip IHR 2005 yang tertera di dalam Artikel 3 paragraf 4. Bahwa IHR 2005 dan negara anggotanya harus sejalan

dengan norma dan ketentuan Piagam Perserikatan Bangsa Bangsa dan Prinsip Hukum Internasional, hal tersebut kemudian dimanifestasikan dalam bentuk kebebasan negara anggota dalam membuat dan mengimplementasikan kebijakan kesehatan nasional nya.

Dalam memberikan ruang bagi negara anggotanya dalam melakukan dan atau melaksanakan upaya kesehatan dalam rangka pencegahan pandemi internasional secara domestik. IHR 2005 tetap memberikan batasan dengan tujuan untuk melindungi hak negara anggota IHR 2005 yang lain serta yang terpenting ialah melindungi hak asasi, sipil dan politik umat manusia pada umumnya. Hal tersebut sejalan dengan prinsip IHR 2005 yang tertera di dalam Artikel 3 paragraf 1 IHR 2005 yaitu : “Implementasi regulasi kesehatan internasional yang tercantum di dalam IHR 2005 ini harus dilaksanakan dengan penuh penghormatan terhadap kehormatan, martabat hak asasi manusia dan kebebasan fundamental umat manusia”.

Secara lebih lanjut artikel 43 IHR 2005 memberi ketentuan bahwa negara anggota IHR 2005 diperbolehkan membuat dan mengimplementasikan kebijakan kesehatan nasionalnya dan atau melaksanakan upaya kesehatan nasionalnya dalam rangka pencegahan dan penanggulangan wabah penyakit menular internasional. Dengan beberapa kondisi dan tujuan. Negara anggota diberi ruang untuk mengimplementasikan kebijakan nasionalnya dengan dua kondisi. Pertama, bahwa kebijakan tersebut sesuai dan relevan dengan hukum nasional dan kewajiban negara terhadap hukum internasional. Kedua, negara anggota IHR 2005 dapat melaksanakan upaya kesehatan dan atau kebijakan kesehatan tambahan nasionalnya, dengan tujuan untuk menanggapi risiko kesehatan secara spesifik atau kondisi PHEIC.

Adapun tujuan pemberlakuan upaya dan atau kebijakan kesehatan tambahan dapat dibagi menjadi dua tujuan. Pertama, upaya kesehatan dan atau kebijakan kesehatan

tambahan yang dilakukan oleh negara anggota IHR 2005 bertujuan untuk mencapai tingkat perlindungan kesehatan yang sebanding dan atau melebihi yang direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Internasional. Kedua pemberlakuan upaya dan kebijakan kesehatan tambahan oleh negara anggota ditujukan untuk mengimplementasikan beberapa kebijakan yang dilarang di dalam IHR 2005.

Dalam memberikan pengaturan terhadap pelaksanaan upaya kesehatan untuk mencegah dan atau menanggulangi pandemic. IHR 2005 memberikan batasan terhadap upaya kesehatan apa saja yang dapat dilakukan. Antara lain yaitu :

1. Negara anggota dilarang memberlakukan upaya kesehatan kecuali terdapat kesepakatan internasional terhadap kapal yang melewati wilayah negara tanpa transit atau tidak berasal dari wilayah terinfeksi kapal yang melewati perairan wilayah negara tanpa singgah atau bersandar di Pelabuhan atau pesisir dan pesawat yang melakukan transit tanpa melakukan menurunkan atau menaikkan barang atau penumpang;
2. Negara anggota beserta pihak berwajibnya dapat melakukan tindakan atau upaya kesehatan tambahan ketika menemukan bukti klinis berupa gejala atau tanda-tanda terjangkitnya atau kontaminasi virus pada suatu barang;
3. Negara anggota dilarang memberlakukan larangan terhadap pesawat terbang dan kapal laut untuk mendarat dan atau bersandar di poin diluar poin masuk atau "*point of entry*". Jika demikian, negara anggota diharuskan untuk mempersilakan pesawat atau kapal tersebut untuk menuju titik masuk terdekat yang memiliki fasilitas pelaksanaan upaya kesehatan seperti skrining atau pemeriksaan. Jika Ditemukan kontaminasi atau terjangkitnya wabah maka negara anggota tersebut memiliki kewajiban untuk memberikan upaya disinfeksi dan karantina sesuai protocol kesehatan yang berlaku;
4. Negara anggota dilarang menerapkan prosedur

atau upaya kesehatan yang bersifat invasif, seperti pemeriksaan fisik secara invasif, vaksinasi dan tindakan prophylaxis lainnya.

5. Negara anggota dilarang untuk melarang menerapkan kebijakan kesehatan terhadap barang-barang selain hewan hidup yang melewati perbatasan negara, tanpa adanya kewenangan atau otoritas yang berasal dari suatu perjanjian internasional.

Pelampauan batasan tersebut dibolehkan melalui mekanisme upaya dan kebijakan kesehatan tambahan yang diselenggarakan oleh masing-masing negara anggota IHR 2005. Walaupun WHO memiliki kapasitas untuk memberikan rekomendasi pemberlakuan upaya kesehatan yang bersifat membatasi dan atau pengecualian hak asasi manusia. Namun ketentuan IHR 2005 membatasi WHO untuk tidak memberikan rekomendasi kebijakan yang mengintervensi lalu lintas perpindahan barang dan manusia, menghormati kedaulatan negara anggota serta tidak melakukan intervensi terhadap kebijakan domestik negara anggota, sesuai prinsip IHR 2005

Pemberlakuan kebijakan dan atau upaya kesehatan yang bersifat membatasi dan mengecualikan hak asasi, sipil dan politik sepenuhnya diberikan oleh IHR 2005 kepada masing-masing negara anggota IHR 2005, dengan persyaratan dan tanggung jawab tertentu. Maka dari uraian diatas dapat kita simpulkan bahwa acuan yang dapat digunakan untuk menilai dan menganalisis penerapan Prinsip Siracusa dan ketentuan *International Health Regulation 2005* maka digunakan beberapa indikator sebagai berikut :

1. Kebijakan atau upaya kesehatan tersebut dilaksanakan dan atau diimplementasikan oleh negara anggota *International Health Regulation 2005*.
2. Kebijakan atau upaya kesehatan tersebut diberlakukan dalam rangka melakukan pencegahan dan penanggulangan wabah COVID-19.
3. Kebijakan atau upaya kesehatan tersebut diberlakukan

sebagai bentuk respon terhadap COVID-19 setelah penetapan status PHEIC oleh Komite Darurat WHO pada 30 Februari 2020.

4. Kebijakan atau upaya kesehatan tersebut dilaksanakan oleh negara anggota IHR 2005 sebagai upaya atau kebijakan kesehatan tambahan diluar rekomendasi WHO
5. Kebijakan atau upaya kesehatan tersebut harus bersifat memberikan batasan dan atau pengecualian terhadap hak asasi, sipil dan politik. Atau secara singkatnya merupakan bentuk pengamalan ketentuan artikel 25, artikel 26, artikel 28 paragraf 1 dan 2, artikel 30 , artikel 31 paragraf 1(c) dan artikel 33 IHR 2005.

2.2 Kebijakan Indonesia terkait darurat Kesehatan

Tabel 2.1 Kebijakan Indonesia terkait darurat Kesehatan

Nama Peraturan	Lingkup	Muatan
Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular	Kebijakan penanganan wabah penyakit menular oleh pemerintah guna mencegah terjangkitnya dan korban.	• Jenis penyakit yang menimbulkan wabah. • Upaya penanggulangan. • Hak dan kewajiban pemerintah dan masyarakat. • Ketentuan pidana dalam rangka pencegahan dan penanganan wabah penyakit menular.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.	Kebijakan penanganan wabah penyakit menular dari lingkup pelayanan kesehatan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.	• Pencegahan dan penanganan penyakit menular dan tidak menular. • Kewajiban pemerintah pusat dan daerah. • Penetapan Kejadian Luar Biasa. • Penyediaan imunisasi. • Upaya Promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
Undang-undang Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Kekarantinaan Kesehatan.	Kebijakan pencegahan penyebaran (keluar dan atau masuknya) wabah penyakit menular dari dan ke wilayah Indonesia.	• Bentuk-bentuk karantina. • Karantina wilayah. • Tugas dan tanggung jawab pemerintah dalam menerapkan kebijakan karantina.
Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Bencana.	Mengatur pencegahan, tanggap darurat dan pemulihan dampak wabah penyakit menular sebagai bencana non alam.	• Mengklasifikasikan wabah sebagai bencana non alam. • Mencakup upaya pencegahan bencana wabah, tanggap darurat wabah, dan pemulihan dampak wabah penyakit menular sebagai bencana non alam. • Mengatur pembagian tugas antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat.

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2009 Tentang Peternakan dan Kesehatan Hewan	Mengatur pencegahan penularan wabah penyakit menular yang dibawa oleh hewan/zoonosis, di mana hewan sebagai vektor	• Mencakup pengendalian dan penanganan penyakit zoonosis • Mencakup upaya pencegahan dan penanganan penyakit hewan yang bersifat zoonosis
--	--	--

Sebagai negara yang bertujuan untuk melindungi segenap tumpah darah, keselamatan serta menjamin kesejahteraan masyarakatnya, sesuai amanat konstitusi. Pemerintah Republik Indonesia yang menjalankan tugas dan fungsi negara, memiliki kewajiban dalam memberikan perlindungan terhadap segenap warga negaranya, menjamin kualitas lingkungan hidup yang sehat terbebas dari penyakit dan memberikan akses pelayanan serta fasilitas kesehatan yang layak.

Dalam melakukan pencegahan dan penanganan wabah penyakit menular Pemerintah Indonesia menjalankan kebijakan berdasarkan ketentuan Perundang-undangan. terdapat 4 (empat) aspek di antaranya yaitu aspek penanggulangan wabah penyakit menular yang diatur di dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular dan peraturan turunannya.

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular mengatur upaya penanggulangan wabah yang meliputi, penyelidikan sumber penyakit dan kejadian penyakit menular, pemeriksaan, pendeteksian, perawatan serta karantina, pencegahan dan imunisasi, pemusnahan penanganan jenazah, penyuluhan kepada masyarakat hingga upaya penanggulangan lainnya. Dalam menjalankan fungsi penanggulangan ini, Pemerintah bertanggung jawab untuk berperan aktif dalam upaya pencegahan dan penanggulangan wabah .

Untuk melindungi serta memastikan kelancaran kebijakan

dan/atau upaya pencegahan wabah penyakit menular, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Pasal 14 dan 15 memberikan ketentuan ancaman pidana bagi setiap orang yang berusaha menghalangi pelaksanaan penanggulangan wabah baik disengaja maupun karena kelalaiannya . Pasal 5 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tersebut memberikan hak kepada Pemerintah untuk menyelenggarakan upaya penanggulangan wabah secara nasional dengan hanya mempertimbangkan kelestarian lingkungan hidup.

Kebijakan penanggulangan wabah penyakit menular dari aspek kesehatan diatur di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan serta peraturan turunannya. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 ini diatur mengenai ketentuan upaya pengendalian, pencegahan dan penanganan penyakit baik menular maupun tidak menular. Berbeda dari muatan Undang-undang Wabah Penyakit Menular yang menggunakan perspektif upaya pemerintah dalam menangani kejadian wabah penyakit menular di wilayah NKRI, Undang-undang Kesehatan menggunakan pendekatan pelayanan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Sebagai contoh menerapkan kebijakan promotif-preventif berupa Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam mencegah timbulnya penyakit.

Selain memuat aspek upaya kesehatan dalam pencegahan wabah penyakit menular, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 juga memuat ketentuan pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam hal penanganan penyakit menular dan tidak menular. Salah satu bentuk kewenangan Pemerintah yaitu menetapkan status Kejadian Luar Biasa atau (KLB) pada suatu wilayah endemik penyakit.

Selain upaya kesehatan, dalam kejadian pandemi atau penyebaran wabah penyakit menular juga diperlukan suatu kebijakan kekarantinaan, tujuannya yaitu untuk mencegah keluar atau masuknya manusia, hewan,

barang ataupun vektor penyakit lainnya. Pemerintah Indonesia menyelenggarakan karantina kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Kekarantinaan Kesehatan. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Kekarantinaan Kesehatan memuat ketentuan terkait pemberlakuan kekarantinaan kesehatan. Kebijakan kekarantinaan kesehatan menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018, bertujuan untuk mencegah keluar atau masuknya penyakit, faktor penyebab penyakit dan/atau ancaman lain yang memberikan risiko kesehatan dan menimbulkan kedaruratan masyarakat. Virus SARS-CoV 2 yang dapat menyebabkan penyakit COVID-19 dipandang sebagai suatu faktor yang dapat menimbulkan ancaman bagi kesehatan dan memunculkan kedaruratan kesehatan pada Bangsa Indonesia .

Dalam menerapkan kebijakan karantina kesehatan, Pemerintah bertanggung jawab menyelenggarakan karantina di pintu masuk dan di wilayah secara terpadu. Baik di Pelabuhan, bandara udara, dan perbatasan darat. Selain pada perbatasan. Pemerintah dapat menerapkan karantina pada suatu wilayah dalam negeri. Dalam melaksanakan karantina kesehatan. Pemerintah wajib menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan tersebut berlandaskan asas perikemanusiaan, manfaat, perlindungan, keadilan, nondiskriminatif, kepentingan umum, keterpaduan, kesadaran hukum dan kedaulatan negara.

Walaupun demikian penyelenggaraan karantina dan upaya pencegahan wabah tetap menjadi diskresi Pemerintah Indonesia untuk memberlakukannya. Walaupun penutupan sementara lalu lintas penerbangan dan larangan sementara impor barang-barang termasuk hewan hidup tidak diatur secara detail di dalam kedua Undang-Undang tersebut. Kewenangan penutupan dan larangan yang bersifat membatasi hak tersebut diselenggarakan sesuai dengan diskresi Pemerintah.

Selain upaya pencegahan dan penanganan wabah

dari aspek kesehatan dan karantina, diperlukan pula kerangka kebijakan yang memuat pencegahan dan penanganan pandemi atau wabah penyakit menular dari aspek kebencanaan. Mengingat suatu pandemi dapat menyebabkan dampak luas terhadap kehidupan sosial serta perekonomian dan politik negara, maka dibutuhkan suatu peraturan perundang-undangan yang memuat upaya mitigasi dan penanganan pandemi sebagai bencana yang memiliki dampak luas. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana memuat wabah sebagai salah satu bentuk bencana non alam. Dalam Undang-undang tersebut memuat ketentuan terkait penanggulangan bencana baik dalam masa prabencana, tanggap darurat hingga pasca bencana.

2.3 Kerangka Konsep Kebijakan Umum Penanganan Wabah Sebagai Bencana Non Alam

2.3.1 Sendai Framework

Kerangka Kerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana 2015-2030 bertujuan untuk mencapai pengurangan substansial risiko bencana dan kerugian dalam kehidupan, mata pencaharian dan kesehatan dan aset ekonomi, fisik, sosial, budaya dan lingkungan orang, bisnis, komunitas dan negara selama 15 tahun ke depan. Kerangka ini empat prioritas tindakan untuk mencegah risiko bencana baru dan mengurangi risiko bencana yang ada.

Memahami risiko bencana; kebijakan dan praktik manajemen risiko bencana harus didasarkan pada pemahaman tentang risiko bencana dalam semua dimensi kerentanan, kapasitas, keterpaparan orang dan aset, karakteristik bahaya dan lingkungan. Pengetahuan tersebut dapat dimanfaatkan untuk tujuan penilaian risiko prabencana, untuk pencegahan dan mitigasi dan untuk pengembangan dan pelaksanaan kesiapsiagaan yang tepat dan respons yang efektif terhadap bencana.

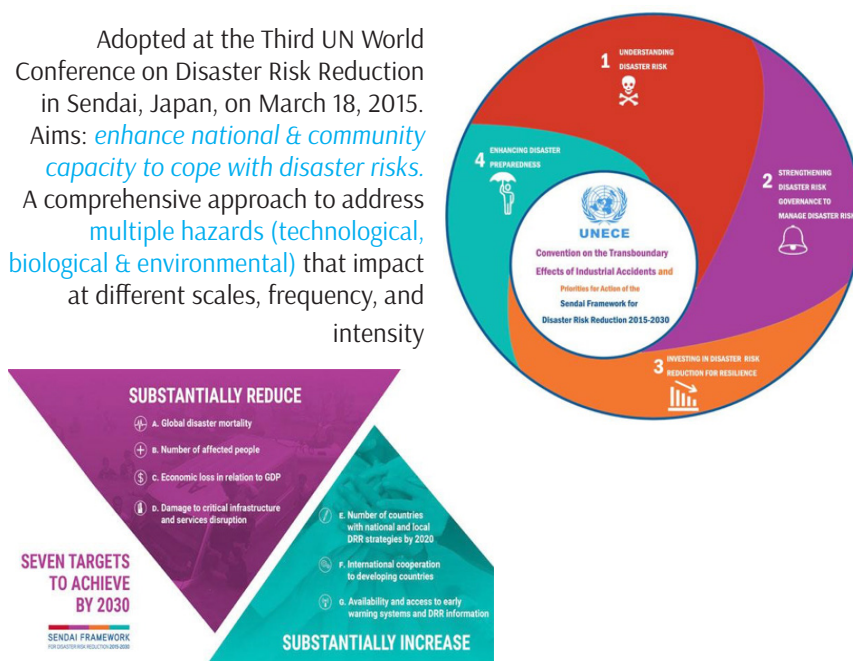
Memperkuat tata kelola risiko bencana untuk mengelola risiko bencana; Tata kelola risiko bencana di tingkat nasional, regional, dan global sangat penting untuk pengelolaan risiko bencana yang efektif dan efisien. Diperlukan visi, rencana, kompetensi, bimbingan, dan koordinasi yang jelas di dalam dan lintas sektor, serta partisipasi pemangku kepentingan terkait. Oleh karena itu, penguatan tata kelola risiko bencana untuk pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap, pemulihan dan rehabilitasi diperlukan dan memupuk kolaborasi dan kemitraan lintas mekanisme dan institusi untuk implementasi instrumen yang relevan dengan pengurangan risiko bencana dan pembangunan berkelanjutan.

Berinvestasi dalam pengurangan bencana untuk ketangguhan; Investasi publik dan swasta dalam pencegahan dan pengurangan risiko bencana melalui langkah-langkah struktural dan non-struktural sangat penting untuk meningkatkan ketahanan ekonomi, sosial, kesehatan dan budaya orang, komunitas, negara dan aset mereka, serta lingkungan. Ini bisa menjadi pendorong inovasi, pertumbuhan dan penciptaan lapangan kerja. Langkah-langkah tersebut hemat biaya dan berperan penting untuk menyelamatkan nyawa, mencegah dan mengurangi kerugian serta memastikan pemulihan dan rehabilitasi yang efektif.

Meningkatkan kesiapsiagaan bencana untuk respons yang efektif, dan untuk “Membangun Kembali Lebih Baik” dalam pemulihan, rehabilitasi, dan rekonstruksi; Pertumbuhan risiko bencana yang stabil, termasuk peningkatan paparan orang dan aset, dikombinasikan dengan pelajaran yang dipetik dari bencana masa lalu, menunjukkan kebutuhan untuk lebih memperkuat kesiapsiagaan bencana untuk tanggap, mengambil tindakan dalam mengantisipasi kejadian, mengintegrasikan pengurangan risiko bencana dalam kesiapsiagaan tanggap dan memastikan bahwa kapasitas tersedia untuk

respons dan pemulihan yang efektif di semua tingkatan. Memberdayakan perempuan dan penyandang disabilitas untuk secara publik memimpin dan mempromosikan pendekatan respons, pemulihan, rehabilitasi dan rekonstruksi yang adil gender dan dapat diakses secara universal adalah kuncinya. Bencana telah menunjukkan bahwa fase pemulihan, rehabilitasi, dan rekonstruksi, yang perlu dipersiapkan sebelum bencana, merupakan peluang penting untuk “Membangun Kembali Lebih Baik”, termasuk melalui pengintegrasian pengurangan risiko bencana ke dalam langkah-langkah pembangunan, menjadikan bangsa dan masyarakat tangguh terhadap bencana.

Adopted at the Third UN World Conference on Disaster Risk Reduction in Sendai, Japan, on March 18, 2015.
 Aims: *enhance national & community capacity to cope with disaster risks.*
 A comprehensive approach to address *multiple hazards (technological, biological & environmental)* that impact at different scales, frequency, and intensity



Gambar 2.1 Sendai Framework

Sendai framework juga menguraikan tujuh target antara lain:

1. Secara substansial mengurangi kematian akibat bencana global pada tahun 2030, bertujuan untuk menurunkan rata-rata kematian global per 100.000 antara tahun 2020-2030 dibandingkan dengan tahun 2005-2015
2. Secara substansial mengurangi jumlah orang yang terkena dampak secara global pada tahun 2030, dengan

tujuan untuk menurunkan angka rata-rata global per 100.000 antara tahun 2020-2030 dibandingkan dengan tahun 2005-2015

3. Mengurangi kerugian ekonomi akibat bencana langsung terkait dengan produk domestik bruto (PDB) global pada tahun 2030
4. Mengurangi secara substansial kerusakan akibat bencana terhadap infrastruktur kritis dan gangguan layanan dasar, di antaranya fasilitas kesehatan dan pendidikan, termasuk melalui pengembangan ketahanannya pada tahun 2030
5. Secara substansial meningkatkan jumlah negara dengan strategi pengurangan risiko bencana nasional dan lokal pada tahun 2020
6. Secara substansial meningkatkan kerjasama internasional untuk negara-negara berkembang melalui dukungan yang memadai dan berkelanjutan untuk melengkapi tindakan nasional mereka untuk implementasi kerangka kerja ini pada tahun 2030
7. Secara substansial meningkatkan ketersediaan dan akses ke sistem peringatan dini multi-bahaya serta informasi dan penilaian risiko bencana kepada masyarakat pada tahun 2030

Kerangkakerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana 2015 - 2030

Hasil yang diharapkan

Sampai dengan 15 tahun: Pengurangan secara signifikan risiko dan kerugian akibat bencana

Tujuan						
Mencegah timbulnya dan mengurangi risiko		Mencegah & menurunkan keterpaparan dan kerentanan		Meningkatkan resiliensi melalui peningkatan kesiapsiagaan, tanggapan dan pemulihan		

Target						
Mengurangi # kematian rata2 per 100K	Mengurangi # orang terdampak rata2 per 100 K	Mengurangi # kerugian ekonomi / GDP	Mengurangi # kerusakan infrastruktur kunci	Meningkatkan jumlah negara dengan strategi dan rencana PRB	Meningkatkan kerjasama internasional	Meningkatkan # cakupan dan akses terhadap EWS

Tindakan Prioritas

1. Memahami risiko bencana <i>Kebijakan dan praktek harus didasarkan pada pemahaman kerentanan, kapasitas, aparan, karakteristik bahaya dan lingkungan</i>	2. Penguatan tata kelola risiko <i>Tata kelola yang diperlukan untuk mendorong kerjasama kemitraan mekanisme, lembaga, untuk pelaksanaan PRB & SD</i>	3. Investasi PRB untuk Resiliensi <i>Investasi publik dan swasta dalam tindakan struktural dan non-struktural untuk meningkatkan ketahanan sebagai pendorong inovasi, pertumbuhan dan penciptaan lapangan kerja</i>	4. Meningkatkan manajemen risiko <i>Memperkuat kesiapsiagaan, respon dan pemulihan di semua tingkatan sebagai kesempatan penting untuk PRB dan integrasinya ke dalam pembangunan</i>
• Mendorong pengumpulan, manajemen dan akses ke informasi risiko • Gunakan dasar, data berbasis lokasi • Statistik kerusakan & kerugian • Mengoptimalkan IPTEK • Meningkatkan kesadaran • Gunakan informasi risiko untuk kebijakan pembangunan & PRB	• Mengarusutamakan & mengintegrasikan PRB di semua sektor • Mengadopsi strategi, rencana, peran tugas • Menetapkan insentif bagi kepatuhan, pemantauan & pelaporan • Memberdayakan daerah • Mempromosikan kebijakan, standar, kemitraan	• Mengalokasikan sumber daya untuk semua tingkatan dan sektor • Meningkatkan infrastruktur kritis • Mempromosikan tindakan-tindakan non-struktural, misalnya standar, kesehatan, jaring pengaman sosial, pengungsian • Mengintegrasikan PRB dalam instrumen fiskal & keuangan dan menggali risk sharing & Transfer • Meningkatkan ketahanan bisnis • Melindungi mata pencaharian, pariwisata, dll	• Kesiapan dan kebijakan, rencana, program • People-centred multi-hazard, ramalan & EWS • Mempromosikan ketahanan masyarakat, layanan infrastruktur • Bantuan & pemulihan pendanaan, koordinasi, prosedur • Mengembangkan hukum, panduan, prosedur, mekanisme

Prinsip Panduan :

1. Tanggung jawab utama Negara untuk mencegah dan mengurangi risiko bencana, termasuk melalui kerja sama.
2. Tanggung jawab bersama antara Pemerintah pusat dan otoritas nasional, sektor dan pemangku kepentingan yang sesuai dengan keadaan nasional.
3. Perlindungan orang dan aset mereka sementara mempromosikan dan melindungi semua hak asasi manusia termasuk hak atas pembangunan.
4. Keterlibatan dari seluruh masyarakat.
5. Keterlibatan penuh semua lembaga negara yang bersifat eksekutif dan legislatif di tingkat nasional dan daerah.
6. Pemberdayaan otoritas lokal dan masyarakat melalui sumber daya, insentif dan tanggung jawab pengambilan keputusan yang sesuai.

7. Pengambilan keputusan harus inklusif dan berdasarkan informasi risiko sambil menggunakan pendekatan multibahaya.
8. Koherensi pengurangan risiko bencana dan kebijakan, rencana, praktik dan mekanisme pembangunan berkelanjutan, di berbagai sektor.
9. Penghitungan karakteristik lokal dan spesifik dari risiko bencana saat menentukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko.
10. Mengatasi faktor risiko yang mendasarinya dengan hemat biaya melalui investasi versus mengandalkan terutama pada respons dan pemulihan pascabencana.
11. «Build Back Better» untuk mencegah terciptanya, dan mengurangi, risiko bencana yang ada.
12. Kualitas kemitraan global dan kerjasama internasional menjadi efektif, bermakna dan kuat.
13. Dukungan dari negara maju dan mitra untuk negara berkembang disesuaikan dengan kebutuhan dan prioritas sebagaimana yang diidentifikasi.

2.3.2 Health EDRM Framework, WHO

Health-EDRM: Emergency & Disaster Medicine, Health Systems & resilience, disaster risk reduction, humanitarian response & community resilience. Health-EDRM: systematic analysis & management of health risks, posed by emergencies & disasters.

Health EDRM menekankan penilaian, komunikasi, dan pengurangan risiko di seluruh rangkaian pencegahan, kesiapsiagaan, kesiapan, respons, dan pemulihan, serta membangun ketahanan masyarakat, negara, dan sistem kesehatan. Health EDRM didasarkan pada serangkaian prinsip dan pendekatan inti yang memandu kebijakan dan praktik, yaitu :

1. pendekatan berbasis risiko;
2. manajemen darurat yang komprehensif (meliputi pencegahan, kesiapsiagaan, kesiapsiagaan, respons

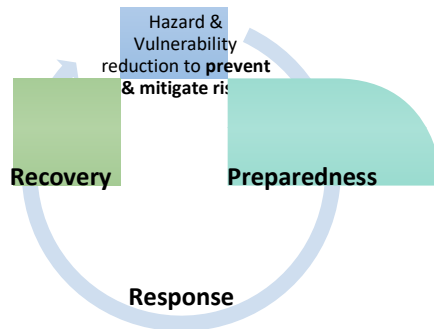
- dan pemulihan);
3. pendekatan semua bahaya;
 4. pendekatan inklusif, berpusat pada orang dan komunitas;
 5. kerjasama multisektoral dan multidisiplin;
 6. berbasis sistem kesehatan menyeluruh;
 7. pertimbangan etis.



Fungsi Health EDRM diatur dalam komponen berikut :

1. kebijakan, strategi, dan legislasi: Mendefinisikan struktur, peran dan tanggung jawab pemerintah dan aktor lain untuk Health EDRM; termasuk strategi untuk memperkuat kapasitas Health EDRM.
2. Perencanaan dan koordinasi; Menekankan mekanisme koordinasi yang efektif untuk perencanaan dan operasi Health EDRM.
3. Sumber daya manusia: Termasuk perencanaan untuk staf, pendidikan dan pelatihan di seluruh spektrum kapasitas Health EDRM di semua tingkatan, dan kesehatan dan keselamatan kerja personel.
4. Sumber daya keuangan: Mendukung pelaksanaan kegiatan Health EDRM, pengembangan kapasitas dan pendanaan darurat untuk tanggap darurat dan pemulihan.
5. Manajemen informasi dan pengetahuan: Mencakup penilaian risiko, pengawasan, peringatan dini, manajemen informasi, bimbingan teknis dan penelitian.
6. Komunikasi risiko: Mengakui bahwa berkomunikasi secara efektif sangat penting untuk kesehatan dan sektor lain, otoritas pemerintah, media, dan masyarakat umum.
7. Infrastruktur dan logistik kesehatan: Berfokus pada fasilitas kesehatan yang aman, berkelanjutan, aman dan siap, infrastruktur penting (misalnya air, listrik), dan sistem logistik dan pasokan untuk mendukung Health EDRM.
8. Kesehatan dan layanan terkait: Mengenali berbagai layanan perawatan kesehatan dan tindakan terkait untuk Health EDRM.
9. Kapasitas masyarakat untuk Health EDRM: Berfokus pada penguatan kapasitas tenaga kesehatan lokal dan perencanaan dan tindakan yang berpusat pada masyarakat yang inklusif.

10. Pemantauan dan evaluasi: Mencakup proses untuk memantau kemajuan dalam mencapai tujuan Health EDRM, termasuk memantau risiko dan kapasitas serta mengevaluasi penerapan strategi, program dan kegiatan terkait.



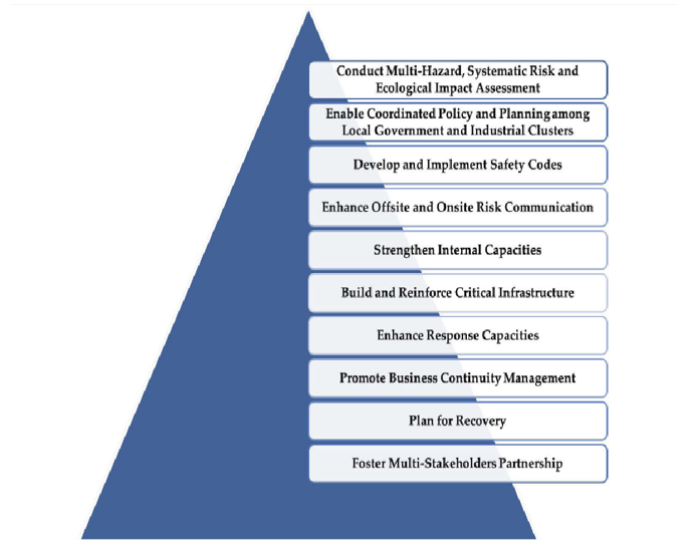
Gambar 2.2 Health EDRM

2.3.3. Kerangka Natech Risk Management

NATECH (*Natural Hazard Triggering Technological Disaster*) adalah tema yang muncul di bidang pengurangan risiko bencana secara global. Kerangka Kerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana 2015-2030 dan Laporan Penilaian Global (GAR 2019) telah menekankan perlunya terlibat dalam penilaian risiko NATECH, perumusan kebijakan, dan tindakan lokal. Pada tahun 2017, UNDRR mengembangkan pedoman penilaian risiko bencana nasional yang mencakup risiko NATECH dan mendesak negara-negara untuk melakukan penilaian risiko, perencanaan kesiapsiagaan, dan membangun kapasitas untuk respons yang efektif . Kawasan Asia-Pasifik menghadapi rangkaian bencana alam yang bervariasi yang menciptakan kompleksitas yang lebih besar dan ketidakpastian yang mendalam dalam menghadapi perubahan iklim dan industrialisasi yang pesat. Mengingat jumlah industri kimia dan unit yang menangani bahan berbahaya meningkat, risiko NATECH meningkat di wilayah tersebut. Hal ini memerlukan peningkatan pemahaman saat ini tentang risiko NATECH

berdasarkan insiden masa lalu dan kemungkinan peristiwa masa depan untuk pengambilan keputusan yang tepat.

Natech Risk Management Guidance



Gambar 2.3 Asia Pacific Regional Framework for NATECH (Natural Hazards Triggering Technological Disasters) Risk Management. U NDRR. 2020.

Sepuluh prinsip panduan untuk manajemen risiko NATECH di kawasan Asia-Pasifik yaitu :

1. Melakukan Kajian Multi-Bahaya, Risiko Sistematis, dan Dampak Ekologis.

Penilaian risiko yang holistik dan sistematis untuk berbagai bahaya harus menjadi dasar dari semua tindakan di masa mendatang untuk manajemen risiko NATECH.

Manajemen risiko NATECH memerlukan penilaian risiko holistik dalam semua dimensi kerentanan, kapasitas, dan keterpaparan masyarakat, aset, dan lingkungan terhadap berbagai bahaya. Ini harus mencakup penilaian saling ketergantungan sistemik antara bahaya alam dan bahaya teknologi di lingkungan binaan dan mengevaluasi keefektifan kapasitas yang

ada sehubungan dengan kemungkinan skenario risiko.

2. Mengaktifkan Kebijakan dan Perencanaan Terkoordinasi antara Pemerintah Daerah dan Klaster Industri.

Perencanaan yang efektif untuk manajemen risiko NATECH harus melibatkan keterlibatan aktif lembaga di semua tingkatan dengan peran dan tanggung jawab terikat waktu untuk semua pemangku kepentingan termasuk sektor swasta.

Setiap Negara memiliki tanggung jawab utama untuk membangun dan menerapkan sistem tata kelola risiko yang terdiri dari institusi, mekanisme dan kebijakan untuk implementasi kerangka kerja saat ini di tingkat nasional, sub-nasional dan di tempat. Perencanaan yang efektif untuk manajemen risiko NATECH harus melibatkan keterlibatan aktif lembaga legislasi dan pelaksana di semua tingkatan; dengan demikian jelas menyuarakan peran dan tanggung jawab yang terikat waktu di semua pemangku kepentingan termasuk bisnis swasta dan akademisi. Sumber pendanaan untuk implementasi rencana harus ditentukan dalam rencana. Keterkaitan dengan rencana manajemen risiko bencana yang ada, pembangunan berkelanjutan dan rencana adaptasi perubahan iklim harus dilakukan jika memungkinkan.

3. Mengembangkan dan Menerapkan Kode Keselamatan.

Kode dan peraturan keselamatan untuk penggunaan lahan, konstruksi, desain, material, dan penggunaan untuk memastikan infrastruktur yang berkelanjutan dan tangguh yang disesuaikan dengan kebutuhan nasional dan lokal dengan menggabungkan pengalaman global dan regional. Mekanisme lebih lanjut untuk penerapan dan pemantauan harus diatur oleh pihak berwenang.

Kode dan peraturan keselamatan harus dikembangkan di tingkat nasional dan sub-nasional yang melayani berbagai aspek keselamatan struktural dan non-struktural dengan pendekatan semua bahaya. Ini termasuk norma untuk penggunaan lahan, konstruksi,

desain, material, dan penggunaan untuk memastikan infrastruktur yang berkelanjutan dan tangguh. Kode, yang disesuaikan dengan kebutuhan nasional dan lokal, harus menggabungkan pengalaman global dan regional.

4. Tingkatkan Komunikasi Risiko di Luar dan di Lokasi

Temuan dari penilaian risiko dan pengembangan kode perlu dikomunikasikan secara efektif kepada semua pemangku kepentingan untuk pengambilan keputusan yang terinformasi untuk manajemen risiko yang efektif. Ini harus dilengkapi dengan peningkatan komunikasi risiko antara ilmuwan, komunitas, dan pembuat kebijakan; di antara personel instalasi industri dan berbahaya; antara instalasi tersebut dan masyarakat sekitar yang terpapar.

Penilaian risiko yang komprehensif adalah pra-kursor untuk komunikasi risiko yang efisien. Komunikasi risiko memberikan dasar untuk pengambilan keputusan yang terinformasi untuk manajemen risiko yang efektif dan mencakup pemahaman dan membangun persepsi risiko para pemangku kepentingan. Komunikasi risiko yang efektif harus dilakukan antara komunitas ilmiah & akademik dan pembuat kebijakan; di antara personel instalasi industri dan berbahaya; antara instalasi tersebut dan masyarakat sekitar yang terpapar

5. Memperkuat Kapasitas Internal

Membangun kapasitas melalui pengembangan keterampilan untuk pemetaan sumber daya, respons, dan peningkatan sumber daya yang diperlukan (manusia, peralatan, dan keuangan). Pemerintah pusat dan daerah perlu bekerja sama untuk memperkuat kapasitas di tingkat nasional, sub-nasional dan lokal untuk memberikan peringatan dini secara tepat waktu dan tanggapan khusus terhadap insiden NATECH.

Pengembangan kapasitas mencakup pengembangan keterampilan, pemetaan sumber daya, dan peningkatan sumber daya yang dibutuhkan (baik manusia, peralatan, dan keuangan). Penanggung jawab setiap

instalasi berbahaya dan industri bertanggung jawab untuk mengembangkan kapasitas di lokasi untuk mitigasi, respons cepat, dan pemulihan cepat yang sepadan dengan sifat dan jumlah risiko yang dinilai. Mereka juga bertanggung jawab untuk meningkatkan kapasitas penanggulangan masyarakat di luar lokasi. Setiap Negara bertanggung jawab untuk memperkuat kapasitas internal di tingkat nasional dan sub-nasional untuk memberikan peringatan dini secara tepat waktu dan tanggapan khusus terhadap NATECH.

6. Membangun dan Memperkuat Infrastruktur Penting

Infrastruktur penting perlu dirancang untuk meminimalkan gangguan layanan jika terjadi bencana NATECH. Pada saat yang sama, infrastruktur yang ada perlu diperbaiki berdasarkan penilaian risiko NATECH dan peraturan nasional.

Infrastruktur penting di tingkat nasional dan daerah perlu diperkuat dan dibuat tangguh oleh otoritas masing-masing untuk memastikan keberlangsungan fungsi sosial dan ekonomi masyarakat bahkan selama masa bencana. Infrastruktur garis hidup kesehatan, kebakaran, dan tanggap darurat yang tangguh membantu dalam pengurangan substansial korban jiwa & cedera dan dalam penahanan segera kerusakan dan kerugian aset.

7. Tingkatkan Kapasitas Respons

Kapasitas untuk merespons secara efektif perlu diperkuat di tingkat regional, nasional dan lokal. Negara-negara perlu berbagi, bekerja sama, dan membangun pusat respons NATECH bersama untuk respons NATECH lintas batas berdasarkan penilaian risiko.

Tes lakmus untuk mekanisme respons adalah jumlah nyawa yang diselamatkan dan jumlah kerusakan & kehancuran yang dicegah. Itu bergantung pada langkah-langkah kesiapsiagaan yang diinformasikan oleh NATECH, kesiapan dan kapasitas respons dari responden di lokasi dan di luar lokasi termasuk

masyarakat. Ini adalah tanggung jawab pihak berwenang di tingkat nasional, sub-nasional dan di tempat untuk menempatkan satu set badan khusus dan kelompok saling membantu untuk menyelamatkan nyawa, menahan dampak kesehatan dan lainnya, memastikan keselamatan publik dan memenuhi kebutuhan dasar langsung. kebutuhan masyarakat yang terkena dampak.

8. Mempromosikan Ketahanan Bisnis

Industri dan rumah perusahaan perlu menyadari risiko NATECH dan memperhitungkan keputusan investasi dan integrasi ke dalam rencana kesinambungan bisnis.

Setiap industri dan bisnis harus menganalisis risiko NATECH dan menerapkan pengaturan termasuk proses, rantai pasokan yang kuat, mekanisme keuangan untuk memastikan kelangsungan fungsi bisnis, kegiatan komersial, dan layanan setelah NATECH.

9. Rencana untuk Pemulihan

Perencanaan untuk pemulihan dini perlu diselaraskan dengan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dan harus dipandu oleh pendekatan “Membangun Kembali Lebih Baik” untuk mencegah terciptanya risiko di masa mendatang.

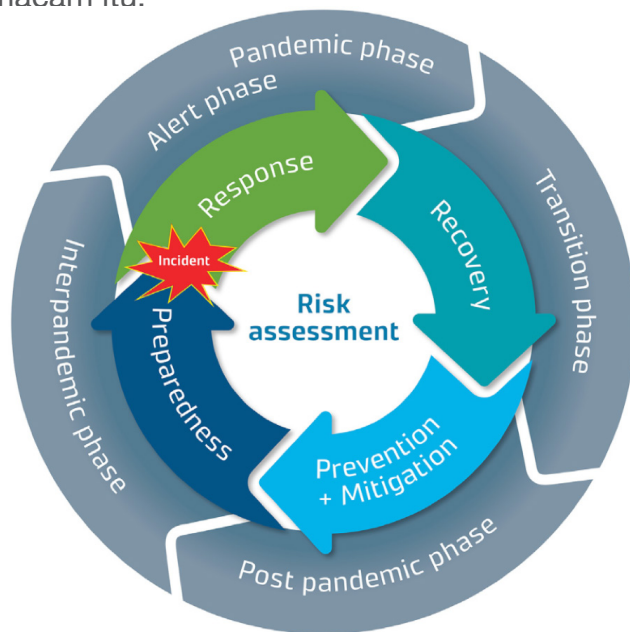
Otoritas sub-nasional dan di lokasi bertanggung jawab atas pembuangan dan pengelolaan hazmat yang aman, jika ada, yang dikeluarkan selama NATECH. Hal ini diikuti dengan pemulihan segera layanan, mata pencaharian dan kenormalan di masyarakat yang terkena dampak. Proses pemulihan harus diselaraskan dengan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dan harus dipandu oleh pendekatan membangun kembali dengan lebih baik untuk mencegah terciptanya risiko di masa depan.

10. Membina Kemitraan Multi-Pemangku Kepentingan

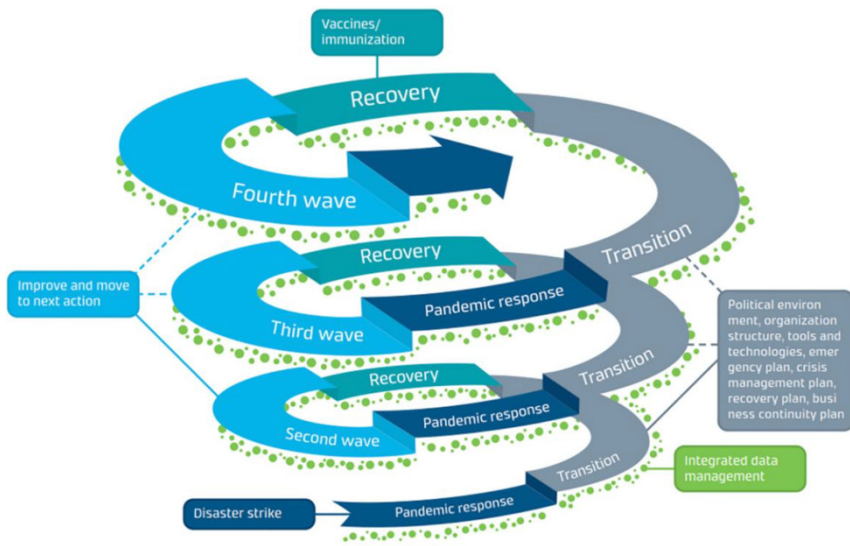
Manajemen risiko NATECH memerlukan pendekatan multidisiplin yang menyatukan akademisi, praktisi, dan pembuat kebijakan di berbagai tingkatan. Bab ARISE

regional dan negara, platform pengurangan risiko bencana untuk sektor swasta, dan jaringan bisnis lainnya harus dimanfaatkan untuk mempelopori dan mendorong kemitraan NATECH di kawasan Asia Pasifik.

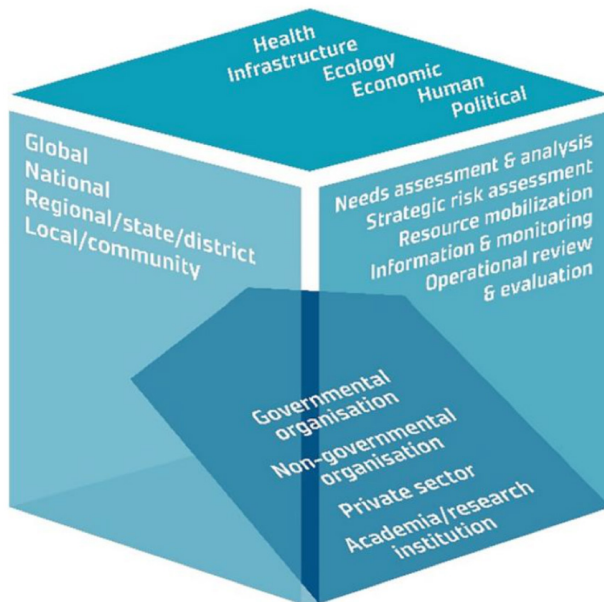
Manajemen risiko NATECH adalah bidang inter dan transdisipliner dan berupaya menyatukan akademisi, praktisi, dan pembuat kebijakan di berbagai tingkatan. Bergantung pada sifat bencana teknologi, NATECH terkadang meminta kerja sama lintas batas untuk pengelolaannya. Merupakan tanggung jawab otoritas di tingkat yang relevan untuk memelihara kemitraan semacam itu.



Gambar 2.4. Tanggapan terhadap bahaya biologis dan alam mengikuti siklus manajemen risiko bencana yang sama – tetapi dalam kasus pandemi, fase siaga dan pandemi (melaporkan peningkatan rata-rata kasus global, dengan jumlah tertinggi pada fase pandemi) sesuai dengan fase respons manajemen risiko bencana, sedangkan fase transisi (melaporkan penurunan yang signifikan dari rata-rata kasus global) berkorelasi dengan pemulihan dari bencana.



Gambar 2.5. Transisi dari tanggap pandemi ke pemulihan secara spiral: ada kemungkinan besar gelombang pandemi kedua dan bahkan ketiga jika tidak ada vaksin atau imunisasi, setiap gelombang baru mendorong siklus pengurangan risiko bencana dari pemulihan kembali ke fase respon



Gambar 2.6. Langkah-langkah respons dan pemulihan yang efektif untuk krisis pandemi membutuhkan koordinasi berbagai aktor di sejumlah bidang dan di berbagai jeda waktu.

2.3.4. *One Health Approach*

One Health adalah pendekatan kolaboratif, multisektoral, dan transdisiplin di tingkat lokal, regional, nasional, dan global yang bertujuan mencapai hasil kesehatan yang optimal mengakui interkoneksi antara manusia, hewan, tanaman, dan lingkungan . Masalah *One Health* meliputi penyakit zoonosis yang *emerging*, *re-emerging*, dan endemik, penyakit tropis yang terabaikan, penyakit yang ditularkan melalui vektor, resistensi antimikroba, keamanan pangan dan ketahanan pangan, pencemaran lingkungan, perubahan iklim, dan ancaman kesehatan lainnya yang dialami oleh manusia, hewan, dan lingkungan . Populasi manusia tumbuh dan berkembang ke wilayah geografis baru sehingga semakin banyak orang yang hidup dekat dengan hewan liar dan hewan peliharaan, baik hewan ternak maupun hewan peliharaan .

Zoonosis adalah penyakit dan infeksi yang ditularkan secara alami di antara hewan vertebrata dan manusia dan lebih dari 200 jenis zoonosis yang diketahui . Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik antara lain Malaria, Chikungunya, JE, Rabies, Flu Burung, Leptospirosis, Antraks, Pes .

Dalam rangka akselerasi Pengendalian Zoonosis telah dibentuk Komisi Nasional Pengendalian Zoonosis melalui PERPRES No.30 Tahun 2011 tentang Pengendalian Zoonosis, diatur langkah-langkah komprehensif dan terpadu dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, dunia usaha, organisasi profesi, lembaga non pemerintah, perguruan tinggi, dan lembaga internasional serta seluruh lapisan masyarakat serta pihak terkait lainnya. Strategi pengendalian zoonosis dilakukan dengan mengutamakan prinsip pencegahan penularan kepada manusia dengan meningkatkan upaya pengendalian zoonosis pada sumber penularan. penguatan koordinasi lintas sektor, sinkronisasi, pembinaan, Pengawasan, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan kebijakan, strategi dan program perencanaan terpadu dan percepatan pengendalian melalui surveilans,

pengidentifikasian, pencegahan, tata laksana kasus dan pembatasan penularan, penanggulangan wabah atau kejadian luar biasa (KLB) dan pandemi serta pemusnahan sumber zoonosis pada hewan apabila diperlukan. Strategi lain adalah melalui penguatan perlindungan wilayah yang masih bebas terhadap penularan zoonosis baru. Peningkatan upaya perlindungan masyarakat dari ancaman penularan zoonosis. Penguatan kapasitas sumber daya manusia, logistik, pedoman pelaksanaan, prosedur teknis pengendalian, kelembagaan dan anggaran pengendalian zoonosis. Penguatan penelitian dan pengembangan zoonosis. Pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan dunia usaha, perguruan tinggi, LSM, dan organisasi profesi, serta pihak-pihak lain .

Perpres No. 30/2011 juga mengatur pembentukan Komisi Nasional Pengendalian Zoonosis yang bertindak sebagai Pusat Pengendalian Zoonosis saat terjadi kejadian luar biasa/wabah dan pandemi akibat zoonosis. Komnas diketuai Menko Kesra. Wakil Ketua terdiri dari Menkes, Mendagri, dan Mentan. Anggota terdiri dari Menlu, Menhan, Menkeu, Menhut, Mendiknas, Menristek, Menkominfo, Menhub, Men LH, Kepala Bappenas, Men PP dan PA, Menbudpar, Panglima TNI, Kapolri, Sesneg, dan Ketua Umum PMI. Sekretaris Komnas adalah Deputy Menko Kesra Bidang Koordinasi Kesehatan, Kependudukan, dan Keluarga Berencana. Sementara Wakil Sekretaris terdiri dari Dirjen Peternakan dan Kesehatan Hewan, Kemtan dan Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemkes

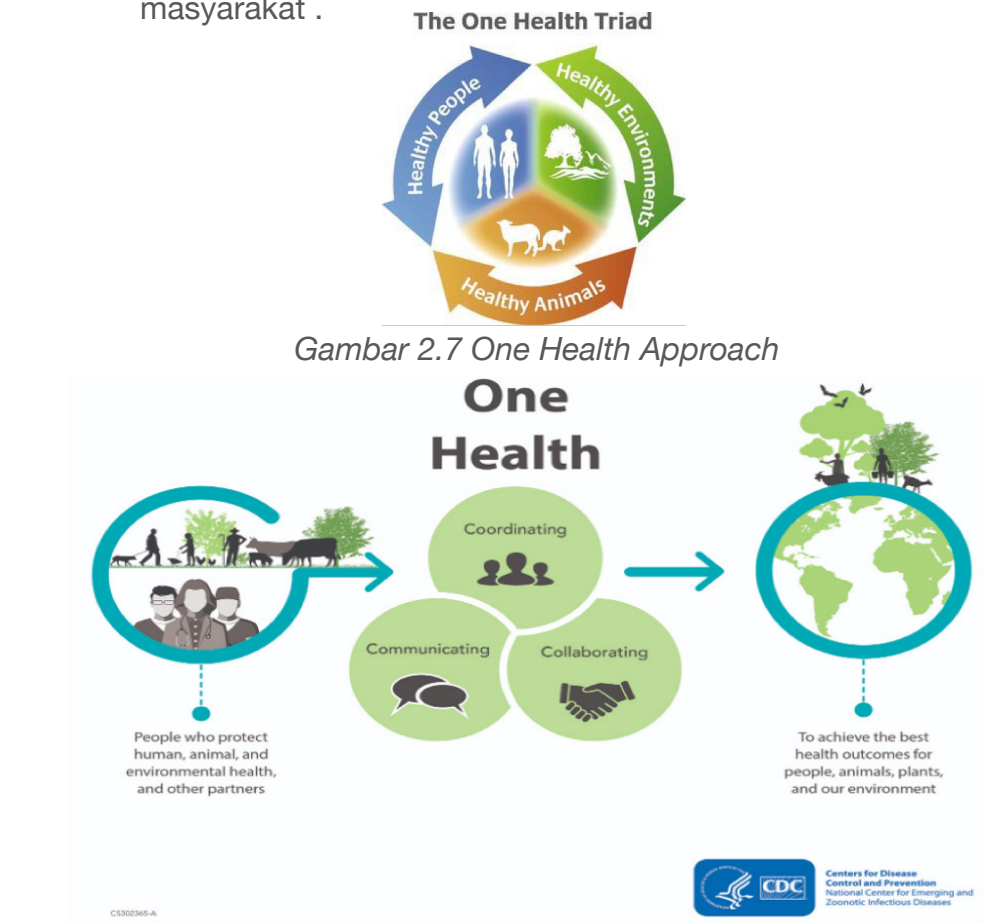
Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI memuat Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik dalam Rencana Aksi Program 2020-2024 .

Zoonotic Diseases Action Package (ZDAP) merupakan salah satu action packages atau perangkat upaya yang disepakati negara-negara yang tergabung dalam

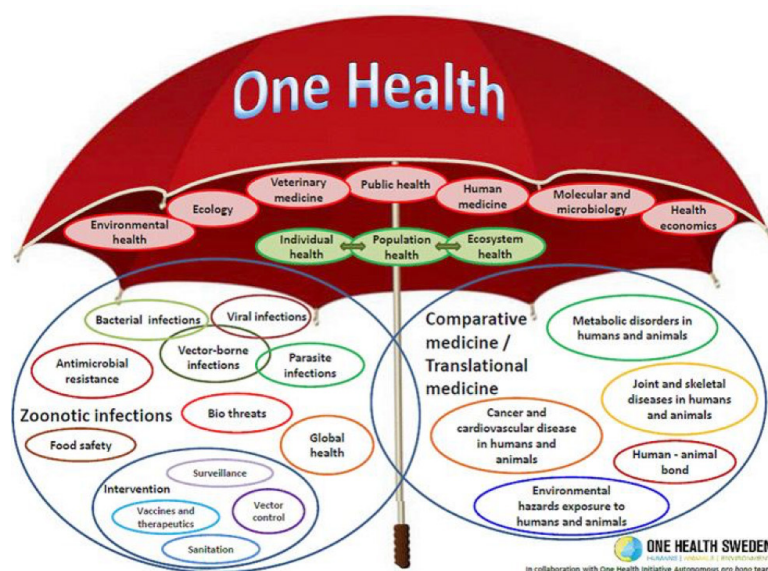
forum *Global Health Security Agenda (GHSA)*. Forum ini dimaksudkan untuk memperkuat kapasitas masing-masing negara dalam detect, prevent dan respond, yaitu deteksi, pencegahan, dan respon terhadap ancaman kesehatan masyarakat global atau *public health threat*. Kapasitas yang ditingkatkan mencakup 19 bidang atau technical area, termasuk perangkat penanggulangan Zoonosis atau ZDAP. ZDAP dimaksudkan untuk memperkuat kapasitas masing-masing negara dalam penanggulangan zoonosis. Sebab, zoonosis berpotensi menyebabkan KLB/wabah yang dapat meluas menjadi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD) atau *Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)* bila tidak ditanggulangi dengan tepat dan segera. Terdapat 14 negara yang masuk dalam kelompok ZDAP dan Indonesia merupakan lead country bersama Vietnam dan Senegal. Joint External Evaluation atau JEE oleh suatu kelompok ahli internasional dimana dimaksudkan untuk menilai kapasitas suatu negara dalam *detect, prevent* dan *respond*. Hasilnya, kapasitas Indonesia mendapat nilai 63 % dari nilai kapasitas ideal 100% dan untuk ZDAP sendiri dilakukan penilaian terhadap 3 komponen, yaitu (1) *Surveillance System*, (2) *Veterinary or Animal Health Workforce*, dan (3) *Mechanism for Responding to Zoonosis and Potential Zoonosis*. Hasil penilaian untuk ZDAP adalah 53%, dengan demikian kita harus bekerja keras untuk mencapai nilai tertinggi 100%. Tindak lanjut dari JEE adalah meningkatkan kapasitas dengan menyiapkan *National Action Plan for Health Security (NAPHS)* untuk diimplementasikan di masing-masing technical area, termasuk ZDAP dengan dukungan sumber daya yang mencukupi.

Saat ini terdapat pedoman peraturan perundangan yang mendukung pencegahan dan pengendalian zoonosis, yaitu : Inpres No. 4 Tahun 2019, Permendagri No. 101 Tahun 2018 serta Pedoman Koordinasi Lintas Kementerian/Lembaga dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit

Zoonosis dan Penyakit Infeksi Baru/Berulang. Dengan adanya pedoman ini merupakan panduan bagi masing-masing Lintas Kementerian/Lembaga berperan dalam penanggulangan penyakit yang mengancam keselamatan masyarakat .



Gambar 2.8 One Health



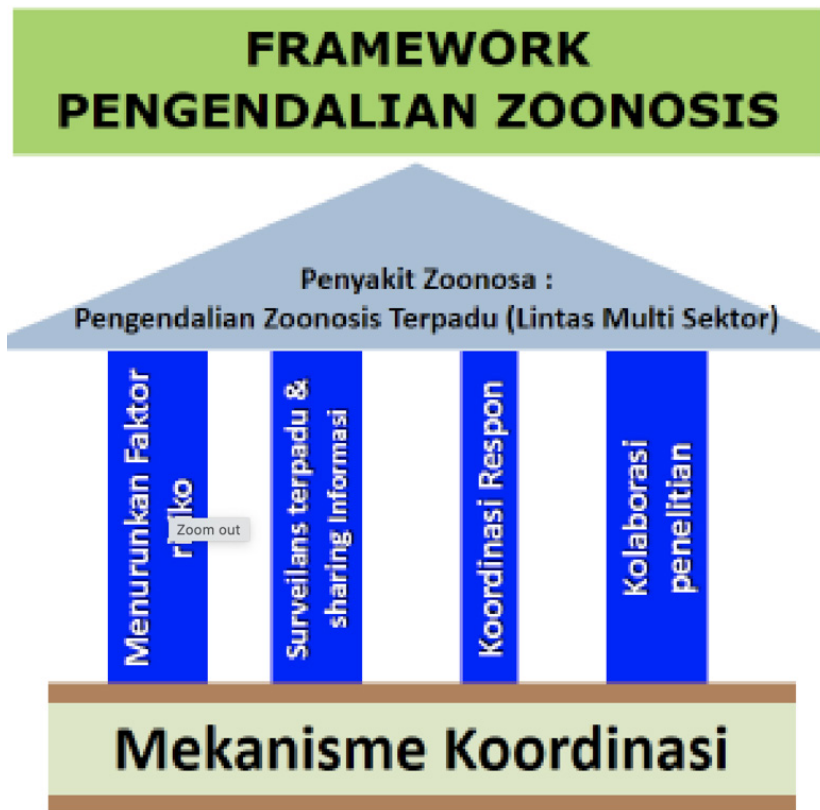
Gambar 2.9 One Health

One Health dapat membantu mengatasi segala sesuatu mulai dari penyakit yang dimulai pada serangga atau hewan dan menyebar menjadi pandemi manusia. Ini dapat mengatasi keterkaitan pertanian dengan kesehatan manusia dan hewan. Dan itu dapat membantu mendukung kebutuhan populasi dunia yang diperkirakan akan tumbuh dari 7 miliar menjadi 9 miliar pada tahun 2050.

Ruang lingkup One Health meliputi:

1. Konvergensi kesehatan manusia, hewan dan tumbuhan dan kesehatan lingkungan.
2. Ikatan manusia-hewan.
3. Pendidikan profesional dan pelatihan generasi profesional One Health berikutnya.
4. Penelitian, baik dasar maupun translasi.
5. Memastikan pasokan makanan dan air yang aman yang berkualitas tinggi, tersedia dan terjangkau.
6. Produksi pertanian dan penggunaan lahan, dan kesehatan tanah.
7. Sumber daya alam dan konservasi.
8. Surveilans penyakit, pencegahan dan penanggulangan, baik penyakit menular maupun

- penyakit kronis.
9. Pengobatan komparatif: kesamaan penyakit antara manusia dan hewan, seperti kanker, obesitas dan diabetes.
 10. Kedokteran klinis membutuhkan keterkaitan antar profesi kesehatan.
 11. Deteksi dan respons agen lingkungan.
 12. Kesiapsiagaan dan tanggap bencana.
 13. Kebijakan dan regulasi publik.
 14. Perdagangan global, perdagangan dan keamanan.
 15. Komunikasi dan penjangkauan.



Gambar 2.10 Framework pengendalian zoonosis



Gambar 2.11 Koordinasi, sinergi dan kolaborasi dalam pencegahan & pengendalian Zoonosis



Gambar 2.12 Program Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis

Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis Strategi untuk pencapaian tujuan:

1. Kegiatan surveilans zoonosis.
2. Pemantauan penatalaksanaan kasus zoonosis.
3. Peningkatan peran serta masyarakat melalui KIE, sosialisasi dan penggalan dana dari masyarakat.
4. Advokasi kepada penentu kebijakan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
5. Keterpaduan pelaksanaan baik secara lintas program dan sektor terkait dengan pendekatan One Health.
6. Meningkatkan cakupan dan kualitas program.
7. Pencegahan dan penanggulangan KLB
8. Menyelenggarakan sosialisasi pengendalian zoonosis (Flu Burung, Rabies, Leptospirosis, Antraks dan Pes)
9. Membuat dan mendistribusikan buku pedoman petunjuk teknis untuk pengelola program di setiap tingkat administrasi.
10. Meningkatkan kualitas surveilans untuk mempertajam sasaran program, mengukur pencapaian program serta menilai dampak program berdasarkan indikator yang ditetapkan.
11. Melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi. k. Menyediakan Vaksin Anti Rabies (VAR) dan Serum Anti Rabies (SAR) manusia sebagai buffer stock Pusat
12. Menyelenggarakan pertemuan untuk peningkatan kerjasama baik lintas program maupun lintas sektor.
13. Membantu daerah dalam upaya penanggulangan KLB.

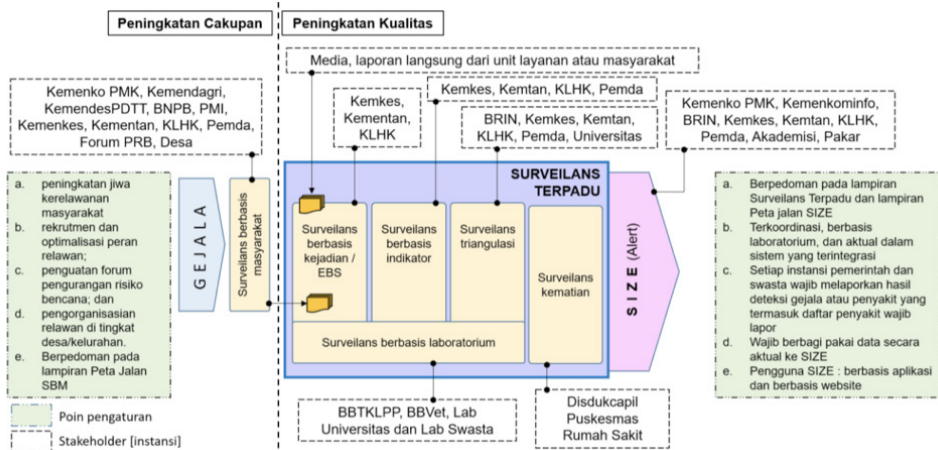
Kerangka Kerja Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor

Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor adalah kegiatan pengamatan penyakit yang sistematis, terus menerus, memperoleh dan berbagi data dan informasi tentang kejadian zoonosis dan penyakit infeksius baru secara terpadu lintas sektor (kesehatan masyarakat, kesehatan hewan dan kesehatan lingkungan/satwa liar)

yang berbasis masyarakat, berbasis laboratorium, dan secara aktual (real time), guna merekomendasikan tindakan pencegahan dan pengendalian zoonosis dan penyakit infeksius baru yang efektif dan efisien.

Tujuan Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor:

1. Deteksi dini kejadian penyakit;
2. Mengetahui situasi epidemiologi penyakit;
3. Menemukan patogen baru yang berpotensi risiko sebagai penyakit infeksius baru zoonosis; dan
4. Mengetahui potensi zoonosis yang mengakibatkan kematian tinggi yang tidak terdeteksi oleh surveilans penyakit.



Gambar 2.13 Kerangka Pengaturan dan Pemetaan Stakeholders Peningkatan Cakupan dan Kualitas Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor

Kerangka Kerja Sistem Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor, terinci sebagai berikut:

1. Perencanaan Surveilans Terpadu Lintas Sektor
 - a. Pemetaan infrastruktur;
 - b. Identifikasi dan analisis pemangku kepentingan;
 - c. Identifikasi zoonosis dan penyakit infeksius baru prioritas;

- d. Identifikasi tujuan surveilans terpadu;
 - e. Perencanaan program surveilans; dan
 - f. Target surveilans terpadu lintas sektor.
2. Pelaksanaan Surveilans Zoonosis dan Penyakit Infeksius Baru Terpadu Lintas Sektor
 - a. Standarisasi surveilans penyakit di semua tingkat (pusat dan daerah);
 - b. Standarisasi teknik diagnostik laboratorium;
 - c. Pengumpulan, transportasi, penyimpanan, dan pemeriksaan spesimen di laboratorium;
 - d. Pengumpulan dan pengolahan data;
 - e. Analisis data dan interpretasi bersama;
 - f. Pembuatan laporan bersama dan diseminasi laporan;
 - g. Berbagi data dan informasi lintas sektor;
 - h. Pelaporan resmi ke organisasi internasional; dan
 - i. Memberikan umpan balik.
 3. Penyelidikan/investigasi epidemiologi terpadu lintas sektor.
 4. Pemantauan dan evaluasi.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 101 Tahun 2018 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal SubUrusan Bencana Daerah Kabupaten/ Kota, yang meliputi:

1. Pelayanan informasi rawan bencana
2. Pelayanan pencegahan dan kesiapsiagaan terhadap bencana; dan
3. Pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban bencana.
4. Dalam hal pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban bencana sebagaimana tercantum dalam Pasal 4 (3) kegiatan pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban bencana adalah respons cepat Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit/wabah zoonosis prioritas, terdiri dari:
5. investigasi/penyelidikan epidemiologi terpadu/ wabah (zoonosis prioritas) untuk penemuan faktor risiko, penemuan kasus baru, penemuan kontak, pengambilan, pengepakan, pengiriman dan pengujian spesimen serta

konfirmasi laboratorium;

6. penetapan status keadaan darurat epidemi/wabah (zoonosis prioritas);
7. tindakan cepat penanganan epidemi/ wabah penyakit (zoonosis prioritas), yang direspons 24 jam setelah laporan, deteksi dini, dan tindakan teknis (tata laksana kasus/ isolasi/pengebalan/pengobatan/komunikasi risiko).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dalam pengaturan Pasal 2 disebutkan bahwa Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Provinsi terdiri atas:

1. Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; dan
2. Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi.

ROAD MAP



Gambar 2.14 Tahapan Operasionalisasi dan Pengembangan SIZE Nasional

Demikianlah, tinjauan singkat dari latar sejarah, upaya pemenuhan layanan kesehatan dan pengendalian rawan bencana, pemikiran mengenai hak asasi manusia, serta landasan hukum internasional yang harus dipertimbangkan masak-masak oleh pemerintah Indonesia di masa depan, jika akan membuat berbagai aturan untuk mengatasi bencana.

DAFTAR PUSATAKA

1. COVID - Coronavirus Statistics - Worldometer [Internet]. [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. The worst epidemics and pandemics in history | Live Science [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.livescience.com/worst-epidemics-and-pandemics-in-history.html>
3. pyrou MA, Tukhbatova RI, Wang CC, Valtueña AA, Lankapalli AK, Kondrashin V V., et al. Analysis of 3800-year-old *Yersinia pestis* genomes suggests Bronze Age origin for bubonic plague. *Nat Commun*. 2018 Jun 8;9(1):2234.
4. Cohn SK. Pandemics: waves of disease, waves of hate from the Plague of Athens to A.I.D.S. *. *Historical Research*. 2012 Nov;85(230):535–55.
5. Cañada JA, Venäläinen S. More-than-Human Dynamics of Inequality in the Governance of Pandemic Threats: Intersectionality, Social Positionings, and the Nonhuman during the 2014 Ebola Outbreak. *Engag Sci Technol Soc*. 2022 Sep 14;8(2).
6. Herring DA, Swedlund AC, editors. *Plagues and Epidemics*. Routledge; 2020.
7. HUBER V. The Unification of The Globe By Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851–1894. *The Historical Journal*. 2006 Jun 7;49(2):453–76.
8. Kreuder-Sonnen C. International authority and the emergency problematique: IO empowerment through crises. *International Theory*. 2019 Jul 13;11(2):182–210.
9. Halabi SF. The Origins and Future of Global Health Law: Regulation, Security, and Pluralism. *Georgetown Law Journal*. 2020;108:1607.
10. Liu YC, Kuo RL, Shih SR. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomed J*. 2020 Aug;43(4):328–33.
11. Timeline of WHO's response to COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
12. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum [Internet]. [cited 2023 Mar 14]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
13. The Lancet. The politics of PHEIC. *The Lancet*. 2019

- Jun;393(10190):2470.
14. Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
 15. International Health Regulation Third Edition. World Health Organization (WHO); 2005.
 16. Wilder-Smith A, Osman S. Public health emergencies of international concern: a historic overview. *J Travel Med.* 2020 Dec 23;27(8).
 17. Davies SE, Youde J. The IHR (2005), Disease Surveillance, and the Individual in Global Health Politics. *The International Journal of Human Rights.* 2013 Jan;17(1):133–51.
 18. Kitamura T, Obara H, Takashima Y, Takahashi K, Inaoka K, Nagai M, et al. World Health Assembly Agendas and trends of international health issues for the last 43 years: Analysis of World Health Assembly Agendas between 1970 and 2012. *Health Policy (New York).* 2013 May;110(2–3):198–206.
 19. Suthar AB, Allen LG, Cifuentes S, Dye C, Nagata JM. Lessons learnt from implementation of the International Health Regulations: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2018 Feb 1;96(2):110–121E.
 20. Spagnolo A. (Non) Compliance with the International Health Regulations of the WHO from the Perspective of the Law of International Responsibility. *Global Jurist.* 2018 Apr 25;18(1)
 21. Bartolini G. The Failure of ‘Core Capacities’ Under The WHO International Health Regulations. *International and Comparative Law Quarterly.* 2021 Jan 8;70(1):233–50.
 22. Adini B, Singer SR, Ringel R, Dickmann P. Earlier detection of public health risks – Health policy lessons for better compliance with the International Health Regulations (IHR 2005): Insights from low-, mid- and high-income countries. *Health Policy (New York).* 2019 Oct;123(10):941–6.
 23. Burkle FM. Political Intrusions into the International Health Regulations Treaty and Its Impact on Management of Rapidly Emerging Zoonotic Pandemics: What History Tells Us. *Prehosp Disaster Med.* 2020 Aug 13;35(4):426–30.
 24. Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. American Association for the International Commission of Jurists. 1985 Apr;5–7.

25. Applying Siracusa: A Call for a General Comment on Public Health Emergencies – Health and Human Rights Journal [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.hhrjournal.org/2020/04/applying-siracusa-a-call-for-a-general-comment-on-public-health-emergencies/>
26. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular. Presiden Republik Indonesia 1984.
27. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Kekarantinaan Kesehatan. Presiden Republik Indonesia 2018.
28. Sendai Framework at a Glance [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.preventionweb.net/sendai-framework/sendai-framework-at-a-glance>
29. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030. 2015.
30. Health emergency and disaster risk management framework. World Health Organization; 2019.
31. Asia-Pacific Regional Framework for NATECH (Natural Hazards Triggering Technological Disasters) Risk Management. 2020.
32. Necci A, Krausmann E. Natech risk management. Publications Office of the European Union.
33. Fakhruddin B (SHM), Blanchard K, Ragupathy D. Are we there yet? The transition from response to recovery for the COVID-19 pandemic. *Progress in Disaster Science*. 2020 Oct;7:100102.
34. One Health Basics | One Health | CDC [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html#print>
35. Zoonoses [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses>
36. Rencana Aksi Program 2020-2024. 2020.
37. Peraturan Presiden (PERPRES) tentang Pengendalian Zoonosis. Peraturan Presiden 2011.
38. Koordinasi Zoonotic Diseases Action Package (ZDAP) – P2P Kemenkes RI [Internet]. [cited 2023 Mar 17]. Available from: <http://p2p.kemkes.go.id/koordinasi-zoonotic-diseases-action-package-zdap/>
39. Rencana Aksi Kegiatan Pencegahan Penularan Penyakit Vektor dan Zoonotik 2015-2019. 2017.
40. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis

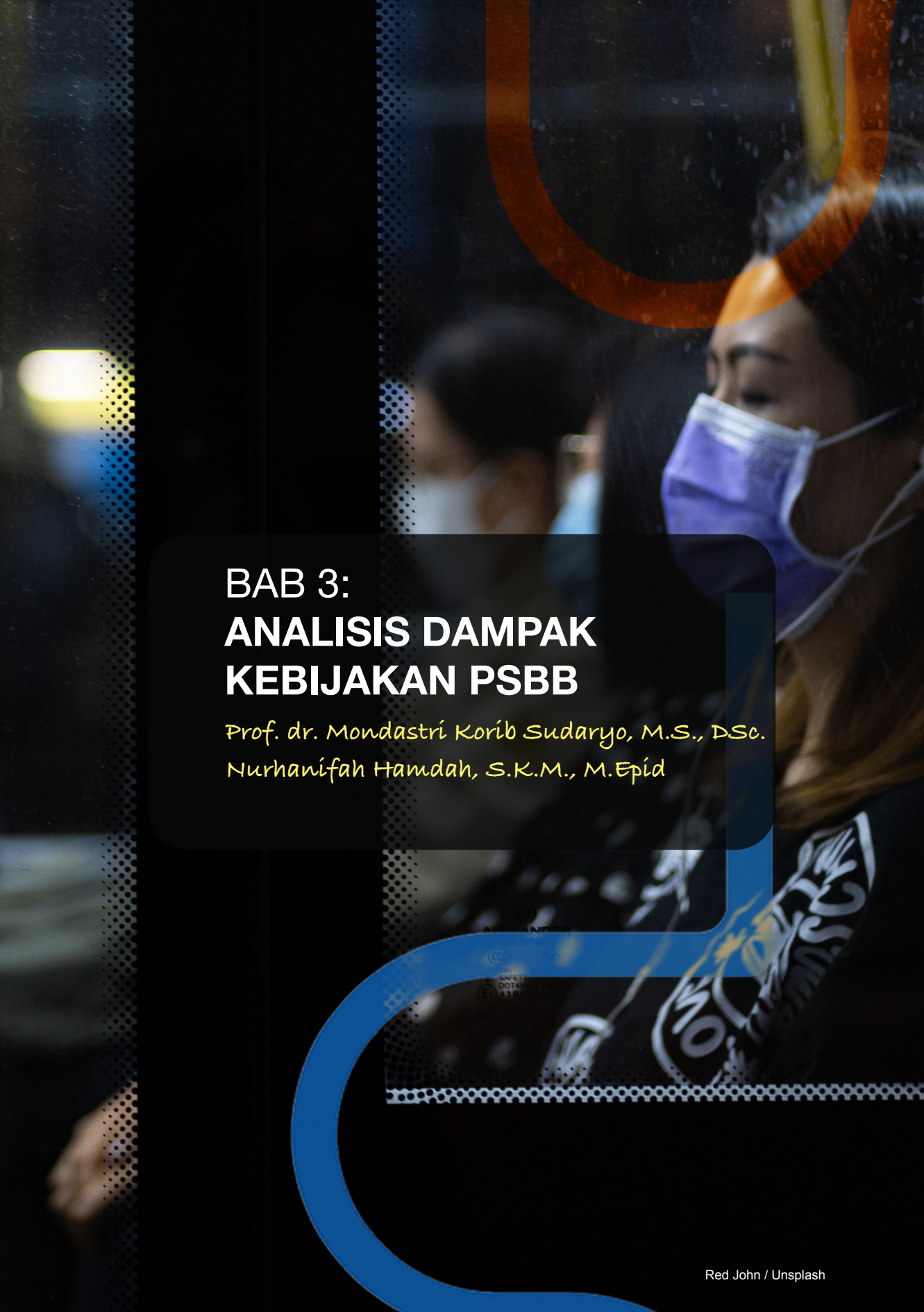
dan Penyakit Infeksius Baru. Menteri Koordinator Bidang
Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Republik Indonesia
2022.

A black and white photograph of President Joko Widodo of Indonesia. He is wearing a white shirt and a medal on his left chest, speaking into a microphone at a podium. The background is slightly blurred, showing parts of the Indonesian flag. There are decorative blue and orange curved lines overlaid on the image.

”

Krisis memberikan momentum bagi kita, untuk mengejar ketertinggalan, melakukan transformasi besar dengan melaksanakan strategi besat

- Presiden Joko Widodo



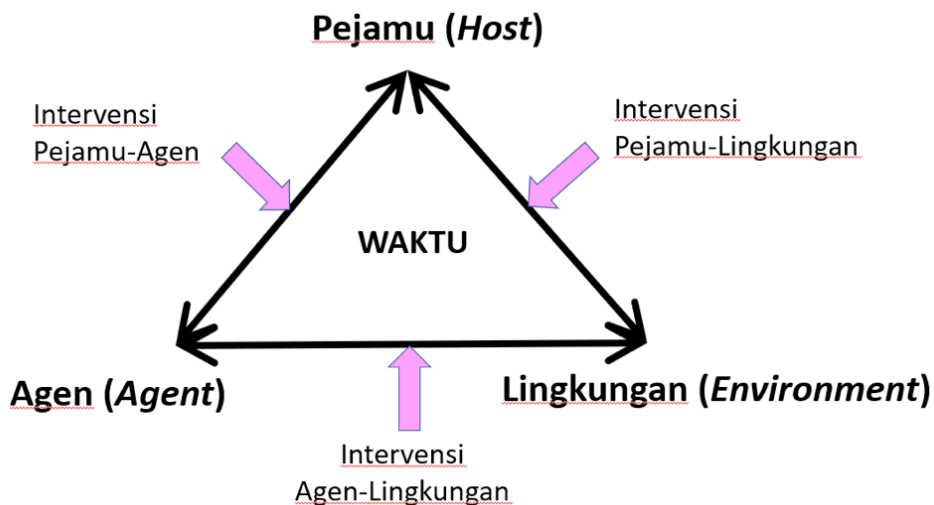
BAB 3: ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN PSBB

*Prof. dr. Mondastri Korib Sudaryo, M.S., DSc.
Nurhanifah Hamdah, S.K.M., M.Epid*

BAB 3

ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN PSBB

Dalam pengendalian suatu penyakit, faktor penyebab terjadinya penyakit perlu diketahui. *John Snow*, bapak epidemiologi modern, menggunakan konsep segitiga atau triad epidemiologi untuk melacak sumber terjadinya KLB (kejadian luar biasa) kolera di London pada tahun 1850-an sehingga KLB kolera di kota tersebut akhirnya dapat dikendalikan. Konsep segitiga epidemiologi tersebut dapat membantu memahami penyebaran penyakit melalui tiga komponen yaitu: *Pejamu (Host)*, *Agen (Agent)* dan *Lingkungan (Environment)*. Terjadinya pandemi COVID-19 di dunia, juga dapat digambarkan melalui model segitiga epidemiologi pada gambar sebagai berikut:

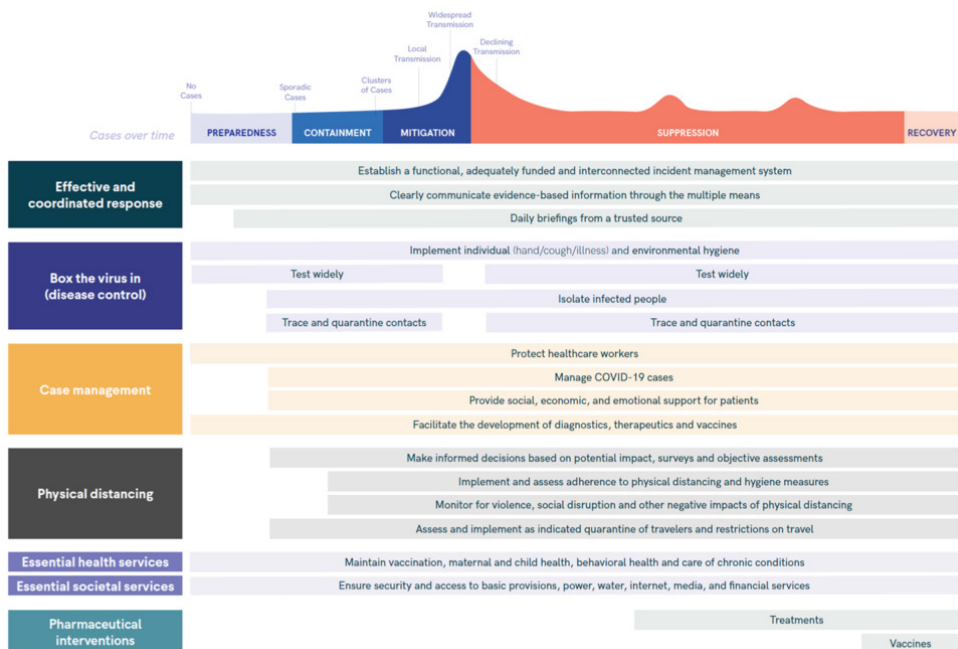


Gambar 3.1 Segitiga Epidemiologi

Dalam konteks COVID-19, agennya adalah SARS-CoV- 2 yang dipengaruhi oleh patogenisitas dan virulensi dari berbagai strain. Lingkungan mengacu pada lingkungan ekstrinsik faktor-faktor yang

mempengaruhi agen dan peluang untuk paparan seperti *droplet* yang menempel di permukaan sehingga dipengaruhi oleh ketahanan virus di lingkungan dan sirkulasi udara. Agent pada orang yang belum terinfeksi dipengaruhi oleh karakteristik kerentanan individu (misalnya, usia, seks, dan komorbiditas). Faktor pengganggu yang dapat memengaruhi interaksi ketiga komponen tersebut pada level komunitas, yaitu:

- a. Agen – Penjamu: Vaksinasi dan pengobatan dengan antivirus
- b. Lingkungan – Penjamu: Kebijakan untuk berlinggung di suatu tempat, menjaga jarak sosial, sering mencuci/ mendisinfeksi tangan, menghindari kontak fisik, dan menahan diri untuk tidak menyentuh wajah
- c. Agen – Lingkungan: Melakukan karantina mandiri dari individu yang terinfeksi, melakukan pembatasan perjalanan dair area dengan transmisi yang sedang meluas, memakai masker, dan melakukan pembersihan permukaan secara rutin



Sumber: preventepidemic.org

Gambar 3.2 Pengelolaan Respon

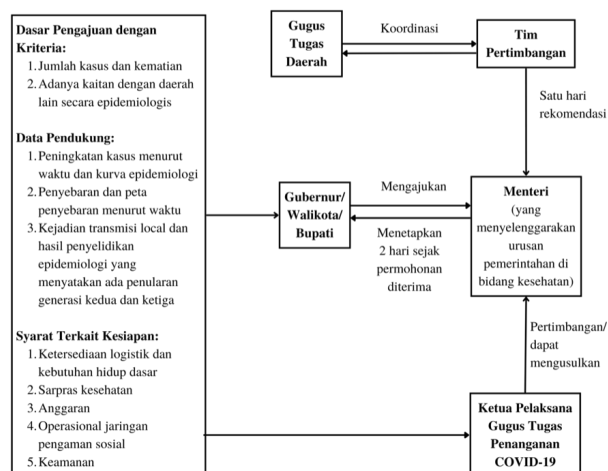
Berdasarkan Gambar 4.2, diagram pengelolaan respons terhadap COVID-19 yang dikutip dari COVID-19 Playbook, terdapat daftar tilik (*checklist*) esensial yang dapat dilakukan dalam mengelola respons COVID-19, yaitu mengelola respons yang terkoordinasi secara efektif, menekan virus untuk mengurangi penularan, mengelola kasus COVID-19 dengan aman, mengaktifkan dan menonaktifkan langkah-langkah jarak fisik jika perlu, menjaga layanan kesehatan esensial non-COVID-19, dan mempertahankan layanan sosial yang penting. Keenam daftar tilik tersebut disesuaikan dengan fase kasus dari waktu ke waktu, dari fase awal kesiapan (tidak ada kasus) hingga fase pemulihan di mana penularan menurun dan kasus cenderung stagnan dan kondisi lebih dapat terkontrol. Dilihat dari konsep segitiga epidemiologi dan pengelolaan respon yang telah dikembangkan oleh *preventepidemics.org*, untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi COVID-19 salah satunya dengan melakukan pembatasan jarak/ sosial/ mobilitas yang sebenarnya telah dilakukan oleh Pemerintah Indonesia berupa pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) (2).

3.1 Gambaran Umum Kebijakan PSBB

Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) merupakan pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah yang diduga terinfeksi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Pembatasan ini bertujuan untuk mencegah kemungkinan penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Adapun ruang lingkup penerapan PSBB ini adalah (a) minimal peliburan sekolah dan tempat kerja, (b) pembatasan kegiatan keagamaan, (c) pembatasan kegiatan di tempat/fasilitas umum. Namun, pembatasan kegiatan ini harus tetap mempertimbangkan kebutuhan pendidikan, produktivitas kerja, dan ibadah penduduk serta pemenuhan dasar penduduk. Peraturan terkait Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) ini tertuang dalam PP Nomor 21 Tahun 2020. Selanjutnya Kementerian Kesehatan RI membuat Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka

Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019. Dalam pedoman tersebut disampaikan bahwa suatu wilayah (Provinsi/ Kota/Kabupaten) dapat diberlakukan PSBB jika memenuhi kriteria, yaitu jumlah kasus dan/atau jumlah kematian akibat penyakit meningkat dan menyebar secara signifikan dan cepat ke beberapa wilayah dan terdapat kaitan epidemiologis dengan kejadian serupa di wilayah atau negara lain.

Penyelenggaraan PSBB ini dilakukan secara terkoordinasi dan bekerja sama dengan pihak terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Adapun pelaksanaannya diusulkan oleh gubernur/ bupati/ walikota kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan. Kemudian, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan tersebut menetapkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) ini dengan memperhatikan pertimbangan dari Ketua Pelaksana Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Setelah itu, Ketua Pelaksana Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dapat mengusulkan kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan untuk menetapkan PSBB di wilayah tertentu. Jika usulan tersebut disetujui oleh menteri, maka kepala daerah di wilayah tertentu wajib melaksanakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB).



Gambar 3.3 Alur Pengajuan Permohonan PSBB

Urutan pengajuan pemberlakuan PSBB menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 9 Tahun 2020 yaitu Kepala daerah mengajukan permohonan didasarkan pada kriteria dengan menyertakan data dukung dan kesiapan daerah:

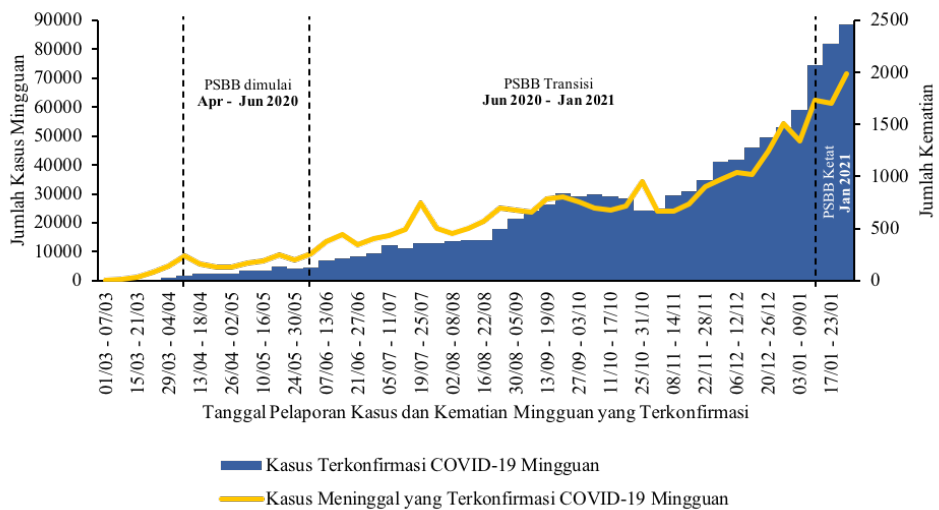
1. Menteri kesehatan dalam menetapkan berkoordinasi dan mendapat pertimbangan dari Ketua Pelaksana Gugus Tugas dan Tim Pertimbangan
2. Ketua Pelaksana Gugus Tugas memberikan pertimbangan atas permohonan Kepala Daerah atau dapat mengusulkan langsung pemberlakuan PSBB dengan didasarkan pada kriteria, didukung data, dan kesiapan daerah
3. Tim pertimbangan memberikan rekomendasi satu hari sejak permohonan diterima
4. Sebelum memberikan rekomendasi, tim pertimbangan berkoordinasi dengan gugus tugas daerah.

Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) ini mulai diterapkan di DKI Jakarta pada tanggal 9 April hingga 23 April 2020 yang tertuang dalam Peraturan Gubernur (Pergub) No. 33 Tahun 2020. Selanjutnya, pada tanggal 24 April hingga 4 Juni 2020, PSBB di DKI Jakarta diperpanjang dan diperluas ke beberapa kota di Pulau Jawa. Pada tanggal 5 Juni hingga 25 Januari 2021, secara nasional diterapkan PSBB Transisi yang merupakan bentuk periode transisi dari masa pembatasan kepada pelanggaran kegiatan sosial ekonomi yang dilakukan secara bertahap, tapi tetap harus mengikuti prinsip dan protokol kesehatan penanganan COVID-19. Khusus untuk daerah tertentu seperti DKI Jakarta, pada tanggal 14 September hingga 11 Oktober 2020, diberlakukan PSBB ketat dan selanjutnya pada tanggal 12 Oktober hingga 10 Januari 2021 kembali diterapkan PSBB transisi. Secara nasional, pada tanggal 11 – 25 Januari 2021 diberlakukan PSBB Ketat.

3.2 Perkembangan Kasus pada Periode PSBB

Jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 yang terdata dari awal pandemi hingga data terakhir per tanggal 30 September 2022, berjumlah 6,430,244 kasus yang telah kami input sebagai data

set yg kami analisis dalam laporan ini. Untuk jangka waktu mulai April 2020 hingga Januari 2021, yang merupakan periode diberlakukannya kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), terdata sebanyak 1,003,122 kasus, yang telah kami analisis secara khusus untuk menggambarkan sebaran dan tren kurva epidemi yang terkait dengan potensi efektivitas PSBB. Adapun perkembangan kasus COVID-19 pada periode PSBB, dapat digambarkan sebagai berikut:



Grafik 3.1 Kasus Terkonfirmasi dan Kematian COVID-19 Mingguan yang Terlaporkan di Indonesia selama Periode PSBB

Tampak secara keseluruhan, kurva epidemi kasus konfirmatif mingguan menunjukkan kenaikan yang tajam sepanjang tahun 2020, sehingga tidak mudah dari kurva tersebut melihat secara langsung dampak dari kebijakan PSBB di sepanjang tahun 2020 terhadap penurunan kasus harian atau mingguan COVID-19.

Efektivitas PSBB tergantung pada seberapa jauh aturan ini dapat menahan mobilitas penduduk secara masif (dalam jumlah besar), untuk tidak berpindah tempat dalam jarak yang cukup jauh. Tim peneliti Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), I. Ariawan, P. Riono, MN Farid, dan H. Jusril, Wiji Wahyuningsih dengan menggunakan sumber data mobilitas penduduk dari Cuebiq-UNICEF telah mendemonstrasikan bahwa

kebijakan PSBB memberikan efek berkurangnya pergerakan penduduk dan menunjukkan adanya korelasi antara proporsi penduduk yang tinggal di rumah pada saat PSBB dan peningkatan jumlah estimasi kasus berdasarkan onset (3). Peneliti menemukan pada data di tingkat nasional adanya korelasi yang jelas antara peningkatan jumlah estimasi kasus dengan kepatuhan penduduk yang rendah untuk tinggal di rumah, yaitu yang kurang dari 40%.

Mirip dengan pola nasional, proporsi yang menurun, dari penduduk DKI yang patuh tinggal di rumah ketika PSBB (khususnya ketika proporsi kepatuhan kurang dari 50%), akan diikuti dengan peningkatan jumlah kasus di provinsi tersebut. Pola korelasi ini di provinsi lain, seperti Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten, dan Sulawesi Selatan tidak terlalu nyata secara statistik. Dalam hal ini menjaga jarak, menghindari kerumunan dan membatasi perjalanan adalah merupakan esensi dari PSBB yang diterapkan di negara kita, sehingga ketidakpatuhan terhadap PSBB akan berdampak meningkatkan transmisi kasus baru di antara populasi. Dalam kajian ini, kami juga menganalisis efek PSBB terhadap tren kasus terkonfirmasi harian, secara nasional dan regional (Jawa-Bali dan luar Jawa-Bali).

Metode yang dipakai adalah dengan membandingkan perbedaan (*difference*) dari rerata (*mean*) perubahan (*delta*) kasus baru harian (*daily new cases*) terkonfirmasi pada periode setelah PSBB tertentu dengan rerata perubahan pada periode sebelum PSBB tersebut.

Untuk kepentingan analisis ini, terlebih dahulu dilakukan beberapa langkah penyiapan data set sebagai berikut:

1. dibuat variabel *delta* atau perubahan harian kasus terkonfirmasi dengan menghitung selisih kasus hari ke n dengan hari ke $(n-1)$, misalnya selisih hari ke 2 dengan hari ke 1, hari ke 3 dengan hari ke 2, hari ke 4 dengan hari ke 3, hari ke 5 dengan hari ke 4, dan demikian seterusnya. Perubahan (*delta*) kasus harian ini bisa positif jika jumlah kasus hari ke n lebih besar dari jumlah kasus hari ke $(n-1)$. Perubahan (*delta*) kasus harian ini juga bisa negatif jika jumlah kasus hari ke n lebih kecil dari jumlah kasus hari ke $(n-1)$.

2. Perubahan (*delta*) kasus harian (dari hari ke hari) ini dalam jangka waktu 40 hari sebelum hari pertama PSBB direratakan untuk mendapatkan rerata (*mean*) perubahan (*delta*) kasus harian periode sebelum PSBB. Dengan cara yang sama perubahan harian atau delta dari hari-hari di dalam jangka waktu 40 hari setelah hari terakhir PSBB juga direratakan untuk mendapatkan rerata (*mean*) perubahan (*delta*) kasus harian periode setelah PSBB. Masing-masing nilai rerata (*mean*) pada kedua periode tersebut, bisa positif dan bisa negatif. Nilai rerata positif menunjukkan hasil/ *resultante* akhir dari tren (kecenderungan) perubahan kasus ke arah peningkatan, sementara nilai rerata negatif menunjukkan hasil/ *resultante* akhir dari tren (kecenderungan) perubahan kasus ke arah penurunan.
3. Penilaian efektivitas PSBB secara sederhana (*simple*) tanpa pembanding (yaitu kelompok populasi kontrol yang tidak menjalani PSBB) dilakukan dengan membandingkan besar dan arah ke dua nilai rerata (*mean*) tersebut di atas, dan menghitung perbedaannya (*difference*). Nilai perbedaan (*difference*) dari rerata (*mean*) perubahan (*delta*) kasus baru harian tersebut diperoleh dengan menghitung selisih antara perubahan (*delta*) kasus harian (dari hari ke hari) pada periode selama 40 hari setelah diberlakukannya jenis PSBB tertentu dengan perubahan (*delta*) kasus harian pada periode selama 40 hari sebelum diberlakukannya jenis PSBB tersebut.
4. Jika nilai rerata setelah PSBB lebih rendah dari pada nilai rerata sebelum PSBB maka hal ini dapat digunakan untuk mengindikasikan secara sederhana adanya efektivitas dari PSBB. Disebut sederhana karena penilaian efektivitas ini tanpa disertai kelompok pembanding serta belum memperhitungkan berbagai pengaruh faktor-faktor lain yang dapat berpotensi menimbulkan bias yang pada akhirnya dapat memberikan kesimpulan yang keliru atau distortif. Potensi bias bisa terjadi karena efek penurunan tren kasus harian belum tentu murni semata-mata karena pengaruh intervensi PSBB, melainkan bisa juga secara bersama-sama dipengaruhi oleh intervensi lain

seperti penerapan atau tingkat kepatuhan protokol kesehatan 3M atau 5M, daya imunitas penduduk, program vaksinasi, perubahan kemampuan infeksi dan penularan virus, mutasi virus, ketersediaan dan pemakaian alat-alat APD, program promosi dan edukasi pemerintah dan lain-lain.

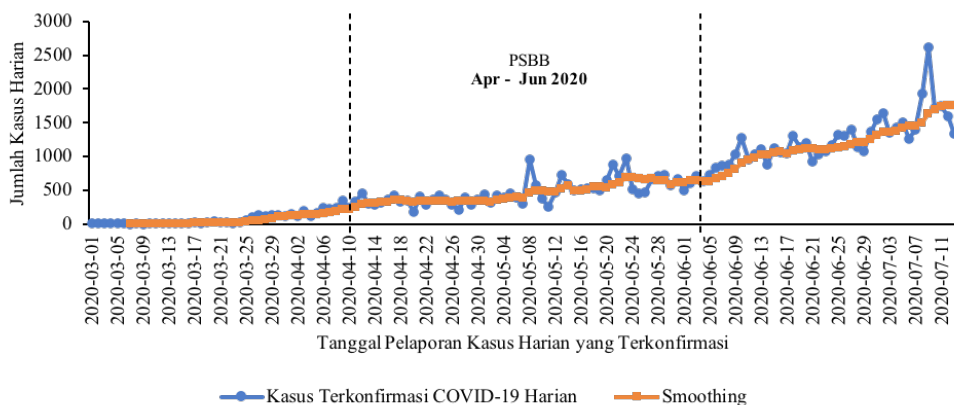
Untuk melihat peran *chance*, perbedaan tersebut kemudian dilihat kemaknaannya secara statistik dengan uji parametrik atau non-parametrik (sesuai keterpenuhan asumsi parametriknya). Interpretasi dan pengambilan kesimpulan dari perbedaan (selisih) rerata perubahan (*delta*) kasus baru harian yang terkonfirmasi ini harus dilakukan secara hati-hati, tidak semata-mata berbasis kemaknaan statistik (*statistical significance*) melainkan terutama berbasis pada kemaknaan epidemiologis dan kesehatan masyarakat (*epidemiologic and public health significances*) yang harus mempertimbangkan juga berbagai potensi distorsi efek (bias) yang turut berperan mempengaruhi tren kasus baru harian. Periode (jangka waktu) perubahan kasus harian sebelum dan sesudah PSBB ditentukan selama 2 kali masa inkubasi terpanjang, yaitu 19 hari (4), yang dibulatkan sekitar 40 hari sebelum PSBB dan 40 hari setelah PSBB.

Secara epidemiologis efek PSBB dan juga program preventif lainnya dapat lebih mudah tampak pada tren kasus konfirmatif harian (yang merupakan cerminan kasus baru/ *incidence cases*), dibandingkan pada tren kasus aktif atau kumulatif (yang merupakan cerminan dari kumpulan kasus yang ada/ *prevalence cases*). Sering terjadi tren penurunan kasus baru harian (*incidence*) tidak segera diikuti tren penurunan kasus kumulatif (*prevalence*), bahkan sampai waktu tertentu, walau kasus baru harian sudah turun, kasus kumulatif masih meningkat sampai periode waktu tertentu. Perubahan tren kasus baru harian secara epidemiologis tidak dapat dipastikan sepenuhnya karena efek PSBB saja. Perubahan tren tersebut merupakan hasil atau resultante dari efek gabungan (kumulatif) dari berbagai program intervensi yang berjalan pada periode waktu bersamaan, seperti PSBB, PPKM, protokol 3-M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak)

dan vaksinasi anti COVID-19.

Penting dipahami bahwa efek PSBB hanya dapat dikaitkan langsung dengan perubahan kasus baru (*incidence cases*) karena karakter PSBB sebagai bentuk intervensi yang bersifat preventif (yang efeknya dapat mengurangi risiko/ probabilitas penularan) dan bukan kuratif (mengurangi peluang perburukan penyakit ataupun kematian). Risiko kematian dipengaruhi terutama oleh tingkat/ derajat keparahan infeksi COVID-19, keberadaan komorbid (penyakit-penyakit penyerta) atau kondisi klinis tertentu (misal status gizi yang buruk) dan tata laksana serta terapi kuratif kasus di fasilitas layanan kesehatan, termasuk ketersediaan instrumentasi, alat-alat dan sarana prasarana untuk penanganan kasus di fasilitas kesehatan tersebut (seperti peralatan diagnostik dan lab, tabung oksigen, respirator, ruang IGD, ruang isolasi, ruang ICU), serta tak terkecuali juga kemampuan, keahlian dan ketrampilan tenaga kesehatan (seperti dokter, perawat) dalam menangani pasien (khususnya dalam kondisi berat atau kritis).

3.2.1. Perkembangan Kasus pada periode PSBB



Grafik 3.2 Kasus Terkonfirmasi Harian pada Periode PSBB

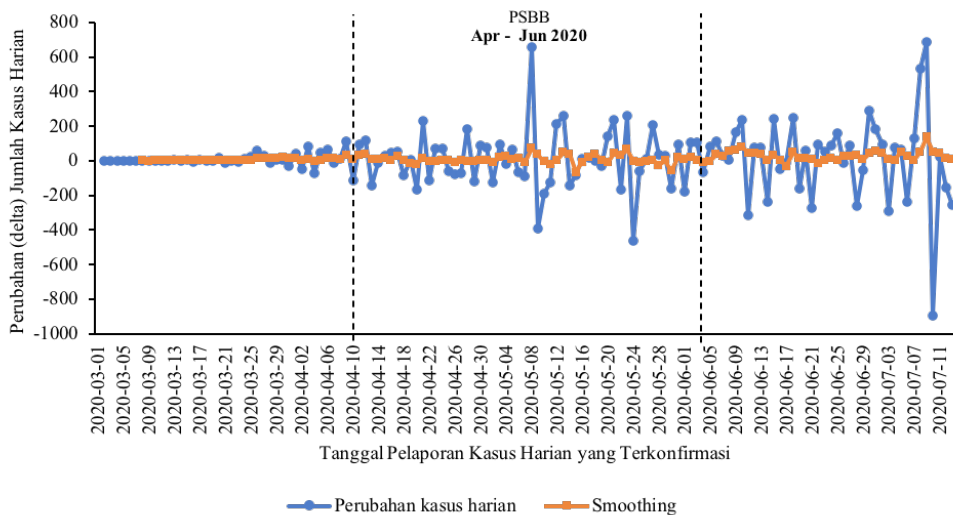
Dilihat dari kurva kasus harian pada periode PSBB, terlihat pergerakan kasus harian yang cukup fluktuatif dengan kecenderungan terus meningkat, sebagaimana terlihat pada kurva yang diperhalus yaitu menggunakan smoothing Rerata kasus bergerak dalam tujuh hari.

Tabel 3.1 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PSBB

PSBB 10 April – 3 Juni 2020	Rerata Perubahan Kasus (Δ) (kasus/hari)	Selisih Rerata Perubahan	Nilai-p*
Perubahan kasus harian sebelum PSBB	34.96	9.08	0.77
Perubahan kasus harian setelah PSBB	44.04		

*dianalisis menggunakan uji *Mann-Whitney test*

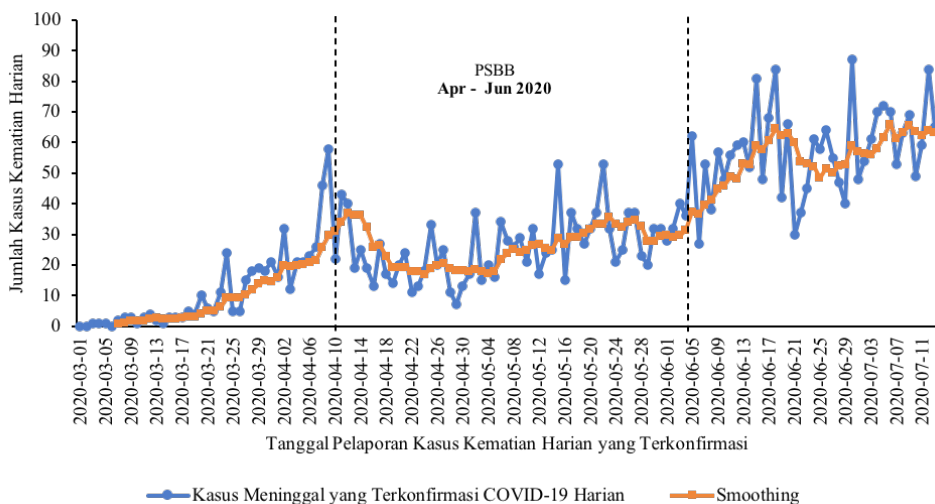
Pada analisis statistik, PSBB secara nasional tampak adanya perbedaan rerata perubahan kasus harian pada periode waktu sebelum PSBB dan periode setelah PSBB. Sebelum PSBB, terdapat rerata peningkatan kasus konfirmatif harian sekitar 35 kasus per hari, sementara setelah PSBB masih terjadi kenaikan kasus sekitar 44 kasus per hari. Tren peningkatan kasus harian setelah PSBB masih lebih tinggi dibandingkan sebelum PSBB sehingga PSBB belum dapat dianggap efektif menekan tren kenaikan kasus harian. Hasil studi lain yang dilakukan di 4 provinsi di Jawa Barat, Jawa Timur, Banten dan DKI Jakarta (5) mengindikasikan kebijakan PSBB, selama periode yang singkat April – Mei, belum dapat menurunkan angka insiden di Indonesia.



Grafik 3.3 Perubahan Kasus Terkonfirmasi Harian pada Periode PSBB

Jika dilihat berdasarkan grafik perubahan (delta) kasus harian, pergerakan grafik juga terlihat fluktuatif dengan kecenderungan terus meningkat hingga 40 hari setelah PSBB diberlakukan, sebagaimana juga terlihat dalam kurva yang diperhalus menggunakan smoothing Rerata perubahan kasus bergerak dalam tujuh hari.

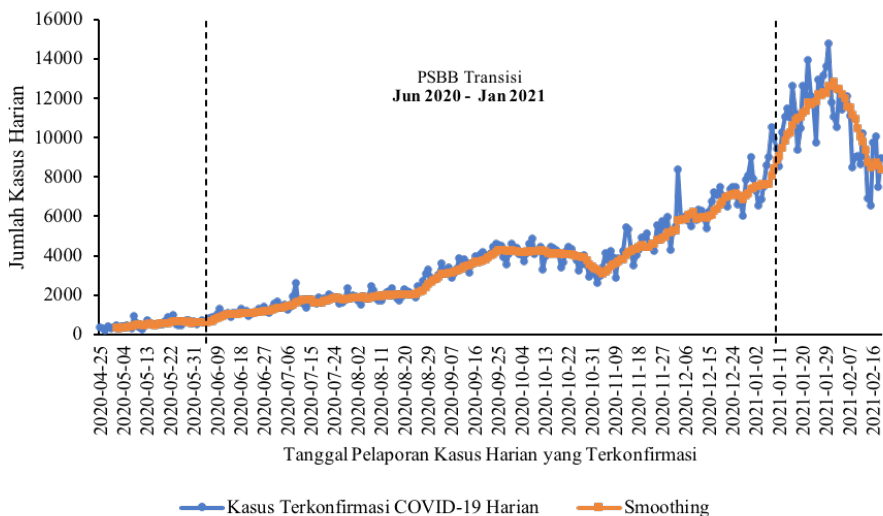
Walaupun dalam skala nasional belum tampak nyata efektifitas PSBB dalam menekan tren kenaikan kasus harian, namun terdapat studi yang mengindikasikan efektifitas PSBB secara terbatas dalam skala regional di wilayah tertentu. Dari hasil analisis data kasus harian terkonfirmasi di wilayah DKI Jakarta, pada periode Maret – Desember 2020, RK Das dan MK Sudaryo melaporkan adanya perbedaan (differences) nilai rerata (mean) dari perubahan kasus terkonfirmasi harian (daily case) antara periode waktu sebelum PSBB dan periode setelah PSBB. Sebelum PSBB, terdapat rerata peningkatan kasus konfirmatif harian sekitar 4 kasus per hari, sementara setelah PSBB terjadi penurunan sekitar 1 kasus konfirmatif per hari (6). Walau secara statistik perbedaan ini tidak bermakna, namun secara epidemiologis hal ini dapat mengindikasikan adanya efek PSBB terhadap penurunan tren perubahan kasus konfirmatif harian.



Grafik 3.4. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB

Sebagai informasi tambahan, tampak angka kasus kematian yang berfluktuasi dengan tren yang masih terus meningkat. Tren kematian ini merupakan dampak dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut (tingkat keparahan, adanya ko-morbid, status gizi, dll), dan hasil dari upaya kuratif di fasilitas layanan kesehatan, seperti prosedur penatalaksanaan pasien dan terapi obat-obatan/medikamentosa, ketersediaan dan kecukupan sarana prasarana atau ruang tindakan medis (IGD, ruang rawat, ruang isolasi, ICU, ICCU, dll), instrumen/ alat-alat diagnostik (lab kimia darah, rontgen, USG, dll) dan terapi kedokteran penunjang hidup (seperti tabung oksigen, respirator) serta tak terkecuali juga kemampuan, keahlian dan ketrampilan tenaga kesehatan (dokter, perawat dll) dalam menangani pasien. Dalam hal ini berbagai informasi di atas yang terkait perjalanan penyakit yang lebih lanjut tidak tersedia dalam data set kami, sehingga tidak dapat dianalisis pengaruh determinan terhadap tren kematian di atas.

3.2.2. Perkembangan Kasus pada periode PSBB Transisi



Grafik 3.5 Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Transisi

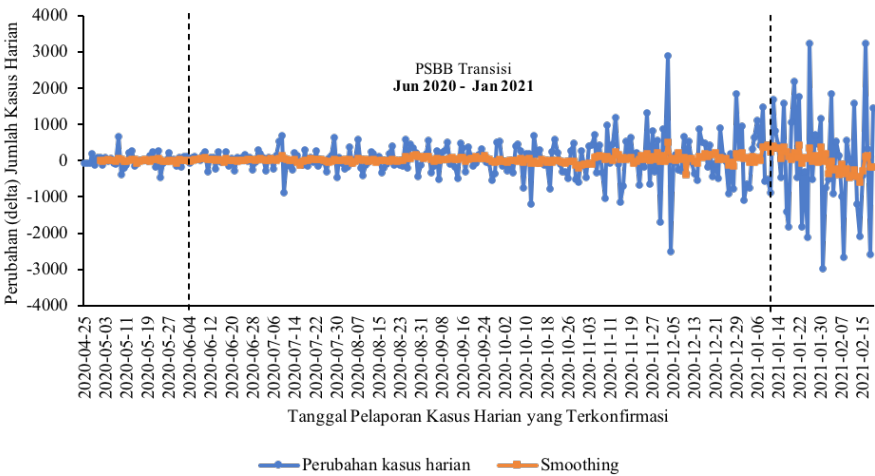
Untuk periode PSBB transisi, secara visual tampak kurva grafik yang cukup fluktuatif dengan tren yang meningkat sampai akhir PSBB transisi, untuk kemudian mulai menurun per 30 Januari 2021.

Tabel 3.2 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PSBB Transisi

PSBB Transisi 4 Juni 2020 – 10 Januari 2021	Rerata Perubahan Kasus (Δ) (kasus/hari)	Selisih Rerata Perubahan	Nilai-p*
Perubahan kasus harian sebelum PSBB Transisi	41.08	-1.15	0.825
Perubahan kasus harian setelah PSBB Transisi	39.93		

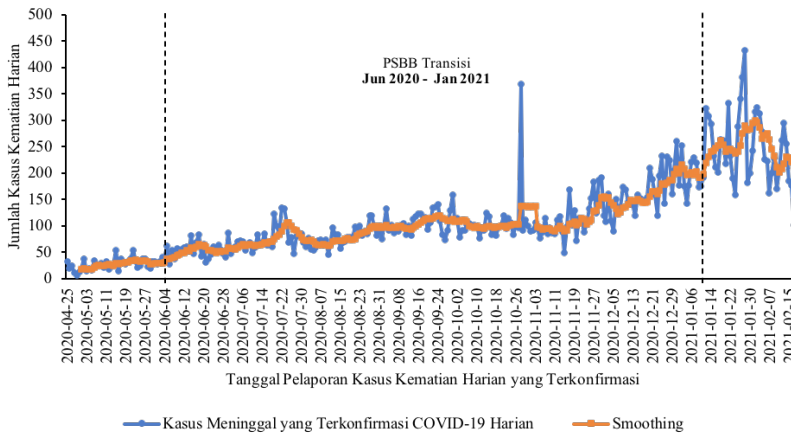
*dianalisis menggunakan uji *mann-whitney test*

Untuk PSBB tansisi tidak terlalu nyata perbedaan rerata perubahan (delta) kasus harian pada periode waktu sebelum PSBB transisi dan periode setelah PSBB transisi. Sebelum tanggal awal PSBB transisi terdapat rerata peningkatan kasus harian sekitar 41 kasus per hari, sementara setelah tanggal akhir PSBB transisi juga terjadi kenaikan yang hampir sama sekitar 40 kasus per hari. Hal ini tidak mengindikasikan adanya pengaruh/ efektifitas PSBB Transisi terhadap tren kasus harian



Grafik 3.6 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Transisi

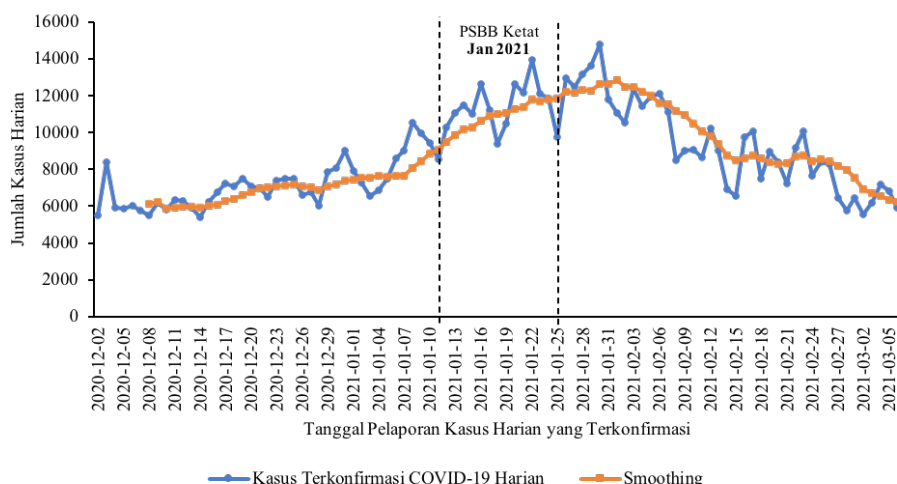
Jika dilihat berdasarkan grafik perubahan kasus harian, pergerakan grafik terlihat fluktuatif dengan kecenderungan perubahan (delta) yang terus meningkat hingga 40 hari setelah PSBB Transisi, sebagaimana juga terlihat dalam kurva yang diperhalus menggunakan smoothing Rerata perubahan kasus bergerak dalam tujuh hari.



Grafik 3.7. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Transisi

Pada grafik 3.7, tampak tren kasus kematian yang berfluktuasi dengan kecenderungan yang terus meningkat. Sebagaimana telah dibahas sebelumnya, tren kematian ini merupakan dampak dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut, (seperti tingkat keparahan, adanya ko-morbid, status gizi, dll), hasil dari upaya pengobatan kuratif di fasilitas layanan kesehatan (seperti terapi obat-obatan/medikamentosa, dan ketersediaan dan kecukupan sarana dan prasarana atau ruang tindakan, instrumen/ alat-alat diagnostik dan terapi kedokteran penunjang hidup), dan juga kemampuan, keahlian dan ketrampilan tenaga kesehatan dalam menangani pasien. Sebagaimana juga telah sebelumnya disinggung, berbagai informasi yang terkait perjalanan penyakit yang lebih lanjut tidak tersedia dalam data set kami, sehingga tidak dapat dianalisis pengaruh determinan terhadap tren kematian di atas.

3.2.3. Perkembangan Kasus pada periode PSBB ketat



Grafik 3.8. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Ketat

Pada perkembangan kasus periode PSBB ketat, dapat dilihat bahwa secara grafik, tren kasus masih tampak fluktuatif, namun dengan *smoothing* tampak jelas perubahan kurva tren dari semula meningkat sampai akhir Januari 2021, untuk kemudian menurun terus sampai 5 Maret 2021.

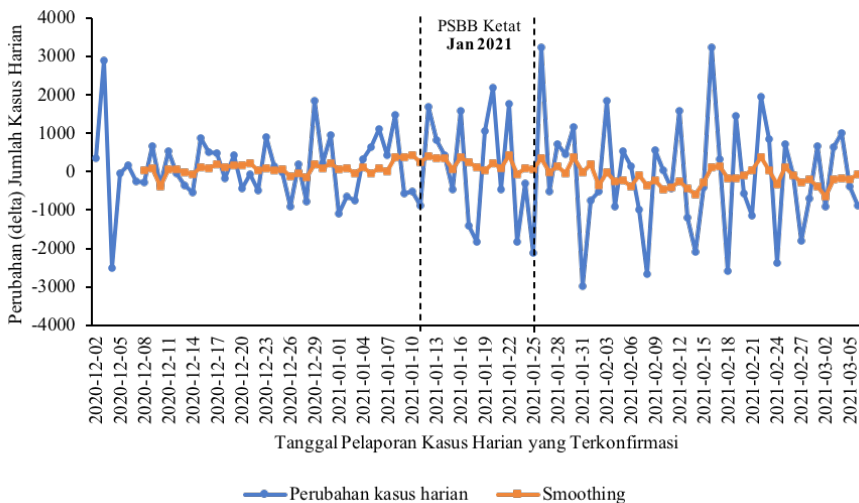
Tabel 3.3 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PSBB Transisi

PSBB Ketat 11 – 25 Januari 2021	Rerata Perubahan Kasus (Δ) (kasus/hari))	Selisih Rerata Perubahan	Nilai-p*
Perubahan kasus harian sebelum PSBB Ketat	107.08	-202.925	0.455
Perubahan kasus harian setelah PSBB Ketat	-95.85		

*dianalisis menggunakan uji *Independent t-test*

Pada masa PSBB ketat, tampak adanya penurunan yang nyata dari rerata perubahan kasus harian pada periode waktu sebelum PSBB Ketat dan periode setelah PSBB Ketat. Sebelum PSBB Ketat terdapat rerata peningkatan kasus harian yang tinggi sekitar 107 kasus per hari, sementara setelah PSBB Ketat terjadi penurunan yang cukup drastis

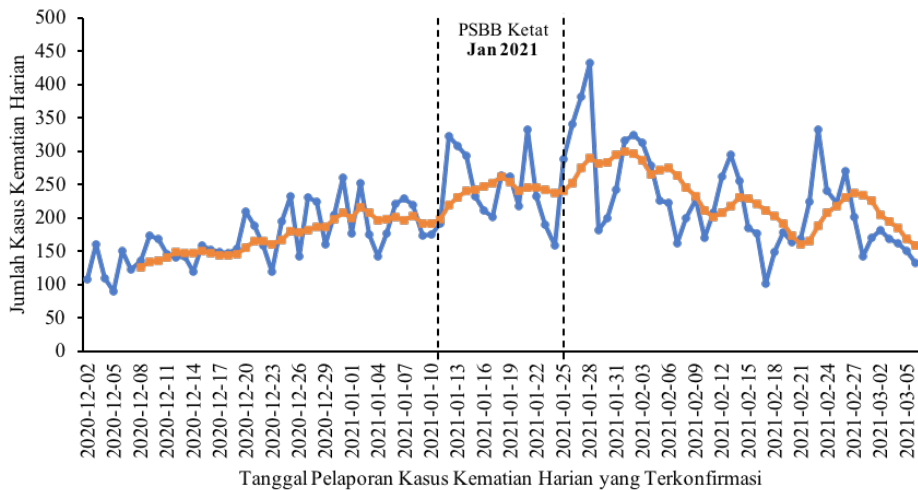
yaitu sekitar 96 kasus per hari. Walaupun nilai-p tidak bermakna, PSBB Ketat menunjukkan efek penurunan yang sangat besar dari selisih rerata perubahan angka kasus harian sesudah dan sebelum PSBB Ketat (yaitu secara keseluruhan terdapat penurunan rerata sekitar 203 kasus per hari)



Grafik 3.9. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Ketat

Jika dilihat berdasarkan grafik perubahan (*delta*) kasus harian (Grafik 3.9), pergerakan grafik juga terlihat fluktuatif dengan kecenderungan terjadinya penurunan yang banyak pada 40 hari setelah PSBB Ketat, sebagaimana juga terlihat dalam kurva yang diperhalus (menggunakan *smoothing*). Dalam analisis ini, rerata perubahan kasus bergerak dalam tujuh hari.

Dalam skala nasional, PSBB Ketat tampak efektif menurunkan tren kasus konfirmatif harian sebagaimana tampak secara visual dari penurunan tajam kasus harian dengan *smoothing* pasca PSBB Ketat (Grafik 3.8) dan penurunan tren dengan *smoothing* dari perubahan (*delta*) kasus harian pasca PSBB Ketat (Grafik 3.9).



— Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian — Smoothing
Grafik 3.10. Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PSBB Ketat

Tren kasus kematian pada Grafik 3.10, cukup berfluktuasi dan melandai, tanpa menunjukkan penurunan. Tren kematian ini lebih merupakan dampak langsung dari berbagai determinan yang terkait perjalanan penyakit yang lebih lanjut, hasil dari upaya kuratif di fasilitas layanan kesehatan, seperti terapi obat-obatan/ medikamentosa, ketersediaan dan kecukupan ruang tindakan medis, instrumen/ alat-alat diagnostic, terapi kedokteran penunjang hidup serta kemampuan dan keahlian tenaga kesehatan dalam menangani pasien dalam perawatan

DAFTAR PUSATAKA

1. Tsui BCH, Deng A, Pan S. COVID-19: Epidemiological factors during aerosol-generating medical procedures. Vol. 131, Anesthesia and Analgesia. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. hlm. e175–8.
2. Initiative of Vital Strategies. COVID-19 PLAYBOOK [Internet]. 2020 [dikutip 12 Maret 2023]. Tersedia pada: https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/04/COV040_COVID19Playbook_v2-1.pdf
3. Sardjoko S, Ariawan I, Riono P, Farid MN, Jusril H, Wahyuningsih W, dkk. Proyeksi COVID-19 di Indonesia. Jakarta: Kementerian PPN/ Bappenas; 2021.
4. Wu Y, Kang L, Guo Z, Liu J, Liu M, Liang W. Incubation Period of COVID-19 Caused by Unique SARS-CoV-2 Strains: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 1 Agustus 2022;5(8):e2228008.
5. Suraya I, Nurmansyah MI, Rachmawati E, Al Aufa B, Koire II. The impact of large-scale social restrictions on the incidence of covid-19 : A case study of four provinces in Indonesia. Kesmas. 2020;15(2):49–53.
6. Das RK, Sudaryo MK. Epidemiological patterns and spatial distribution of covid-19 cases in dki jakarta (March-December 2020). Vol. 16, Kesmas. Universitas Indonesia, Faculty of public health; 2021. hlm. 17–22.



**Coronavirus
Vaccine
COVID-19**

BAB 4:

**ANALISIS DAMPAK
KEBIJAKAN PPKM**

*Prof. dr. Mondastri Korib Sudaryo, M.S., DSc.
Nurhanifah Hamdah, S.K.M., M.Epid
Oka Septiriani, S.K.M., M.Epid*

BAB 4

ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN PPKM

Strategi dalam pengendalian pandemi COVID-19 disusun sebagai upaya yang adaptif dan dinamis sesuai dengan perkembangan transmisi dan kapasitas respons. Seiring berubahnya situasi epidemiologi COVID-19 ini, WHO memberikan acuan pertimbangan penyesuaian langkah-langkah kesehatan masyarakat dan sosial dalam konteks COVID-19. Tujuannya adalah untuk membatasi penularan dan mencegah kematian. Penyesuaian upaya kesehatan masyarakat atau pembatasan sosial dilakukan dengan melihat level situasi pandemi COVID-19, yang merupakan indikator komposit dari kategori level transmisi, level kapasitas respons, dan level vaksinasi.

Pada katagori level transmisi, klasifikasi dibagi menjadi tujuh kelompok yaitu (1,2):

1. Tidak ada kasus
2. Kasus impor atau sporadik
3. Transmisi klaster
4. Transmisi komunitas level 1: Insiden rendah kasus yang didapat secara lokal dan tersebar luas terdeteksi dalam 14 hari terakhir; banyak kasus yang tidak dapat dikaitkan dengan klaster tertentu. Transmisi dapat terfokus pada subkelompok populasi tertentu. Risiko rendah infeksi untuk populasi umum.
5. Transmisi komunitas level 2: Insiden sedang kasus yang ditularkan secara lokal dan tersebar luas dalam 14 hari terakhir; transmisi sudah tidak terlalu terfokus pada sub-kelompok populasi tertentu. Risiko infeksi sedang untuk populasi umum.
6. Transmisi komunitas level 3: Insiden tinggi kasus yang ditularkan secara lokal dan tersebar luas dalam 14 hari terakhir; penularan tersebar luas dan tidak terfokus pada subkelompok populasi. Risiko tinggi infeksi pada populasi umum.

7. Transmisi komunitas level 4: Insiden sangat tinggi kasus yang ditularkan secara lokal dan tersebar luas dalam 14 hari terakhir. Risiko infeksi yang sangat tinggi untuk populasi umum.

Selain menilai situasi transmisi, perlu juga dinilai indikator kapasitas respons sistem kesehatan. Kapasitas respons ini mencakup kesehatan individu dan masyarakat, termasuk vaksinasi.

4.1 Gambaran Umum Kebijakan PPKM

Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) merupakan kebijakan lanjutan dari PSBB dalam upaya menekan laju penularan COVID-19, serta mengendalikan kapasitas rumah sakit yang menangani pasien COVID-19 agar tidak *over capacity*. Kebijakan PPKM ini dilakukan serentak yang diberikan arahan langsung dari pemerintah pusat. PPKM ini dimulai pada 6 Januari 2021 dan berakhir setelah Presiden mencabut pemberlakuan PPKM pada 30 Desember 2022. Dalam implementasinya PPKM dibagi dalam beberapa tahap/jenis sebagai berikut; PPKM, PPKM Mikro, PPKM Darurat, dan PPKM *Levelling*.

Kebijakan pemberlakuan pembatasan kegiatan ini tertuang dalam Instruksi Menteri Dalam Negeri nomor 01 Tahun 2021 tentang Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan untuk Pengendalian Penyebaran *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Pengaturan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat tersebut yang diatur, sebagai berikut:

1. Membatasi tempat/ kerja perkantoran dengan menerapkan *Work From Home* (WFH) sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dan *Work From Office* (WFO) sebesar 25% (dua puluh lima persen) dengan memberlakukan protokol kesehatan secara lebih ketat;
2. melaksanakan kegiatan belajar-mengajar secara daring/ on line;
3. untuk sektor esensial yang berkaitan dengan kebutuhan pokok masyarakat tetap dapat beroperasi 100% (seratus persen) dengan pengaturan jam operasional, kapasitas, dan penerapan protokol kesehatan secara lebih ketat;

4. melakukan pengaturan pemberlakuan pembatasan:
 - a. kegiatan restoran (makan / minum di tempat sebesar 25% (dua puluh lima persen) dan untuk layanan makanan melalui pesan-antar/ dibawa pulang tetap diizinkan sesuai dengan jam operasional restoran; dan
 - b. pembatasan jam operasional untuk pusat perbelanjaan / mall sampai dengan Pukul 19.00 WIB,
5. mengizinkan kegiatan konstruksi beroperasi 100% (seratus persen) dengan penerapan protokol kesehatan secara lebih ketat;
6. mengizinkan tempat ibadah untuk dilaksanakan dengan pengaturan pembatasan kapasitas sebesar 50% (lima puluh persen) dengan penerapan protokol kesehatan secara lebih ketat;

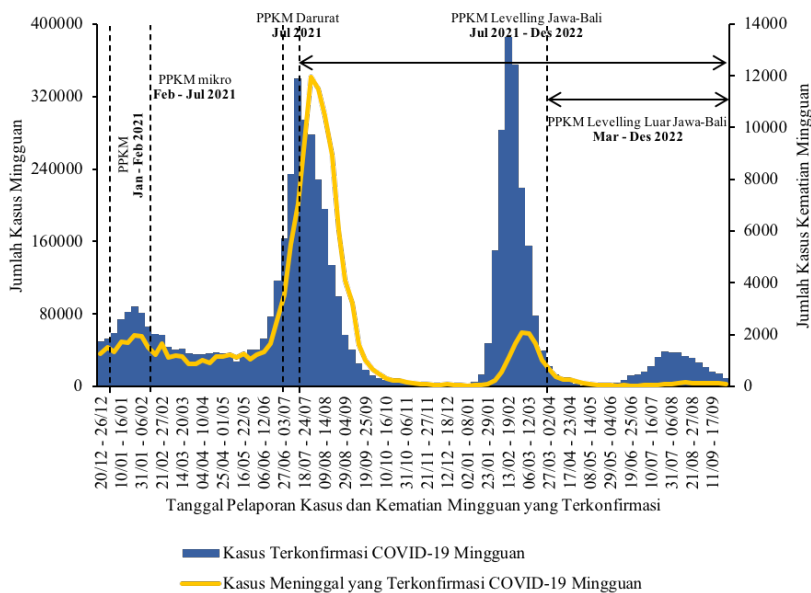
Pengaturan tersebut diberlakukan pada provinsi/kabupaten/kota yang memenuhi kriteria, sebagai berikut:

1. tingkat kematian di atas rerata tingkat kematian nasional;
2. tingkat kesembuhan di bawah rerata tingkat kesembuhan nasional;
3. tingkat kasus aktif di atas rerata tingkat kasus aktif nasional; dan
4. tingkat keterisian tempat tidur Rumah Sakit (*Bed Occupation Rate/BOR*) untuk *Intensive Care Unit (ICU)* dan ruang isolasi di atas 70% (tujuh puluh persen).

Adapun dalam pelaksanaannya, pemberlakuan pembatasan tersebut dilakukan di seluruh provinsi pada wilayah Pulau Jawa dan Pulau Bali dengan pertimbangan, seluruh provinsi pada wilayah tersebut memenuhi salah satu unsur atau lebih dari 4 (empat) kriteria tersebut sehingga Gubernur dapat menetapkan kabupaten/kota lain di wilayahnya, dengan mempertimbangkan keempat parameter dan pertimbangan lain untuk memperkuat upaya pengendalian Covid-19.

4.2 Perkembangan Kasus pada Periode PPKM

Jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 yang terdata dari awal pandemi hingga data terakhir per tanggal 30 September 2022, berjumlah 6,430,244 kasus yang telah kami input sebagai data set yg kami analisis dalam laporan ini. Untuk jangka waktu mulai Januari 2021 hingga September 2022, yang merupakan periode diberlakukannya kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM), terdata sebanyak 5,643,295 kasus, yang telah kami analisis secara khusus untuk menggambarkan sebaran dan tren kurva epidemi yang terkait dengan potensi efektifitas PPKM. Pada perkembangan kasus di tahun 2021 dan 2022, tampak ketiga puncak gelombang pandemi di Indonesia. Secara umum terkesan PPKM tidak berpengaruh pada penurunan trend kasus terkonfirmasi mingguan sepanjang taun 2021-2022. Namun jika dilihat per tahapan atau per jenis PPKM, efeknya dapat berbeda.

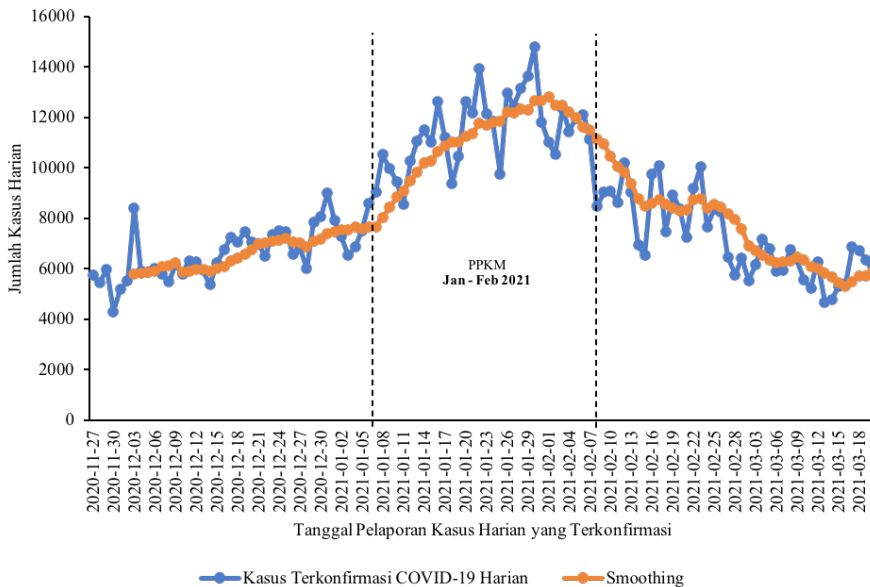


Grafik 4.1 Kasus Terkonfirmasi dan Kematian COVID-19 Mingguan yang Terlaporkan di Indonesia selama Periode PPKM

Sebagaimana analisis sebelumnya pada PSBB, kami juga mencoba melihat efek PPKM pada tren penurunan kasus terkonfirmasi harian dengan cara membandingkan perbedaan

(*difference*) dan menghitung selisih rerata perubahan (*delta*) kasus harian, pada kurun waktu 40 hari setelah berlakunya jenis PPKM tertentu, dengan perubahan (*delta*) kasus harian pada kurun waktu 40 hari sebelum diberlakukannya jenis PPKM tersebut. Metode yang digunakan pada analisis efektivitas PPKM ini juga mengikuti langkah-langkah persiapan data set seperti yang dilakukan pada analisis PSBB sebelumnya (Lihat Bab 3).

4.2.1. Perkembangan Kasus pada periode PPKM



Grafik 4.2. Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM

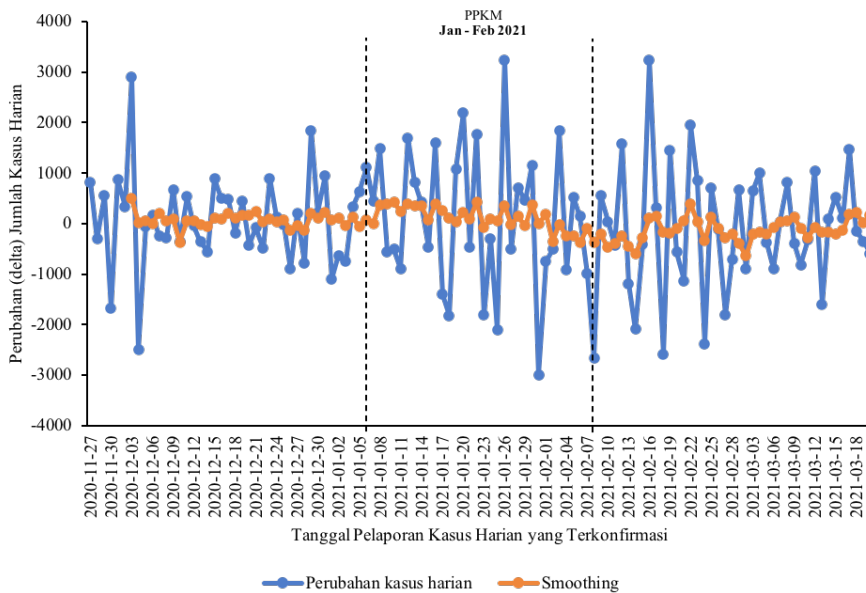
Pada grafik perkembangan kasus harian terkonfirmasi pada periode PPKM, terlihat pada kurva dengan *smoothing* (dengan rerata pergerakan kasus 7 hari) terjadi peningkatan di periode awal, namun kemudian di pertengahan periode, mulai 1 Februari 2021, menurun terus dengan cukup tajam sampai 18 Maret 2021.

Tabel 4.1 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM

PPKM 6 Januari – 8 Februari 2021	Rerata Perubahan Kasus (Δ) (kasus/hari)	Selisih Rerata Perubahan	Nilai-p*
Perubahan kasus harian sebelum PPKM	64.20	-131.675	0.581
Perubahan kasus harian setelah PPKM	-67.48		

*dianalisis menggunakan uji *Independent t-test*

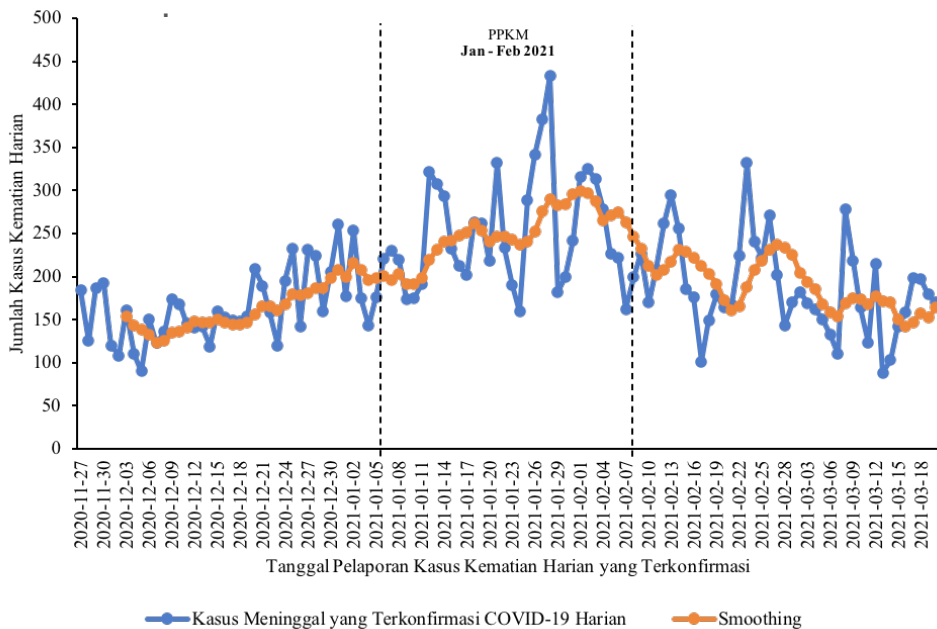
Untuk PPKM secara nasional, tampak penurunan yang nyata rerata perubahan (*delta*) kasus harian pada periode waktu setelah PPKM, dibandingkan periode sebelum PPKM. Sebelum PPKM, terdapat rerata peningkatan yang cukup tinggi kasus konfirmatif harian adalah sekitar 64 kasus per hari, sementara setelah PPKM terjadi penurunan yang cukup tajam kasus sekitar 68 kasus per hari. Walaupun nilai-p tidak signifikan, PPKM menunjukkan efek penurunan yang cukup besar dari perubahan (*delta*) angka kasus harian pada periode sesudah PPKM, dibandingkan pada periode sebelum PPKM (yaitu secara keseluruhan terdapat penurunan rerata sekitar 132 kasus per hari)



Grafik 4.3. Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM

Pada grafik perubahan (*delta*) kasus harian, pergerakan grafik juga terlihat fluktuatif dengan kecenderungan menurun pada 40 hari setelah PPKM (sebagaimana terlihat dalam kurva *smoothing* menggunakan dengan rerata perubahan kasus yang bergerak dalam tujuh hari).

Gambaran kurva dengan *smoothing* pada grafik kasus harian (Grafik 4.2) dan grafik perubahan (*delta*) kasus harian (Grafik 4.3) di atas mendukung indikasi efektivitas PPKM secara nasional dalam menurunkan tren kasus baru harian.

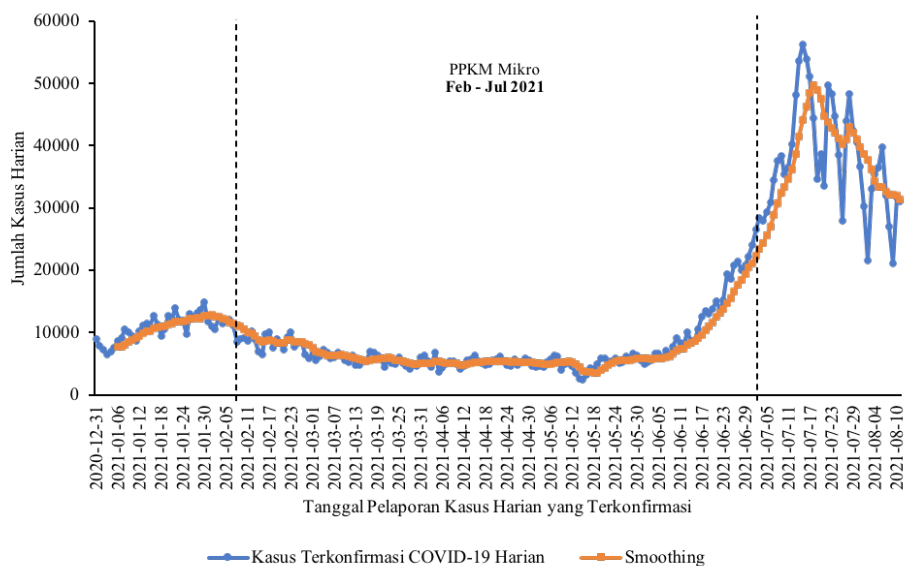


Grafik 4.4 Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM

Kurva tren kasus kematian dalam grafik di atas berfluktuasi dengan kecenderungan meningkat dan secara keseluruhan belum menunjukkan kecenderungan penurunan yang nyata. Tren kematian ini lebih merupakan dampak langsung dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut dan hasil dari upaya atau prosedur tata laksana kuratif di fasilitas layanan kesehatan (seperti terapi obat-obatan/ medikamentosa, ketersediaan dan kecukupan ruang tindakan medis, instrumen/ alat-alat

diagnostik dan terapi kedokteran penunjang hidup) serta keahlian dan keterampilan pada tenaga kesehatan dalam menangani pasien dalam perawatan

4.2.2. Perkembangan Kasus pada periode PPKM Mikro



Grafik 4.5 Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Mikro

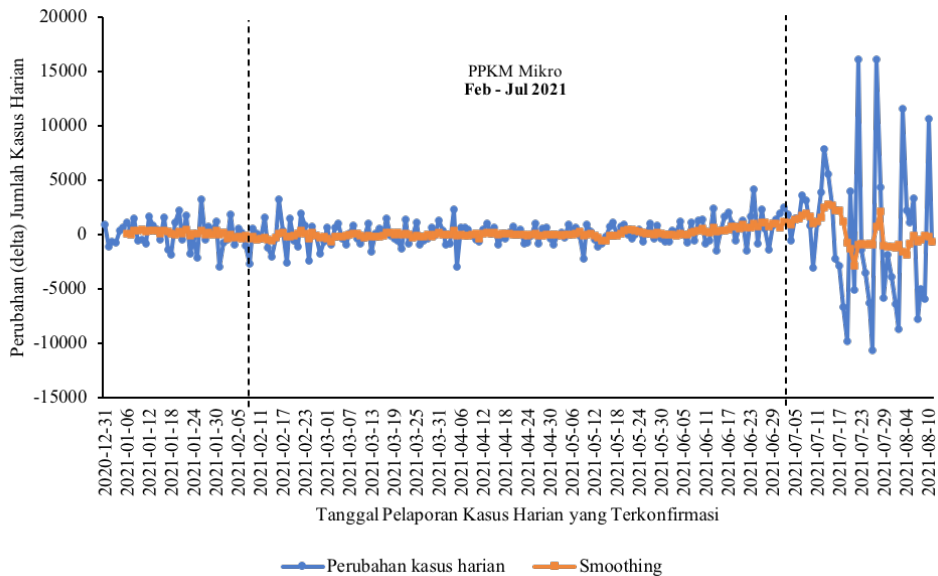
Pada periode PPKM mikro, tampak tren kurva *smoothing* (dengan rerata pergerakan kasus dalam 7 hari) dari kasus harian yang terus meningkat tajam mulai 5 Juni 2021, dan baru mulai turun sedikit di penghujung periode, yaitu 17 Juli 2021.

Tabel 4.2 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Mikro

PPKM Mikro 9 Februari – 2 Juli 2021	Rerata Perubahan Kasus (Δ) (kasus/hari)	Selisih Rerata Perubahan	Nilai-p*
Perubahan kasus harian sebelum PPKM Mikro	9.90	102.100	0.922
Perubahan kasus harian setelah PPKM Mikro	112.0		

*dianalisis menggunakan uji *Independent t-test*

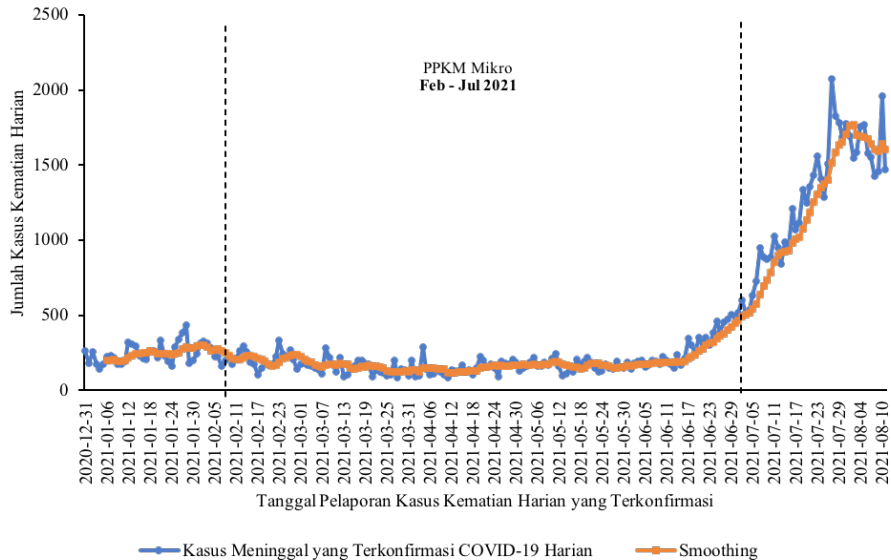
Untuk PPKM Mikro, pada periode sebelum PPKM Mikro, tampak kenaikan rerata perubahan (*delta*) kasus konfirmatif harian sekitar 10 kasus per hari, sementara setelah PPKM Mikro bahkan terjadi peningkatan perubahan (*delta*) kasus yang sangat dramatis, yaitu sekitar 112 kasus per hari, yang merupakan manifestasi puncak gelombang pertama ledakan pandemi covid di Indonesia.



Grafik 4.6 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Mikro

Grafik perubahan kasus harian (menggunakan *smoothing* dengan rerata perubahan kasus bergerak dalam tujuh hari), menunjukkan kecenderungan fluktuasi yang semakin meningkat pada 40 hari setelah PPKM Mikro

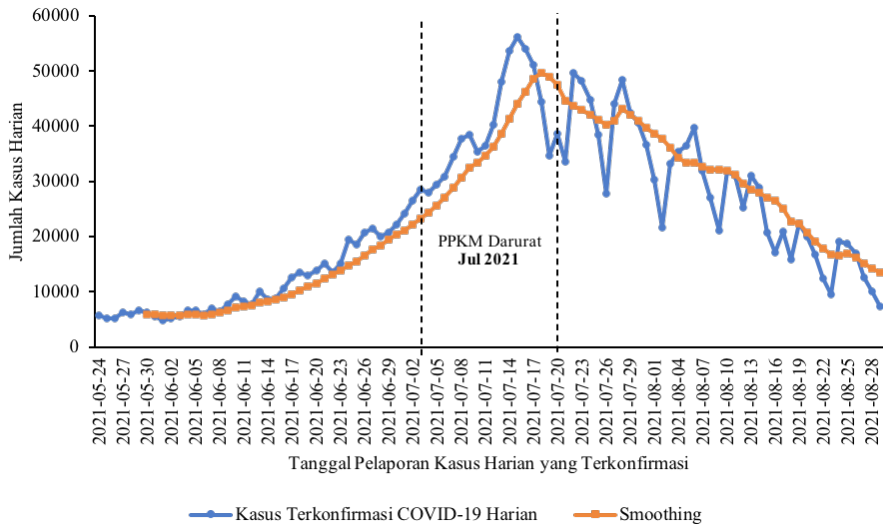
Berdasarkan hasil perbandingan/ selisih perubahan (*delta*) kasus harian setelah dan sebelum PPKM Mikro yang menunjukkan kenaikan yang sangat tinggi, yang diperkuat dengan peningkatan tren pada gambaran kurva harian (Grafik 4.5) dan kurva perubahan (*delta*) kasus harian (Grafik 4.6), tampak jelas bahwa PPKM Mikro, dalam skala nasional, tidak efektif menurunkan tren kasus harian.



Grafik 4.7 Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Mikro

Tampak dalam grafik di atas, tren kasus kematian berfluktuasi dan menunjukkan tren peningkatan yang nyata di sekitar bulan Mei dan Juni 2021. Tren kematian ini sebagaimana sudah sering diuraikan pada paragraf sebelumnya, merupakan dampak dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut, dan hasil dari prosedur tata laksana kedokteran kuratif di fasilitas layanan kesehatan (seperti terapi obat-obatan, kecukupan ruang tindakan medis, ketersediaan instrumen/ alat-alat diagnostik dan instrumen terapi kedokteran penunjang hidup, seperti tabung oksigen, respirator) serta kemampuan atau kecakapan tenaga kesehatan dalam penanganan pasien di fasyankes

4.2.3 Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Darurat



Grafik 4.8 Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Darurat

Pada periode PPKM Darurat tampak tren kasus dengan *smoothing* yang jelas meningkat sampai mendekati akhir periode PPKM Darurat, pada sekitar 17 Juli 2021 untuk kemudian terus menurun tajam sampai akhir periode.

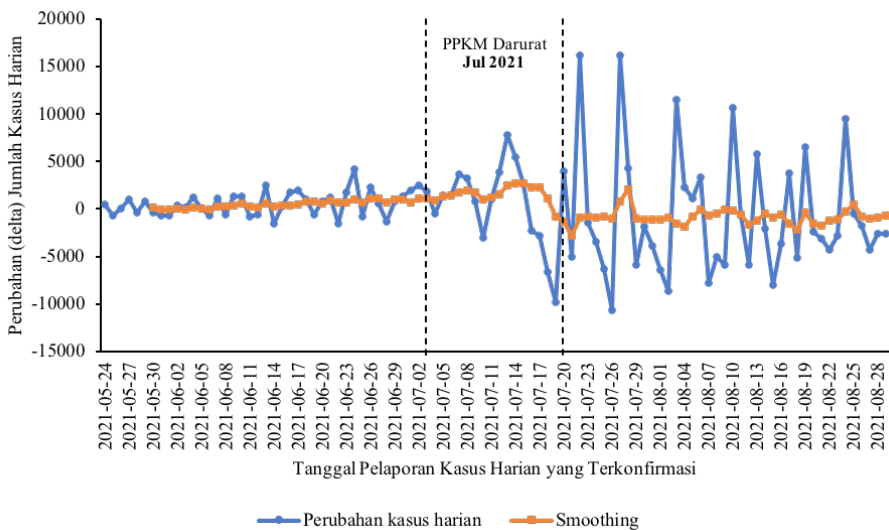
Tabel 4.3 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Darurat

PPKM Darurat 3 – 20 Juli 2021	Rerata Perubahan Kasus (Δ) (kasus/hari)	Selisih Rerata Perubahan	Nilai-p*
Perubahan kasus harian sebelum PPKM Darurat	48.48	-15.95	0.002
Perubahan kasus harian setelah PPKM Darurat	32.53		

*dianalisis menggunakan uji *mann-whitney test*

Sebelum PPKM Darurat, tampak adanya kenaikan rerata perubahan (*delta*) kasus harian sekitar 49 kasus per hari, sementara setelah PPKM Darurat juga masih terjadi peningkatan kasus, namun lebih rendah peningkatannya, yaitu sekitar 33 kasus per hari. Perbedaan atau selisih rerata yang menunjukkan penurunan rerata dari perubahan

(*delta*) tren kasus harian ini, yaitu sebesar 16 kasus per hari, diperkuat dengan hasil uji statistik yang bermakna (nilai- $p=0,002$). Gambaran kurva *smoothing* di atas (Grafik 4.8) yang menunjukkan penurunan tren kasus harian yang nyata dan curam di akhir periode PPKM Darurat, yaitu mulai 17 Juli 2021. Hal ini mengindikasikan bahwa PPKM Darurat masih memberikan efek penurunan kasus baru harian yang terkonfirmasi. Hasil analisis RY Yakhamid dan NAR Zaqi juga memberikan kesimpulan yang sejalan, yaitu bahwa PPKM Darurat cukup efektif menekan lonjakan kasus COVID-19 di 120 kabupaten kota di pulau Jawa (3).

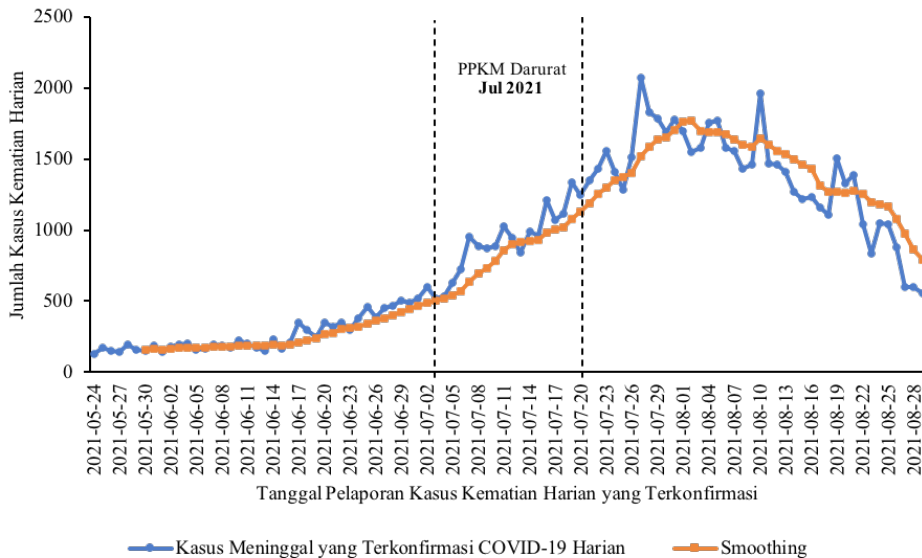


Grafik 4.9 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Darurat

Pada grafik dengan kurva *smoothing* (berdasarkan rerata perubahan kasus yang bergerak dalam tujuh hari) tren perubahan (*delta*) kasus harian, tampak fluktuatif dengan kecenderungan menurun pada masa menjelang akhir PPKM Darurat sampai 40 hari setelah PPKM Darurat berakhir,

Berdasarkan fakta tren penurunan dari rerata perubahan (*delta*) kasus harian yang bermakna secara statistik dengan diperkuat tren menurun dari kurva *smoothing* kasus harian dan perubahan (*delta*) kasus harian, pasca PPKM Darurat,

maka pada skala nasional, PPKM Darurat tampak masih menunjukkan efektivitasnya dalam menurunkan angka kasus harian.



Grafik 4.10 Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Darurat

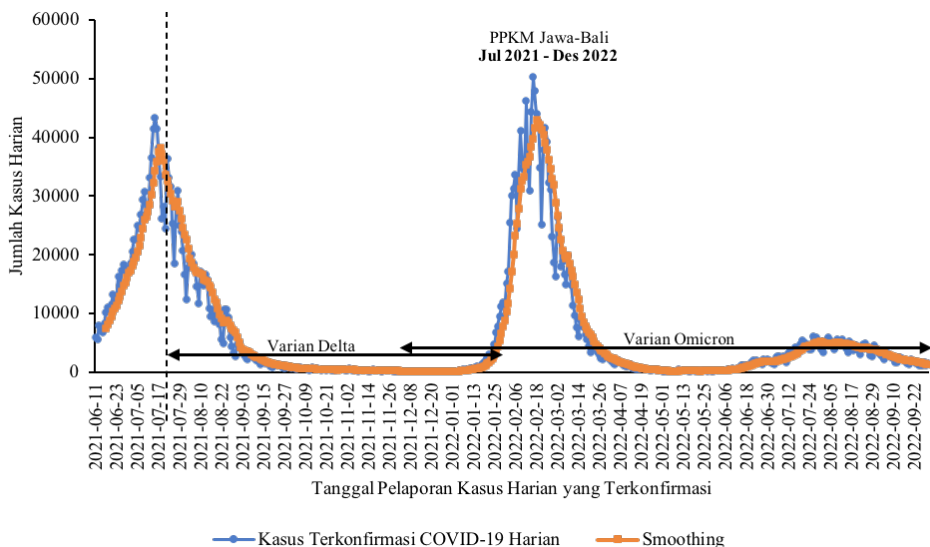
Tren kematian ini dalam hal ini merupakan dampak dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut dan hasil dari upaya atau prosedur tata laksana kedokteran kuratif di fasilitas layanan kesehatan (seperti terapi obat-obatan, ketersediaan dan kecukupan ruang tindakan, instrumen/ alat-alat diagnostik dan terapi kedokteran penunjang hidup, seperti tabung oksigen, respirator) serta kemampuan dan keahlian tenaga kesehatan dalam menangani kasus di perawatan.

4.2.4 Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali

PPKM Levelling diberlakukan sesuai dengan hasil asesmen level situasi pandemi tiap wilayah Kota/ Kabupaten. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/ Menkes/4805/2021 tentang Indikator Penyesuaian Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pembatasan Sosial

dalam Penanggulangan Pandemi COVID-19 disebutkan bahwa penyesuaian upaya kesehatan masyarakat atau pembatasan sosial dilakukan dengan melihat level situasi pandemi COVID-19, yang merupakan indikator komposit dari kategori level transmisi dan level kapasitas respon.

Pada awal tahun 2022 seiring dengan munculnya varian baru, maka indikator komposit dalam menentukan level situasi pandemi dilakukan penyesuaian. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/Menkes/762/2022 tentang Indikator penyesuaian Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pembatasan Sosial dalam Penanggulangan Pandemi COVID-19 bahwa penyesuaian upaya kesehatan masyarakat atau pembatasan sosial dilakukan dengan melihat level situasi pandemi COVID-19, yang merupakan indikator komposit dari kategori level transmisi, level kapasitas respon, dan level vaksinasi.



Grafik 4.11 Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali

Pada periode PPKM Levelling Jawa-Bali tampak kurva terjadinya dua puncak gelombang COVID-19, yaitu puncak gelombang pertama sekitar 17 Juli 2021 yang didominasi

varian Delta dan puncak gelombang kedua pada 18 Februari 2022 yang merupakan fase transisi dari dominasi varian Delta ke dominasi varian Omicron.

Dalam upaya melihat efektivitas PPKM *Levelling*, dilakukan pemisahan analisis efek PPKM *Levelling* pada wilayah Jawa Bali dan wilayah Luar Jawa Bali, Untuk wilayah Jawa Bali, dibagi lagi dalam periode varian Delta dan periode varian Omicron. Untuk wilayah luar Jawa Bali tidak dibagi menjadi periode Delta dan Omicron karena masa berlaku PPKM yang sudah masuk era Omicron. Berdasarkan data dari GISAID, pada tanggal 21 Juli 2021 hingga 01 Februari 2022 ditemukan dominasi varian Delta, dan pada tanggal 01 Desember 2021 hingga data terakhir yang didapatkan dominasi varian Omicron. Analisis efek PPKM *Levelling* pada periode varian Delta dilakukan dengan membandingkan rerata (*mean*) dari perubahan (*delta*) angka kasus harian per 2 minggu selama jangka waktu 11 Juni 2021 sampai 13 Maret 2022. Analisis efek PPKM *Levelling* pada periode varian Omicron dilakukan dengan membandingkan rerata (*mean*) dari perubahan (*delta*) angka kasus harian per 2 minggu selama jangka waktu 22 Oktober 2021 sampai 30 September 2022. Kami melakukan penilaian per dua minggu karena terjadinya perubahan kebijakan setiap dua minggu yang sangat tergantung kondisi daerahnya. Disini juga terlihat bahwa pada puncak gelombang, rerata kasus pada dua minggu tersebut sebesar 282 kasus, dan selanjutnya pemerintah mengambil sikap untuk mengatur kembali PPKM level 3 untuk tanggal 09 – 14 Februari 2022 pada sejumlah wilayah karena kenaikan kasus COVID-19 dan juga beberapa daerah karena rendahnya tracing, seperti Jabodetabek, Daerah Istimewa Yogyakarta, Bali, dan Bandung Raya.

*Tabel 4.4 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus S
Sebelum dan Sesudah PPKM Levelling Jawa-Bali*

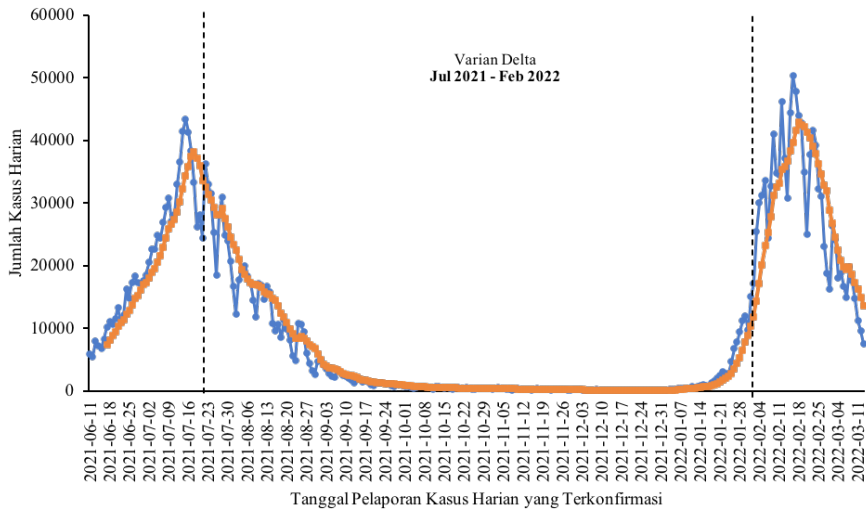
PPKM Levelling Jawa-Bali 21 Juli 2021 – 30 September 2022	Rerata Perubahan Kasus () (kasus/hari)	Nilai-p*
Perubahan Kasus terkait dominasi varian Delta		0.005
Perubahan kasus harian 11 Juni – 20 Juli 2021	168.60	
Perubahan kasus harian 21 Juli – 03 Agustus 2021	93.36	
Perubahan kasus harian 04 – 17 Agustus 2021	113.29	
Perubahan kasus harian 18 – 31 Agustus 2021	96.36	
Perubahan kasus harian 01 – 14 September 2021	106.25	
Perubahan kasus harian 15 – 28 September 2021	128.11	
Perubahan kasus harian 29 September – 12 Oktober 2021	133.68	
Perubahan kasus harian 13 – 26 Oktober 2021	139.54	
Perubahan kasus harian 27 Oktober – 09 November 2021	145.89	
Perubahan kasus harian 10 – 23 November 2021	147.29	
Perubahan kasus harian 24 November – 07 Desember 2021	148.79	
Perubahan kasus harian 08 – 21 Desember 2021	153.00	
Perubahan kasus harian 22 Desember 2021 – 04 Januari 2022	153.89	
Perubahan kasus harian 05 – 18 Januari 2022	164.86	
Perubahan kasus harian 19 Januari – 01 Februari 2022	199.14	
Perubahan kasus harian 02 Februari – 13 Maret 2022	113.85	
Perubahan Kasus terkait dominasi varian Omicron		0.000
Perubahan kasus harian 22 Oktober – 30 November 2021	188.31	
Perubahan kasus harian 01 – 14 Desember 2021	191.50	
Perubahan kasus harian 15 – 28 Desember 2021	198.68	
Perubahan kasus harian 29 Desember 2021 – 11 Januari 2022	214.57	
Perubahan kasus harian 12 – 25 Januari 2022	231.61	
Perubahan kasus harian 26 Januari – 08 Februari 2022	281.32	
Perubahan kasus harian 09 – 22 Februari 2022	132.79	
Perubahan kasus harian 23 Februari – 08 Maret 2022	104.43	
Perubahan kasus harian 09 – 22 Maret 2022	70.43	
Perubahan kasus harian 23 Maret – 05 April 2022	109.96	
Perubahan kasus harian 06 – 19 April 2022	173.46	
Perubahan kasus harian 20 April – 03 Mei 2022	164.64	
Perubahan kasus harian 04 – 17 Mei 2022	198.86	
Perubahan kasus harian 18 – 31 Mei 2022	198.21	
Perubahan kasus harian 01 – 14 Juni 2022	214.86	
Perubahan kasus harian 15 – 28 Juni 2022	200.68	
Perubahan kasus harian 29 Juni – 12 Juli 2022	178.50	
Perubahan kasus harian 13 – 26 Juli 2022	181.75	
Perubahan kasus harian 27 Juli – 09 Agustus 2022	148.75	
Perubahan kasus harian 10 – 23 Agustus 2022	131.04	

Perubahan kasus harian 24 Agustus – 06 September 2022	130.39	
Perubahan kasus harian 07 – 20 September 2022	136.39	
Perubahan kasus harian 21 – 30 September 2022	150.80	

**dianalisis menggunakan uji Kruskal-Wallis*

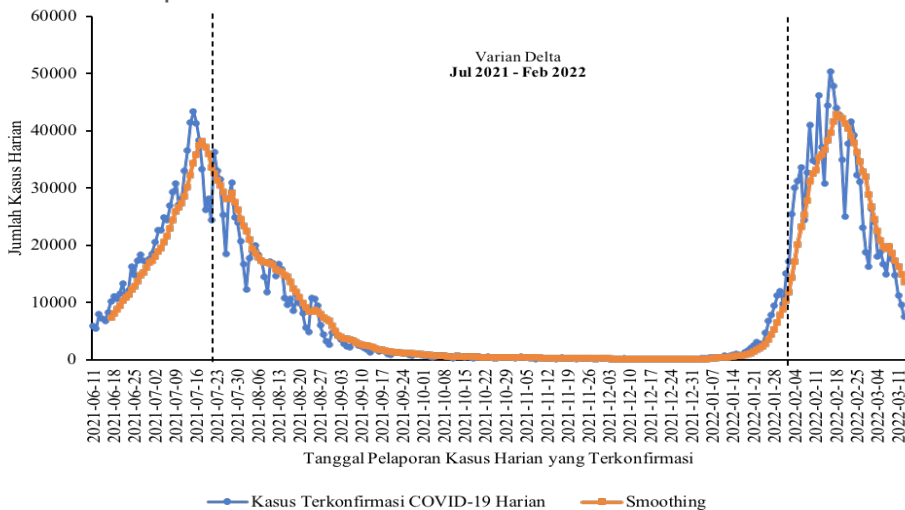
Hasil analisis membandingkan rerata perubahan (*delta*) angka kasus harian per 2 minggu, baik selama periode varian Delta maupun periode varian Omicron, keduanya menunjukkan perbedaan bermakna. Namun perbedaan bermakna ini tidak mengindikasikan efektivitas dari PPKM leveling karena berbagai nilai rerata perubahan (*delta*) angka kasus harian yang variatif, fluktuatif dan tidak menampakkan dengan jelas pola penurunan perubahan (*delta*) angka kasus. Hal ini dapat terjadi karena pemberlakuan PPKM yang tidak serentak di semua wilayah Kabupaten/Kota di provinsi di Jawa dan Bali dan juga mungkin dapat disebabkan kondisi level awal PPKM yang berbeda di masing-masing wilayah sehingga hasil analisis menjadi sulit untuk diinterpretasikan.

Jika kita amati tren perubahan (*delta*) kasus harian yang didominasi varian Delta, di periode awal PPKM *Leveling* untuk wilayah Jawa Bali, khususnya dalam jangka waktu 18 Agustus 2021 – 30 September 2022, maka justru tampak kenaikan nilai-nilai rerata rerata perubahan (*delta*) angka kasus harian sehingga mengindikasikan tidak efektifnya PPKM *Leveling* pada periode waktu tersebut. Tren perubahan (*delta*) kasus harian yang didominasi varian Omicron, di periode kedua PPKM *Leveling* untuk wilayah Jawa Bali, yaitu dalam jangka waktu 22 Oktober 2021 – 26 Juli 2022 tampak sangat variative dan fluktuatif yang juga tidak mengindikasikan efektivitas PPKM *Leveling* pada periode kedua tersebut.



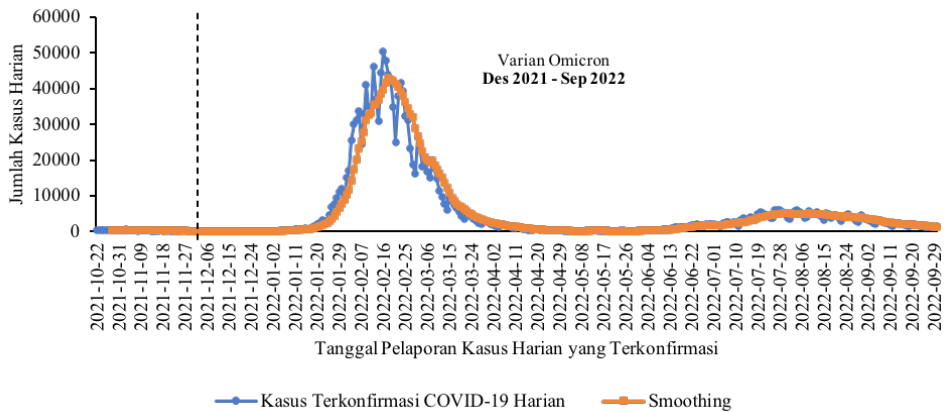
Grafik 4.12 Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali Varian Delta

Kurva kasus harian pada varian delta ini menunjukkan tercapainya puncak gelombang pertama COVID-19 pada seminggu sebelum PPKM Levelling Jawa-Bali diberlakukan, dan puncak gelombang ke dua COVID-19 di Indonesia, yaitu pada Februari 2022, yang kemudian melandai pada awal April 2022.



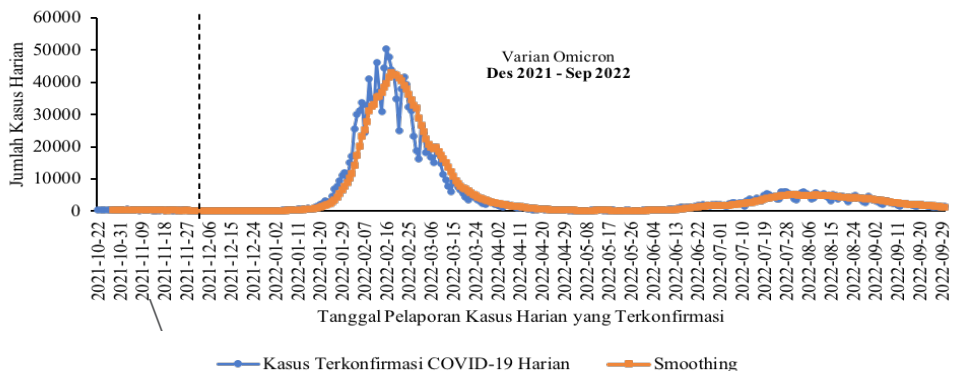
Grafik 4.13 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali Varian Delta

Saat varian delta beredar di Indonesia, pergerakan kurva perubahan (*delta*) kasus harian juga terlihat fluktuatif dari 40 hari sebelum PPKM Levelling Jawa-Bali hingga pertengahan September 2021, maupun pada bulan Januari hingga Maret 2022. Hal ini juga terlihat dalam kurva yang diperhalus menggunakan *smoothing* (dengan rerata perubahan kasus bergerak dalam tujuh hari).



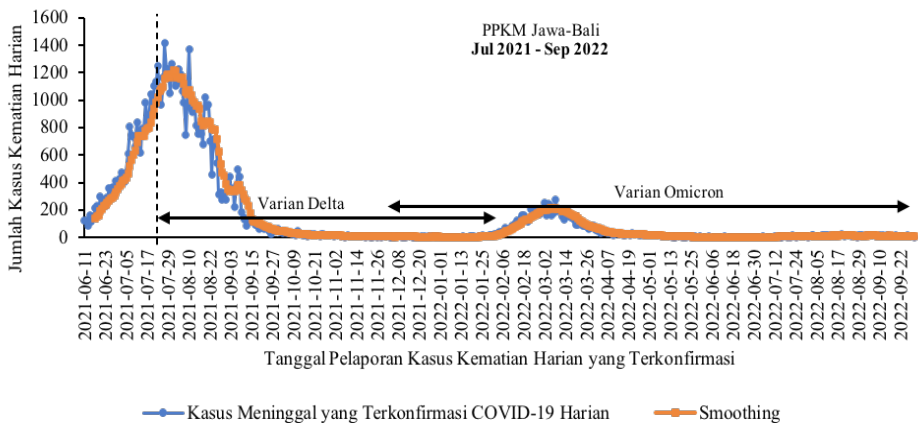
Grafik 4.14 Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali Varian Omicron

Kurva kasus harian yang didominasi varian omicron ini menunjukkan puncak gelombang ke dua COVID-19 di Indonesia, yaitu pada Februari 2022, yang melandai pada awal April, dan kembali meningkat pada Juli hingga September 2022.



Grafik 4.15 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali Varian Omicron

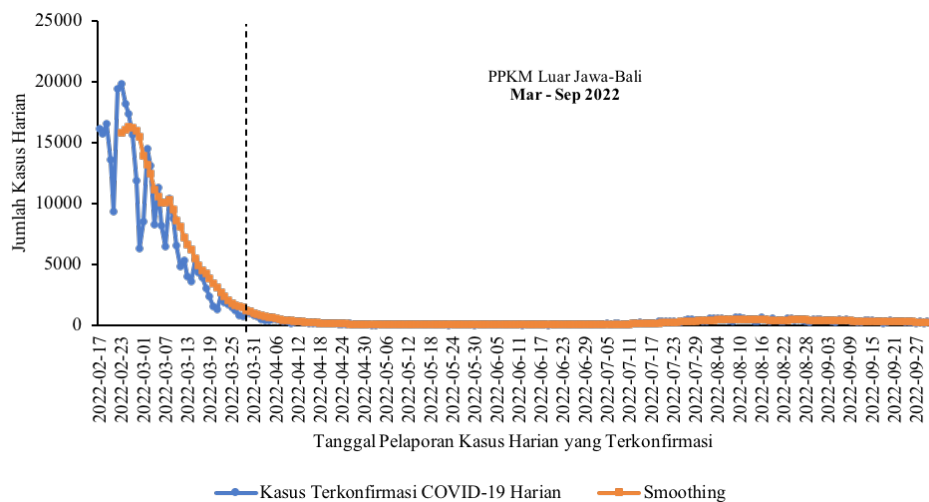
Sebagaimana tampak pada kurva *smoothing* (dengan rerata perubahan kasus bergerak dalam tujuh hari), kurva perubahan (*delta*) kasus harian di atas menunjukkan pola pergerakan yang juga fluktuatif pada akhir bulan Januari 2022 dan kemudian mendatar mulai awal April 2022 hingga September 2022,



Grafik 4.16 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali Varian Omicron

Kurva kematian menunjukkan tren penurunan yang juga fluktuatif sesuai puncak gelombang yang terjadi. Tren kematian ini merupakan dampak dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut dan hasil dari prosedur tata laksana pengobatan kuratif di fasilitas layanan kesehatan, seperti terapi obat-obatan, ketersediaan dan kecukupan ruang tindakan, ketersediaan instrumen/ alat-alat diagnostik dan alat medis penunjang hidup serta kemampuan dan kehandalan tenaga kesehatan dalam menangani kasus yang dirawat

4.2.5 Perkembangan Kasus pada Periode PPKM Levelling Luar Jawa-Bali



Grafik 4.17 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Jawa-Bali Varian Omicron

Berdasarkan grafik harian kasus terkonfirmasi COVID-19 dan *smoothing* Rerata pergerakan kasus selama 7 hari, terlihat bahwa grafik yang bergerak menurun secara tajam pada awal penerapan PPKM dan sejak 18 April 2022 terus bertahan di titik terendah penurunan kasus harian.

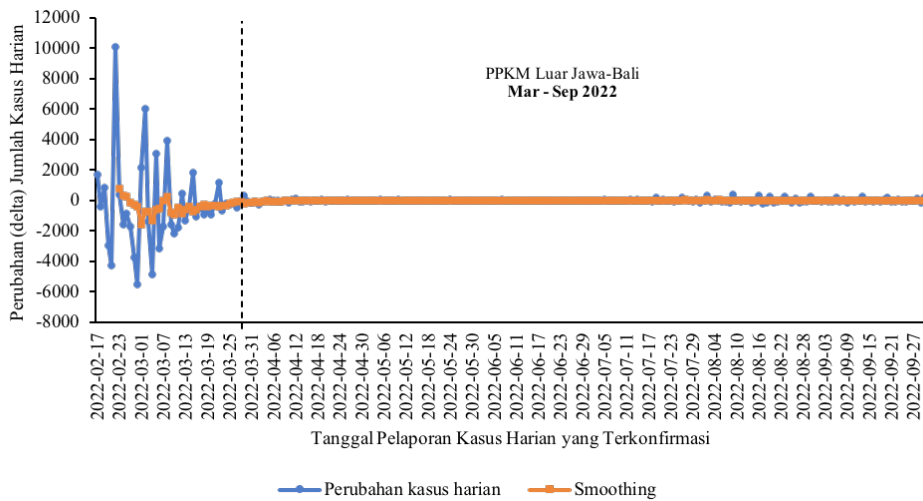
Tabel 4.5 Perbandingan Rerata Perubahan Kasus Sebelum dan Sesudah PPKM Levelling Luar Jawa-Bali

PPKM Levelling Luar Jawa-Bali 29 Maret – 31 Desember 2022	Rerata Perubahan Kasus () (kasus/hari)	Nilai-p*
Perubahan kasus harian 17 Februari – 28 Maret 2022	72.00	0.004
Perubahan kasus harian 29 Maret – 11 April 2022	100.32	
Perubahan kasus harian 12 – 25 April 2022	114.43	
Perubahan kasus harian 26 April – 09 Mei 2022	132.86	
Perubahan kasus harian 10 – 23 Mei 2022	136.96	
Perubahan kasus harian 24 Mei – 06 Juni 2022	137.96	
Perubahan kasus harian 07 – 20 Juni 2022	140.32	

Perubahan kasus harian 21 Juni – 04 Juli 2022	142.79	
Perubahan kasus harian 05 – 18 Juli 2022	140.64	
Perubahan kasus harian 19 Juli – 01 Agustus 2022	127.50	
Perubahan kasus harian 02 – 15 Agustus 2022	93.00	
Perubahan kasus harian 16 – 29 Agustus 2022	101.29	
Perubahan kasus harian 30 Agustus – 12 September 2022	107.07	
Perubahan kasus harian 13 – 26 September 2022	114.29	
Perubahan kasus harian 27 – 30 September 2022	129.75	

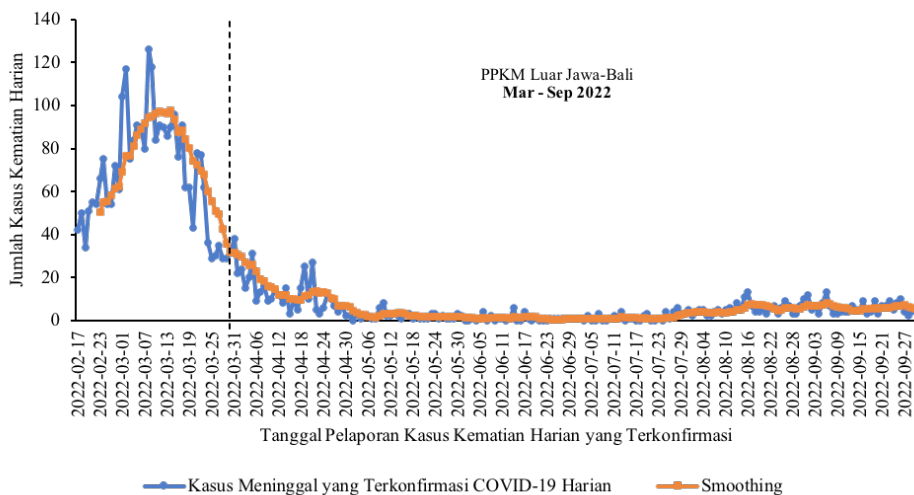
**dianalisis menggunakan uji Kruskal-Wallis*

Serupa dengan hasil analisis untuk wilayah Jawa Bali, hasil analisis luar Jawa Bali dengan membandingkan rerata perubahan (*delta*) angka kasus harian per 2 minggu, menunjukkan perbedaan bermakna. Namun perbedaan bermakna ini juga tidak serta merta mengindikasikan efektivitas PPKM *Levelling* di luar Jawa Bali untuk menurunkan angka kasus harian karena nilai-nilai rerata (*mean*) perubahan (*delta*) angka kasus harian yang sangat variatif dan fluktuatif. Dengan alasan yang mirip dengan wilayah Jawa Bali, hal ini dapat terjadi karena pemberlakuan PPKM yang tidak serentak di semua wilayah Kabupaten Kota di provinsi di luar Jawa dan Bali dan kondisi awal tingkat/ level PPKM yang berbeda-beda di masing-masing wilayah, serta juga pengkategorian luar Jawa-Bali yang mencakup wilayah yang cukup luas yang pada akhirnya memunculkan kebijakan pengendalian di masing-masing wilayah sangat beragam sesuai dengan kondisi wilayah masing-masing. Variasi yang sangat beragam ini menyebabkan hasil analisisnya menjadi sulit untuk diinterpretasikan. Dengan kata lain, juga tidak tampak indikasi efektivitas PPKM *Levelling* untuk wilayah luar Jawa Bali



Grafik 4.18 Perubahan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Luar Jawa-Bali

Kurva *smoothing* (dengan rerata pergerakan perubahan kasus selama 7 hari) dari perubahan (*delta*) kasus terkonfirmasi harian menunjukkan bahwa sebelum periode PPKM Levelling luar Jawa-Bali, perubahan kasus harian sangat fluktuatif, sedangkan pada awal PPKM Levelling Luar Jawa-Bali, perubahan kasus harian kemudian mendatar dan stagnan hingga akhir September 2022.

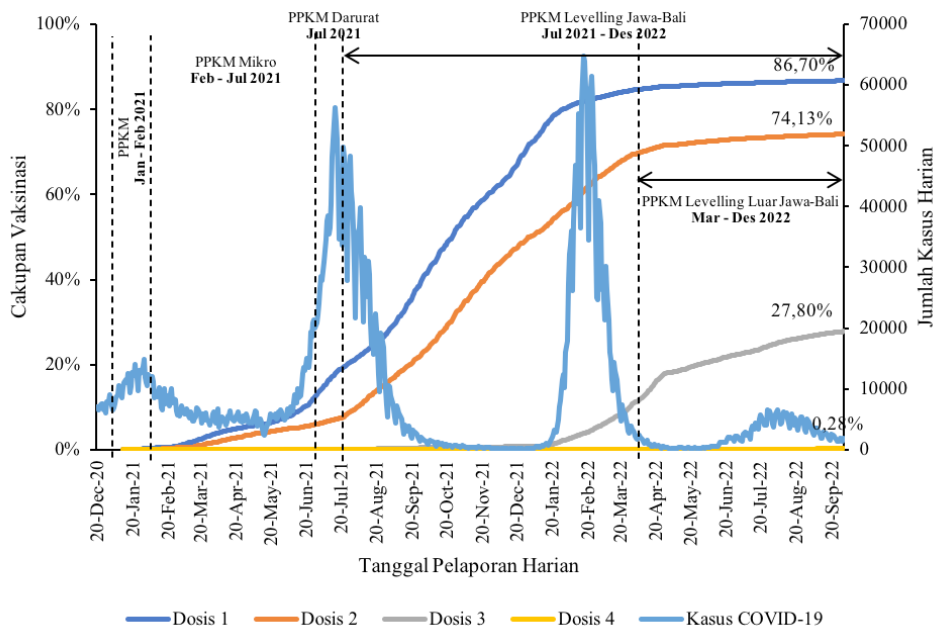


Grafik 4.19 Kasus Meninggal yang Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM Levelling Luar Jawa-Bali

Sebagaimana sudah diuraikan sebelumnya bahwa tren kematian lebih merupakan dampak dari perjalanan penyakit yang lebih lanjut (tingkat keparahan, adanya ko-morbid, status gizi, dll) dan hasil dari upaya atau prosedur tata laksana kedokteran kuratif di fasilitas layanan kesehatan (terapi obat-obatan, ketersediaan/kecukupan ruang tindakan dan perawatan, ketersediaan instrumen/ alat-alat diagnostik dan penunjang hidup, seperti tabung oksigen, respirator) serta kemampuan dan keahlian tenaga kesehatan dalam menangani kasus di fasyankes

4.3 Cakupan Vaksinasi pada Periode PPKM

Seiring berjalannya upaya pemerintah melalui PPKM, pemerintah juga mengupayakan vaksinasi COVID-19 pada masyarakat umum



Grafik 4.20 Cakupan Vaksinasi dan Kasus Terkonfirmasi COVID-19 Harian pada Periode PPKM

Kesan tren pada grafik kasus konfirmatif dan cakupan vaksinasi di atas dapat memunculkan dugaan adanya kemungkinan bahwa PPKM *levelling* yang dikombinasi dengan cakupan vaksinasi

dosis-1 (87%) dan dosis-2 (74%) yang cukup tinggi yang juga disertai peningkatan dosis-3 (*booster*) sampai sebesar 28%, dapat mencegah munculnya puncak gelombang pandemik yang baru

Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa seluruh tren di atas merupakan hasil resultante dari efek berbagai faktor (*multiple factors*) yang tidak seluruhnya terdata atau terekam dalam catatan atau register atau data surveilans, seperti misalnya tingkat atau persentase kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan 3M (yaitu memakai masker, mencuci tangan dan menjaga jarak) pada tingkat individual anggota masyarakat.

4.3.1 Studi Lain pada Penerapan Luar Negeri

Para peneliti dari Australia, SL. Chang dkk mendemonstrasikan melalui simulasi komputasi dalam *modelling* penularan COVID-19 di Australia bahwa kepatuhan penduduk sebesar minimal 80% dalam menjaga jarak dan membatasi perjalanan internasional plus isolasi kasus, dalam kurun waktu minimal 13 minggu akan dapat menekan prevalensi kasus COVID-19 di Australia (4).

Studi lain di Jerman juga melihat dampak kebijakan pemberlakuan *social distancing* terhadap perilaku dan penyebaran epidemi, menemukan bahwa kebijakan tersebut sangat mengurangi mobilitas dan penularan, jika dibandingkan dengan tolok ukur tanpa adanya *social distancing*, dalam tiga minggu. Kebijakan tersebut dapat mengurangi 84% dari potensi kasus COVID-19 (diperkirakan: 499,3 ribu) dan mengurangi 66% dari potensi kematian (5,4 ribu) kasus. Adapun efek relatif lainnya dari kebijakan tersebut adalah lebih kecil untuk individu di atas 60 tahun dan di daerah pedesaan (5).

Penelitian di negara bagian yang terletak di District of Columbia serta negara bagian Maryland dan Virginia, memberikan hasil dukungan terhadap dampak dari faktor-faktor yang terkait dengan *social distancing*, mobilitas, strategi penegakan hukum, kapasitas rumah sakit. Hasil

penelitian tersebut memberikan bukti empiris bahwa tingkat infeksi dan kematian COVID-19 yang lebih rendah terkait dengan peningkatan *social distancing* dan penurunan tingkat perjalanan—terutama oleh moda angkutan umum. Strategi dan kebijakan pencegahan lainnya juga terbukti berpengaruh pada hasil COVID-19. Terutama, tingkat infeksi dan kematian COVID-19 yang lebih rendah dikaitkan dengan kebijakan penegakan yang lebih ketat dan hukuman yang lebih berat karena melanggar perintah tinggal di rumah. Selain itu, kebijakan yang memungkinkan pelanggaran langkah-langkah *social distancing* dan pembatasan perjalanan secara bertahap serta kebijakan yang mewajibkan penggunaan masker terkait dengan tingkat infeksi dan kematian COVID-19 yang lebih rendah. Selain itu, peningkatan akses ke ventilator dan tempat tidur Unit Perawatan Intensif (ICU), yang mewakili kapasitas rumah sakit, terkait dengan tingkat kematian akibat COVID-19 yang lebih rendah. Di sisi lain, kesenjangan dalam kapasitas pengujian terkait dengan tingkat infeksi COVID-19 yang lebih tinggi. Hasilnya juga memberikan bukti empiris untuk laporan yang menunjukkan bahwa kelompok minoritas tertentu seperti orang Afrika-Amerika dan Hispanik secara tidak proporsional terpengaruh oleh pandemi COVID-19 (6).

Penelitian di India tentang *lockdown* (7) menyimpulkan bahwa pelaksanaan *lockdown* di negara berpendapatan rendah dan menengah (dalam bentuk *social distancing*, pembatasan pergerakan, maupun pembatasan pertemuan publik) merupakan cara yang cukup efektif untuk memutuskan siklus infeksi, membantu mengurangi penyebaran infeksi virus dan membatasi dan menekan pertumbuhan kasus positif harian dan melindungi kelompok rentan terhadap potensi terpapar dengan COVID-19. Akan tetapi, *lockdown* juga berpotensi memberikan dampak negatif dalam beberapa aspek kesehatan, ekonomi, dan pekerjaan, seperti meningkatnya angka insiden atau kejadian kekerasan rumah tangga, depresi, kemiskinan, kelaparan, dan kekurangan

gizi akut, pengangguran (karena kehilangan pekerjaan) dan munculnya banyak stigma. Dalam menghadapi dan memitigasi berbagai potensi dampak buruk dari lockdown tersebut, pemerintah, pembuat kebijakan, profesional kesehatan, dan masyarakat umum, perlu bekerja sama secara sinergis dalam mempersiapkan lockdown yang efektif sesuai dengan kondisi lokal, sambil tentunya secara simultan memitigasi eksese negatifnya secara efisien dalam pelaksanaan

DAFTAR PUSATAKA

1. Kementerian Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4641/2021 Tentang Panduan Pelaksanaan Pemeriksaan, Pelacakan, Karantina, Isolasi dalam Rangka Percepatan Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Kementerian Kesehatan RI. Indonesia: <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/kmk-no-hk-01-07-menkes-4641-2021-ttg-panduan-pelaksanaan-pemeriksaan-pelacakan-karantina-isolasi-dalam-pencegahan-covid-19/view>; 2021.
2. WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet]. Interim Guidance. 2021 [dikutip 12 Maret 2023]. Tersedia pada: WHO/2019-nCoV/Community_Actions/2021.1
3. 3Yakhamid RY, Zaqi NAR. Efektivitas PPKM Darurat Dalam Penanganan Lonjakan Kasus Covid-19 Studi Kasus 128 Kabupaten/ Kota di Pulau Jawa dan Bali. Dalam: Sari LK, Sumarni C, Nurmawati E, editor. Official Statistics dan Sains Data Mendukung Percepatan Pemulihan Sosial Ekonomi Masyarakat. Politeknik Statistika STIS; 2021. hlm. 235–44.
4. Chang SL, Harding N, Zachreson C, Cliff OM, Prokopenko M. Modelling transmission and control of the COVID-19 pandemic in Australia. *Nat Commun*. 1 Desember 2020;11(1).
5. Glogowsky U, Hansen E, Schächtele S. How effective are social distancing policies? Evidence on the fight against COVID-19. *PLoS One*. 1 September 2021;16(9 September).
6. Prakash N, Srivastava B, Singh S, Sharma S, Jain S. Effectiveness of social distancing interventions in containing COVID-19 incidence: International evidence using Kalman filter. *Econ Hum Biol*. 1 Januari 2022;44.
7. Panneer S, Kantamaneni K, Akkayasamy VS, Susairaj AX, Panda PK, Acharya SS, dkk. The Great Lockdown in the Wake of COVID-19 and Its Implications: Lessons for Low and Middle-Income Countries. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2022.



”

Jangan lengah, Kita jangan
mengulang, belajar dari pandemi
COVID-19

- **Tito Karnavia**

**BAB 5:
DINAMIKA KEBIJAKAN
PEMBATASAN, TANTANGAN,
DAN PEMBELAJARANNYA
PADA MASA PANDEMI**

Prof. Dr. Semiarto Aji Purwanto, M.Si

Mochammad Arief Wicaksono, S.Sos., M.Si

BAB 5

DINAMIKA KEBIJAKAN PEMBATASAN, TANTANGAN, DAN PEMBELAJARANNYA PADA MASA PANDEMI

Pada bagian ini, kami akan menguraikan bagaimana kebijakan-kebijakan yang diterapkan selama pandemi direspons oleh masyarakat. Konteks sosial budaya masyarakat jelas berperan penting dalam melihat dinamika penerapan kebijakan serta dampak-dampaknya bagi kehidupan sosial, budaya, dan ekonomi. Kebijakan pembatasan aktivitas masyarakat yang dilaksanakan di Indonesia selama masa Pandemi COVID-19, mengalami dinamika sesuai dengan perkembangan kondisi penyebaran virus.

Meskipun berubah-ubah nama kebijakannya – mulai dari Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM), PPKM darurat, PPKM Mikro, hingga PPKM *Leveling* – kerap menimbulkan kebingungan, namun kebijakan-kebijakan tersebut secara prinsip memiliki perbedaan, meskipun sama-sama beroperasi untuk menahan penyebaran virus. Pemberlakuan kebijakan ini juga menunjukkan bahwa sembari menunggu upaya-upaya rekayasa medis melalui vaksin, maka yang bisa dilakukan adalah rekayasa sosial.

Jika diamati, rentetan penerapan kebijakan mulai PSBB ke PPKM dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi naik-turun tingkat penyebaran virus yang ditunjukkan dengan tingkat pasien positif di suatu wilayah. Selain itu, jika PSBB diterapkan secara makro dan terkesan kebijakan yang bersifat *top-down* (nasional), maka PPKM diterapkan dengan mempertimbangkan perkembangan kondisi penyebaran di wilayah masing-masing (kabupaten atau kota). Oleh karena itu, di masa-masa akhir pandemi, kebijakan PPKM diwarnai

oleh pelevelan 1--4 sesuai dengan tingkat penyebaran kasus pada masing-masing wilayah.

5.1 Perkembangan Kebijakan dan Kondisi Pandemi di Indonesia

Kebijakan PSBB adalah strategi penanganan pertama yang diterapkan pada awal pandemi, yaitu ketika di Indonesia mengalami lonjakan jumlah kasus dan jumlah kematian karena COVID-19 meningkat serta menyebar secara signifikan dalam waktu yang singkat. Pembatasan Sosial Berskala Besar meliputi pelarangan aktivitas di sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan peribadatan dan keagamaan, pembatasan kegiatan pada fasilitas-fasilitas umum, pembatasan kegiatan sosial dan budaya di ruang publik, pembatasan penggunaan moda transportasi, dan pembatasan kegiatan lainnya di luar sektor-sektor esensial.

Ketika angka kasus penyebaran virus COVID-19 dianggap cukup terkendali, pemerintah menerapkan kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) pada tujuh provinsi yang ada di Pulau Jawa dan Pulau Bali, sejak 11 Januari 2021 selama dua pekan dan diperpanjang satu kali karena mempertimbangkan angka kasus. PPKM diberlakukan hanya di Jawa dan Bali karena di dua wilayah tersebut mobilitas penduduknya tinggi dan sehingga angka kasus positif COVID-19 lebih besar dari pada wilayah-wilayah lain di Indonesia yang memiliki tingkat mobilitas warga yang lebih rendah.

Dalam pelaksanaan PPKM Jawa-Bali, batasan maksimal orang yang boleh bekerja di kantor adalah 75 persen dengan protokol kesehatan yang ketat, kegiatan belajar-mengajar dilakukan secara daring, tempat ibadah boleh dibuka dengan kapasitas maksimal 50 persen, kemudian sektor esensial bisa beroperasi 100 persen dengan pembatasan jam operasional dan juga kapasitas pengunjung. Restoran hanya bisa menerima 25 persen pengunjung makan atau minum di tempat, serta pusat perbelanjaan dibatasi buka hingga pukul 19.00.

Setelah PPKM Jawa-Bali ternyata dianggap kurang efektif dalam menekan laju perkembangan kasus, pemerintah kemudian mengeluarkan kebijakan PPKM Mikro di tujuh provinsi yang sama.

Berbeda dengan PPKM sebelumnya, strategi penanganan PPKM Mikro adalah berbasis komunitas masyarakat hingga unit terkecil pada tingkat rukun tetangga (RT) dan rukun warga (RW). Pada PPKM mikro, pekerja yang boleh bekerja di kantor dibatasi 50 persen. Pusat perbelanjaan atau *mall* boleh beroperasi hingga pukul 21.00. Kapasitas makan di restoran dibatasi maksimal 50 persen. Kapasitas rumah ibadah dibatasi maksimal 50 persen.

Setelah kasus COVID-19 melonjak setelah masa libur hari raya Idul Fitri pada tahun 2021, pemerintah memutuskan menerapkan perpanjangan kebijakan PPKM mikro diberlakukan selama dua minggu mulai 22 Juni 2021. Kebijakan itu antara lain berisi jumlah pengunjung di tempat makan maksimal 25 persen kapasitas, jumlah pekerja maksimal 25 persen di kantor yang berada di zona merah, dan larangan operasional tempat ibadah di zona merah. Begitu pula sekolah di zona merah dilarang menggelar pembelajaran secara tatap muka.

Kebijakan PPKM mikro yang diperpanjang ini ikut melibatkan pengurus lingkungan, kepala desa, lurah, bintara pembina desa, serta Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat. Pengetatan dilakukan hingga unit terkecil yakni RT/RW. Misalnya, di tingkat rukun tetangga akan dilakukan penyekatan jika ada lebih dari lima rumah yang penghuninya terinfeksi virus COVID-19.

Kebijakan ini diberlakukan setelah PPKM Mikro ternyata dinilai tidak cukup efisien dan efektif untuk menekan laju peningkatan jumlah kasus COVID-19 yang terus naik hingga menembus kisaran 20 ribu kasus per hari. Akhirnya, Presiden Joko Widodo memutuskan memberlakukan kebijakan PPKM Darurat. Kebijakan ini diterapkan di 48 kabupaten dan kota dengan mempertimbangkan situasi pandemi level 4 dan juga diterapkan pada 74 kabupaten dan kota dengan pertimbangan situasi pandemi level 3 di Pulau Jawa dan Pulau Bali. Level penilaian ini dibuat berdasarkan faktor laju penularan dan kapasitas respon di suatu daerah sesuai ketentuan dari WHO. Level 3 dan 4 adalah wilayah yang memiliki tingkat penularan tinggi, namun kapasitas respons daerahnya tergolong sedang hingga rendah. Daerah

inilah yang dinilai perlu pemberlakuan khusus melalui kebijakan PPKM Darurat agar tingkat kasus semakin menurun.

Pada masa kebijakan PPKM Darurat diberlakukan, pengetatan aktivitas mencakup 100 persen bekerja dari rumah untuk sektor non-esensial dan seluruh kegiatan belajar-mengajar dilakukan secara daring. Untuk sektor non-esensial, diberlakukan 50 persen maksimum staf bekerja di kantor dan untuk sektor esensial diperbolehkan 100 persen bekerja di kantor. Pusat-pusat dan tempat-tempat perbelanjaan seperti pasar tradisional, toko kelontong, dan pasar swalayan yang menjual kebutuhan sehari-hari dibatasi jam operasionalnya hanya boleh buka hingga pukul 20.00 waktu setempat dengan kapasitas pengunjung 50 persen. Kegiatan pada pusat perbelanjaan/mal/pusat perdagangan ditutup; restoran dan rumah makan hanya menerima pengiriman atau dibungkus; tempat ibadah dan area publik ditutup sementara.

Pelaku perjalanan yang menggunakan moda transportasi jarak jauh (pesawat, bis dan kereta api) harus menunjukkan kartu vaksin (minimal vaksin dosis I). Khusus untuk perjalanan dengan moda transportasi pesawat, selain kartu vaksin, penumpang juga harus mengantongi hasil tes swab PCR dengan batas waktu H-2. Sedangkan penumpang untuk moda transportasi jarak jauh lainnya, seperti laut dan darat, bisa menunjukkan dokumen tes Antigen dengan batas waktu H-1.

Dari serangkaian kebijakan di atas, kita bisa melihat betapa dinamisnya kebijakan yang diterapkan mengikuti perkembangan yang terjadi di masyarakat. Penyesuaian kebijakan dengan kondisi empiris menunjukkan bahwa di satu sisi, kita semua ingin laju penularan kasus terkendali, di sisi lain aspek-aspek sosial dan ekonomi, utamanya, bisa juga tetap berjalan.

5.2 Penyebarluasan Pengetahuan Mengenai COVID-19

Setelah pemerintah mengumumkan kasus COVID-19 pertama di Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020, masyarakat kemudian berupaya mencari tahu informasi untuk mengisi pengetahuannya mengenai virus tersebut. Dalam studi yang dilaksanakan oleh Satuan Tugas Perubahan Perilaku pada akhir tahun 2020,

menunjukkan bahwa sumber informasi yang banyak diakses untuk mendapatkan informasi mengenai COVID-19 adalah media sosial (80%), berita televisi (77%), dan mesin pencari daring (56%).

Penyebarluasan pengetahuan mengenai virus COVID-19 menjadi bagian penting dalam upaya pencegahannya. Tidak hanya itu, pengetahuan tersebut harus secara utuh disebarluaskan kepada masyarakat, mulai dari asal-usul virus, proses perkembangan, proses penyebaran, cara pencegahan, hingga penanganannya. Bekal pengetahuan yang cukup ini menjadi modal penting atas strategi-strategi berikutnya dalam rangka pencegahan penyebaran virus.

Namun demikian, penyebarluasan pengetahuan akan COVID-19 tidak berasal dari satu sumber. Di satu sisi, pengetahuan mengenai virus mestinya berasal atau setidaknya divalidasi oleh para pakar dari bidang ilmu kedokteran, kesehatan, dan virologi serta disebarluaskan oleh media-media pemberitaan. Di sisi lain, masyarakat justru lebih banyak terpapar oleh penyebarluasan informasi yang berasal dari media sosial yang cenderung tanpa referensi, sehingga penyebarluasan pengetahuan dari media sosial ini belum bisa divalidasi kebenarannya.

Menjadi tantangan tersendiri jika informasi yang tersebar luas di masyarakat tidak seragam. Pemerintah sebagai otoritas tertinggi dalam menyampaikan informasi publik ternyata bukan satu-satunya sumber informasi yang dipercaya oleh masyarakat. Misalnya saja, hal ini tampak pada tingkat keyakinan masyarakat pada bahaya atau tidaknya virus COVID-19. Munculnya pendapat yang beraneka ragam di kalangan masyarakat tentang COVID-19 menunjukkan bahwa pengetahuan yang tersebar luas di masyarakat sangat beragam. Pada akhirnya, masyarakatlah yang memiliki kehendak untuk memberi penilaian pada informasi yang mereka dapatkan.

5.3 Kebijakan Pembatasan *vis-à-vis* Kebiasaan Kolektif Masyarakat dan Kebutuhan Ekonomi

Dampak COVID-19 tentu dirasakan oleh semua pihak. Dampak tersebut bersifat multidimensi, seperti sosial, budaya, politik,

dan ekonomi. Pandemi COVID-19 yang kemudian membuat pemerintah menerapkan serangkaian kebijakan pembatasan yang cenderung segaram, harus berhadapan dengan segala hambatan dan tantangan pelaksanaannya karena berhadapan dengan kebiasaan sehari-hari masyarakat yang tentu sangat spesifik secara sosial dan kultural yang cenderung beragam. Namun demikian, di sisi lain seluruh kebijakan pembatasan itu pada akhirnya juga berhadapan dengan kondisi yang sama di seluruh lapisan dan kelompok masyarakat: kebutuhan ekonomi.

Menurut sosiolog UI, Dr. Ida Ruwaida pada diskusi terpumpun mengenai strategi perubahan perilaku yang dilaksanakan oleh UI dan BNPB (2020) menyatakan bahwa dalam konteks penerapan kebijakan kesehatan dilatarbelakangi oleh beberapa faktor, di antaranya: faktor budaya—terkait kebiasaan masyarakat dalam berkumpul dan penyematan identitas sosial; faktor komunikasi—media massa menyampaikan informasi yang membingungkan dan tidak konsisten; faktor politik—sikap abai dan miskonsepsi yang didasari oleh sentimen politik; dan aktor Ekonomi—tuntutan hidup bagi mereka yang terdampak Covid, terlebih bagi kalangan masyarakat bawah, Pemerintah maupun instansi yang terkait kurang memberikan *exposure* dalam ekonomi sebagai dampak COVID-19.

Pada masa awal penerapan kebijakan PSBB, gerakan perubahan perilaku 3M (memakai masker, menjaga jarak, dan mencuci tangan) sudah dilakukan. Akan tetapi, saat beberapa bulan kebelakang masyarakat sudah mulai longgar menerapkan 3M karena kepercayaan terhadap pemerintah mulai menurun, serta fokus masyarakat lebih kepada dampak ekonomi. Masyarakat menilai bahwa pandemi COVID-19 lebih membawa dampak yang destruktif pada sektor ekonomi dari pada kesehatan sehingga hal tersebut yang menjadi prioritas masyarakat. UMKM kecil merasa ada perbedaan *treatment*, tidak diperbolehkan untuk makan ditempat, dibandingkan dengan *franchise* besar yang masih diperbolehkan pelayanan makan di tempat.

Menurut laporan dari Kawal COVID-19 pada akhir tahun 2020, sekitar 85% dari permasalahan penanganan penyebaran

COVID-19 terletak dari penyebaran virus dalam unit terkecil di dalam rumah tangga. Salah satu sumber yang paling abai berasal dari laki-laki yang berusia produktif di mana keseharian mencari nafkah, yang kemudian menyebarkan virus kepada istri dan anaknya di rumah.

Penerapan kebijakan pembatasan kerap kali juga berhadapan dengan kebiasaan kolektif masyarakat yang khas secara kultural. Pada masyarakat Jawa misalnya, dikenal istilah *mangan ora mangan sing penting ngumpul* (makan atau tidak makan yang penting berkumpul). Ide kultural ini jelas bertolak belakang dengan kebiasaan baru yang dikenalkan untuk menghindari penyebaran virus COVID-19, yaitu menjaga jarak (*social distancing*). Kebersamaan yang begitu kuat antarsesama masyarakat di Banten, misalnya, juga dapat direfleksikan dari tata bahasa lokal yaitu penyematan identitas ‘saya’ disebutkan sebagai ‘kami atau kita’ sehingga identitas saya merupakan identitas milik sosial.

Di dalam lingkungan keagamaan, khususnya di masjid, kebijakan menjaga jarak fisik dan sosial juga menghadapi tantangan di masa awal penerapan kebijakan. Kebijakan tersebut berhadapan dengan ketentuan barisan solat yang harus rapat. Selain itu, kegiatan keagamaan seperti misa di gereja, salat jumat di masjid, hingga pengajian-pengajian tidak bisa dilakukan secara langsung. “Tabrakan” kebiasaan ini di kelompok dan periode waktu tertentu mengalami penentangan karena dianggap bertolak belakang dengan nilai kelaziman ibadah, misalnya, ketika kebijakan dianggap sebagai upaya menghalangi masyarakat untuk beribadah, bukan untuk mencegah penyebaran virus.

Tingkat kepatuhan penerapan kebijakan penerapan protokol kesehatan juga cenderung menurun pada momen-momen tertentu yang secara sosial-kultural sangat bernilai bagi masyarakat, yaitu pada momen mudik Hari Raya Idul Fitri, libur pada saat Hari Raya Natal dan Tahun Baru, serta pemakaman anggota keluarga yang meninggal semasa pandemi COVID-19. Masyarakat cenderung menilai lebih berharga untuk bertemu orang tua dan saudara yang ada di kampung pada momen-momen hari raya dari pada menjaga diri mereka dan keluarga sendiri dari persebaran virus

COVID-19. Hal serupa juga tampak pada prosesi pemakaman anggota keluarga yang terinfeksi virus COVID-19. Tidak jarang anggota keluarga merebut paksa jenazah anggota keluarganya yang terinfeksi virus untuk dimakamkan sebagaimana lazimnya daripada menaati protokol pemakaman selama pandemi. Semua hal tersebut menunjukkan bahwa kebijakan masih berhadapan dengan praktik-praktik dalam hubungan sosial yang tentu berada dalam kerangka nilai budaya tertentu.

5.4 Panutan Pelaksanaan Kebijakan dan Peran-peran Komunitas

Berdasarkan survei daring mengenai tokoh panutan yang dilakukan oleh UI dan BNPB pada bulan Oktober 2020, menunjukkan bahwa bapak sebagai tokoh panutan di lingkungan keluarga, tokoh masyarakat/adat sebagai tokoh panutan di lingkungan kampung, dan teman sejawat sebagai tokoh panutan di lingkungan pekerjaan. Namun demikian, ada sedikit perbedaan untuk wilayah Jawa dan Indonesia Barat. Di Jawa lebih banyak responden yang menjadikan ketua RT sebagai tokoh panutan di lingkungan keluarga, sedangkan di Indonesia Barat lebih banyak responden yang menjadikan pemimpin kantor sebagai tokoh panutan di lingkungan pekerjaan.

Unit terkecil keluarga juga menjadi fokus terpenting dalam menjaga perubahan perilaku COVID-19. Oleh karena itu, sudah menjadi peran antaranggota keluarga dalam mengingatkan satu sama lain untuk melaksanakan protokol kesehatan. Kehadiran ketua RT, RW, Dasa Wisma, dan juga Pemuda Masjid dilihat sebagai pihak yang paling sering mengedukasi masyarakat kalangan bawah karena dapat merefleksikan apa yang dirasakan di daerah sekitar rumah secara empiris.

Sangat disayangkan ketika tokoh-tokoh politik dan representasi dari pemerintah seringkali tidak satu suara dan tidak konsisten dalam menyebarkan informasi seputar COVID-19, mulai dari soal vaksin, isu pasien yang dirawat di RS, penindakan kerumunan, dan masih banyak hal lainnya. Oleh karena itu, dibutuhkan kesamaan suara mengenai segala informasi dan berita yang akan disampaikan ke publik. Adanya ketidakpercayaan pada pemerintah

yang dilatarbelakangi oleh beberapa faktor, di antaranya gerakan pemerintah yang kurang sigap dan cepat dalam penanggulangan COVID-19. Selain itu, pemerintah juga dianggap belum maksimal dalam melakukan pendekatan pada tokoh masyarakat dan tokoh agama. Padahal, pendekatan pada tokoh agama dapat bekerjasama dengan Kementrian Agama yang berkoordinasi oleh pihak lainnya. Selain itu, diperlukan juga pelibatan komunitas lain, antara lain Ibu PKK dan Karang Taruna.

Keteladanan bersifat spesifik sesuai konteks sosial dan kultural masyarakat. Misalkan saja, oleh karena masyarakat Banten sebagian besar merupakan masyarakat religius, maka diperlukan pendekatan yang melibatkan tokoh agama. Masyarakat Banten merupakan masyarakat yang spiritual sehingga dalam acara keagamaan dan kemasyarakatan, protokol kesehatan hanya dianggap sebagai gerakan simbolis. Menariknya, kasus *suspect Covid* akan dikaitkan dengan bentuk “cobaan dari Tuhan”. Akan tetapi, terdapat salah satu pemuka agama yang diteladani dalam protokol kesehatan, seperti halnya Bayan Mufti. Ketika beliau bertemu dengan majelis, jamaah, dan berbagai kelompok lainnya, beliau tetap menerapkan protokol kesehatan.

Para pemuka agama juga bersedia turut menyebarkan pengetahuan mengenai protokol kesehatan kepada jamaah ketika aparat keamanan meminta bantuan. Menariknya, fenomena COVID-19 di beberapa wilayah juga dikaitkan dengan isu politik-religi, yaitu bagaimana masyarakat meyakini bahwa protokol kesehatan 3M adalah sebagai cara bagi pemerintah untuk menjauhkan umat Islam dari ritual keagamaan.

Dapat disimpulkan bahwa pengaruh pemuka agama sangat penting di beberapa wilayah, seperti Banten dan Aceh. Sayangnya, mayoritas dari pemuka agama yang dijadikan panutan memiliki kekurangan dalam literasi dan pendidikan serta memiliki sentimen politik kepada Pemerintah. Padahal, pemuka agama tersebut memiliki intensitas yang tinggi menemui para jamaahnya. Informasi propaganda dan menyesatkan juga banyak bertebaran di *WhatsApp* dan sulit untuk dicegah penyebarannya. Oleh karena itu, menyetujui konteks pelibatan religius dan spiritualitas dalam

perubahan perilaku COVID-19 di beberapa wilayah.

Karakteristik wilayah yang berbeda juga turut mempengaruhi terciptanya kondisi yang berbeda untuk komunikasi publik, seperti di Banten. Wilayah utara Banten relatif lebih padat (urban), sedangkan wilayah selatan lebih ke gunung dan perhutanan (rural) sehingga menimbulkan tingkat religiusitas yang berbeda pula. Pelibatan tokoh ulama dan pemuka agama lainnya masih dianggap efektif dalam menanggapi pertanyaan sebelumnya. Pendekatan melalui tokoh-tokoh masyarakat dan agama diperlukan pada kelompok-kelompok masyarakat tertentu, meskipun dalam segi informasi masyarakat bisa mendapatkan melalui media massa dan sosial kapan pun. Akan tetapi, karena dalam kehidupan komunal dan relasi antarsesama, masyarakat Banten sangat mendengar tindak-tanduk ucapan dan perbuatan para tokoh tersebut.

Protokol kesehatan dirasa baru berhasil berjalan dalam tingkatan kewaspadaan. Akan tetapi, yang dirasa masih kurang di masyarakat menyangkut kesadaran dan kehendak untuk menerapkannya. Untuk mencapai kesadaran dan kehendak untuk penerapan, perlu penggunaan narasi-narasi yang tepat. Seperti halnya lebih memposisikan ‘Adaptasi Kebiasaan Baru’ bila dibandingkan dengan “*New Normal*” (Normal Baru) sehingga dapat lebih melekat dalam tingkatan masyarakat.

Komunitas organisasi non pemerintah juga berperan dalam upaya penyebarluasan pengetahuan dan edukasi mengenai protokol kesehatan, salah satunya yang dilakukan oleh organisasi Indorelawan. Langkah upaya organisasi Indorelawan dalam mengubah perilaku masyarakat dengan membuat gerakan ‘*Bersatu Lawan Corona*’ skala nasional, dengan menggalang dana dari masyarakat maupun perusahaan dan kemudian mendistribusikan melalui para relawan. Dari gerakan tersebut yang kemudian berimplikasi positif pada protokol kesehatan baru di tingkatan organisasi, khususnya bagi para relawan dengan mempertimbangkan nilai-nilai SDGs. Menjadi relawan itu butuh standar operasional prosedur khusus, khususnya dalam masa pandemi dan menyediakan asuransi dalam skala nasional. Inilah bentuk penyesuaian baru dalam sektor pekerjaan.

5.5 Komunikasi Publik selama Penerapan Kebijakan

Penyampaian berita yang keliru, seperti halnya pasien yang meninggal bukan karena COVID-19 tetapi diberitakan sebagai korban COVID-19, justru menciptakan trauma masyarakat terhadap tenaga medis serta layanan kesehatan. Hal tersebut yang membuat masyarakat enggan melakukan tes kesehatan dan meragukan vaksin. Media massa kemudian kerap dianggap menyebarkan ketakutan, bukannya justru mengedukasi secara intensif (bagaimana cara meningkatkan imunitas dan peningkatan kesehatan). Dibutuhkan keterbukaan data oleh pemerintah dan juga oleh media.

Oleh karena media massa banyak menampilkan cuplikan kerumunan, tetapi tidak terlihat peningkatan positif COVID-19 secara signifikan atau sampai menimbulkan kematian sehingga masyarakat mulai ragu COVID-19 adalah virus yang berbahaya atau tidak. Program edukasi sudah dilakukan sejak bulan Maret 2020. Akan tetapi, penyebaran berita bohong beredar enam kali lebih cepat daripada klarifikasi berita yang dilakukan oleh Pemerintah. Maka dari itu, diperlukan pergerakan klarifikasi yang lebih cepat dalam menanggapi berita bohong.

Hal yang luput dari fokus bahasan adalah ketidaksadaran dan kelonggaran penerapan protokol Covid dalam tingkatan mikro (rumah tangga) menyebabkan banyak kasus positif Covid tidak dapat dihindarkan. Saat pandemi berlangsung, terdapat 32.000 Duta Perubahan Perilaku yang tersebar di Indonesia dengan berbasis perekrutan terbuka ke berbagai kampus, PKK, dan Pramuka yang bekerja secara sukarela. Kehadiran mereka bertujuan mengedukasi masyarakat. Dalam kurun waktu 20 hari pada akhir 2020, tercatat bahwa hampir 8 juta orang diedukasi melalui aplikasi monitoring perubahan perilaku. Duta perubahan perilaku juga membagi juga 1,5 juta masker yang berasal dari dana pribadi.

Ada beberapa strategi terkait strategi komunikasi publik selama penerapan kebijakan penanganan penyebaran COVID-19, di antaranya dengan membuat 75 pedoman perilaku dan video pendek dalam 75 bahasa lokal sebagai pendekatan yang lebih

efektif dan melibatkan tokoh publik, seperti Andi F. Noya dan Susi Pudjiastuti yang diharapkan dapat menarik atensi publik.

Dalam upaya perubahan perilaku Covid di DKI Jakarta, pelibatan komunikasi dengan teknologi dapat dijadikan sebagai fokus utama yang membedakan dengan wilayah lainnya. Akan tetapi, terdapat perbedaan penyampaian komunikasi bagi kalangan masyarakat atas dan bawah. Harus diperhatikan lebih lanjut bahwa kalangan masyarakat menengah bawah di Jakarta masih banyak yang belum menyentuh akses informasi secara *online* dan terbatas pada prasarana penunjang. Sehingga, kegiatan edukasi dan pencegahan Covid secara *offline* dapat terus dilakukan dengan memperhatikan protokol kesehatan.

Lebih lanjut, sebagai tujuan untuk menyentuh segala lapisan masyarakat, treatment informasi yang diperlukan harus lebih ditingkatkan *based on evidence* dan science. Keterbukaan soal dampak kesehatan Covid, pemaparan soal konsekuensi resiko, visualisasi yang jelas dan lugas, serta penggunaan bahasa yang tepat menjadi kunci informasi Covid agar dapat dimengerti dengan baik.

Pelibatan dengan berbagai tokoh dan kelompok masyarakat dari unit terkecil juga jangan sampai terlewatkan, sebut saja Dewan Majelis Masjid, RT/RW, Ibu-ibu PKK, hingga Pengusaha lokal. Serta kehadiran media massa dalam menampilkan penyiaran menjadi indikator penting dalam upaya perubahan perilaku. Sebagai penutup, tentunya intervensi dari kelompok mikro turut berperan pada penanggulangan COVID-19 secara makro.

Asosiasi Antropologi Indonesia dalam studinya mengenai strategi komunikasi publik selama masa pandemi merekomendasikan sejumlah hal sebagai berikut. *Pertama*, strategi perubahan perilaku perlu dirancang mencakup perubahan di empat ranah utama yaitu: kebijakan, sistem pendukung pelayanan, tradisi/norma Masyarakat, individu dan rumah tangga/keluarga. *Kedua*, Pendekatan intervensi komunikasi perlu menggabungkan strategi komunikasi massa, strategi berbasis kelompok dan pendekatan pemberdayaan (lewat pelibatan) masyarakat yang mengarah pada perubahan norma. *Ketiga*, Perlu memperkuat pendekatan

bersifat partisipatoris (*bottom up*) dan bersifat emic sejak perencanaan hingga pelaksanaan kegiatan dengan menggunakan modal bahasa, dan memperhatikan sosial dan budaya masing-masing wilayah. Tokoh adat/budaya/masyarakat setempat penting dilibatkan secara aktif untuk melakukan edukasi kepada kelompoknya sementara tim fasilitator bersifat menguatkan dan mendampingi. Organisasi madani dan profesi mempunyai peran penting untuk memfasilitasi proses tersebut karena dianggap sebagai pihak netral yang tidak mempunyai kepentingan.

5.5.1. Pemanfaatan Seni Budaya

Upaya memanfaatkan seni budaya daerah untuk menyampaikan pemahaman mengenai COVID-19 dianggap penting karena dapat langsung menyentuh masyarakat. Perlu upaya ekstra untuk menjelaskan sosok COVID-19 yang tidak kasat mata sehingga tidak mudah untuk memberi pengertian serta menyampaikan tatalaksana protokol kesehatannya. Salah satu upaya Bidang Perubahan Perilaku adalah membentuk Tim Seni Budaya untuk berkoordinasi dengan beberapa instansi terkait seperti Institut Seni Indonesia (ISI) serta berbagai kalangan seniman profesional.

Penjelasan berbahasa daerah mengenai COVID-19 yang dibungkus dalam bentuk seni budaya lebih menarik dan mudah dicerna oleh masyarakat setempat. Sebagai contoh, ini adalah salah satu upaya memerangi COVID-19 melalui bahasa dan seni budaya daerah. Ini adalah poster mengenai Pertunjukan Wayang Golek dengan lakon “Nyinglar Sasalad” yang ditampilkan melalui TVRI. *Nyinglar* artinya menolak sedangkan *sasalad* artinya pandemi. Jadi, *nyinglar*



Gambar 5.1
Poster Pertunjukan Wayang Golek
“Nyinglar Sasalad”

sasalad adalah perilaku yang diperlukan untuk menolak kehadiran pandemi. Di sini terlihat dengan jelas, bahwa konsep sasalad adalah kata berbahasa daerah yang menyimpan ingatan mengenai penanggulangan bencana pandemi sebagai memori kolektif masyarakat Sunda.

Wayang diberi prioritas untuk menjadi alat edukasi karena orang Jawa dan Sunda saja sudah mencakup di atas 55% seluruh penduduk Indonesia. Jadi, selain Wayang Golek Sunda, juga ditampilkan topik penanggulangan pandemi dalam Wayang Kulit Jawa yaitu pagebluk serta Wayang Bangli Bali yaitu sasab merana atau grubug. Masyarakat merasa terhibur dan tidak merasa digurui namun mendapatkan informasi yang komprehensif bagaimana berperilaku yang tepat untuk menghadapi COVID-19. Selain wayang yang menghibur, juga diupayakan menggunakan drama berbahasa Batak, syair-syair berbahasa Melayu Riau, serta komedi berbahasa Minang. Kesemuanya untuk membantu mengedukasi masyarakat memahami pandemi dan secara bersama-sama mau dan sadar mengubah perilaku untuk memerangi COVID-19.

5.5.2. *Pemanfaatan Media*

Berbagai sarana media juga dimanfaatkan untuk mengedukasi masyarakat. Contohnya upaya melaksanakan *talkshow* dengan berbagai tokoh, juga memanfaatkan webinar, Instagram, Televisi, dan Radio. Bahkan juga diupayakan untuk menasar ke generasi muda usia 17—30 tahun yang secara nasional cenderung mengabaikan protokol kesehatan. Pada usia muda memang daya tahan tubuhnya kuat untuk menghadapi COVID-19. Namun yang bersangkutan tidak menyadari bahwa dirinya justru sebagai sosok penyebar penyakit. Sehubungan dengan hal itu, dikemaslah informasi mengenai COVID-19 dalam bentuk yang menarik di Instagram, Facebook, dan Tik Tok yang mencapai hingga

100 juta *viewers*. Edukasi untuk generasi muda juga dikemas dalam bentuk komik, *storytelling*, sinilar, dan slogan-slogan (Laporan Perubahan Perilaku Masyarakat Terkait Protokol 3M oleh Satuan Tugas Perubahan Perilaku, 2021).

5.5.3. *Pemanfaatan Sosialisasi, Edukasi, dan Mitigasi pada Kegiatan Nasional dan Internasional*

Dalam perjalanan waktu, walau masih dalam masa COVID-19 berbagai acara berskala nasional atau internasional tetap berlangsung. Sehubungan dengan itu, diperlukan pembuatan panduan yang rinci agar acara dapat tetap berlangsung namun proses penularan dapat terkendali. Berbagai panduan disiapkan antara lain untuk Pekan Olahraga Nasional XX di Papua, Pertandingan Nasional Bulutangkis Seluruh Indonesia di Bali, Mandalika Grand Prix di Lombok, Java Jazz Festival di Jakarta, 2nd Asia International Water Week di Labuan Bajo, dan Indonesia Asean Para Games di Solo (Satgas COVID-19, 2021)

Tidak mudah untuk menyusun panduan-panduan tersebut karena setiap kegiatan memiliki karakteristik tersendiri. Sebagai contoh, untuk kegiatan PON XX di Papua diperlukan panduan rinci karena olahraga yang ditandingkan ada yang di dalam ruangan dan ada yang di luar ruangan. Ada yang menggunakan peralatan pribadi seperti raket tenis, namun ada pula yang menggunakan peralatan bersama seperti untuk olahraga angkat besi. Juga harus mempertimbangkan olahraga air yang memiliki derajat penyebaran virus yang berbeda. Kesemuanya itu memerlukan tata cara protokol kesehatan yang berbeda-beda, baik untuk pemain, wasit, panitia, termasuk anggota sekuriti, katering, dan kebersihan. Termasuk perilaku di dalam hotel, di dalam bus, dan di tempat pertandingan. Harus ada upaya terus-menerus dan tekad bersama untuk

memutus mata rantai penularan.

Dapat disimpulkan bahwa dalam masa pandemi COVID-19 yang lalu, Indonesia telah mengambil sejumlah pelajaran penting, salah satunya dalam strategi komunikasi publik untuk menyebarluaskan pengetahuan dan kebijakan penanganan penyebaran virus COVID-19, antara lain dengan:

- Penyusunan materi sosialisasi, edukasi, dan mitigasi perubahan perilaku
- Sosialisasi, edukasi, dan mitigasi perubahan perilaku melalui pergerakan Perubahan Perilaku;
- Sosialisasi, edukasi, dan mitigasi perubahan perilaku melalui komunikasi informasi edukasi perubahan perilaku;
- Kolaborasi berbagai sektor (pemerintah pusat, pemerintah daerah, pelaku usaha dan ekonomi, pelaku pendidikan, tokoh masyarakat) untuk mendukung sosialisasi, edukasi, dan mitigasi perubahan perilaku;
- Pemantauan dan evaluasi program perubahan perilaku;
- Penguatan Posko Komunitas di lapangan untuk fungsi pencegahan dan pembinaan.

5.6 Pendisiplinan Masyarakat selama Pandemi

Aparat penegak hukum menjadi bagian penting dalam upaya pendisiplinan dalam pelaksanaan kebijakan pembatasan selama pandemi. Hal yang tidak luput dari perhatian bersama bahwa lingkungan simbolik dapat mengarahkan pada tingkatan kesadaran. Prof. Ibnu Hamad, pakar komunikasi UI, dalam diskusi terpumpun mengenai strategi perubahan perilaku pada tahun 2020 menyatakan bahwa lingkungan simbolik digambarkan oleh kehadiran para satpam, aparat keamanan, guru, hingga tokoh agama dalam memberikan penerapan protokol kesehatan konkret. Penegakkan hukum yang seharusnya tidak tebang pilih dan diberlakukan secara menyeluruh oleh tiap wilayah, kalangan,

maupun instansi yang tidak hanya dapat memberikan efek jera sekaligus mengedukasi.

Studi yang dilakukan oleh Condro, Purwanto, dan Setyabudi (2022) menunjukkan bahwa dinamika kondisi politik dan ekonomi dalam negeri selama masa pandemi COVID-19 merupakan salah satu tantangan mendesak ketika Kepolisian dituntut untuk mengoperasionalisasikan upaya pendisiplinan. Di Indonesia, perubahan akibat respons negara terhadap COVID-19 melahirkan dilema keamanan yang dihadapi aparat polisi. Di satu sisi, Polri perlu meningkatkan kapabilitasnya dalam mendisiplinkan kebijakan protokol kesehatan selama masa pandemi COVID-19, namun di sisi lain ia akan dilihat sebagai potensi ancaman oleh masyarakat.

Menurut Keputusan Presiden No. 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 dan Keputusan Presiden No. 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non-Alam Penyebaran COVID-19 sebagai Bencana Nasional, Polri turut memiliki peran dan kewenangan dalam upaya penanggulangan penyebaran COVID-19. Sejumlah kebijakan yang jelas membutuhkan peran keterlibatan polisi dalam penutupan wiayah pada perbatasan kota dan kabupaten, pembatasan pergerakan masyarakat antarwilayah, penerapan *work from home* pada kegiatan kantor, menutup tempat hiburan, pasar, sekolah hingga tempat ibadah.

Masih menurut studi Condro dkk. (2022), Polresta Bogor, misalkan, mengupayakan pemolisian yang dilaksanakan secara partisipatif bersama masyarakat untuk mendisiplinkan protokol kesehatan, peduli isolasi mandiri, penanganan jenazah COVID-19, dan vaksinasi COVID-19. Dalam perspektif ini, peran polisi didorong agar lebih menekankan pada orientasi polisi yang memiliki kepekaan terhadap aspek psikologis dan sosial yang meliputi langkah-langkah intervensi baik terhadap pola pikir, sikap dan perilaku masyarakat. Polisi juga menjadi lembaga pemerintah dalam tugas dan operasi kemanusiaan di tengah penanggulangan pandemi COVID-19, seperti mengamankan pengiriman logistik barang-barang medis dan kesehatan lainnya,

mengkoordinasi keamanan pelaksanaan pelayanan kesehatan, dan lain sebagainya.

Di sisi lain, kehadiran polisi juga efektif dalam memunculkan imajinasi tentang kedisiplinan sehingga berfungsi juga untuk mengontrol kedisiplinan masyarakat. Kehadiran polisi juga menunjukkan bahwa kondisi negara sedang dalam keadaan darurat pandemi COVID-19 sehingga aktivitas-aktivitas masyarakat yang menimbulkan kerumunan menjadi aktivitas yang dijaga ketat oleh aparat keamanan.

Implementasi tugas dan fungsi kepolisian pada situasi kedaruratan perlu menekankan aspek kecepatan dan aspek efektivitas. Pemolisian intervensi dapat dilakukan melalui intervensi pada sektor regulasi, lembaga (formal maupun non-formal) dan partisipasi masyarakat. Konsep pemolisian pada situasi pandemi atau kedaruratan tidak cukup hanya menekankan aspek pengaturan yang bersumber dari legitimasi otoritas kekuasaan yang menekankan pada aspek hukuman atau denda bagi yang melanggar kebijakan. Pada situasi kedaruratan diperlukan model pemolisian intervensi yang menekankan pada model kombinasi antara pengaturan berbasis nilai dan norma di masyarakat dengan pengaturan berbasis legitimasi otoritas kepolisian.

5.7 Pembelajaran Pengalaman dari Beberapa Wilayah

Sekiranya perlu untuk melihat pengalaman dari penanganan penyebaran virus COVID-19 di beberapa wilayah di Indonesia. Pengalaman ini tidak hanya berisikan cerita-cerita sukses, tetapi juga pengalaman-pengalaman tantangan dan keterbatasan sehingga bisa menjadi pembelajaran di masa mendatang.

Kalimantan Selatan

Provinsi Kalimantan Selatan memiliki motto dalam bahasa Banjar “Haram Manyarah Waja Sampai Kaputing” yang berarti “Tetap Bersemangat dan Kuat Seperti Baja Dari Awal Sampai Akhir”. Motto ini telah menjadi semangat dalam upaya penanggulangan COVID-19. Provinsi Kalsel melakukan banyak upaya diantaranya pembentukan Tim Gugus Tugas Percepatan

Penanganan COVID-19 Provinsi Kalimantan Selatan, penetapan tanggap darurat, pembatasan sosial, pemetaan kasus, pengadaan alat kesehatan dan insentif, penetapan BTKLPP Banjarbaru menjadi laboratorium penguji spesimen, peningkatan kapasitas layanan di rumah sakit, melakukan karantina khusus, pengadaan dana Jaring Pengaman Sosial (JPS) bagi warga terdampak, re-alokasi dana desa, ketahanan pangan, pemberdayaan UMKM dengan melakukan bimtek (pembuatan masker kain tiga lapis, minuman herbal, hazmat suit, dan face shield), pembentukan tim KIE, dan serta pelibatan masyarakat melalui Kampung Tangguh Banua yang menjadi tombak dalam memperkuat program KIE (komunikasi informasi dan edukasi) untuk menyampaikan informasi protokol kesehatan menjadi lebih masif hingga ke tingkat masyarakat paling bawah.

5.7.1. Kalimantan Timur

Kalimantan Timur merupakan salah satu wilayah dengan risiko bencana geologi, vulkanologi, dan hidrometeorologi paling kecil dibandingkan dengan wilayah lain. Wilayah ini memiliki kekhasan budaya yang terimplementasi dalam berbagai sendi kehidupan, khususnya kehidupan sosial. Kondisi tersebut mempermudah kinerja pemerintah dalam melakukan mitigasi bencana. Kekhasan budaya itu diimplementasikan dalam berbagai cara, misalnya upacara tolak bala oleh Komunitas Adat Dayak Wehea yang di dalamnya ada unsur pembatasan sosial dan fisik, sehingga dinilai efektif menghalau penyebaran COVID-19. Hutan di Kalimantan merupakan sumber pangan juga obat-obatan dimana berbagai tanaman herbal untuk menjaga imunitas tubuh ada di hutan, seperti daun sirih, serai, jahe, kunyit, kencur, temu lawak, jeruk nipis, akar-akaran, batang bajakah, dan bawang dayak.

Bahan tersebut digunakan dalam membuat masker dan desinfektan dari bahan-bahan daun sirih dan jeruk

nipis yang ada di hutan. Hal ini didukung dengan riset yang dilakukan oleh Tim Satuan Tugas COVID-19 Universitas Mulawarman bersama dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Kaltim yang meramu jamu tradisional sebagai peningkat imunitas tubuh (immune booster) sebagai upaya pencegahan COVID-19 yang terdiri dari tiga bahan utama jamu: meniran, sambiloto, daun kelor, dan jahe yang dipasok dari desa-desa tiga desa di Kutai Timur yaitu Saka, Sempayau, dan Batu Lepoq. Dalam ramuan jamu ini ditambahkan juga madu kelulut yang pasokannya didapat dari Kelompok Petani Hutan (KPH) Kendilo di Kabupaten Paser.

5.7.2. *Jawa Tengah*

Dalam penanganan COVID-19, Jawa Tengah meluncurkan program “Jogo Tonggo” yang artinya menjaga (jogo) tetangga (tonggo). Program yang tertuang dalam Instruksi Gubernur Jawa Tengah Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pemberdayaan Masyarakat dalam Percepatan Penanganan COVID-19 di Tingkat Rukun Warga (RW) melalui Pembentukan “Satgas Jogo Tonggo” ini dimaksudkan agar masyarakat melaksanakan penanganan COVID-19 secara bersama-sama melalui gerakan gotong-royong dan pemberdayaan masyarakat secara sistematis, terstruktur, dan menyeluruh. Titik beratnya adalah pemberdayaan berbasis masyarakat dan kemandirian masyarakat dengan prinsip gotong-royong, saling membantu, dan tidak mengandalkan bantuan-bantuan dari luar. Misalnya ada yang terkena COVID-19 yang mengharuskan karantina selama 14 hari, maka masyarakat kemudian bergotong-royong membantu dalam penyediaan logistik atau makanan sehari-hari.

5.7.3. *Gorontalo*

Provinsi Gorontalo terdiri atas satu kota dan lima kabupaten. Masyarakat Gorontalo memiliki falsafah hidup yang mereka yakini dan pegang teguh hingga saat ini, seperti “mohuyula” atau bahu-membahu dan bergotong royong. Perjalanan kasus positif COVID-19 di Provinsi Gorontalo terjadi ketika ada aktivitas keagamaan di Gowa, Sulawesi Selatan. Pemerintah kemudian melakukan tracing kasus positif COVID-19 dan terungkaplah klaster-klaster baru juga transmisi lokal di setiap wilayah. Provinsi Gorontalo memiliki banyak keterbatasan fasilitas dan jumlah sumber daya manusia, termasuk juga keterbatasan anggaran. Karenanya dilakukan refocusing anggaran dan melakukan koordinasi atau kerjasama antar Lembaga Pemerintahan baik lokal, nasional, maupun internasional.

Berbagai upaya kesehatan juga yang dilakukan Pemprov Gorontalo antaralain; pembentukan gugus tugas, penyediaan fasilitas kesehatan rujukan sebagai sarana perawatan dan isolasi; laboratorium pemeriksaan PCR yang merupakan kerja sama Balai POM Gorontalo; melakukan tracking, testing, dan isolating; menggalakan PSBB; melakukan sosialisasi di media cetak dan elektronik; penyemprotan disinfektan di tempat-tempat yang merupakan fasilitas umum; serta pendisiplinan masyarakat terhadap protokol Kesehatan.

Pendekatan berbasis budaya juga banyak dilakukan, misalnya edukasi masyarakat di desa yang belum fasih berbahasa Indonesia dengan bersinergi dengan tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam mensosialisasikan protokol kesehatan dengan merekam sendiri suaranya menggunakan bahasa Gorontalo yang kemudian diputar di desa-desa.

Rupanya penerapan physical distancing ini kurang efektif dilakukan, sebab kultur ngala’a (kekerabatan) terdapat berbagai jenis interaksi yang menggunakan

kontak fisik. Hal ini menimbulkan klaster lokal yang besar. Maka ada inisiatif pemerintah melakukan pendekatan sosial secara kearifan lokal, misalnya beleuto. Beleuto adalah sarung yang biasa digunakan perempuan untuk menutupi wajah dan bisa digunakan sebagai pelindung wajah, seperti masker. Jika dilihat berdasarkan protokol kesehatan, maka dapat dikatakan budaya ini merupakan tradisi dahulu yang dikembalikan lagi oleh pandemi ini.

Ada juga ajakan kepada masyarakat untuk melakukan isolasi dengan kearifan lokal, yang disebut dengan “bele huyula mandiri”, yakni masyarakat diminta untuk mengisolasi diri di rumah masing-masing dengan pengawasan masyarakat sekitar secara bersama-sama. Konsep ini memiliki tujuan, antara lain, membangun paradigma masyarakat melalui edukasi dengan berbasis pendekatan keluarga, mendorong kemandirian masyarakat dalam menghadapi berbagai resiko penyakit, dan mengembalikan fungsi puskesmas sebagai fasilitas kesehatan deteksi dini penyakit. Budaya “modepita” juga melengkapi, yakni mengantar makanan di antara tetangga, sehingga ketika ada warga yang diisolasi, mereka bisa tetap tinggal di rumah karena akan ada tetangga yang menyediakan kebutuhan makannya.

Selain itu upaya penanganan secara ekonomi juga dilakukan untuk menciptakan ketahanan pangan, terutama di lingkungan keluarga dengan anjuran menanam sayur, buah, dan rempah-rempah di pekarangan, memberikan bantuan benih berkualitas bagi para petani agar hasilnya pun akan baik. Termasuk juga memberi bantuan bibit ternak kambing, sapi, dan bibit serta pupuk pertanian, agar petani bisa menanam untuk swasembada pangan. Juga komitmen untuk membeli hasil tangkapan nelayan, kemudian membagikan kepada masyarakat miskin yang terdampak.

Tidak hanya itu, momen pemusnahan minuman keras menjadi cikal bakal ide Gubernur Gorontalo

bahwa minuman yang berasal dari Sulawesi Utara itu bisa dimanfaatkan sebagai hand sanitizer. Minuman keras yang terbuat dari pohon enau itu memiliki kandungan alkohol hanya 40% diubah menjadi hand sanitizer dengan kadar alkohol mencapai 70%. Upaya-upaya yang dilakukan mengantarkan Provinsi Gorontalo menjadi 5 provinsi terbaik dalam penanganan COVID-19.

5.7.4. *Aceh*

Masyarakat Aceh memiliki sejarah panjang kesiapsiagaan bencana karena pengalaman mereka menghadapi bencana alam, termasuk tsunami dan wabah penyakit. Provinsi Aceh menjadi provinsi pertama yang merespon dan mengantisipasi penyebaran COVID-19 pada awal tahun 2020 sebelum provinsi lain di Indonesia melakukan respon. Selama wabah COVID-19, Aceh banyak mengambil pelajaran dari kerjasama di tingkat pusat, daerah, dan desa/gampong oleh pemerintah dan para pelaku pentahelix seperti masyarakat, akademisi, tokoh agama, media massa, pengusaha, filantropi, dan kearifan lokal yang dikombinasikan dengan teknologi modern untuk mobilitas tanpa batas. Penelitian ini bersifat cross-sectional dengan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi, dengan purposive sampling.

Pada 9 Juni 2020, telah dilakukan wawancara mendalam secara daring dengan Kepala Badan Penanggulangan Bencana Aceh (BPBA) melalui Zoom meeting. Penyajian data dilakukan secara deskriptif. Pemerintah daerah dan Ulama di Aceh berkolaborasi untuk mempercepat penanganan COVID-19 dan ditindaklanjuti di tingkat gampong/desa dengan membentuk gampong/desa siaga COVID-19, dan setiap gampong mendirikan tempat penampungan untuk pendatang dari luar untuk isolasi mandiri selama 14 hari

dan menjalankan kearifan lokal masyarakat Aceh yang sudah lama dilakukan untuk menangani COVID-19. Kearifan lokal masyarakat Aceh adalah garam, air dalam guci (le lam guci), inai di jari (pakek kaca), mengunyah sirih (pajoh ranup), membakar leumang (tuet leumang), isolasi orang sakit, dan berdoa, yang diperoleh dari pengalaman wabah di masa lalu.

5.7.5. *Papua*

Tercatat 2.021 warga Papua positif COVID-19 (Maret-awal Juli 2020). Kasus pertama diumumkan pada tanggal 17 Maret 2020. Jumlah pasien positif meningkat signifikan pada bulan Mei (637 pasien) dan Juni (1.696 pasien) 2020. Dalam menghadapi pandemi COVID-19 Pemprov Papua memiliki slogan “Sa Jaga Ko, Ko Jaga Sa, Kitong Semua Selamat” atau yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia menjadi Saya Menjaga Kami, Kamu Menjaga Saya, Maka Kita Semua Akan Selamat. Hal diinisiasi juga untuk menggabungkan jumlah suku di Papua yang berjumlah 255 suku dengan bahasa yang juga berbeda. Pemprov Papua membentuk Satgas Darurat COVID-19 dengan ketua harian Satgas ini adalah Kepala BPBD Provinsi Papua, Willeam Manderi. Sebelumnya didahului dengan diterbitkannya SK Gubernur tentang pembentukan Satgas Pencegahan dan Penanganan COVID-19 pada tanggal 6 Maret 2020.

Pencegahan dan penekanan kasus COVID-19 di Provinsi Papua menjadi ujian kepada masyarakat setempat terkait ketaatan mengikuti protokol dan keterbukaan berpikir. Di masyarakat tersebar stigma bahwa COVID-19 adalah penyakit kutukan dari Tuhan. Di sisi lain kondisi seperti ini masyarakat dibuat untuk bersama menggalakkan ketahanan pangan lokal melalui penanaman sayur-mayur (ubi jalar, talas, dan sagu) di halaman rumah.

DAFTAR PUSATAKA

1. Satuan Tugas Penanganan Covid-19 Bidang Perubahan Perilaku (2021) Laporan Akhir Nasional Riset Perubahan Perilaku Masyarakat Terkait Protokol Kesehatan 3M Selama Pandemi Covid 19.
2. Asosiasi Antropologi Indonesia (2021) Pengembangan Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Terkait Protokol Kesehatan yang Mengintegrasikan Pemahaman Sosial Budaya dalam Kebijakan Percepatan Penanganan Bencana Non-Alam Covid 19.



BAB 6: PERUBAHAN PRILAKU INDVIDU DAN KOLEKTIF MASYARAKAT

*Prof. Dr. Semiarto Aji Purwanto, M.Si
Mochammad Arief Wicaksono, S.Sos., M.Si*

BAB 6

PERUBAHAN PERILAKU INDIVIDU DAN KOLEKTIF MASYARAKAT

Mengubah perilaku, terlebih perilaku yang sudah dilakukan seumur hidup manusia bukan perkara yang mudah. Upaya mengubah perilaku dalam kerangka penerapan kebijakan ini dilakukan dengan pendekatan multidimensi sehingga mendorong masyarakat untuk mengubah kebiasaan mereka. Terkadang, upaya mengubah perilaku ini dilakukan dengan menciptakan kondisi-kondisi tertentu yang menyebabkan mau tidak mau perilaku masyarakat berubah. Perubahan perilaku tidak luput melibatkan pendekatan budaya di dalamnya melalui kerjasama dengan berbagai *cultural changers*—pelibatan para tokoh atau agen perubahan yang dijadikan sebagai model peneladanan nasional.

Tantangan terbesar penanganan Covid terdapat di wilayah pelosok Indonesia; terlebih pada masyarakat yang tingkat religiusitasnya tinggi di mana mengartikan ‘sakit’ sebagai realita takdir Tuhan, misalnya pada masyarakat Sunda, atau Papua. Hal tersebut yang menggiring kita pada kesimpulan bahwa karakteristik dari tiap daerah berbeda sehingga dibutuhkan treatment yang khas pula. Tantangan kedua, terletak pada ketidakpedulian masyarakat meskipun mereka tahu konsekuensi yang akan dihadapi. Oleh karena itu, kebijakan untuk perubahan perilaku dibentuk sebagai *evidence-based policy* berdasarkan pendekatan kolaboratif yang sedang diupayakan saat ini.

6.1. Kampanye 3M: Langkah Awal Perubahan Perilaku Kolektif

Pandemi COVID-19 telah mengubah cara berperilaku masyarakat dalam kehidupan sehari-hari. Protokol kesehatan 3M (memakai masker, mencuci tangan dengan sabun, dan menjaga

jarak) menjadi dasar berperilaku masyarakat dalam situasi pandemi COVID-19. Satuan Tugas Penanganan COVID-19 tidak dapat bekerja sendiri sehingga diperlukan kolaborasi antara pemerintah, media, masyarakat, pelaku usaha, dan akademisi. Untuk berkolaborasi bersama, peran akademisi dari berbagai latar belakang ilmu sangat penting untuk melakukan penelitian yang dapat dijadikan masukan bagi pemerintah.

Masyarakat telah menyadari Covid sebagai virus yang menular. Namun demikian, komunikasi yang diterima dinilai membingungkan sehingga narasi mengenai Covid tidak seragam. Tingkat resiko bahaya Covid menjadi kabur, sehingga menimbulkan pandangan apakah Covid benar-benar berbahaya atau tidak. Tingkat kepatuhan dinilai menurun ketika mulai memasuki "*pasca-new normal*". Informasi dan pengetahuan mengenai protokol kesehatan, terutama 3M, pada umumnya sudah diketahui oleh masyarakat. Permasalahannya terjadi ketika protokol 3M tersebut diterapkan pada kehidupan dan aktivitas sehari-hari.

Para peserta menyatakan, satu dari tiga aktivitas dalam 3M yang efektif dijalankan hanya mencuci tangan. Sementara itu, dua aktivitas lainnya dinilai sulit untuk diterapkan. Penggunaan masker diasosiasikan dengan orang sakit. Penggunaan masker dinilai mengganggu interaksi atau kegiatan, seperti mengobrol dengan relasi atau makan di tempat umum. Adapun, menjaga jarak dirasa sulit dilakukan pada lokasi-lokasi publik atau informal tempat kerumunan berkerumun. Selain itu, menjaga jarak dilihat sebagai satu kesulitan pula, sebab dikaitkan dengan nilai-nilai budaya dan kepatutan.

Komunitas daring di sosial media serta pekerja daring mempunyai peranan penting dalam upaya sosialisasi protokol kesehatan. Komunitas luring, seperti kelompok Komunitas Perempuan (Ibu Rumah Tangga), Kelompok Komunitas Pertetangga (RT, RW, Dasa Wisma), serta Kelompok Komunitas berbasis identitas etnis (jaringan-jaringan sosial berbasis etnis, seperti di Tanabang, antara kelompok sosial Bugis/Betawi/Minang, dan sebagainya) mempunyai peranan penting dalam

upaya sosialisasi protokol kesehatan.

Komunitas rentan (seperti penderita ODHA) memperlihatkan upayanya untuk melawan stigma dan stereotip, maupun membangun gerakan dan mengorganisasi dirinya secara swadaya untuk memenuhi kebutuhan komunitasnya. Jaringan masjid dan rumah ibadah menjadi pranata yang berpengaruh bagi penyebaran informasi dan sosialisasi terkait COVID-19.

Menggunakan jaringan masjid-masjid atau tempat ibadah di Jakarta untuk mengkomunikasikan mengenai rawannya pandemi COVID-19. Mengevaluasi ulang mengenai mekanisme pengendalian di tingkat lingkungan warga, hal ini disebabkan menurut salah seorang peserta yang menjadi kepala tetangga, ketika memberikan teguran, para pemimpin lokal merasa tidak mempunyai kekuasaan atau bingung dalam menyampaikan alur pelaporan. Peningkatan pelibatan perempuan dan menekankan perhatian pada sosialisasi pada lingkup terkecil, yaitu keluarga.

Persoalan perubahan perilaku memerlukan pelibatan partisipasi publik dalam meningkatkan efektifitas penerapan protokol kesehatan. Transisi di tatanan masyarakat yang terlihat dari perubahan pada perilaku masyarakat itu sendiri. Akan tetapi, transisi tatanan masyarakat dengan perubahan pada perilaku tidak serta merta selaras dengan upaya penanggulangan COVID-19. Salah satu upaya adalah dengan meningkatkan *health literacy*. *Health literacy* adalah kemampuan individu dalam mengakses, memahami, dan menggunakan informasi dan pelayanan kesehatan untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatan. *Health literacy* menjadi salah satu kunci dalam melawan virus COVID-19, dan dengan kesiapan system dan individu bisa membantu mempersiapkan semua orang untuk situasi ke depan seperti masalah ekonomi, pola hidup, dan lain-lain. Perkembangan *health literacy* menjadi sangat penting sekarang untuk mempersiapkan setiap individu dalam menghadapi situasi yang membutuhkan reaksi cepat. *Health literacy* juga harus diterapkan ke dalam tanggung jawab sosial karena dibutuhkan oleh orang yang membutuhkan informasi kesehatan dan orang yang memberi informasi itu,

serta memastikan agar masyarakat bisa mendapatkan akses kesehatan.

Peningkatan kemampuan individu tersebut tidak dapat lepas dari keterlibatan komunitas. Komunitas memainkan peran penting dalam mendukung screening, rujukan kasus yang dicurigai, tindak lanjut kontak, pemantauan wabah, dan inisiatif komunikasi. Melibatkan kepemimpinan komunitas yang aktif dan bermakna dalam komunikasi risiko dan memahami penyakit serta perilaku yang diinginkan terbukti cukup berhasil dalam konteks Ebola dan COVID-19. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengidentifikasi sumber informasi yang paling terpercaya dan berpengaruh dan berkomunikasi dengan masyarakat melalui sumber tersebut dengan cara yang sesuai secara budaya. Dalam konflik dan krisis politik, masyarakat dapat bersikap skeptis terhadap pemerintah atau organisasi non-pemerintah internasional dan hanya dapat mempercayai tokoh atau pemimpin informal mereka (Rupasinghe, 2020).

Hal ini terjadi karena pada masa tertekan dan darurat, seperti halnya pandemi COVID-19 saat ini, hubungan dalam sebuah komunitas menjadi erat. Namun komunitas yang dimaksud tidak hanya terbatas pada tempat geografis namun juga kelompok-kelompok yang memiliki kesamaan kepentingan (*shared interest*). Perhatian atas akses informasi di sekitar pandemi memperlihatkan perlunya komunikasi yang efektif. Pandemi COVID-19 bahkan melahirkan banyak teori konspirasi, berita bohong dan misinformasi yang menyebabkan semakin semrawutnya penanganan pandemi ini (van Bavel, dkk., 2020).

Dari studi yang dilaksanakan oleh Asosiasi Antropologi Indonesia dan Badan Nasional Penanggulangan Bencana pada tahun 2020, perilaku menjaga jarak hampir menjadi tantangan utama di semua wilayah. Kedekatan jarak secara intim merupakan salah satu karakteristik sosial masyarakat Indonesia, sebut saja misalnya yang tercermin dalam aktivitas-aktivitas budaya seperti ibadah kolektif, pesta perkawinan, dan lain sebagainya.

Terkait dengan protokol kesehatan di kampus sudah berjalan maksimal, khususnya di Universitas Untirta. Tidak

hanya penerapan protokol kesehatan, terdapat pula pergantian jadwal (tenaga pengajar ataupun karyawan kampus) dalam meminimalisir penyebaran COVID-19, serta mengurangi pertemuan besar secara luring. Perlu ditekankan untuk melihat kebiasaan masyarakat yang sudah mulai berkerumun kembali, khususnya yang berkaitan dengan sektor perekonomian.

Tabel 6.1 Beberapa Contoh Perubahan Perilaku

Aktivitas	Sebelum Pandemi	Saat Pandemi
Ibadah	Dilakukan kolektif di tempat ibadah	Dilakukan kolektif secara terbatas di masjid serta dilakukan masing-masing di rumah
Transaksi jual beli barang kebutuhan pokok	Dilakukan secara langsung antara pembeli dan penjual di pasar tradisional, pasar swalayan, dan toko-toko.	Dilakukan dengan berbelanja secara daring. Pembeli dan penjual tidak bertemu langsung.
Makan di Restoran	Tidak ada pembatasan waktu dan jumlah orang dalam satu tempat.	Terdapat pembatasan waktu dan jumlah orang, atau harus take away.
Kegiatan sekolah	Dilakukan secara tatap muka di dalam ruang-ruang kelas.	Dilakukan secara virtual.
Kegiatan pekerjaan di kantor	Dilakukan di kantor secara langsung.	Dilakukan secara jarak jauh, yaitu bekerja melalui rumah. Dilakukan di kantor dengan jumlah terbatas dan penerapan protokol khusus.
Pemakaman	Tata caranya dilakukan sesuai keyakinan kepercayaan masing-masing, dihadiri banyak orang.	Tata cara dilakukan sesuai protokol kesehatan yang ditetapkan rumah sakit, hanya dihadiri anggota keluarga inti.

6.2. Peran-peran Komunitas

Karakteristik sosial budaya masyarakat menentukan bagaimana komunitas meneladani sosok atau pihak tertentu dalam mengubah perilaku mereka. Secara garis besar, pelibatan tokoh ulama dan pemuka agama lainnya masih dianggap efektif dalam menanggapi pertanyaan sebelumnya. Faktor lingkungan keluarga dan tempat bermain sangat berperan signifikan dalam penerapan protokol kesehatan secara berkelanjutan. Masyarakat mempersepsikan jika rumah dianggap menjadi tempat yang aman dari COVID-19, maka dari itu muncul seruan *#DiRumahSaja*. Namun, di sisi lain, persepsi itu tidak diikuti oleh kesadaran lebih lanjut mengenai penanggulangan COVID-19 manakala ada salah satu anggota keluarga terinfeksi.

Salah satu yang berperan pula adalah berbagai lembaga swadaya di masyarakat. Salah satu contohnya adalah organisasi Indorelawan dalam mengubah perilaku masyarakat dengan membuat gerakan “*Bersatu Lawan Corona*” dalam skala nasional—dengan menggalang dana dari masyarakat maupun perusahaan dan kemudian mendistribusikan melalui para relawan. Dari gerakan tersebut yang kemudian berimplikasi positif pada protokol kesehatan baru di tingkatan organisasi, khususnya bagi para relawan dengan mempertimbangkan nilai-nilai SDGs.

Berdasarkan hasil diskusi terpumpun pada Desember 2020 lalu, terdapat dua konteks yang membedakan pola interaksi sosial dan komunitas berdasarkan tingkatan pendidikan. Para peserta menyadari jika DKI Jakarta merupakan area yang multikultural serta mempunyai kompleksitas dalam ragam dimensi sosial, budaya dan ekonomi. Hal inilah yang menurut para peserta diskusi berpengaruh terhadap jenis komunitas serta bagaimana komunitas berinteraksi maupun saling terhubung di antara anggotanya ataupun dengan komunitas lainnya.

Masyarakat berlatar pendidikan cenderung tinggi, melihat jika pada dasarnya terdapat dua tipe mengenai komunitas,

yaitu: komunitas pengguna media daring dan komunitas yang tidak terlalu melek teknologi. Menurut para peserta diskusi terpumpun, kemunculan tipe komunitas pengguna media daring terkait berkembangnya peranan teknologi digital informasi dalam memediasi komunikasi, pengetahuan dan berelasi sosial, sampai perihal terkait kegiatan ekonomi.

Peserta memandang dalam komunitas pengguna media daring terdapat duasub kelompok komunitas, yaitu komunitas pengguna media sosial dan komunitas pekerja digital. Komunitas pengguna media sosial dilihat sebagai komunitas yang banyak digunakan oleh kalangan anak muda (milenial) DKI Jakarta. Sosial media menjadi situs bagi masyarakat untuk berkomunikasi personal, namun dalam konteks pandemi COVID-19 dan penanggulangannya, sosial media dinilai mempunyai pengaruh besar dalam mengarahkan persepsi atau medium dalam menyampaikan pesan dan informasi. Media sosial yang sedang banyak diminati dan dianggap berpengaruh adalah Twitter, Tik-Tok, Youtube dan Facebook, sebagaimana pengalaman dari Jakarta Smart City yang bekerja sama dengan komunitas online dengan masuk ke dalam grup-grup besar komunitas *Ojek Online* melalui *platform* sosial media *Facebook*. Tiap grup tersebut terdiri dari ratusan ribu pengguna serta membuat konten video pendek mengenai COVID-19, durasi 30- 45 detik yang kemudian disebarkan ke grup-grup atau sosial media daring.

Komunitas yang berperan aktif dalam menangani COVID-19 di DKI Jakarta adalah komunitas perempuan, komunitas lingkungan tetangga, komunitas profesi, komunitas berbasis etnis, dan komunitas rentan. Setiap komunitas mempunyai ruang interaksinya masing-masing, mulai dari satuan rumah hingga ruang-ruang publik, seperti lingkungan sekitar rumah, tempat ibadah, kantor dan pasar. Komunitas perempuan dinilai penting. Hal ini disebabkan kehadiran perempuan dalam perubahan perilaku sangat potensial karena begitu ada kasus muncul, yang paling responsif bergerak justru dari perempuan, meskipun belum ada dukungan dana. Selain komunitas

perempuan, kelompok Dasa Wisma. Kelompok tersebut adalah rumpun tetangga yang terdiri dari sepuluh rumah. Bersama dengan RT/RW, Dasa Wisma dinilai efektif dalam menyampaikan informasi dan komunikasi antar-tetangga.

Lebih lanjut, komunitas lain yang berperan penting adalah komunitas berbasis identitas sosial. Karakteristik sosial-budaya DKI Jakarta yang multikultur disadari oleh para peserta jika pendekatan terhadap kelompok-kelompok etnis dinilai dapat menjadi strategi yang efektif dalam menyebarkan informasi dan pengetahuan. Hal ini disebabkan, jika jejaring sosial berbasis etnis masih relevan dan aktif bagi sebagian besar masyarakat di DKI Jakarta.

Terakhir, komunitas lain yang seringkali luput menjadi perhatian adalah kelompok rentan. Berdasarkan penuturan perwakilan dari komunitas rentan Orang dengan HIV/AIDS, kelompok rentan di DKI Jakarta, selain sebagai kelompok yang terdampak, di sisi lain mampu untuk mengembangkan potensinya dalam membangun jejaring serta strategi dalam menghadapi masalah turunan akibat pandemi, seperti stigma atau persoalan kesulitan mengakses fasilitas. Para anggota komunitas selama pandemi meningkatkan intensitas relasi dan komunikasi sesamanya, sekaligus berinisiatif mencari solusi dalam menghadapi permasalahan yang muncul, seperti kesulitan mendapatkan obat atau mengakses fasilitas medis.

Sementara itu, bagi peserta berpendidikan rendah yang di satu konteks terkait dengan tingkatan ekonomi menengah bawah, memandang jika kelompok komunitas yang mempunyai peranan penting terkait dengan penanggulangan COVID-19 tidak lain kelompok komunitas yang berada di sekitar kehidupan mereka sendiri. Pada dasarnya, kelompok berpendidikan rendah melihat jika kelompok komunitas dalam lingkup terkecil adalah pada keluarga. Lebih lanjut, kelompok komunitas pada lingkungan, baik dalam lingkup organisasi RT dan RW maupun keagamaan, terutama masjid. Selain itu, mereka melihat pula terdapatnya kelompok komunitas anak muda. Berbeda dengan kelompok berpendidikan tinggi, kelompok-kelompok

komunitas pada peserta menengah bawah melihat jika pada setiap kelompok erat terafiliasi identitasnya dengan organisasi massa, pertemanan dan etnisitas.

Perbedaan lain yang terlihat adalah ruang interaksinya. Bagi masyarakat dengan berpendidikan rendah, lingkup interaksinya dinilai tidak sekompleks dengan pendidikan menengah atas. Ruang interaksinya berkisar pada rumah tempat tinggal mereka dan juga ruang-ruang publik, seperti tempat usaha kecil, di mana para anggota masyarakat dapat berinteraksi dengan orang-orang yang dikenalnya.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah perlu lebih konsisten terhadap kebijakan yang diambil dalam penanganan wabah COVID-19, dan jangan mengeluarkan kebijakan yang kebijakan/ pernyataan yang saling bertolak belakang. Satgas perlu mendorong berbagai pihak yang menyusun protokol kesehatan terkait dengan institusi yang ditanganinya secara lebih detail. Misalnya, ketika berbelanja di pasar atau warung bagaimana teknis memberikan atau menerima uang, kapan boleh membuka masker ketika di restoran atau ketika ada acara sebagaimana enti, apakah dibolehkan berkumpul atau mengobrol setelah sholat Jumat, bagaimana prosedur pemakaian alat yang dipakai bergantian dengan rekan kerja yang lain.

Satgas perlu memberikan rambu apa yang harus dilakukan ketika masyarakat menemui pelanggaran terhadap protokol kesehatan, misalnya ketika berbelanja di warung, ketika masuk area istirahat di jalan tol, dan di tempat tujuan wisata. Perlu adanya semangat bersama kembali untuk kembali patuh dan peduli terhadap protokol kesehatan. Perlu adanya upaya-upaya yang lebih efektif sehingga tertanam di dalam diri masyarakat bahwa COVID-19 adalah sesuatu yang perlu dihindari.

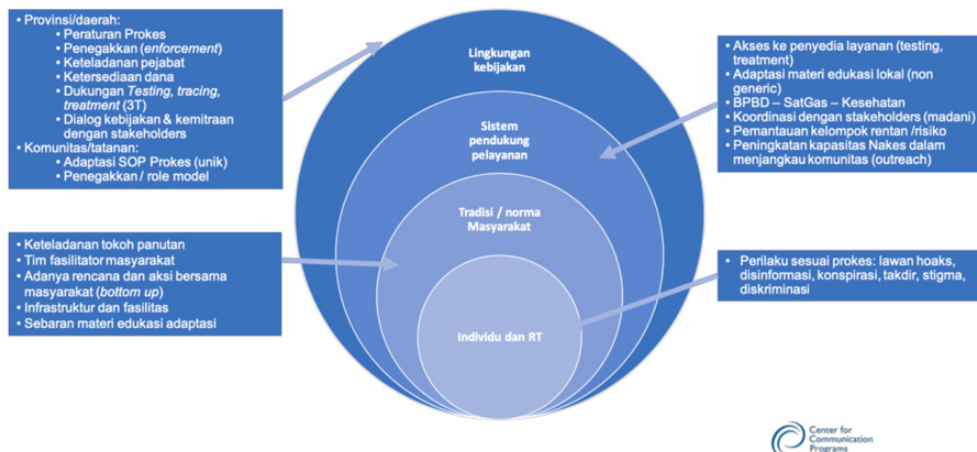
Ada satu hal yang menarik dari pengalaman Indonesia dalam menjalani kehidupan semasa pandemi COVID-19. Gerakan “warga bantu warga” adalah suatu Gerakan dalam komunitas untuk saling memberikan dukungan kepada sesama warga, terutama warga yang terinfeksi COVID-19 dan harus

melakukan karantina mandiri di rumah. Oleh karena pasien tidak dapat keluar rumah untuk melakukan berbagai aktivitas, warga tetangga kerap memberikan makanan dan suplemen/ vitamin kepada pasien dengan menggantungkannya di pagar atau pintu. Dari sini kita bisa melihat bahwa solidaritas sosial masyarakat tetap terjaga sekalipun ada warga di sekitar mereka terinfeksi virus yang dapat menular.

6.3. Tantangan-tantangan dalam Penegakan Kebijakan Perubahan Perilaku

Menurunnya atensi publik dalam menerapkan perubahan perilaku didasari oleh kekecewaan terhadap pemerintahan dan media massa yang lebih berpihak pada satu sisi dan tidak memberikan tindakan tegas pada pelanggaran Covid. Hal tersebut diperparah ketika media menampilkan kerumunan dan tidak adanya penindakan hukum akan situasi tersebut. Sehingga, masyarakat menjadi ragu dan tidak yakin soal kebenaran Covid. Protokol 3M memang di daerah sekitar masih rendah didasari oleh beberapa faktor:

- Pemberian edukasi yang kurang merata di masyarakat;
- Informasi yang tidak konsisten; masyarakat masih bingung dengan himbauan pemerintah pada awal pandemi COVID-19 menginstruksikan masker medis, tetapi saat ini menghimbau masker kain.
- Sangat menyayangkan media massa yang masih menampilkan kerumunan.



Gambar 6.1. Tantangan-tantangan dalam Penegakan Kebijakan Perubahan Perilaku

Baik di tingkat komunitas/tatanan maupun provinsi/daerah, perubahan perilaku memerlukan perubahan di berbagai tingkatan intervensi yaitu kebijakan formal, sistem dukungan dan fasilitas pelayanan, tradisi/norma sosial dan individu. Keempat elemen tersebut memerlukan intervensi komunikasi yang berbeda dengan dukungan sumber dana dan daya dari berbagai pihak secara partisipatori.

Tantangan terbesar perubahan perilaku terletak pada tataran individu yaitu pada perilaku untuk menghindari kerumunan terutama dalam konteks informal dan tertutup, dimana pemerintah tidak mempunyai otoritas untuk melakukan penegakkan kebijakan. Tabel di bawah ini menunjukkan sejumlah hal yang perlu dilakukan terkait masing-masing ranah/tingkatan itu. Informasi lebih rinci mengenai keunikan dari masing-masing kelompok sosial di setiap wilayah studi di lima provinsi terkait dengan kebijakan khusus, dukungan yang diperlukan, dan kelompok berpengaruh sesuai dengan lokus belajar, dapat dilihat dalam lampiran laporan per provinsi.

6.4. Strategi-strategi Mengubah Perilaku Masyarakat

Untuk mengubah perilaku masyarakat tidak mudah karena sangat terkait dengan sosial budaya setempat. Selain itu terdapat kendala komunikasi mengingat belum semua penduduk Indonesia mampu berbahasa Indonesia. Generasi tua di wilayah pedesaan yang homogen dan tidak berpendidikan cenderung merupakan kelompok monolingual yang hanya mampu menggunakan satu bahasa yaitu bahasa daerahnya. Dengan demikian, kondisi tersebut memunculkan kendala komunikasi.

Bencana alam selama ini dapat ditanggulangi dengan sigap dan baik oleh BNPB, karena langkah utama yang harus dilaksanakan adalah menyelamatkan nyawa penduduk setempat yang terkena bencana. Setelah itu menempatkan para korban bencana di tempat penampungan sementara. Ketika kondisi alam sudah reda dan kondusif, penduduk dapat dikembalikan ke lokasi semula. Rangkaian kegiatan penanggulangan bencana itu tidak memerlukan perubahan perilaku dari penduduk setempat. COVID-19 adalah bencana wabah non-alam yang merupakan wabah penyakit menular secara serentak di seluruh dunia. Penanggulangan COVID-19 tidak dapat disamakan dengan menanggulangi bencana alam seperti gunung meletus, gempa bumi, atau tsunami. Selain rangkaian penanggulangan bencana yang standar, untuk menanggulangi COVID-19 diperlukan perubahan perilaku hidup dari semua lapisan masyarakat untuk dapat memutus mata rantai penularan penyakit.

Mengubah perilaku seseorang memerlukan waktu dan kesabaran agar yang bersangkutan paham lalu secara sadar mau mengubah perilakunya. Maka dapat dibayangkan betapa sulitnya mengubah perilaku semua penduduk Indonesia yang memiliki keanekaragaman latar belakang sosial budaya. Ditambah dengan kondisi tingkat pendidikan penduduk Indonesia yang tidak menggembirakan. Hal ini terlihat dari data tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan penduduk berumur 15 tahun ke atas: tidak pernah sekolah 3,56%; tidak

tamat SD 11,27%; tamat SD 24,80%; 21,78% lulus SMP; 29,10% lulus SMA; dan lulus kuliah 9,49%. Selain itu, tingkat pendidikan tertinggi yang dicapai penduduk yang tinggal di perkotaan didominasi oleh lulusan SMA sebesar 35,44%, sedangkan penduduk yang tinggal di pedesaan didominasi oleh lulusan SD sebanyak 30,97% (Badan Pusat Statistik, 2020: 90--92).

Oleh karena itu, dapat dipahami mengapa di awal masa pandemi, Indonesia tertatih-tatih menanggulangi COVID-19. Karena baru disadari belakangan bahwa menghadapi wabah penyakit memerlukan sikap *total football*. COVID-19 tidak bisa ditanggulangi sektoral tapi harus secara komprehensif dan terpadu. Upaya melakukan edukasi kepada penduduk sebagai salah satu upaya memberikan pemahaman agar terjadi perubahan perilaku ternyata terbentur pada tingkat pendidikan. Masalahnya upaya penyebaran informasi menggunakan bahasa Indonesia baku yang tanpa disadari di dalamnya banyak serapan kosakata dari bahasa asing ternyata tidak mudah dipahami oleh penduduk yang tidak pernah sekolah, tidak tamat SD, dan tamat SD yang berjumlah 39,63% atau di atas 100 juta orang. Kelompok ini cenderung berbahasa daerah sehari-hari di rumah.

Memang sulit untuk menuntut masyarakat mematuhi protokol kesehatan apabila mereka tidak mengerti dan tidak memahami apa yang sedang terjadi pandemi. Dengan demikian, anggapan bahwa masyarakat tidak mematuhi protokol kesehatan belum tentu sepenuhnya benar. Bisa jadi karena mereka tidak memahami sepenuhnya informasi yang disampaikan oleh pemerintah. Di sinilah terdapat kesenjangan komunikasi. Sehubungan dengan hal itu, perlu dilakukan beberapa terobosan untuk menghadapi kesenjangan komunikasi untuk memberi informasi atau mengedukasi masyarakat.

6.5. Pemanfaatan Bahasa Daerah dan Memori Kolektif

Kepala Badan Bahasa Kemendikbud menginstruksikan semua balai bahasa di setiap provinsi bekerja keras menerjemahkan Buku Pedoman Perubahan Perilaku termasuk slogan 3M (Memakai masker, Menjaga jarak, dan Mencuci tangan) ke dalam 77 bahasa daerah. Untuk pemanfaatan bahasa daerah dan juga memori kolektif, dilakukan ujicoba intervensi di Kalimantan Timur yang pada awal masa COVID-19 termasuk provinsi di luar Jawa yang tingkat penularannya tinggi. Ujicoba intervensi meliputi kuesioner untuk mengumpulkan data dari responden dan juga materi visual untuk mendapatkan tanggapan emosional mereka (Lauder, 2022: 209—229). Setiap intervensi visual dibuat untuk sembilan bahasa: Banjar, Berau, Bugis, Dayak Bahau, Dayak Kenyah, Jawa, Kutai Muaramuntai, Kutai Sabintulung, dan Makassar. Intervensi pertama berupa poster yang menggunakan foto penutur bahasa yang memakai masker dan pakaian adat masing-masing; intervensi kedua adalah poster dengan gambar kartun yang mengajak mereka untuk memutus mata rantai penularan COVID-19; dan intervensi ketiga adalah poster yang memberikan informasi tentang protokol kesehatan yang harus dipatuhi ketika beraktivitas di luar rumah. Materi intervensi dirancang bersama oleh peneliti di Universitas Indonesia dan Universitas Mulawarman. Materi tersebut kemudian diterjemahkan ke dalam sembilan bahasa lokal terpilih. Penerjemahan dilakukan oleh penutur asli dan disetujui oleh tetua adat masing-masing.

6.5.1. *Intervensi Pertama*

Intervensi pertama berupa sembilan poster dengan foto penutur bahasa Banjar, Berau, Bugis, Dayak Bahau, Dayak Kenyah, Jawa, Kutai Muaramuntai, Kutai Sabintulung, dan Makassar. Dalam tulisan ini, foto intervensi pertama disajikan sebagai contoh jenis materi visual teks bahasa yang dirancang untuk sembilan bahasa. Foto di sini memperlihatkan penutur bahasa Dayak Kenyah mengenakan masker

dan pakaian adat. Dipilih penutur bahasa Dayak Kenyah karena merupakan salah satu bahasa lokal yang dominan di antara penduduk lokal di Kalimantan Timur. Desain bermasker dan pakaian tradisional dimaksudkan untuk membangkitkan kebanggaan pada identitas diri.



Gambar 6.2
Poster dalam
Bahasa Dayak
Kenyah

Terjemahan teks:

Maskermu adalah tameng perangmu
Pasukan Korona mengintaimu dari berbagai arah
Jangan lepaskan maskermu selama di luar rumah
#KaltimBerdayaMelawanWabahKorona
#PerangBelumUsai

6.5.2. Intervensi Kedua

Intervensi kedua memiliki sembilan poster gambar kartun. Ada teks dalam bahasa Banjar, Berau, Bugis, Dayak Bahau, Dayak Kenyah, Jawa, Kutai Muaramuntai, Kutai Sabintulung, dan Makassar yang

mengajak warga setempat untuk berjuang mengakhiri wabah COVID-19. Dalam tulisan ini, contoh poster yang ditampilkan di sini adalah dalam bahasa Banjar. Bahasa Banjar adalah bahasa pendatang dari Kalimantan Selatan. Namun bahasa tersebut menjadi lingua franca bagi berbagai suku bangsa di Kalimantan Timur dan juga sebagai bahasa favorit yang digunakan di Facebook.



Gambar 6.3
Poster dalam
Bahasa Banjar

Terjemahan teks:

Ingin wabah Korona ini berakhir?

Putus mata rantai penularan Korona

Caranya mudah, gunakan masker sebagai tameng.

#PerangBelumUsai

#KaltimBerdayaMelawanWabahKorona

6.5.3. Intervensi Ketiga

Intervensi ketiga berupa sembilan poster yang berisi informasi tentang protokol kesehatan ketika harus pergi ke luar rumah. Poster diproduksi dalam bahasa Banjar, Berau, Bugis, Dayak Bahau, Dayak

Kenyah, Jawa, Kutai Muaramuntai, Kutai Sabintulung, dan Makassar. Contoh yang diberikan di sini adalah poster dalam bahasa Jawa. Orang Jawa bukan penduduk asli Kalimantan Timur. Namun jumlah mereka sepertiga dari jumlah total seluruh penduduk Kalimantan Timur. Penutur bahasa Jawa jauh lebih banyak daripada semua penutur bahasa daerah asli Kalimantan Timur, yaitu penutur bahasa Dayak Bahau, Dayak Kenyah, Kutai Muaramuntai, Kutai Sabintulung, dan Berau.



Gambar 6.4
Poster dalam
Bahasa Jawa

Terjemahan Teks:

Terpaksa ke luar rumah?

Patuhi Protokol Kesehatan:

Selalu gunakan masker terutama di tempat umum

Cuci tangan menggunakan sabun atau hand sanitizer

Hindari terjebak dalam kerumunan

Tutup mulut ketika bersin atau batuk

Bawa selalu tissue untuk menyentuh benda

Lakukan transaksi dengan e-cash atau non-tunai

#PerangBelumUsai

#KaltimBerdayaMelawanWabahKoron

6.5.4. Memahami Pemaknaan di balik Ujicoba Intervensi

Penggunaan bahasa daerah memotivasi masyarakat. Tanpa dipaksa mereka sudah mengerti apa yang harus dilakukan. Masyarakat lebih mudah memahami bencana yang sedang terjadi jika istilah pandemi diganti dengan istilah bahasa daerah mereka: sampar (Bahasa Banjar); penyakit (Bahasa Berau); onroanna lasae (Bahasa Bugis); wabah penyahit (Bahasa Dayak Bahau dan Dayak Kenyah); pagebluk (Bahasa Jawa); perempahan (Bahasa Kutai Muara Muntai); perempehan (Bahasa Kutai Sabintulung); dan garring pua (Bahasa Makassar). Hal ini penting dari sudut konsep pemilihan bahasa, karena konsep pandemi yang ada padanannya dalam bahasa daerah menjadi inti dari sejumlah tindakan protokol kesehatan, seperti mencuci kaki dan tangan sebelum masuk rumah, berjemur diri di pagi hari, dan banyak makan sayur serta buah-buahan untuk meningkatkan imunitas tubuh.

Sebagai informasi tambahan, berikut ini disampaikan kearifan lokal penutur bahasa Jawa untuk menghadapi pagebluk ‘bencana wabah penyakit’. Salah satunya adalah memakan banyak sayur-mayur. Contohnya adalah mengkonsumsi Sayur Lodeh sesuai Titah Paduka Dalem Sri Sultan Hamengku Buwono X. Berdasarkan kearifan lokal setempat, pemilihan jenis sayuran yang digunakan untuk membuat Sayur Lodeh memiliki makna atau pesan bagaimana bersikap selama bencana wabah penyakit berlangsung.

Tolak Bala Pagebluk Korona



- **Kacang Panjang:** *cancangane awakmu ojo lungu-lungo*
- **Terong:** *terusno anggone olehe manembah Gusti ojo datnyeng, mung yen iling tok*
- **Kulit Melinjo:** *ojo mung ngerti njobone ning kudu ngerti njerone Babakan Pagebluk*
- **Waluh:** *uwalono ilangono ngeluh gersulo*
- **Godong So:** *golong gilig donga kumpul wong sholeh sugeh kaweruh babakan agomo lan pagebluk*
- **Tempe:** *temenono olehe dedepe nyuwun pitulungane Gusti Allah*
- **Kluwih:** *kluwargo luwihono anggone gulowentah gatekne*

Ini adalah salah satu contoh pemberdayaan komunitas melalui budaya

Gambar 6.5

Kearifan Lokal Penutur Bahasa Jawa
Untuk Menghadapi Pagebluk 'Bencana
Wabah Penyakit'

Berdasarkan kearifan lokal Jawa, untuk meningkatkan ketahanan tubuh diperlukan asupan aneka sayuran, salah satunya melalui hidangan Sayur Lodeh. Khusus untuk menghadapi pagebluk dianjurkan membuat Sayur Lodeh dengan beberapa jenis sayur dan kacang-kacangan yang dianggap memiliki nilai gizi tinggi untuk kesehatan tubuh.

Pemaknaan untuk mengarahkan Perubahan Perilaku

- **Kacang Panjang:** *cancangane awakmu, ojo lungu-lungo*, bermakna 'ikatlah badanmu, jangan pergi-pergi'.
- **Terong:** *terusno anggone olehe manembah Gusti ojo datnyeng, mung yen iling tok*, bermakna 'tingkatkan ibadah kepada Tuhan, jangan hanya jika teringat saja'.
- **Kulit Melinjo:** *ojo mung ngerti njobone ning kudu ngerti njerone Babakan Pagebluk*, bermakna 'jangan hanya melihat akibatnya saja, tapi harus paham secara mendalam penyebab wabah penyakit'.
- **Waluh:** *uwalono ilangono ngeluh gersulo*, bermakna 'hilangkan keluhan dan rasa galau tetapih semangat'.
- **Godong So:** *golong gilig donga kumpul wong sholeh sugeh kaweruh babakan agomo lan pagebluk*, bermakna 'bersatu padu berdoa bersama orang yang saleh yang paham soal agama dan wabah penyakit'.
- **Tempe:** *temenono olehe dedepe nyuwun pitulungane Gusti Allah*, bermakna 'benar-benar fokus mohon pertolongan kepada Tuhan'.
- **Kluwih:** *kluwargo luwihono anggone gulowentah gatekne*, bermakna 'hendaknya keluarga mendapat kelebihan dalam hal nasehat dan perhatian'.

Setiap jenis sayuran dan kacang-kacangan yang digunakan untuk membuat Sayur Lodeh, berdasarkan kearifan lokal itu diberi pemaknaan. Apabila diperhatikan, semua pemaknaan itu mengarahkan komunitas setempat untuk melakukan perubahan perilaku menghadapi wabah penyakit. Saran perilaku secara fisik, sangat selaras dengan konsep lockdown, yaitu jangan pergi-pergi. Selebihnya merupakan saran

perilaku secara spiritual, yaitu meningkatkan ibadah serta fokus memohon pertolongan kepada Tuhan. Termasuk saran kejiwaan agar menghilangkan keluh kesah dan kegalauan dan tetap bersemangat, serta berupaya memberi perhatian lebih untuk keluarga. Ada satu hal yang tak kalah penting, yaitu saran untuk meningkatkan kebersamaan dengan orang-orang yang paham agama dan juga dengan orang-orang yang paham wabah penyakit. Saran ini membantu komunitas setempat bersikap untuk menyaring serta memilah informasi yang akurat sehingga tidak tergiring oleh aneka wacana yang berseliweran setiap saat di media sosial.

Contoh ini, memberikan gambaran bahwa penggunaan bahasa daerah justru membantu membangkitkan ketangguhan komunitas dalam menghadapi bencana. Masyarakat sesungguhnya sudah memiliki sejumlah prosedur langkah-langkah menghadapi bencana. Mereka hanya memerlukan informasi dasar mengenai apa yang sedang terjadi, selebihnya mereka dapat mengatasi sendiri sesuai budaya masing-masing. Hal ini merupakan kearifan lokal, mengingat aneka bencana itu silih berganti selama ratusan tahun dialami oleh setiap komunitas yang umumnya tersimpan dalam memori kolektif berbahasa daerah.



Gambar 6.6
Buku Pedoman Perubahan
Perilaku Protokol Kesehatan 3M
dalam 77 Bahasa Daerah

Mengingat bahasa daerah merupakan penyimpan memori kolektif masyarakat setempat, Satgas Penanganan COVID-19 bekerja sama dengan Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kemendikbud untuk menerjemahkan Buku Pedoman Perubahan Perilaku Protokol Kesehatan ke dalam 77 bahasa daerah. Hasil terjemahan Buku tersebut merupakan hasil karya yang teruji dan mudah dipahami oleh pembaca karena melibatkan pengujian pemahaman oleh ahli bahasa daerah dan penutur asli serta ditulis dalam bahasa yang sangat sederhana dan mudah dibaca mengingat tingkat pendidikan penduduk Indonesia. Diharapkan buku panduan berbahasa daerah ini dapat membantu mencegah penyebaran COVID-19. Buku Pedoman ini penting untuk mengupayakan perubahan perilaku dan antara lain juga untuk menjelaskan bahwa vaksin itu aman dan halal. Masalah konsep halal juga merupakan permasalahan tersendiri yang dipecahkan secara arif dan elegan bersama para tokoh agama.

Uji coba intervensi untuk mengupayakan perubahan perilaku melalui pemanfaatan bahasa daerah karena bahasa ibu tersebut memiliki fungsi intervensi yang lebih kuat. Hal ini merupakan contoh komunikasi kesehatan yang inklusif di tingkat akar rumput. Studi kasus ini juga menunjukkan pentingnya pemberdayaan bahasa daerah sebagai wadah penyimpan memori kolektif yang memainkan peranan penting dalam menyimpan pengetahuan mengenai berbagai bencana yang terjadi di masa lampau.

Studi kasus di bidang Antropologi dan Linguistik merupakan salah satu upaya untuk membantu edukasi masyarakat agar terjadi perubahan perilaku baik secara individu maupun kolektif, agar bisa secara serempak memerangi COVID-19. Semoga catatan-catatan ini bermanfaat untuk menghadapi pandemi di masa mendatang bahwa penanganan pandemi memerlukan pertimbangan dan tindakan dari berbagai pihak dan bidang ilmu.

DAFTAR PUSATAKA

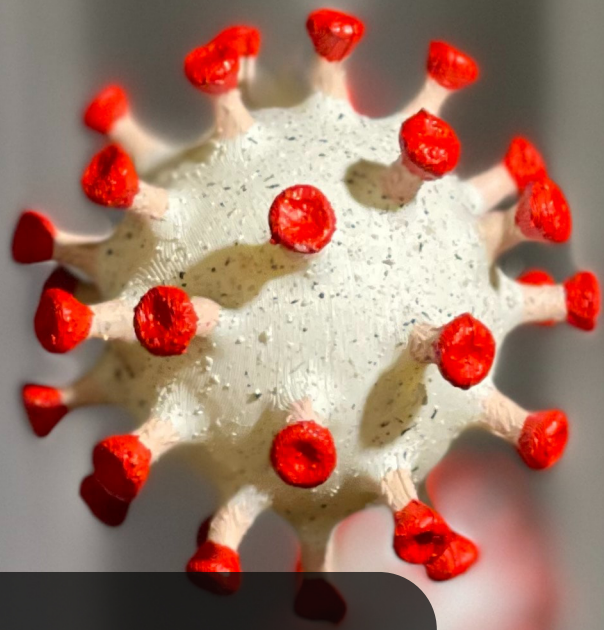
1. Laporan Akhir Nasional Riset Perubahan Perilaku Masyarakat Terkait Protokol Kesehatan 3M Selama Pandemi COVID-19. 2021.
2. Condro SP, Purwanto SA, Setyabudi CM. Pemolisian Intervensi dalam Situasi Kedaruratan: Studi Kasus Strategi Polresta Bogor dalam Penanggulangan Pandemi Covid-19 di Kota Bogor, Jawa Barat. *Jurnal Keamanan Nasional*. 2022 Nov 28;8(2):257–76.
3. BNPB, Universitas Indonesia. Pengalaman Indonesia dalam Menangani Wabah COVID-19 di 17 Provinsi – Periode Maret - Juli 2020. 2020.
4. BNPB, Universitas Indonesia. Pengalaman Indonesia dalam Menangani Wabah di 17 Provinsi dan Pembelajaran dari Mancanegara – Periode: Maret - Juli 2020. 2020.
5. Rupasinghe PD. Talking to Community: Behavioral change in the age of COVID-19. International Committee of the Red Cross [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2023 Mar 16]; Available from: <https://www.icrc.org/en/document/behavioural-change-age-covid-19>
6. Bavel JJ Van, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav*. 2020 Apr 30;4(5):460–71.
7. Badan Pusat Statistik. Statistik Indonesia 2020. 2020.
8. Pedoman Perubahan Perilaku Penanganan COVID-19 dalam 77 Bahasa Daerah. 2020.
9. Lauder MR. Memberdayakan Komunitas Melawan Covid-19 melalui Bahasa Daerah: Sebuah Catatan Lapangan” dalam Melawan Covid-19: Pemenangan & Pembelajaran. Satgas Penanganan COVID-19. 2022;



”

Setelah mengkaji dan mempertimbangkan perkembangan tersebut—kita ini mengkaji sudah lebih dari 10 bulan—dan lewat pertimbangan-pertimbangan yang berdasarkan angka-angka yang ada, maka pada hari ini pemerintah memutuskan untuk mencabut PPKM yang tertuang dalam Instruksi Mendagri Nomor 50 dan 51 Tahun 2022. Jadi tidak ada lagi pembatasan kerumunan dan pergerakan masyarakat

- Joko Widodo



BAB 7: PENUTUP

Prof. Dr. Multamía RMT Lauder, S.S., Mse., DEA

BAB 7

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Buku ini merupakan kilas balik perjuangan bangsa menghadapi pandemi. Terutama meninjau sejauh mana upaya menanggulangi pandemi dilaksanakan jika menilik melalui peraturan PSBB dan PPKM secara nasional. Hal ini merupakan pengingat bahwa Indonesia sebagai sebuah negara kepulauan yang menghadapi kesulitan distribusi vaksin dan berbagai perangkat medis justru berhasil menangani Covid-19 secara lebih baik dan komprehensif.

Berdasarkan analisis yang terdapat pada Bab 3 dan Bab 4, secara ringkas dapat disimpulkan mengenai efektivitas kebijakan pembatasan:

1. Dari ketiga jenis kebijakan PSBB di tingkat nasional--yaitu PSBB, PSBB Transisi, dan PSBB Ketat--hanya kebijakan PSBB Ketat pada periode 11--25 Januari 2021 yang tampak efektif menekan pertumbuhan angka kasus konfirmatif harian COVID-19 di Indonesia yaitu sampai 40 hari pasca berlakunya PSBB Ketat.
2. Dari keempat jenis kebijakan PPKM di tingkat nasional--yaitu PPKM, PPKM Mikro, PPKM Darurat, dan PPKM Leveling—ternyata kebijakan PPKM pada periode 6 Januari--8 Februari 2021 dan PPKM Darurat pada periode 3--20 Juli 2021, masih tampak cukup efektif menekan pertumbuhan angka kasus konfirmatif harian COVID-19 di Indonesia sampai 40 hari pasca berlakunya masing-masing PPKM tersebut

Selanjutnya bisa disimpulkan pula perilaku masyarakat selama pembatasan sosial berlaku yang bahas pada Bab 5 dan 6 yaitu:

1. Serangkaian kebijakan pembatasan sosial selama masa pandemi COVID-19 diterapkan dengan memperhatikan dinamika naik dan turun angka kasus yang ada di masyarakat. Kebijakan-kebijakan tersebut harus berjalan di satu sisi untuk menurunkan laju peningkatan penyebaran kasus COVID-19, dan di sisi lain memastikan bahwa roda perekonomian juga berjalan. Dalam pelaksanaannya, kebijakan-kebijakan pembatasan tersebut harus berhadapan dengan aspek sosial budaya yang spesifik pada masing-masing komunitas. Dengan kata lain, aturan kebijakan bertemu dengan nilai-nilai budaya tertentu sehingga tidak hanya keselarasan yang muncul, tetapi juga pertentangan. Pertentangan-pertentangan tersebut semestinya bisa kita jadikan pelajaran bahwa kebijakan yang diterapkan hendaknya menjadikan nilai sosial dan budaya sebagai bagian dari strategi. Perlu selaras antara kebijakan yang baik dan strategi yang tepat untuk menciptakan kondisi yang diharapkan.
2. Pada akhirnya, serangkaian kebijakan yang ditetapkan, pada level individu dan kolektif mendorong terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Perubahan perilaku tersebut dimulai dengan 3M, yaitu memakai masker, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, dan menjaga jarak. Perilaku menjaga jarak, berdasarkan studi yang telah dilakukan sebelumnya, adalah perilaku yang paling sulit diterapkan karena pada kenyataannya banyak aktivitas-aktivitas sosial pada masyarakat Indonesia menerapkan kedekatan fisik. Perubahan perilaku pada beberapa kelompok masyarakat tidak hanya terjadi karena kesadaran, melainkan karena kondisi-kondisi tertentu yang sengaja dibuat untuk menimbulkan perubahan perilaku, seperti aturan-aturan ketat tidak

dapat memasuki fasilitas publik jika tidak mengenakan masker. Pada akhirnya, proses mengubah perilaku juga harus mempertimbangkan aspek sosial budaya, seperti bahasa lokal, sebagai modal dan strategi dalam rangka mencegah penyebaran virus COVID-19. Aspek bahasa lokal sebagai bahasa ibu menjadi modal penting dalam strategi komunikasi publik untuk menyampaikan protokol kesehatan mengenai perubahan perilaku.

Selain kecenderungan yang disampaikan secara kuantitatif, disampaikan pula hasil analisis berupa kecenderungan perubahan perilaku masyarakat dalam menghadapi pandemi. Hal ini dapat pula disimak melalui kerjasama antara BNPB Satgas Covid-19 dengan BPS yang melaksanakan survei mengenai kepatuhan publik terhadap memakai masker, menggunakan hand sanitizer/disinfektan atau mencuci tangan dengan sabun, menghindari kerumunan, menjaga jarak minimal 2 meter, dan mengurangi mobilitas.

Secara umum, motivasi utama dalam melaksanakan protokol kesehatan berbeda antara tahun 2020 dan tahun 2022. Pada tahun 2020, motivasi kepatuhan melaksanakan protokol kesehatan cenderung karena taat pada aturan. Sedangkan pada tahun 2022, motivasi kepatuhan melaksanakan protokol kesehatan cenderung karena kesadaran pribadi. Umumnya ketaatan itu lebih pada memakai masker daripada taat menjaga jarak atau mengurangi mobilitas.

Secara umum, baik di tahun 2020 maupun tahun 2022, terdapat kecenderungan bahwa usia 17--30 tahun kurang patuh melaksanakan protokol kesehatan. Sedangkan berdasarkan gender, kaum perempuan cenderung lebih patuh dibandingkan dengan kaum laki-laki, selain itu masyarakat yang berpendidikan tinggi cenderung lebih patuh dibandingkan dengan masyarakat yang pendidikannya SMA atau lebih rendah.

Khusus mengenai hasil survei BPS di tahun 2022, secara nasional terlihat adanya peningkatan yang signifikan terhadap kesadaran dan kepatuhan masyarakat dalam menerapkan

protokol kesehatan. Pertama terdapat 91,6% yang melaksanakan protokol kesehatan berdasarkan kesadaran pribadi, disusul terdapat 6,3% yang memiliki motivasi untuk taat pada aturan. Sisanya terdapat 0,4% yang patuh melaksanakan protokol kesehatan karena ada aparat yang mengawasi, 0,3% hanya patuh karena ikut-ikutan saja, dan masih terdapat 0,5% yang tidak peduli atau tidak percaya ada Covid-19.

Platform “bersatulawancovid” atau dikenal dengan BLC pada Desember 2022 secara nasional memperlihatkan bahwa jumlah penularan sudah melandai. Pencabutan aturan PPKM Level dianggap sudah tepat karena masyarakat sudah adaptif dalam arti bahwa mereka sudah memiliki kesadaran untuk berjaga-jaga menurut penilaian sendiri. Tahun 2023 diharapkan kondisi Covid-19 dengan berbagai varian baru dapat terkendali. Tercatat di tanggal 15 Desember 2022 kasus penularan baru sudah di bawah 2000 orang dan di tanggal 23 Desember 2022 kasus penularan sudah berkurang lagi hingga di bawah 1000 orang. Termasuk korban yang meninggal karena Covid-19 per tanggal 2 Desember 2022 pun sudah menurun di bawah 20 Orang. Pemantauan harian yang dilakukan melalui Platform BLC bermanfaat untuk memonitor dan mengawal pergerakan Duta Perubahan Perilaku (DPP) di lapangan. DPP di seluruh Indonesia berjumlah 188.690 relawan yang tersebar di 34 provinsi, 514 kabupaten/kota. Bahkan lebih dari 30% relawannya berasal dari 80 perguruan tinggi. Para mahasiswa justru senang karena kegiatan di luar kampus ini dapat dikonversi nilai dan SKSnya sebagai program “Merdeka Belajar, Kampus Merdeka”. Selain Duta perubahan Perilaku yang juga berkontribusi secara signifikan adalah PoskoDesa/Kelurahan Penanganan Covid-19 berbasis Komunitas. Di sini terlihat bahwa perjuangan melawan COVID-19 memerlukan semua pihak berkontribusi.

Indonesia menerapkan aturan PSBB dan PPKM yang beragam yang disesuaikan dengan situasi kondisi setempat. Hal inilah yang justru membuat Indonesia diacungi jempol karena dianggap responsif mengatur kendali “tarik-ulur” dengan baik sesuai situasi perkembangan di lapangan.

Padahal, sesungguhnya Indonesia tergolong sebagai sebuah negara berkembang dan juga negara kepulauan yang memiliki kesulitan transportasi untuk mengirim vaksin secara cepat ke berbagai pulau. Namun Indonesia justru mampu menangani COVID-19 jauh lebih baik dari Amerika sebagai sebuah negara kontinental yang tergolong sebagai negara maju. Jika dievaluasi dari jumlah korban yang meninggal dunia karena Covid-19, di Amerika mencapai di atas 1 juta orang, sedangkan di Indonesia mencapai sekitar 100 ribu orang. Maka penanganan COVID-19 di Indonesia termasuk sebuah prestasi yang dapat dibanggakan walau terbebani berbagai kendala dan keterbatasan.

7.2. Saran

Pemenangan terhadap pandemi ini, perlu dicatat secara cermat agar apabila kelak Indonesia mengalami pandemi berikut, banyak pelajaran yang dapat dipetik dari penanganan Covid-19 ini. Kita saat ini harus menyiapkan diri melangkah maju dengan perilaku yang adaptif dalam menghadapi bencana apa pun.

Di masa mendatang, kebijakan untuk menghadapi bencana memerlukan pertimbangan dari berbagai sudut pandang karena situasi dan kondisi masyarakat Indonesia yang sangat majemuk. Pertimbangannya mencakup bidang hukum, kesehatan, ekonomi, sosial budaya, dan juga politik. Analisis hukum di Bab 2 memperlihatkan bahwa kita perlu menengok sejarah dan memahami aturan internasional dengan baik agar tidak melanggar HAM. Sehubungan dengan hal itu, kita juga harus mau belajar menengok ke belakang apa yang sudah dilakukan sebelumnya di berbagai kawasan Nusantara maupun di belahan dunia lainnya, agar tidak perlu tertatih-tatih dan memulai segalanya dari nol. Selain itu, pendekatan sosial-budaya dan kearifan lokal yang tersimpan dalam bahasa daerah perlu mendapat tempat dalam strategi penanganan bencana apa pun di masa mendatang yang berfungsi menjembatani kendala komunikasi karena tingkat pendidikan penduduk Indonesia--secara nasional--yang kurang menggembirakan

yaitu lebih dari 100 juta penduduk usia 15 tahun ke atas tidak sekolah, tidak lulus SD atau lulus SD.

Mari kita bersama merapatkan barisan. Semoga, semua pihak berdasarkan minat dan kepakaran masing-masing berbuat maksimal untuk masa depan NKRI yang lebih baik.

