

# **Manajemen** **Covid-19**

**Plan, Do, Actions**  
**Untuk Curative**  
**dan Preventive**

oleh :

**Prof. Dr. Elfindri**

**dr. Zainal Abidin, MPH**

**M. Kamali Zaman, SKM, M.KL**

**dr. Aldiga Rienarti Abidin, M.K.M.**

# Manajemen Covid-19

Plan, Do, Actions  
Untuk Curative  
dan Preventive

oleh

Prof Dr. Elfindri

Dr.Zainal Abidin MPH

M Kamali Zaman, SKM M.KL

Dr. Aldiga RienartiAbidin, M.K.M.

## **Kata Pengantar**

Kami bersyukur, Allah telah memudahkan dalam menuntun hingga buku ini selesai ditulis. Tanpa izin Beliau, jelas menceritakan pandemic ini tidaklah mudah. Apalagi bahan bacaan terbatas, dan semua kejadian begitu mendadak. Sementara kebijakan yang diambil juga mesti berdasarkan bukti empiris, dan mempertimbangkan banyak hal. Ini semata-mata agar pandemic tidak memberikan efek yang serius, setidaknya pada masa curative, dan preventive.

Dokumentasi Pandemi ini penting, karena memang tidak hanya masalah virus, dan tingkah lakunya. Bagi ilmuwan kesehatan masyarakat, dan yang berkaitan dengan itu, tentu ini penting untuk dipahami berbagai kejadian. Apalagi dokumentasi tentang covid-19 relative terbatas, jikapun banyak ketika mempedomani keadaan 100 tahun lalu ketika flue Spain H1N1 terjadi.

Sekarang tahun 2020 harusnya dampak dari covid-19 masih bisa ditekan serendah mungkin. Itu bisa dilihat tentunya dari case fatality rate. Sekalipun angka kematian tidak seberat pada masa flue H1N1, namun dampak sosial ekonomi yang dihasilkan bisa jadi akan jauh lebih besar. Ini terjadi karena kita pada suasana Kapitalisme Global, dan kemajuan teknologi informatika.

Kehadiran Pandemi covid-19, telah merubah tatanan masyarakat Internasional. 213 negara telah melalui masa sulit. Pada umumnya mereka masuk pada masa *stay at home*, pergerakan mobilitas yang tinggi, melakukan penyesuaian, dan kemudian memanfaatkan virtual.

Ketergantungan akan virtual, dan ancaman ekonomi, khususnya ditandai dengan naiknya angka pengangguran dan kemiskinan, bisa membuat pembangunan kita kembali ke belakang sekitar 10-15 tahun.

Dokumentasi kajian ini perlu, setidaknya pembaca mampu melihat dan memotret bagaimana situasi yang dialami oleh dunia Internasional, Nasional, dan local Sumatra Barat, Riau dan Riau Kepulauan. Kita bersyukur, akibat gotoroyong, dan tahapan yang semakin terkontrol, nampaknya hingga buku ini ditulis, kondisi di masyarakat masih terkendali. Tentu ini mencerminkan bahwa, semua tahapan kebijakan, mampu meredam danantisipasi itu semua. Semoga buku ini sebagian dari yang juga ditulis oleh orang lain.

Unsur perencanaan menjadi penting, dan seluruh tahap curative dan preventive memang memerlukan kepiawaian, pendalaman. Mahasiswa, petugas kesehatan dan masyarakat umum, dapat belajar dari pendalaman yang terjadi.

Terimakasih kepada semua sahabat yang telah memberikan informasi, khususnya pada mereka yang terlibat dalam Kawal Covid-19 Sumatra Barat, Riau dan Riau Kepulauan. Terimakasih kepada Bu Dr. Sri Maryati, yang juga telah membantu mendesain riset melalui google form, termasuk mahasiswa saya Viona Rahmadhani, Rahmi Sri Fajriani, dan Ozy Sumarno Putra. Kepada Dr. Sari Lenggogeni, yang dapat memberi saya inspirasi atas perjuangannya bersama banyak teman, diantaranya saudara Dr Andani Ekaputra. Saya juga terimakasih kepada LPPM-Unand, Dr. Uyung Gatot, dan Fakultas

Ekonomi Unand. Demikian juga STIKES Hang Tuah, yang mau membiayai penerbitan buku ini.

Kepada Firti Rasmita, ibu 4 orang anak. Dr. Jahen F Rezki, yang mendukung literatur. Carla Helsi Andina SS, yang rajin mengedit buku ini. Ustad Kieren dan Ziyad Naufal, termasuk dua orang cucu saya yang memberi inspiratif, Malaika Pfion Rezki dan Fahiem Rezki.

Semoga buku ini bermanfaat.

**Prof Dr. Elfindri**  
**dr. Zainal Abidin MPH**  
**M Kamali Zaman, SKM M.KL**  
**dr. Aldiga Rienarti Abidin, M.K.M.**

Penulis

Untuk Mereka yang berjasa selama masa pandemic Covid-19, kepada mereka kami persembahkan karya ini.



# Bab 1

## Pandemi Covid-19

*“Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepada kalian dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan” (QS. Al-Baqarah : 155)*

### Pendahuluan

Covid-19 telah dinyatakan sebagai pandemi mengingat sudah 216 negara terkena wabah ini. Antara satu negara dengan negara lain pun, intensitas pandemik berbeda. Mulai dari yang relatif memakan korban banyak, sedang dan kecil. Sampai pada intensitas, cepat maupun lambat dari sisi waktu. Virus ini menyebar, bak proses migrasi. Ada yang cepat mengatasinya, ada juga yang cenderung lambat.

Pengalaman-pengalaman negara juga perlu mendapatkan perhatian. Bagaimana langkah dan karakter daerah sehingga memiliki kekuatan dan kelemahan. Diskusi tentang bagaimana Indonesia menghadapi masalah pandemi ini menjadi menarik. Fokus pada 3 hal utama: bagaimana manajemen penanganan dan langkah langkah kuratif yang perlu diambil, merupakan bagian penting untuk menjawab pilihan program publik. Kemudian dilanjutkan dengan upaya preventif, melalui program *physical distancing*, kekuatan dan kelemahan implementasinya. Dan yang juga menarik adalah bagaimana kekuatan dan kelemahan yang membuat pandemik bisa

lebih lama atau lebih singkat. Bagaimana penyesuaian masyarakat menghadapi *physical distancing*, serta apa yang dilakukan oleh masyarakat untuk menerima bantuan selama *physical distancing*?

Kekuatan dari kajian ini adalah selain memperlihatkan data yang komprehensif, analisis juga disertai dengan pengumpulan data khusus. Data untuk melihat seperti apa masyarakat dalam hal kemungkinan memperoleh kontak selama pandemik, protektif *behaviour*, dampak terhadap pekerjaan, dan masalah bantuan yang mereka terima.

### **Kenapa Buku ini Sangat Perlu Ditulis?**

Penulis membaca data Covid-19 yang kejadiannya tumbuh sedemikian pesat. Di akhir tahun 2019, sewaktu penemuan kasus pertama di Wuhan. Berbagai spekulasi muncul. Salah satunya mengatakan bahwa virus ini ditularkan oleh binatang liar, seperti kelelawar, dan binatang melata lainnya.

Semula tidak ada firasat, mengingat kejadian virus yang sama, juga pernah terdengar tahun-tahun sebelumnya. Mereka yang pulang naik haji dan umrah, ada yang terserang mendadak meninggal. Jemaah haji atau umrah pastinya sudah mendapatkan vaksin Meningitis. Juga ada kasus serupa seperti Flu Burung maupun Ebola di Afrika Barat.

Membuka buku sejarah virus, jelas bukan suatu kebetulan, bahwa virus pandemik sifatnya terulang dalam 100 tahun. Tahun 1918 tercatat virus N1H1. Menurut laporan tercatat sekitar 50 juta penduduk meninggal. Untuk kota New York saja tercatat kala itu penduduk yang meninggal lebih dari 450.000 orang. Di Jawa, pada masa itu dikabarkan daerah pelabuhan Internasional, seperti Surabaya dan Madura, Cirebon dan Banten mengalami pukulan

terberat. Bahkan ketika penduduk kita sekitar 70 juta jiwa pada waktu itu, angka kematian akibat flu Spanyol, mencapai 1,5 juta orang (lihat [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)).

Pada minggu pertama bulan Januari 2020, saya diminta oleh Abang Yusuf untuk tidak dulu melakukan perjalanan dari Padang ke Jakarta. Padahal saya sendiri harus melakukan *check* ulang untuk pengobatan rutin TBC di RS Persahabatan di Jakarta. Tapi saya tidak terlalu memperhatikan pelarangan abang saya itu. Belakangan setelah satu bulan berjalan, saya mendengar perkembangan berita di Wuhan. Sehingga pelan-pelan saya merasa ini mungkin segera akan menyebar ke dunia. Hanya dalam waktu mingguan saja, penyebarannya sudah mencapai Eropa, sampai ke Selandia Baru. Dan pada akhirnya virus terdeteksi di Depok, Jakarta, Indonesia di awal bulan Maret 2020.

Rasa penasaran saya menjadi tinggi. Saya pun melihat data tentang TBC, angka TBC pun tinggi. Sudah jauh dari perkiraan banyak orang. Angkanya mencapai 321 per 100.000 penduduk. Dibayangkan jika saja penduduk Indonesia 270 juta, maka jelas yang terinfeksi paru sebanyak 866.700 orang. Ilustrasi TBC diambil, karena prevalensinya masih tinggi di Indonesia. Namun sepertinya sunyi senyap saja. Tidak seperti halnya masalah Covid-19.

Baik Pneumonia, TBC maupun Covid-19, menyerang sistem pernafasan seseorang. Jika pada tahun 1918, virus lebih menyerang kelompok usia 15-35 tahun, pada pandemik Covid-19 justru lebih menyerang penduduk usia 60 tahun ke atas, dan mereka sudah memiliki *track record* kesehatan, yang berkaitan dengan Diabetes, Pneumonia, TBC, Jantung dan sejenisnya. Mereka akan tertular tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok penduduk yang masih muda.

Banyak persoalan yang belum diketahui. Di antaranya bagaimana peta demografis pandemik ini. Termasuk yang berkaitan dengan angka *Covid-19 Fatality Rate* (CFR), kelompok persebaran, distribusi geografis Covid-19, dan migrasinya. Kedua pertanyaan di atas akan dapat memberikan gambaran terhadap *constraint* ketika desain kebijakan diberlakukan.

Selain dari pertanyaan itu, bisa jadi yang jauh lebih perlu adalah memperlihatkan 3 hal penting. Selain bagaimana pelayanan diberikan kepada penderita, pemutusan migrasi dari manusia dan perpindahan Covid-19 antara individu, termasuk segala konsekuensi ekonomi yang diakibatkannya. Terutama kehilangan lapangan kerja, dan kemiskinan pasca saat dan pasca Covid-19.

Hal yang sangat diperlukan bagi pembaca tentu bagaimana kajian *adjustment* yang bisa membuahkan pemahaman yang semakin mendalam. Diantaranya adalah bagaimana *protective adjustment* dan kendala yang dihadapi, penyesuaian program kemiskinan dan pekerjaan, sehingga dampaknya bisa diukur dan dapat diantisipasi dengan berbagai program yang bisa jalan. Apakah keunikan yang bisa diambil dari langkah-langkah kerja yang ada selama ini? Baik oleh negara, mulai dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten dan kota, sampai peranan dari komunitas di tingkat bawah?

### **Mega Shifting Selama Covid-19**

Saya setuju dengan gambar di bawah yang menggunakan pandangan Maslow's. Empat tahapan yang terjadi *shifting* saat ini adalah:

1. Berdiam dalam rumah
2. Pemenuhan piramida dasar kehidupan,

3. Memanfaatkan virtual
4. Memupuk empati sesama.

Pada kerangka perubahan yang ada, jelas berdiam dalam rumah, sendiri bisa diartikan lebih luas. Baik untuk belajar, bekerja, maupun beribadah. Jika selama ini pendidikan formal diperoleh di sekolah, selama pandemi, pendidikan diperoleh sambil di rumah. Jika *guidance* dan *expected learning outcomes* nya jelas, maka belajar di rumah mungkin akan tetap produktif, tetapi jelas tidak optimal.

Demikian *work from home*, adalah dengan tetap bekerja, namun dari rumah saja. Jika pelayanan langsung bersentuhan dengan publik, maka bekerja demikian akan menghambat keperluan yang mendesak diperlukan oleh masyarakat. Kendala-kendala tentu banyak, diantaranya adalah fasilitas yang tersedia, suasana untuk bekerja, yang berdekatan dengan anak-anak, apalagi yang masih balita.

Untuk yang beribadah di rumah memang masih memberikan kontroversi, karena asumsinya adalah beribadah di masjid, akan masih mempermudah interaksi antara sesama warga. Namun pada saat bersamaan beribadah di rumah juga sebenarnya tidak akan mengurangi arti, sesuai yang diarahkan oleh Majelis Ulama Indonesia.

Shifting kedua adalah manusia memilih untuk memenuhi standar hidup dasar, selain dari pemenuhan makan, kesehatan dan keamanan dari *self esteem*, dimana yang sebelumnya individual berada pada masa piramida paling puncak. Pada

## Gambar 1.1 Empat Mega Shift



kondisi ini, sesuai dengan pandangan James Duesenberry, maka menuju piramida dasar juga tidak sama dengan garis konsumsi sebelumnya. Bagi kelompok keluarga miskin, mereka mengurangi konsumsi, sementara pada kelompok menengah dan kaya mereka lebih cenderung memilih dan berjaga-jaga. Berjaga dalam bidang konsumsi, dilakukan melalui pembelian bahan kebutuhan pokok, untuk disimpan, sebagai bahan berjaga-jaga.

Saat bersamaan dengan kemajuan teknologi, maka memanfaatkan kehidupan secara Virtual. Komputer dan HP, dua peralatan yang mempermudah, disamping ketersediaan sinyal dan menggunakan provider yang cocok dengan kehidupan. Dalam pandangan ini, maka pengeluaran untuk menggunakan aplikasi *chat*, Facebook, atau berdiskusi melalui pemanfaatan provider tertentu, telah mengakomodasi pemenuhan dua *shifting* pertama untuk pemenuhan *stay at home*, untuk pendidikan, bekerja dan beribadah.

Termasuk pemenuhan kebutuhan pokok, kesehatan dan keamanan. Pada masa pandemik ini, televisi pendidikan, buku fisik maupun *ebook*, aplikasi konferensi, aplikasi ojek *online*, menjadi semakin populer.

Aplikasi seperti ojek *online* membuat kemudahan dalam proses *shifting* ini. Permintaan akan keperluan memanfaatkan provider meningkat tajam. Bahkan di Eropa, terjadi kolaps, ketika penggunaan provider mengalami *over capacity*.

Selain dari itu muncul empati yang kadarnya berbeda antara individu dan komunitas. Saat sekarang memang semakin banyak aktivitas filantropis dengan berbagai cara mereka masing-masing. Ada yang terketuk hatinya menyediakan makanan untuk siapa saja yang memerlukan, sampai membagikannya. Ada yang menyediakan bahan makanan, dengan mengumpulkan berbagai sumber pendanaan.

Empati yang relatif terbatas dan sangat mendesak memang tertuju pada balita. Balita saat sekarang memang menderita, ketika orang tuanya mengalami kesulitan dalam memenuhi konsumsi rumah tangga.

Program empati pada sisi lain juga tidak selalu terpenuhi, akibat pembatasan kontak fisik. Ketika adanya larangan mudik, atau serangkaian kebijakan dikurangi, maka jelas akan mengurangi kesempatan untuk mengunjungi orang tua, sanak saudara dan teman. Dengan empati dan kegotoroyongan merupakan salah satu dimensi yang juga akan dilihat khusus pada bagian berikutnya.

## **Solidaritas, Gotong royong dan Modal Bersama**

Buku ini ditulis, semenjak 3,5 bulan Covid-19 ditemukan di Wuhan, China. Untuk daerah seperti Eropa, Asia Selatan, Amerika Serikat dan Indonesia, pandemi ini sedang masa-masa puncaknya (Analisis pada Bab 2). Sementara waktu Indonesia sebagai negara besar, dan kepulauan tidak sama dengan negara Eropa, Amerika Serikat, dan Asia Selatan<sup>1</sup>. Intensitas dari pandemik, memang berbeda. Episentrum DKI Jakarta, kemudian baru merebak ke daerah Jawa dan kemudian Sumatra dan daerah lainnya.

Analisis lebih kepada melihat bagaimana Indonesia menghadapi persoalan yang ada pada 3 kata kunci utama:

- a. Model pelayanan kuratif melalui metode *sharing burden*, antara pelayanan rumah sakit dengan isolasi mandiri positive covid-19 di masing-masing rumah.
- b. Kebijakan yang dilakukan secara bertahap dan antisipatif.
- c. Berperannya filantropis sosial, melalui partisipasi masyarakat.

### **a. Pelayanan Curative *Sharing Burden***

Laju pertumbuhan Covid-19 tidak seperti di negara maju. Indonesia masuk kategori sedang laju pertumbuhan dan kasusnya, hingga tanggal 22 April 2020 setelah berlakunya isolasi mandiri semenjak 6 minggu yang lalu ditemukan kasus corona pertama kali di Jakarta.

---

<sup>1</sup> Banyak perkiraan oleh peneliti asing yang menyatakan Indonesia akan dilanda seperti Amerika Serikat. Bahkan skenario pertumbuhan pandemik Covid-19 Indonesia jauh dari yang diperkirakan. Kekhawatiran akan ketidak disiplin dan terbatasnya mutu pelayanan rumah sakit membuat skeptisme masyarakat Internasional kepada Indonesia. Padahal Indonesia bisa jadi memiliki modal yang bisa membuat laju pertumbuhan Covid-19 termasuk penangannya.

Kasus yang ditemukan berkisar di bawah 10.000 orang, dengan angka *fatalitas rate* relatif tinggi 8-9%. Bisa jadi karena konsentrasi daerah pandemi adalah DKI Jakarta. Kemudian proses kebijakan yang diberlakukan jauh lebih antisipatif di daerah sekeliling, terutama Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur, beserta daerah Sumatra Barat misalnya.

Belajar dari bagaimana Indonesia menghadapi kehidupan sehari-hari, selain dari timbulnya solidaritas, kegotoroyongan, serta modal sosial yang menjadi modal dasar. Keterbelakangan dari masyarakat untuk menghadapi hal ini, diperkuat oleh partisipasi masyarakat secara bersama-sama.

Unsur solidaritas, kegotoroyongan, dan modal sosial menjadi argumentasi utama. Modal yang lahir pada masyarakat secara turun temurun, pada ribuan etnis yang ada, dengan bahasa dan suku yang berbeda-beda. Penanganan Covid-19 telah dibagi menjadi dua acara. Cara kuratif dan cara preventif.

Pada pendekatan kuratif, kendatipun Indonesia memiliki kendala yang cukup tinggi dalam ketersediaan dokter, perawat dan fasilitas, namun pemerintah pusat dan daerah telah mengambil kebijakan khusus. Dengan membuat *sharing burden*, dimana pelayanan *curative* dilakukan oleh seluruh rumah sakit rujukan. Sementara kasus-kasus yang dianggap oleh petugas kesehatan bisa diatasi secara mandiri, maka dilakukan pemulangan pasien.

Mereka mendapatkan perawatan dengan keluarga dan tetangga, dengan supervisi dari bidan desa selama tiga kali sehari. Model partisipasi ini merupakan satu-satunya model yang diterapkan, mengingat selama ini di negara maju, ketika kasus ditemukan, pelayanan untuk penderita diberikan oleh rumah sakit.

Kepercayaan penanganan pasien pada taraf rendah dan ringan, bisa membuat beban pemerintah menjadi bisa berkurang. Bisa jadi karena kombinasi dari kegotoroyongan masyarakat dan peranan swasta, muncul model baru dalam pelayanan publik pada masa pandemik yang tidak dilakukan di negara maju. *Sharing burden*, dengan kekuatan masyarakat telah membuat kasus-kasus yang ada menjadi dapat tertangani dengan baik.

### **b. Model preventif *Social (Physical) Distancing* Indonesia**

Sementara beban preventif, dilakukan dengan penerapan kebijakan secara bertahap. Kekuatan dari kebijakan ini tentunya mencari titik temu antara masyarakat di satu sisi dan pemerintah yang mengatur intervensi, berada pada dua kutub yang kompromi. Pada solidaritas kegotoroyongan yang tinggi, maka kebijakan dengan membagi *sharing burden*, membuat laju percepatan dari kasus yang ditemukan dapat terdeteksi, dapat terlayani, dengan sistem kemasyarakatan yang ada.

Preventif dengan memutus mata rantai Covid-19 diterapkan dengan tahapan kombinasi, dan pemahaman masyarakat. Dimulai dengan pembatasan pendidikan di rumah, penutupan tempat keramaian, khususnya daerah tujuan wisata, kemudian ditingkatkan dengan pembatasan-pembatasan kegiatan yang dapat mengurangi keramaian. Ini dilakukan juga sejalan dengan kebijakan proteksi diri penduduk, memberlakukan jam malam, dan mewajibkan pakai masker, termasuk gerakan pembersihan sarana dan prasarana perkotaan.

### **c. Kegotongroyongan**

Sebelumnya sangat kita sadari bahwa karakter masyarakat Indonesia berbeda. Sangat berbeda antar tempat dan suku. Masyarakat Jawa yang dikenal lebih patuh kepada kebijakan, membuat penerapan

program isolasi mandiri, bisa menekan efek ini, termasuk pengawasan yang diberikan oleh masyarakat.

Dalam menghadapi minggu-minggu *social distancing*, maka efek yang diperkirakan besar adalah meningkatnya angka pengangguran baru. Hingga kini ada yang memperkirakan tambahan angka pengangguran baru mencapai 4 juta orang, sehingga pengangguran terbuka menjadi sekitar 11-12 juta orang. Angka kemiskinan menurut perkiraan Kompas bisa naik, dari 9% menjadi kisaran 12-13%. Belum termasuk mereka yang rentan miskin. Termasuk program perlindungan sosial yang mesti segera dilakukan oleh pemerintah Indonesia<sup>2</sup>.

Salah satunya adalah penyediaan pangan secara gotoroyong. Ini dilihat dari tingginya partisipasi masyarakat. Studi ini menemukan untuk kasus Sumatera Barat sebulan ketika kasus ditemukan, sebesar 19% dari masyarakat sudah menerima paket sembako, uang atau kombinasinya. Jika saja taksiran angka kemiskinan baru pada kisaran 13%, maka jelas hampir semua rakyat miskin sudah menerima bantuan dari partisipasi masyarakat sebelum kebijakan pemerintah pusat, maupun daerah merealisasikan program sembako mereka.

### **Temuan Buku Ini**

Temuan yang cukup menarik tentunya adalah yang berkaitan dengan solidaritas, kegotoroyongan dan modal sosial. Ketiga faktor utama ini berperan dapat mengatasi masalah pandemi.

---

<sup>2</sup> Hanna, Rema. 2020. *Perluasan Perlindungan Sosial untuk Kelas Menengah Bawah*. Kompas Opini 22 April, 2020.

Bab 2 memperlihatkan bahwa secara demografi Angka *Fatality Rate* Covid-19 Indonesia, termasuk tinggi. *Angka Fatality Rate* (AFR) ditemukan sekitar 7-9%, jauh lebih tinggi dibandingkan AFR di negara maju. Hal ini terutama disebabkan karena jumlah pembagi yang diperiksa di Indonesia tidak sebanyak upaya tes massal yang dilakukan di berbagai negara maju. Kendala alat deteksi yang akurat, dan laboratorium dan peralatan kesehatan, sehingga fokus untuk mendeteksi ditujukan pada *a high and potential* penduduk menjadi pilihan negara.

Selain itu, secara geografis, pandemik terpusat di DKI Jakarta. Ketika masa satu bulan dan mudik premature terjadi, maka masyarakat telah mengambil sikap *lockdown*, pada skala yang lebih rendah. Daerah yang memiliki warga dalam pemantauan, relatif berjalan. Laporan dari Takengon Banda Aceh, Pekanbaru di Riau, dan Solo di Jawa Tengah, setidaknya menunjukkan telah berfungsinya kegotoroyongan dan solidaritas yang tinggi antar tempat.

Migrasi wabah ini sejalan juga dengan migrasi penduduk. Sehingga setiap minggu, muncul berbagai upaya untuk mendekatkan proses pemantauan terhadap kasus kasus yang muncul. Temuan utama ada pada kepulangan warga Indonesia dari Malaysia, dan mobilitas mudik prematur yang terjadi dari DKI Jakarta ke daerah-daerah.

Bab 4 menemukan bagaimana model *social distancing* dilakukan di Indonesia, kemudian diadopsi lebih tinggi oleh daerah-daerah. Kendatipun langkah-langkahnya dilakukan secara seksama, namun daerah luar Jawa yang tinggi tingkat migrasinya, persoalan *social distancing* menjadi agenda dan diskusi utama di masyarakat. Tidak terkecuali Sulawesi Selatan maupun Sumatera Barat.

Ketatnya tindak lanjut dari pemeriksaan di perbatasan-perbatasan, telah membuat Orang Dalam Pengawasan (ODP) dapat terpantau, apalagi di masing-masing RT dan RW mereka ada yang telah melakukan *full lockdown*. Artinya pemberian pelayanan secara intensif, dan ini dilakukan dengan sebuah sistem. Saat berjalannya 6 minggu sejak kasus Covid-19 pertama kali ditemukan, Presiden melalui instruksinya mengalihkan anggaran dan fokus kebijakan untuk penanganan Covid-19. Diperkirakan alokasi anggaran mencapai Rp. 75 Triliun. Alokasi anggaran yang lebih dekat adalah dengan mobilisasi tenaga pendamping desa dalam penanganan Covid-19. Pada minggu keempat April 2020, sekitar 54% dari pendamping desa gugusnya sudah terbentuk. Pembentukan lebih cepat pada daerah-daerah yang dianggap kritis<sup>3</sup>.

Bab 5 fokus pada pembahasan persiapan perencanaan kontingensi “Contingency Plan” yang merupakan tahapan untuk memperkirakan bagaimana pelayanan curative dan preventive terencana. Contoh mendeteksi masalah dan akar masalah menjadi kata kunci sampai kepada pilihan program yang dibuat. Selanjutnya juga dilihat bagaimana peningkatan angka kemiskinan menjadi 13-15% yang baru, atau meningkat sekitar 40% dari angka sebelum Covid ditemukan. Begitu juga angka pengangguran bertambah sekitar 5 juta orang, sehingga angka pengangguran baru menjadi kisaran 12 juta orang dan angka kemiskinan bisa bertambah 8.45 juta orang<sup>4</sup>.

Pada level rumah tangga bisa dilihat sektor yang dianggap merugi, dan disamping juga ada yang meraup keuntungan tinggi.

---

<sup>3</sup> Agusta, Ivanovich. 2020. *Protokol Desa Tanggap Covid-19*. Kompas Opini 21 April 2020.

<sup>4</sup> The SMERU Institute, Asep Suryahadi dan Ridho Al Izzati dan Daniel Suryadharma, dalam Kompas 20 April 2020.

Sektor tourism, hotel restoran dan transportasi merupakan sektor yang paling menderita. Di samping juga pada sektor konstruksi, karena banyak program yang dialihkan.

Lebih detail kami melihat, kelompok rumah tangga lapisan pertama, mengalami penurunan daya beli. Mereka mengurangi pengeluaran rumah tangga, dari 40% menjadi 30% pada kelompok ini. Namun persiapan yang dilakukan oleh kelompok kedua yang masih memiliki garis penghasilan, membuat pengeluaran mereka meningkat. Khusus untuk beras dan gula pasir, dan masker terjadi inflasi.

Bab 6 adalah menganalisis masalah bagaimana partisipasi masyarakat dalam menggunakan dan berperilaku protektif diri. Memang sanksi yang diterapkan tidak ada, sehingga masalah ini tetap menjadi pemicu sulitnya *physical distancing* di Indonesia. Bab 7 mengilustrasikan bagaimana kegotoroyongan berakibat pada angka kasus Covid-19. Bab 8 mengilustrasikan masalah tenaga kerja dan persiapan untuk *rebound* kembali. Bab 9 merupakan hasil analisis kami dengan memanfaatkan data quota sampel. Bab 10 merupakan refleksi akhir dari buku ini.

Khusus untuk mahasiswa dan pemerintah, maka buku ini juga berisikan contoh bagaimana menyusun Contingency Plan (CP), yang berguna sebagai acuan pedoman. CP untuk memperkirakan bagaimana masalah kuratif di rumah sakit, sebagai rujukan penyediaan tempat, tenaga dan segala peralatan alat pelindung kesehatan. Disertai juga dengan membiasakan untuk menyusun masalah preventif. Kedua masalah ini menonjol, dan meningkatkan kepastian dalam bekerja. Series manajemen Covid-19 ini tentu berguna, tidak saja pada mahasiswa jurusan kesehatan masyarakat “*public health*”, namun juga pada mahasiswa mendalami

## Drama Manajemen Covid 19

Manajemen, Ilmu Ekonomi, Politik Sosiologi, dan Administrasi Publik.



## Bab 2

### Demografi dan Geografi Covid- 19

*\*Mengapakah kami harus diuji dengan wabah seperti ini?\**

*“Apakah manusia itu mengira bahwa mereka dibiarkan (saja) mengatakan: “Kami telah beriman”, sedang mereka tidak diuji lagi?”  
(QS. Al-Ankabut : 2)*



**Angka Insidensi Pneumonia (BPJS 2016): 1.3 per 1000**

Bagian ini menjelaskan bagaimana peta persebaran Covid-19, jika dilihat dari aspek demografis dan geografis. Ini untuk memberikan gambaran kondisi penyebaran virus di masing-masing negara

sehingga dapat dilihat mana yang unik, pertumbuhan yang cepat maupun lambat, dan apa penjelasan yang bisa dipahami, serta implikasinya terhadap Indonesia.

### **Perbandingan Internasional**

Jika kita telusuri dan bandingkan dengan data rata angka penderita Covid-19, maka pada penjabaran selanjutnya dapat dilihat bahwa kondisi di tahun 2020 menunjukkan tendensi yang rendah dibandingkan dengan berbagai jenis penyakit lainnya yang non-degeneratif<sup>5</sup>.

Memang Covid-19 ini mencapai hampir ke semua negara di dunia, namun jenis penyakit non-degeneratif lainnya seperti HIV dan kanker relatif tinggi, ditambah dua jenis “*bad behaviour*”, menurut Donald J Kenkel, berupa Rokok dan konsumsi Alkohol<sup>6</sup>.

Ini masih belum termasuk dengan negara berkembang seperti di Indonesia. Angka Pneumonia sebesar 1.8 per 1000 penduduk, atau sekitar 486.000 kasus. Belum lagi TBC, Demam Berdarah, dan Kekurangan Gizi. Angka-angka ini jika saja dijumlahkan semua bisa kasusnya menjadi gunung es yang bisa “meleleh” kapan saja.

Jumlah kematian di dunia dalam dua bulan terakhir tahun 2020 :

69.602: Flu biasa

137.766: Virus Corona (16 April, 2020)

---

<sup>5</sup> Wijayanto, Andi. 2020. *Kuadran Korona*. Kompas “Opini” 17 April 2020

<sup>6</sup> Kenkel, Donal S. 1991. *Health Behaviour, Health Knowledge and Schooling*. Journal of Political Economy, vol. 99(21),287-305.

140.584: Malaria

153.696: Bunuh diri

193.479: Kecelakaan di jalan

240.950: Terjangkiti HIV

358.471: Alkohol

716.498: Merokok

1.177.141: Kanker

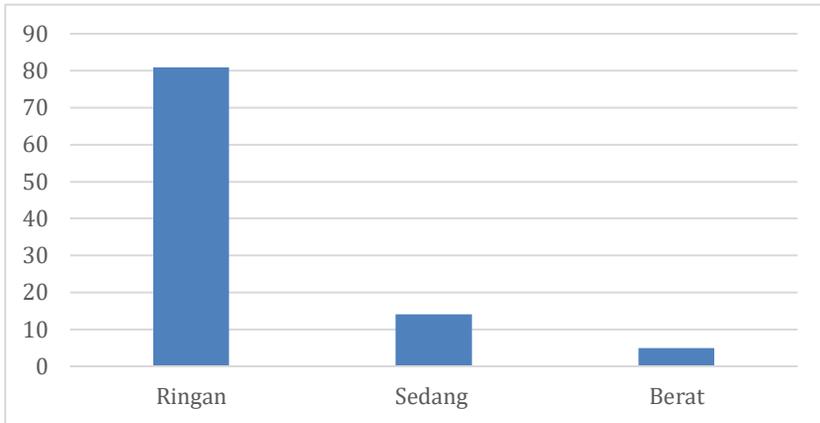
Lalu apakah Covid-19 berbahaya? Atau merupakan tujuan dari kampanye media untuk menyelesaikan perang dagang antara China dan Amerika? Atau untuk mengurangi pasar keuangan dalam mempersiapkan tahap bursa efek merger dan akuisisi? Atau untuk menjual obligasi Treasury AS dalam menutupi defisit fiskal di dalamnya? Apakah kepanikan ini dibuat oleh perusahaan obat-obatan untuk melariskan produk mereka seperti pembersih, masker, obat-obatan, dll? Jangan panik & jangan bunuh diri dengan rasa takut yang tidak perlu. Apalagi mudah termakan berita-berita yang belum dapat dikonfirmasi kebenarannya.

Dua setengah juta orang sakit karena Covid-19 saat ini, dimana 81.093 orang di China. Dengan populasi lebih dari 1,1 miliar. Ini berarti bahwa jika Anda tidak berada di atau belum mengunjungi China baru-baru ini, ini akan menghilangkan 94% kekhawatiran Anda

Jika anda terpapar virus corona, jangan langsung panik. Mengingat distribusi data memperlihatkan Gambar 2.1 sebagai berikut: Hanya 5% yang masuk kategori berat, dan 14% masuk

kategori sedang, sebagian besar 81% masuk kategori ringan. Ini memberi makna bahwa jika penduduk terjangkiti Covid-19 penderita kemungkinan besar akan pulih

**Gambar 2.1 Distribusi Klasifikasi Covid-19**



Beberapa mengatakan, "Tapi ini lebih buruk daripada SARS!" SARS memiliki tingkat kematian 10% sementara Covid-19 memiliki tingkat kematian, bervariasi antara 2%-9%. Selain itu, melihat usia mereka yang sekarat karena virus ini, angka kematian untuk orang-orang di bawah 50 tahun hanya 0,2%. Ini berarti bahwa jika Anda berusia di bawah 50 tahun dan tidak tinggal di China. Kemungkinan anda terjangkit & meninggal ibarat peluang menang lotre dr 1: 45.000.000.

Minggu 22 Maret 2020 di Italia 793 meninggal karena virus Covid-19. Sebulan setelah itu 22 April 2020, angka kematian di Amerika Serikat akibat Covid-19 meningkat tajam, bahkan melebihi dari yang diperkirakan. Sudah melebihi 10.000 kematian. Mari kita ambil salah satu hari terburuk sejauh ini, 10 Februari, ketika 108 orang di China meninggal karena Covid-19.

Di hari yang sama:

26.283 orang meninggal karena Kanker

24.641 orang meninggal karena Penyakit Jantung

4.300 orang meninggal karena Diabetes

Bunuh diri mengambil 28 kali lebih banyak nyawa daripada virus itu. Nyamuk telah membunuh 2.740 orang setiap hari, Manusia telah membunuh 1.300 sesama manusia setiap hari, sampai ular telah membunuh 137 orang setiap hari dan hiu pun membunuh 2 orang setahun.

Memang Covid-19 tetap menjadi perhatian, dan bagian ini menegaskan bahwa jenis penyakit menular lainnya untuk belahan bumi ini, masih dalam taraf mengkhawatirkan. Untuk itu belajar dari suasana Covid-19 semestinya menjadi dasar untuk mempercepat dan penyelesaian penyakit non degeneratif ini, alias menular.

### **Geografi Covid-19**

Pada gambar di bawah dapat dilihat fenomena Covid-19 berdasarkan negara. Gambar di bawah terjadi pada pertengahan bulan April 2020. Kebanyakan gambar yang ada memperlihatkan kondisi di beberapa negara di Eropa, dan Asia Selatan. Sehingga bentuk dan persebaran kurvanya masih berbeda, sesuai dengan mana yang lebih cepat, atau lambat datangnya persebaran itu. Sebagian daerah Eropa Timur, seperti Rusia mengalami masa awal, dan pertumbuhan tajam. Sementara Italia, dan Spanyol, penyumbang angka kematian terbesar sudah hampir mengalami masa *constant return to scale*.



dan sistem pelacakan yang dilakukan oleh masing-masing negara. Semakin besar pengujian sampel, semakin besar ditemukan kasus yang terkonfirmasi.

### **Percepatan Covid-19**

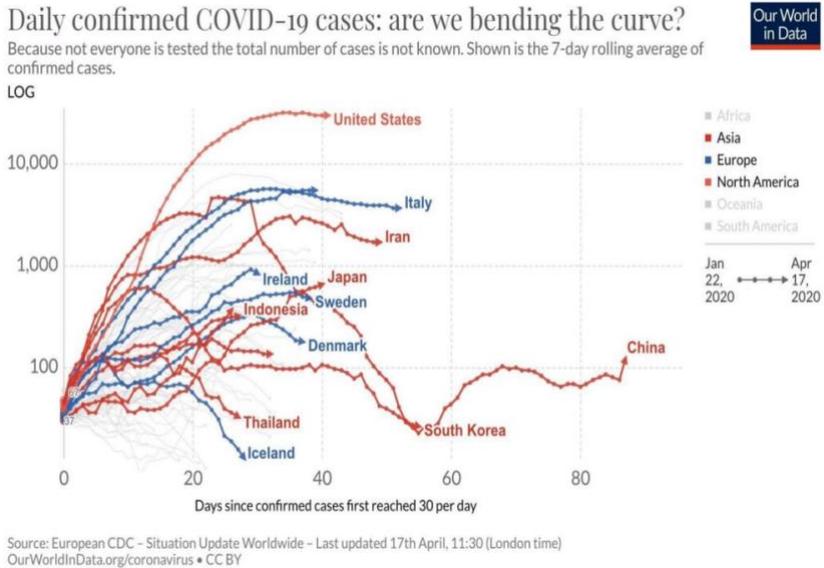
Analisis yang juga tidak kalah pentingnya kenapa suatu negara bisa cepat atau lambat perkembangan kasus Covid-19 ditemukan seperti Grafik 2.3 di bawah ini. Garis vertikal adalah log kasus yang ditemukan, sementara horizontal adalah perkembangan kasus semenjak pertama kasusnya corona ditemukan.

Kita dapat melihat bahwa terdapat tiga pola yang terjadi. Pola Korea Selatan, dimana sekitar 3 minggu kasusnya tumbuh pesat, kemudian dapat diturunkan lebih tajam dibandingkan dengan negara lain.

Italia dan Amerika Serikat memiliki pola yang sama, yaitu memuncak sampai minggu ke 5, kemudian kasusnya mulai konstan. Ini kelihatan sekali penambahan kasus yang begitu pesat dengan model ini. Model kedua adalah dimana antisipasi yang dilakukan, serta kebijakan yang terlambat.

Model ketiga adalah China, yang kasusnya lebih dahulu, namun tidak terlalu banyak kasus yang ditemukan. Negara ini melakukan karantina ketat. Belakangan kasus serupa ditiru oleh Vietnam, yang juga kasusnya ditemukan tidak terlalu sebanyak negara lain.

Gambar 2.3



## Indonesia Memasuki Fase Perluasan

Perkembangan Covid-19 jika dipetakan masih mirip 3 fase dalam produksi barang-barang dan jasa-jasa. Fase pertama disebut fase meningkat '*increasing return to scale*', tinggal melihat apakah percepatannya rendah, sedang atau cepat.

Fase kedua dimana peningkatan sudah mengalami konstan, walaupun tetap bertambah, pada fase ini temuan Covid-19 secara konstan. Dan tahap ketiga terjadi penurunan kasus baru dan menuju nol. Ketika nol, maka pandemi berhenti.

Masa mulai kasus ditemukan sampai berakhirnya bervariasi. Yang bisa dilihat adalah beberapa negara yang sudah hampir sampai selesai, seperti China, Denmark, dan Korea Selatan.

**Gambar 2.4** Peta Perkembangan di Indonesia.



Jika dibaca data dan grafik pertumbuhan Covid-19 masa increasing yang cukup lama terjadi di Indonesia dan USA (Gambar 2.3). Pola perkembangan fase pertama Indonesia mirip negara negara yang kasus Covid-19 dengan angka yang tinggi. Sepertinya Indonesia hingga kini 23 april belum menunjukkan tanda tanda menurun.

Pertambahan kasus didominasi oleh luar DKI, dan ini menunjukkan bahwa program pulang kampung telah membawa efek merebaknya kasus Covid-19 di daerah.

Jika kita belajar, Korea Selatan dan China bisa menurunkan kasus lebih cepat. Berbeda dengan Iran dimana setelah mencapai puncak bertahan cukup lama. Pada umumnya negara Eropa melalui fase peningkatan selama 5-7 minggu, dan sampai upaya untuk *lockdown* 11 minggu.

Jika saja fase pertama ini masih belum menunjukkan tanda-tanda penurunan bahkan semakin banyak, maka fase pertama dan kedua tentunya di Indonesia bisa memakan 17-21 minggu. Itupun jika penerapan PSBB bisa lebih diperketat dan sanksinya semakin dipertegas.

Jika minggu awal April kita berhadapan kuat dengan pendatang dari daerah pandemi, maka pada minggu keempat April ini kita menghadapi tidak saja masuknya arus penduduk dari luar, tapi persoalan internal menjadi sangat mengkhawatirkan.

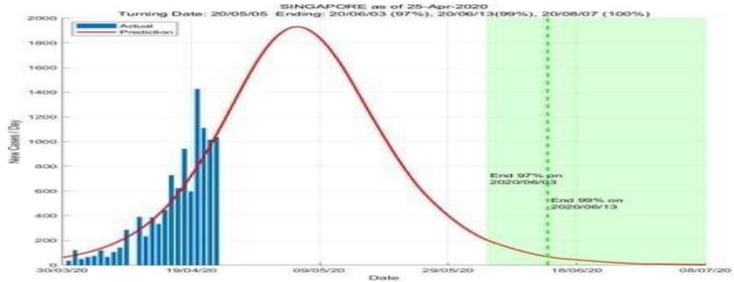
Daerah-daerah pasar, masjid, rumah sakit dan puskesmas, dianggap sebagai tempat yang rawan. Ditambah pada bulan Ramadhan ini tempat pasar sore tempat masyarakat berkerumun berbelanja keperluan terbuka.

Semoga pengetatan dan penguraian daerah daerah itu semakin diperketat. Saya berharap pada fase sekarang, berjualan menjelang terbuka bisa dibatasi jarak secara serius agar tidak terjadi penumpukan penduduk.

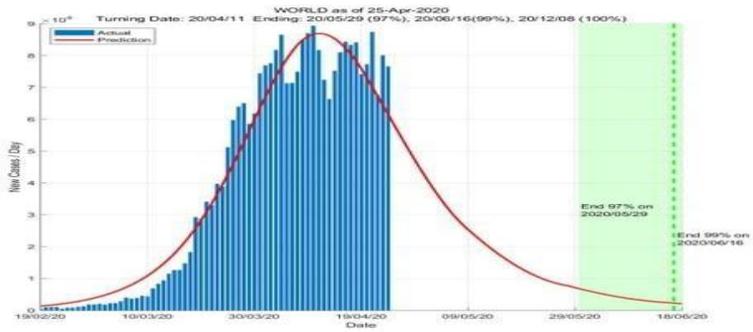
### **Kapan Covid Berakhir?**

Di bawah dikutip hasil perkiraan kapan Covid-19 berakhir, dengan memperlihatkan beberapa daerah saja sebagai sampel. Prediksi dengan model regresi biasa, dan dengan menggunakan data melalui Data from Ourworldindata.org yang diolah oleh institut.

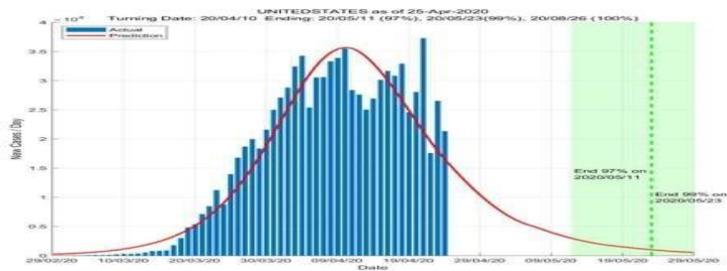
# Drama Manajemen Covid 19



Singapore (Juni 4)

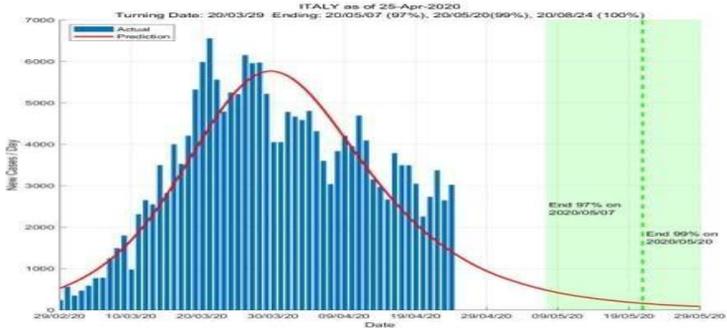


World (December 08)

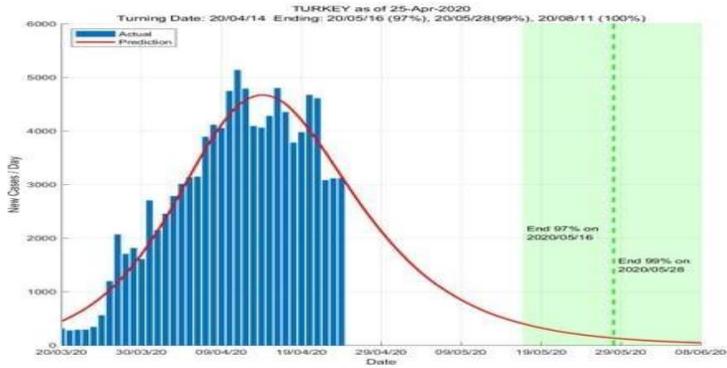


United States (97%, May 11)

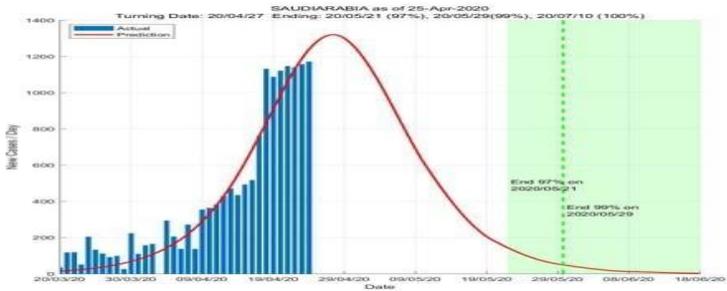
# Drama Manajemen Covid 19



Italy (97%, May 7)

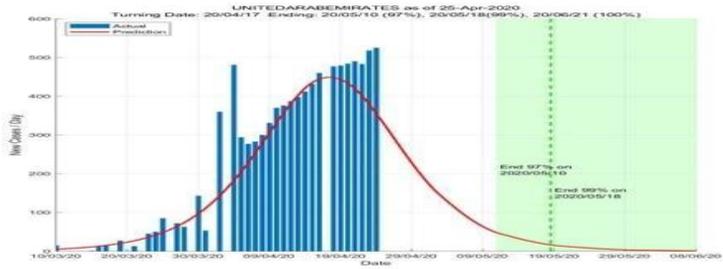


Turkey (97%, May 16)

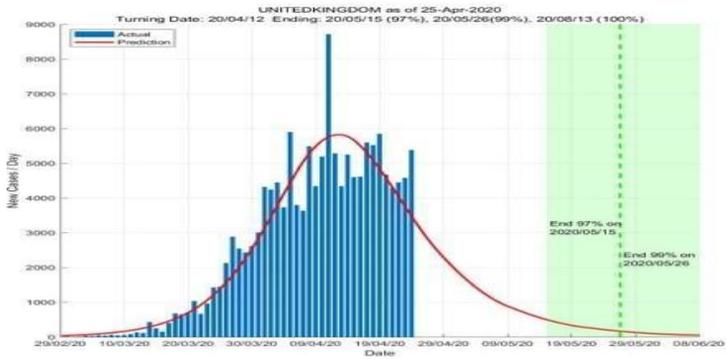


Saudi Arabia (97%, May 21)

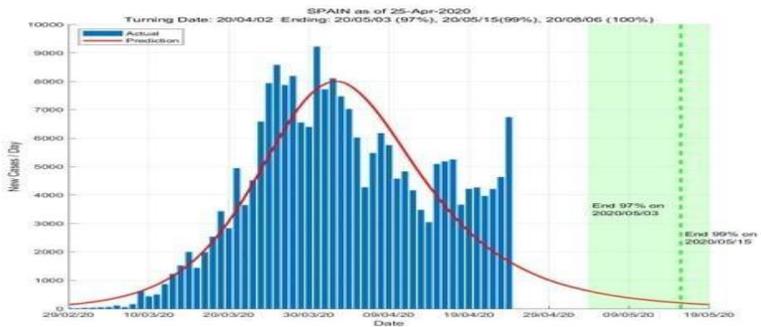
# Drama Manajemen Covid 19



United Arab Emirates (97%, May 11)

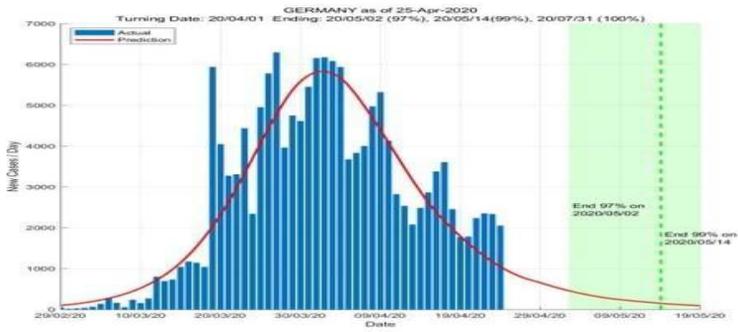


United Kingdom (97%, May 15)

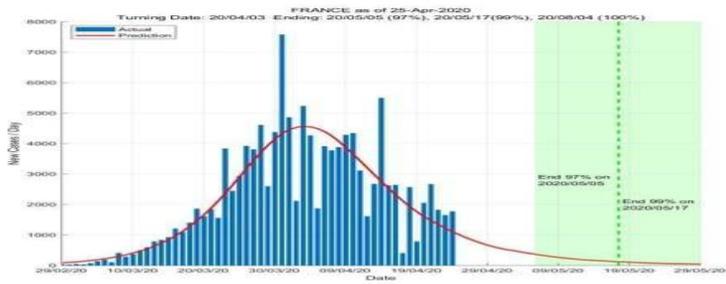


Spain (97%, May 3)

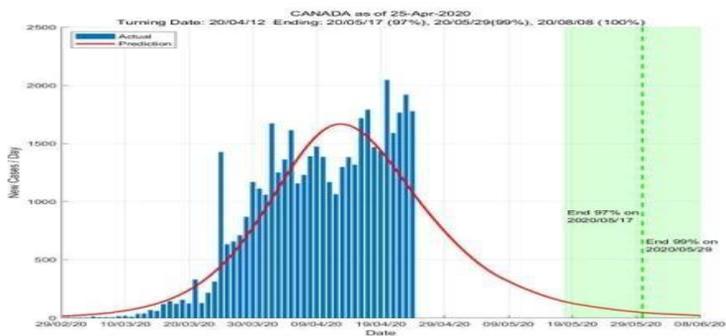
# Drama Manajemen Covid 19



Germany (97%, May 2)

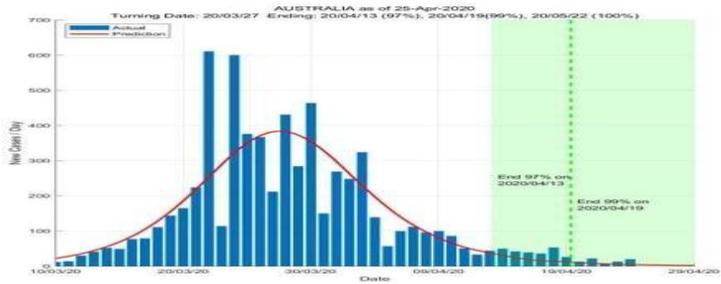


France (97%, May 5)

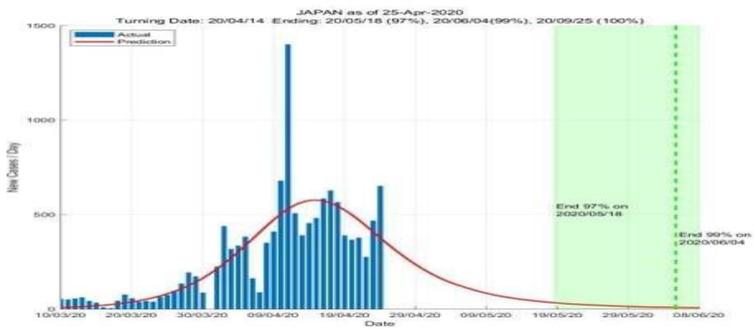


Canada (97%, May 17)

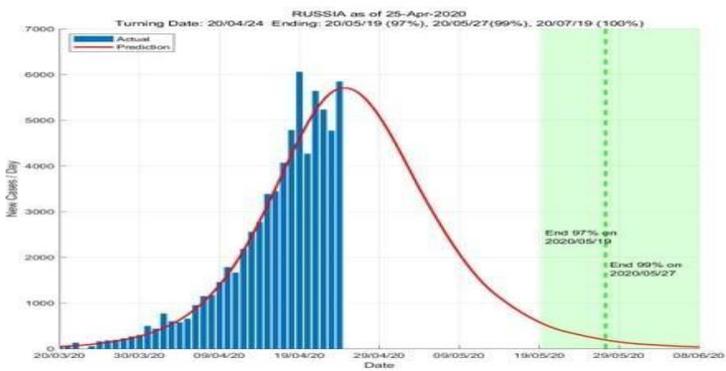
# Drama Manajemen Covid 19



Australia (May 22)

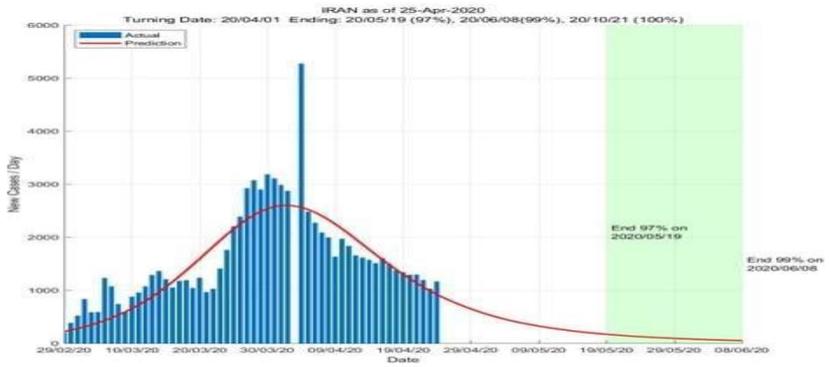


Japan (May 16)

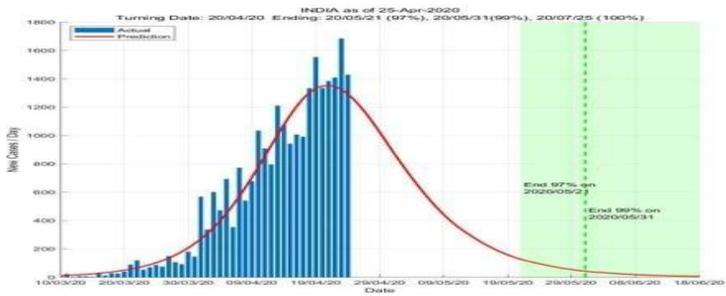


Russia (May 19)

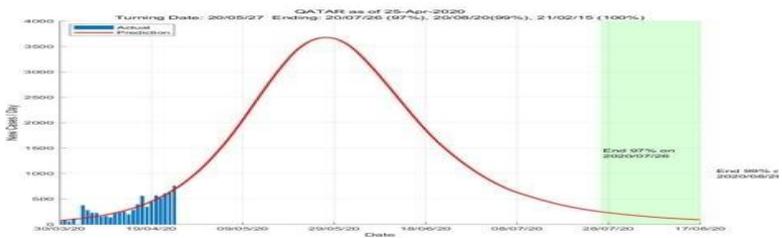
# Drama Manajemen Covid 19



Iran (May 19)

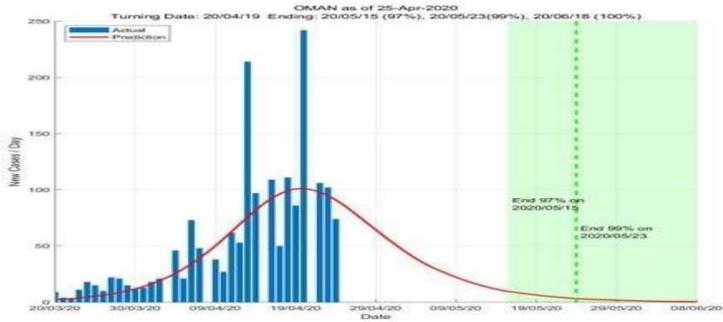


India (97%, May 21)

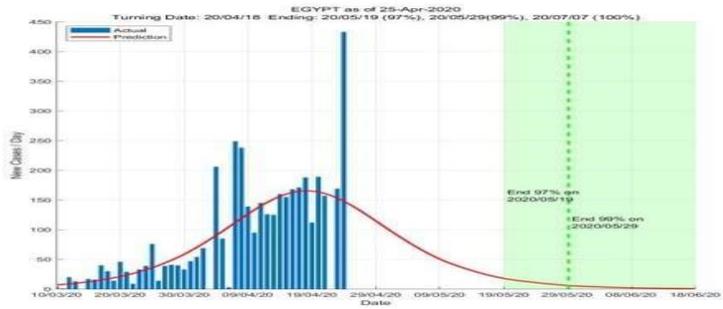


Qatar (July 26)

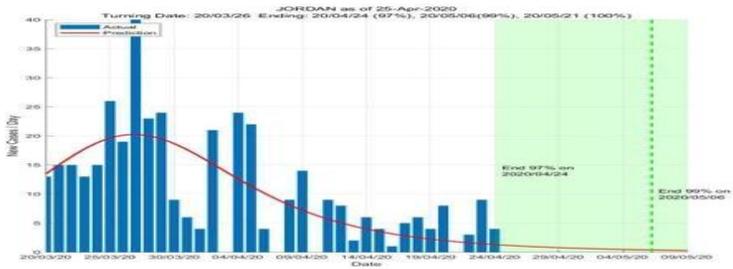
# Drama Manajemen Covid 19



Oman (May 15)

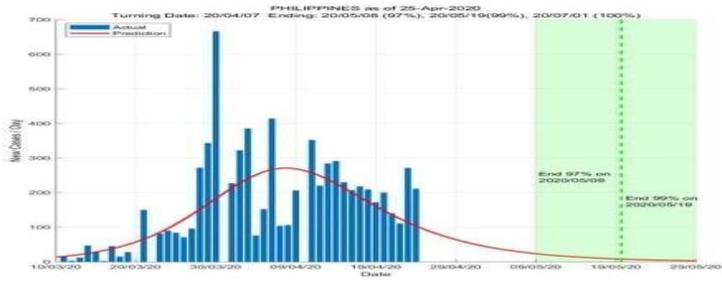


Egypt (May 19)

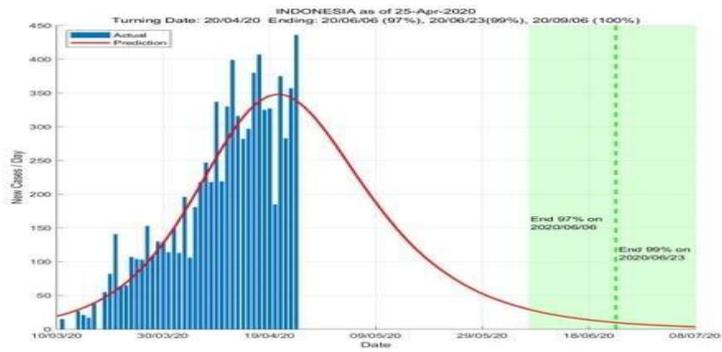


Jordan (May 6)

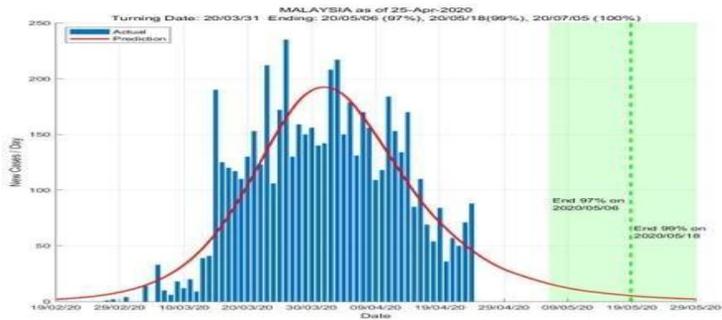
# Drama Manajemen Covid 19



Philippines (May 6)

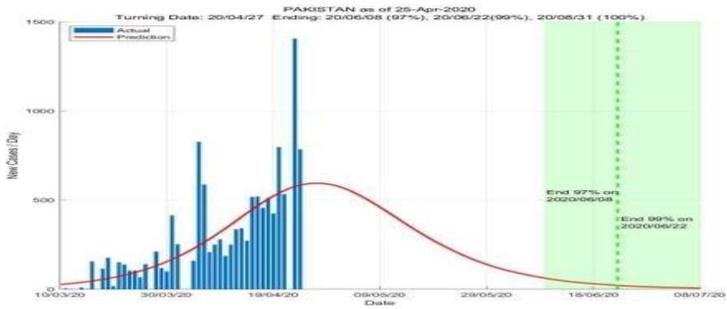


Indonesia (97%, June 6)

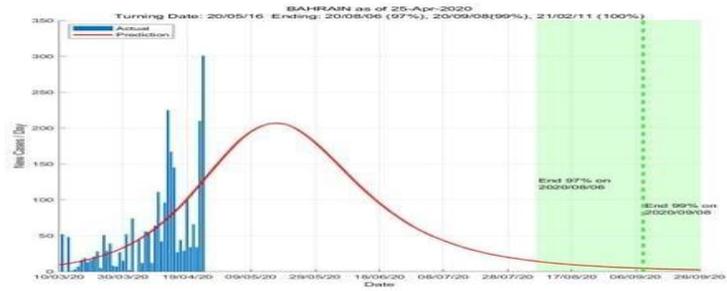


Malaysia (97%, May 6)

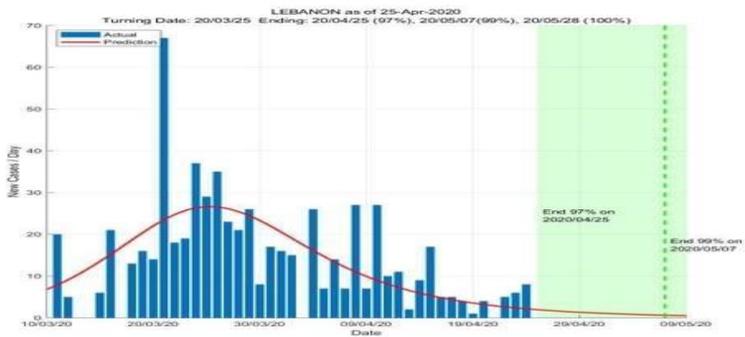
# Drama Manajemen Covid 19



Pakistan (June, 8)

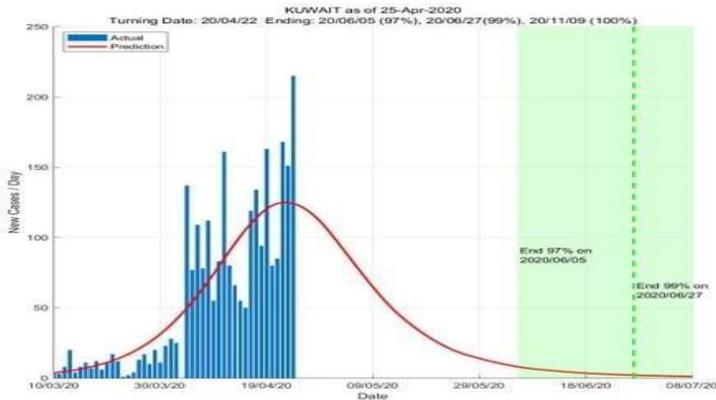


Bahrain (97%, August 6)



Lebanon, 99% May 7)

## Drama Manajemen Covid 19



Kuwait (97%, June 5)

Gambaran dari data di atas menunjukkan, sesuai dengan analisis sebelumnya dapat dibagi menjadi 4 kategori. Kategori pertama adalah kelompok negara dimana fase akhir berada pada bulan Mei, baik awal maupun pertengahan. Australia dan Malaysia, diprediksi akan selesainya kasus ini namun belum sempurna.

Negara-negara Eropa, seperti pada umumnya Italia, Spanyol, Jerman, dan Amerika relatif berbeda. Amerika Serikat relatif kurvanya tipis, berarti masa pandeminya tidak selama di Italia, dan Spanyol, yang masa pandeminya relatif lama. Kasus mereka akan berakhir pada pertengahan bulan Mei sampai akhir Mei 2020.

Model yang akan lama justru dirasakan oleh Indonesia, dimana prediksi berakhirnya untuk 97% pada kira-kira awal Juni. Ini termasuk sebagian besar negara-negara Asia Maghribi. Sementara beberapa negara yang masih masuk fase awal, seperti Oman dan Nigeria, masih pada tahap awal, sehingga kemungkinan berakhirnya juga terlambat.

Secara umum, pandemik ini akan berakhir di seluruh dunia pada akhir Desember. Ini cukup masuk akal mengingat masing-masing daerah tidak dalam cara dan tindakan yang sama. Walaupun protokol kebijakan selalu diarahkan oleh WHO, namun masing-masing negara tidak sanggup mengambil kebijakan dan langkah langkah cepat.

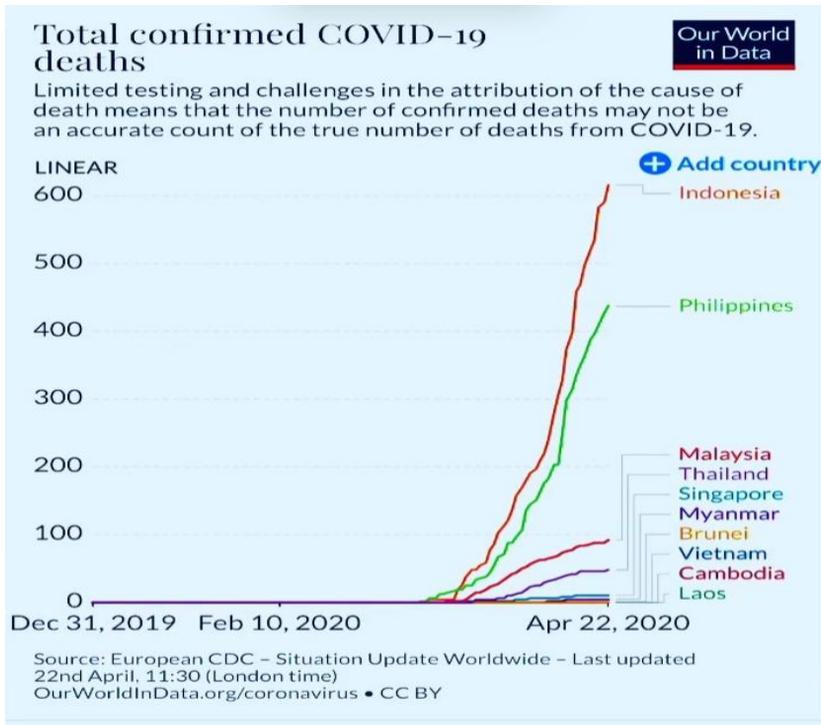
### **Kurva Kematian**

Analisis berikut ingin membandingkan ada apa dengan kurva kematian yang ada pada masing-masing negara? Dalam menjawab hal ini, angka kematian akibat virus Corona akan mencerminkan bahayanya dampak jenis penyakit ini, seperti wabah-wabah penyakit yang sebelumnya pernah terjadi.

Secara metodologi, angka kematian diperoleh dari jumlah kematian per negara pada rentang waktu yang sama. Semakin tinggi angka kematian akibat penderita corona semakin kompleks sistem pelayanan kesehatan. Bisa saja sudah ada sistem pelayanan, namun modelnya dengan melibatkan masyarakat, bisa saja dengan skala perhatian pemerintah secara total, atau ambruknya sistem kesehatan masyarakat setempat.

Data di bawah menunjukkan perbandingan jumlah kasus kematian akibat Corona, yang dapat disimpulkan jelas, semakin besar jumlah penduduk, semakin besar jumlah kematian. Hingga tanggal 22 April, kondisi dan pola kematian ditemukan hampir mirip, antara Indonesia dan Philippines. Sementara negara miskin seperti Laos, Kamboja dan Vietnam, relatif rendah. Ketiga negara terakhir adalah relatif tertutup, dan besar dengan tingkat migrasi internasional mereka juga relatif rendah.

Gambar 2.5



Argumentasi yang menyatakan laporan tentang kematian adalah relatif *under-reporting*, karena kematian yang tercatat adalah mereka yang meninggal di rumah sakit, kemudian diselenggarakan dengan prototipe yang sudah disepakati. Artinya, akan terjadi kesalahan dalam pelaporan, jika sistem pelaporan yang dibuat adalah relatif rendah. Angka kematian yang *confirm case*, juga tidak akan kelihatan sepanjang jumlah kasus yang diperiksa dengan Rapid Test juga terbatas.

## **Manajemen Perkuburan**

Banyak media yang menyangsikan besarnya masalah Covid-19 ini di Indonesia. Bahan media asing dan peneliti asing memperkirakan Indonesia punya kasus sudah terlanjur tinggi. Mana yang benar tentu kita tidak tau. Tunggu waktulah yang akan menentukan. Namun yang jelas hingga saat ini, data resmi pemerintah Indonesia masih dalam taraf yang tidak separah di Amerika Serikat atau Eropa.

Cara lainnya yang paling aman adalah melihat berapa penduduk yang meninggal tiap hari, minggu sampai bulan. Kebetulan kita masih belum banyak yang dikremasi, maka jumlah yang dikubur menunjukkan sebagian kasus menjadi lebih berbeda dibandingkan dengan bulan sebelumnya.

Apakah perkuburan kita memiliki sistem pengendaliannya? Apakah seluruh warga negara yang meninggal tercatat lebih baik? Saya lebih percaya ketika kasus yang banyak dan kasusnya bisa dilacak dari pekuburan, maka perkiraan Covid-19 yang meninggal sebenarnya bisa dihitung. Setidaknya secara kasar.

## **Social *Distancing* dan Penyebaran Virus**

Penulis teringat sebuah artikel yang ditulis oleh John Caldwell. Beliau yang mengupas bagaimana ibu-ibu tertular penyakit HIV/AIDS di Afrika. Ibu yang tinggal pada komunitas dimana para lelaki banyak menjadi buruh tambang.

Ibu akan memperoleh virus HIV ketika berhubungan badan dengan suami. Setelah suaminya kembali ke rumah setelah beberapa lama bekerja di daerah tambang.

Rahasiannya, di daerah tambang sendiri, para tenaga kerja pria, cukup banyak yang ‘jajan’ sembarangan. Saat bersamaan virus HIV/AIDS kemudian sudah mulai ditularkan ke istri. Sehingga proses transmisi demikian membuat mudah penyebaran virus.

Angka HIV/AIDS bagi ibu yang tinggal di kampung meningkat, bahkan bayi yang mereka kandung juga tertular. Akhirnya pada tahun-tahun pertengahan 1980-an, program mengatasi wabah AIDS, adalah dengan memberikan edukasi yang cukup intensif kepada seluruh masyarakat.

Hanya pada masyarakat yang literasinya rendah, maka penyebaran virus menjadi cepat. Sementara daerah yang literasinya tinggi, penyebaran virus menjadi lambat. Itu pula yang menjelaskan kenapa masalah HIV/AIDS sudah menurun tajam di negara maju, kemudian berbanding terbalik di negara-negara yang berpendidikan rendah.

Kenapa? Karena kehidupan dan *awareness* masyarakatnya rendah. Masyarakat tidak terlalu acuh dan tidak terlalu serius dalam menghadapi perpindahan virus. Abai terhadap virus, membuat percepatannya tinggi.

### **Urbanisasi**

Kini di Indonesia jumlah penduduk yang tinggal di perkotaan telah melebihi 50%. Dalam waktu yang tidak terlalu lama, berdasarkan pengalaman yang terjadi di negara maju, maka sebagian besar penduduk akan tinggal di daerah perkotaan.

Dimensi yang membuat pergeseran tempat tinggal ini terutama disebabkan munculnya tiga bentuk proses perpindahan penduduk. Migrasi permanen, migrasi circular, dan migrasi harian.

Di kota besar metropolitan dan di kota propinsi, model migrasi ke tiga-tiganya menonjol. Bahkan untuk migrasi harian, jelas membuat kepadatan di daerah perkotaan menjadi tinggi. Jakarta saja misalnya kalau malam penduduknya pada kisaran 10 juta, sementara siang penduduknya bisa berjumlah menjadi 14 juta orang lebih.

Perpindahan penduduk yang harian, juga lebih berubah lagi dengan revolusi bagaimana kehidupan sosial terjadi di berbagai tempat. Jika dulu ibu-ibu berjalan ke pasar tradisional terbuka, maka sekarang bisa jadi dalam seminggu mereka berbelanja ke mal-mal. Saat dimana mal, tersebut relatif tertutup yang memudahkan interaksi, dan penyebaran virus juga meningkat.

Demikian juga di sekolah-sekolah, di kantor-kantor, pertemuan rutin setiap hari menjadikan tempat tersebut menjadi sarana yang mudah untuk tersebarnya wabah virus.

Di negara maju, masyarakat menonton bola, konser dan totonan seni sudah terbiasa. Bahkan potensi migrasi *event* ini membuat daerah dan itu juga menjadi sasaran empuk penyebaran virus.

Bagi penganut agama, misalkan Islam dan Kristian, kasus-kasus penyebaran corona, terungkap. Salah satu Gereja di Korea Selatan, pengunjungnya *suspected* corona sebesar 87%. Setelah dilakukan pendalaman, maka 70% dari mereka yang dari gereja, tertular positif Corona.

Demikian juga untuk masjid-masjid. Umat islam setiap minggu minimal akan ikut jumatatan. Dalam sehari akan ada lima

waktu bagi yang sholat berjamaah. Jika saja seorang yang menderita pembawa virus, maka dalam waktu yang tidak terlalu lama, penularan virus juga mudah. Makanya 5 Masjid di Singapura dinyatakan ditutup sementara.

Jadi *event-event* keagamaan, olahraga, pendidikan, pesta, pekerjaan, interaksi pasar, dan kegiatan luar rumah merupakan tempat dimana terjadinya interaksi umat manusia.

### ***Social Distancing***

Ketika virus Corona datang sebagai tamu di bumi, maka persoalan penyebarannya menjadi salah satu upaya dan target bagi semua kita. Belajar dari Wuhan, maka penutupan kota yang segera dilakukan adalah meniadakan migrasi permanen, migrasi mingguan, maupun migrasi harian.

Ketika pertemuan orang mulai dikurangi, maka jelas mengisolasi diri menjadi salah satu cara untuk mengatasi percepatan penularan virus ini. Berbeda dengan HIV/AIDS, maka dalam Covid-19, lebih luas lagi. Interaksi manusia menjadi salah satu yang perlu dikendalikan.

Mengingat regulasi tentang ini memang belum ada. Maka sebaiknya upaya untuk meningkatkan *social awareness*, kesadaran sosial yang tinggi, bagi mereka yang menghadapi masalah. Untuk mengendalikan diri, saya sepakat, jika dalam situasi sekarang kita pastikan, baik bagi penderita maupun yang belum terdeteksi menderita Covid-19 untuk mengisolasi diri di rumah. Tak lupa, juga harus melaporkan kepada pihak terkait seperti puskesmas maupun rumah sakit.

Tujuan-tujuan yang dapat dilihat dari upaya bersama ini adalah agar semakin lambannya perpindahan virus, dari individu, dengan individu lainnya. Interaksi sosial dikurangi, bersalaman, termasuk serius untuk batuk yang beradab, agar orang lain tidak menderita hal yang sama.

Dengan demikian, ini saatnya terjadinya *lockdown*, bagi migrasi umat manusia. Migrasi yang sangat dibatasi, agar semua manusia semakin sadar, bahwa tangan mereka bisa menjadi berbahaya bagi orang lainnya.

Hanya bagi masyarakat yang literasi yang baik, proses dari perpindahan virus ini akan menurun. Kita dipaksa untuk memantau, jika ada kasus per kasus, maka ingat kejadian 14 hari sebelumnya, dimana dan dengan siapa kita berinteraksi. Dengan demikian akan terjadi upaya untuk menghambat percepatan Covid-19 bisa dihambat dan dihentikan.

Sebaliknya ketika saat sekarang, kita menyiapkan diri, segera setelah meredanya penyebaran virus corona, maka jumlah masyarakat yang kembali untuk bepergian, baik secara permanen, *circular*, maupun harian akan melonjak tajam. Kapan? Kita tidak tau, sangat tergantung kepada kesadaran bersama.

### **Pandemi di Ranah Minang dan Melayu Riau**

Bagian ini perlu lebih spesifik melihat bagaimana situasi kesehatan di Sumatera Tengah, dimana dua etnis utama terkenal asal muasalnya. Masyarakat Minangkabau, dan Masyarakat Melayu Riau. Untuk apa melihat dua daerah ini?, mengingat persoalan jenis penyakit yang ada selama ini masih jauh berbeda antara satu dengan lainnya. Untuk itu ketika kita ingin membaca pandemic Covid-19,

maka diperlukan melihat terlebih dahulu apa persoalan utama yang terlihat ke permukaan di dua daerah ini.

Kendatipun dua etnis utama ini berbeda, namun lebih banyak kesamaannya. Dalam hal struktur masyarakatnya, serta bentuk-bentuk lapangan pekerjaan. Namun di daerah Melayu, lebih banyak menjadi daerah rantau bagi suku Minang. Sehingga asimilasi penduduk Minang dengan Melayu sudah merupakan kelaziman.

Awal akan memperlihatkan bagaimana persoalan utama yang dapat dilihat di dua etnis ini. Data utama yang akan kita baca adalah data Survei Kesehatan tahun 2017. Sementara pada bagian berikutnya lebih khusus bagaimana persoalan covid-19 terjadi di Sumatera Barat, Riau dan Riau Kepulauan. Ini diperlihatkan nanti dengan melihat bagaimana kondisi demografis, dan epidemiologis dari data covid-19.

### **Melayu dan Minang**

Kenapa dua daerah ini menjadi perhatian utama?, jelas sebelum kita jauh mengenali masalah yang berkaitan dengan aspek curative dan preventive, dua etnis Minang dan Melayu Riau ini memiliki keunikan tersendiri dibandingkan dengan etnis lainnya. Kedua daerah ini dicirikan sebagai daerah yang mayoritas Islam, untuk Sumatera Barat posisinya Minangkabau, sebelah barat Sumatra. Sementara Melayu Riau, posisi dimana terbagi antar daerah kepulauan dan daerah daratan pesisir timur pulau Sumatera.

Etnis suku Minang dan Melayu hampir berdekatan, Bahasa memang berbeda, namun tata kehidupan relative sama. Menurut sejarah, bangsa melayu dan minang ini memang berasal dari etnis

dari China Selatan. Kejayaan Islam membuat hampir semua daerah memiliki penduduk yang beragama Islam.

Karena sumber mata pencaharian yang relatif berbeda, dimana Sumatera Barat awalnya lebih dominan penghasil pertanian padi dan palawija dan UMKM, sementara Riau dan Riau Kepulauan ditakdirkan memiliki sumber daya alam, berupa minyak dan gas dan perkebunan karet. Sehingga dengan begitu mengingat SDA relative tersedia, maka mulai tahun-tahun 1960-an hingga kini, percepatan arus penduduk dari Minang dan menjadi migran di Riau relative tinggi. Tidak kurang separo penduduk Minang pindah ke Riau. Tidaklah mengherankan daerah Riau dan Kepulauan merupakan daerah rantau utama bagi penduduk asal Sumatera Barat.

Dalam sejarahnya pengembangan pendidikan nasional, di tahun 1920-an, pendirian sekolah dasar pertama di Pulau Jawa, telah ditetapkan di koto gadang Bukittinggi. Sementara jauh hari pada zaman kejayaan Sriwijaya, sebenarnya peradaban di daerah Melayu sudah relative maju. Mengingat didirikannya sebuah candi Muara Takus, yang berlokasi antara Kota Pakan baru dan kota Bukittinggi.

### **Pandemi di Daerah ini**

Kasus Covid-19 memang lebih dahulu ditemukan di Wuhan, kemudian di Jakarta pada awal bulan Maret 2020. Per tanggal 17 Mei, sebenarnya jumlah temuan kasus sangat bervariasi. Sumatera Barat relative empat kali dibandingkan dengan temuan kasus yang sama di daerah Riau ataupun Kepulauan Riau.

Dengan kondisi penghasilan masyarakat Riau relatif lebih tinggi, lebih tiga kali dibandingkan dengan Sumatra Barat, namun angka-angka kesehatan sebelum covid-19, memperlihatkan tendensi

yang tidak terlalu jauh berbeda. Bahkan mengalami masalah yang lebih serius. Angka kurang gizi kurang dan buruk masih berkisar antara 10-13 persen, dan yang paling mengkhawatirkan adalah jenis penyakit *communicable diseases*, seperti penderita TBC. Di Riau misalnya jumlah kasus ditemukan di awal tahun 2020 sebesar lebih 31.000, sementara di Sumatera Barat angka yang masih diragukan keberadaannya masih pada kisaran 5043 orang.

**Tabel 2.1. Data dan Indikator Kesehatan Utama 3 Daerah**

Indikator	Sumatra Barat	Riau	Riau Kepulauan
Penduduk (Juta orang)	5.1	6.6	1.9
PDRB (dalam Rp/T)	230.5	755.3	249,1
Pendapatan per kapita 2018 (Rp/year)	Rp. 45.1	Rp. 114.4	Rp. 131.1
% Angka Kurang Gizi	11.2	10.9	13.0
Kasus TBC	5.043	31.190	12.101
Covid-19 (17 Mei 2020)			
Kasus	408	99	116

## Drama Manajemen Covid 19

Sembuh	95	60	80
Meninggal	22	6	11
Kasus Covid-19 per 100.000	8	1.5	6.1

Sumber: BPS dari berbagai sumber.

Dari angka TBC kemudian dibandingkan dengan keadaan Pandemi, covid-19 jelas memperlihatkan bahwa situasi Covid-19 ini sebenarnya jauh lebih ringan dibandingkan dengan keadaan angka kurang gizi balita, serta jumlah pasien yang menderita TBC.

Kendatipun angka TBC cukup tinggi, isu yang berkaitan dengan penambahan Covid-19 di tiga propinsi ini jauh lebih tinggi, mengingat kondisi dan perkembangan di dunia menunjukkan tendensi yang juga meninggi. Jumlah cakupan negara yang terserang covid-19 telah mencapai sebanyak 213 negara. Semula temuan covid-19 juga tidak terlalu serius setidaknya semenjak awal tahun 2020. Namun ketika temuan di Jakarta terkonfirmasi, maka daerah dimana sumber dari migran akan mengalami nasib yang sama.

### **Sumbar, Riau dan Kepri Peringkat Berapa?**

Laporan harian positive penderita covid-19 selalu direlis dan kita bisa akses data dan beritanya.

Per tgl 3 Mei 2020 misalnya kasus positive covid-19 DKI adalah 4463, disusul Jatim 1117, sampai Sumbar ketemu positive 195. Sementara kasus di Riau dan Kepulauan Riau tidak sebanyak yang ditemukan di Sumatra Barat.

Menjadikan DKI urutan pertama, diikuti Jawa Timur urutan ke dua, dan Sumatera Barat urutan ke 10 tertinggi "ketemu" kasus.

Jumlah kasus ketemu memang tidak selalu mencerminkan indikator parahnya bobot masalah. Mengingat banyak yang menentukannya, jumlah dan metode pengujian, sistem sampling. Sehingga angka mutlak memang tidak menjadi indikator.

Indikator yang jelas adalah bahwa daerah yang bersangkutan sudah ditemukan kasus. Jika pemeriksaan dilakukan berskala besar maka kemungkinan angka penderita yang diperoleh tentu besar pula.

Kemudian menyibukan kita untuk melacak bagaimana penderita riwayat perjalanannya dan kontak dengan siapa setidaknya selama 14 hari sebelum pengujian.

Namun jika temuan itu diasumsikan mewakili populasi daerah, maka ketika data yang sama kita bagi dengan jumlah penduduk (data terakhir), dan dikalikan 100.000, maka komposisi urutan dari kasus covid-19 per 100.000 penduduk mengalami perubahan.

DKI memang masih rangking pertama dengan angka 43 per 100.000. Disusul Papua 7.4, Sulawesi Selatan 6.9, serta Sumatra Barat 3.7. Per 100.000. Posisi Sumatra Barat naik tidak lagi ranking 10 namun menjadi rangking 6 nasional.

Kabar ini menyibukan pertanda bahwa persoalan covid-19 di Sumatera Barat jauh lebih serius dibandingkan dengan keadaan Jawa Barat, atau Jawa Timur yang penduduknya terbanyak di Indonesia. Riau dan Riau kepulauan relative tidak terlalu seberat Sumatra Barat.

Memang jauh lebih rendah dibandingkan dengan DKI, sebagai epicentrum covid19. Namun DKI sudah menunjukkan temuan yang semakin menurun, dan Sumatera Barat semakin menaik.

Dari segi demografis pun temuan distribusi data yang diolah kembali menunjukkan bahwa justru anak berusia produktif muda persentase penderita covid-19 relatif tinggi.

Angka kematian memang masih dominasi penduduk berusia di atas 60 tahun, namun yang terpapar covid-19 distribusinya banyak dari usia muda. Bisa jadi ini disebabkan karena mobilitas anak muda tinggi, apalagi perantau pulang relative berusia muda.

Kasus yang ditemukan justru para Nakes, Pedagang, dan yang berkontak dengan kasus kasus sebelumnya adalah berusia muda.

Di jalan jalan, di pasar pasar, dan keramaian yang tidak pakai masker banyak anak muda. Kasus kasus di Sumbar juga mirip dengan demografis *flue* H1N1 tahun 1918, lebih banyak anak muda.

Oleh karenanya melihat perkembangan temuan covid19 intensitas penegakan aturan tidak apa lebih diperketat. Sosialisasi memang lebih intensif.

Mungkin anak.muda jauh lebih tahan kena rotan ketimbang orang tua yang tidak acuh atau abay dengan kampanye stay at home. Atau memang anak muda lagi menantang kehidupan karena beban mereka berat sehari hari.

## Memasuki Fase Perluasan

Perkembangan covid-19 bilamana digambarkan masih mirip 3 fase dalam produksi barang barang dan jasa jasa.

Fase pertama disebut fase meningkat 'increasing return to scale', tinggal melihat apakah percepatannya rendah, sedang atau cepat. Fase kedua dimana peningkatan sudah mengalami konstan, walaupun tetap bertambah, pada fase ini temuan covid-19 secara konstan. Dan tahap ketiga terjadi penurunan kasus baru dan menuju nol. Ketika nol, maka pandemi berhenti.

Masa mulai kasus ditemukan sampai berakhirnya bervariasi. Yang bisa dilihat adalah beberapa negara yang sudah hampir sampai selesai. Katakan China, Denmark, dan Korea Selatan.

Jika saya baca data dan grafik pertumbuhan covid-19 masa increasing yang cukup lama terjadi di Indonesia dan USA.

Pola perkembangan fase pertama Indonesia mirip negara negara yang kasus covid-19 tinggi. Sepertinya Indonesia hingga kini 23 april belum menunjukkan tanda tanda menurun. Walaupun per tanggal 17 Mei di Jakarta, nilai reproduction case 1.11 yang menunjukkan satu positive menularkan ke stabil, pada pertengahan Mei 2020.

Pertambahan kasus didominasi oleh luar DKI, dan ini menunjukkan bahwa program pulang kampung telah membawa efek merebaknya kasus kasus corona di daerah.

Jika kita belajar, Korea Selatan dan China bisa menurunkan kasus lebih cepat. Berbeda dengan Iran dimana setelah mencapai puncak bertahan cukup lama.

Pada umumnya negara Eropa melalui fase peningkatan selama 5-7 minggu, dan sampai upaya untuk *lock-down* 11 minggu.

Jika saja fase pertama ini masih belum menunjukkan tanda tanda penurunan, justru kantong kantongnya semakin banyak maka fase pertama dan kedua tentunya di Indonesia bisa memakan 17-21 minggu.

Itupun jika penerapan PSBB bisa lebih diperketat dan sanksinya semakin dipertegas. Jika minggu awal April 2020 kita berhadapan kuat dengan pendatang dari daerah pandemi, maka pada minggu keempat April ini kita menghadapi tidak saja masuknya arus penduduk dari luar, tapi persoalan internal menjadi sangat mengkhawatirkan. Apalagi pada memasuki Lebaran. Bisa jadi angka dan kasus akan naik lagi.

Daerah daerah pasar, masjid, rumah sakit dan puskesmas, dianggap sebagai tempat yang rawan.

Ditambah pada bulan Ramadhan ini tempat pasar sore tempat masyarakat berkerumun berbelanja keperluan berbuka.

Semoga pengetatan dan penguraian daerah daerah itu semakin diperketat. Saya minta pada fase sekarang, penjualan menjelang berbuka bisa dibatasi jarak secara serius agar tidak terjadi penumpukan penduduk.

## **Bab 3**

### **Migrasi Pandemi**

*“Namun, mengapa harus terjadi pada kami?”*

*“Dan sesungguhnya Kami telah menguji orang-orang sebelum mereka, maka sesungguhnya Allah mengetahui orang-orang yang benar dan sesungguhnya Dia mengetahui orang-orang yang dusta” (QS. Al-Ankabut : 3)*

#### **Migrasi Sirkuler Tanpa *Lockdown***



Migrasi penduduk desa-kota jelas sebagai bentuk adanya daya tarik lapangan kerja di daerah kota. Ketika Covid-19 merebak, maka arus balik migran, menjadi pemicu merebaknya virus.

**Indikator: % populasi bepergian tahun lalu** (Susenas 2017): **28.2%**

## **Pendahuluan**

Graeme J Hugo, seorang penemu teori migrasi sirkuler di pedesaan Jawa Barat. Perpindahan penduduk dari daerah asal menuju daerah tujuan. Perpindahan yang terjadi dalam dimensi waktu, selama seminggu atau kurang enam bulan.

Selain dari jenis ini, migrasi harian, atau *nglaju*, juga merupakan fenomena perpindahan penduduk pinggiran kota ke dalam jantung kota. Sementara migrasi permanen, membuat mereka menjadi penduduk *de facto* di daerah tujuan - perkotaan.

Karena pola dan jenis migrasi begitu berkembang. Ini sebagai akibat revolusi alat transportasi, daerah tujuan migrasi menuju kota metropolitan, atau setidaknya kota provinsi. Percepatan arus urbanisasi, sebagai bentuk dinamika migrasi, telah membuat proporsi penduduk perkotaan menjadi sangat cepat.

Berikut bagian ini ingin berkontribusi bahwa Covid-19 berkembang, merupakan interaksi manusia. Secara epidemiologi, jelas melalui *droplets*. Proses migrasi dan interaksi orang akan membuat persebaran yang mudah.

Keterkaitan mobilitas orang akan dibahas pada bagian ini. Tentu dengan melihat lanjutan upaya untuk memutus mata rantai manusia, melalui pembatasan perjalanan. Mengingat pembatasan perjalanan berkaitan dengan proses migrasi sirkuler dan harian,

khususnya mudik maka akan dibahas lebih detail bagaimana drama yang terjadi pada migrasi beberapa suku, misalnya Jawa, dan Minangkabau<sup>7</sup>.

### Migrasi Orang dan Covid-19

Tatkala Covid-19 ditemukan di kota Wuhan, maka yang dikendalikan oleh pemerintah China adalah menghambat migrasi orang. Sehingga Wuhan menjadi sebuah kota mati *dormitory metropolitan*, sebagai akibat Covid-19.

Mengendalikan percepatan Covid-19 sangat perlu. Ini dapat dilakukan melalui dua fase. **Pada fase awal**, mengendalikan migrasi *penglaju*, adalah cara yang paling utama. Mulai dengan mencegah migrasi (internal maupun internasional). Apakah migrasi itu para pelancong, atau pekerja, maupun siapa saja dalam kesehariannya untuk kepentingan sosial.

Migrasi virus Covid-19 di Wuhan akan sama dengan di Jakarta. Mengingat pengukuran intensif seberapa penduduk ditemukan menderita Covid-19, maka pemutusan migrasi Covid-19, dilakukan melalui *physical distancing*. Terutama mengendalikan arus individual migrasi, dari rumah ke tempat kerja. Termasuk para migran sirkuler, yang menyediakan berbagai kebutuhan yang diperlukan penduduk kota.

Pada fase kedua adalah pengendalian *return* migran . Menutup arus migrasi ke kota memang tidak mudah. Sangat

---

<sup>7</sup> Memang kajian yang khusus selama pandemik ini tidak ada, dari berbagai informasi di media sosial dan televisi, perkiraan dan pola kepulungan masyarakat dari daerah pandemic menjadi diskusi yang menarik disampaikan pada bagian ini.

tergantung kepada disiplin, atau budaya masyarakat setempat. Pada masyarakat dimana migrasi sirkularnya tinggi, maka menutup sebuah kota memang tidak akan efektif.

Namun pengendalian penduduk menjadi sangat penting artinya. Pengendalian, mulai dengan memperkecil arus masuk dan keluar dari mana sumber Covid-19 banyak ditemukan.

### **Tanpa *Lockdown***

Lantas ketika pemerintah Indonesia tidak memilih model *lockdown*, bagaimana mengendalikan arus migrasi penduduk? Tantangan terbesar adalah, dalam waktu yang tidak terlalu lama, daerah dimana sumber migran tertinggi arus migran kembali *return migration*, akan semakin besar. Ini sebagai akibat migrain mencari rasa nyaman, atau menghindari panik diri.

Ini terlihat dari banyak gejala. Ketika dilakukan oleh pemerintah DKI Jakarta Gubernur Anies Baswedan pengaturan *physical distancing*, maka penduduk perkotaan berancang-ancang untuk kembali ke kampungnya masing-masing.

Diberitakan, begitu banyaknya arus migrasi sirkuler penjaja jamu kembali ke Wonogiri. Di beberapa tempat, seperti di daerah perkebunan Malaysia, diperkirakan sebanyak 3.500 orang buruh perkebunan asal Sumatera kehilangan pekerjaan. Mereka tidak bisa menetap di Malaysia, kendatipun Malaysia sudah menyatakan diri

sebagai negara yang memberlakukan *lockdown*, para migran akan kembali ke Sumatra terutama asal buruh getah berada<sup>8</sup>.

Fenomena yang sama juga kita lihat, bahwa tanpa kebijakan *locking*, ibukota Jakarta, Bandung dan Jogjakarta, arus kepulangan mahasiswa juga tinggi. Arus migrasi sirkuler ke daerah-daerah yang memiliki sumber migrasi sangat tinggi, diantaranya Sumatera Barat, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan.

Oleh karenanya, fase migrasi Covid-19 akan mirip dengan pola migrasi. Daerah dimana sumber migrasi harian, sirkuler, maupun permanen tinggi, akan dibanjiri oleh *forced migration*. Ini sebuah potensi baru, dimana Covid-19 akan semakin lama berakhirnya di Indonesia.

Jika mengambil kebijakan tanpa *locking*, maka pemerintah sebaiknya melihat dari sisi pengaturan. Bahwa migrasi sirkuler, dan permanen tidak akan dapat dibatasi. Namun arus migrasi kembali, sebagai salah satu potensi penyebaran Covid-19 dikendalikan dengan memberikan wewenang besar kepada pemerintah daerah.

Tanpa *locking* secara nasional, daerah dimana sumber migrasinya sebaiknya membatasi gerak masuk penduduknya. Mengingat kemungkinan penduduk yang pulang kembali ke kampung sebagai *carrier* Covid-19. Banyak bukti yang mengungkap merebaknya Covid-19 akibat dari pola migrasi.

---

<sup>8</sup> Presiden Jokowi dalam satu kesempatan membacakan sebuah perkiraan pada pertengahan bulan April 2020, bahwa mereka yang mudik sudah 7% dari pemudik yang ada. Dan masih berpotensi sebesar 35% lagi pemudik yang segera pulang menjelang lebaran.

## **Kendalikan**

Daerah perbatasan, pelabuhan udara dan laut, merupakan perbatasan dalam negara yang perlu mendapatkan perhatian. Dengan ketentuan dimana secara hukum yang mungkin adalah karantina, maka sebaiknya pemerintah daerah yang penduduknya banyak mudik dapat menyediakan pos-pos pelayanan.

Pemeriksaan suhu tubuh, karantina 14 hari di pelabuhan, serta di daerah perbatasan. Sesampainya di kampung halaman sebaiknya mengendalikan diri. Sistem pelaporan di kelurahan-kelurahan menjadi sangat penting dilakukan. Hanya dengan demikian, perempatan Covid-19 dapat dikendalikan. Himbauan melarang migrasi tidak efektif, tetapi menyiapkan dan mengendalikannya.

## **Kajian Persepsi Pengawasan dan Perantau**

Studi Revolt Institute berupaya untuk mendalami persepsi responden tentang Perantau pada masa pandemik Covid-19 ini. Empat pertanyaan yang perlu diisi secara sukarela oleh calon responden antara lain:

1. Dalam masa dua minggu sebelum survey apakah responden mengetahui adanya perantau pulang kampung di daerah anda?
2. Perantau pulang kampung melakukan isolasi diri.
3. Petugas puskesmas mengunjungi perantau yang baru pulang?
4. Pandangan agar perantau tidak pulang?.

Sekalipun responden tidak diwajibkan, ada kemungkinan mereka yang mampu mengisi daftar isian yang akan memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang dibuat. Hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Hal yang menarik adalah bahwa sekitar 67% dari responden mengetahui bahwa ada yang pulang kampung di kampung dimana mereka pulang. Dan jauh lebih menarik adalah ketika perantau pulang responden bisa menjawab, dan jawaban yang paling menarik adalah hanya 16,6% responden menganggap isolasi mandiri, dan 38.9% yang isolasi sebagian.

Jika petugas Puskesmas melakukan pelayanan dengan cara mendatangi warga, berarti pendekatan aktif. Sementara jika tidak berarti pasif. Hanya sebanyak 24,1% petugas puskesmas mendatangi ke rumah masing-masing mereka yang dianggap Orang Dalam Pengawasan. Ini terjadi pada masa pembentukan dari tenaga pendamping desa, baru saja sebagian kecil, sekitar 40% terbentuk.

## DATA HASIL SURVEI TERHADAP PERANTAU PULANG KAMPUNG

Dalam 2 minggu ini terdapat perantau yang pulang kampung di nagari anda



Perantau yang pulang kampung melakukan isolasi mandiri di rumah



Petugas Puskesmas mengunjungi perantau yang baru datang



Pandangan anda terhadap himbauan kepada perantau agar tidak pulang kampung



Responden yang mengisi secara keseluruhan bahwa 73% dari responden yang setuju agar para perantau tidak melakukan

pulang kampung. Sisanya masuk kategori tidak setuju (25,5%). Bisa karena berbagai pertimbangan, dimana kompleksitas dari kehidupan mereka yang akan pulang. Bisa karena menganggur, bisa jadi karena mereka memang membawa berbagai kemungkinan virus, sehingga keberatan asal memperoleh karantina dulu.

## Mudik Prematur 17 April



Sumber: dikutip dari media sosial, yang tidak diketahui pemiliknya.

Salah satu model migrasi adalah migrasi mudik. Migrasi yang sesaat, untuk mengunjungi sanak keluarga. Model migrasi ini hampir berlaku pada negara negara pemeluk agama Islam. Mereka memanfaatkan liburan itu untuk silaturahmi dengan sanak keluarga di kampung halaman. Selama ini biasa menjadi tontonan khusus di TV nasional bagaimana kepadatan arus mudik seminggu sebelum dan sesudah lebaran, titik puncaknya.

Tapi kali ini kebiasaan mudik akan tetap tinggi. Ini lebih awal dari perkiraan. Terutama ritme Covid-19 dalam empat minggu yang lalu, telah merubah pola mudik. Para perantau karena tidak ada kepastian pekerjaan, jauh lebih memilih mudik.

Mudik ke kampung. Karena mereka lebih merasa aman jika pulang kampung ketimbang bergelut dengan ketidakpastian di kota besar. Khususnya dari DKI Jakarta yang menjadi pusat episentrum wabah Covid-19.

DKI Jakarta di pagi hari berjumlah sebanyak 14 juta jiwa, dan malam harinya tersisa sekitar 10 juta jiwa. Empat juta jiwa bergantian setiap hari. Perkiraan awal April, warga Wonogiri yang pulang bisa mencapai 60.000 orang. Begitu juga warga Minang yang pulang dengan jadwal yang sama diperkirakan sudah mencapai 25.000 orang.

Kali ini mereka yang mudik, hampir tidak membawa oleh-oleh, tidak membawa kesuksesan namun penuh kecemasan. Tapi dalam waktu setelah ronde pertama, maka masih ada rombongan kedua. Mereka yang relatif masih bisa berpenghasilan, namun ingin pulang dekat lebaran.

Bisa jadi mereka pulang, dan masa mereka pulang saat perkiraan virus Covid-19 dalam masa puncaknya-

puncaknya. Gelombang yang mungkin sangat besar berdampak kepada peningkatan kasus kasus di luar daerah.

Daerah yang banyak migrasi ke luar, maka gelombang kedua migrasi mudik akan menerima perpindahan virus yg juga relatif tinggi.

Tapi tunggu dulu, ketika DKI Jakarta mungkin penambahan kasusnya sudah mulai turun, gelombang baru masyarakat yang akan ke Jakarta akan besar. Kita tidak tahu apakah gelombang ketiga ini akan membuat terjadinya repetitif kembali kasus dimana angka virus di DKI Jakarta masih bisa dicurigai akan meningkat. Kasus di Korea Selatan ditemukan sekitar 50 mereka yg sehat dari virus Covid-19, kemudian kembali terjangkit. Bisa jadi keadaan ini akan terjadi di daerah DKI Jakarta. Akibat dari pola migrasi dengan ritme perkembangannya. Waspadalah.

### **57.000 Masuk Sumatera Barat**

Terimakasih bagi petugas yang sudah mencatat seluruh yang masuk melalui berbagai titik hanya 10 hari pertama (31 Maret 2020-10 April 2020). Jumlahnya pemudik sudah mencapai 57.000 ke berbagai tempat asal. Kita sulit memetakan kemana yang paling banyak.

Data migrasi ke luar setidaknya mencerminkan bahwa daerah rantau terdekat seperti Riau khususnya, relatif terbanyak. Tapi data migrasi dari Riau memang menunjukkan yang tertinggi. Sebanyak 13.526 mereka yang pulang ke kampung di Sumatera Barat. Ini termasuk mereka yang melalui pelabuhan Dumai, sebagian buruh perkebunan dan pekerja rumah, dan petugas kebersihan di Malaysia.

Kemudian yang paling banyak kedua tentunya ke DKI Jakarta. Baik yang pulang melalui jalan darat dengan bus, kendaraan pribadi, hingga pesawat. Data penumpang pesawat udara selama 10 hari terakhir juga menunjukkan tidak kurang dari 12.000 orang. Karena penumpang dari kota lain, relatif terbatas, maka diperkirakan menjelang diberlakukannya *social distancing* berskala besar oleh pemerintah DKI Jakarta, maka diperkirakan 1000 warga minang pulang per harinya, melalui pelabuhan udara Internasional Minangkabau.

Mereka inilah yang saya istilahkan mudik prematur. Mudik prematur ini pulang sebagai akibat dari situasi di rantau, khususnya DKI Jakarta dan dari tanah melayu Malaysia dan Riau.

Jika kita perkirakan semenjak ditemukan kasus Covid-19 di Sumatera Barat 3 Maret 2020, hitungan kasar saja sudah kira kira 100 ribu perantau yang pulang ke kampung halaman mereka masing-masing. Ciri mereka dua. Mahasiswa dan pekerja yang kehilangan pekerjaan. Sementara gelombang yang bergaji tetap di rantau bisa jadi masih menahan diri di rantau, karena terikat dengan pekerjaan.

Gelombang kedua ini diperkirakan banyak yang tidak jadi pulang, khususnya karena semakin tinggi kesadaran serta semakin sulitnya proses untuk pulang kampung. Hal yang paling mengkhawatirkan justru mereka yang termasuk dalam 57ribu jiwa ini. Mengingat mereka pulang pada masa dimana Covid-19 sudah memasuki minggu 3-4 ditemukannya kasus di DKI Jakarta. Artinya mereka yang pulang sebagian diantaranya *carrier* semakin banyak, kasus yang memang sudah merasa dingin, demam di rantau kemudian pulang ke kampung. Belum lagi para sopir dan kenek mobil yang mengantar mereka. Atau yang sepesawat. Yang sebagian *carrier* atau sudah tertular.

Oleh karenanya ODP baru sebesar 57 ribu memerlukan orang yang akan mengontrol sekitar 150 sampai 250 ribu di daerah daerah. Memang hal ini sudah terlanjur terjadi. Namun kedepannya penting untuk mengalihkan perhatian pada 14 hari ke depan agar 57 ribu pendatang tidak menganggap enteng situasi yang sedang terjadi.

Kita di Ranah Minang tidak sepatuh warga di Tanah Jawa. Bayangkan betapa saya tidak kesal ada kasus seorang yang baru kembali dari daerah yang sudah terjangkit Covid-19, kemudian berkumpul-kumpul di warung sambil bercanda. Saya tidak khawatir dengan mahasiswa yang pulang karena mereka relatif punya ilmu dan pembekalan yg cukup. Saya lebih khawatir pada mereka yang berpendidikan rendah dan menggampangkan masalah yang sedang terjadi. Oleh karenanya beban monitoring mereka yang ODP tentunya semakin berat dan masif. Dan "nyaik wali" serta gugus untuk monitoring yang saya usulkan semakin intensif melakukan pelacakan.

Minggu-minggu ini sangat menentukan apakah kita adalah daerah yang proses penyelesaian kasus Covid-19 cenderung lama atau bisa lebih cepat. Semakin tidak disiplin masyarakat, semakin lama kasus akan berakhir. *Toh* kehidupan kita akhirnya akan semakin sulit.

### **Membatasi Pergerakan Mudik Prematur**

Seperti roda berputar ungkapan Lea Jellinek (1994) mengisahkan perubahan sosial di ibukota Jakarta. Kali ini sosok DKI Jakarta yang kehidupan 24 jam, sontak terhenti. Jauh hari sebelum lebaran datang, pemudik lebih awal pulang (Kompas, 4 April, 2020). Pemudik yang prematur terutama berasal dari daerah Pandemi

Covid-19. Mereka tidak lagi dikawal lagi mirip mudik di pos-pos perbatasan menuju kampung masing-masing.

Angka penduduk bepergian tahun lalu ditemukan sebesar 28.2% (Susenas 2017). Mereka jelas masuk dalam berbagai dimensi migrasi. Baik berupa migrasi permanen, migrasi sirkuler, maupun migrasi harian *nglaju*. Apapun tipologi migrasinya, tujuan utama adalah mencari penghidupan. Migrasi permanen, relatif mengisi lapangan kerja formal, sementara migrasi *nglaju* dan sirkuler, pada umumnya pekerja informal.

Berbagai perkiraan awal menemukan akibat pandemi Covid-19, kedua status pekerjaan, formal dan informal, telah lumpuh. IMF (2020) memperkirakan pertumbuhan ekonomi Indonesia tahun 2020 masih positif pada kisaran 0.5%. Artinya, sekitar 4,5% pertumbuhan ekonomi potensial menghilangkan lapangan kerja.

Jika di DKI Jakarta saja pengangguran baru hitungannya bisa melebihi 3,5 juta orang. Mereka memilih mudik prematur, ketika kepastian hidup tidak kunjung ada.

### **Tiga Arus Mudik Prematur**

Mudik prematur, tidak seperti mudik biasa. Kalau mudik biasa terjadi mendekati lebaran Idul Fitri. Terjadi puncak arus pulang. Pada masa Pandemi mudik prematur tidak dikawal oleh polisi, dan tidak disiarkan oleh televisi.

Pada masa pandemi Covid-19, melahirkan tiga arus mudik secara prematur. **Arus pertama** terjadi sebagai berimbas terhadap pemutusan lapangan kerja. Status pekerjaan yang diisi oleh migran *nglaju* dan migran sirkular. Mereka pulang ke daerah pinggiran, dengan Bus, kereta api dan sepeda motor.

Baik migran *nglaju* Orang Dalam Pengawasan (ODP), maupun Orang Tanpa Gejala (OTG) telah membuat perpindahan

virus mulai merebak. Sehingga tidak mengherankan, temuan penderita Corona positif juga meningkat pada daerah-daerah pinggiran, seperti Bogor, Bekasi dan Kuningan.

Daerah sumber utama migran sirkuler dan permanen juga akan kebanjiran pendatang. Taksiran sekitar 900.000 lebih sudah meninggalkan DKI Jakarta sebagai episentrum pandemi Covid-19. Penjual nasi Tegal yang bangkrut kembali ke Tegal. Penjaja jamu dari Wonogiri juga kembali ke Wonogiri. Apalagi orang Minang yang terkenal dengan merantaunya.

Selama 10 hari awal bulan April, tercatat sebanyak 74.000 orang Minang pulang kampung. Gubernur telah melaporkan lebih 40 orang pemudik terindikasi suhu panas tinggi. Seluruh kasus-kasus Covid-19 dan yang meninggal memiliki riwayat perjalanan kembali dari DKI Jakarta atau Malaysia.

**Arus kedua** adalah mereka yang masih bertahan di DKI Jakarta. Potensi arus kedua ini masih tinggi, sekitar 2.6 juta orang. Mereka akan pulang selama bulan Ramadhan. Namun kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang tidak terlalu ketat, diperkirakan akan tetap jumlah pemudik akan tinggi. Ini kelompok pemudik dimana pandemik sudah sangat meluas di daerah episentrum DKI Jakarta.

**Arus ketiga** adalah kembalinya para migran menuju daerah perkotaan kembali. Pengalaman naiknya kasus baru di China dan Korea Selatan, bisa jadi karena arus ke tiga proses migrasi prematur ini.

DKI Jakarta dan kota kota besar lainnya tetap menyiapkan, tidak saja membatasi arus kedua, tetapi menyambut arus ketiga (arus balik migrasi).

## Mengendalikan Pemudik Prematur

Tatkala Covid-19 ditemukan di kota Wuhan, maka yang dikendalikan oleh pemerintah China, adalah menghambat migrasi orang. Sehingga Wuhan menjadi sebuah kota mati *dormitory metropolitan*, sebagai akibat Covid-19. Kebijakan ini berlaku selama 11 minggu, tanpa fatwa.

Mengendalikan percepatan Covid-19 sangat perlu. Ini dapat dilakukan melalui dua fase. **Pada fase awal**, mengendalikan migrasi *nglaju* dan sirkuler, adalah sasaran yang paling utama. Fatwa MUI mesti tegas melarang mudik. Harus satu kata. Namun ini efektif jika disertai pembatasan pergerakan transportasi umum laut, darat dan udara, maupun pribadi.

Pergerakan sarana transportasi menerapkannya melalui surat ijin perjalanan. Seluruh yang keluar dari DKI Jakarta mesti mendapatkan izin dari polisi setempat. Prasyarat ini baru berjalan ketika kebijakan kompensasi mingguan di DKI Jakarta bisa dijamin terlaksana. Sehingga mereka yang kena PHK masih bisa bertahan di ibukota.

Pada fase kedua adalah pengendalian *return* migran ke DKI Jakarta kembali. Untuk ini, Pemerintah DKI Jakarta bisa menerapkan secara bertahap pula. Diantaranya melalui kepastian pekerjaan di daerah tujuan.

Menutup arus migrasi ke kota memang tidak mudah. Sangat tergantung kepada disiplin, atau budaya masyarakat setempat. Pada masyarakat dimana migrasi sirkularnya tinggi, maka menutup sebuah kota memang tidak akan efektif.

Lantas ketika pemerintah Indonesia tidak memilih model *lockdown*, bagaimana mengendalikan arus migrasi penduduk?

Tantangan terbesar adalah, dalam waktu yang tidak terlalu lama, daerah dimana sumber migran tertinggi arus migran kembali *return migration* juga tinggi.

Tidak saja migrasi ini secara berantai. Mereka yang pulang akan berhubungan secara sosial, mengalahkan memenjarakan fisik. Namun Covid-19 juga berantai. Berantai di keramaian, pertemuan. Mereka batuk berantai, dan *carrier* membuat penyebaran virus sulit dikendalikan.

Oleh karenanya, fase migrasi Covid-19 akan mirip dengan pola migrasi. Daerah dimana sumber migrasi harian, sirkular, maupun migrasi permanen tinggi, akan dibanjiri oleh *forced migration*. Ini sebuah potensi baru, dimana Covid-19 akan semakin lama berakhirnya di Indonesia.

### **Masa Puncak dan Interaksi Internal**

Memang setelah masa pemudik pulang, dari catatan hari-ke hari, penambahan jumlah kasus mengalami peningkatan secara signifikan. Bab 2 telah memperlihatkan hingga bulan 23 April 2020, sekitar 3 minggu arus migrasi ke luar dari DKI Jakarta, maka penambahan dari kasus Pasien Dalam Perawatan, kasus temuan positif Covid-19 juga mengalami peningkatan yang tajam. Daerah-daerah yang dianggap cukup tinggi, dilaporkan Jawa Barat, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Kemudian diikuti oleh Sumatera Barat, dan Jawa Tengah, Bali. Tidak terkecuali juga daerah-daerah tujuan wisata.

Dibayangkan ketika awal Maret 2020 ditemukan kasus Covid 19, maka pada tanggal 22 April, sekitar sebulan setelah itu ditemukan dua kasus di kepulauan Mentawai. Pasien yang

ditemukan kasus adalah berasal dari kontak dari Jakarta. Kasus dimana Mentawai sebagai sebuah kepulauan yang berada di pantai barat, adalah tempat dimana puncak-puncaknya masa pandemi di luar Indonesia.

Ketika masa puncaknya, migrasi antar daerah semakin dikhawatirkan, sehingga pada tanggal 22 April efektif, Jakarta sebenarnya sudah menetapkan sebagai sebuah kota yang menerapkan PSBB penuh. Sementara provinsi yang jumlah kasusnya tinggi.

Pada masa ini selain migrasi dari luar, secara mikro kita perhatikan, kasus kasus yang terjadi sudah memperlihatkan sumbernya juga berasal dari migrasi internal, khususnya dalam perkotaan. Seberapa besar intensitas dari masing-masing rumah tangga adalah sangat tergantung kepada bagaimana probabilitas dari masyarakat berinteraksi dalam tamu.

Kajian yang kami lakukan di Sumatera Barat dengan sampel 300 secara *quota* mencoba menanyakan apakah selama seminggu terakhir rumah tangga memperoleh kotak dengan tamu? 27.7% responden menyatakan ya, dan 72.3% tidak. Saat dimana *social distancing* sudah dilakukan. Jawaban dari mereka yang kedatangan keluarga dari daerah yang sudah ditemukan kasus Covid-19, 14 % berasal dari keluarga kerabat dari dalam kota, 1,3% kontak dengan tamu dari luar provinsi, dan 12,7% tetangga dekat.

Jadi pola interaksi dominan tetangga, keluarga, dan 1.3% adalah memiliki tamu dari luar provinsi. Dengan demikian diperkirakan data di perkotaan, jumlah tamu yang ada dalam rumah tangga diagregatkan yang berasal dari luar provinsi adalah sebesar 1,3% dari total rumah tangga. Yang menarik adalah sebesar 8% dari tamu menginap di rumah. Banyak yang dapat digambarkan, tentunya

interaksi yang ada mana yang paling potensial yang menyebabkan terjadinya perpindahan internal Covid-19 ini?

### **Kasus internal pertama: Kluster Pasar**

Ditemukan 9 petak toko di Pasar Raya Padang, dimana ke 9 pemilik toko yang tiap hari berjualan, telah positif tertular Covid-19. Kemudian seluruh keluarga mereka dijadikan ODP.

Kasus kedua: Pulangnya jamaah Tabligh dari Malaysia. Diberitakan setidaknya sampai 15.000 anggota majelis berkumpul di Kuala Lumpur. Pada awal kasus terjadi di Pekanbaru dan Bukittinggi, kedua kasus tersebut positif corona, dimana mereka pulang dari Malaysia. Kemudian jumlah penderita lainnya adalah keluarga dan anak-anak mereka masing-masing.

Kasus ke 3. Seorang pedagang di Payakumbuh ditemukan kasusnya pada tanggal 24 April, dua minggu sebelumnya yang bersangkutan berbelanja ke pasar Aur Kuning Bukittinggi, dimana kasus Corona pertama di Bukittinggi ditemukan. Artinya perpindahan internal juga ditemukan.

### **Kasus Puskesmas dan Rumah Sakit**

Sebagai akibat dari pasien yang berobat tidak mau mengakui bahwa mereka sebelumnya pernah berkunjung ke daerah yang terjangkit Covid-19, maka kasus di Kecamatan Kapuh IX, Batang Tarusan, Kabupaten Pesisir Selatan Sumatera Barat. Sebanyak 57 pegawai Puskesmas, terpaksa dikarantina mandiri. Diantara mereka ditemukan 3 kasus positif.

Temuan yang sama juga terjadi di Puskesmas Pegambiran, dimana 3 orang di antara pegawai Puskesmas positif menderita Covid-19. Ini terutama disebabkan oleh dua hal. Pertama adalah petugas kesehatan tidak menggunakan standar pelayanan kesehatan yang memadai khususnya ketika awal-awal kasus ditemukan, saat bersamaan pasien yang tidak mau mengungkap mereka pernah berinteraksi dengan dunia luar.

Kasus rumah sakit seorang perempuan usia 43 tahun yang menderita Diabetes, pernah mengantar orang tuanya yang stroke ke rumah sakit. Pada tanggal 26 April 2020, yang bersangkutan positif terjangkit Covid-19. Yang bersangkutan bisa saja berinteraksi di rumah sakit dengan siapapun yang mungkin sudah tertular.

### **Kasus Sarana Peribadatan**

Berita dari media sosial yang beredar, bahwa sebanyak 86% dari mereka yang anggota Gereja di Korea Selatan terdeteksi sebagai Pasien Dalam Pengawasan (PDP), kemudian 70% diantara mereka adalah positif menderita Covid-19. Kasus yang sama juga dialami di kota Padang seorang dokter, yang berinteraksi pada pertengahan bulan April, 2020, ketika pelarangan sholat berjamaah. Yang bersangkutan mengaku pernah ikut sholat jumat, dan dapat dibayangkan kasus penambahan yang ada di sarana peribadatan juga akan meningkat.



## Bab 4

### Penyiapan Intervensi

*“Dari mana datangnya ini?”*

*“Itu dari dirimu sendiri” (QS. Ali Imran: 165).*

#### Teori Institusi

Salah satu pesan dari teori institusi adalah institusi tersebut berada mesti dapat mengurangi biaya transaksi *“Transaction costs”*<sup>9</sup>. Kemudian dapat diterima secara politik *political acceptable*<sup>10</sup>, tidak terjadinya korupsi dalam penyelenggaraan. Jika *transaction cost* dapat dikurangi, maka institusi berperan secara optimum<sup>11</sup>.

Ketiga aspek besar dalam penyediaan pelayanan public, dilengkapi dengan pendekatan *“approach”* yang digunakan oleh sebuah institusi dalam menentukan perencanaan, penetapan

---

<sup>9</sup> North D. 1991. *Institutions' Journal of Economic Perspectives*, 5(1): 97-112

<sup>10</sup> Keefer, P. 2004. *What Does Political Economy Tell us About Development and Vice Versa*, *Annual Review of Political Science*, 12: 367-378

<sup>11</sup> Acemoglu D., Johnson S., Robinson J. 2001. *'Reversal of Fortune: Geography and Institutions in the Making of the Modern World Income Distribution'*, *The Quarterly Journal of Economics*, 117(4): 1231-1294

langkah-langkah, sampai kepada bentuk kelembagaan yang akan digunakan untuk mengeksekusi pelayanan<sup>12</sup>.

Dalam banyak hal memang teori kelembagaan menuntun kita bahwa *pure public goods*, mesti perencanaan dan pendanaan disediakan oleh negara. Oleh karenanya model dimana intervensi dilakukan dengan mengerahkan seluruh kekuatan yang digunakan oleh negara.

Dalam prakteknya *pure public goods*, sendiri juga dapat disediakan oleh pemerintah, namun karena adanya kendala yang besar dalam sistem dan pendanaan, maka pilihan-pilihan penyediaan pelayanan public menjadi warna tersendiri. Mulai dari peranan pemerintah penuh, peranan pemerintah semi '*quacy*', sampai peranan pemerintah minim sekali.

Jika kita petakan, maka peranan pemerintah secara penuh telah diadopsi oleh negara negara seperti China, Vietnam, Amerika dan kebanyakan negara Uni Eropa. China dan Vietnam, relatif memiliki sentralitas kebijakan menangani pandemi Covid-19, sementara Uni Eropa, peranan pemerintah diperlihatkan oleh berperannya desentralisasi penyelenggaraan pelayanan.

Indonesia dilain pihak mengadopsi peranan pemerintah secara berjenjang, termasuk secara desentralisasi. Namun peranan pemerintah juga disertai dengan kekuatan dari masyarakat. Dengan sistem pengendalian terpusat, dan berjenjang, sehingga penerapan antara masing-masing daerah bisa sama, namun waktunya ditentukan oleh keadaan dan kemajuan dari masalah yang dihadapi.

---

<sup>12</sup> Diskusi khusus tentang perencanaan Contingency Plan (CP) disajikan pada Bab 5 buku ini.

Pada Gambar 4.1. di bawah berbagai model intervensi disusun, sedemikian rupa, mana diantara intervensi pemerintah dilakukan. Yang jelas pandemik global ini tidak bisa diserahkan kepada mekanisme pasar, namun mesti dilakukan tidak hanya dalam satu negara, namun juga diperlukan kerjasama yang komprehensif antar negara.

Intervensi dilakukan dengan skenario 3 bulan, antara tidak ada intervensi, setengah, maupun intervensi yang menganut garis keras. Skenario ditetapkan dimana sebuah negara mesti menyediakan tempat tidur sebanyak 300 per 100.000 di Inggris, kenapa, karena jumlah mereka yang akan terinfeksi akan dibagi menurut bagaimana kemampuan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan, serta ketersediaan dari tenaga kesehatan, peralatan kesehatan yang tersedia.

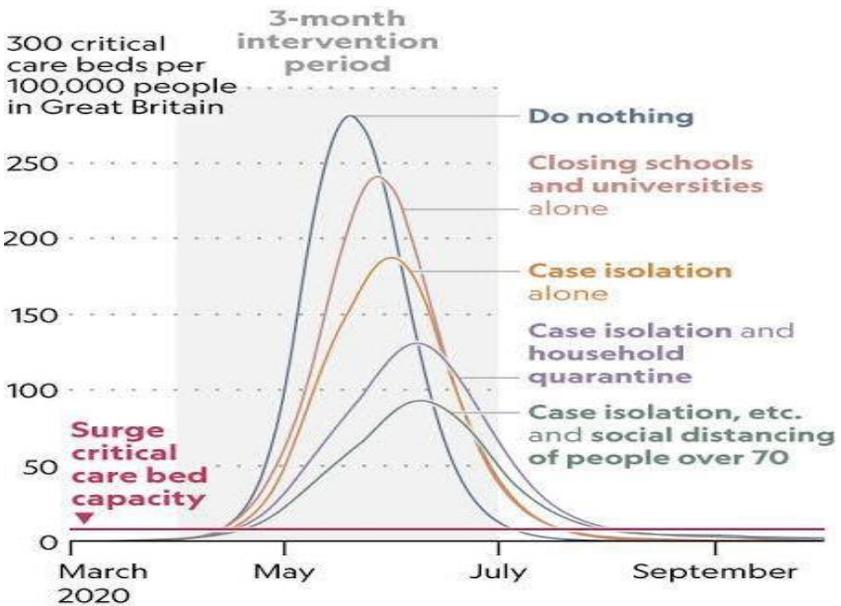
Pilihan-pilihan dapat dilihat dari gambar, sebagai berikut:

1. Sekolah diliburkan
2. Kasus diisolasikan
3. Kasus isolasi dan rumah tangga diisolasi
4. Kasus diisolasi, keluarga diisolasi, dan dilakukan *social distancing*.

Ke empat intervensi itu bisa berupa kombinasi, atas pilihan-pilihan, serta untung ruginya. Dimana pada pilihan terakhir pun masih bisa dibuat dalam dua kategori, *social distancing* yang relatif terbatas, atau sama sekali dilakukan *lockdown*. Ilustrasi dari Gambar 4.1.

Gambar 4.1

**Projected effectiveness of COVID-19 mitigation strategies**



KATIE ARMSTRONG, NG STAFF.  
SOURCE: IMPERIAL COLLEGE COVID-19 RESPONSE TEAM

Nampak bahwa pilihan kombinasi semua adalah merupakan proses yang paling membuat keperluan jumlah tenaga kesehatan akan semakin dapat diatasi, dan proses akumulasi dari jumlah kasus dapat diatasi lebih baik lagi. Tinggal satu negara dengan negara lain melakukan pilihan dan kesiapan mereka yang paling bisa dibuat.

Hampir di kebanyakan negara berbeda pendekatan dan intervensi satu dengan yang lain. Namun jika kita pahami, Jakarta memilih semua langkah yang dilakukan secara bertahap. Titik kritis adalah kebijakan kombinasi tahap ke 4 dilakukan justru persoalan

yang dihadapi sudah pada tahap minggu ke-6 setelah terjadinya kasus Covid.

Persoalan kemudian penyebaran Covid-19 sulit untuk dikendalikan, karena dalam waktu bersamaan, masyarakat juga tidak melakukan *social distancing* secara patuh.

### **Tiga Blok Pelayanan: Kuratif, Preventif dan Pemulihan**

Berikut secara singkat 3 lapis blok pelayanan menjadi sentral kebijakan pelayanan selama Covid-19 berlangsung.

Pertama adalah pelayanan kuratif. Pelayanan yang langsung dilakukan oleh rumah sakit, dan puskesmas dengan segala kelembagaan yang terlibat untuk menanganinya. Mulai pemerintah Pusat dalam kendali presiden, gubernur, sampai bupati dan walikota.

Dalam lapisan pertama ini segala keperluan pelayanan, mulai alat pelindung kesehatan (APK), ventilator, tempat tidur, dokter dan tenaga medis lainnya, ambulance serta sopir, sampai gugus tugas pengendalian mayat. sangat perlu direncanakan melalui *contingency plan* (CP) seperti pada Bab 5.

Pilihan dimana pemerintah mengarahkan pelayanan kuratif, melalui mengaktifkan pengecekan *rapid test*, untuk menemukan kasus. Laboratorium difungsikan, dan beberapa tempat cadangan disiapkan jika sewaktu-waktu terjadi pertumbuhan kasus di luar kendali.

Pada fase ini maka pemerintah relatif memilih berperan sebagai quasi, dimana kasus positif yang berat saja ditangani rumah

sakit. Sementara pasien yang masih dalam kategori rendah dan sedang dapat dikarantina oleh system kekuatan sosial mandiri, dengan tetap monitoring dilakukan.

Pilihan ini sebenarnya jalan tengah mengingat biaya penyembuhan yang besar, dan membutuhkan prototipe pelayanan yang juga ketat. Namun ketika monitoring lemah, maka kasus-kasus penularan di rumah bagi pasien yang isolasi mandiri tidak terelakkan. Termasuk kasus-kasus dimana penularan dari pasien ke dokter dan tenaga medis.

Kedua pelayanan preventif diberikan dengan cara berbagai tahapan. Tujuan utama adalah memutus mata rantai penyebaran virus. Diskusi yang juga diperlukan pada bagian berikutnya. Ini dilakukan mulai dengan menerapkan social (*physical distancing*), sampai tahapan Program Sosial Berskala Besar (PSBB), atau juga menerapkan *full lock down policy*.

Sementara pada tahap berikutnya adalah menyiapkan instrumen dukungan bilamana masing-masing tahapan social distancing memberikan konsekuensi terhadap ekonomi dan pekerjaan. Dalam tahapan ini titik kritis berada pada desain bagaimana penyediaan subsidi bagi masyarakat yang berdiam di rumah, kemudian kehilangan pekerjaan. Program Sembako, kemudian dilanjutkan dengan program rehabilitasi menjadi tahapan yang dilalui.

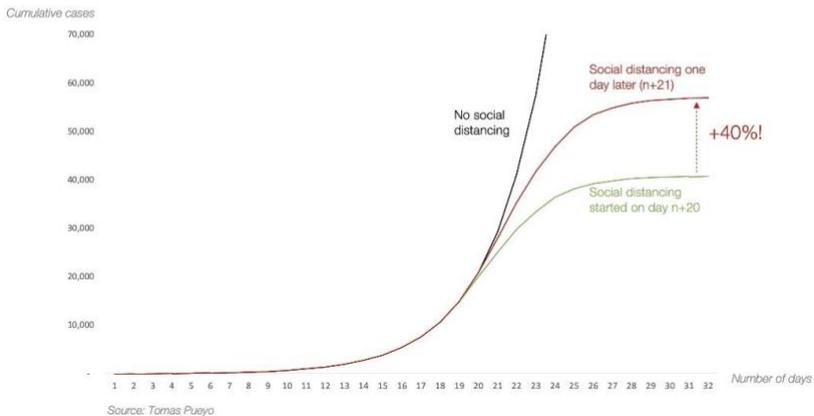
### **Perkiraan Akumulasi Kasus**

Gambar 4.2. di bawah memperlihatkan tiga skenario bagaimana tanpa kebijakan social distancing, dan mengadopsi menggunakan mild, sampai kebijakan yang relatif ketat.

Secara hipotesis, kurva di bawah memperlihatkan bahwa peranan dari kebijakan *social distancing* yang berhasil bisa membuat penurunan kasus sebesar 40% lebih dibandingkan dengan menggunakan kebijakan yang relatif kurang ketat.

But what about cumulative cases?

Chart 23: Model of Cumulative Cases of Coronavirus with Social Distancing Measures Taken One Day Apart



Model tidak ada *social distancing* percaya bahwa imunitas masyarakat akan terbentuk ketika mereka menghadapi virus ini, tanpa dilakukan pembatasan sosial. Bahkan argumentasi juga diajukan oleh ....bahwa biaya ekonomis akibat *lockdown*, jauh lebih besar dibandingkan dengan biaya kematian akibat penderita corona itu sendiri. “*Lengthy lockdown will kill more people than Covid: NR Narayana Murthy*”. Salah satu pandangan dan kajian menunjukkan bahwa *lockdown* yang tidak ketat akan menghasilkan kerugian ekonomi yang besar dibandingkan akibat corona sendiri, yang

disampaikan sebagai berikut oleh Narayana Murthy (2020, *The Economics time*)<sup>13</sup>:

*“What is important for us to understand is that India cannot continue in this situation for too long. Because at some point of time, deaths due to hunger will far outweigh deaths due to coronavirus,”*

Walau dalam perdebatan, yang jelas pilihan social distancing hampir diambil secara universal oleh hampir 213 negara di seluruh dunia. Seberapa efektif kebijakan pembatasan sosial dapat dilihat pada analisis berikut ini.

### **Kajian Efektivitas Pembatasan Sosial**

Dalam rangka pencegahan Covid-19, jelas upaya yang pertama dilakukan adalah dengan meliburkan sekolah dan universitas. Kebijakan ini telah pula membawa konsekuensi terhadap proses belajar mengajar, dan termasuk apakah semakin baik dilakukan oleh dosen dan guru, proses belajar mengajarnya, atau tidak banyak yang bisa diperbuat.

Untuk itu kebijakan karantina wilayah, adalah salah satu kebijakan yang paling populer. Dimana adanya pembatasan total sebuah wilayah. Kecuali menjamin agar masih bisa masalah mobilitas logistic, pelayanan medis, dan berbagai fasilitas vital.

Berikut ini atas dasar inisiatif maka dilakukan kajian yang menghimpun bagaimana efektifitas melalui kajian sosial Covid-19

---

<sup>13</sup> Read more at: [https://economictimes.indiatimes.com/news/company/corporate-trends/lengthy-lockdown-will-kill-more-people-than-Covid-murthy/articleshow/75459491.cms?utm\\_source=contentofinterest&utm\\_medium=text&utm\\_campaign=cppst](https://economictimes.indiatimes.com/news/company/corporate-trends/lengthy-lockdown-will-kill-more-people-than-Covid-murthy/articleshow/75459491.cms?utm_source=contentofinterest&utm_medium=text&utm_campaign=cppst)

yang dilakukan oleh Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) dan kawan-kawan.

Kajian ini melibatkan sebesar 4.823 responden yang bersedia menjawab daftar pertanyaan yang disusun oleh tim survey. Studi ini dilakukan melalui daftar isian, mengingat sampelnya 69,7% telah bekerja, dengan rentang usia 30 tahun lebih dan 87,2% mereka yang setingkat Diploma dan Sarjana. Sehingga jawaban mereka dapat mewakili kelompok yang berpendidikan tinggi yang umumnya sudah bekerja.

Tiga pertanyaan diajukan pada konteks efektifitas pencegahan Covid-19. Pertama adalah anjuran menjaga jarak. Kedua anjuran kebijakan di dalam rumah, dan ketiga adalah anjuran dan kebijakan perlindungan diri.

Mengingat 3 (tiga) opsi jawaban, kurang, sedang dan sangat efektif. Maka yang dianggap paling bisa dipedomani adalah yang menjawab sangat efektif. Dari responden secara kualitatif menunjukkan 28,6% ajakan untuk menjaga jarak disarankan sangat efektif. Sebesar 47% untuk tetap dirumah menyatakan sangat efektif, dan 39,7% menganggap kebijakan perlindungan diri yang efektif.

Ditemukan juga untuk menjaga jarak dan perlindungan diri, 42-43% responden menyatakan disebabkan oleh pengetahuan. Sementara 46,5% *staying at home* dinyatakan efektif terutama disebabkan karena sebagian diantara responden terikat dengan pekerjaan, dan kebutuhan ekonomi. Mereka yang masih harus keluar rumah untuk berusaha, dan bekerja jelas menyatakan kesulitan apakah kebijakan *stay at home* itu dapat menolong mereka.

Antara dimensi pengetahuan dan desakan ekonomi merupakan dua hal yang sangat perlu dilakukan. Paham saja tanpa

ekonomi memadai, maka juga tidak efektif. Ekonomi baik, namun tidak paham yang terjadi juga tidak akan banyak kepatuhan terjadi.

Kasus demi kasus bisa dilihat, ketika masyarakat dihebohkan dengan kekurangan masker, maka ketika masker diberikan percuma, maka sebagian diantara mereka yang akan menggunakan. Begitu juga ketika lockdown diberlakukan, maka masih ada penjual yang akan berjualan di alam terbuka. Karena mereka memerlukan biaya sehari-hari. Alasan mencari nafkah ini membuat anjuran menjadi tidak efektif.

Dengan demikian, cukup beralasan kajian ini berkesimpulan bahwa hampir 92,8 kajian ini memperlihatkan bahwa diperlukan karantina wilayah.

# Drama Manajemen Covid 19

**STUDI SOSIAL COVID-19**  
Studi 3: Karantina Wilayah

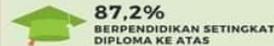


## SETUJU Karantina Wilayah\*

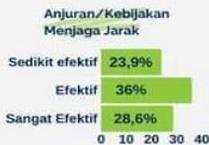
Semenjak diumumkan pasien Covid-19 pertama pada Maret lalu, **Tim Panel Sosial untuk Kebencanaan** melihat persepsi publik mengenai COVID-19 menjadi hal yang penting dan mendesak

**STUDI SOSIAL COVID-19**

Berbagai survei telah dilakukan:  
Studi 1: Aspek Keterbukaan Informasi Covid-19  
Studi 2: Rencana Mudik dan Libur Lebaran  
Studi 3: Karantina Wilayah (29-31 Maret 2020)



### Persepsi Efektivitas Pencegahan Covid-19



#### Efektivitas



dipengaruhi oleh faktor:

**PENGETAHUAN DAN PEMAHAMAN**

#### Efektivitas



dipengaruhi oleh faktor:

**KEBUTUHAN EKONOMI**



Tetap dianggap perlu. Ini menunjukkan harapan masyarakat akan adanya totalitas kebijakan untuk meredam penyebaran virus.



### PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar)

Dibertlakukan mulai **10 April 2020** di DKI Jakarta. Kebijakan ini akan disusun oleh Jawa Barat dan daerah lainnya

\*Tim Panel Sosial untuk Kebencanaan berterima kasih kepada 5.146 warga Indonesia yang telah berpartisipasi dalam survei secara daring ini pada 29-31 Maret 2020 lalu dengan persepsi tentang karantina wilayah dan persepsi tentang efektivitas kebijakan pencegahan COVID-19

Kebijakan PSBB sejalan dengan **92,8%** responden dalam survei ini yang berpendapat bahwa **Karantina Wilayah PERLU DILAKUKAN**

<sup>1</sup> Dalam survei ini, Tim Panel Sosial untuk Kebencanaan menggunakan istilah karantina wilayah dengan merujuk pada pokok penjelasan tentang karantina wilayah di dalam **UU Keekarantinaan Kesehatan**, yaitu pembatasan penduduk dalam suatu wilayah untuk mencegah kemungkinan penyebaran penyakit

Untuk informasi resmi terkait Covid-19, dapat di akses di [www.covid19.go.id](http://www.covid19.go.id)

Informasi lebih lanjut:

Dicky Pelupessy ([didicky@ui.ac.id](mailto:didicky@ui.ac.id))

Custi Ayu Kebut Surtani ([gust004@lipi.go.id](mailto:gust004@lipi.go.id))

Tim Panel Sosial untuk Kebencanaan

#DirumahAja  
#LindungiDiriLindungiSesama  
#BatasiLajuVirus

Halaman 1/2

## **Kepatuhan Karantina**

Semula karantina yang kami maksudkan adalah di setiap pos perbatasan termasuk di bandara di setiap provinsi dapat melakukan ini. Mirip kamp-kamp pengungsi yang ada pada daerah-daerah konflik. Dia diisi oleh pengungsi, namun ada lembaga khusus yang bertanggungjawab dalam mengelola kamp-kamp ini. Semua di tempat perbatasan *check poin* akan disediakan pelayanan selama 14 hari.

Tapi melihat rumitnya dan tidak siapnya pemerintah, maka karantina yang terjadi pada masing-masing tempat. Katakan jika dalam 10 hari terakhir masuk sebanyak 100.000 orang ke Sumatera Barat, atau sebanyak 60.000 perantau ke Wonogiri, atau 20.000 pedagang makanan nasi Tegal. Semua yang pulang kampung yang dari daerah pandemik, tengah berisolasi secara mandiri.

Konon dalam catatan di Sumatera Barat saja ditemukan sekitar 300 orang lebih terindikasi suhu panas yang tinggi. Katakan sekitar 0.5 sampai 1% mereka yang pulang terindikasi suhu tubuh yang tidak normal, kita juga tidak mengetahui berapa persen diantara mereka yang Orang Tanpa Gejala (OTG). Situasi ini memberi problem baru juga.

Saya usul, masih ada waktu kepada pemerintah, selain pemeriksaan suhu tubuh namun juga ada surat deklarasi untuk patuh diri. Untuk mereka yang pulang mudik lewat *checkpoint*, buat perjanjian di perbatasan. Diantaranya mengikuti karantina dan menekan sanksi jika melanggar.

Buat jadwalnya mulai hari ini bagi yg masuk ke Sumbar atau daerah-daerah yang menerapkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Ketika karantina tidak dipatuhi akan dikenakan sanksi. Ini

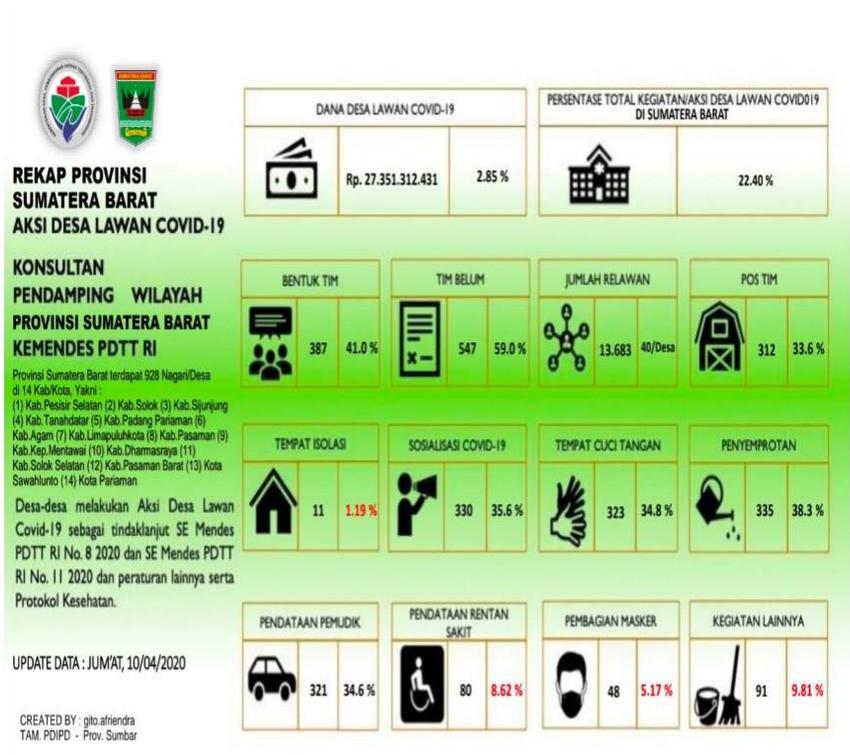
## Drama Manajemen Covid 19

pemberlakuan khusus untuk mereka yang masuk ke daerah yang memberlakukan ini.

Sementara pada warga tempatan juga bisa dilaksanakan hal serupa, sepanjang dana kompensasi mereka sudah cair.

Jelaskan mana usaha yang benar benar harus distop, mana yang buka terbatas, dan mana yg boleh. Semoga waktu yg berharga ini keputusan kita bisa mencegah dan bermanfaat.

### Dana Desa dan Gugus Desa



Data di atas menunjukkan per hari ini selasa 14 April, 6 minggu masa ditemukannya Covid-19, maka pemerintah RI telah merevisi anggaran. Salah satu yang mencolok adalah dialihkannya anggaran Desa, untuk keperluan Covid-19. Kebijakan pengalihan anggaran ini memang seharusnya, mengingat dalam skala prioritas, hampir semua daerah di Indonesia, menghadapi pandemi ini.

Kendatipun sudah melalui masa tahun ke lima, implementasi dana desa, pengalihan dana desa untuk Covid-19 ini tidaklah mudah. Buktinya setidaknya sesudah sebulan berjalan, baru realisasi anggaran untuk penanganan dari dana desa baru berkisar Rp 27 Miliar. Atau sebesar 2,85% dari dana keseluruhan. Ini masih relatif rendah implementasinya dari sisi pemanfaatan keuangan. Namun kendati masih relatif kecil, sudah 41% dari desa yang ada telah membentuk Tim. Diperkirakan sebanyak 13.683 di desa desa sudah aktif dalam membantu berbagai aktivitas, baik *social distancing*, maupun upaya untuk memobilisasi tenaga, untuk kebersihan fasilitas umum.

Sebanyak 38,3% lokasi sudah dilakukan penyemprotan, sebesar 34.8% sudah tersedia tempat cuci tangan, mereka yang bekerja tidak saja masalah bagaimana pembersihan dan penyediaan fasilitas, namun juga melakukan pendataan. Sebanyak 321 pos telah melakukan pendataan atau 34.6%. Diantara mereka juga mengisi dan menyisir rentan sakit, dan baru sekitar 5, 17 melakukan pembagian masker.

Implikasi dari aktivitas ini ada dua. Kalau sebelumnya masalah komponen kesehatan masih terbatas dilakukan melalui dana desa, kalau sekarang dengan Covid-19 ini, maka sebagian diantaranya sudah mulai mengimplementasikan kebiasaan hidup bersih. Coba bayangkan jika masalah nyamuk demam berdarah,

TBC, atau Pneumonia bisa dilakukan secara massive, maka kasus yang ada tentu tidak akan sebesar sekarang.

### ***Peduli Tan Rajo***

Di masa sekarang yang sangat diperlukan adalah garda terdepan. Mereka yang berfungsi mengimplementasikan *social distancing*, menggerakkan masyarakat, dari RT ke RT dan RW ke RW.

Betapa tidak, jika negara tidak mengomandoi, maka yang diperlukan adalah peranan *civil society*, mirip Tan Rajo Khairul, dan kawan-kawan lainnya penggiat di lapangan. Untuk lahirkan orang seperti ini memerlukan pula investasi oleh pemerintah. Mereka bergerak bukan karena passion-nya di situ, tapi mereka telah terlatih untuk bekerja. Bekerja *social entrepreneur*, yang terakumulasi dari tahun ke tahun.

Indonesia beruntung karena ada program desa yang sudah masuk tahun ke lima. Pada tahun ini gerakan yang sama dialihkan untuk penanganan Covid-19. Mereka siap bekerja untuk meminimalisir dampak, seperti analisis sebelumnya.

Selamat Tan RAJO selamat om Jaeh, selamat penggiat media Towaik pediss dkk. Sukses anda telah memberikan kontribusi pada masa sulit. Anda datang bukan mengharap sesuatu, tapi rasa syukur Anda karena masih bisa berbuat.

### **Box. Payung Pawang: Kasus Taiwan**

Senin 13 April 2020

Oleh : Dahlan Iskan

Akhirnya bukan Korea Selatan yang paling hebat. Pujian dunia lebih diberikan ke Taiwan. Tidak pernah ada rebutan masker di Taiwan. Sejak awal. Sejak Covid-19 masih belum punya nama.

Dan yang lebih istimewa: Taiwan punya kiat ampuh untuk mencegah kematian berjamaah. Dan itu dilakukan justru sebelum virus datang ke Taiwan. Ketika belum ada kepanikan.

Caranya? Juga main data: semua rumah sakit kan punya data lengkap. Di carilah siapa saja yang punya penyakit terkait dengan pernafasan. Siapa yang pernah berobat terkait dengan penyakit itu. Siapa saja yang tingkat sakitnya berat.

Angka-angka itu begitu hidupnya. Tidak dianggap benda mati --yang dikubur di rak-rak lemari.

Waktu itu sebenarnya Taiwan masih aman. Tapi sudah tahu: ada wabah di Tiongkok-daratan --yang jaraknya hanya selemparan batu.

Taiwan tidak menyepelekan informasi itu. Data dari rumah sakit dihimpun. Dengan cepat. Mereka yang punya sakit jenis itu disiapkan untuk ditangani khusus. Termasuk diberi tahu: Anda adalah golongan warga yang paling harus waspada.

Masa-masa masih aman itu dimanfaatkan untuk persiapan menyambut kedatangan sang mahkota.

Ketika akhirnya Covid-19 singgah di Taiwan golongan paling rentan itu sudah tertangani.

Demikian juga ketika kapal pesiar Diamond Princess sempat singgah di Taiwan. Yang belakangan tersiar kabar kapal itu ber-Covid. Penduduk Taiwan panik.

Pemerintah segera menenangkannya dengan data: ada 50 lokasi yang kemungkinan besar disinggahi penumpang Diamond Princess. Nama-nama lokasi itu dibuka secara detail.

Warga pun diminta waspada: siapa yang merasa terkait dengan lokasi itu diminta memberi info ke posko.

Lima belas hari kemudian --ketika heboh Diamond Princess mengguncang dunia --muncul pengumuman pemerintah Taiwan: tidak satu pun dari 50 lokasi tersebut ditemukan penderita Covid-19.

Taiwan memang punya lembaga khusus penanganan wabah. Lembaga itu permanen --menjadi bagian lembaga penanggulangan bencana. Itu dibentuk sejak ada wabah SARS 2003.

Lembaga itu juga punya departemen klarifikasi informasi. Tugasnya memonitor pergerakan *social media*. Kalau ada informasi yang salah langsung dijelaskan duduk persoalannya. Termasuk kalau ada hoaks. Dalam 24 jam --sebelum misinformasi itu lebih meluas-- sudah ada penjelasan resminya.

Penjelasan itu dibuat menarik. Termasuk dalam bentuk meme. Lalu dikirim ke media massa. Juga dikirim ke semua nomor ponsel. Asumsinya: berarti semua warga menerima penjelasan itu.

Taiwan telah menjadi satu model bersejarah menghadapi wabah. Yakni model "sedia payung sebelum hujan".

Wuhan model yang lain lagi --karena sudah terlanjur ada wabah: lockdown. Karena ada hujan maka masuk rumah.

Model "sedia payung sebelum hujan" sukses besar. Hanya 380 orang Taiwan yang terkena Covid-19. Hanya 6 orang yang meninggal.

Kalau data orang yang berpenyakit tertentu tidak ditangani sebelum Covid datang jumlah seminim itu mustahil dicapai.

Model Wuhan juga sukses besar --lewat penderitaan besar lockdown. Sudah tidak ada lagi penderita baru --dalam dua minggu terakhir.

Amerika yang membuat dunia geleng-geleng kepala. Negara semodern itu. Sekuat itu. Segagah itu. Se-kaya itu.

Jelas, Amerika tidak mau belajar dari Taiwan.

Taiwan memang sohibnya Amerika Serikat. Bahkan sudah menjadi seperti bagian dari Amerika.

Ibarat bagian dari sebuah hidung rupanya Taiwan dianggap bagian yang paling remeh --upil misalnya.

Taiwan itu sudah mengembangkan payung sejak hujannya masih di Wuhan. Tanggal 27 Januari 2020 Taiwan sudah melakukan ini: penumpang dari Wuhan tidak boleh keluar pesawat. Mereka diperiksa dulu. Dites suhunya. Yang bermasalah diisolasi.

Bahkan lebih dini lagi. Tanggal 20 Januari 2020 --seminggu sebelum Imlek-- Taiwan sudah memberi pengumuman kepada rakyatnya: jangan rebutan masker. Pemerintah sudah memproduksi lebih banyak masker.

Di tanggal itu Taiwan sudah siap jutaan masker --44 juta masker operasi dan 1,9 juta masker N95.

Sudah disiapkan 1.100 ruang isolasi di seluruh RS di sana. Yang sudah dilengkapi *negative room pressure*.

Di awal Februari Taiwan baru bisa produksi masker 4 juta/hari, bulan lalu sudah menjadi 16 juta/hari.

Pemerintah sejak akhir Januari juga sudah mematok harga masker: Rp 23.500/9 masker. Juga menetapkan kuota: hanya boleh beli masker untuk keperluan 14 hari.

Distribusi masker dikuasai oleh pemerintah. Pembeli masker harus menunjukkan kartu anggota asuransi kesehatan --mirip BPJS di sini. Tanpa kartu itu tidak akan dilayani.

Hebatnya, 99,9 persen penduduk Taiwan punya kartu seperti itu. Yang 0,1 persen karena baru lahir --kartunya masih dalam pengurusan.

Bisa juga pesan masker lewat website pemerintah. Dengan harga yang sama. Barangnya bisa diambil di toko terdekat. Seperti toko 7 Eleven, Family Mart, dan sebangsanya. Pembayarannya dilakukan saat mengambil barang itu: Rp. 23. 500/9 masker. Dengan uang kontan.

Dari 25 juta penduduk Taiwan yang bekerja di Tiongkok-daratan sekitar 2 juta. Termasuk yang berbisnis. Turis Tiongkok-daratan yang ke Taiwan lebih banyak lagi.

Taiwan berhitung: mendung sudah gelap. Sudah menggelayut rendah. Hujan pasti datang. Deras sekali.

Payung harus segera disiapkan --bukan pawang. (Dahlan Iskan)

<https://www.disway.id/r/899/payung-pawang>

### **Memutus Mata Rantai Tak Terlihat**

Memang mau *lockdown*, pembatasan sosial berskala besar, atau apalah istilahnya itu upaya untuk membuat hama tidak berpindah. Hanya kepastian untuk menjaga agar tidak pindah virus ke orang lain, itu yg perlu dilakukan. Karena tidak terlihatnya, maka segala urusan menjadi rumit. Tapi tidak perlu bingung, berikhtiar dan berdoa.

Berikhtiarnya tinggal di rumah serius dan jangan langgar, diiringi doa doa yang benar disampaikan secara khusuk. Hama Covid-19 yang sulit dilihat dengan mata, tak bisa diraba dengan tangan. Kecuali hanya terlihat oleh yang Kuasa.

Kasus demi kasus akan selalu bertambah, bukan sebagian besar umat manusia yang mau disiplin. Namun sebagian kecil masyarakat yang tidak disiplin, kasusnya akan bertambah.

Ketika seseorang *carrier*, dirinya adalah penular utama kepada orang lain. Padahal dia tidak mengetahuinya. Ketika dia tidak panas dan sudah mendapatkan Covid bergayut baik dalam maupun di tangan dan kulit tubuhnya, dia tidak tahu. Dia tidak berdiri sendiri di tengah hutan atau sawah ladang, maka ketika hubungan sosial memicu hubungan fisik terjadi maka efek domino akan terjadi. Pindah memindah kuman akan membuat semakin tersebar wabah Covid 19.

Dulu tahun 1918, flu Spanyol diperkirakan sebanyak 17-50 juta penduduk dunia hilang. Bahkan Amerika Serikat saja terjadi kematian melebihi 400 ribu orang. Pada zaman 100 tahun yang lalu, orang bepergian masih dalam sarana yang terbatas, alat komunikasi masih terbatas. Dampak flu Spanyol luar biasa. Seharusnya ketika kita sudah memiliki segala fasilitas transportasi dan komunikasi, apalagi ilmu dan kesadaran seharusnya memutus mata rantai Covid 19 lebih mudah dari flu Spanyol dulu.

Tapi tunggu dulu, kemajuan dan kemudahan akibat revolusi kendaraan dan penerbangan, dibalik kemudahan itu terungkap bahaya, jika hanya sedikit diantara manusia berbuat ceroboh.

Ceroboh bepergian ke tempat umum. Ceroboh dalam menaiki pesawat dan bus tanpa masker, Ceroboh dalam berperilaku bersin. Ceroboh dalam menghadapi gejala awal, diam diam tidak melaporkan diri. Ceroboh dalam berinteraksi, memeluk dan bersalaman, atau mendekat ke lawan jenis atau bertamu. Ceroboh dalam menghadapi pasien. Ceroboh bagi yang sakit untuk meludah dan bersin, rasanya tak apa apa dengan cara biasa, membuang ingus kemana mana.

Hanya dua atau tiga saja yang ceroboh diantara ratusan warga dalam keramaian, maka virus akan berpindah dan menghinggapi mereka yang tidak kena. Maka dengan itu kecerobohan inilah yang membuat sulitnya mengatasi masalah Covid 19 ini.

Okelah sudah banyak yang mau mengikuti anjuran pemerintah. Hanya yang bisa kita gantungkan harapan<sup>1</sup> dan doa adalah kepada sang pencipta. ALLAH swt, skenario yang tidak kita ketahui. Berbuat baiklah sama Sang Pencipta.

## **Apa Makna 40% Terendah?**

Angka kemiskinan bukan 40%, sebagaimana ada yg mengatakan yang terima kompensasi BLT akibat Covid-19. Angka kemiskinan dengan menggunakan garis kemiskinan nasional sekitar 9%. Mereka ini datanya sudah terkumpul sebelumnya, nama dan alamat. Di Sumatera Barat juga pada kisaran segitu.

Lantas 40% tu apa?. 40% adalah diduga 20 persen terendah adalah mereka yang miskin. Sementara dari 21-40% lapisan kedua mereka yang dekat miskin.

Dalam kondisi seperti ini mereka akan terkena dampak resesi. Channelnya bisa karena PHK bisa karena usaha tidak jalan. Ketika dilihat perkembangan penghasilan mereka, laju pertumbuhan penghasilan mereka 2-3%.

Jika saja inflasi 3.5% per tahun, maka jelas kelompok 40 % terendah semakin menurun kualitas hidup mereka. Jika kelompok miskin dan near miskin ini digabung, bisa jadi angkanya diperoleh 20 % dari total keseluruhan.

Tapi ada juga yg menyangsikan, mereka yang berada pada lapisan ke 3, 41-60% akan menderita. Ini kelas menengah bawah.

Ya, pasti sebagian mereka juga akan terkena imbas. Kelompok menengah bawah ini juga akan bisa masuk menjadi miskin. Jika mereka terjadi pemutusan kerja, atau mengelola usaha tapi sama sekali tidak jalan.

Sekalipun kelas menengah ini juga terimbas, mereka masih bisa bertahan karena masih ada tabungan. Namun tabungan mereka sulit, kita lihat apakah mudah cair atau tidak. Jika mereka pemegang

*cash* atau emas, maka bisa jadi beberapa bulan mereka masih bisa bertahan.

Jika saja kita perkirakan jumlah mereka ada sekitar 20 persen dari total penduduk. Dan setengah diantaranya terkena dampak, maka sebenarnya potensi mereka masuk ke kelompok miskin total keseluruhan sekitar 30%.

Saya lebih cenderung mematok angka penerima kompensasi sekitar 30%. Mereka yang masuk kategori 21-40 persen perlu disisir ulang karena tidak ada pendataannya. Apalagi mereka yang masuk kategori 41-60% yang juga terjun payung. Juga perlu diidentifikasi per kelurahan.

### **Kasus Padang**

Di kota Padang angka kemiskinan hanya kisaran 5%. Jadi kalau sampai 40% terendah, maka persentasenya kisaran 15% dari KK. Jatuhnya sekitar 50 ribuan.

Kelompok 1 sudah ada dananya. Kelompok 2 dan 3 belum jelas. Dari negara mungkin ada, itu butuh waktu pencairan. Yang paling mudah ketika pemda mengalokasikan digunakan untuk kompensasi, maka saat bersamaan kelompok 60% ke atas mencoba menarik tabungan mereka dan mengeluarkan zakat atau sedekah. Maka dengan demikian nampak *lockdown* ini bisa bertahan beberapa waktu dengan disiplin.

Yang tidak baik adalah bantuan tidak digunakan dengan baik. *Lockdown* tapi berkeliaran. Sudahlah kompensasi diterima namun kita tidak disiplin. Ini memperpanjang waktu

berakhirnya Covid 19. Gerakan sosial yang nyata adalah redistribusi aset keluarga 60% ke atas ke bawahnya, 40% terendah.

Tapi jika kita menaikkan standard, maka garis kemiskinan yang nilainya sekitar 475 ribu per orang per bulan memang tidak mencukupi. Bagi bayi mereka perlu susu, bagi anak-anak mereka juga perlu telur. Bagi orang dewasa selain kalori, protein dan vitamin juga perlu selain mineral. Pandai-pandailah hidup.

### **Napi Bermartabat**

Remisi yang bermartabat adalah berikan mereka kesempatan membaca dan melanjutkan setiap bacaan. Satu buku misalnya dapat remisi 15 hari. Ini akan merangsang mereka membaca dan meresumekan buku semakin banyak demi dapat remisi.

*Awak cadiak, makin banyak mambaco makin luruih pangana, keringanan di tangan pulo.*

*Iko gagasan pernah diposting uwaik Emeraldy dulu kalau ambo indak salah. Cara Brazilia.*

Atau cara di Amerika Latin juga, seperti saat sekarang napi juga bisa kerja menjahit pakaian untuk tenaga kesehatan, apalagi masker dan sejenisnya.

Di sana semua produksi sandal, pakaian, tas dan segala kerajinan dibuat dalam penjara. Yang membuat waktu mereka terisi dan hasilnya bisa digunakan untuk keperluan mereka di dalam dan keluarga mereka. Karena napi dapat orderan pekerjaan. Mereka justru jadi sentra kegiatan industri.

Arah penanganan napi perlu ilmu juga. *Lesson learnt* yang baik bisa dijadikan strategi ke depan bagaimana masalah napi tertangani.

Jadi masalah napi bukanlah masalah hukum semata, tetapi lebih dari itu.

Saya pernah tawarkan ke salah seorang bupati untuk buat napi kasus korupsi, narkoba dan sejenisnya.

Ini menjadi populasi baru yang perlu rumah sakit, perlu lembaga hukum baru, hotel baru, penerbangan dan arus kunjungan. Perkiraan akan membuat affect keterkaitan ke belakang dan ke depan yang tinggi.

Alternatif lain hal yang sama ditawarkan kepada swasta dalam manajemen, dengan memperhatikan kaedah kaedah rehabilitasi.

Ini merupakan sebuah aktivitas ekonomi yg buat kemajuan di daerah. Tinggal korbankan satu pulau, seperti Alcatraz, dan organisasi manajemennya.

Ayo kabupaten mana yang minat? Bisa jadi objek aktivitas baru jika dilakukan dengan penuh perhitungan.

Di bawah ini saya sajikan dan kuti tulisan Tommy Kurnia yang tidak saya kurangi sedikitpun dalam artikel beliau supaya utuh diterima.

## Belajar dari Vietnam

Lockdown Vietnam Berakhir Tanpa Korban Jiwa, Ini 5 Rahasiannya

Oleh: Tommy Kurnia pada 24 Apr 2020

[Liputan6.com](http://Liputan6.com), Hanoi - Vietnam mencuri perhatian dunia karena lockdown Virus Corona (Covid-19) di negaranya berhasil tanpa adanya korban jiwa. Padahal, negara ini berbatasan langsung dengan China.

Lockdown dimulai pada awal April lalu sehingga banyak bisnis yang harus tutup, tetapi kini sudah dilonggarkan.

Apa jurus yang dipakai Vietnam sehingga lockdown melawan Virus Corona berhasil? Menurut Duta Besar Republik Indonesia untuk Vietnam, Ibnu Hadi, pemerintah setempat berhasil mengambil respons cepat, sehingga virus bisa dibendung.

"Jadi kebijakannya cepat di lapangan. Dan itu mungkin yang membantu sehingga kasusnya tidak banyak merebak," ujar Dubes Ibnu Hadi dalam wawancara eksklusif bersama [Liputan6.com](http://Liputan6.com) beberapa waktu lalu. us

Dubes Ibnu Hadi turut mengungkap jur-jurus pemerintah Vietnam agar rakyatnya patuh dengan lockdown, bahkan identitas masyarakat bisa diungkap bila kena Virus Corona.

Dan berikut 5 jurus Vietnam saat lockdown demi menangkal Virus Corona, seperti yang dikutip dari wawancara bersama Dubes Ibnu Hadi:

### 1. Pemerintah Vietnam Tidak Meremehkan Virus Corona

Pemerintah Vietnam tidak menganggap enteng Virus Corona baru. Ketika, ramai kabar Virus Corona di China, segala acara yang memancing keramaian langsung dicegah.

Antisipasi Vietnam mengingat negaranya dekat dengan China, sehingga otomatis situasi mereka lebih berisiko.

"Begitu di China ramai, mereka langsung waspada," kata Dubes Ibnu Hadi.

"Jadi saya perhatikan seminggu sebelum hari raya Imlek atau tahun baru Lunar, tahun baru China yang jatuh pada 26 Januari mereka sudah ambil ancang-ancang. Di sini namanya Imlek kan banyak kemeriahan ada kembang api, ada perayaan, itu tidak ada. Langsung dicut. Jadi tidak ada massa berkumpul," ujar Dubes Ibnu.

### 2. Identitas yang Terinfeksi Virus Corona

Dubes Ibnu Hadi berkata Vietnam memakai cara yang sangat tegas, salah satunya dengan membuka identitas orang yang kena Virus Corona. Tempat-tempat yang dikunjungi orang tersebut juga dilacak.

"Dalam hal penanganan kasus, saya lihat juga mereka all-out dalam pengertian sampai ke titik agak mencampuri urusan pribadi atau privacy. Jadi kalau ada satu kasus itu kita langsung tahu namanya siapa, alamatnya di mana, dia itu ke mana saja," ucap Dubes Ibnu Hadi.

Lewat kebijakan ini, semua orang tahu di mana lokasi orang yang terinfeksi Virus Corona baru.

"Kita semua tahu di daerah sini ada penderita Covid-19. Jadi kelihatan dan di-list mereka ke mana saja. Jadi kalau dia ke supermarket, supermarketnya tutup. Kalau dia ke karaoke, karaokenya tutup. Kalau ke restoran, restoran ini tutup," ujar Dubes Ibnu Hadi.

### **3. Pemerintah Bisa Koordinasi**

Penduduk memakai masker mengantri dengan tertib saat akan mengikuti pengujian Covid-19 di pusat pengujian darurat di Hanoi, Vietnam (31/3/2020). Di pusat pengujian darurat ini petugas menyediakan fasilitas bangku kecil yang diberi jarak untuk pencegahan Covid-19. (AFP/Manan Vatsyayana)

Sistem pemerintahan di Vietnam amat sentralistis, sehingga pusat bisa cepat mengambil keputusan. Dubes Ibnu Hadi berkata ini membuat kebijakan melawan Virus Corona bisa cepat tanpa perdebatan.

"Dia pemerintahannya sentralistis sehingga apa yang diputuskan pimpinan langsung bergerak ke tingkat paling bawah tanpa diskusi atau argumentasi. Jadi once it is decided, semua bergerak. Jadi kebijakannya cepat di lapangan. Dan itu mungkin yang membantu sehingga kasusnya tidak banyak merebak," jelasnya.

### **4. Rakyat Bisa Tertib dan Patuh**

Penduduk memakai masker mengantri dengan tertib saat akan mengikuti pengujian Covid-19 di pusat pengujian dekat rumah sakit Bach Ma, Hanoi, Vietnam (31/3/2020). Warga Vietnam antusias mengikuti tes Covid-19 dengan tertib di tengah masifnya penyebaran Covid-19 di dunia. (AFP/Manan Vatsyayana)

Penegakan hukum di Vietnam cenderung kuat. Rakyat juga patuh dan langsung bubar sendirinya jika masih berkerumun ketika lockdown.

Banyak bisnis di Vietnam tutup ketika lockdown, dan jika ada orang ketahuan berkeliaran tanpa tujuan saat lockdown maka akan disuruh pulang.

"Ini Vietnam adalah negara komunis sosialis. Nama resminya Republik Sosialis Vietnam, jadi negara di atas segala-galanya. Jadi rakyatnya patuh," kata Dubes Ibnu Hadi.

"Cirinya negara sosialis komunis itu law enforcement-nya kuat, rakyat patuh, dan memang takut kepada aparat sehingga itu olahraga pagi saja begitu, didekati (oleh petugas) mereka langsung bubar saya lihat sendiri jadi patuh. Dan tidak banyak ada yang berbantah, semuanya mengikuti," jelas sang dubes.

### **5. Mengikuti Saran WHO**

Penduduk memakai masker mengantri dengan tertib saat akan mengikuti pengujian Covid-19 di pusat pengujian dekat rumah sakit Bach Ma, Hanoi, Vietnam (31/3/2020). Warga Vietnam antusias mengikuti tes Covid-19 dengan tertib di tengah masifnya penyebaran Covid-19 di dunia. (AFP/Manan Vatsyana)

Dubes Ibnu Hadi berkata Vietnam selalu berkoordinasi dengan WHO. Segala saran yang diberikan WHO juga diterapkan.

"Mereka sejak awal itu mereka selalu in close coordination with WHO. WHO punya kantor juga di sini, jadi segala advice yang disampaikan WHO saya berpikir Vietnam langsung menerapkan, sehingga mereka mendapat pujian dari WHO," tegas Dubes Ibnu Hadi.

Sumber:

[https://m.liputan6.com/global/read/4236525/lockdown-vietnam-berakhir-tanpa-korban-jiwa-ini-5-rahasiannya?utm\\_source=FB&utm\\_medium=Post&utm\\_campaign=FB\\_jal](https://m.liputan6.com/global/read/4236525/lockdown-vietnam-berakhir-tanpa-korban-jiwa-ini-5-rahasiannya?utm_source=FB&utm_medium=Post&utm_campaign=FB_jal)



## Bab 5

### Menyusun *Contingency Plan* (CP)

Tahap perencanaan secara cepat menjadi salah satu yang diperlukan. Tidak terkecuali bagi mahasiswa, apalagi bagi mereka yang terlibat dalam merencanakan kesehatan. Termasuk juga para petugas kesehatan pada struktur organisasi kesehatan, mulai dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten, sampai ke unit pelaksana di rumah sakit, puskesmas.

Ketika awal ditemukannya kasus pandemi di Jakarta, aroma antara serius dan acuh tak acuh mulai muncul. Bagi yang serius, sebagian mengungkapkan “kita perlu menyiapkan *Contingency Plan*”. Bagi yang tidak serius, situasi segmenting apapun masih dianggap tidak akan terjadi apa apa di kemudian hari. Situasi ini wajar, karena semua memang akan merasa kaget dengan pandemic ini.

Dalam kamus jelas menunjukkan perencanaan CP tidak sama dengan perencanaan biasa. Kita merencanakan sesuatu yang tidak pasti. Sementara perencanaan biasa disusun pada saat dimana keadaan yang masih normal. Jika CP diperlukan pada masa pandemi, perencanaan biasa diperlukan pada masa normal<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Panduan yang lebih mudah untuk menyusun ini dapat dilihat Goerge L. Morrissey (1996) “Morrissey on Planning: A Guide to Tactical Planning Producing Your Short-Term Results”, Jossey\_Bass Publishers.

Pada masa pandemi, seperti wabah penyakit pada satu wilayah, sementara pandemic sudah merasuk dan masuk hampir ke semua wilayah. Gempa bumi meluas di Aceh masih di bawah Pandemi, sementara Covid-19 merupakan pandemic karena sudah menjangkau banyak lokasi. Inti yang ingin disampaikan pada bagian ini adalah proses dimana perencanaan dihasilkan, dan disertai dengan bagaimana melaksanakannya.

Jelas tujuan dihasilkannya CP ini adalah sebagai pedoman untuk memenuhi segala kemungkinan dan antisipasi kejadian, sehingga pelayanan untuk *curative* dan *preventive* dapat tersedia dengan control yang jelas, dan terkendali.

### **Siapa yang menyusun *Contingency Plan* (CP)?**

Setidaknya Otoritas perencanaan. Kalau pada tingkat provinsi atau kabupaten adalah mereka yang bekerja pada Badan Perencanaan Daerah (BAPEDA). Kalau pada satuan pelaksana rumah sakit, adalah mereka yang bertugas merencanakan rumah sakit. Perencanaan itu perlu dikoordinasikan antara Bappeda, di satu sisi, dengan pelaksana di pemerintah daerah, dalam hal ini dinas kesehatan setempat. Kenapa?

Karena menyangkut segala sumberdaya yang ada. Jika sumberdaya berasal dari pemerintah pusat, maka CP mesti disusun oleh pemerintah pusat. Demikian juga jika sumberdaya (uang dan tenaga, serta ketentuan), maka disusun dan dikoordinasikan oleh pemerintah setempat.

Pada level rumah sakit, direktur rumah sakit segera menyusun pola contingency plan, untuk memperkirakan bagaimana

scenario dari pandemi. Skenario jumlah kasus, dengan kemampuan untuk memberikan pelayanan.

Akan tetapi tidak saja pelaksana, seperti pada level rumah sakit saja, namun juga para organisasi nirlaba yang menghimpun sumber dana, dan kemudian menggunakan untuk tujuan menghasilkan uang untuk belanja keperluan yang berkaitan dengan keperluan alat kesehatan yang mendadak sifatnya.

Kata kunci siapa adalah mereka yang akan menjadi host, katalisator yang dapat mempedomani strategi penanggulangan dengan sumberdaya yang ada, maupun alternatif, dengan mengkoordinasikan dengan berbagai pihak.

### **7 Langkah Menyusun CP**

Sebagaimana perencanaan pada zaman normal, situasi normal, maka pada prinsip manajemen, unsur perencana menjadi sangat menentukan. 7 Langkah akan diperlihatkan pada bagian berikut:

1. Menentukan data yang menjadi rujukan jumlah kasus
2. Menganalisa akar masalah utama
3. Menentukan pilihan program
4. Mendesain program Plan A, Plan B maupun Plan C.
5. Menyusun sumberdaya sesuai dengan jenis asumsi perencanaan
6. Menentukan organisasi pelaksana
7. Menentukan mekanisme dan desain

## **Langkah 1: Menentukan Data yang Menjadi Rujukan Jumlah Kasus**

Sering perencana menyusun perencanaan tidak dimulai dengan data dan fakta yang ada. Ketika perencanaan disusun tanpa ada kejelasan dari data yang digunakan, maka perencanaan akan menghasilkan sebuah pedoman yang *common sense*, alias akal sehat semata. Data data yang ada dioptimalkan untuk mendeteksi awal, ada apa dari masalah yang akan segera disiapkan penanganannya.

Bagaimana data kita punya?, saat bersamaan kasusnya masih belum jelas terjadi?. Yang namanya *contingency plan*, relatif merupakan sebuah perencanaan ketidakpastian akan besarnya bobot masalah yang akan diselesaikan. Oleh karenanya, segera saja melihat data historis, bagaimana sebuah pengalaman masa lalu tentang situasi yang sama. Data yang ada pada sakala pandemi dapat dilihat waktu kejadian 100 tahun yang lalu ketika flu H1N1 terjadi.

Data historis pada skala lebih kecil, bisa juga mengungkap masalah, misalnya para epidemiologi memperlihatkan bagaimana terjadinya wabah kolera, bagaimana terjadinya penularan kasus TBC, atau jenis flue lainnya yang ada. Sehingga perencana memang memerlukan literatur dan data yang dapat jadi pijakan awal<sup>15</sup>.

Jika data tidak tersedia, maka bisa jadi pada tahap awal melihat data yang ada dioptimalkan, kasus demi kasus, dan kemudian diperdalam agar dapat menentukan bagaimana perkembangan kasus-kasus, mulai dari besaran, proses perpindahan,

---

<sup>15</sup> Brent Walker dalam tulisannya *managing health risks in a Dynamic Health Care Environment* menjelaskan bagaimana penetapan akar masalah dan scenario program yang berbeda. Dapat dilihat dalam Tan Teck Meng dan Chew Son Beng (eds. 1997) "Affordable Health Care: Issues and Prospects", Prentice Hall International (UK).

sampai bagaimana penanganan agar pertumbuhan kasus Covid-19 dapat ditekan sedemikian rupa.

### **Tahap 2. Menganalisa Akar Masalah Utama**

Sering perencana tidak mengindahkan kaidah ilmiah teknis tahap kedua. Bahwa literatur akan memberikan informasi kepada kita bagaimana cara virus berkembang, dan bagaimana memutus mata rantai virus.

Untuk itu biasakan untuk mencari tahu dulu bagaimana teori yang berkaitan dengan mutase virus, yang dipahami oleh ahli virology. Demikian juga bagaimana epidemiologis memahami perkembangan data ini, baik dari segi demografi, geografi, maupun berbagai hal yang mengungkap.

Misalnya apa saja faktor utama yang menjelaskan mutasi virus?, tentu diantaranya adalah berkaitan dengan tingkah laku, atau jenis pekerjaan, atau tingkah laku kontak manusia, dan sebagainya. Jika tingkah laku manusia yang menjadi akar masalah bertambahnya jumlah kasus, maka pembatasan tingkah laku yang perlu menjadi sasaran utama kebijakan.

Demikian juga jika jenis pekerjaan yang menyebabkan resiko tinggi, maka jenis pekerjaan yang dikendalikan oleh program agar perkembangan virus yang dibatasi.

Dalam kaitan ini ada dua kelompok analisis yang perlu dipertajam. Pertama adalah bagaimana sistem pengendalian semasa di rumah sakit, memilah dan menyediakan fasilitas untuk layanan kuratif. Sehingga dapat protokol dipahami dan dilaksanakan di lapangan. Demikian juga bagaimana mengatasi masalah

persebaran<sup>16</sup>. Dalam kaitan ini teori yang menjelaskan tentang social distancing menjadi dominan digunakan sebagai dasar penetapan kebijakan.

Salah satu yang juga perlu diukur dalam proses teori adalah bagaimana indeks penyebaran antar penderita covid kepada orang lain. Jika indeks penyebaran sudah mencapai  $=1$  maka virus akan tidak bermutasi. Sepanjang indeksnya besar dari 1 (Transmission Index  $> 1$ ), maka berarti masih perlu pengendalian yang tinggi di lapangan. Begitu sebaliknya, sebuah pandemic menjadi berakhir jika tidak terjadi lagi penularan antar manusia.

### **Tahap 3: Menentukan Pilihan Program**

Tahap ketiga baru lebih bermakna ketika tahap kedua sudah dijalankan. Ketika rencana tidak memiliki pemahaman yang mendalam terhadap akar persoalan, maka bisa berkonsultasi dan meminta pendapat kepada ilmuwan yang ada di universitas setempat. Atau mencari literatur yang mudah dipahami sebagai dasar penetapan pilihan program.

Saya teringat sewaktu kasus kekurangan Gizi di salah satu kabupaten di Papua. Kekurangan gizi dan penyakit merebak, sehingga kematian bayi cukup tinggi. Bupati kabupaten itu mengklaim bahwa para dokter enggan datang bertugas ke tempat mereka. Dokter dan teknologi kesehatan adalah salah satu variabel. Sementara variabel lainnya adalah kekurangan pangan, atau tingkah laku yang buruk dan tidak kondusif.

---

<sup>16</sup> Ada baiknya membaca tulisan Sonny Harry B Harmadi dalam Opini Kompas (2020 16 Mei) "pandemic di Puncak Bonus Demografi", Kompas.

Akhirnya bupati tidak melihat bahwa upaya yang dilakukan adalah melalui penyediaan pangan penduduk. Setelah dipelajari, terjadi kegagalan panen umbi-umbian akibat musim kemarau. Mengatasi kekurangan pangan adalah dengan penyediaan pangan, bukan menyediakan teknologi kesehatan. Artinya salah dalam menyusun temuan akan salah dalam menentukan pilihan program. Di bawah ini simulasi 3 kebijakan akan menghasilkan pilihan program yang berbeda antar kebijakan.

Pada faktor 1, pilihan ada pada *stay at home*, *work at home*, dan aktivitas keagamaan di rumah. Sedikit rileks, dengan tetap menjaga jarak. Pilihan secara gradual. Pada Faktor 2 justru menggunakan garis tegas, full *lockdown*. Dimana seluruh pasien akan dilakukan karantina di rumah sakit. Sementara faktor 3 adalah pilihan sama sekali tidak terlalu penting adanya kebijakan penanganan.

**Tabel 1: Simulasi Faktor Utama Berakhirnya Pandemi Covid-19**

Isu Utama	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
	Gradual	Kebijakan Penuh	Tanpa Kebijakan
Pandemi Covid-19	Perpindahan antar manusia dibatasi,	Migrasi Manusia dari daerah pandemic di tutup ke luar dan tidak ada yang masuk.	Semakin kuat “ <i>herd immunity</i> ”
Instrumen Pilihan Program	<i>Stay at home</i> , <i>work at home</i> ,	Lock down full daerah pandemic,	Biarkan manusia untuk seperti biasa dengan

## Drama Manajemen Covid 19

	religious at home,  Contoh Indonesia	contoh Wuhan China	proteksi diri, contoh Swedia
Ekses Kebijakan	Penyediaan pangan selama stay at home, akses untuk hidup dan bertahan,  Kebijakan Penyediaan Sembako, Bantuan Langsung Tunai (BLT), penyediaan rumah sakit rujukan,	Regulasi untuk full lock down, logistics, energi dan selektif business,  Kebijakan Tunjangan Penganggur  Penyediaan vaksin, pengangkatan tenaga medis, pembuatan rumah sakit penampung	Semakin banyaknya manusia menderita sakit, karena proteksi diri kurang,  Tidak ada kebijakan
Penanganan Kasus Covid-19 dan opsi kebijakan	Rumah sakit dan isolasi mandiri di rumah pasien atau di tempat khusus  Kasus penularan pada tingkat masyarakat relatif ada	Seluruhnya di Rumah sakit  Kasus dimana pasien semua di rumah sakit, maka permintaan pelayanan menjadi tinggi.	Tidak ada penanganan

Konsekuensi Pilihan terhadap permintaan tenaga pelayanan	Rumah sakit dan tenaga kesehatan, serta peralatan pelindung diri  Bantuan tenaga volunteer	Ketersediaan tempat rumah sakit, dokter dan tenaga kesehatan, serta alat pelindung kesehatan	Tidak menjadi isu penting, rumah sakit berjalan seperti biasa,
Konsekuensi Tes Untuk penemuan kasus covid-19	Tes selektif untuk daerah-daerah yang menjadi terduga pandemik tinggi	Tes massal	Tidak terlalu penting tes

#### **Tahap 4: Mendesain Program Plan A, Plan B maupun Plan C.**

Pada tahap ini tinggal membuat program pilihan, mana yang paling pas untuk diterapkan. Mengingat program akan dilaksanakan, maka mesti dalam contingency plan, dilakukan persiapan mulai pada tingkat pemerintah daerah, rumah sakit, pemerintah pusat, sampai pada level puskesmas.

Pilihan pertama seperti yang dilakukan oleh Indonesia adalah kombinasi pelayanan rumah sakit dengan isolasi mandiri di rumah, dengan segala konsekuensinya. Seperti yang diperlihatkan pada Tabel di atas, pilihan akan pelayanan kuratif dan preventif, dibagi menurut kapasitas dari tenaga kesehatan, pembiayaan, termasuk potensi untuk menyelesaikan pelayanan secara baik.

Pada pilihan 2 adalah lebih kepada total *lockdown*. Selain memutus mata rantai pada garis ‘keras’, maka pelayanan rumah sakit juga difungsikan untuk seluruh penderita yang terinfeksi. Gugus pelayanan kuratif memang menjadi mesti kuat.

Pada tahap ini, maka tidak ada sebuah perencanaan membuat dengan 3 skenario,

1. Skenario biasa kejadian kasus Covid-19
2. Skenario kejadian Covid-19 sebesar 50% lebih dari tinggi dari skenario pertama.
3. Skenario kejadian Covid-19 bahkan bisa 100% lebih tinggi.

Dengan membuat perkiraan perkiraan antara kapasitas normal, dengan kapasitas lebih pelayanan akan dapat memberikan gambaran seberapa konsekuensi keperluan yang mesti disiapkan dalam penanganan covid-19.

Mekanisme dan desain tertuang lebih rinci bagaimana tahapan-tahapan yang perlu dilakukan jika kita memilih langkah-langkah tertentu dalam kebijakan. Misalkan sebuah rumah sakit akan melaksanakan program kuratif, maka setidaknya masing-masing penyediaan keperluan ditetapkan rencana yang akan dijalankan. Protokol kerja dan tahapan detail akan menyebabkan langkah yang diambil semakin terukur dan mudah dimengerti.

Ambil contoh salah satu program yang akan dibuat adalah menambah tenaga kontrak selama pandemic. Maka desain yang mesti terumuskan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan review terhadap keberadaan akan jumlah tenaga kesehatan yang ada saat sekarang, dan

memperkirakan berbagai skenario, normal, 25%, dan 50% lebih kenaikan kasus Covid-19.

2. Menentukan dan penetapan rapat persiapan dengan pimpinan, untuk mengkonfirmasi seberapa besar dari jumlah tenaga yang akan direkrut, saja kategorinya? Berapa keperluan gaji yang disediakan untuk berapa lama, dan dari mana sumber gaji bisa digunakan?
3. Melakukan rapat antar bagian yang memutuskan waktu, proses dan jadwal perekrutan tenaga.
4. Melakukan kegiatan
5. Menetapkan penempatan, jam dan konsolidasi dengan coordinator SDM.
6. Mereview implementasi dari keberadaan dari tenaga kontrak selama pandemi dan *feedback*.

### **Tahap 5: Menyusun sumberdaya sesuai dengan jenis asumsi Perencanaan**

Bagian yang juga tidak kalah pentingnya adalah bagaimana sumberdaya diperlukan untuk disediakan. Hal hal yang perlu dicatat adalah:

1. Berapa banyak kapasitas tempat tidur di rumah sakit untuk menampung pasien Covid-19 dalam keadaan normal?
2. Berapa banyak tenaga perawat dan dokter yang diperlukan dalam sebulan kerja?
3. Berapa keperluan fasilitas kesehatan dengan kondisi normal, mulai dari masing-masing jenjang pelayanan yang diberikan?.

4. Berapa besar pembiayaan yang baru tersedia selama ini untuk pelaksanaan pelayanan dengan jumlah fasilitas kesehatan?
5. Dari mana pembiayaan tambahan bilamana diperlukan untuk mengatasi masalah yang akan diselesaikan?.

Tabel 5. 2 memperlihatkan bagaimana perhitungan secara normal keperluan dari berbagai jenis fasilitas kesehatan. Mulai dari keperluan Masker N95, Masker Surgical, sampai kantong jenazah. Ini diperlukan untuk seluruh jenis dan jenjang pelayanan, mulai dari rumah sakit rujukan utama, rumah sakit umum daerah sampai kepada penyedia fasilitas kesehatan pada Pustu/klinik<sup>17</sup>.

Angka di atas adalah untuk berjalannya kondisi pelayanan normal, katakana untuk penduduk sekitar 5.5 Juta orang, misal di Sumatera Barat. Keperluan untuk Riau, Riau Kepulauan dan daerah lainnya akan menyesuaikan dengan jumlah peruntukan fasilitas pelayanan yang tersedia.

Dengan demikian, jika saja normal rumah sakit dapat menyimpan di sebuah provinsi adalah 100 penderita, maka scenario proyeksi keperluan akan dapat dikalikan dengan indeks dimana kasus terjadi.

Dengan demikian dapat diproyeksikan misalnya, untuk keperluan rumah sakit jumlah keperluan Hazmat (sesuai dengan tabel 5.2 sebesar 7300 Pc.

---

<sup>17</sup> Ilustrasi perlunya fasilitas kesehatan yang standar begitu terjadi kesalahan akan membuat banyaknya kasus rumah sakit ditutup, termasuk puskesmas. Lihat Kompas (19 Mei, 2020) "Rumah Sakit Ditutup", Kompas, hal. 11.

## Drama Manajemen Covid 19

*Tabel 2 Jumlah faskes di 18 Kabupaten/Kota berdasarkan jenisnya*

	Jenis				
	<u>Rumah Sakit</u> <u>Rujukan</u> <u>Utama</u>	<u>Rumah Sakit</u> <u>Umum</u> <u>Daerah</u>	<u>Rumah Sakit</u> <u>Swasta</u>	<u>Puskesmas</u> <u>Kecamatan</u>	<u>Pustu /</u> <u>Klinik</u>
	Masker N95 (Box)	1820	2608	931	769
Masker Surgical (Box)	900	4754	2083	3261	986
Sarung Tangan (Gloves)	12800	29600	22290	56276	3847
Hazmat (Pcs)	7300	9628	5753	13025	792
Faceshield (Pcs)	510	5670	1498	7852	415
Kacamata (Psg)	515	2488	1418	5110	355
Sepatu Boot (Psg)	515	3158	1184	4870	326
Handsantizer (Liter)	1350	5530	1537	4885	1150
Desinfektan (Liter)	1350	5530	1537	4837	1150
Multivitamin (Paket)	4600	31710	27040	112393	2154
Kantong Jenazah (Pcs)	10	0	3	0	0

1 Box N95 = 20 Pcs

1 Box Masker Surgical = 50 Pcs

Keperluan *contingency* plan untuk Hazmat yang ditempatkan di rumah sakit rujukan untuk kasus 100 penderita Covid-19 adalah

Skenario 100 pasien = keperluan Hazmat 7300 Pc

Skenario kenaikan 50% pasien, maka hazmat diperlukan menjadi 7300+50%

Skenario kenaikan 100% pasien, maka hazmat diperlukan menjadi 14.600 pc.

Hazmat X Harga = keperluan pembiayaan untuk Hazmat. Sehingga anggaran bisa diperkirakan antara jumlah penderita 100 orang menjadi perkiraan scenario 200 orang pasien.

Sumber: Perhitungan dilakukan oleh Lab Fakultas Teknik, Universitas Andalas

### **Tahap 6: Menentukan organisasi pelaksana**

Pada tahap ini diperlukan bagaimana layout organisasi pelaksana, dan garis tugas siapa dan melakukan apa? Sesuai dengan protokol yang ada, mungkin yang diperlukan adalah bagaimana menegakkan protokol dalam kamar rawat inap, protokol yang berkaitan dengan kunjungan keluarga, dan sebagainya.

### **Tahap 7 *Time Table***

Usahakan membuat skedul kegiatan yang menyatakan bagaimana proses penerimaan pasien, pemeriksaan, sampai kepada aturan shift jaga antara yang ada pada rumah sakit rujukan dengan pelayanan rumah sakit alternatif.

Penentuan jawal ini sekaligus dengan merencanakan kapan waktu agar fasilitas kesehatan akan sampai di stok Gudang, dan kemudian mudah mengantisipasinya. Jika saja timetable ini tidak jernih disusun, maka ketika kekurangan fasilitas kesehatan akan berdampak kepada keamanan tenaga kesehatan.

### ***Do and Action***

Salah satu upaya untuk memperkuat program kuratif adalah dengan mempedomani pelaksanaan hari demi hari, dan mereview bagaimana persoalan beban, baik dari segi tenaga maupun sumber daya pendukung lainnya. Saya mengistilahkan masifkan Monitoring kerja.

Opps, tunggu dulu. Kunker ini bukan program yg biasa dilaksanakan oleh legislatif atau eksekutif. Berupa kunjungan kerja.

Tapi pada masa Covid-19 ini Kunker yang kita maksud adalah masifnya kunjungan rumah ke rumah yang dilakukan satuan tugas. Ini selama 14 hari setiap individu yg baru sampai di kampung halaman atau pasien dalam pengawasan. Kunjungan ke rumah rumah dilakukan dalam rangka monitoring pergerakan dari ODP dan PDP, walau juga tidak diketahui terhadap Orang Tanpa Gejala (OTG). Program secara masif ini bertujuan memantau apakah mereka dalam masa karantina tidak menyalahi prinsip dasar *physical distancing*. Berjarak di dalam rumah dan di luar rumah, pakai masker, dan hanya untuk keperluan penting.

Kunker merupakan program yang paling berhasil terlaksana di China selama tahun 1980 dan 1990, mengurangi angka kurang gizi, meningkatkan partisipasi anak sekolah. Oleh Unicef, China dicatat sebagai negara yang paling sukses mengurangi angka gizi anak balita dari seluruh negara. Program kunker ini lazim disebut dengan '*Bearfoot program*'.

Apa yang membedakan kunker dengan pelayanan model sekarang? Kalau model sekarang ODP dan PDP yang diisolasi di rumah untuk datang ke rumah bidan atau puskesmas setempat. Program ini baik tapi pasif. Bagi yang malas dan tidak punya biaya ke fasilitas kesehatan, maka mereka tidak secara reguler datang.

Kalau kunker, bagi yang tidak datang mengecek ke tempat yang ditentukan, maka pelayanan diberikan rumah ke rumah.

Sekitar 57.000 individual seluruh Sumatera Barat kejadian yang perlu dikunjungi. Setiap bertambah satu orang bertambah pula calon masalah baru. Kita tidaklah membuat pendatang sakit hati, karena mereka yang pulang juga punya banyak masalah. Yang kita buat adalah mereka memiliki kesadaran yang tinggi untuk mau menyatakan diri bahwa mereka pembawa carrier virus.

Pada masa masa genting ini diperlukan tambahan tenaga volunter mendampingi bidan dan petugas kesehatan puskesmas. Jangan anggap remeh, bahwa mereka juga perlu alat pelindung diri yang cukup.

Saya yakin jika ini bisa berjalan dengan kegotoroyongan program Kunker yang saya tawarkan akan efektif. Berat memang tapi apa boleh buat. Perkiraan saya perlu bantuan sebanyak lebih kurang 150.000 tenaga volunter untuk sukseskan hal ini. Masa masa genting ini. Hitung punya hitung program kunker bisa sebagian untuk buat *program employment creation* khusus untuk volunternya. Kompensasi minimal sudah memadai.

## **Bab 6**

### **Tingkah Laku Protektif**

**50,2% penduduk melakukan praktek cuci tangan dengan tidak benar**  
(Risksedas 2018)

#### **Tingkah Laku Proteksi Diri**

Donald J Kenkel, dalam tulisannya di *Journal of political economy* pada akhir tahun 1980-an menemukan hubungan yang terbalik, antara pendidikan dengan kebiasaan minum alkohol dan merokok. Penjelasaannya pada kalangan mereka yang terdidik, pekerjaan semakin menekan yang membuat kebanyakan dari pekerja berpendidikan menghadapi tekanan pekerjaan, yang bermuara kepada upaya untuk mencari jalan lain yang ‘berbahaya’ untuk kesehatan mereka.

Temuannya justru menunjukkan bahwa mereka yang semakin berpendidikan akan memiliki kebiasaan konsumsi yang tidak menguntungkan terhadap kesehatan. Sampel di negara maju, bisa jadi demikian. Sehingga tidak bisa cepat-cepat kita menyimpulkan bahwa pendidikan dapat meningkatkan proteksi diri.

Dalam spektrum yang bersamaan, kita pun bisa mengembangkan kajian agar peta tingkah laku proteksi diri semakin bisa ditemukenali. Katakan beberapa jenis proteksi diri kita lihat, diantaranya mencuci tangan dengan benar, menggunakan kelambu

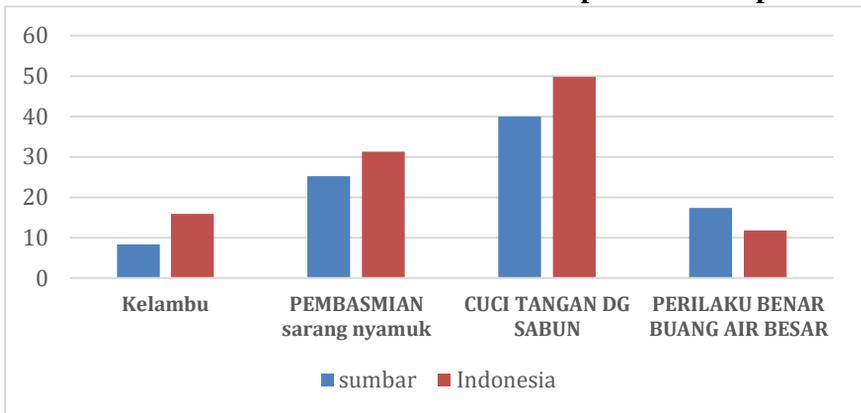
pada daerah endemik Malaria, kegiatan pembasmian sarang nyamuk dan perilaku benar dalam buang air besar. Gambar 6.1 di bawah ini cukup mengilustrasikan bagaimana pola dan tingkah laku protektif yang ditemukan sesuai dengan data yang tersedia.

Angkanya di Indonesia dan Sumatera Barat, sebagai pembandingan, tahun 2018 menurut survey kesehatan masyarakat. Secara umum, data yang diperlihatkan pada diagram batang menemukan bahwa penduduk Sumatera Barat masih lebih berperilaku abai dibandingkan dengan angka secara nasional.

Sebesar 40% penduduk Sumatera Barat mencuci tangan dengan benar, dan Indonesia sudah mencapai 49.8%. Sebesar 8.4% menggunakan rumah tangga menggunakan kelambu untuk tidur pada daerah endemik Malaria dan Indonesia juga baru mencapai 15.8% dari rumah tangga.

Pembasmian sarang nyamuk baru dilakukan sebanyak 25.2% dari lokasi yang dinyatakan endemis dan di Indonesia pembasmian itu sebesar 31.2%. Demikian juga masih cukup tinggi rumah tangga yang memiliki perilaku buang air besar yang tidak benar, ditemukan sebesar 17.3 % dan secara nasional Indonesia mencapai 11.8 %.

**Gambar 6.1. Persentase Penduduk Berperilaku Hidup Bersih**



**Tabel 6.1.: Protective Behaviour menurut Riskesda tahun 2018**

	Sumatera Barat	Indonesia
Kelambu	8.4	15.8
PEMBASMIAN sarang nyamuk	25.2	31.2
CUCI TANGAN DG SABUN	40	49.8
PERILAKU BENAR BUANG AIR BESAR	17.3	11.8

Sumber: Departemen Kesehatan Indonesia (2019) "Riskesda 2018"

Ada apa tentang hasil pendidikan di Indonesia dan di Ranah Minang dan Melayu Riau, yang pada umumnya kita mendengar banyak melahirkan orang yang pintar-pintar. Katakan ini sebagai refleksi dari proses pendidikan yang ada selama ini, termasuk kampanye yang 'dilakukan' selama ini melalui dinas kesehatan?

Apakah terjadi perbedaan yang mencolok bahwa pendidikan perilaku protektif tidak membekas di hati anak-anak. Sehingga dia sudah semakin besar tumbuh dan berkembang dengan perilaku abai.

Kesempatan kepada dunia pendidikan kita agar menyisip persoalan kebudayaan kebersihan hidup, kebudayaan yang membuat semakin tinggi awareness terhadap jenis penyakit.

Apalagi penyakit menular, katakan TB PARU, ISPA, HIV Dan MALARIA hingga kini masih belum bisa masyarakatnya bebas. Dan berbagai diskusi di media sosial, juga mengkhawatirkan akan semakin meningkatnya prevalensi masyarakat misalnya penderita TB, serta HIV.

Saatnya proses pendidikan yang membuat masyarakat kita semakin mau patuh ketika sakit. Karena seharusnya dunia sudah semakin maju, keadaan tingkah laku protektif semakin baik.

Pendidikan sedari dini sangat urgen yang berkualitas. Toilet di sekolah-sekolah dan masjid-masjid, serta sarana peribadatan mesti bagus, hand sanitizer mesti tersedia di kamar mandi dan toilet. Sampah mesti tidak lagi berserakan, dan air genangan di sekitar sekolah menjadi sarang nyamuk. Ini semestinya sudah menjadi baku mutu sebuah pelayanan pendidikan. Dan ini menjadi pembiasaan di sekolah-sekolah. Bisa jadi Donald J. Kenkel juga lupa bahwa pendidikan semakin membaik tidak serta merta membuat perilaku protektif diri terbangun.

Tentu sangat mudah menarik benang merah. Ketika Program Sosial Berskala Besar (PSBB) efektif dilaksanakan, seperti di DKI, mulai pertengahan April 2020, dan kemudian menyusul minggu ketiga April, di Sumatera Barat dan Riau, mau diberlakukan,

kemungkinan garis perlawanan aktivitas proteksi diri terhadap penyebaran Covid-19 akan tetap saja muncul.

Hal ini dalam bentuk ketidakpatuhan masyarakat. Semoga saja diiringi dengan upaya monitoring yang benar apalagi masyarakat sudah disuruh setelah mereka diberi kompensasi Raskin. Jika Raskin-nya belum didistribusikan dan sampai ke masyarakat, akan banyak pembangkangan masyarakat terhadap anjuran pemerintah untuk berperilaku tidak patuh.

### **Nilai Ekonomi Cuci Tangan**

McKeown, Record dan Turner (1975: *Population Studies* Vol 29, no 3), dalam artikelnya “*An Interpretation of the decline of Mortality in England and Wales during the twenties Century*” berupaya menemukan penjelasan, apa yang menyebabkan terjadinya penurunan kematian di Inggris, pada abad ke 17. Salah satu hasil telaahan historis yang beliau temukan adalah, mulainya masyarakat di Inggris menggunakan sabun untuk mandi.

Sebelum ditemukannya sabun, maka perkembangan kuman *germ* sangat cepat. Melalui perantara tangan, udara dan organ tubuh. Sehingga ketika kebiasaan mandi, dan kemudian menggunakan sabun, maka setelah tahun-tahun dikenalkannya sabun, angka kematian kasar ‘*crude death rate*’, dapat turun secara drastis. Penurunan ini tentu didahului dengan berkurangnya penyakit yang utama.

Titik mulai turunnya *the onset* dari penurunan angka kematian dan revolusi kesehatan pada transisi demografi tahap pertama. Ini dipercaya sebagai akibat ditemukan teknologi alat hygiene. Salah satunya sabun untuk cuci dan mandi. Kemudian

dipercaya sebagai salah satu faktor penting. Di Samping semakin banyaknya akses rumah tangga akan air bersih, dan lingkungan yang semakin terjaga.

## Riset Cuci Tangan

Kajian kemudian dilanjutkan pada awal tahun 1970-an. Upaya menelaah berperannya infeksi sebagai salah satu faktor langsung, berkaitan dengan kelangsungan hidup *survivorship* seseorang, khususnya anak di bawah usia kritis, di bawah 5 tahun.

Upaya lebih mendalam untuk melihat peranan dari mencuci tangan dilakukan oleh Abbas Bhuiya dkk (1991) untuk Bangladesh. Dimulai dengan kajiannya tentang insiden penyakit diarrhoea anak balita di Bangladesh.

Kajian tersebut, penulis lanjutan. Untuk menemukan penjelasan kenapa pada rumah tangga yang akses *piped waternya* cukup tinggi, justru angka kekurangan gizinya tinggi. Padahal daerah dimana rumah tangga akses *piped water* cukup rendah, justru angka kekurangan gizi rendah.

Kajian non-klinis ini lebih menguji pada faktor kebiasaan ibu dalam mencuci tangan dengan sabun. Kita ketahui, anak balita biasa diasuh oleh ibunya, termasuk *mencebokkan* anak habis mengeluarkan kotoran. Jika terjadi kesadaran untuk mencuci tangan dengan sabun, setelah mencuci atau menceboki anak, dianggap sebagai tingkah laku yang relatif baik, dan begitu sebaliknya.

Kajian yang dilakukan di Kecamatan Bonjol dan Tilatang Kamang tahun 1992 menemukan bahwa tingkah laku kebersihan melalui kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, dan kebiasaan

menutup makanan bersisa dalam ‘songkok’, serta kebiasaan memanaskan kembali makanan bersisa, telah mengurangi probabilitas anak kurang gizi, via disebabkan oleh berkurangnya probabilita anak yang bersangkutan menderita diare.

Kajian tahun 1992 menemukan bahwa 57,6% responden (N=736) ibu anak balita mencuci tangan ibu dengan sabun (Elfindri, 1995). Ibu yang berpendidikan rendah (0-3 tahun) mencuci tangan setinggi 53,1% sementara yang berpendidikan lebih lama (7 tahun ke atas) sebesar 66,2%.

Ketersediaan air pipa di rumah meningkatkan kebiasaan mencuci tangan.

Kajian ini juga mengkonfirmasi bahwa ibu yang berpendidikan lebih 7 tahun probabilitas mencuci tangan dengan sabun 3,2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan 0-3 tahun.

Kajian ini juga menemukan juga ibu yang tinggal di daerah dimana posyandunya berjalan intensive (85% balita menghadiri acara di Posyandu), kemungkinan berubah tingkah laku ke arah yang lebih bersih 1,3 kali dibandingkan dengan tinggal dimana program posyandu tidak berjalan dengan baik. Probabilitas ini berbeda secara signifikan.

### **Nilai Ekonomi**

Jelas mencuci tangan dengan sabun akan merupakan proxy tingkah laku ke arah kondusif, untuk meningkatkan derajat kesehatan. Melalui berkurangnya angka penyakit diare, menurunnya intensitas perpindahan kuman *germ*, dan tingkah laku positif ini merupakan

nilai dari proses investasi pendidikan untuk anak wanita, serta penyediaan akses akan *piped water*, serta intensitas program kesehatan yang ada.

Kajian yang penulis lakukan serta sebelumnya, jelas sebagai dasar untuk pembuatan ‘program mencuci tangan dengan sabun’. Bagi kami bidang ekonomi, jelas perbaikan tingkah laku “*mother’s behaviour*’, merupakan salah satu intervensi program kesehatan. Selain dari peningkatan teknologi pelayanan kesehatan dan input-input kesehatan.

Dengan merebaknya virus corona sekarang, maka pilihan untuk meningkatkan siap siaga “*awareness*’ setiap warga sangat mempengaruhi proses perpindahan dari virus ini. Termasuk kepada proteksi mulut melalui penggunaan masker mulut. Jika tidak maka wabah ini akan lebih cepat penularannya, bilamana tidak dilakukan perubahan tingkah laku masyarakat.

Memang kita bisa melihat bahwa penyediaan sanitasi, memang sudah merupakan sebuah standar di fasilitas publik di negara maju. Jika kita pergi ke fasilitas umum saja, di Australia dan Eropa, kebanyakan semua toilet umum menyediakan sabun, atau cairan untuk pembersih tangan.

Namun di tempat kita, persoalan ini masih belum dianggap penting. Baru hotel-hotel berbintang yang menyediakan fasilitas kebersihan, termasuk penyediaan air pipa, sehingga masyarakat pengguna lebih diuntungkan.

Bagaimana dengan masyarakat kelompok miskin? Kebanyakan persoalan mencuci tangan dan memproteksi diri, masih merupakan persoalan tersendiri. Oleh karenanya pertanyaannya

adalah apakah secara ekonomis investasi pada penyediaan sanitasi, air minum memperoleh pengembalian yang tinggi?

Jawabannya adalah jelas pengembalian investasi terhadap fasilitas untuk manusia akan menghasilkan pengembalian secara ekonomis. Namun jelas ini juga harus diikuti dengan perbaikan dari tingkah laku masyarakat. Oleh karenanya kampanye sanitasi dan cuci tangan mesti lebih baik.

Kampanye ini mesti dimulai dari sekolah taman kanak-kanak dan sekolah dasar. Penyediaan air bersih dan toilet bersih, termasuk *hand sanitarian*, sangat memberikan pelajaran bagi anak-anak akan pentingnya hidup bersih.

Termasuk penyediaan sanitasi dan cuci tangan pada tempat-tempat berjualan di kantin-kantin di sekeliling sekolah. Hanya dengan memastikan ketersediaan fasilitas pelayanan sanitasi dan air minum, termasuk membangun kebiasaan hidup bersih, maka persoalan yang berkaitan dengan revolusi hidup bersih menjadi lebih baik.

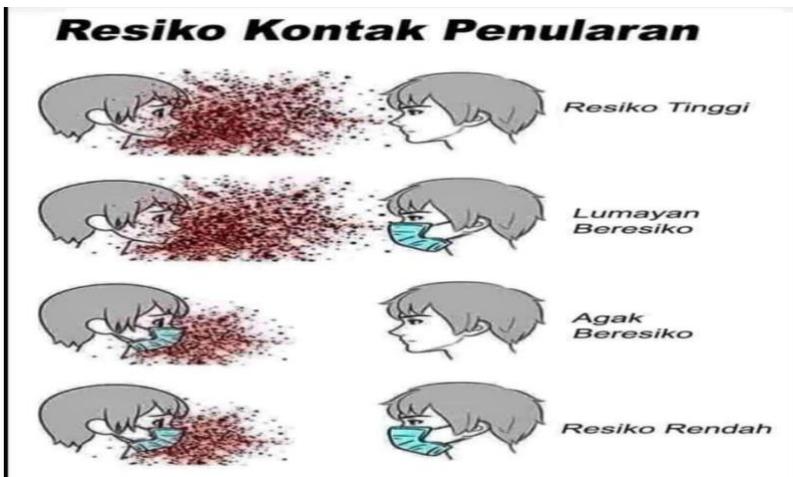
### **Tiga Kendala Masker**

Kalau dulu kita lihat orang pakai masker sesuatu yang aneh. Bisa jadi kita tak mengerti, begitu kegunaannya. Sampai-sampai saya mulanya skeptis lihat wanita menutup muka dengan model burka.

Tapi setelah melihat begitu banyaknya kasus-kasus penyakit menular, lewat batuk, bersin dan yang ada dari mereka yang tertular, akhirnya masker memainkan peranan penting. Untuk menutup dan melindungi diri.

Angka penyakit TBC bahkan tinggi. Hilang di permukaan ketika Covid-19 merajalela. Padahal TBC sudah penyakit zaman dulu sampai kini tidak ada redanya. Tentu percepatan Covid-19 sama juga dengan TBC. Oleh karenanya, masker menjadi salah satu pembiasaan. Khususnya bagi petugas kesehatan, sekaligus bagi penderita.

### Ilustrasi Kegunaan Masker



Memproduksi masker sulit sulit mudah karena bahan bakunya juga perlu minimal ada. Ada tiga masalah. Pertama masker tidak tersedia cukup di lapangan. Mengingat wabah ini, para produsen tidak menyangka mereka akan sanggup produksi.

Akibatnya inflasi masker terjadi. Banyak orang butuh. Bahkan harga juga bisa mulai naik, tergantung jenis. Sekarang jenis yang digunakan oleh petugas medis yang paling sulit tersedia di pasaran.

Kedua masalahnya adalah keterjangkauan dan kemauan memakainya. *The willingness to accept* mungkin tinggi. Masyarakat mau menggunakannya, hanya sebagian kecil. Tapi yang banyak diberikan masker, mereka tidak menggunakannya secara benar. Membuka buka tiap sebentar. Karena terusik dan tidak biasa.

Ketiga masker bagus dipetakan keperluannya. Yang berkualitas tinggi biar pemerintah yang menyediakan sampai ke puskesmas dan petugas bidan desa dan tenaga sukarela. Tapi yang untuk umum, pakai masker yang sederhana sepanjang bisa mewajibkan pakai terhindar efek droplet atau terhirup udara yang terkontaminasi.

Di sekolah-sekolah guru mesti diwajibkan pakai masker jika batuk. Jamaah yang ke masjid sebaiknya tidak ke masjid. Kalaupun reda, bagi yang batuk atau yang punya penderitaan riwayat tbc sebaiknya pakai masker. Demikian untuk pegawai dan siswa dan seluruh masyarakat.

Semoga masker memainkan peranan menghambat penularan human to human. Apalagi binatang ke human. Masker untuk binatang pun perlu dipikirkan.

### **Biaya Kelakuan Buruk**

Menarik berdiskusi dengan Ketua Bappeda Padang, saudara Medi. Kenapa tidak. Semenjak beliau menjabat sebagai ketua Bappeda kota Padang, maka ketika itu biaya untuk mengatasi lingkungan meningkat pesat. Termasuk gaji yang disediakan untuk mengangkat tenaga honorer kebersihan.

### **Tingkah laku buruk “*Reckless*”**

Tingkah laku adalah salah satu ujung dari proses pendidikan. Guru di Australia, tidak takut anaknya tidak pandai hitungan Matematika. Tetapi mereka dihantui ketakutan anak didiknya tidak pandai disiplin. Diantaranya antrian, tepat waktu, dan jujur.

Pendidikan yang membuat literasi lingkungan, literasi sosial, apalagi tingkah laku yang jelek ‘wreckless’ adalah sangat merugikan. beban sosial tingkah laku buruk itu besar, dan begitu sebaliknya. Ada eksternalitas dihasilkan ketika manusia semakin bertingkah laku baik.

Banyak tingkah laku yang negatif, yang menghasilkan diseksternal. Misalnya membuang sampah sembarangan, membiarkan lingkungan untuk dibersihkan oleh negara, berlalu lintas tidak disiplin, pemakaian narkoba, melanggar banyak kaedah dan norma baik dan sebagainya.

Dalam kasus lingkungan misalnya, tingkah laku individu memang diperlukan baik. Mulai dengan membiasakan untuk disiplin tidak membuang sampah sembarangan. Care terhadap lingkungan sendiri, dengan aktif dan sadar bahwa lingkungan sekitar bersih akan bermanfaat untuk orang banyak.

Banyak tetangga orangnya terdidik. Tetapi dulu kebiasaan mereka buang sampah ke tanah yang kosong di sebelah rumah. Ketika ditegur, kita justru mendapatkan omelan balik. Bahwa tempat dia membuang sampah bukan lapangan yang saya miliki.

Kalau sekali masih okelah kita terima. Tetapi kalau seminggu, sebulan, sampai tahunan, akhirnya sampah menggantung. Maka dari sampah menjadi sumber dari segala penyakit, diantaranya adalah bagaimana lalat terbang dan hinggap disitu. Kemudian

mencoba menerobos dalam rumah. Sekali mereka hinggap pada makanan yang akan kita makan, maka bisa jadi kuman sudah mulai masuk dan kita tidak sadar konsumsinya, yang tidak disadari bisa bermulanya penyakit dalam tubuh.

Oleh karenanya, segera tingkah laku yang bersih, care terhadap lingkungan, adalah modal dasar untuk kita terhindar dari kuman dan penyebaran penyakit.

### **Kasus Kota Padang**

Betapa tidak, memang jumlah penduduk Kota Padang meningkat. Tetapi pertumbuhannya tidak akan begitu secepat di kota Metropolitan. Apa yang terjadi?, persoalan penataan sampah menjadi mendesak.

Dulutiga tahun sebelumnya, biaya yang dikeluarkan hitungan kasar nya adalah sebesar Rp 34 Miliar. Kemudian meningkat naik menjadi Rp 40 miliar. Tahun 2021 keperluan untuk mengatasi masalah sampah kota Padang bisa mencapai Rp 100 miliar. Ini sebagai akibat dari semakin banyaknya sampah yang dibuang sesuka hati oleh masyarakat.

Ditambah lagi kalau sebelumnya pegawai honorer, hanya sebanyak 200 orang, kemudian sekarang keperluan tenaga honorer untuk mengatasi masalah sampah bisa mencapai 800 orang. Peningkatan jumlah petugas sampah memang baik, karena ada lapangan pekerjaan. Namun biaya akibat dari masalah tingkah laku membuang sampah sembarangan menjadi sangat besar.

Bayangkan kalau kesadaran untuk disiplin sendiri terbangun. Sampah mungkin tidak memerlukan peningkatan biaya setinggi itu.

Maka sisa uang yang seharusnya dialokasikan untuk manajemen sampah sepertinya akan menyebabkan alokasi keperluan untuk sektor lainnya menjadi berkurang. Inilah dilemma yang dihadapi oleh masing-masing pemerintahan kota.

Upaya untuk membangun sistem persampahan, memang diperlukan. Oleh karenanya, dari sekian simulasi model, maka pemerintah kota bisa menerapkan model yang paling efektif dan efisien. Jika kita pedomani perlakuan sampah di negara maju adalah sebagai berikut.

Pertama, sampah di dalam rumah dikumpulkan dengan dua kategori. Sampah yang tahan lama dan sampah yang tidak tahan lama. Semua dapur di rumah-rumah Inggris memiliki Tong Sampah dalam rumahnya. Dalam tong sampah pun ada plastic tertutup, sehingga bau sampah akan teratasi dengan tutup plastik.

Tahap ke dua, ketika sampah penuh, maka penghuni rumah wajib membuangnya di tempat tong sampah yang telah ditetapkan oleh pemerintah setempat. Tempat sampah yang tertutup. Di sini tersedia tong sampah ukuran setinggi 1.75 meter tinggi. Itupun dibuat tertutup.

Tahap berikutnya adalah sampah yang dimuat di tong sampah tertutup kemudian dijemput tiap minggu oleh mobil sampah. Tiga tahapan itu yang dilakukan, Intinya sampah tidak ada yang terbuka, sampah juga tidak ada yang ditumpuk di tempat terbuka, atau semi terbuka.

## **Industri Tong Sampah**

Pemda kota Padang bisa membuat inisiatif dan menetapkan model tong sampah yang berlaku untuk rakyatnya. Bagi saya ini merupakan upaya untuk mengatasi dampak kelakuan buruk masyarakat dan kemudian membuat system yang paling jalan.

Sangat mudah jika ini dikelola oleh BUMD, maka seluruh rumah yang ada diwajibkan menggunakan model tong sampah. Sehingga tidak satupun sampah yang ada, digantung, atau dibuang di tempat ruang terbuka.

Ini bisa dikerjakan dengan ujicoba beberapa kelurahan. Sistemnya kemudian akan diperluas setelah model yang begini mudah dan biayanya bisa mengcover seluruh keperluan untuk manajemen sampah.

Tahap berikutnya pemda bisa menerapkan sanksi, bagi masyarakat yang membuang sampah sembarangan. Coba pemaca pergi ke pantai habis hujan, begitu sungai-sungai yang ada membawa sampah yang dibuang masyarakat. Betapa akibat kalau sampah begitu banyak, masalahnya ada pada tingkah laku buruk.

## **Karantina Rumah Keluyuran?**

Dedet telah memposting sebuah gambar sebuah keluarga terinfeksi 5 orang. Masih lalu lalang biasanya, ke luar dan berbelanja makan. Begitu isinya. Surat singkat ditujukan ke pak Walikota Padang. Terimakasih Dedet info yang sangat berguna. Begitu informasi ini sangat berharga, bahwa karantina rumah ada mudharatnya juga.

Manfaatnya jelas meringankan beban pelayanan kesehatan, karena penderita sedang dan ringan diajar untuk mandiri. Asumsi

kita mereka setelah dinyatakan PDP dan positif Covid 19 mereka akan diam di rumah.

Di rumah pun sulit mengontrol, bagaimana proteksi masing masing anggota rumah tangga. Mengingat mereka tidak selalu tinggal sendirian. Proses penularan dalam rumah tangga bagi kelompok ini terutama pada anak anak sangat besar sekali. Belum lagi persoalan keperluan mereka. Seharusnya jangkauan untuk proses monitoring super ketat.

Tidak salah cerita yang saya postingkan keponakan saya di Solo, kembali dari jakarta diumumkan sekampung orang mengetahui seketika dia sebagai ODP dan tidak boleh ke luar rumah. Yang bersangkutan dijamin oleh RT segala keperluan "dibantu menyediakan" tanpa harus wira wiri ke tempat lain.

Jika laporan itu benar, dua hal yang mungkin bisa terjadi. Selain mereka memerlukan banyak keperluan ke luar, sementara tidak disepakati siapa yang akan membantu. Atau yang bersangkutan memang sudah tidak tau dan menganggap remeh. Bagaimanapun saya lebih melihat bahwa sistem monitoring kita masih perlu pembenahan.

Kepada petugas di lapangan, sebaiknya diulang kembali Standard Operating Procedure (SOP) agar mereka menjalankan. Jika satuan pengawas internal di RT / RW lemah, maka pada akhirnya pertahanan akan jebol. Efek *spillover* virus akan tidak berakhir dan semakin terurai kepada orang lain.

### **Perilaku dan Regulasi**

Hikmah di balik pandemik Covid-19 mesti banyak. Pelajaran yang berarti, membuat kita semakin berhati-hati. Semakin mematuhi

standar kesehatan, kebersihan, dan menjadi budaya keseharian masyarakat.

Betapa tidak, jika Covid-19 ini bisa tertular akibat droplet. Atau droplet mampir di permukaan, makanan, dan sejenisnya, maka pemutusan penyebaran virus, tentu membiasakan diri untuk bersih-bersih. Baik tangan manusia maupun permukaan yang membuat manusia dan hewan berinteraksi.

Tidak terkecuali restoran, baik yang menjajakan makanan secara tradisional, maupun yang sudah mulai menggunakan kaedah kebersihan super ketat.

Kalau Pasien Dalam Pengawasan (PDP) pasti proses dan bukti-buktinya sudah diketahui. Tentu tidak diperkenankan mereka memasak untuk anggota keluarga lainnya. Namun, jika pekerja memasak, mereka yang terkena virus, atau pengunjung restoran membawa carrier virus, maka hanya anjuran yang bisa dibuat. Supaya mereka tidak berjualan. Kasus dimana pekerja yang sudah sakit, kemudian memasak untuk orang lain, berupa berjualan tentu sangat kecil.

Tetapi proses dimana makanan disajikan, dan para pendaatang ke restoran membawa carrier virus, mungkin salah satu yang perlu diperhatikan. Kenapa?, karena masyarakat juga sebagian diantaranya tergantung pada makanan yang dibeli di luar, alias mereka tidak memasak.

### **Regulasi Untuk Akuntabilitas Restoran**

Akuntabilitas restoran tidak saja berkaitan dengan keterbukaan harga yang tersedia, dan ini berbentuk *price list* yang tersedia

menurut menu. Namun juga akuntabilitas bagaimana makanan disiapkan.

Jadi selain bahan, dan proses masakan perlu dinilai secara terus menerus dengan standar *hygiene* yang tinggi, proses transaksi penawaran, orderan, sampai pembayaran dilakukan. Makanan yang sudah dimasak kemudian diletakkan di suatu tempat. Uang untuk bayar pun, harus berjarak dengan cashier. Ini bisa diletakkan di tempat tertentu, bahkan ekstrimnya uang ditempatkan pada suatu tempat terpisah, sambil dijemur, supaya kumannya mati.

Di pasar valuta yang sudah maju, bahkan uang kertas untuk ditukarkan, di taruh pada tempat yang ditentukan. Kemudian diambil oleh petugas dengan sarung tangan, itupun terjadi di waktu-waktu bukan karena pandemic Covid-19. Tetapi menjadi norma pada proses penjualan valuta asing.

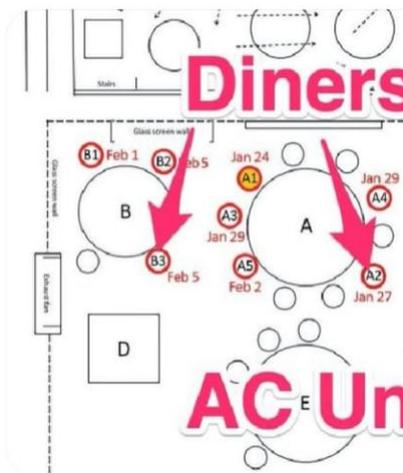
Maklumat ke restoran-restoran, rumah makan di hotel sekalipun tentu perlu disusun. Maklumat disertai dengan sangsi yang tegas dan terukur.

Tetapi dari sekian akuntabilitas di restoran, tentu hal yang paling potensi tantu adab bersama. Berperilaku menguap, batuk, berbicara dimana semburan/droplet dari dalam mulut, perlu dijaga.

Kebiasaan dunia barat membuang bersin, atau selesma, di depan umum merupakan hal yang biasa. Ditutup dengan sapu tangan. Itu kebiasaan yang sebenarnya bisa diterapkan, apalagi, berperilaku batuk dan membuang bersin, dengan menutup dan menjauhkan muka dari orang lain sambil menutup muka dengan sapu tangan.

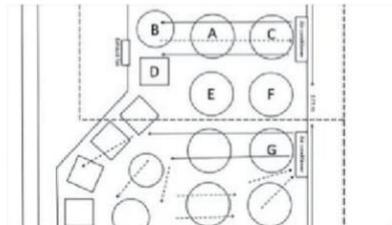
How 9 people in a restaurant got the coronavirus thanks to the placement of an air conditioning unit

[businessinsider.com/  
how-restaurant...](https://www.businessinsider.com/how-restaurant...)



their family (A2-5) on January 24.

- The AC picked up air droplets from the breath of patient A1 and blew them around the room. Water droplets usually don't travel more than a meter without assistance.
- Nine other people (four members of A,



Ingat waktu seorang yang sholat berjamaah menjawab ucapan imam, amien. Yang terasa oleh kita adalah bau mulut. Katika terbau berarti partikel droplet masuk ke dalam hidung. Yang paling bahaya jika di sebelah kita penderita TBC ikut sholat, kemudian itu akan mudah mampir dopletnya ke kiri dan ke kanan, ke depan dan ke belakang. Belum termasuk ketika sujud. Mungkin itu pula alasan

kenapa sholat bagi yang memiliki penyakit sebaiknya di rumah, karena akan membahayakan orang lain.

Bagi yang berbelanja makanan cepat-cepat bersihkan barang, dan bungkus yang dibawa. Segera tangan dicuci dengan sabun, buka pakaian, untuk mandi dan pakaian segera dicuci. Baru bisa berinteraksi dengan orang lain.

### **Penilaian Restoran**

Tatkala protocol ini sudah disiapkan, tentu bahan, lingkungan, pakaian tukang masak, higienitas dapur di nilai, rasa makanan, dan penampilan dibuatkan standarnya.

Mulailah pemerintah daerah melakukan monitoring secara bertahap. Ini ditujukan terhadap penjual restoran, mengecek kesehatan penjual secara reguler, menggunakan standard memasak, peradaban akan terlihat waktu menjual bahan dan memasak.

Semakin kotor tempat restoran, semakin banyak penyebaran kuman. Pengusaha mesti dikenakan sanksi jika dalam skala lab sample menunjukkan tanda tanda membahayakan.

Bilamana dalam skala penilaian, restoran memenuhi seluruh syarat, maka restoran diberi bintang 5. Ini berarti sempurna. Ini jika hasil cek kesehatan yang memasak, kebersihan, pakaian, kualitas masakan, disposal bernilai bagus. Jika mereka dinilai hanya sebagian terpenuhi, diberi bintang 3 bagi yang menengah. Dan bintang satu yang tidak higienis dan tidak memenuhi syarat apapun.

Dengan demikian, restoran akan meningkatkan kualitas pelayanannya. Kepada mereka nanti baru dikenakan pajak pembangunan sebesar 10%, dan sebagian dari dana penerimaan dari

pajak restoran digunakan untuk keperluan pembinaan, pelatihan, pembuatan standard, dan sebagainya.

## **Obat Lokal**

Tahun 70-an, terkenal seseorang yang sudah tua, bernama Datuak Dalu. Beliau, keseharian menjual obat di kaki lima. Namun disela-sela waktu, juga menjadi tourist guide. Sehingga gaya dan pola tingkah, mirip seperti seorang bule.

Sejak awal mulai merintis hidup. Beliau jualan obat tradisional, di pasar atas Bukittinggi dan Blok A Pasar Raya Padang. Rutin setiap hari keramaian, hari pekan.

Entah apa bahan-bahan yang digunakan di dalam racikan obatnya. Sering dijual, obat penurun panas, obat batuk, kurap, sampai ke sakit kulit sampai obat kuat untuk pria.

Ciri khas beliau berjualan tidak di dalam toko. Namun di tempat terbuka, dengan dialas kain, dan obat diletakkan di tengah tengah kerumunan bundar. Mulai orang tua sampai anak anak berdiri, dan duduk berkeliling. Sambil mendengarkan beliau menyampaikan cerita tentang obat. Diselingi dengan guyonan, yang lucu, dengan ritme suara yang membuat pengunjung senang. Selama satu jam, kemudian, obatnya dijual.

## **Mahal dan Impor**

Sementara penemuan obat-obat moderen berkembang pesat. Jika pasien mengunjungi dokter umum atau spesialis, obat yang diberikan adalah obat bermerek. Hampir tidak banyak dokter yang praktek memberikan obat generic.

Pengeluaran untuk obat, bisa seratus sampai lima ratus ribu Rupiah kocek habis sekali berobat. Tidak jarang terjadi kesalahan pemberian obat mahal. Mereka mendapatkan obat, tetapi ketika pindah sama dokter yang lain, obatnya bisa ditukar. Penyakit banyak yang tidak sembuh, tetapi ada yang dirasa pasien hilang.

Pasien yang pergi ke Puskesmas tentu tidak membayar mahal. Selain biaya retribusi berobat, kemudian obat generic dengan harga yang sangat murah. Walau banyak juga masyarakat yang tidak percaya. Tapi, obat generic sebenarnya sudah cukup dibandingkan dengan obat yang mahal harganya.

Banyak yang sehat juga, mau obat mahal atau obat generik. Tetapi tidak terkecuali, obat tradisional. Dalam industri farmasi, jelas secara ekonomi ada yang salah. Distribusi obat menjadi tidak efisien, apakah karena margin laba yang diambil oleh distributor, atau beban yang juga masuk menjadi komponen harga obat yang diihkan untuk keperluan biaya manajemen. Kesemuanya masih rahasia, dan regulasi selama ini masih minim.

Masyarakat sudah tahu kalau batuk, secara tradisional mereka minum Daun Sereh. Kalau sakit Maag, mereka bisa minum air kunyit tumerik. Kalau sakit maag mereka makan ubi merah, jika panas, mereka minum air tempayang. Masing-masing daerah, secara genuine, sudah menentukan jenis daun, atau kulit kayu, yang dipercaya dapat mengobati sakit yang diderita.

Di China pengobatan tradisional diakui sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional. Selain pengobatan modern. Ini membuat industri obat nasional, memiliki perkembangan, baik pendidikannya, produksi racikan obatnya, sampai jenis pelayanan rumah pengobatan tradisional.

Bahkan di daerah daerah, impor obat tradisional sebenarnya cukup tinggi. Ketika obat yang diberikan di rumah sakit ada, maka pasien tertentu juga menambahkan dengan obat china tradisional. Harganya sangat tinggi.

Sementara di indonesia obat tradisional tidak diakui. Dalam kurikulum sekolah kedokteran mereka mengajarkan obat modern. Sehingga tidak ada yang mengajarkan oat tradisional, dan pendidikan pengobatan secara tradisional. Akan tetapi masyarakat tidak dilarang berobat secara tradisional.

Karena selama ini berbagai virus hampir tidak ada obatnya, kecuali cara meningkatkan imunitas tubuh, sebenarnya *local knowledge* mesti lebih diapresiasi.

### **Kemandirian Obat**

Dimasa masa sulit seperti ini, masyarakat banyak yang bergerak sendiri. Mereka cari obat tradisional, Katakan jahe, kunyit, daun sereh, daun sereh dan jenis dedaunan lainnya. Dengan ketidak tahuan, takaran dan konsekuensi, pengobatan secara tradisional tetap akan jalan.

Para peneliti UNAND mesti secepatnya membantu, menyarankan apa yang bisa dilakukan masyarakat, ketika obat terlalu mahal. Dibalik kesulitan obat, ternyata Datuak Dalu telah membawa cara lain tersendiri. Jika kita ceritakan ke dokter, malah mereka tidak akan percaya.

Tapi mesti kita terus berupaya mencari tahu, bagaimana obat lokal bisa menjadi salah satu alternatif bagi masyarakat.

Apalagi masa masa dimana obat belum tersedia untuk mengatasi masalah Covid-19. Agar kita mandiri suatu saat.

Oleh karenanya, kemandirian pengadaan obat secara tradisional bisa ditingkatkan, bahkan menjadi alternatif industri farmasi. Selama ini perkembangan penjual jamu memang didominasi oleh daerah Wonogiri. Hampi kebanyakan obat jamu tradisional mereka yang menjajakan.

Untuk ke depan, Universitas bahkan bisa memilih jenis obat yang selama ini ketergantungan kita tinggi, tetapi masih belum mampu memproduksinya. Jika saja dalam satu tahun ditemukan 3 jenis obat tradisional, maka ini bisa menjadikan produk baru. Jika pengujian dan invasinya sudah dapat menjadi paten, maka pemerintah daerah, melalui BUMD dapat memanfaatkan temuan itu untuk digunakan oleh masyarakat.

Jika gerakan ini tidak dilakukan secara serius, maka impor obat yang dilakukan oleh Indonesia, akan semakin besar. Harganya selangit. Namun jika ditemukan obat tradisional digunakan oleh masyarakat, maka produksinya bisa dikembangkan ke UMKM, dan kemudian bisa menghemat devisa.

Selain kita memiliki kekayaan hayati, orang orang yang berjualan seperti Datuak Dalu, juga akan berkembang. Ini merupakan lapangan kerja dan kemandirian.

## Bab 7

### Kajian Pembatasan Sosial

*“Barang siapa yang bertakwa kepada Allah niscaya Dia akan memberikan baginya jalan keluar (dalam semua masalah yang dihadapinya), dan memberinya rezeki dari arah yang tidak disangka-sangkanya” (QS. Ath-Thalaq: 2-3).*

#### Efektivitas Pembatasan Sosial

Dalam rangka pencegahan Covid-19, jelas upaya yang pertama dilakukan adalah dengan meliburkan sekolah dan universitas. Kebijakan ini telah pula membawa konsekuensi terhadap proses belajar mengajar, dan termasuk apakah semakin baik dilakukan oleh dosen dan guru, proses belajar mengajarnya, atau tidak banyak yang bisa diperbuat<sup>18</sup>.

Untuk itu kebijakan karantina wilayah, adalah salah satu kebijakan yang paling populer. Dimana adanya pembatasan total sebuah wilayah. Kecuali menjamin agar masih bisa masalah mobilitas logistic, pelayanan medis, dan berbagai fasilitas vital.

---

<sup>18</sup> Ide awal tentang pembatasan sosial diluncurkan oleh WHO, dan kemudian dikembangkan aplikasinya sesuai dengan keperluan daerah. Diskusi tentang pembatasan sosial, dapat diikuti pada Kompas (Senin 18 Mei, 2020) “Pembatasan Sosial”, Kompas.

Berikut ini atas dasar inisiatif maka dilakukan kajian yang menghimpun bagaimana efektifitas melalui kajian studi sosial Covid-19 yang dilakukan oleh LIPI dan kawan-kawan.

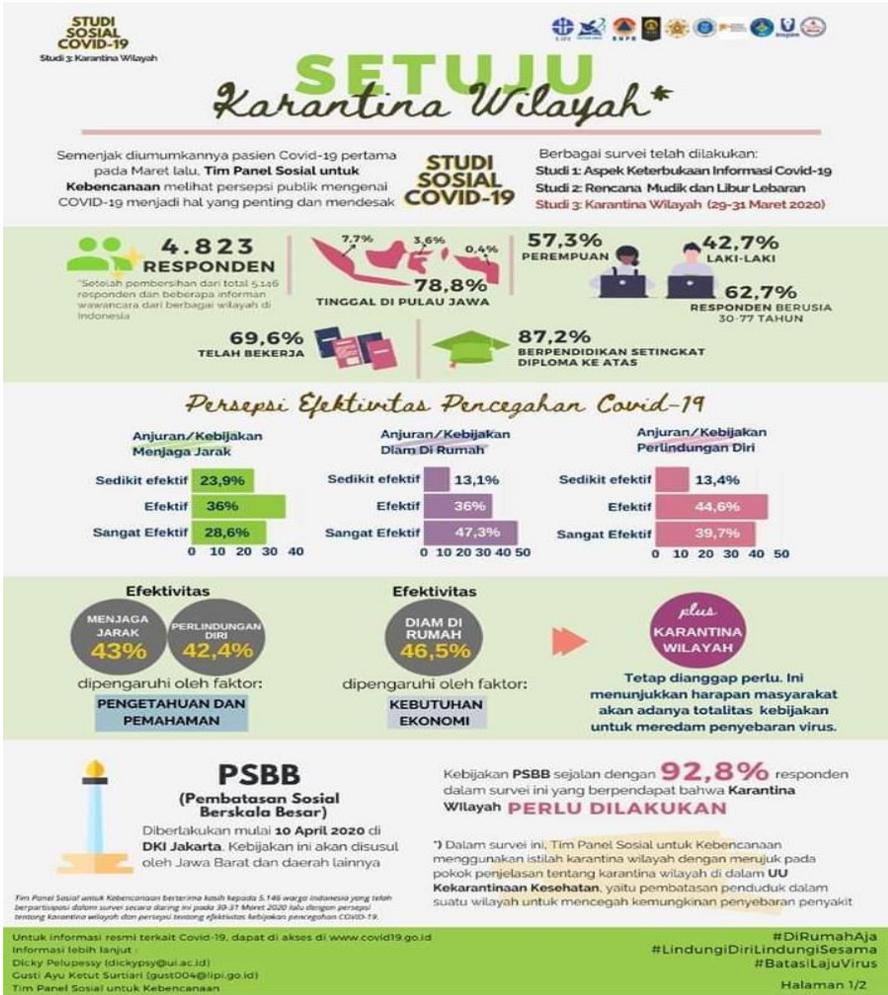
Kajian ini melibatkan sebesar 4.823 responden yang bersedia menjawab daftar pertanyaan yang disusun oleh tim survey. Studi ini dilakukan melalui daftar isian, mengingat sampelnya 69,7% telah bekerja, dengan rentang usia 30 tahun lebih dan 87,2% mereka yang setingkat Diploma dan Sarjana. Sehingga jawaban mereka dapat mewakili kelompok yang berpendidikan tinggi yang umumnya sudah bekerja.

Tiga pertanyaan diajukan pada konteks efektivitas pencegahan Covid-19. Pertama adalah anjuran menjaga jarak. Kedua anjuran kebijakan di dalam rumah, dan ketiga adalah anjuran dan kebijakan perlindungan diri.

Mengingat 3 (tiga) opsi jawaban, kurang, sedang dan sangat efektif. Maka yang dianggap paling bisa dipedomani adalah yang menjawab sangat efektif. Dari responden secara kualitatif menunjukkan 28,6% ajakan untuk menjaga jarak dirasakan sangat efektif. Sebesar 47% untuk tetap dirumah menyatakan sangat efektif, dan 39,7% menganggap kebijakan perlindungan diri yang efektif.

Ditemukan juga untuk menjaga jarak dan perlindungan diri, 42-43% responden menyatakan disebabkan oleh pengetahuan. Sementara 46,5% *staying at home* dinyatakan efektif terutama disebabkan karena sebagian diantara responden terikat dengan pekerjaan, dan kebutuhan ekonomi. Mereka yang masih harus keluar rumah untuk berusaha, dan bekerja jelas menyatakan kesulitan apakah kebijakan stay at home itu dapat menolong mereka.

# Drama Manajemen Covid 19



Antara dimensi pengetahuan dan desakan ekonomi merupakan dua hal yang sangat penting untuk dilakukan. Paham saja tanpa ekonomi memadai, maka juga tidak efektif. Ekonomi baik, namun tidak paham yang terjadi juga tidak akan banyak kepatuhan terjadi.

Kasus demi kasus bisa dilihat, ketika masyarakat dihebohkan dengan kekurangan masker, maka ketika masker diberikan percuma, maka sebagian diantara mereka yang akan menggunakan.

Begitu juga ketika *lockdown* diberlakukan, maka masih ada penjual yang akan berjualan di alam terbuka. Karena mereka memerlukan biaya sehari-hari. Alasan mencari nafkah ini membuat anjuran menjadi tidak efektif.

Dengan demikian, cukup beralasan kajian ini berkesimpulan bahwa hampir 92,8% kajian ini memperlihatkan bahwa diperlukan karantina wilayah.

### **Kepatuhan Isolasi Mandiri**

Semula karantina yang kami maksudkan adalah di setiap pos perbatasan termasuk di bandara di setiap provinsi dapat melakukan ini. Mirip kamp pengungsi yang ada pada daerah-daerah konflik. Dia diisi oleh pengungsi, namun ada Lembaga khusus yang bertanggungjawab dalam mengelola kamp-kamp ini. Semua di tempat perbatasan *check poin* akan disediakan pelayanan selama 14 hari.

Tapi melihat rumitnya dan tidak siapnya pemerintah, maka karantina yang terjadi pada masing-masing tempat. Katakan jika dalam 10 hari terakhir masuk sebanyak 100.000 orang ke Sumatera Barat, atau sebanyak 60.000 perantau ke Wonogiri, atau 20.000 pedagang makanan nasi Tegal. Semua yang pulang kampung yang dari daerah pandemic, tengah berisolasi secara mandiri.

Konon dalam catatan di Sumatera Barat saja ditemukan sekitar 300 orang lebih terindikasi suhu panas yang tinggi. Katakan sekitar 0.5 sampai 1% mereka yang pulang terindikasi suhu tubuh

yang tidak normal, kita juga tidak mengetahui berapa persentase diantara mereka yang Orang Tanpa Gejala (OTG). Situasi ini memberi problem baru juga.

Saya usul, masih ada waktu kepada pemerintah, selain pemeriksaan suhu tubuh namun juga ada surat deklarasi untuk patuh diri. Untuk mereka yang pulang mudik lewat *checkpoint*, buat perjanjian di perbatasan. Diantaranya Mengikuti karantina dan menekan sanksi jika melanggar.

Buat saja jadwalnya mulai hari ini bagi yg masuk ke Sumbar atau daerah-daerah yang menerapkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Ketika karantina tidak dipatuhi akan dikenakan sanksi. Ini pemberlakuan khusus untuk mereka yang masuk ke daerah yang memberlakukan ini.

Sementara pada warga tempatan juga bisa dilaksanakan hal serupa, sepanjang dana kompensasi mereka sudah cair.

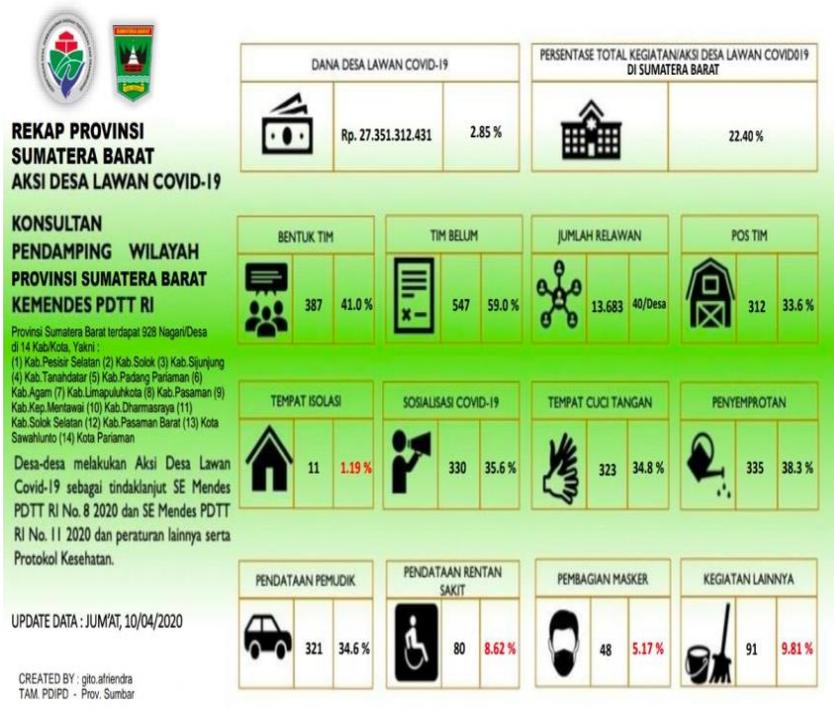
Jelaskan mana usaha yang benar benar harus distop, mana yang buka terbatas, dan mana yg boleh. Semoga waktu yg berharga ini keputusan kita bisa mencegah dan bermanfaat.

### **Dana Desa dan Gugus Desa**

Data di atas menunjukkan per hari ini selasa 14 April, 6 minggu masa ditemukannya Covid-19, maka pemerintah RI telah merevisi anggaran. Salah satu yang mencolok adalah dialihkannya anggaran Desa, untuk keperluan Covid-19. Kebijakan pengalihan anggaran ini memang seharusnya, mengingat dalam skala prioritas, hampir semua daerah di Indonesia, menghadapi pandemic ini.

## Drama Manajemen Covid 19

Kendatipun sudah melalui masa tahun ke lima, implementasi dana desa, pengalihan dana desa untuk Covid-19 ini tidaklah mudah. Buktinya setidaknya sesudah sebulan berjalan, baru realisasi anggaran untuk penanganan dari dana desa baru berkisar Rp 27 Miliar. Atau sebesar 2,85% dari dana keseluruhan. Ini masih relatif rendah implementasinya dari sisi pemanfaatan keuangan. Namun kendati masih relatif kecil, sudah 41% dari desa yang ada telah membentuk Tim. Diperkirakan sebanyak 13.683 di desa desa sudah aktif dalam membantu berbagai aktivitas, baik *social distancing*, maupun upaya untuk memobilisasi tenaga, untuk kebersihan fasilitas



umum.

Sebanyak 38,3% lokasi sudah dilakukan penyemprotan, sebesar 34.8% sudah tersedia tempat cuci tangan, mereka yang bekerja tidak saja masalah bagaimana pembersihan dan penyediaan fasilitas, namun juga melakukan pendataan. Sebanyak 321 pos telah melakukan pendataan atau 34.6%. Diantara mereka juga mengisi dan menyisir rentan sakit, dan baru sekitar 5, 17 melakukan pembagian masker.

Implikasi dari aktivitas ini ada dua. Kalau sebelumnya masalah komponen kesehatan masih terbatas dilakukan melalui dana desa, kalau sekarang dengan Covid 19 ini, maka sebagian diantaranya sudah mulai mengimplementasikan kebiasaan hidup bersih. Coba bayangkan jika masalah nyamuk demam berdarah, TBC, atau Pneumonia bisa dilakukan secara masif, maka kasus yang ada tentu tidak akan sebesar sekarang.

### **Peduli Tan Rajo**

Di masa masa sekarang yang sangat diperlukan adalah garda terdepan. Mereka yang berfungsi mengimplementasikan *social distancing*, menggerakkan masyarakat, dari RT ke RT dan RW ke RW.

Betapa tidak, jika negara tidak mengomandoi, maka yang diperlukan adalah peranan *civil society*, mirip Tan Rajo Khairul, dan kawan kawan lainnya penggiat di lapangan.

Untuk lahirkan orang seperti ini memerlukan pula investasi oleh pemerintah. Mereka bergerak bukan karena *passion* nya di situ, tapi mereka telah terlatih untuk bekerja. Pekerja sosial *social entrepreneur*, yang terakumulasi dari tahun ke tahun.

Indonesia beruntung karena ada program desa yang sudah masuk tahun ke lima. Pada tahun ini gerakan yang sama dialihkan untuk penanganan Covid-19. Mereka siap bekerja untuk meminimalisir dampak, seperti analisis sebelumnya.

Selamat Tan RAJO selamat om Jaeh, selamat penggiat media Towaik pediss dkk. Sukses anda telah memberikan kontribusi pada masa sulit. Anda datang bukan mengharap sesuatu, tapi rasa syukur Anda karena masih bisa berbuat.

### **Pak Walikota Tugaskan Satpol PP**

Cukup lama saya menelpon teman saya Pak Cik Firmalis. Beliau punya istri keturunan bangsa Melayu dan anak 9 orang. Tinggal di Sememyih, sekitar 1 jam dari Kuala Lumpur.

Sebagai warga permanen residen, yang datang ke Malaysia sejak tahun 1981, Asam garam rantau sudah beliau rasakan. Peranan dari kerajaan begitu membuat seluruh warga Malaysia mesti patuh dari keputusan pemerintah. Tidak terkecuali siapa saja. Jumlah kompensasi yang mereka berikan jauh melebihi kita. Semua penduduk dianggap sama terkena dampak.

Kebijakan perdana menteri sangat jelas, uang pensiun pekerja boleh diambil lebih dulu, untuk selama enam bulan ke depan. Karena urutan kebijakannya jelas, seluruh warga menerima kompensasi, sesuai status ada formulasinya. Dan langsung dibayarkan oleh negara dengan sistem. Dengan penerapan kebijakan itu, warga mesti patuh selama *lockdown*. Masa mereka *lockdown* diperpanjang hingga pertengahan Mei 2020.

Penerapan sanksi pelanggar ketentuan kerajaan sangat jelas. Anak anak yg keluyuran kena denda 1.000 Ringgit. Setara 3.5 juta

Rupiah. Mereka menganggap denda masih sedikit. Sekarang ketentuan baru ketika anak keluyuran maka langsung diangkat dan disidangkan ke mahkamah. Hukuman sekarang sudah lebih berat tidak saja dari uang tapi penjara.

Seluruh orang yg ke luar mesti membawa surat izin dari atasan perusahaan setempat. Tanpa surat ijin atasan maka yang bersangkutan ditangkap dan diberlakukan hukum. Begitu seriusnya mereka meredam agar Covid 19 tidak menular. Di kita jauh panggang dari api. Masih khawatir saya dengan keadaan sekarang. Penduduk bahkan mereka yang isolasi rumah belum disiplin. Karena hanya mengandalkan surat edaran.

Ke depan saya minta kota Padang mengoptimalkan peranan Satpol PP. Walikota mesti optimalkan untuk menjaga dan memantau masyarakat. Agar yg masuk kategori bisa jadi pantauan super ketat. Jika tidak yakinlah masa pandemi kota bisa panjang dan berlarut larut. Contohlah kebijakan yg andalkan *scientific knowledge*. Tegas dan monitoring jalan. Satpol PP bisa digerakkan sama masyarakat.

### **Tinjau Ulang Isolasi Rumah**

Orang tanpa gejala (OTG) merupakan orang *ghaib*. Orang hidup tapi virus tidak tampak. Pasien yang dipulangkan karena terdeteksi virus positif dan rawat mandiri tidak *ghaib*. Karena sudah ada bukti secara saintifik. Pada minggu minggu ini penambahan kasus termasuk banyak. Artinya kebijakan PSBB dan sebelumnya selama 2 minggu terakhir belum efektif.

Kasus yang banyak muncul adalah transmisi lokal' dalam rumah tangga baik yang disebabkan dengan pasien yang di rumah maupun mereka yang datang dari luar daerah.

Beban rumah sakit memang menjadi rendah dengan memulangkan pasien untuk rawat sendiri di rumah. Tapi standar isolasi mandiri tidak akan selalu terpenuhi. Mengingat ketidaktahuan dari keluarga, atau kendala kondisi kehidupan mereka yang terbatas.

Supervisi yang diharapkan oleh petugas kesehatan, sebagai bentuk akuntabilitas bisa saja kurang berjalan. Supervisi dengan telepon beda dengan mengunjungi' dan memberikan pengarahan. Ada buku individu dan catatan dari hasil supervisi. Jika supervisi sulit berjalan ditambah tidak ada sanksi yang melanggar' maka tambahan kasus akan semakin cepat.

Pertahanan kita sudah jebol. Kasus kasus perpindahan internal semakin tinggi. Oleh karenanya pada masa mulai lelah, supervisi menjadi penting, sekaligus membahayakan kondisi petugas kesehatan. Jika mereka tidak dibekali dengan peralatan yang cukup' termasuk penyediaan dana mobilitas supervisi.

Ini baru penanganan mereka yg sudah dinyatakan positif. Belum lagi para OTG yang berkeliaran di pasar. Oleh karenanya peningkatan status pengawasan pasien dan keluarga' pengaturan berjualan di pasar pasar utama dan pasar nagari berjarak, termasuk razia penggunaan masker bukan hanya dipasang untuk menutup dagu' tapi menutup lobang hidung. Adalah semakin berarti.

Yakinlah banyak masyarakat kita sudah abai dan masa mereka semakin acuh tak acuh. Mungkin keramaian yang terkendali menjadi sangat diperlukan sebelum bertambah titik titik baru temuan corona di kampung halaman kita. Wallahualam.

### **Inklusivitas Covid-19**

Fluktuasi dan koordinasi kebijakan antara pusat dan daerah memang menonjol. Tatkala pembatasan sosial skala besar (PSBB)

diperpanjang, pemerintah melonggarkan pemberlakuan ijin penerbangan serta angkutan.

Ketika mudik dilarang, sarannya disediakan. Bisa jadi pilihan itu yang lagi ada dalam pikiran dan tindakan pemerintah pusat. Ini juga yang dibahas oleh Siti Zuhro, peneliti di LIPI pada koran opini hari ini (Kompas, Senin 11 Mei 2020).

Padahal di daerah, potensi potensi masyarakat untuk terlibat dalam memutus mata rantai sesuatu pemandangan yang menggembirakan. Emphaty dan kegotoroyongan. Itu sisa yang dimiliki saat segala krisis saat ini. Masih menonjol namun belum optimal.

Sementara pandemi covid-19 pada pertengahan bulan Mei ini ibarat sebuah pacuan kuda. Setelah Jakarta sedikit reda, arus percepatan kasus kasus covid 19 sangat tergantung pada upaya dan ketersediaan laboratorium.

Jawa Timur, Sumatra Barat dan daerah lainnya masih berupaya keras menemukan titik titik baru pandemi. Jika titik titik baru ini tidak terjangkau, proses dan kontribusi banyak orang rentu semakin hilang artinya.

Namun demikian ada arah yg jelas bahwa Indonesia pacuan kudanya mirip kuda boko. *Race*-nya agak panjang, dan diperlukan kuda yang terlatih dan jokinnya mampu melakukan arahan percepatan, termasuk dari kebijakan kedisiplinan.

Inklusifitas penyediaan layanan jelas diperlukan. Tidak saja pada pelayanan di rumah sakit rujukan, namun juga semakin banyak pelayanan pelayanan selain dari pemerintah, juga diperlukan pada tingkat masyarakat.

Kelompok kelompok masyarakat "layanan inklusif" menjadi sangat urgen. Dimana pada kelompok tertentu masyarakatnya menjadi sangat rentan untuk menjadi sumber menyebarnya covid19.

Laporan harian satuan tugas Sumatra Barat misalnya mengungkap begitu kasus baru ditemukan sebagaimana lazimnya, interaksi antara tenaga medis dan calon pasien, antara pasien ODP, OTG, atau Penderita yang dipulangkan dalam perawatan rumah. Termasuk pedagang pasar raya sekitar 45 orang (satu pasar) yang kemudian menyebar ke keluarganya. Kasus kasus ini dominan.

Kasus kasus lain mulai muncul yang masih belum tersentuh secara baik, diantaranya petugas kebersihan fasilitas rumah sakit, sopir ambulans, sopir taxi dan antar daerah khususnya dari bandar udara ke daerah daerah.

Layanan khusus pada kelompok yg beresiko tinggi juga masih belum tersentuh, seperti anak jalanan, peminta minta perempatan, street sellers, pemudik illegal "forced return migration".

Mereka mereka ini memang sangat sulit mendeteksinya karena selain dari tersebar banyak, keberadaanya memang luput dari pemberitaan. Layanan inklusif terhadap berbagai jenis kelompok layanan khusus menjadi perlu, tentunya lebih banyak pada lingkungan dimana eksistensi masyarakat berada.

Mungkin ini pilihan kita pada masa yang akan datang. Jika saja program penyediaan Raskin sudah berjalan, bagus kepada kelompok ini dilakukan sosialisasi massive setidaknya pada fase fase masa sulit ini.

## Bab 8

### ***Lesson Learned* : Gotong Royong Indonesia dalam Menghadapi Covid-19**

#### ***Case Findings* melalui Partisipasi Masyarakat**

Tidak ada yang kebetulan. Indonesia, saat ini memasuki masa-masa peningkatan temuan kasus Covid-19. Setelah China berupaya mengatasi masalah epidemi virus, kemudian dilanjutkan giliran berikutnya negara-negara Eropa, Asia Maghribi, Asia Timur, Amerika Serikat, Australia dan Selandia Baru. Hampir semua negara sudah dihinggapi masalah virus Covid-19 ini<sup>19</sup>.

China, salah satu negara yang dianggap paling berhasil menangani pandemi ini. Model dimana peranan dominan negara. Dalam merencanakan dan mengatur pelayanan. Kebijakan cepat *lockdown* kota Wuhan, telah membuahkan hasil. Kasus-kasus baru corona boleh dikatakan hampir banyak yang melandai semenjak minggu keempat Maret 2020 ini. Sementara berbagai negara Eropa, seperti Italia, kemudian disusul Spanyol dan Jerman, kasus-kasus penderita Corona justru masih pada masa-masa puncaknya.

---

<sup>19</sup> Diskusi yang diperlihatkan pada Bab 2, jelas memperlihatkan perbedaan pola pertumbuhan covid-19, termasuk perkiraan berakhirnya masa pandemi per negara. Yang menjadi concern lagi adalah gelombang ke-2, dimana setelah kasus turun, kemudian kembali menunjukkan peningkatan di berbagai daerah China misalnya pada minggu ke-3 Mei 2020, pada daerah timur laut hampir 70 juta rakyatnya kembali mengalami lockdown.

DKI, sebagai kota metropolitan, menghadapi masa-masa sulit. Kasus penderita Covid-19, yang masih tersembunyi *hidden*, karena terbatasnya alat yang digunakan untuk membuktikan. Sementara saat bersamaan, kasus-kasus lain juga mulai merebak ke propinsi tetangga.

Kebijakan pemerintah pusat secara bertahap memang tidak cukup. Kita masih menghadapi berbagai kendala. Kebijakan DKI juga relatif naik tensinya, dan diperkirakan mulai hari Senin minggu ke-4 maret, *lockdown* kota dimulai. Ini sejalan dengan kebijakan pemerintah pusat terhadap pendatang yang berasal dari luar negeri.

Persoalan dari pemerintah daerah jelas, bahwa diperlukan perencanaan yang jelas, terhadap masing-masing provinsi, kemudian diturunkan pada tingkat kabupaten dan kota. Dalam kaitan ini, system keposkoan dibentuk bertujuan agar koordinasi, perencanaan yang jelas, serta langkah langkah kerja, dan distribusi tugas.

Dengan menunjuk koordinator penuh untuk dua hal, **pertama** proses pencegahan terjadinya perluasan virus. **Kedua** adalah proses penanganan bagaimana calon penderita Orang Dalam Pantauan (ODP), dan Pasien dalam Perawatan (PDP), dapat diatasi dari berbagai segi. Baik dengan ketersediaan sarana, prasarana rumah sakit dan ketersediaan tenaga medis. *Contingency plan*, rencana tidak lanjut, dan koordinasi antara pemerintah daerah, masyarakat, rumah sakit dan semua pihak mesti jelas (Diskusi CP tahapannya pada Bab 5).

## Pencegahan dan Partisipasi Masyarakat

Pencegahan dini agar virus tidak terurai lebih luas lagi adalah cara yang sangat perlu diambil. Belajar dari Wuhan dengan *lock down* ketat telah membuahkan hasil positif, dimana percepatan kasus baru bisa diatasi.

Sementara belajar dari Italia, karena lamban mengatasi terurainya masalah virus, maka terjadinya perpindahan virus dari orang perorang, bahkan karena banyaknya arus peninggalan kota sebelum kota di tutup, telah berkonsekuensi serius terhadap masyarakat desa.

Angka kematian pada kelompok yang beresiko tinggi meningkat tajam. Sehingga tanggal 21 Maret 2020, menteri pertahanan Israel membuat kampanye “*no hug for grandparents*”, karena para cucu dan anak yang meninggalkan kota, akan kontak dengan orang tua di tempat lain. Kemudian virus bisa dapat dikendalikan.

Keberhasilan Wuhan, adalah karena partisipasi masyarakat yang patuh. Betapa tidak China menerapkan *lockdown*<sup>20</sup>, disertai dengan pengerahan pihak keamanan, untuk memonitor daerah perbatasan, dan tempat-tempat strategis. Masyarakat mau patuh dalam mengikuti anjuran pemerintah untuk tetap bertahan di rumah. Sementara di Italia, karena partisipasi masyarakat relatif rendah, maka kini menuai perebakan kasus yang tidak terhindar.

Kebijakan Anies Baswedan di DKI memang sudah bertahap. Tetapi betapa kita masih menyangsikan, begitu antara orang per

---

<sup>20</sup> Dalam skenario kebijakan, maka pilihan *full lockdown* yang diadopsi oleh China, seperti diskusi pada Bab 5, telah menghasilkan kepastian dalam pelayanan.

orang sangat rendah tingkat *awareness*nya. Mobilitas harian di kota, baik karena berusaha, bekerja, memang bisa diatasi bagi mereka yang bisa dikendalikan. Namun bagi pekerja swasta hal ini tidaklah mudah. Maka dikhawatirkan program *social distancing* tidak optimal.

Partisipasi masyarakat selama *social distancing* bisa saja dilengkapi oleh gerakan bersama. Ini dapat didorong tumbuh dan berkembang simpul simpul *volunteer* dari masyarakat.

Kelompok masyarakat yang berbasiskan keagamaan, dan kelurahan bisa dikerahkan untuk urusan pembersihan, sosialisasi, termasuk upaya untuk menggalang keperluan dana yang berasal dari partisipasi masyarakat. Bagaimana keterkaitan antara partisipasi masyarakat dengan pelayanan rumah sakit?, bagaimana pula unsur agar partisipasi masyarakat bisa berjalan dengan baik, maka akan dilanjutkan pada diskusi berikut.

### **Partisipasi Masyarakat dan Rumah Sakit**

Rumah sakit juga akan kewalahan tanpa adanya partisipasi masyarakat secara penuh. Kasus dimana pasien *suspect* corona di Wonogiri, dimana pihak keluarga berinteraksi dengan pasien di rumah sakit membuat proses transmisi virus dari pasien ke keluarga juga akan tinggi.

Di Korea Selatan, sebuah gereja dideteksi 87% sehabis misa pengunjung gereja *suspect* virus, dan 70% diantaranya adalah tertular virus corona. Di Malaysia angka penderita corona menaik tajam, salah satu kenaikan yang tinggi adalah adanya pertemuan jamaah tabligh, lebih 10.000 yang cukup banyak berasal dari daerah-daerah dalam semenanjung Malaysia, dan dari Indonesia.

Penyebaran dengan model aktivitas keagamaan, penyebaran di rumah sakit dari pasien ke keluarga pengunjung, dari pasien ke petugas kesehatan, adalah siklus yang mesti di potong.

Kemampuan rumah sakit memang akan terbatas. Namun memetakan berapa kemampuan masing-masing rumah sakit, berapa ketersediaan tenaga medis dan alat alat, menjadi sangat urgen.

Partisipasi masyarakat juga bisa justru untuk bersama sama dalam mengatasi masalah pandemic ini. Alangkah mungkin gerakan ini dimotori pada simpul-simpul masjid, dimana mereka memiliki sumberdaya uang, yang berasal dari infak, sedekah, dan pengurus masjid.

Peralatan tangki punggung untuk membawa cairan desinfektan, dapat secara bergiliran, dalam proses pembersihan. Baik di sarana peribadatan, sekolah, fasilitas umum di kelurahan dan lainnya di sekeliling masjid.

Penjelasan dan *social marketing* terhadap social dan economic distancing ini memang diperlukan agar perpindahan penyakit bisa ditekan secara signifikan.

Simpul partisipasi masyarakat juga bisa dikembangkan melalui penggalangan dana untuk membantu menyediakan peralatan medis, diantaranya masker, cairan desinfektan, dan sabun. Termasuk juga menggalang bagaimana konsekuensi ekonomi yang ditimbulkan dari dampak kebijakan.

Senin ini PM Inggris meminta agar semua kedai kopi dan restoran ditutup. Di Malaysia, fasilitas pasar tradisional tetap buka, namun untuk mall besar ditutup. Di DKI seharusnya juga demikian, pasar tradisional dengan lokasi terkawal, kemudian mengatur orang

yang menyediakan bahan kebutuhan pokok, ini bisa diatur hanya dengan partisipasi masyarakat secara bersama.

Dengan demikian, hanya dengan kepatuhan masyarakat, dan inisiatif masyarakat, maka beban pemerintah akan terasa ringan. Namun saat bersama tentunya atas satu komando, dengan pemerintah dan ABRI. Dalam menghadapi masalah ini hanya dengan cara begini, kita bisa bertahan untuk mengatasi masalah bersama pandemic virus ini.

### **Modal Gotong Royong**

Kendatipun jumlah pendeteksian penduduk dinyatakan sebagai variabel rendahnya kasus Covid 19 di Indonesia, angka mereka yang menjadi pasien dalam pengawasan "Insha Allah" tidaklah tinggi.

Sehingga keraguan itu pun menjadi agak sirna mengingat jumlah penduduk yang meninggal memang meningkat. Itupun tidak setinggi dari perkiraan yang dinyatakan oleh banyak ahli.

Mengingat sekarang di Eropa, minggu kedua April 2020, trennya menunjukkan tanda penurunan angka kematian, termasuk penemuan kasus baru. Memang terlalu awal kita menyimpulkan minggu ini Indonesia mengalami kematian yang tidak setinggi yang diperkirakan. Bisa jadi tahapan kebijakan DKI dan kemudian diikuti oleh provinsi dan kabupaten, melegakan.

Kendatipun memang banyak yang mudik secara prematur, kasus kasus baru hingga diturunkan tulisan ini masih tetap menarik tetapi trennya juga tidak tajam. Salah satunya adalah potensi bahwa partisipasi masyarakat secara Gotong Royong mulai menghasilkan buah. Dari data yg dirilis oleh pendamping desa di Sumatera Barat

misalnya hampir 42% desa sudah membentuk gugus pengendalian Covid-19.

Kegotongroyongan masyarakat sedemikian rupa sehingga perlu dijadikan sebagai modal dalam mengatasi masalah secara bersama. Kegotongroyongan telah fokus pada pencegahan dan pemantauan di desa desa sampai RT dan RW aktif. Selain itu kegotongroyongan juga terlihat bagaimana dukungan ekonomi bagi yang perlu dibantu.

Walikota Padang Mahyeldi bahkan mendata keluarga kaya. Karena selain mereka masih punya tabungan, ini masih bisa dioptimalkan untuk redistribusi kekayaan ke kelompok masyarakat terkena dampak. Kegotongroyongan seperti ini mungkin tidak mudah ditemukan di negara maju. Jadi bisa jadi ini merupakan kekuatan untuk atasi pemutusan Covid-19 sekaligus pemulihan<sup>21</sup>.

### **Fungsikan Masjid**

Saya baru saja selesai sholat dzuhur. Di rumah saja. Habis memberikan kuliah umum, dengan mahasiswa saya MM STIE Bukittinggi dua kelas. Mata pelajaran soft skills diperkenalkan dengan *expected learning outcomes* (ELOs) yang jelas.

Penyampaian materi dan diskusi pakai teknologi ZOOM saja. Kuliah berjalan baik termasuk diskusi dan bahan yang diberikan. Kuliah saya diakhiri dengan adzan masjid. Dan mahasiswa antusias untuk berdiskusi sebenarnya.

---

<sup>21</sup> Diskusi yang juga mendalam dilakukan oleh Kompas Senin 18 Mei, memperlihatkan bagaimana Solidaritas Kian Tumbuh. Solidaritas ini lahir begitu saja, dan sangat besar peranannya dalam mengatasi masalah di masyarakat. Kompas (18 Mei, 2020) "Solidaritas Kian Tumbuh", Kompas.

Yang menarik adalah setelah saya berhenti dan menunggu makan siang, saya mendengar pengumuman di masjid. Pengumuman yang bagus saya kira disampaikan oleh pengurus, mereka sholat dzuhur berjamaah.

Isi pengumumannya begini:

*"Kepada seluruh warga Alai Parak Kopi, bagi yang batuk-batuk, dan merasa dingin badannya, jangan sampai datang ke masjid. Sholat saja di rumah masing-masing".*

Saya merasa ternyata kesadaran pengurus masjid terhadap shalat berjamaah baik untuk ditunda dulu sudah terlihat dari pengumuman itu. Bayangan saya ini perlu dilanjutkan dikejutkan tiap sebentar. Karena tidak hanya datang di larang, pengumuman yang sama akan efektif jika masyarakat juga bisa diajak untuk terbiasa mencuci tangan dengan sabun, ke luar rumah pakai masker dan tentunya, yang perlu juga ditunjukkan kepada anak-anak. Lebih baik intensitas pengumuman masjid ini ditingkatkan. Direkam suara pak wali, kemudian dibunyikan lewat pengeras suara. Semoga segala upaya bisa membuahkan hasil.

### **Masifkan Program Kunker**

Tapi pada masa Covid-19 ini Kunker yang kita maksud adalah masifnya kunjungan rumah ke rumah yang dilakukan satuan tugas. Ini selama 14 hari setiap individu yg baru sampai di kampung halaman untuk pemantauan pasien dalam pengawasan (PDP). Kunjungan ke rumah-rumah dilakukan dalam rangka monitoring pergerakan dari ODP dan PDP, walau juga tidak diketahui terhadap Orang Tanpa Gejala (OTG).

Program secara masif ini bertujuan memantau apakah mereka dalam masa karantina tidak menyalahi prinsip dasar *physical distancing*. Berjarak di dalam rumah dan di luar rumah, pakai masker, dan hanya untuk keperluan penting.

Kunker merupakan program yang paling berhasil terlaksana di China selama tahun 1980 dan 1990, mengurangi angka kurang gizi, meningkatkan partisipasi anak sekolah. Oleh UNICEF, China dicatat sebagai negara yang paling sukses mengurangi angka gizi anak balita dari seluruh negara. Program kunker ini lazim disebut dengan '*Bearfoot program*'.

Apa yang membedakan kunker dengan pelayanan model sekarang?

Kalau model sekarang ODP dan PDP yang diisolasi di rumah untuk datang ke rumah bidan atau puskesmas setempat. Program ini baik tapi pasif. Bagi yang malas dan tidak punya biaya ke fasilitas kesehatan, maka mereka tidak secara reguler datang. Sedangkan kunker, bagi yang tidak datang mengecek ke tempat yang ditentukan, maka pelayanan diberikan rumah ke rumah. Sekitar 57.000 individual seluruh Sumatera Barat kejadian yang perlu dikunjungi. Setiap bertambah satu orang bertambah pula calon masalah baru<sup>22</sup>.

Kita tidaklah membuat pendatang sakit hati, karena mereka yang pulang juga punya banyak masalah. Yang kita buat adalah

---

<sup>22</sup> Presiden dalam penjelasannya menyatakan dalam sebuah televisi, bahwa masih sekitar 37% lagi warga yang berpotensi untuk pulang kampung, ketika masa PSBB diberlakukan. Dengan demikian, jika saja tidak dilakukan pengendalian yang lebih ketat, maka permintaan akan kunjungan ke rumah-rumah untuk monitoring penduduk yang baru datang untuk isolasi tentu meningkat tajam.

mereka memiliki kesadaran yang tinggi untuk mau menyatakan diri bahwa mereka pembawa carier virus.

Pada masa masa genting ini diperlukan tambahan tenaga volunteer mendampingi bidan dan petugas kesehatan puskesmas. Jangan anggap remeh, bahwa mereka juga perlu alat pelindung diri yang cukup. Saya yakin jika ini bisa berjalan dengan kegotong royongan program Kunker yang saya tawarkan akan efektif. Berat memang tapi apa boleh buat. Perkiraan saya perlu bantuan sebanyak lebih kurang 150.000 tenaga volunteer untuk sukseskan hal ini. Masa masa genting ini. Hitung punya hitung program kunker bisa sebagian untuk buat program *employment creation* khusus untuk volunteernya. Kompensasi minimal sudah memadai<sup>23</sup>.

### **Mobilisasi Dana Masyarakat**

Pemandangan yang indah beserta gundah di group WA selalu mengusik tidur saya malam tadi. Indahnya begitu pesatnya aktivitas dan revitalisasi penggalangan dana masyarakat.

Gundahnya, bagaimana koordinasi pemasukan, pembelian, dan pendistribusian antar kelompok penerima dana.

Ada tujuannya pada pengadaan alat kesehatan. Mulanya untuk rumah sakit tempat rujukan Covid-19.

Sekarang bergeser pada puskesmas dan keperluan alat pelindung kesehatan bidan desa dan petugas kesehatan, sopir, penguburan, pembersih fasilitas umum. Ada yang kelola bantuan.

---

<sup>23</sup> Pembahasan lain yang kami ajukan adalah kunker disertai dengan pendataan untuk pemutakhiran data rumah tangga yang terkena dampak Covid-19. Selain membuka lapangan kerja bagi pemuda yang terdidik, data penerima calon akan semakin baru.

Kemudian bantuan itu diberikan kepada paket beras untuk dibagikan.

Model-model partisipasi dan penggalangan dana masyarakat jelas lahir ketika bencana. Bisa dalam bentuk uang, barang, maupun tenaga sukarela. Pandangan saya sepertinya negara terbantu dengan penggalangan dan kegotongroyongan masyarakat. Tapi yang jelas, peranan pemerintah pusat, provinsi, kabupaten dan kota jelas diperlukan utama. Bahkan dalam kendali mereka. Mulai menyusun *contingency plan* sampai penyediaan sdm, regulasi sampai monitoring dan pelaksanaannya. Jika ini berjalan lancar, maka kejadian pandemi ini merupakan pelayanan publik global.

Pilihan akan kebijakan dengan perhitungan konsekuensi mesti dilakukan oleh pemerintah. Walau tidak mudah, prediksi memang tidak mudah sebagai basis. Namun kita mesti punya data awal agar segala yang dikerjakan punya rasionalitas yang semakin inovatif. Berbagai tayangan dan postingan penjual pakaian di Jakarta hari minggu, sebuah kasus menunjukkan ternyata pelaksanaan pembatasan sosial berskala besar di Jakarta masih menyisakan masalah.

Pak Anies menyatakan bahwa beras dan beserta jenis keperluan tambahan dibagikan. Katakan terlaksana kamis dan jumat. Jika saja penjual yg konon berasal dari minang itu belum dapatkan bantuan. Maka tentu itu salah satu eksekusi yg perlu diperhitungkan. Tapi jika sudah dapat bantuan masih berjualan itu persoalan etika. Ini kita masih belum jelas.

Pada masa ini akan banyak penggalangan bantuan. Wardah group yang telah menyumbang mencapai Rp. 40 Milyar perlu mendapatkan acungan jempol. Bantuan Jack Ma, Group Tempo, dan masih banyak konglomerat lainnya dengan cara mereka

masing-masing. Kesadaran mengumpulkan *charity* memang luar biasa di Indonesia. demi grup wa ada saja yang aktif. Aktif sekampung kumpulkan dana, aktif seangkatan, aktif se alma mater, seprofesi, dll.

Jika saja seseorang sarjana, maka dia akan punya group wa minimal 4. Semua level kumpulkan bantuan. Ada yang aktif kumpulkan dan distribusikan. Ada yang berani turun keceknnya apalagi dicantumkan namanya dalam daftar donatur. Ada yang terlalu lama pikir, bisa jadi karena tabungan menipis atau memang tidak terusik dengan pengumpulan itu. Yang saya khawatirkan ada, memang kalau masing-masing berjalan akan banyak penggalangan dana partisipasi masyarakat.

Kebijakan satu pintu bantuan memang tidak akan mungkin. Tapi pelaporan kepada satu badan mungkin diperlukan. Sumatera Barat sudah perlu pula membentuk badan yang koordinasikan ini.

Baznas ada tapi banyak juga kelompok masyarakat yang tidak gunakan Baznas sebagai tempat penyaluran zakat. Sementara jika tidak ada koordinasi, maka bisa jadi bantuan menumpuk di suatu tempat dan di tempat lain kekurangan meraung-raung.

Kendatipun usaha ini insyaallah positif dan Allah akan membalasnya, bukan tidak mungkin kekurangan koordinasi akan membuahkan kelompok rente baru. Bisa jadi dana dikelokkan untuk kepentingan politik, atau juga terjadi penyalahgunaan. Jalan ke luar yang bagus juga bisa ditunjuk sebuah koran. Mengumumkan penerimaan dan pengeluaran mingguan dari mereka yang mengumpulkan dana masyarakat. Koran ini bisa diakses publik. Tidak terlambat mengkapitalisasi dan mengkoordinasikan bantuan.

## Model Sembako "Balado Sero"

Adalah teman saya Dharmansyah Bujang dan seangkatan, Alumni SMAN 2 Barisan '82, Padang beserta seangkatannya. Membuat gerakan penyediaan sembako. Mereka beri judul Balado Sero. Balado artinya bersama lapan duo, disingkat Balado. Mudah mengingatnya. Dan kesukaan orang Minang kalau makan nasi tanpa lada, cabe, tidak *sero*. Sero adalah enak. Mereka ingin membagi keenakan walaupun sedikit tetap bisa jalan dan mudah menjangkau warga warga secara acak. Mereka telah sepakat mengumpulkan donatur dari sesama angkatan. Terserah berapa saja besarnya.

Ukuran keikhlasan masing-masing yang transparan melalui grup WA. Kemudian setelah mereka kumpulkan, jatuh pilihan pada besaran sembako Rp 250 ribu per KK. Berisi beras 5 kg, mie instan dan telur. Saya melihat tidak besarnya. Tetapi beberapa kekuatan cara ini yang dengan prosedur yang mudah mereka menjangkau kelompok sasaran keluarga siapa saja yang dianggap pantas menerima bantuan. Cara praktisnya adalah.

Pertama target grup penerima adalah rumah tangga yang diketahui oleh alumni, minimal 10 KK. Kemudian ini tidak memerlukan pendataan yang serius. Namun prinsip *trust* kepada alumni yang membagikan. Selain mudah, alumni boleh mengetahui secara persis siapa menurut mereka yang akan menerima.

Kedua selain *trust*, lebih menjangkau pada akar rumput. Karena "Balado Sero", adalah keluarga yang diketahui oleh alumni yang membagikan memang berhak. Sehingga dalam konteks ini gerakan seangkatan ini "*ground to the earth*", alias membumi.

Ketiga adalah gerakan yang dikembangkan oleh seangkatan. Konon kabarnya mereka seangkatan melakukan pertemuan secara

rutin, dan memiliki kekuatan seperti sebuah keluarga besar. Kelompok ini sudah terbentuk semenjak mereka sekolah sama seangkatan. Serta anggota masing masing memiliki kenal dan kompak satu sama lain. Ini berimplikasi mereka tidak perlu membentuk gugus pelaksana. Tidak ada surat keputusannya. Mereka menggunakan prinsip saling *trust* sesama.

Keempat jika jatah per orang membagikan 10 KK bisa saja kekurangannya ditambah secara mandiri oleh anggota dengan membuat paket sembako yang sama. Memang tidak satu satunya kelompok ini yang berbuat amal, juga banyak kelompok lainnya. Tapi saya terkesan sekali kemandirian masyarakat jika simpul simpulnya digerakkan akan membuahkan gerakan filantropis yang masif. Hebat.

### **Bantuan Sembako Bersyarat**

Memang bantuan, tentu ada yang besarnya secukupnya. Bagi keluarga miskin apapun yang diberikan mereka akan senang. Buku yang menghimpun *Conditional Cash Transfers*, menuntun kita begitu bantuan bersyarat, akan jauh lebih efektif dibandingkan dengan bantuan lepas begitu saja<sup>24</sup>. Karena ketika masa kesulitan ekonomi mereka tidak mungkin lagi menurunkan konsumsi kepada garis konsumsi lama yg lebih rendah.

Oleh James Duesenberry penemu "*relative income hypothesis*", garis konsumsi lama tidak diikuti oleh konsumen, melainkan lebih baik sedikit dibanding yang lama dan kurang dari garis konsumsi terakhir.

---

<sup>24</sup> Lihat Fiszbein Ariel dan Norbert Schady dkk. 2009. *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. A World Bank Policy Research Report”, The World Bank, Washington DC.

Makanya di negara yang lebih maju katakan Malaysia besarnya kompensasi lebih tinggi secara real dibandingkan di negara kita. Jika kita beri bantuan tentu tidak perlu disebut sebut. Tetapi agar paket bantuan bisa bertujuan selain dapat mempertahankan hidup penerima, penerima semakin patuh. Itu namanya bantuan bersyarat.

### **Syaratnya Mudah**

Tidak boleh berkata kotor. Penerima bantuan memakai masker dan mau patuh melaksanakan social distancing. Penerima bantuan tidak akan bekerja di tempat keramaian, berjualan lagi sementara waktu. Hal hal begini memang perlu disampaikan kepada penerima bantuan agar bantuan yang dimaksud bisa lebih efektifnya kebijakan.

Form deklarasi dan perjanjian singkat perlu disampaikan ke penerima bantuan. Jika tidak mereka tidak paham kenapa kompensasi yg diberikan tidak sekedar mereka bisa terpenuhi keperluannya, namun patuh untuk mengikuti program. Jika Sumatera Barat ingin melaksanakan PSBB maka lakukanlah dan sosialisasikan sangat intensif.

### **Tabel Sembako**

April Minggu keempat 2020, tepatnya hari Jumat, kita insyaallah memasuki bulan Ramadhan. Ini dapat menjadi hikmah cukup sudah waktu untuk kita bahu membahu. Dari data yang saya kumpul sample 300 yang mengisi google form di perkotaan Sumatera Barat, menunjukkan lebih 51% responden maksimum memiliki persediaan 1 minggu, dan seperempat memiliki persediaan termasuk tabungan selama dua minggu. Artinya masa semakin sulit justru akan dialami oleh rumah tangga yang selama ini tergantung membeli sembako

dari hasil pekerjaan. Dan perkiraan masa semakin sulit adalah pada minggu minggu pertama bulan puasa. Hal ini dikarenakan bantuan tahap pertama dari masyarakat diperkirakan akan menipis.

Kabupaten Agam paling cepat bagikan sembako. Disusul oleh Pesisir Selatan. Bahkan kota Padang Panjang sudah masuk ke fase kedua pembagian sembako. Suasana ini juga kita temukan di daerah Jawa, dan provinsi lainnya, dimana terjadi keterlambatan pembagian sembako.

Jika bantuan pemerintah masih telat, sementara gerakan masyarakat tidak menjangkau daerah daerah lain, maka suasana akan semakin sulit. Sedih saat melihat video keluarga yang kelaparan, belum dilihat berapa tambahan anak balita yang kurang gizi. Oleh karenanya setelah masyarakat pada umumnya mulai berfungsi membagikan sembako, upaya itu tidaklah cukup.

Habisnya sembako tahap pertama, jika tidak dilanjutkan oleh pemerintah secara cepat maka persediaan makanan pada rumah tangga terkena dampak akan semakin menipis.

Oleh karenanya, sebaiknya kelurahan kelurahan dapat membuat tabel sembako masing-masing rumah tangga. Artinya mana yang sudah mana yang belum, dan kapan sembako diperlukan lagi. Sekalipun kajian kami juga menunjukkan bahwa rumah tangga mau melakukan penambahan pekerjaan, pilihan itu sulit terwujud mengingat proyek proyek pemerintah juga pada ditunda. Akhirnya jika ada program padat karya yang direalisasikan maka ini tentu jadi angin segar bagi rumah tangga.

Tabel penerima sembako akan memberikan gambaran siapa yang sudah dan kapan mereka memerlukan lagi. Ini menjadi kontrol terhadap keluarga yang terancam makanannya dalam waktu ke

depan. Pemerintah daerah juga tidak bisa diharap betul. Mengingat entah ada uang entah tidak ada.

Semula kami mengira para pengurus masjid ada yang bergerak namun dalam kajian tidak banyak responden yang menerima bantuan dari masjid sekelilingnya. Artinya kas masjid masih ada, namun juga aktivitas pengurus dalam membantu ini boleh dikatakan sangat terbatas. Hanya 12% dari rumah tangga yang dapat bantuan dari sanak keluarga. Sisanya organisasi pemerintah, swasta, partai politik atau tidak mau menyebutkan asalnya penderma. Ketika kita mulai memasuki ramadhan, virtual.masjid direfleksikan oleh aktifitas aktifitas untuk mendata keluarga.

Mendorong agar jamaah juga menyisihkan penghasilan dan kalau bisa lebih dulu mengeluarkan zakat dan sedekah termasuk segala penggalangan dana adalah masih memungkinkan.

Bagi rumah tangga yang masih bisa bekerja maka jangan hentikan usaha. Lahan lahan yang kosong tidak apa ditanami sayur. Ayam-ayam juga bisa dipelihara agar kemudian bisa bertelur kemudian sumber protein rumah tangga.

Semua harus sadar bahwa kita mesti semakin tahan banting, masyarakat mesti lebih tergugah karena refleksi dari ramadhan adalah sharing aksi, membagi kepada yang berhak. Silahkan.

### **Gerakan Sosial dan Empati**

Analisis sebelumnya berkaitan dengan *adjustment* yang dilakukan oleh rumah tangga, ketika menghadapi program pembatasan sosial berskala besar (PSBB). Data seminggu sebelum PSBB diberlakukan di Sumatera Barat menunjukkan bahwa sebesar 19% dari responden telah menerima bantuan.

Jika saja angka kemiskinan sebelum Covid-19 di Sumatera Barat pada kisaran 9%, tambah “hampir miskin” sekitar 10%, maka kajian ini menemukan seminggu diberlakukan PSBB sebenarnya masyarakat kedua kelompok ini sudah menerima bantuan.

Bantuan beragam diberikan dengan kombinasi, sembako 72.2%, dalam bentuk uang (16.7%) dan kombinasi sembako dan uang keduanya (11.1%). Nilainya berkisar Rp 250.000 sampai Rp. 500.000, yang sudah dipaketkan. Pemilihan Sembako sudah tepat, mengingat jika uang mungkin saja akan salah pemanfaatannya, misalkan rokok atau pulsa.

Analisis sebelumnya juga memperlihatkan begitu hampir kebanyakan keluarga yang berhak sudah menerima bantuan. Saat dimana pemerintah belum menyelesaikan administrasi data penerima inipun hanya beberapa kabupaten yang sudah jalan. Agam kemudian disusul Pesisir Selatan.

Kajian ini juga ingin mendalami siapa yang paling lebih cepat turun dalam memberikan bantuan. Dari kajian ini ditemukan organisasi pemerintah 32.7%, menyusul organisasi swasta 27.2%, organisasi lainnya seperti organisasi politik 9%. Sementara bantuan keluarga dan saudara sebesar 10.9%, dan sisanya 20% tidak mau disebutkan darimana sumbernya. Bisa hamba Allah, atau responden tidak memperoleh gambaran dari si pemberi.

Partai politik sangat jelas berbeda. Yang menonjol kelihatan adalah Gerindra, melalui motor Andre Rosiade, kemudian tokoh partai Demokrat, tokoh partai PPP di kabupaten Solok, dan tentunya PKS yang kerja diam diam di lapangan. Yang lain belum begitu banyak dan menonjol marketing bantuannya.

Bagi kita ada suatu modal baru yang terlihat, begitu empathy dan kegotongroyongan nampaknya mulai muncul. Biasa kelompok seangkatan sekolah mengembangkan sumber penerimaan, lembaga Lazis belum terlihat termasuk potensi masjid yang belum nampak peranannya dalam kajian ini. Bisa jadi pengurus masjid terbatas gerakannya kurang aktif mengingat sebagian besar juga masjid tidak begitu aktif dalam terlibat mengatasi masalah dampak Covid-19 ini.

### **Sari Lenggogeni *Empathy Project***

Sudah lebih 1.5 bulan ketika group WA "Kawal Covid-19 Sumatra Barat" dibentuk. Hampir semua anggota yang masuk adalah lintas bidang, praktisi, pengambil keputusan. Walaupun anggota grup berkembang dari hari ke hari, hampir tidak ada yang keluar semenjak mereka ikut.

Di dalamnya lahir project empathy. Tidak terkecuali kawan kawan lain seperti Donny Oscaria, Diaspora, Ririe dan banyak juga teman dokter yang aktif. Bagi saya yang menarik adalah Ririe. Kita diuntungkan kehadiran beliau sebagai seorang dosen jurusan manajemen, ahli di bidang *Tourism Management*.

Tetapi yang lebih penting menurut hemat kami adalah perwujudan dari ilmu dan tindakan serta dedikasi untuk berbuat. Hampir 24 jam waktu bekerja per hari. Mulai dalam menggalang dana, mengkoordinasikan keperluan alat pelindung kesehatan bagi petugas rumah sakit' serta koordinasi antar anggota. Kegiatan harian didiskusikan cepat sambil hari demi hari terlihat sumber pemasukan dari banyak pihak untuk menyediakan peralatan kesehatan rumah sakit sampai puskesmas untuk seluruh daerah kabupaten dan kota di Sumatera Barat. Beliau pun berfungsi sebagai host yang menemukan

banyak pihak, mendiskusikan langkah langkah praktis dan ambil jalan cepat.

*Emphaty project* Covid-19 ini adalah membuat nama harum Unand seharusnya, mengingat saat sekarang sangat langka orang seperti Ririe dari dunia perguruan tinggi yang mampu menunjukkan fungsi yang dimainkan ketika negara sudah membiayai begitu besar dana untuk sekolahkan beliau sampai selesai.

Dalam pandangan ini, selain Ririe muncul Dr Andani, kepala laboratorium Unand, aktif juga kawan kawan dari epidemiology, fisip unand dengan komunikasinya. Mereka mereka ini adalah dosen sekaligus memperlihatkan keberadaan fungsi sosial mereka yang sebenarnya dituntut saat Indonesia menghadapi masalah luar biasa ini.

Saya tidak terlalu mengetahui yang lain. Ada yang habis waktu untuk diskusi, ada yang berikan saran, tetapi jelas yang diperlukan saat sekarang dosen dosen sekaliber Ririe sangat diperlukan.

Bukankah saat pandemi ini harusnya lahir para peneliti yang memainkan fungsinya masing masing?

Jika ada pertanyaan bagaimana memajukan kehidupan oleh masyarakat awam ketika pandemi ini, maka ketika tidak ada kemunculan jawara jawara dari perguruan tinggi, kepada siapa orang akan memintai pandangan?

Semoga Ririe, Donny, dan siapa saja yang telah membuat dan berbuat menjadi amalan. Inipun bagi mereka yang aktif adalah aktualisasi diri, bahwa ilmu baru bisa bermanfaat jika diamalkan. Sukses semoga Allah membalasnya dengan amalan yang setimpal.

## **Donasi Garam Ke Laut?**

Saya sangat bersyukur atas kinerja tim donasi di bawah Kawal Covid19 Sumatera Barat. Mereka telah berupaya mencari berbagai sumber sumbangan, berupaya pula mencari dan memesan sampai alat pelindung kesehatan dengan seluruh jenisnya di rumah sakit dan puskesmas.

Saking seriusnya informasi terbaru dari laporan dan foto serah terima dimiliki dan dikomunikasikan dalam group ini. Walaupun demikian kita tetap saja mesti awam bahwa donasi itu berapa lama tahannya, dan sekiranya dalam skenario proyeksi pertumbuhan kasus baru kita tidak ketahui apa yang terjadi?

Hingga kini data sementara di Sumatera Barat langkah langkah teknis menghadapi Covid-19 sudah mirip dengan yang dikerjakan oleh DKI Jakarta. Akan tetapi efektifitasnya nampaknya kurang. Atas dasar 3 peta baru.

Peta pertama adalah kontak seseorang dengan mereka yang sudah kena virus, baik dengan ODP, OTG, atau pasien positive virus, dan termasuk proses penyelenggaraan kematian. Pada model pertama ini bisa berada di rumah sakit, puskesmas atau di rumah rumah. Kasus demi kasus baru diperoleh pada daerah ini. Seluruh alat pelindung kesehatan menjadi tidak optimal mengingat kasus kasus yang muncul masih cukup banyak ditemukan hasil kontak dengan pasien dan daerah ini.

Kelompok kedua adalah interaksi di keramaian, seperti pasar, pangkalan ojek, tempat belanja takjil. Jika saja standar yang diterapkan tidak ada yang mengawasi daerah daerah keramaian utama, maka migrasi virus pada daerah ini akan tetap tinggi.

Pola ketiga masih *imported* kasus baik karena mereka yang pulang dari acara pesta, acara keagamaan, maupun dari daerah pandemi. Dua kasus mentawai adalah mahasiswa pulang dari Jakarta. Lima temuan di Dharmasraya mereka pulang dari acara pertemuan di makassar. Satu kasus di Jati diduga karena kedatangan anak dari Jogja yang mungkin saja carrier.

Jika saja kita ingin lebih mengefektifkan upaya PSBB maka protokol pelaksanaan baik di rumah sakit, pengunjung rumah sakit, tempat keramaian, bisa lebih diperketat lagi. Himbauan dengan model sekarang tidak membuat orang semakin patuh, tapi justru membuat semakin tidak acuh.

Patroli masif dengan membidik sasaran mereka yang tidak pakai masker, patroli tentang penjualan di pasar dan pinggiran jalan yang tidak mengindahkan jaga jarak, menjadi sangat diperlukan. Patroli sudah saatnya masuk ke gang-gang sempit perumahan' tidak mempan di jalan raya lagi.

Jika tidak keperluan alat pelindung kesehatan akan tetap tinggi' dan ketika usaha untuk mengumpulkan donatur mulai lelah' kita akan menghadapi masalah.

Angka temuan yang dilaporkan dalam tiga hari terakhir jelas menunjukkan efektivitas penerapan program sangat kurang, khususnya di kota Padang. Mengingat penduduknya banyak mungkin sudah mencapai 950 ribu orang. Namun berjalan jauh lebih efektif untuk kabupaten dan kota lainnya. Di luar kota Padang jika sedikit lengah, juga bisa jadi kasusnya akan ditemukan dan merebak.

## Bab 9

### Kajian Covid-19: Kasus Sumatera Barat

Penelitian ini bertujuan untuk menemukan berbagai karakteristik yang dapat dipelajari dari mereka yang mengisi form, lewat web, selama 5 hari bulan April 2020. Diantara kajian yang dialami adalah (a) akses rumah tangga terhadap tamu, (b) kebiasaan *protective behaviour*, (c) dampak pekerjaan (d) penyesuaian selama social distancing.

Sample 300 berdasarkan isian yang dilakukan secara dua. Selain mengisi mandiri, namun juga melakukan wawancara, diantaranya kelompok yang beresiko tinggi. Karena mereka tidak mungkin mengisi form di internet, kemudian wawancara dilakukan oleh 4 orang mahasiswa, kemudian dengan membantu mengisi ke dalam form. Tingkat kesalahan dengan jumlah pengamatan 300 sampel menurut rumus slovin adalah sebesar 5% untuk two tailed pengamatan.

#### Karakteristik Responden

Dari hasil pengisian diperoleh gambaran bahwa 52.7% dari responden adalah lelaki, dan sisanya perempuan. Karakteristik gender responden relatif hampir sama menurut jenis kelamin.

Mengingat kebiasaan pengisian lebih besar pada masyarakat perkotaan, maka 92% dari responden yang mengisi form berasal dari daerah perkotaan, dan hanya 8% yang berasal dari perkotaan. Kajian

ini relatif lebih representative perkotaan yang cukup relevan untuk analisis Covid-19.

Jumlah anggota rumah tangga responden pada kisaran 4-5 orang sebanyak 48,7%, 5,3 % masih individual, dan cukup besar responden yang memiliki anggota sebanyak 5+, 24,2%. Sisanya masih keluarga kecil, yang beranggotakan 2-3 orang. 25% dari rumah tangga memiliki anak balita, dan sisanya tidak memiliki anak balita. 37,6 rumah tangga memiliki penduduk yang berusia di atas 60 tahun.

Kajian ini menemukan dimana 80% responden adalah bekerja, dan sisanya 20 persen mereka belum dan tidak bekerja.

36% Responden tamat SLTA, 45,6% berpendidikan diploma sampai sarjana. Dan sisanya 18,4% di bawah maksimum berpendidikan SMP.

43,7% responden sebagai penerima upah, dan 53.7% bukan penerima upah, dan 2,7% tidak menjawab. Artinya merek yang berasal dari sektor formal adalah hampir separuhnya.

Pendapatan responden (selama seminggu yang lalu), 50.7% kurang dari Rp. 500 ribu rupiah. 41,6 % di atas 500 ribu per minggu. Artinya sekitar separo responden menerima penghasilan berkisar Rp. 2 juta per bulan.

### **Eksposur terhadap Tamu**

Ketika pandemi Covid-19 melanda Indonesia yang terbayang pertama kali adalah bagaimana rumah tangga, memiliki kontak tamu dengan siapa saja? Kepada responden ditanyakan apakah saudara memiliki kontak tamu selama seminggu terakhir.

Sebesar 27.7 % responden pernah kedatangan tamu di rumah. Dengan arti kata lebih seperempat memiliki kontak dengan "orang luar". Dari rumah tangga yang pernah kontak dengan tamu ke rumah mereka maka 14 % dari tamu itu berasal dari sanak keluarga dan family terdekat dan 12,7% dari tetangga terdekat.

Pertanyaan berikutnya adalah apakah responden menginap di rumah ketika mereka berkunjung? Maka sebesar 8% responden menyatakan tamu mereka menginap di rumah. Hal yang penting adalah dari keseluruhan responden seberapa banyak asal tamunya dari luar propinsi?

Maka ditemukan sebesar 1.3% dari tamu berasal dari luar Sumatera Barat dengan arti kata dari 1000 rumah tangga yang ada maka sebanyak 13 orang pernah kedatangan tamu dari luar provinsi. Temuan kajian ini justru memperlihatkan bahwa angka 1.3% tamu dari luar menyatakan bahwa risiko untuk membawa virus juga sangat berpotensi menularkan virus.

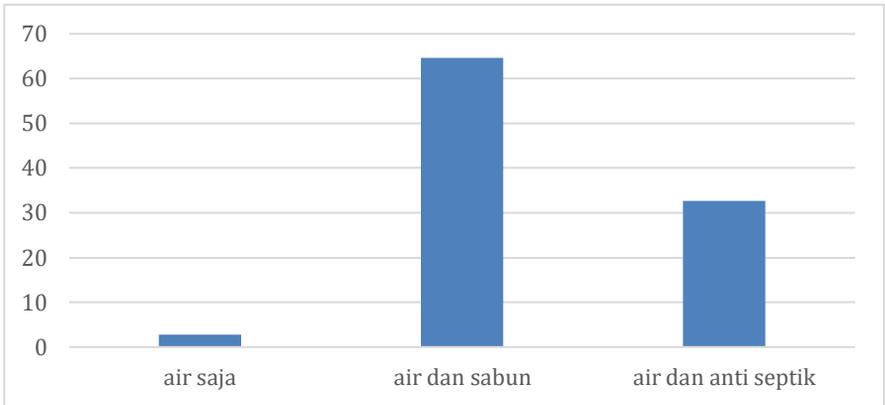
### **Protaktif Diri**

Hari kemarin 87.3% responden menggunakan masker. Yang tidak pakai 6% nyatakan tidak dapat tersedia di pasaran, dan sisanya karena tidak terbiasa, ketinggalan dan lainnya. 2.6% tidak sanggup beli, 4% merasa aman. Kemudian sebesar 9.7% responden membeli masker yang mereka istilahkan masker bedah, dan sisanya masker kain 82%.

Responden juga ditanyakan perihal bagaimana kebiasaan cuci tangan yang hasilnya menjawab 98.7%, ini setelah masa pandemik. Kemudian sebanyak 19% di bawah lima kali sehari, dan

sisanya di atas itu. Kajian ini menemukan 32,7% masyarakat sudah menggunakan disinfektan, dan 64.7% menggunakan sabun.

Gambar 9.1 % Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Alat Cuci Tangan yang Digunakan.

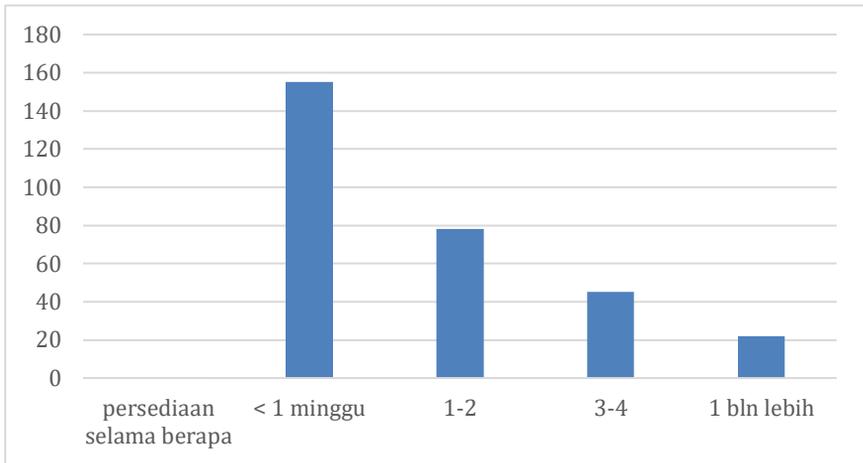


Sumber: Survei Covid-19 Sumatra Barat, April 2020

## Persiapan PSBB

Ketika persiapan PSBB ditanyakan perihal berapa lama responden memiliki persediaan. Maka jawabannya menunjukkan frekuensi yang paling besar jumlahnya pada fase seminggu (51.7%), dan 26% sisa satu minggu. Artinya ini memperlihatkan bantuan mesti disiapkan dalam persiapan rentang 1-2 minggu, yang akan mengcover sekitar 77,7% dari total responden.

Gambar 9.2 Distribusi Responden menurut Lama Waktu Ketersediaan Makanan

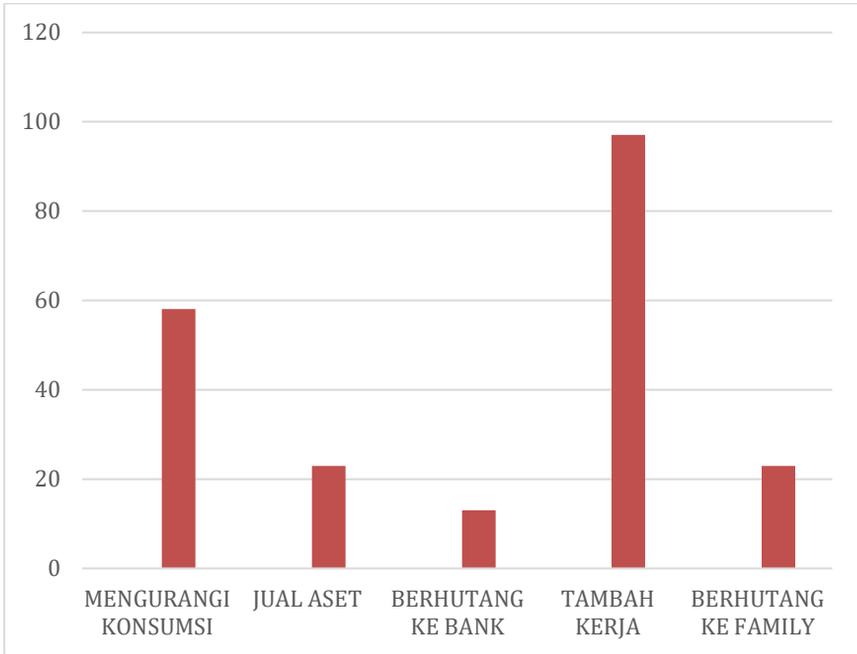


Sumber: Survei Covid-19 Sumatra Barat, April 2020

### **Jika Tidak Ada Bantuan Apa yang Dilakukan?**

Survival strategi dapat dilihat dari upaya untuk meningkatkan jam kerja, mengurangi konsumsi, berhutang atau menjual aset. Strategy yang paling utama adalah ingin melakukan kerja lebih lama, kemudian disusul mengurangi konsumsi, berhutang menjadi pilihan terutama pada sanak family, sementara menjual aset memang pilihan yang kecil.

Gambar 9.3: Jika Tidak Ada Bantuan Apa yang Dilakukan?



Sumber: Survei Covid-19 Sumatra Barat, April 2020

## Bagaimana Masyarakat Bersiap Hadapi PSBB?

Bagaimanapun kita ingin juga mengetahui bagaimana masyarakat Sumatera Barat menyiapkan diri menjelang memasuki PSBB, program sosial berskala besar.

*Social distancing* memang telah banyak dilakukan baik skala nasional maupun lokal. Mulai dari pemindahan proses belajar mengajar di rumah, bekerja di rumah bagi pegawai negeri khusus hamil, kemudian dilanjutkan penutupan tempat keramaian.

Sebelum *full lockdown*, maka beberapa pemda seperti DKI dan Sumatera Barat telah mendapatkan izin melaksanakan PSBB

dari menteri kesehatan. Strategi apa yang dilakukan oleh responden menghadapinya?

Ketika diberlakukannya PSBB yg efektif 22 April di Sumatera Barat, kami menanyakan seminggu sebelumnya apakah rumah tangga mendapatkan bantuan? 19% dari responden yang mengaku mereka mendapatkan bantuan. Ini berarti diperkirakan seminggu menjelang PSBB diperlakukan bantuan masyarakat dari pemerintah belum terwujud. Padahal lebih separuh, 51% responden yang hanya memiliki persediaan makanan selama seminggu saja. Bisa jadi karena datanya untuk penerima bantuan belum siap. Masih syukur masyarakat mulai banyak yg berpartisipasi. Pada umumnya masyarakat, 81%, melakukan persiapan dalam menghadapi PSBB.

Apa persiapan mereka dan penyesuaian yang mereka lakukan? Maka jawaban yang paling utama adalah mengurangi pengeluaran 35.7%. Sementara cara berikutnya adalah 28.7% menyiapkan kebutuhan pokok. Kombinasi antara meningkatkan persediaan kebutuhan pokok dan mengurangi konsumsi adalah sebesar 23 %. Dan sisanya adalah lainnya. Itu pula hingga sekarang kenapa tidak terjadi *panic buying*, dan memburu tempat berjualan, karena pemberlakuan dari kebijakan PSBB masih relatif lama. Namun dari cara menghadapi ini kombinasi meningkatkan persediaan dan mengurangi pengeluaran total menjadi pilihan pada masa pandemi.

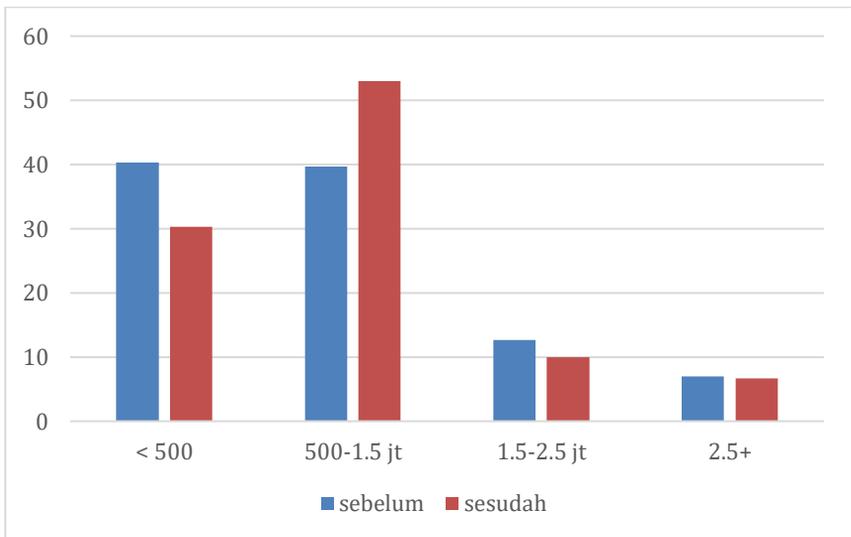
### **Pengeluaran Sebelum dan Sesudah Pandemi**

Pertanyaan siapa yang merasa lebih terpengaruh jika dilihat dengan pola konsumsi saat terjadi pandemi. Gambar dibawah memperlihatkan bahwa pada empat kelompok penghasilan per minggu, terjadi penurunan proporsi pengeluaran, pada kelompok

berpenghasilan Rp 500 per minggu turun dari 40,3% menjadi 30,3%. Ini dapat dimengerti bahwa mereka jelas mengalami dampak langsung.

Sementara untuk kelompok berpenghasilan menengah, katakanlah 500-1,5 juta per minggu, maka dampak pengeluaran menaik, dari 39,7% menjadi 53,0 persen. Ini artinya pengeluaran lebih kepada peningkatan stok bahan makanan, dan lonjakan ini sedikit meningkat pada kelompok rumah tangga ini. Sementara untuk kelompok kaya proporsi mengalami penurunan.

Gambar 9.4: Kelompok dan Distribusi Pengeluaran Sebelum dan Setelah Pandemi 2020 di Sumatera Barat

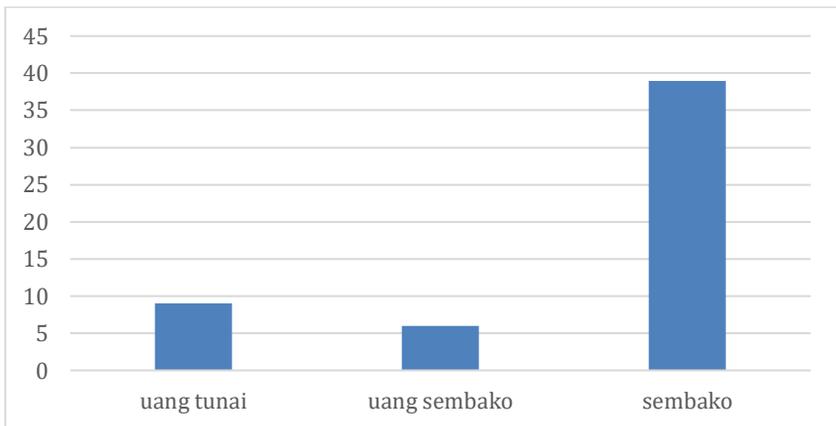


Sumber: Survei Covid-19 Sumatra Barat, April 2020

## Bentuk Bantuan

Dari 19% mereka yang mendapatkan bantuan, kemudian dalam bentuk apa bantuan diberikan?, maka gambar dibawah menunjukkan pilihan dimana pada umumnya mereka yang memberikan bantuan sudah dalam bentuk bahan (72,2%), dimana sembako terutama. Sementara hanya 16,7% yang memberikan uang, dan sisanya sembako dan disertai uang.

Gambar 9.5 % Bentuk Pemberian Bantuan kepada Masyarakat



Sumber: Survei Covid-19 Sumatra Barat, April 2020

## Siapa yang Memberikan Bantuan?

Analisis sebelumnya berkaitan dengan adjustment yang dilakukan oleh rumah tangga, ketika menghadapi program pembatasan sosial berskala besar. Data seminggu sebelum PSBB diberlakukan di Sumatera Barat menunjukkan bahwa sebesar 19% dari responden telah menerima bantuan.

Jika saja angka kemiskinan sebelum Covid-19 di Sumatera Barat pada kisaran 9%, tambah 'near miskin' sebesar 10 persen, maka kajian ini menemukan seminggu diberlakukan PSBB sebenarnya masyarakat kedua kelompok ini sudah menerima bantuan. Bantuan beragam diberikan dengan kombinasi, sembako 72.2%, uang (16.7) dan keduanya (11.1%). Nilainya berkisar Rp 250.000 sampai Rp. 500.000, yang sudah dipaketkan.

Pemilihan Sembako sudah tepat, mengingat jika uang mungkin saja akan salah pemanfaatannya. Misalnya diberikan ke rokok atau pulsa. Analisis sebelumnya juga memperlihatkan begitu hampir kebanyakan keluarga yang berhak sudah menerima bantuan. Saat dimana pemerintah belum menyelesaikan administrasi data penerima inipun hanya beberapa kabupaten yang sudah jalan. Agam kemudian disusul Pesisir Selatan.

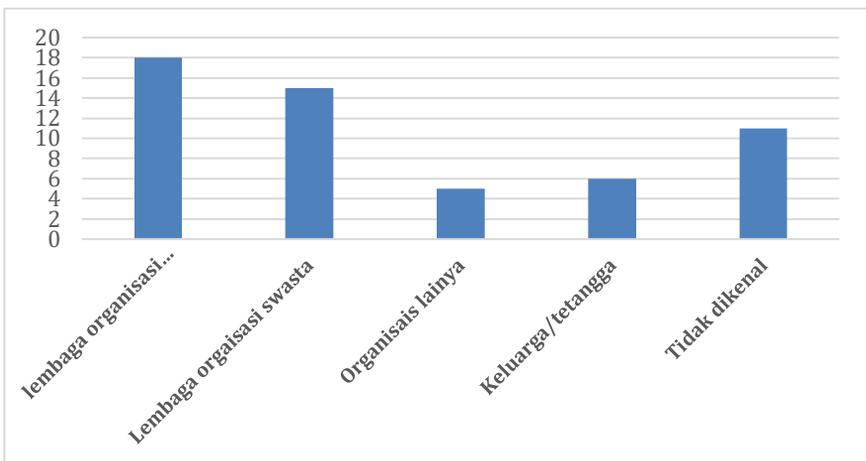
Kajian ini juga ingin mendalami siapa yang paling lebih cepat turun dalam memberikan bantuan. Dari kajian ini ditemukan organisasi pemerintah 32.7%, menyusul organisasi swasta 27.2%, organisasi lainnya seperti organisasi politik 9%. Sementara bantuan keluarga dan saudara sebesar 10.9%, dan sisanya 20% tidak mau disebutkan darimana sumbernya. Bisa hamba Allah, atau responden tidak memperoleh gambaran dari si pemberi.

Partai politik sangat jelas berbeda. Yang menonjol kelihatan adalah Gerindra, melalui motor Andre Rosiade, kemudian tokoh partai Demokrat, tokoh partai PPP di kabupaten Solok, dan tentunya PKS yang kerja diam diam di lapangan. Yang lain belum begitu banyak dan menonjol marketing bantuannya. Bagi kita ada suatu modal baru yang terlihat, begitu empati dan kegotoroyongan nampaknya mulai muncul. Biasa kelompok seangkatan sekolah mengembangkan sumber penerimaan, lembaga Lazis belum terlihat

termasuk potensi masjid yang belum nampak peranannya dalam kajian ini.

Bisa jadi pengurus masjid terbatas gerakannya kurang aktif mengingat sebagian besar juga masjid tidak begitu aktif dalam terlibat mengatasi masalah dampak Covid-19 ini.

Gambar 9.6: % Kelompok yang Terlibat dalam Pemberian Bantuan Kepada Masyarakat



Sumber: Survei Covid-19 Sumatra Barat, April 2020

Tabel 10.1 Distribusi Responden Sumber Pemberi Bantuan  
(N=300)

lembaga organisasi pemerintah	18	32.7
Lembaga organisasi swasta	15	27.2
Organisasi lainnya	5	9
Keluarga/tetangga	6	10.9
Tidak dikenal	11	20

Dari analisis yang terjadi di Sumatera Barat, dapat ditarik banyak pelajaran.

Diantara pelajaran yang berharga adalah sebagai berikut:

1. Responden beresiko untuk menerima tamu dari luar, apakah mereka dari keluarga atau yang lainnya. Diperkirakan sebanyak 2% responden menyatakan kemungkinan memperoleh tamu berasal dari luar. Ini membuat mudahnya mereka untuk memperoleh covid-19 jika yang berasal dari luar rumah tangga.
2. Dalam menghadapi berjalannya waktu, kajian ini menemukan bahwa rumah tangga masih belum lengkap memahami masalah proteksi diri, baik kebiasaan yang berkaitan dengan mencuci tangan dengan sabun, atau menggunakan masker dalam kehidupan, bilamana adanya virus. Ini memberikan makna ketika masalah penyakit terjadi pada rumah tangga, maka persoalan protektif diri dari masyarakat ketika mereka berobat akan rendah. Kemungkinan akan tertular ke petugas kesehatan akan semakin

tinggi. Salah satu penjelasan kenapa petugas kesehatan di Indonesia memiliki risiko tinggi dalam menjalankan tugas.

3. Kajian ini juga memberikan makna diperlukan persiapan program yang matang ketika social distancing diperlukan. Mengingat kebanyakan responden 51 persen hanya bertahan dua minggu maksimum, dan pada umumnya mereka akan mengalami kesulitan setelah itu.
4. Program social distancing akan dapat berjalan jika memenuhi dua tahap.
  - a. Tahap sosialisasi yang jelas berlapis dan terus menerus.
  - b. tahap penegakkan hukum dengan sanksi yang jelas dan terukur.
5. Oleh karena persoalan covid-19 ini tidak saja persoalan bagaimana melakukan curative di rumah sakit, namun juga preventives di masyarakat, maka diperlukan protokol kerja agar peranan dari Puskesmas, peranan petugas desa, dan masyarakat saling mendukung. Ini diperlukan persiapan matang untuk diterapkan.



## **Bab 10**

### **Refleksi Manajemen Covid-19**

Bagian ini ingin menyimpulkan apa yang menjadi pelajaran berharga dalam merecord perkembangan covid-19, mempersiapkan instrumen kebijakan, merencanakan, melaksanakan serta mengoptimalkan peranan seluruh stakeholders.

Berbagai langkah yang sangat perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

#### **1. Pendataan**

1. Mempersiapkan data masyarakat sedini mungkin. Belajar dari Taiwan, salah satu kunci keberhasilan dalam menghadapi covid-19 adalah mereka memiliki record data penduduk berusia 60 tahun ke atas secara komprehensif. Data ini berguna untuk dijadikan pedoman, siapa diantara penduduk yang berisiko tinggi untuk mendapatkan penularan covid-19. Hasil dari pendataan awal ini memberikan gambaran kepada kita bahwa ketika temuan kasus covid-19 mulai dapat di suatu daerah maka segera untuk memberikan garis kebijakan yang kuat agar mereka yang telah memiliki record penyakit untuk berjaga jaga di rumah.
2. Untuk memudahkan menangani masalah covid-19, maka pengujian semakin banyak sampel semakin bagus. Diperlukan penyediaan alat dan kerjasama dengan laboratorium kesehatan. Semakin banyak pengetesan

semakin banyak temuan kasus diperoleh. Pengalaman menunjukkan bahwa pengetesan yang paling baik dilakukan pada petugas kesehatan, pedagang pasar, keluarga pasien, dan para pendatang dari daerah pandemi. Termasuk masyarakat yang biasa terhubung secara bersama seperti jamaah gereja dan masjid.

3. Data tentang rumah tangga terkena covid-19 sebaiknya di update, kemudian dikembangkan dalam pangkalan data di bawah tanggung jawab dinas sosial di masing-masing daerah. Data ini ditampilkan di masing-masing kelurahan, agar masyarakat segera mengetahui siapa yang berpotensi korban.
4. Data yang sama juga perlu diupdate siapa usahanya yang mengalami problem, setelah adanya covid-19 ini. Ini untuk persiapan siapa dan bagaimana melakukan penyeleksian dan dukungan untuk recovery.

## **2. Perencanaan**

1. Unsur perencanaan menjadi tidak terhindar dan harus disiapkan. Perencanaan Kontingensi memberikan arahan kepada kita bagaimana proyeksi kekuatan rumah sakit dan fasilitas kesehatan untuk menghadapi bilamana pandemi datang, dengan skenario perencanaan yang ada. Segera rumah sakit konsolidasi untuk merencanakan kapasitas, dan kemudian mengembangkan alternatif bagaimana menyediakan pelayanan rumah sakit, tempat tidur, tenaga kesehatan, serta peralatan pelindung kesehatan yang diperlukan.

2. Perencanaan ini nantinya berkoordinasi antara pusat provinsi, kabupaten dan kota, untuk mengkoordinir kan bagaimana penyediaan tenaga dan dana untuk memenuhi unsur keperluan. Rumah sakit mesti jelas peranannya. Demikian juga Puskesmas, dan pusku pada tingkat desa.
3. Dalam perencanaan selain dari rencana kerja, juga diperlukan kerangka kelembagaan yang dapat beroperasi untuk membangun pelayanan. Sehingga ketika terjadi peningkatan jumlah kasus, maka rumah sakit juga akan dapat melaksanakan sesuai dengan protokol yang disusun.
4. Keterlibatan civil society juga perlu diupayakan dalam perencanaan, diantaranya adalah merekrut volunteer yang dapat berperan dalam jenis pelayanan kesehatan.

### **3. Pelaksanaan**

1. Dalam pelaksanaan sangat tergantung kepada upaya untuk mencegah sumber perpindahan virus, dan mengatasi atau membatasi pergerakan manusia. kebijakan dengan tahapan yang jelas, mulai meliburkan sekolah, mengalihkan kegiatan perkantoran di rumah, dan kegiatan keagamaan di rumah membuat ini dapat dijadikan cara ketika pandemi datang.
2. Proses yang paling utama adalah ajak masyarakat untuk paham akan mencuci tangan, menggunakan masker, dan melarang untuk membatasi diri tidak bepergian. Ini dapat dilakukan secara bertahap dan terkontrol.
3. Kesulitan utama adalah membatasi masalah warga masuk ke suatu kota dari luar daerah. Mengingat ini regulasi secara nasional. Kebijakan yang saling adanya koordinasi akan

membuat setiap tahapan yang diambil akan memudahkan kita mengukur seberapa efektif.

4. Pelaporan dan sosialisasi adalah dua hal yang perlu dilakukan. Ini memerlukan kebijakan satu pintu. Pengalaman ini sangat berharga ketika ada ketegasan dalam melaksanakan kebijakan.
5. Unsur masyarakat sangat perlu digerakkan untuk membantu program kuratif dan preventive. Kelompok masyarakat yang dapat direkrut untuk mendukung setiap pelayanan.
6. Pengujian secara terus menerus kasus covid-19 sangat strategis, kemudian mencatat, dan membuat isolasi mandiri yang terkontrol akan memudahkan memutus mata rantai penularan.