



HANYUT DI TENGAH BADAI:

**BURUKNYA AKSES DAN PELAYANAN KESEHATAN UNTUK
WARGA DI TENGAH PANDEMI COVID-19**

2020

Pendahuluan

Setelah sudah hampir satu bulan COVID-19 menghantam Indonesia, tercatat pada 2 April 2020 penyebaran virus ini telah menyentuh angka ribuan: 1.790 terkonfirmasi positif virus Corona, 112 orang dinyatakan sembuh dan 170 lainnya meninggal dunia.¹Pemerintah telah melakukan pemeriksaan kepada 7.425 orang, sedangkan yang berada dalam perawatan sebanyak 1.508 orang.² Untuk Orang Dalam Pemantauan (ODP) dan Pasien Dalam Pengawasan khusus provinsi DKI Jakarta tercatat hingga 3 April 2020 masing-masing sebesar 2.481 orang dan 2.013 orang.³

Melihat angka-angka yang kian hari terus meningkat tersebut, kekhawatiran kian mengemuka tatkala kita melihat ketidaksiapan Pemerintah. Respon pencegahan dan penanggulangan Pemerintah hingga saat publikasi ini dibuat serba carut marut; mulai dari aspek penyebaran informasi yang kurang memadai hingga terhambatnya akses warga atas layanan fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, demi menangkap kondisi riil di lapangan mengenai penanganan COVID-19 yang dilakukan Pemerintah, kami, **Hakasasi.id, Lokataru Foundation** serta **Tim relawan mahasiswa** membuka layanan *call center* warga sadar Corona terhitung sejak 16 Maret 2020.

Melalui catatan ini, kami hendak melaporkan hasil temuan layanan *call center* yang telah beroperasi selama 13 hari (16-28 Maret 2020). [Dari hasil laporan \(sementara\)](#) sebelumnya, kami mencatat sejumlah keluhan dimulai dari; kepanikan warga dalam merespon gejala pada dirinya yang identik dengan COVID-19 (batuk, flu, demam, sesak nafas), kesulitan dalam mengakses pelayanan fasilitas kesehatan, serta hambatan birokratisasi dan administrasi yang menyulitkan warga untuk melindungi diri dari serangan virus ini. Tidak hanya itu kami juga mencatat bagaimana kesulitan kami dalam mengadvokasi sejumlah keluhan-keluhan tersebut. Semua itu menandakan; **masih absennya peran negara untuk melindungi warganya.**

Tercatat hingga 28 Maret 2020, ada tambahan 5 laporan keluhan warga dari berbagai daerah seperti; **Jabodetabek, Nusa Tenggara Timur, Maluku Utara.**

Hasil dari temuan tersebut, yakni sebagai berikut;

1. Minimnya ketersediaan masker dan hand sanitizer.
2. Tenaga kesehatan yang kekurangan Alat Pelindung Diri (APD) dalam bertugas.
3. Keterbatasan informasi dan minimnya kesigapan tindakan pemerintah kota untuk pencegahan penyebaran virus Corona (transparansi data dan peta penyebaran virus, penyemprotan disinfektan di ruas-ruas jalan, dan pelaksanaan rapid test COVID-19).
4. Simpang siur informasi status warga sebagai Pasien Dalam Pengawasan (PDP) atau Orang Dalam Pemantauan (ODP).

¹ <https://infeksiemerging.kemkes.go.id> diakses pada tanggal 3 April 2020.

² *Ibid.*

³ <https://corona.jakarta.go.id/id/data> diakses pada tanggal 3 April 2020.

Bila kami rangkum, hingga 28 Maret 2020 kami telah menerima **18 laporan** warga dari sebaran daerah sebagai berikut:

No	Daerah
1.	Jabodetabek
2.	Nusa Tenggara Timur
3.	Maluku Utara
4.	Jawa Barat
5.	Jawa Timur
6.	Kalimantan Barat
7.	Sulawesi Tengah
8.	Jawa Tengah
9.	Sulawesi Selatan

Keluhan warga sendiri terangkum dalam beberapa kategori, seperti;

No	Keluhan/Masalah
1.	Minimnya ketersediaan masker dan hand sanitizer (cairan pembersih tangan).
2.	Tenaga kesehatan kekurangan Alat Pelindung Diri (APD) dalam bertugas.
3.	Keterbatasan informasi dan minimnya kesigapan pemerintah kota untuk pencegahan penyebaran virus Corona (transparansi data dan peta penyebaran virus, jadwal penyemprotan disinfektan di ruas-ruas jalan, kejelasan rapid test COVID-19).
4.	Simpang siur informasi status warga sebagai Pasien Dalam Pengawasan (PDP) atau Orang Dalam Pemantauan (ODP).
5.	Pasien yang panik dalam merespon gejala yang dirasakan, seperti; demam, batuk, flu hingga sesak nafas.
6.	Penolakan pelayanan/kesulitan mendapatkan pelayanan spesifik dari rumah sakit tempat pelapor (bukan rumah sakit rujukan penanganan COVID-19/rumah sakit khusus infeksi).
7.	Penolakan pelayanan/lamanya waktu menunggu pelayanan tes di rumah sakit rujukan penanganan COVID-19.
8.	Ketidakmampuan membayar biaya tes kesehatan spesifik untuk virus corona.
9.	Perlindungan bagi WNI yang berada di luar negeri (tidak bisa kembali pulang karena negara tempat WNI tersebut akan menerapkan <i>lockdown</i>).
10.	Pelayanan bagi PDP (Pasien Dalam Pengawasan) yang tidak maksimal. Alih-alih ditempatkan di bawah pengawasan Rumah Sakit, pasien terpaksa pulang ke rumah dan melakukan karantina mandiri.
11.	Pelayanan ruang isolasi yang tidak layak serta petugas medis yang kebingungan dalam mengoperasikan alat-alat kesehatan.
12.	Tetap dipaksa masuk kantor di tengah merebaknya wabah (dalam kondisi sedang hamil dan lingkungan kantor tidak peka menjaga kebersihan).

Pemerintah Lalai!

Keluhan-keluhan yang kami himpun menandakan tidak optimalnya tindakan Pemerintah Indonesia untuk melindungi warga dari wabah virus Corona ini. Padahal, sejumlah instrumen peraturan nasional hingga internasional dari UUD NRI 1945 hingga Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) serta Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya telah menegaskan bahwa hak warga untuk menikmati derajat kesehatan tertinggi merupakan tanggung jawab negara.

UUD NRI 1945, **Pasal 28H ayat 1 dan Pasal 34 (3)** menegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan. Tidak hanya itu, peraturan perundangan-undangan seperti **UU No 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan**, serta instrumen Internasional seperti **Pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia** serta **Pasal 12 ayat (2) huruf d Kovenan Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya** (telah diratifikasi melalui UU No.11 Tahun 2005) kian menegaskan kewajiban negara untuk memastikan Hak atas Kesehatan warga (hak pencegahan, penanggulangan dan pemeriksaan penyakit epidemik) dalam hal ini untuk menghadapi wabah COVID-19.⁴

Indikator kelalaian Pemerintah tersebut kami ambil dari Prinsip Pedoman Hak atas Kesehatan, seperti; **Ketersediaan (*Availability*)**, **Aksesibilitas (*Accessibility*)**, **Kualitas (*Quality*)**, **Kesetaraan (*Equality*)**.⁵

1. Ketersediaan Pelayanan Fasilitas Kesehatan (*Availability*)

Prinsip ini mensyaratkan negara untuk memiliki pelayanan fasilitas kesehatan (faskes) yang memadai bagi seluruh penduduk. Dari keluhan yang kami terima dari *call center*, sejumlah warga kebingungan untuk mengakses layanan faskes dikarenakan harus 'dipingpong' dari satu faskes ke faskes lain. Hal ini menandakan kalau ketersediaan pelayanan fasilitas kesehatan masih belum tersedia bagi seluruh penduduk. Selain itu ditemukan juga kejadian ketika kondisi suatu faskes harus merujuk pasien yang terindikasi COVID-19 karena ruang isolasinya penuh.⁶ Ketidakterediaan pelayanan faskes mengakibatkan hak atas kesehatan warga terhambat dan mengancam nyawa warga yang sedang menghadapi pandemi.

Persoalan sistemik lainnya berkaitan dengan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan kita. Infrastruktur sistem kesehatan kita terbukti sangat tidak siap untuk menghadapi pandemi. Dikhawatirkan angka positif Corona di Indonesia yang sebenarnya mencapai 34.300 orang, karena diperkirakan hanya 2% saja dari keseluruhan populasi yang

⁴ Lihat Mini Paper Lokataru Foundation: "Setelah Corona Tiba, Lalu?" <https://lokataru.id/wp-content/uploads/2020/03/corona.pdf> diakses pada tanggal 28 Maret 2020.

⁵ Asbjorn Eide, Catarina Krause, Allan Rosas, Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, (Raoul Wallenberg Institute of Human Rights bekerja sama dengan Departemen Hukum dan HAM Indonesia), h. 191.

⁶ CNN Indonesia, "Ruang Corona Penuh, RS Sulianti Saroso Rujuk Ke RS Lain" diakses melalui <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200305142625-20-480777/ruang-corona-penuh-rs-sulianti-saroso-rujuk-ke-rs-lain> pada tanggal 2 April 2020.

terinfeksi virus Corona yang baru dilaporkan. Selain itu, dengan populasi 260 juta orang, Indonesia hanya memiliki 321,544 tempat tidur di rumah sakit. Ini artinya hanya tersedia 12 tempat tidur bagi 10,000 orang, jauh di bawah Korea Selatan, misalnya, yang memiliki rasio 115 tempat tidur di rumah sakit per 10,000 orang.⁷

Selain itu, perlindungan terhadap tenaga kesehatan yang menjadi garda terdepan dalam penanganan virus Corona ini pun semakin memprihatinkan. Dari laporan warga kepada kami, hingga kurang lebih hampir satu bulan sejak virus ini menghantam Indonesia, tenaga kesehatan masih harus mempertaruhkan nyawa karena minimnya Alat Pelindung Diri (APD). Berbeda dengan negara lain; Inggris misalnya, yang menyediakan layanan *hotline* 24 jam untuk pelaporan kekurangan APD.⁸

Terbukti dengan meninggalnya sejumlah dokter pada saat penanganan COVID-19⁹, fenomena ini telah ‘menampar’ Pemerintah yang telah mengkhianati **Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan**, yang menjelaskan bahwa Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diadakan dengan tujuan untuk melindungi keselamatan pasien, **pekerja**, pengunjung serta masyarakat di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

Fakta lainnya yang menunjukkan Pemerintah tidak berpedoman kepada prinsip ini ialah masih minimnya ketersediaan pelayanan faskes penunjang seperti laboratorium. Berdasarkan laporan *call center* bahwa ketika warga yang melakukan tes laboratorium maka hasil tes tersebut harus dikirimkan ke Jakarta terlebih dahulu dan membutuhkan beberapa hari untuk mendapatkan hasil tes tersebut. Peristiwa ini jelas menandakan bahwa infrastruktur pelayanan kesehatan primer maupun penunjang di sejumlah daerah masih belum memadai.

2. Aksesibilitas Terhadap Pelayanan Fasilitas Kesehatan (*Accessibility*)

Prinsip aksesibilitas mensyaratkan bahwa keterjangkauan terhadap pelayanan fasilitas kesehatan (faskes) setidaknya memuat beberapa hal seperti; aksesibilitas keuangan, geografis serta budaya. Aksesibilitas keuangan mensyaratkan layanan kesehatan harus terjangkau bagi setiap warga, aksesibilitas geografis mensyaratkan layanan kesehatan berada dalam jangkauan setiap orang, dan aksesibilitas budaya mengharuskan layanan kesehatan menghormati budaya manusia.

⁷ Deutsche Welle (WD), “Hadapi Virus Corona Sistem Kesehatan Indonesia Di Ujung Tanduk” diakses melalui <https://news.detik.com/dw/d-4953384/hadapi-wabah-virus-corona-sistem-kesehatan-indonesia-di-ujung-tanduk> pada tanggal 29 Maret 2020.

⁸ <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/guidance-supply-use-of-ppe/> diakses pada tanggal 28 Maret 2020.

⁹ Zakki Amali, “IDI Benarkan 6 Dokter Meninggal Saat Tangani Pandemi COVID-19” diakses melalui <https://tirto.id/idi-benarkan-6-dokter-meninggal-saat-tangani-pandemi-covid-19-eG5N> pada tanggal 29 Maret 2020.

- **Aksesibilitas Geografis**

Dari laporan *call center* yang kami terima, kami menilai prinsip ini belum maksimal dijalankan oleh Pemerintah. 137 rumah sakit rujukan yang disiapkan untuk penanganan COVID-19 belum cukup memenuhi prinsip aksesibilitas geografis. Persebaran rumah sakit rujukan tersebut juga belum merata jika ditilik dari sisi geografis suatu wilayah.

Salah satu keluhan warga asal Provinsi Maluku Utara yang kami terima mengatakan bahwa hanya tersedia satu rumah sakit rujukan untuk penanganan COVID-19. Hal itu tentu tidak sesuai dengan kondisi kebutuhan warga Maluku Utara, terutama mengingat fakta bahwa kondisi geografis Maluku Utara yang merupakan daerah kepulauan dapat kian menyulitkan warga untuk mengakses pelayanan faskes.

Bukti lain dari kelalaian Pemerintah dalam menjalankan prinsip ini ialah pernyataan Ridwan Kamil, Gubernur Jawa Barat, yang mengatakan bahwa mayoritas ruangan isolasi di 52 Rumah Sakit Pemerintah di Jawa Barat belum memenuhi standar. Segelintir Rumah Sakit yang sudah memenuhi standar adalah RS Umum Pendidikan dr Hasan Sadikin dan RS Paru dr Rotinsulu, keduanya berada di Bandung. Melihat kondisi demografis dan geografis Jawa Barat yang besar maka urgensi layanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh setiap warga harus diperhatikan.¹⁰

- **Aksesibilitas Keuangan**

Prinsip aksesibilitas keuangan mewajibkan setiap pelayanan fasilitas kesehatan dapat dinikmati oleh warga dengan harga yang terjangkau. Keluhan warga yang masuk ke *call center* menunjukkan hal sebaliknya. Ada salah satu warga yang menderita gejala COVID-19 harus terhambat oleh mahal biaya tes pemeriksaan kesehatan (spesifik COVID-19). Warga tersebut akhirnya harus pasrah tanpa tes kesehatan yang memadai dari suatu faskes.

Dari laporan lainnya pun kami menerima bahwa ada kekhawatiran sejumlah warga yang ingin melakukan tes kesehatan, namun karena tidak mampu membayar ia harus mengurungkan keinginannya tersebut. Hal ini juga dibuktikan dengan sejumlah kabar pada Rumah Sakit Unair, Surabaya yang terdapat sejumlah paket pelayanan beserta tarif yang harus dibayarkan untuk menikmati tes kesehatan pemeriksaan COVID-19.¹¹ Dari sejumlah paket tes tersebut, terdapat paket lengkap tes kesehatan dengan harga Rp 2.775.600 hingga yang paling murah dengan pemeriksaan mencakup pendaftaran dan konsultasi dokter spesialis yang dipatok harga sebesar Rp 540.000. Tentunya hal ini sangat memberatkan warga, khususnya daerah Surabaya di mana harga tes kesehatan besarnya melebihi setengah dari UMK (Upah Minimum Kabupaten/Kota) Surabaya

¹⁰ Op.Cit, Lihat Mini Paper Lokataru Foundation: “Setelah Corona Tiba, Lalu?” <https://lokataru.id/wp-content/uploads/2020/03/corona.pdf>

¹¹ Tim Detikcom, “Heboh Biaya Mahal Pemeriksaan Virus Corona hingga bantahan RS Unair” diakses melalui <https://news.detik.com/berita-jawa-timur/d-4946549/heboh-biaya-mahal-pemeriksaan-virus-corona-hingga-bantahan-rs-unair> pada tanggal 2 April 2020.

yang sebesar Rp 4.200.479,19.¹² Hal serupa juga terjadi di Rumah Sakit Sari Asih, Tangerang Selatan, dimana harga tes COVID-19 berkisar dari yang paling mahal sebesar Rp 3.260.000 hingga yang termurah sebesar Rp 2.995.000. Jika kita bandingkan dengan UMK Tangerang Selatan yang Rp 4.168.268 juta, tentu mahalnya biaya tes akan membuat warga enggan melakukan tes COVID-19.¹³

3. Kualitas Pelayanan Fasilitas Kesehatan (*Quality*)

Prinsip ini mewajibkan Pemerintah untuk senantiasa memperhatikan kualitas layanan fasilitas kesehatan; layanan kesehatan yang sesuai dengan standar; yang mensyaratkan agar layanan kesehatan tersebut sesuai dalam konteks khusus (misalnya dalam kondisi wabah virus Corona).

Berdasarkan laporan *call center*, sejumlah warga yang melakukan pemeriksaan kesehatan karena memiliki gejala COVID-19 menerima perlakuan yang ‘ala kadarnya’. Pada saat pemeriksaan, warga hanya menerima pemeriksaan berupa tanya jawab mengenai kondisi kesehatannya tanpa dilakukan pemeriksaan komprehensif seperti tes Swab (lendir tenggorokan), cek suhu tubuh dan sebagainya. Kondisi tersebut diperparah dengan tidak tersedianya ruang tunggu khusus bagi pasien yang menderita gejala COVID-19. Warga yang melapor ke kami kerap harus menunggu di depan pintu masuk IGD sebelum dilakukan pemeriksaan kesehatan. Setelah itu, warga tersebut diminta pulang untuk melakukan isolasi mandiri. Padahal sebelumnya warga tersebut telah mengunjungi 2 rumah sakit rujukan dan mengalami penolakan.

Laporan lain yang kami terima berasal dari warga yang berstatus Pasien Dalam Pengawasan (PDP). Sebelumnya, warga tersebut mendatangi salah satu rumah sakit dengan gejala yang diderita, namun ia ditempatkan pada ruang isolasi yang tidak layak, dengan kondisi tempat tidur yang tidak sesuai standar juga ruangan yang tidak bersih. Di dalam ruangan dilaporkan terdapat sejumlah kecoa serta bau tidak sedap. Ia juga mengeluhkan petugas kesehatan Rumah Sakit yang tidak mengerti cara mengoperasikan sejumlah alat kesehatan.¹⁴ Keberadaan ruang isolasi yang tidak memadai/layak juga menandakan kualitas pelayanan faskes yang diberikan kepada warga tidak sesuai standar sebagaimana mestinya.

Selain itu, informasi yang diberikan kepada PDP ini juga dirasakan sangat tidak memberikan kepastian. Informasi yang diberikan sebelumnya menyatakan status warga ini PDP, namun informasi berbeda diperoleh dari sistem aplikasi penyebaran COVID-19, di mana warga tersebut dinyatakan berstatus Orang Dalam Pemantauan (ODP).

¹² Ahmad Naufal Dzulfaroh, “UMK Jawa Timur 2020 Disahkan, Tertinggi Rp 4,2 Juta, Terendah Rp 1,9 Juta”, diakses melalui <https://www.kompas.com/tren/read/2019/11/22/101322065/umk-jawa-timur-2020-disahkan-tertinggi-rp-42-juta-terendah-rp-19-juta> pada tanggal 2 April 2020.

¹³ Redaksi CNBC, “Sah! UMK Di Banten diketok: tertinggi Rp 4,24 Juta”, diakses melalui <https://www.cnbcindonesia.com/news/20191119190007-16-116440/sah-umk-di-banten-diketok-tertinggi-rp-424-juta> pada tanggal 2 April 2020.

¹⁴ Lihat Rilis Pers Lokataru Foundation: “Laporan Temuan Sementara Call Center Warga Sadar Corona” <https://lokataru.id/laporan-temuan-sementara-call-center-warga-sadar-corona/>

Adanya simpang siur informasi mengenai kondisi kesehatan warga menandakan kualitas pelayanan yang diberikan jauh dari standar yang semestinya.

4. Kesetaraan Akses Pelayanan Fasilitas Kesehatan (*Equality*)

Prinsip ini mensyaratkan adanya kesetaraan bagi setiap warga dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan, dengan perhatian lebih diberikan kepada kelompok rentan di masyarakat. Berdasarkan laporan call center, beberapa warga mengalami penolakan pada saat hendak melakukan tes pemeriksaan COVID-19.

Sejumlah keluhan warga beraneka ragam dari mulai simpang siurnya informasi mengenai kondisi kesehatannya sampai adanya kesulitan (penolakan) mengakses fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksa kondisi kesehatan warga. Hal ini telah menegaskan bahwa Pemerintah tidak memiliki komitmen untuk melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan warga yang sedang diterpa musibah virus ini.

Perhatian Pemerintah terhadap kelompok rentan seperti kelompok usia lanjut pun masih memprihatinkan. Kasus di Kabupaten Bogor misalnya. Seorang nenek berusia 60 tahun yang diduga terinfeksi COVID-19 sudah empat hari terkulai lemah di rumahnya tanpa penanganan medis. Sebelumnya, di lokasi sekitar tempat tinggalnya ada tiga keluarga yang dinyatakan positif COVID-19. Seorang tetangga mencoba membantu dengan menghubungi nomor kontak sejumlah RS, namun hasilnya nihil. Satu-satunya jawaban yang diterima adalah kabar dari rekannya yang menghubungi Dinas Kesehatan Jawa Barat. Namun pihak Dinkes Jabar hanya meminta agar si nenek lekas dibawa (sendiri) ke rumah sakit karena belum tentu terinfeksi COVID-19.¹⁵

Ironisnya, di tengah kebingungan serta maraknya kesulitan/penolakan warga untuk mengakses pelayanan kesehatan, tiba-tiba muncul wacana anggota DPR beserta keluarganya yang hendak melakukan rapid test Corona.¹⁶ Sungguh wacana ini telah menghina asas kesetaraan dan non diskriminasi hak asasi manusia, khususnya hak atas kesehatan.

Dikhawatirkan Penyebaran Virus Semakin Meluas

Keluhan-keluhan di atas tidak bisa dikesampingkan begitu saja. Pasalnya, penyebaran virus ini ditengarai akan mencapai puncaknya pada pertengahan bulan Mei 2020.¹⁷ Bila Pemerintah tidak memiliki langkah konkrit dan terarah untuk mengatasi keluhan dan

¹⁵ Lihat Mini Paper Lokataru Foundation: “Lansia Dikepung Corona; Kemana Negara?” <https://lokataru.id/wp-content/uploads/2020/03/lansia-dikepung-corona.pdf>

¹⁶ Dewi Nurita, “Ramai-Ramai Mengecam Rapid Test Corona Anggota DPR dan Keluarga” diakses melalui <https://nasional.tempo.co/read/1323422/ramai-ramai-mengecam-rapid-test-corona-anggota-dpr-dan-keluarga> pada tanggal 29 Maret 2020.

¹⁷ Pasti Liberti Mappapa, “Predikti Ilmuwan: Puncak Corona RI Mei, Harus Berhenti 10 Juni 2020” diakses melalui <https://news.detik.com/berita/d-4956480/prediksi-ilmuwan-puncak-corona-ri-mei-harus-berhenti-10-juni-2020> pada tanggal 29 Maret 2020.

kesulitan yang dialami warga seperti di atas, maka keselamatan masyarakat luas lah yang jadi taruhannya.

Kajian oleh Tim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKMUI) membagi beberapa model intervensi yang dilakukan Pemerintah beserta akibat-akibat yang dihasilkan dari intervensi tersebut. Kajian tersebut memprediksi, apabila intervensi yang dilakukan Pemerintah rendah maka dikhawatirkan penyebaran virus ini akan menyentuh hingga 2,5 juta warga Indonesia.

Aneka rupa kekhawatiran mengenai tak terkendalinya penyebaran virus yang kini marak beredar bukannya tidak beralasan. Selain didukung oleh kajian ilmiah seperti yang dilakukan Tim FKMUI, ia juga kian subur ketika di awal penyebaran lokal COVID-19, Pemerintah cenderung lamban, plin-plan, dan terus menerus mengeluarkan himbuan, ketimbang instruksi dan peraturan yang konkrit. Terbukti pada 31 Maret 2020 kemarin Pemerintah baru mengeluarkan sejumlah peraturan turunan dari UU No 6 Tahun 2008 Keekarantinaan Kesehatan seperti; PP No 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Keppres No 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), serta Perppu No 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan Penanganan Pandemi Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Dan/Atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan.

Tersedianya akses pelayanan kesehatan, informasi dan edukasi mengenai kondisi kesehatan warga yang merupakan amanat dari **UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Pasal 5 hingga Pasal 8)** hanya dijalankan secara parsial oleh Pemerintah sebagai pemegang tanggung jawab (*duty bearer*) pemenuhan hak atas kesehatan warga. Kehadirannya pun (jika ia ada) tergolong sangat terlambat.

Dari keluhan warga tersebut, kami menarik kesimpulan bahwa kondisi ini diakibatkan oleh Pemerintah yang menganggap remeh penyebaran COVID-19 dan tidak memiliki persiapan yang optimal sejak dini. **Lokataru Foundation** telah merekam bagaimana [kekonyolan respon dan tindakan](#) yang diambil Pemerintah sebelum diumumkannya kasus pertama COVID-19 di Depok silam. Selain itu, [ketidaksiapan fasilitas pelayanan](#) kesehatan kita yang kalang kabut disertai pola komunikasi dan informasi yang kurang transparan mewarnai kedatangan COVID-19 di Indonesia menurut kami menjadi penyebab utama dari angka kematian yang sudah menyentuh angka 170 orang.¹⁸ Dalih Pemerintah yang bersikeras bahwa tidak ada negara yang siap dalam menghadapi COVID-19 sepatutnya ditolak dengan tegas. Penanganan pandemi di Korea Selatan, Taiwan, bahkan Vietnam memberi kita pelajaran: hanya mereka yang sedari dini menganggap serius ancaman Pandemi lah yang dapat dengan sukses menghambat penyebaran virus.

¹⁸ Ahmad Faiz Ibnu Sani, "Jokowi Gusar Dengan Gaya Komunikasi Menteri Kesehatan Soal Corona", diakses melalui <https://nasional.tempo.co/read/1316950/jokowi-gusar-dengan-gaya-komunikasi-menteri-kesehatan-soal-corona> pada tanggal 29 Maret 2020.

Dalam keadaan seperti ini, rumah sakit diharapkan melakukan perencanaan *surge capacity*, artinya kemampuan sistem pelayanan kesehatan didesain sedemikian rupa untuk dapat segera menambah kapasitas melebihi kondisi pelayanan normal demi memenuhi kebutuhan pelayanan medis yang meningkat. Penyiapan skenario bencana non alam penting bagi rumah sakit, dan diharapkan sejumlah rumah sakit telah memiliki *hospital disaster plan*. Dalam *surge capacity* ada beberapa komponen yang penting untuk diperhatikan, seperti fasilitas, sumber daya manusia, peralatan, kebijakan manajemen.¹⁹

Apabila rumah sakit telah menjalankan *hospital disaster plan*, peristiwa penolakan warga yang ingin melakukan tes COVID-19 juga dapat diminimalisir. Rumah Sakit dapat paling tidak melakukan screening sehingga bisa dilakukan pemisahan dari hasil tersebut.²⁰

Kesimpulan dan Rekomendasi

Call center ini dibentuk untuk memotret persoalan riil yang ditemui warga selama pandemi virus Corona menyerang Indonesia. Tentunya, semangat *call center* ini adalah untuk menjelaskan bagaimana tanggung jawab negara dalam melindungi dan memenuhi hak asasi manusia; khususnya hak atas kesehatan.

Dari berbagai keluhan warga mengenai penanganan virus Corona oleh Pemerintah kami menyimpulkan: **Ada kelalaian tanggung jawab Pemerintah dalam melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan warga**. Hal ini dibuktikan dengan; *pertama*, terhambatnya warga untuk mengakses informasi serta pelayanan fasilitas kesehatan di tengah terpaan wabah virus ini. *Kedua*, masih tidak berjalannya prinsip pedoman hak atas kesehatan mengenai ketersediaan pelayanan kesehatan, kemudahan aksesibilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan serta kualitas pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar. *Ketiga*, terancamnya nyawa warga, pasien, pekerja di pelayanan fasilitas kesehatan sekitar karena minimnya Alat Pelindung Diri (APD).

Oleh karena itu kami merekomendasikan kepada Pemerintah untuk;

1. Melakukan penanggulangan, pencegahan, pemeriksaan, serta peningkatan kondisi kesehatan warga dengan pendekatan Kemanusiaan dan Hak Asasi Manusia. Hapuskan hambatan birokratisasi dan administrasi yang dapat mengancam nyawa warga.
2. Penuhi hak atas kesehatan warga dengan ketersediaan, aksesibilitas dan kualitas serta pelayanan fasilitas kesehatan; dari mulai puskesmas, laboratorium, hingga rumah sakit pemerintah/swasta yang mengedepankan asas kesetaraan dan nondiskriminasi.

¹⁹ FK-KMK UGM, “Hadapi COVID-19 Perlu Perencanaan Surge Capacity”, diakses melalui <https://fk.ugm.ac.id/hadapi-covid-19-perlu-perencanaan-surge-capacity/> pada tanggal 29 Maret 2020.

²⁰ Hasil diskusi yang dilaksanakan oleh Forum Manajemen COVID-19 Di RS pada tanggal 24 Maret 2020, diakses melalui <https://manajemencovid-dirs.net/index.php/2020/03/24/gerak-cepat-rumah-sakit-dalam-menghadapi-covid-19/>

3. Meningkatkan kemampuan sistem pelayanan kesehatan untuk secara cepat menambah kapasitas melebihi kondisi pelayanan normal untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis yang meningkat (*Surge Capacity*).
4. Menyediakan Alat Perlindungan Diri (APD) bagi tenaga kesehatan dalam melakukan penanganan COVID-19 di seluruh daerah.
5. Melakukan transparansi informasi dan memperbaiki pola komunikasi secara lengkap, konkrit dan mudah dimengerti mulai dari data hingga peta penyebaran virus agar meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan warga.

Hakasasi,id, Lokataru Foundation, Tim Relawan Mahasiswa

