



KAPASITAS TES SEBAGAI PRASYARAT KESIAPAN INDONESIA DI ERA ADAPTASI KEBIASAAN BARU



Olivia Herlinda

Kapasitas Tes sebagai Prasyarat Kesiapan Indonesia di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Olivia Herlinda
Direktur Kebijakan, CISDI

Adaptasi Kebiasaan Baru: apakah kita sudah siap?

Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) menjadi narasi pemerintah untuk menandakan pelonggaran pembatasan sosial. Dengan kata lain, pemerintah memperbolehkan masyarakat untuk beraktivitas kembali di tengah peningkatan signifikan kasus COVID-19. Dalam seminggu terakhir saja, rerata kasus harian telah mencapai angka 1.500 kasus. Hanya dalam hitungan hari, jumlah kasus di Indonesia melampaui negara episenter pertama, Tiongkok. Meskipun Pemerintah Indonesia merasa sudah siap membuka kembali kegiatan perekonomian, indikator kesehatan menunjukkan hal yang sebaliknya. Indikator epidemiologi, kriteria sistem kesehatan, maupun surveilans menunjukkan belum ada provinsi yang memenuhi semua kriteria WHO untuk membuka kembali roda perekonomian (1).

Tes sebagai garda terdepan penanganan COVID-19

Pemahaman bahwa tenaga kesehatan adalah garda terdepan dalam penanganan COVID-19 tidak sepenuhnya salah. Namun, kapasitas tes yang mumpuni seharusnya menjadi strategi terdepan pemerintah untuk menekan laju penularan virus SARS-CoV-2. Beberapa negara telah terbukti berhasil memutus rantai penularan COVID-19 melalui strategi tes. Tes secara masif dapat mengisolasi kasus dan mencegah penyebaran epidemi dengan segera. Kapasitas tes yang memadai ditunjang dengan pembaharuan penggunaan alat tes dengan sensitivitas tinggi dan teknologi terkini dapat berdampak baik pada ekonomi. Pemerintah dapat melonggarkan pembatasan sosial atau karantina wilayah demi memastikan roda perekonomian berjalan **hanya bila** strategi tes, lacak, dan isolasi yang holistik berjalan dengan optimal. Namun, strategi pemeriksaan COVID-19 sangat bergantung pada ketersediaan akses, kecepatan serta akurasi tes (sensitivitas dan spesifisitas) yang seringkali menjadi hambatan utama.

Terdapat beberapa jenis pemeriksaan untuk COVID-19 yang beredar di Indonesia, yaitu:

1. Tes molekuler

RT-PCR (*Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*) menjadi standar emas pemeriksaan COVID-19 menggunakan teknologi biomolekuler untuk mendeteksi keberadaan virus melalui spesimen nasofaring dan orofaring. Tes tipe ini membutuhkan tingkat keamanan lab cukup tinggi (minimal *Biosafety Level 2*) dan tenaga yang terampil.

2. Tes serologi antibodi

Tes tipe ini paling umum ditemui di pasaran dalam bentuk alat tes cepat. Tes serologi bukanlah alat diagnosis meski kita dapat menggunakan metode tes ini untuk melihat infeksi sekarang atau sebelumnya berdasarkan antibodi yang ditemukan di dalam darah pasien. Karena tidak sesensitif PCR, *false negative* dapat menjadi isu karena Antibodi IgM umumnya terbentuk setelah 7-10 hari infeksi; sementara Antibodi IgG membutuhkan waktu minimal 4 minggu untuk muncul. Di samping itu, *false positive* juga dapat terjadi akibat kemungkinan reaktivitas silang dengan virus korona lainnya. Sebuah studi di Inggris bahkan mengindikasikan penurunan kadar antibodi pada pasien positif seiring waktu berlalu (7). Dalam revisi ke-5 Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19, Kementerian Kesehatan RI tidak lagi merekomendasikan penggunaan *rapid test* antibodi untuk diagnosis COVID-19.

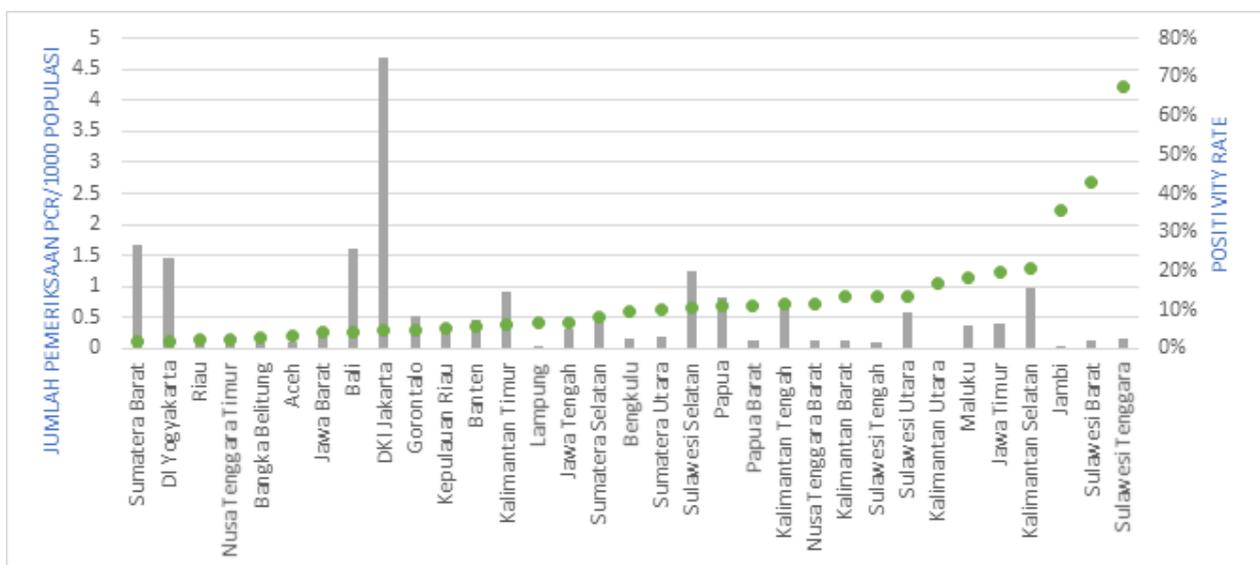
3. Tes usap antigen

Tes ini mendeteksi protein virus dalam spesimen dari hasil usap nasofaring. Pemeriksaan ini lebih efektif dilakukan pada awal timbulnya gejala ketika virus sedang aktifnya bereproduksi. Tes antigen memiliki sensitivitas antara 60-80%.

Kita belum melakukan cukup tes

Kapasitas tes PCR Indonesia memang telah meningkat secara signifikan. Pada awal kemunculan wabah, kapasitas tes Indonesia masih berada di bawah 100/hari. Saat ini, rerata kapasitas tes mencapai 13 ribu per hari, dengan jumlah akumulatif 749.626 orang yang sudah diperiksa. Jumlah ini setara dengan rasio tes 2,80 per 1.000 populasi (22 Juli 2020). Provinsi DKI Jakarta menyumbang separuh dari jumlah tersebut. Walaupun demikian, Pemerintah Indonesia belum boleh berbesar kepala apalagi merasa aman karena kenaikan kapasitas tes Indonesia masih belum memenuhi standar. Dengan populasi sebesar 270 juta, Indonesia paling tidak harus melakukan pemeriksaan ke 270.000 orang per minggu atau 40.000 orang per hari untuk mencapai standar WHO, yaitu 1 tes setiap 1.000 orang per minggu.

Ketimpangan akses pemeriksaan pun terjadi di berbagai provinsi. Gambar 1 menunjukkan selama periode 12-18 Juli 2020 hanya Provinsi DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Sumatera Barat, Sulawesi Selatan, dan Bali yang memenuhi jumlah tes PCR sesuai standar WHO. Sementara Jawa Timur yang memiliki kenaikan kasus secara pesat dan menjadi episenter baru di Indonesia dengan jumlah kumulatif kasus telah melampaui Jakarta, memiliki *positivity rate* sekitar 20% dengan jumlah tes hanya 0,4 per 1.000 penduduk per minggu.

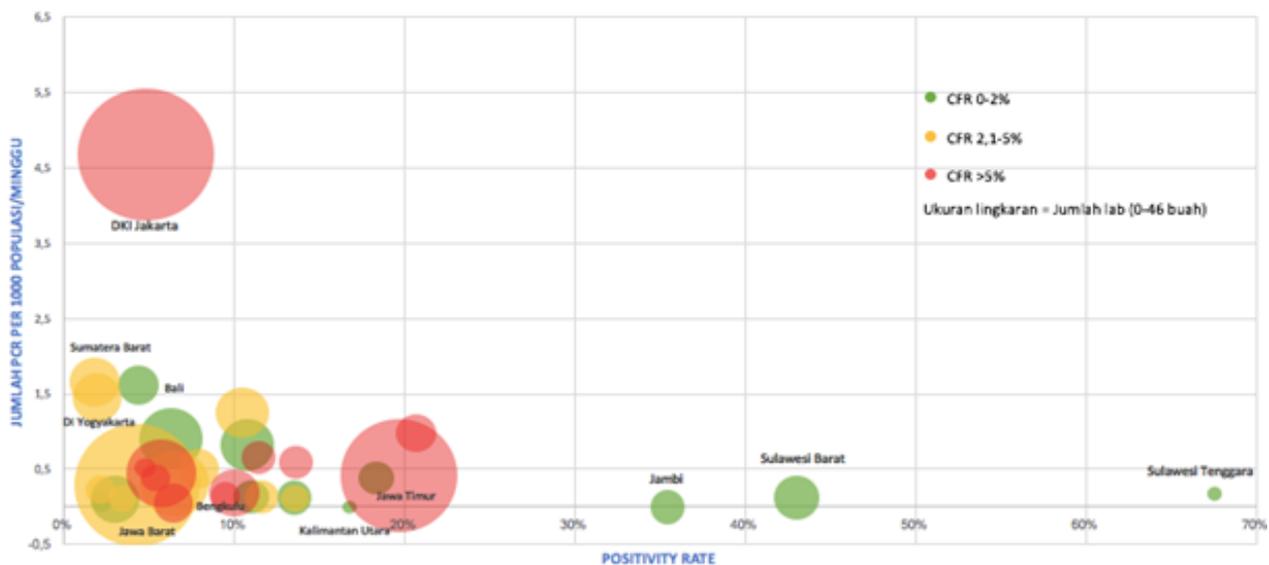


Gambar 1. Perbandingan jumlah pemeriksaan PCR per 1.000 populasi dan positivity rate per provinsi (sumber data: Kemenkes, 2020; data jumlah pemeriksaan PCR/1.000 untuk periode 12-18 Juli 2020; data positivity rate hanya tanggal 29 Juni 2021)

Selain jumlah tes PCR per minggu, salah satu indikator penting pelanggaran Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan pembukaan kegiatan ekonomi adalah *positivity rate* (rasio positif). *Positivity rate* adalah proporsi tes positif dari jumlah keseluruhan orang yang di-tes. Sebagai prasyarat pembukaan ekonomi di masa pandemi, WHO mensyaratkan rasio positif di bawah 5% selama 2 minggu berturut-turut. Berdasarkan laporan WHO 15 Juli 2020, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Banten memiliki *positivity rate* di bawah 5% selama 2 minggu berturut-turut. Rasio positif di atas 5% menandakan bahwa pemeriksaan tidak cukup banyak dilakukan karena hanya berfokus pada pemeriksaan orang yang bergejala dan memiliki kemungkinan tinggi positif. Sementara studi (2) di beberapa negara menunjukkan bahwa 40-45% kasus COVID-19 berstatus asimtomatik

atau tanpa gejala. Unsur kesengajaan untuk tidak melakukan pemeriksaan secara masif di suatu daerah diduga menjadi strategi agar kasus positif tidak melonjak tinggi di daerah tersebut.

Jumlah tes yang memenuhi standar umumnya akan berkorelasi dengan rasio positif di bawah 5% pada suatu populasi. Kita dapat berkaca pada Korea Selatan yang melakukan tes secara masif, yaitu 27 tes per 1.000 populasi dan memiliki *positivity rate* hanya sebesar 1%. Gambar 1 menunjukkan 3 provinsi dengan *positivity rate* tertinggi (Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, dan Jambi) memiliki jumlah tes yang sangat rendah. Hal ini nampak berkorelasi dengan terbatasnya jumlah laboratorium di provinsi tersebut, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2.



Gambar 1. Perbandingan jumlah pemeriksaan PCR per 1.000 populasi dan positivity rate per provinsi (sumber data: Kemenkes, 2020; data jumlah pemeriksaan PCR/1000 untuk periode 12-18 Juli 2020; data positivity rate hanya tanggal 29 Juni 2020¹)

Gambar 2 memberikan ilustrasi bagaimana ketimpangan akses pemeriksaan di berbagai provinsi di Indonesia berdampak pada rasio positif kasus dan rasio fatalitas kasus (*Case Fatality Ratio / CFR*). Provinsi dengan *positivity rate* yang tinggi dan jumlah pemeriksaan PCR yang rendah cenderung mendominasi provinsi dengan CFR di bawah 2% (lingkaran hijau). Hal ini juga menunjukkan indikasi bahwa kasus positif maupun terduga yang meninggal di provinsi tersebut belum sempat dideteksi dengan pemeriksaan PCR.

Meskipun COVID-19 adalah penyakit baru dan dunia memiliki fakta dan data yang terbatas dalam konteks ilmu pengetahuan, keterbatasan penanganan COVID-19 di Indonesia merupakan hasil dari kombinasi sistem kesehatan dan kebijakan yang tidak berfungsi dengan baik selama bertahun-tahun. Indonesia tidak menerapkan pengetahuan penanganan dasar pandemi dari pengalaman sebelumnya karena sistem kesehatan yang tidak berjalan sebagaimana mestinya.

1. Kebijakan tes di Indonesia

Di awal kemunculan kasus COVID-19 di Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, memberlakukan sentralisasi pemeriksaan. Kebijakan ini memonopoli alur pemeriksaan COVID-19 untuk menjaga

¹Data positivity rate per minggu sulit diakses

kualitas dan kerahasiaan data. Hal ini memperlambat penanganan dan upaya pencegahan infeksi secara masif dan cepat. Di saat yang bersamaan, transparansi data menjadi isu besar karena kendali arus keluar dan masuk informasi juga berada di tangan Kemenkes. Sebagai lembaga yang berhak memberikan izin operasional dan pemeriksaan COVID-19 kepada jejaring laboratorium, Kementerian Kesehatan tidak membuka akses pemeriksaan sejak awal kepada jejaring laboratorium umum atau swasta yang mampu. Hal ini sungguh kontras jika dibandingkan dengan negara lain. Pada awal pandemi, Jerman langsung membuka akses pemeriksaan kepada semua laboratorium untuk menunjang kebutuhan tes.

2. Ketersediaan alat, laboratorium, dan sumber daya manusia

Pada Maret 2020, Kementerian Kesehatan menetapkan 12 laboratorium pemeriksa COVID-19. Per tanggal 22 Juli 2020, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) selaku Koordinator Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 menampilkan daftar 320 laboratorium yang dapat melakukan pemeriksaan COVID-19, yaitu dengan RT-PCR (158); Tes Cepat Molekuler (TCM) (138); maupun keduanya (24). Dengan jumlah laboratorium sebanyak itu, Indonesia hanya dapat melakukan pemeriksaan sebanyak rata-rata 22.967 spesimen milik 13.139 orang per hari pada kurun waktu 16 hingga 22 Juli 2020. Fakta bahwa jumlah sampel yang diperiksa hampir dua kali lipat dari jumlah orang yang diperiksa mengindikasikan pemeriksaan satu orang pasien dapat berjalan hingga 2 kali. Bahkan, Harian Kompas melaporkan adanya kasus pelaksanaan uji swab kepada seorang pasien yang sama hingga 24 kali untuk memastikan hasil tes negatif. Dari jumlah laboratorium tersebut, 46 laboratorium—kebanyakan laboratorium swasta—libur pada hari Sabtu, Minggu, dan hari libur pemerintah; dengan jam kerja hanya 6 jam sehari (3).

3. Lambatnya waktu pemeriksaan

Keterbatasan kapasitas pada laboratorium turut menyebabkan lambatnya pengumuman hasil pemeriksaan pasien. Di berbagai daerah, pemeriksaan dapat berlangsung selama lebih dari 7 hari. Di awal pandemi hasil pemeriksaan bahkan membutuhkan waktu proses minimal 14 hari. Adanya jeda waktu yang lama antara pengambilan spesimen dan keluarnya hasil pemeriksaan menyebabkan data kasus yang diumumkan pemerintah tidak menggambarkan situasi epidemiologis serta perkiraan fase penyebaran penyakit ini sesuai waktu kejadian (*real-time*). Belum lagi tingginya kasus meninggal terduga COVID-19 (*suspek dan probable*; sebelumnya disebut Orang dalam Pengawasan [ODP] dan Pasien dalam Pemantauan [PDP]) di Indonesia yang secara signifikan lebih tinggi dibanding kasus meninggal konfirmasi positif. Hal ini merupakan akibat dari lambatnya pengumuman hasil pemeriksaan. Merujuk pada situasi tersebut, keterlambatan tindakan pencegahan dan penanganan tidak terelakkan.

4. Kriteria tes yang sempit

Studi di beberapa negara menunjukkan kasus asimtomatik terdiri dari 40-45% dari total kasus (3). Bila pemerintah hanya memprioritaskan tes pada orang yang bergejala saja, penularan akan terus terjadi terutama oleh orang tanpa gejala ataupun gejala ringan. Sebagai kilas balik, pada awalnya pemerintah hanya memberikan akses pemeriksaan kepada orang dengan gejala yang ditetapkan. Kemudian pemerintah menjanjikan biaya pemeriksaan hingga perawatan gratis bagi orang berstatus positif

COVID-19. Dengan bergulirnya kategorisasi untuk terduga COVID-19 dan seiring peningkatan kapasitas PCR, pemerintah memberikan akses pemeriksaan gratis kepada semua orang yang teridentifikasi oleh tenaga kesehatan sebagai ODP, PDP, dan kasus positif sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/238/2020 tentang klaim penggantian biaya perawatan pasien COVID-19. Di beberapa provinsi, pemerintah daerah menyoroti pedagang pasar dan masyarakat di pemukiman padat secara acak. Dalam skema target pemeriksaan tes yang cukup dinamis, pemerintah terlihat ingin melakukan upaya progresif dalam pemeriksaan tes. Namun demikian, amat disayangkan tenaga kesehatan sebagai garda terdepan malah belum mendapatkan akses pemeriksaan secara berkala.

5. Mekanisme pengadaan alat

Pemerintah telah menyederhanakan prosedur pengadaan terkait sertifikasi, produksi, distribusi, dan izin edar alat kesehatan serta alat pelindung diri baik yang diproduksi di dalam negeri maupun luar negeri untuk mempercepat penanganan COVID-19 di Indonesia. Tahapan pengadaan cepat ini diatur dalam Peraturan LKPP No. 13/2018, Instruksi Presiden No. 4/2020 dan PMK Nomor 7 Tahun 2020 yang menyatakan bahwa alat kesehatan impor tidak lagi memerlukan izin edar. Sejak 30 Maret 2020, impor alat kesehatan donasi dan komersial hanya memerlukan rekomendasi dari Kepala Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Meskipun demikian, proses birokrasi yang lambat menyebabkan bahan dan alat kesehatan tertahan berbulan-bulan di Kantor Bea Cukai. Pada beberapa kasus sempat terjadi penutupan beberapa laboratorium di Jakarta akibat reagen yang tertahan di Kantor Bea Cukai.

Keterbatasan PCR pun memicu publik untuk mencari alat tes alternatif. Sejak Maret, masyarakat mengakses ratusan macam tes cepat antibodi dari berbagai negara. Sayangnya, kebijakan penggunaan serta distribusi tes serologi antibodi di Indonesia tidak tersedia tepat waktu. Rekomendasi penggunaan alat baru dikeluarkan beberapa bulan kemudian oleh Kementerian Kesehatan dan tim pakar kesehatan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Sementara itu, Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) telah menemukan adanya alat material kesehatan yang tidak sesuai dengan spesifikasi dan standar di beberapa daerah.

Peningkatan kapasitas tes adalah suatu keharusan

Dengan jumlah harian tes sebesar 13.000 sehari, Indonesia harus mengejar ketertinggalan dan menambah kapasitas tes PCR hingga 40.000/hari. Beberapa pendekatan yang dapat dilakukan:

Pooled testing (pengujian secara berkelompok)

Pooled testing atau *group testing* atau dikenal juga dengan nama '*Dorfman Testing*' ditemukan pada tahun 1943 dan pernah digunakan untuk mendeteksi penyakit Sifilis dan AIDS. *Pooled testing* merupakan pendekatan tes melalui penggabungan 6-10 sampel dalam satu pemeriksaan dengan satu reagen. Meskipun demikian, ada beberapa catatan terkait *pooled testing*. Pengujian dengan metode ini akan lebih efektif pada populasi dengan tingkat infeksi yang masih rendah (co: <5%) dan pada satu populasi homogen, misal satu kantor atau satu rumah tangga (*household pooled testing*). Jika hasil tes positif, maka diperlukan tes ulang bagi setiap sampel untuk mengetahui siapa yang terinfeksi. *False negative* mungkin terjadi akibat sampel yang terencerkan dengan sampel lainnya (4).

Meskipun WHO belum mengeluarkan rekomendasi terkait penggunaan metode *pooled testing* untuk mendeteksi virus SARS-CoV-2, pendekatan ini telah diterapkan di beberapa negara, seperti Tiongkok dan Jerman. Amerika pun mulai melirik metode ini. Di Sumatera Barat sendiri pendekatan ini sudah dilakukan kepada kelompok Orang dalam Pengawasan (ODP) dan Orang Tanpa Gejala (OTG). Sumbar menjadi provinsi ke-2 setelah DKI Jakarta yang memiliki jumlah tes tertinggi se-Indonesia, sebanyak 1,6 per 1.000 orang per minggu. Selain efisien, pendekatan ini dapat membantu pemerintah daerah untuk mengambil kebijakan pelonggaran atau pengetatan PSBB secara cepat. Metode ini dapat menjadi alternatif yang lebih *cost-effective* dan cepat bagi negara dengan kapasitas terbatas. Mekanisme *pooled testing* tetap harus diiringi dengan strategi lacak dan isolasi yang kuat.

Menambah kapasitas Tes Cepat Molekuler (TCM)

Kebutuhan peningkatan kapasitas secara global mendorong penggunaan TCM yang berbasis PCR menjadi salah satu alternatif. Indonesia sendiri memiliki 998 TCM yang awalnya ditujukan untuk pemeriksaan cepat Tuberkulosis (TBC). Berdasarkan data Kemenkes per 22 Juli 2020, terdapat 138 TCM yang digunakan untuk pemeriksaan COVID-19. Dalam sehari laboratorium tersebut dapat melakukan pemeriksaan 334 orang. Artinya satu laboratorium hanya memeriksa 2-3 spesimen/hari. Selain peningkatan kapasitas laboratorium, tenaga terampil dan jam kerja, Indonesia membutuhkan penambahan jumlah alat maupun reagen untuk meningkatkan jumlah pemeriksaan.

Perbedaan RT-PCR dan TCM:

Variabel	RT -PCR	GenExpert
Sensitivitas	Roche: 100% Abbott: 100%	100%
Spesifisitas	Roche: 100% Abbott: 100%	100%
Ekstraksi	Ya	Tidak
Transkripsi	Ya	Ya
Lama keseluruhan proses (jam)	4-6 jam	45-60 menit
Biaya per sampel (IDR)	Rp 1,2-1,4 juta	Rp 70.000-280.000 /reagen
Jumlah sampel/hari	150-200	256 (untuk alat 16 slot)
Jumlah lab aktif	158	138
Penambahan 10.000 pemeriksaan/hari	- 67 mesin (@1,2M) = ±80,4 M - Reagen (@1 juta)= 10 M	- 78 (16 slot) mesin = ±70 M - Cartridge (@Rp 280.000) = 2,8 M

Sumber: berbagai sumber

Untuk memenuhi target pemeriksaan, maka kita harus meningkatkan jumlah tes hingga 40.000 pemeriksaan dalam sehari. Untuk setiap peningkatan 10.000 tes per hari, Indonesia membutuhkan biaya paling tidak Rp 80 miliar hanya untuk pengadaan alat PCR dan Rp 10 miliar untuk kebutuhan reagen per hari. Pilihan lainnya, Indonesia membutuhkan biaya Rp 70 miliar untuk alat TCM dan Rp 2,8 miliar untuk kebutuhan *cartridge* per hari. Bila dibandingkan dengan PCR, TCM memiliki beberapa keunggulan. Selain lebih murah, TCM juga dapat melakukan tes lebih cepat dengan biaya operasional

yang lebih murah. TCM juga meminimalisir risiko kontaminasi karena menggunakan sistem tertutup (*biosafety level 2A*). Bila pandemi sudah selesai, alat ini masih dapat digunakan untuk pemeriksaan TB, Hepatitis C, Hepatitis B, HIV dan Demam Berdarah. Yang menjadi isu adalah keterbatasan alat dan *cartridge* TCM yang diproduksi di Amerika.

Proses pengadaan yang lebih cepat dan akuntabel

Dengan tingginya kebutuhan akan alat diagnostik yang inovatif, Alat Pelindung Diri (APD) serta obat-obatan, Kementerian Kesehatan dan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah (LKPP) dapat berkoordinasi untuk percepatan dan penyederhanaan pengadaan melalui sistem kategorisasi elektronik. Katalog elektronik ini dapat menjadi instrumen pengendalian harga secara transparan dan akuntabel untuk menghindari penimbunan atau monopoli.

Kriteria merilis pasien positif COVID-19

Dalam rekomendasi awal WHO, tenaga kesehatan dapat memulangkan pasien COVID-19 hanya bila dua kali hasil PCR pasien menunjukkan hasil negatif dalam waktu 24 jam pemeriksaan. Namun dengan keterbatasan jumlah PCR di banyak negara dan bukti ilmiah terbaru, WHO mengeluarkan rekomendasi terbaru per 17 Juni 2020. Dalam rekomendasi terbarunya, WHO menyatakan bahwa pasien yang menyandang status positif COVID-19 selama 10 hari setelah pertama kali gejala muncul/terkonfirmasi positif (ditambah paling tidak 3 hari tanpa gejala), dapat dikeluarkan dari isolasi tanpa harus melakukan tes konfirmasi negatif (5). Hal ini sudah dilakukan di beberapa negara termasuk Singapura. Dengan begitu pemeriksaan PCR bisa menjangkau lebih banyak kelompok rentan. Kementerian Kesehatan juga baru-baru ini telah memasukkan kriteria pelepasan pasien ini ke dalam revisi 5 Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/238/2020. Revisi tersebut menyatakan kasus konfirmasi asimtomatik ataupun dengan gejala ringan dan gejala sedang tidak dilakukan pemeriksaan lanjutan PCR; kecuali kasus dengan gejala berat/kritis yang dirawat di rumah sakit penyedia pemeriksaan PCR. Revisi ini menekankan penggunaan PCR sebagai alat diagnostik awal dan tidak lagi untuk konfirmasi lanjutan.

Hentikan penggunaan tes cepat antibodi untuk diagnostik dan perluas kriteria tes

Pertanyaan terbesar saat ini muncul terkait siapa yang paling berhak mendapatkan akses pemeriksaan COVID-19 di saat kapasitas tes PCR masih terbatas. Ketiadaan mekanisme penentuan tes pun membuat pemerintah menggunakan tes cepat serologi antibodi sebagai alat skrining utama mengingat harganya yang lebih murah dengan hasil lebih cepat. Hasil tes cepat serologi antibodi yang reaktif akan dirujuk untuk melakukan tes PCR. Namun mengingat tingginya kecenderungan *false negative*, tes cepat antibodi tidak hanya akan memberikan diagnosis yang tidak tepat dan gambaran penyebaran infeksi yang salah, tetapi juga akan membuat pencegahan penularan terlalu terlambat. Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah menggantikan peran tes cepat antibodi dengan sebuah skrining swadaya bernama *Covid Likelihood Meter* (CLM) (6).

Opsi lainnya adalah tes usap antigen. Tes serologi antibodi dan tes usap antigen sama-sama memiliki variabilitas yang tinggi. Namun tes usap antigen dapat lebih diandalkan untuk menangkap kasus secara cepat sesuai dengan cara kerjanya. Kelebihan dari kedua tes tersebut adalah murah, cepat, tidak membutuhkan peralatan mahal, serta dapat dilakukan di fasilitas layanan kesehatan namun tidak membutuhkan pelatihan

rumit. Dalam situasi keterbatasan PCR, tes usap antigen dapat menjadi alternatif skrining dimana pasien dengan hasil pemeriksaan positif harus melakukan isolasi dan pasien dengan hasil pemeriksaan negatif harus dikonfirmasi dengan tes PCR.

Penyebaran luas dalam komunitas menandakan perlunya pemeriksaan secara masif dan acak di tingkat akar rumput. Namun dengan keterbatasan sumber daya, pemerintah seharusnya memprioritaskan pelaksanaan tes bagi kelompok berisiko tinggi dengan komorbiditas dan sistem imun yang lemah. Pemerintah juga harus mengalokasikan tes bagi mereka yang rentan infeksi, tinggal di kawasan padat penduduk, kelompok dengan paparan kontak yang tinggi, kelompok marjinal yang terdampak secara disproportional, dan yang tidak kalah penting tenaga kesehatan yang berisiko tinggi.

Pemeriksaan COVID-19 harus terjangkau untuk semua

Sesuai amanat UU nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, UU Nomor 36/2009 tentang Kesehatan, juga Perppu No. 1 Tahun 2020 tentang pembiayaan penanganan pandemi, pembiayaan Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pemerintah seharusnya dapat melakukan realokasi anggaran negara untuk meningkatkan kapasitas tes PCR, bukan untuk pengadaan tes cepat antibodi, apalagi pariwisata, lomba video, dan kegiatan lain yang tidak relevan dengan upaya pencegahan wabah secara langsung. Dengan terjadinya komersialisasi tes, aturan penetapan batas harga oleh pemerintah penting dilakukan untuk memastikan keterjangkauan akses. Negara lain, seperti Tiongkok, Korea Selatan, dan Singapura sudah membuat tes PCR gratis dan tersedia bagi seluruh warga negara. Pada tatanan global, para pemangku kepentingan juga harus mengalokasikan anggaran yang lebih besar bagi penyediaan sumber daya yang difokuskan untuk, tentunya, menemukan vaksin serta menciptakan inovasi pemeriksaan yang lebih cepat dan terjangkau.

Untuk memutus rantai penularan, akses pemeriksaan yang terjangkau bagi semua orang adalah sebuah keharusan. Perbaikan dan peningkatan kapasitas tes harus berjalan beriringan dengan perbaikan sistem surveilans, pelacakan kontak, dan isolasi. Sistem ini mengharuskan petugas kesehatan untuk melacak, melaksanakan tes, dan mengisolasi 20-25 kontak dari setiap penemuan satu kasus terkonfirmasi positif COVID-19. Pemerintah juga harus bekerja lebih keras lagi dalam menciptakan kebijakan yang berpihak pada pembangunan serta transformasi sistem kesehatan nasional yang responsif terhadap pandemi serta menciptakan lingkungan pemungkin (*enabling environment*) untuk mendorong keterlibatan aktif masyarakat. Keputusan pemerintah daerah untuk membuka kembali ekonomi juga harus beriringan dengan ketersediaan akses tes secara masif dan terjangkau, ketersediaan layanan kesehatan, sistem pelacakan, dan isolasi sebagai satu kesatuan. Pemerintah mungkin belum dapat meng-eradikasi pandemi ini dari Indonesia, namun pemerintah dapat melakukan upaya optimal untuk menekan penularan seminimal mungkin, terutama untuk menjaga masyarakat Indonesia menjalani Adaptasi Kebiasaan Baru di masa pandemi.

Daftar Pustaka

1. **Organization, World Health.** *COVID-19 Situation Report- 16*. s.l. : WHO, 2020.
2. *Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection.* **Oran, Daniel P and Topol, Eric J.** June 2, 2020, Annals of Internal Medicine.
3. **Dwianto, Achmad Reyhan.** Detikhealth. *Detik*. [Online] Juni 2020, 29. [Cited: Juli 14, 2020.]
<https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-5072828/46-lab-libur-di-akhir-pekan-pemeriksaan-spesimen-hanya-11783-per-29-juni>.
4. **Gillespie, Claire.** What Is Pool Testing for COVID-19 and How Is it Different Than Current Coronavirus Testing? *Health.com*. [Online] June 30, 2020. [Cited: July 4, 2020.]
<https://www.health.com/condition/infectious-diseases/coronavirus/what-is-pool-testing-covid-19>.
5. **Organization, World Health.** *Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation*. Geneve : World Health Organization, 2020.
6. **City, Jakarta Smart.** Kolaborasi Jakarta dengan Startup Menghadapi COVID-19. *Jakarta Smart City*. [Online] [Cited: July 20, 2020.] <https://smartcity.jakarta.go.id/blog/491/kolaborasi-jakarta-dengan-startup-menghadapi-covid-19>.
7. *Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection.* **Seow, Jeffrey, et al.** July 11, 2020, medRxiv.