



# Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia

# RINGKASAN EKSEKUTIF

## CISDI dan PUSKAPA

Semula, strategi pendistribusian vaksin oleh Pemerintah dilakukan berdasarkan indikator prioritas kelompok penerima. Akan tetapi, gelombang lonjakan kasus COVID-19 pada pertengahan Juni 2021 mendesak pemerintah untuk memulai vaksinasi massal yang menyoar kelompok masyarakat umum di tengah keterbatasan suplai vaksin nasional. Kebijakan ini bisa jadi berdampak baik namun juga **berpotensi mengalihkan fokus penyelesaian target vaksinasi untuk kelompok lansia dan masyarakat rentan.**

**Khusus untuk kelompok lansia, capaian vaksinasi masih tergolong cukup rendah.** Dashboard vaksinasi Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa hingga hari ini cakupan vaksinasi lansia untuk dosis pertama masih berada di angka 23,5% dan dosis kedua di angka 16,4% dari target pemerintah (Kemenkes, 2021). **Tidak tampak peningkatan capaian yang signifikan hingga saat ini.**

Sementara untuk kelompok rentan, pemerintah belum membakukan definisi operasional kelompok rentan dalam regulasi dan tidak menghitung target di tingkat daerah dalam operasionalisasi di level sub-nasional. **Tidak tersedianya tata laksana (how-to) teknis penjangkauan kelompok rentan juga memperlambat proses vaksinasi.** Terlebih, penggunaan strategi vaksinasi massal yang menyamaratakan metode distribusi ditambah dengan kesimpangsiuran informasi, minimnya sosialisasi dan edukasi, serta celah dalam pendataan di lapangan semakin **memperluas jurang akses vaksinasi bagi kelompok rentan.**

**Urgensi untuk membakukan definisi kelompok rentan dipicu oleh karakteristik kerentanan di tengah pandemi yang bersifat dinamis dan multidimensional.** Di tingkat global, Komite Ahli untuk Kebijakan Imunisasi WHO merilis rekomendasi peta jalan vaksinasi berdasarkan dua variabel utama, ketersediaan suplai dan kerentanan kelompok. Menjadi pekerjaan rumah bagi setiap negara untuk menerjemahkan secara operasional ke dalam konteks dan kebutuhan spesifik negara terkait.

Untuk itu, *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI) dan Pusat Kajian dan Advokasi Perlindungan dan Kualitas Hidup Anak Universitas Indonesia (PUSKAPA) mencoba mengembangkan indikator kerentanan yang dapat menjadi pijakan para pemangku kebijakan untuk menemukan sub-populasi kelompok rentan akan COVID-19, sebagai berikut:

1. **Individu tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan** yang memadai dan mumpuni, termasuk asuransi kesehatan.
2. **Individu dengan status sosial-ekonomi rendah:** penghasilan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan (harian, lepas, atau informal).
3. **Individu dengan penyakit penyerta,** terutama yang terbukti sebagai pemberat, seperti diabetes, hipertensi, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan.
4. **Kelompok demografi dengan relasi kuasa rendah** seperti lansia, anak, dan perempuan.
5. **Individu yang mengalami ketersisihan sosial** berdasarkan agama/kepercayaan, disabilitas, etnis/suku, gender/seksualitas, status HIV-AIDS, serta status kewarganegaraan.
6. **Individu di wilayah 3T** (tertinggal, terpencil, terluar).
7. **Individu yang tidak mampu melaksanakan praktik 5M,** termasuk tanpa akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai serta padat penduduk, tinggal di hunian yang sempit atau institusi sosial dengan ruang privat yang terbatas (contoh: penghuni lapas, pencari suaka/pengungsi).

Sebuah *Focus Group Discussion* (FGD) pada tanggal 6 Agustus 2021 terselenggara bersama beberapa perwakilan kelompok rentan. Adapun salah satu luaran dari FGD tersebut menggambarkan sejumlah hambatan yang dirasakan oleh kelompok rentan di lapangan, antara lain: **(1) Hambatan administrasi, (2) Hambatan finansial, (3) Hambatan infrastruktur, (4) Hambatan ke akses informasi, dan (5) Hambatan sosial dan perilaku.**

**Keberadaan hambatan tersebut turut mengindikasikan adanya kebutuhan khusus dari kelompok rentan yang harus difasilitasi oleh pemangku kepentingan terkait.** CISDI dan PUSKAPA kemudian mengembangkan empat rekomendasi operasional yang dapat dilakukan oleh pemerintah pusat, yaitu:

### **1. Bantu proses vaksinasi kelompok rentan tanpa NIK dengan pendekatan khusus dan upaya lebih**

Upaya Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran nomor HK.02.02/III/15242/2021 mengenai vaksinasi bagi masyarakat rentan dan belum memiliki Nomor Induk Kependudukan patut diapresiasi. **Akan tetapi, surat edaran tersebut masih bersifat himbuan tanpa operasionalisasi.**

**Padahal, program vaksinasi dapat menjadi pintu masuk untuk menemukenali, menjangkau, dan melayani secara aktif penduduk yang tidak memiliki NIK.** Hal ini memerlukan kerja sama dan koordinasi baik antara sektor kesehatan dan sektor dukcapil baik di tingkat nasional maupun daerah.

Secara garis besar, terdapat dua pendekatan teknis yang bisa dipertimbangkan. **Pertama, dengan mengadakan layanan terpadu berdampingan di hari dan tempat yang sama.** Dalam layanan terpadu ini penduduk bisa mendapatkan vaksinasi sekaligus mengakses layanan administrasi penduduk di tempat dan waktu yang sama. Inisiatif ini sudah didorong oleh Kemenkes kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota melalui Surat Edaran-nya.

**Kedua, sediakan layanan berjenjang di**

**mana petugas mencatat data dan kontak individu yang tidak punya NIK yang datang ke pos vaksinasi untuk diserahkan dan ditindaklanjuti oleh Disdukcapil.** Langkah kedua juga dapat diselaraskan dengan proses pendataan *bottom-up* untuk vaksinasi seperti dijabarkan di Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4638/2021 dengan melibatkan kader kesehatan masyarakat dan kader/fasilitator di tingkat desa.

Pengawasan harus dilakukan oleh Pemerintah Pusat terhadap dua pendekatan di atas agar operasionalisasi kebijakan terkait penjangkauan kelompok/individu tanpa NIK, baik di hilir dan hulu, dapat berjalan beriringan.

### **2. Perkuat koordinasi lintas kementerian**

Multidimensionalnya permasalahan vaksinasi untuk kelompok rentan membutuhkan koordinasi dan kerja sama yang kuat antar kementerian. Luasnya cakupan kelompok rentan, membutuhkan integrasi sumber data target sasaran dan sumber daya lintas kementerian terkait.

### **3. Perkuat strategi vaksinasi melalui program penjangkauan khusus**

Pemerintah pusat dan pemerintah daerah tidak dapat hanya mengandalkan strategi vaksinasi massal seperti saat ini. Mengingat bahwa kelompok rentan memiliki hambatan multidimensional, maka pemangku kebijakan harus mengembangkan strategi penjangkauan khusus bagi kelompok-kelompok tersebut.

**Pengembangan strategi penjangkauan khusus harus melibatkan kelompok rentan secara aktif. Hal ini ditujukan agar kebutuhan khusus kelompok rentan dapat terakomodasi melalui program penjangkauan tersebut.** Kelompok Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) misalnya, yang mana sentra vaksinasi khusus ODGJ harus menyediakan pendamping yang dapat membantu kelompok ODGJ mengakses vaksinasi.

Contoh lain, akses vaksinasi kelompok dengan penyakit penyerta didekatkan dan terintegrasi dengan layanan rawat jalan

rumah sakit, klinik swasta, dan puskesmas. Sementara untuk kelompok masyarakat adat, integrasi layanan vaksinasi ke dalam layanan posyandu dapat menjadi langkah progresif guna menjangkau masyarakat adat ke dalam program vaksinasi.

Vaksinasi dari rumah ke rumah juga dapat menjadi opsi melalui puskesmas atau kolaborasi dengan layanan *home care*. **Namun, tambahan tenaga kesehatan, anggaran, dan supply-side readiness diperlukan untuk mengurangi beban puskesmas** yang saat ini tengah dibebankan tiga tanggung jawab sekaligus, yakni promosi kesehatan, 3T (*testing, tracing, treatment*), dan vaksinasi.

Penjangkauan juga dapat dilakukan dengan melibatkan organisasi masyarakat sipil, kader kesehatan, aparat RT/RW, dan tokoh masyarakat lainnya. **Khusus untuk pelibatan aparat polisi/militer, pemangku kebijakan perlu memberi perhatian dan kepekaan khusus, terutama pada daerah rentan konflik bersenjata yang memiliki sejarah dan trauma tertentu.**

#### **4. Batalkan pemberlakuan sanksi administratif terhadap penduduk yang belum mendapatkan vaksin**

Kebijakan mengenai insentif dan/atau sanksi mengasumsikan bahwa hambatan penerimaan vaksin disebabkan murni karena ketidaktahuan, keraguan, keengganan, dan ketidakdisiplinan (*demand problems*). Padahal, di tengah kelangkaan vaksin, keterbatasan infrastruktur, dan sengkabut tata kelola yang terjadi saat ini, sangat berbahaya untuk menghubungkan vaksinasi COVID-19 dengan sanksi substansial seperti penundaan atau penghentian pemberian jaminan sosial, bantuan sosial layanan administrasi pemerintah, dan/atau denda. Sanksi ini berpotensi semakin mempersulit kelompok rentan yang tidak terjangkau layanan vaksinasi dalam mengakses berbagai layanan dasar.

# Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia

CISDI dan PUSKAPA

## Latar belakang

Meningkatnya kasus di beberapa provinsi secara signifikan beberapa bulan terakhir semakin mendesak pemerintah Indonesia mempercepat proses vaksinasi COVID-19. Hingga 13 Agustus 2021, tercatat 53.212.350 (25,55%) dosis vaksin pertama dan 27.228.923 (13,07%) dosis vaksin kedua telah diberikan kepada masyarakat. Cakupan tersebut meliputi 109,47% dosis pertama dan 100,86% dosis kedua untuk tenaga kesehatan; 154,44% dosis pertama dan 86,88% dosis kedua untuk petugas publik; dan 23,14% dosis pertama dan 15,79% dosis kedua untuk lansia (kawalCOVID-19, 2021). Sementara itu, pelaksanaan Vaksinasi Gotong Royong masih minim berkontribusi terhadap performa vaksinasi nasional. Tercatat dari 28.413 perusahaan yang telah mendaftarkan diri, baru sebanyak 238 perusahaan dengan total sasaran vaksinasi sebanyak 165.000 orang yang menerima vaksinasi (KADIN, 2021)

Situasi yang semakin mendesak membuat pemerintah memulai vaksinasi pada kelompok masyarakat umum berusia di atas 18 tahun di tengah keterbatasan suplai vaksin. Sejak Juli 2021, vaksinasi untuk kelompok usia 12-17 tahun sudah dimulai di beberapa wilayah yang kenaikan kasusnya signifikan seperti Jakarta, Bogor, Bekasi, Depok, Tangerang, dan Bandung Raya, meski cakupan untuk kelompok lansia dan kelompok rentan lainnya masih berjalan perlahan.

Kebijakan ini bisa jadi berdampak baik namun juga berpotensi mengalihkan fokus dari penyelesaian target vaksinasi tahap II dan III. Kesimpangsiuran informasi, sosialisasi dan edukasi yang minim, penyamaraan metode *delivery*, serta celah dalam pendataan, dan penegakkan peraturan dalam proses vaksinasi di lapangan semakin memperluas jurang akses bagi kelompok-kelompok rentan yang seharusnya mendapat prioritas dalam vaksinasi tahap III. Belum lagi pelaksanaan Vaksinasi Gotong Royong (VGR) yang alami sejumlah kendala, mulai dari rumitnya alur birokrasi pengajuan pelaksanaan vaksinasi, keterbatasan suplai, hingga permasalahan administrasi yang membuat masyarakat yang sudah terdaftar VGR namun belum mendapatkan kepastian akan divaksin tidak dapat mengikuti vaksinasi program pemerintah. Padahal, target dari VGR menasar kepada kelompok pekerja yang rentan terpapar disebabkan tingginya interaksi dan mobilitas. Opsi vaksin mandiri berbayar pun sempat dikeluarkan dan akhirnya dibatalkan.

Pembelajaran dari kebocoran di tahap-tahap sebelumnya harus diambil untuk langkah perbaikan. Investigasi Tempo pada 20 Februari 2021 menemukan 5% orang yang bukan target tahap I mendapatkan vaksin di tahap I (Tempo, 2021). Di tengah usaha yang gencar untuk segera memvaksinasi penduduk dewasa sebanyak-banyaknya dalam tempo singkat, risiko pemerintah melewatkan kelompok-kelompok rentan juga semakin besar. Program kesehatan masal umumnya sering meluputkan individu dan kelompok yang tersembunyi, tersisih secara sosial, dan yang menghadapi hambatan multidimensional dalam mengakses layanan pemerintah padahal kelompok-kelompok ini justru lebih rentan untuk terinfeksi dan/atau untuk sakit atau meninggal begitu terinfeksi. **Oleh karena itu, penting bagi pemerintah memastikan kelompok-kelompok rentan ini juga terlayani dalam program vaksinasi massal COVID-19.**

Melalui tulisan ini, *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI) dan *Center on Child Protection and Wellbeing at Universitas Indonesia* (PUSKAPA) memberikan masukan kepada pemangku kebijakan tentang aspek-aspek yang perlu dipertimbangkan agar jangkauan vaksinasi pada kelompok rentan berjalan efektif.

Kami menyadari situasi krisis saat ini mengharuskan pemerintah Indonesia menyusun kembali prioritas di tengah terbatasnya suplai, sumber daya, dan infrastruktur. Mungkin juga, rencana penahapan vaksinasi sudah tidak lagi relevan. Sehingga, penyebutan “Tahap III” di dalam dokumen ini jangan dimaknai sebagai nomenklatur, tapi sebagai pengingat bahwa rencana penahapan di awal disusun untuk memastikan akses yang berkeadilan. Masukan ini kami susun untuk memberi pertimbangan bagi pemerintah Indonesia agar tetap bisa menjangkau kelompok rentan seadil mungkin di tengah berbagai prioritas yang serba genting.

## Risiko luputnya kelompok rentan dalam kegiatan vaksinasi massal

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) 10 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Penanggulangan COVID-19 tidak mendefinisikan “kelompok rentan” yang menjadi target vaksinasi tahap III. Permenkes hanya menyebutkan “masyarakat rentan dari aspek geospasial, sosial, dan ekonomi.” Juru Bicara Kementerian Kesehatan untuk Vaksinasi secara lisan mendefinisikan kriteria masyarakat rentan yang masuk ke dalam tahap III sebagai: (1) tinggal di zona merah COVID-19; (2) sosial ekonomi lemah; (3) kurang beruntung; (4) kelompok marginal ibu kota; (5) penyandang disabilitas; dan (6) Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (KEMENKES, 2021). Berdasarkan kriteria tersebut, vaksinasi tahap III menargetkan 63,9 juta masyarakat rentan yang pada awalnya direncanakan mulai di Jakarta pada 5 Mei 2021 dan akan dimulai secara bertahap pada Juni 2021 dengan prioritas pada daerah urban, zona merah, dan populasi dengan banyak penduduk berstatus sosioekonomi rendah.

Setelah itu, Kemenkes mengeluarkan Surat Edaran (SE) HK.02.02/III/15242/2021 yang menyatakan masyarakat rentan, termasuk 1) kelompok penyandang disabilitas, 2) masyarakat adat, 3) penghuni lembaga permasyarakatan, 4) Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS), 5) Pekerja Migran Indonesia Bermasalah (PMIB), dan 6) masyarakat lainnya yang belum memiliki NIK. **Akan tetapi, SE tersebut belum membakukan definisi operasional targeting kelompok rentan dalam regulasi dan tidak menghitung target di tingkat daerah dalam operasionalisasi di level sub-nasional dan tata laksana (*how-to*) guna mewujudkan penjangkauan terhadap kelompok-kelompok tersebut.** Pemerintah daerah diberikan kewenangan untuk menentukan targetnya sendiri dengan menggunakan metode dan data masing-masing. Sebagai contoh, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta menargetkan 1,3 juta warga di RW kumuh miskin dan lokasi yang menjadi transmisi lokal varian B1617 (varian Delta) untuk tahap awal vaksinasi tahap III di Jakarta (Tribunnews.com, 2021). Sementara, Surabaya menetapkan masyarakat berpenghasilan rendah dan penghuni rusun yang dikelola Pemerintah Kota Surabaya sebagai prioritas awal (Pemerintah Kota Surabaya, 2021).

**Selain itu, prioritas utama kelompok rentan diberikan bagi yang berada di zona merah COVID-19 berisiko melewati daerah yang sebenarnya mengalami transmisi tinggi karena lemahnya *tracing, testing, dan treatment* di banyak wilayah di Indonesia.** Di satu sisi, dengan terbatasnya pasokan vaksin, penetapan prioritas berbasis risiko tentunya akan sangat baik. Di lain sisi, indikator warna zonasi sering kali bergantung pada kemampuan pemerintah daerah untuk melakukan *tracing, testing, and treatment*. Hal ini berisiko menjauhkan akses vaksinasi untuk kelompok rentan di daerah yang terkesan hijau. Dengan perkembangan kasus varian Delta di luar Pulau Jawa, ketimpangan alokasi dan distribusi vaksin semakin nyata. Data Kemenkes per 6 Agustus 2021 menunjukkan Jakarta telah memberikan vaksinasi dosis 1 ke 37% populasinya, sementara Maluku Utara baru sekitar 5%. Belum lagi Situation Report WHO 28 Juli 2021 juga menyebutkan banyak tenaga kerja kesehatan (tenakes) di Papua, Maluku, dan Sulawesi Tengah yang belum mendapatkan vaksin sama sekali.

Penerjemahan pemerintah mengenai kelompok rentan juga kurang memperhatikan keterbatasan akses pelayanan kesehatan sebagai komponen utama. Hal ini dapat dilihat dengan diprioritaskannya daerah urban dan industri sebagai target vaksinasi program tahap III. Sementara untuk area

rural dan daerah terpencil, tertinggal, dan terluar (3T) yang memiliki akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan belum menjadi prioritas. Padahal, keterbatasan akses menjadi salah satu komponen kelompok rentan sosioekonomi menurut Pasal 23 Ayat 2 UU No. 39/2012 mengenai Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial.

Kelompok rentan yang masuk menjadi target tahap III belum mencakup kelompok rentan lain yang juga terdampak. Kelompok dengan penyakit penyerta/komorbiditas misalnya asma, diabetes, dan tuberculosis memiliki risiko kesakitan dan fatalitas yang tinggi. Sayangnya, kelompok ini belum juga masuk menjadi prioritas vaksinasi. Begitu pula dengan narapidana, pengungsi, pencari suaka, penghuni rusun, panti, pesantren dan kelompok lain yang harus tinggal dalam satu tempat sempit untuk waktu yang cukup lama karena tidak ada pilihan lain patutnya juga menjadi perhatian pemerintah untuk menekan morbiditas dan mortalitas. Juga kelompok-kelompok yang terpinggirkan secara sosial dan kesulitan mendapatkan akses kesehatan akibat stigma dan diskriminasi, contohnya kelompok minoritas gender. Selain itu, pekerja kemanusiaan yang terus bekerja di garis terdepan selama pandemi, seperti kader kesehatan, penjangkau ODHA, pendamping pasien *tuberculosis* (TB), dan lainnya. Meski di beberapa daerah, kelompok-kelompok ini menjadi target vaksinasi pemerintah daerah, kebijakan ini tidak dijalankan secara konsisten di seluruh wilayah di Indonesia.

### Rekomendasi 1: Perluas cakupan kelompok rentan

Kerentanan dalam situasi pandemi COVID-19 bersifat dinamis, sehingga pemahaman mengenai kerentanan harus diperluas (The Lancet, 2020). Di tingkat global, WHO melalui Komite Ahli untuk Kebijakan Imunisasi (SAGE, November 2020) memberikan rekomendasi peta jalan prioritas vaksin berdasarkan kelompok yang dianggap paling rentan terhadap dampak COVID-19 dengan pertimbangan situasi epidemiologi dan suplai vaksin dalam Gambar 1. Di Indonesia, terminologi “kerentanan” secara umum telah disebutkan dalam beberapa undang-undang (Tabel 1), seperti UU No. 11 Tahun 2009 tentang Perlindungan Sosial dan UU No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial.

Tabel 1. Rekomendasi Prioritas Vaksinasi SAGE-WHO (WHO, 2020)

Suplai Vaksin	Grup Prioritas
Stage 1 (jumlah vaksin terbatas, hanya untuk 1-10% populasi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stage 1a:</b> Tenaga kesehatan dengan tingkat risiko tinggi hingga sangat tinggi</li> <li>• <b>Stage 1b:</b> Kelompok umur lansia</li> </ul>
Stage 2 (jumlah vaksin terbatas, untuk 11-20% populasi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individu/Kelompok dengan penyakit penyerta</li> <li>• Individu/Kelompok dengan sosiodemografi berisiko tinggi (co: difabel, kelompok masyarakat miskin-sangat miskin, minoritas gender, suku, ras, agama tertentu)</li> <li>• Tenaga kesehatan yang memberikan imunisasi</li> <li>• Guru dan tenaga pendidik sekolah dengan prioritas tinggi</li> </ul>

<p>Stage 3 (ketersediaan vaksin moderat untuk 21-50% populasi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pekerja esensial di luar sektor kesehatan dan pendidikan</li> <li>• Ibu hamil</li> <li>• Tenaga kesehatan dengan risiko rendah</li> <li>• Individu/Kelompok yang memproduksi vaksin</li> <li>• Individu/Kelompok yang memiliki risiko tinggi karena tidak dapat efektif menjaga jarak (co: tunawisma, penghuni lapas, dll)</li> </ul>
--	--

Menurut UU No. 11 tahun 2009, pandemi bisa dikategorikan sebagai krisis sosial sehingga memerlukan penanganan khusus terutama untuk melindungi penduduk yang menjadi rentan secara sosial ekonomi. Jika merujuk pada UU 39/2012, kerentanan sosial bisa dinilai berdasarkan empat indikator, yaitu: (1) akses terhadap pelayanan, (2) demografi, (3) marjinalitas/ketersisihan, dan (4) geografis/keterpencilan.

Pada awal pandemi, Bappenas telah mengeluarkan kajian kebijakan untuk mengatasi dan mencegah dampak COVID-19 pada anak dan individu rentan yang mengusulkan perluasan definisi kelompok rentan menjadi definisi yang lebih multidimensional (BAPPENAS, UNICEF, PUSKAPA, KOMPAK, 2020). Perluasan definisi ini diperlukan karena pandemi COVID-19 tidak hanya membawa dampak medis terhadap individu tetapi juga dampak sosial ekonomi bagi individu dan komunitas, termasuk anak. Melalui kajian kebijakan tersebut, Bappenas telah menjabarkan kerentanan individu dan komunitas melalui tiga kriteria, yaitu: risiko paparan, risiko kesakitan/kematian, serta kapasitas individu/komunitas untuk melindungi dirinya. Sejalan dengan karakteristik kerentanan lainnya, ketiga kriteria ini tidak berdiri secara eksklusif. Seseorang atau sebuah komunitas dapat saja rentan terpapar terhadap COVID-19 dan sekaligus juga tidak memiliki kemampuan untuk melindungi dirinya.

Merujuk pada definisi kerentanan multidimensional yang digagas oleh Bappenas RI, UU 39/2012, serta panduan dari SAGE WHO dan model dari CDC, maka kami mengusulkan beberapa indikator yang dapat dipakai untuk menemukenali subpopulasi rentan akan COVID-19. Karena kerentanannya dalam konteks COVID-19 pemerintah perlu menjangkau, memprioritaskan (jika memungkinkan), serta memastikan kelompok-kelompok ini dapat segera mendapatkan vaksinasi COVID-19.

1. Individu tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai dan mumpuni, termasuk asuransi kesehatan.
2. Individu dengan status sosial-ekonomi rendah: penghasilan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan (harian, lepas, atau informal).
3. Individu dengan penyakit penyerta, terutama yang terbukti sebagai pemberat, seperti diabetes, hipertensi, gagal ginjal kronis, penyakit jantung, dan gangguan pernafasan
4. Kelompok demografi dengan relasi kuasa rendah seperti lansia, anak, dan perempuan
5. Individu yang mengalami ketersisihan sosial berdasarkan agama/kepercayaan, disabilitas, etnis/suku, gender/seksualitas, status HIV-AIDS, serta status kewarganegaraan.
6. Penduduk di wilayah 3T (tertinggal, terpencil, terluar).
7. Individu yang tidak mampu melaksanakan praktik 5M<sup>1</sup>, termasuk individu dalam rumah tangga tanpa akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai serta padat penduduk, individu yang tinggal di hunian yang sempit atau institusi sosial dengan ruang privat yang terbatas.

Seperti yang disebutkan sebelumnya, indikator-indikator ini tidak berdiri eksklusif, tetapi seringkali tumpang-tindih atau saling berkorelasi. Misalnya, seperti di banyak wilayah dengan pemisahan dan ketersisihan sosial yang tinggi, komorbiditas banyak ditemukan di populasi

<sup>1</sup> Praktik 5M terdiri dari: memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan, serta mengurangi mobilitas



miskin atau di tengah penyandang disabilitas, atau kelompok minoritas gender. Masyarakat adat, contohnya, dapat dikategorikan rentan tidak hanya karena mereka biasanya tinggal di daerah terpencil, tetapi karena mereka sering kali juga tersisih secara sosial sehingga informasi mengenai vaksinasi ataupun COVID-19 secara umum tidak sampai dengan cepat dan efektif. Semakin banyak variabel kerentanan dalam satu individu/kelompok, semakin tinggi pula nilai prioritasnya.

## **Rekomendasi 2: Kenali hambatan kelompok rentan mengakses program vaksinasi**

Pada saat catatan ini disusun, Indonesia tengah menghadapi gelombang kedua pandemi COVID-19. Sebagai salah satu langkah untuk menekan laju transmisi dan mengurangi keparahan dari infeksi, pemerintah telah mempercepat pentahapan program vaksinasi di beberapa wilayah dengan tingkat transmisi tinggi. Beberapa kota besar bahkan telah memulai vaksinasi untuk kelompok umur 12-17 tahun, meski vaksinasi lansia dan kelompok rentan masih tersendat di banyak tempat.

Pembukaan akses yang besar untuk vaksinasi ini tentu harus sejalan dengan pasokan vaksin yang cukup. Namun, kami juga mengidentifikasi beberapa hambatan yang dialami sub-populasi rentan dalam mengakses program vaksinasi. Tentu saja hambatan ke program vaksinasi ini akan semakin meningkatkan kerentanan mereka atas COVID-19.

1. **Hambatan administrasi**, misalnya ketiadaan dokumen identitas hukum atau kependudukan, termasuk juga penduduk yang tidak memiliki identitas kependudukan sesuai domisilinya, seperti migran musiman (lihat Rekomendasi 3).
2. **Hambatan finansial** bisa mencakup biaya mengakses layanan kesehatan dan biaya transportasi menuju layanan kesehatan serta biaya peluang waktu yang dihabiskan untuk mengakses layanan kesehatan. Selain itu, bagi penduduk dengan penyakit penyerta, contohnya ODHA, mereka harus mengeluarkan biaya untuk tes CD4 sebagai syarat skrining vaksinasi.
3. **Hambatan infrastruktur** yang mencakup ketersediaan suplai, persebaran, serta kualitas, ketersediaan layanan kesehatan yang bisa menjalankan program vaksinasi, termasuk juga di sini adalah fasilitas rantai dingin untuk menyimpan vaksin. Hambatan ini bisa juga mencakup akses jalan dan alat transportasi yang terbatas yang bisa mengganggu distribusi vaksin serta menghambat penduduk untuk mencapai tempat vaksinasi. Sentra vaksinasi yang tidak terhubung dan terintegrasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan membuat kelompok rentan dengan komorbid harus mengalokasikan tambahan waktu dan biaya untuk mengantri di luar jadwal kontrol rutusnya.
4. **Hambatan ke akses informasi** yang dapat diakses dengan mudah dan terpercaya mengenai cara pendaftaran, jadwal program vaksinasi, efektivitas, dan kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI).
5. **Hambatan sosial dan perilaku**, misalnya rendahnya perilaku mengakses layanan kesehatan (*health seeking behaviour*) karena berbagai alasan, kurangnya informasi yang tepat mengenai COVID-19 dan vaksin, serta ketidakpercayaan pada COVID-19, vaksin, dan tenaga kesehatan secara umum.

Sama seperti indikator kerentanan dalam konteks pandemi COVID-19, hambatan-hambatan ini juga seringkali tidak beroperasi sendiri tetapi acapkali saling berkaitan dan memperkuat. Misalnya, kelompok rentan COVID-19 yang tinggal di daerah terpencil seringkali terhambat karena jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan. Untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat, penduduk harus menyisihkan satu hingga beberapa hari. Kadangkala transportasi umum tidak tersedia. Pun jika transportasi umum tersedia, biaya yang dikeluarkan tidak sedikit.

Dengan asumsi di banyak provinsi, kabupaten/kota, program vaksinasi telah atau akan segera memasuki tahap vaksinasi massal untuk populasi dewasa, rekomendasi dan identifikasi ini dimaksudkan untuk membantu program mengidentifikasi kelompok-kelompok rentan dalam

masyarakat yang seringkali tersembunyi dan luput dari program kesehatan massal. Untuk menjangkau kelompok-kelompok yang rentan terhadap COVID-19 namun acapkali terlewat ini, pemerintah perlu memberikan upaya tambahan, dan khusus, termasuk dengan menggandeng organisasi berbasis komunitas atau organisasi masyarakat lainnya.

### **Rekomendasi 3: Bantu proses vaksinasi kelompok rentan tanpa NIK dengan pendekatan khusus dan upaya lebih**

Pada awalnya, Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) NOMOR HK.01.07/MENKES/4638/2021 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Vaksinasi COVID-19 mensyaratkan penduduk untuk menunjukkan nomor induk kependudukan (NIK) dalam mengakses vaksinasi. Berbagai medium pendaftaran vaksinasi daring lalu memuat kolom NIK yang harus diisi oleh calon penerima vaksin. Kepmenkes ini juga mendorong penduduk yang tidak memiliki NIK untuk segera melakukan pendaftaran dan mengurus NIK di kantor Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Disdukcapil).

Belakangan, muncul Surat Edaran (SE) No. HK.02.02/III/15242/2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Bagi Masyarakat Rentan dan Masyarakat Lainnya yang Belum Memiliki Nomor Induk Kependudukan. Langkah ini kita apresiasi. Dalam SE ini, Kemenkes mendorong Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk menyelenggarakan layanan vaksinasi COVID-19 dan pembuatan NIK di satu lokasi pelayanan dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil bagi masyarakat yang belum memiliki NIK.

Menurut Kepmenkes, NIK dibutuhkan sebagai basis untuk melakukan verifikasi penerima vaksin sesuai data target yang diserahkan dari pemerintah pusat ke lokasi vaksinasi. Akan tetapi, karena mendesaknya kebutuhan untuk segera memvaksinasi sebanyak mungkin penduduk, saat rekomendasi ini disusun, di beberapa kota besar yang mengalami transmisi tinggi, pemerintah daerah telah mencabut syarat domisili untuk bisa mendapatkan vaksinasi COVID-19. Kebijakan diskresi domisili ini adalah satu langkah yang tepat meski masih belum dijalankan dengan merata di seluruh Indonesia. Sayangnya, NIK masih dijadikan sebagai syarat di beberapa tempat dengan meminta penduduk untuk tetap membawa kartu tanda penduduk (KTP) ke lokasi vaksinasi meski kesesuaian antara domisili di KTP dan lokasi vaksinasi tidak lagi diperlukan.

Kami menghargai upaya pemerintah untuk tidak menjadikan NIK sebagai syarat mutlak bagi kelompok rentan. Tanpa ini, ketiadaan NIK akan menghambat usaha pemerintah untuk memvaksinasi seluruh penduduk (termasuk nantinya penduduk usia anak) dan melindungi mereka dari kesakitan dan kematian akibat COVID-19. Berdasarkan data SUSENAS 2020, ada sekitar 3,99% penduduk yang belum memiliki NIK. Artinya, sekitar 10,7 juta penduduk, termasuk 4,3 juta berusia 18 tahun ke atas dan 6,4 juta anak-anak tidak memiliki KTP dan terancam tidak dapat mengakses vaksinasi. Selain itu ketimpangan kepemilikan NIK juga mencerminkan ketimpangan sosial ekonomi antar wilayah. Papua dan Maluku Utara, misalnya, adalah dua provinsi dengan proporsi penduduk tanpa NIK terbesar di Indonesia. Selain itu, terdapat juga kelompok para pencari suaka dan pengungsi yang tidak terdaftar dan tidak memiliki NIK.

Kebijakan pemerintah yang terbaru ini mengantisipasi penduduk yang tidak memiliki NIK kemungkinan besar juga adalah penduduk yang masuk dalam beberapa kategori rentan, termasuk dalam konteks COVID-19 yang telah dijabarkan sebelumnya. Kerentanan sosial cenderung berkelindan dan saling memengaruhi. Misalnya saja masyarakat adat yang mengalami diskriminasi sosial dan administrasi. Keterpencilan, serta status kepercayaan dan domisili yang tidak diakomodasi oleh sistem layanan menghambat akses mereka ke pendaftaran penduduk. Tanpa NIK/KTP mereka tidak bisa mendaftarkan diri sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta tidak juga terdaftar sebagai penerima bantuan sosial. Tanpa JKN, akses ke layanan kesehatan, serta bantuan sosial lainnya, komunitas ini pun semakin rentan mengalami

kesakitan atau kematian jika terinfeksi sehingga semakin penting pula untuk memastikan mereka mendapatkan vaksinasi dengan segera. Namun ketiadaan NIK/KTP, diskriminasi, serta keterpencilan kembali menjadi hambatan untuk mendapatkan vaksinasi.

Selain menghadapi kendala struktural seperti jarak, akses, informasi (sama seperti hambatan struktural ke layanan kesehatan), penduduk tanpa NIK menghadapi hambatan legal prosedural seperti agama/kepercayaan yang belum diakui, status sebagai pencari suaka/pengungsi, tidak memiliki bukti domisili tetap, dan sebagainya. Dengan demikian, proses vaksinasi penduduk tanpa NIK adalah kesempatan untuk membantu mereka menyelesaikan hambatan-hambatan legal yang mereka hadapi.

**Program vaksinasi dapat menjadi pintu masuk untuk menemukenali, menjangkau, dan melayani secara aktif penduduk yang tidak memiliki NIK.** Hal ini tentu memerlukan kerja sama dan koordinasi baik antara sektor kesehatan dan sektor pendaftaran penduduk baik di tingkat nasional maupun daerah. Secara garis besar, ada dua pendekatan teknis yang bisa dipertimbangkan.

**Pertama, adalah dengan mengadakan layanan terpadu berdampingan di hari dan tempat yang sama.** Dalam layanan terpadu ini penduduk tidak hanya mendapatkan vaksinasi tetapi juga bisa langsung mengakses layanan administrasi penduduk di tempat dan waktu yang sama. Inisiatif ini sudah dimulai melalui SE Kemenkes yang mendorong Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk menyelenggarakan layanan vaksinasi COVID-19 dan pembuatan NIK di satu lokasi pelayanan dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil bagi masyarakat yang belum memiliki NIK.

**Kedua, melakukan layanan berjenjang di mana petugas mencatat data dan kontak individu yang tidak punya NIK** yang datang ke pos vaksinasi untuk diserahkan dan ditindaklanjuti oleh Disdukcapil atau lembaga terkait. Langkah kedua juga dapat diselaraskan dengan proses pendataan *bottom-up* untuk vaksinasi seperti dijabarkan di Kepmenkes dengan melibatkan kader kesehatan masyarakat dan fasilitator pencatatan adminduk di tingkat desa.

Lihat <https://puskapa.org/publikasi/1145/> ini untuk detilnya.

## **Rekomendasi 4: Perkuat strategi vaksinasi melalui program penjangkauan khusus**

Tren vaksinasi yang alami penurunan selama PPKM darurat harus segera diantisipasi pemerintah. Baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah tidak dapat hanya mengandalkan strategi vaksinasi massal sebagaimana yang tengah dilakukan saat ini. Mengingat bahwa kelompok rentan, terutama kelompok dengan komorbid memiliki risiko tinggi untuk terinfeksi dan mengalami keparahan serta fatalitas kasus bila mengikuti program vaksinasi massal. Strategi ini tentunya perlu didukung dengan strategi penjangkauan khusus, seperti membuat sentra vaksinasi keliling guna menjangkau kelompok rentan sosial-ekonomi atau kelompok masyarakat yang terbatas aksesnya secara geografis. Hal ini dapat dilakukan bekerja sama dengan sektor swasta penyedia telemedika dan perawatan ke rumah (*home care*) yang mulai digunakan untuk layanan isolasi mandiri. Sebagai contoh, pemerintah Singapura melalui program *mobile vaccinations* berhasil menyelenggarakan vaksinasi di rumah bagi 27.019 masyarakat dengan komorbid (Lim, 2021).

Opsi esensial untuk kelompok komorbid adalah integrasi layanan rawat jalan dengan layanan vaksinasi COVID-19 melalui perluasan akses vaksinasi ke puskesmas, klinik swasta, dan RS. Tambahan tenaga kesehatan, anggaran, dan *supply-side readiness* diperlukan untuk mengurangi beban puskesmas yang saat ini tengah dibebankan dengan tiga tanggung jawab sekaligus, yakni promosi kesehatan, 3T (*testing, tracing, treatment*), dan vaksinasi. Penjangkauan juga dapat dilakukan dengan melibatkan organisasi masyarakat sipil, kader kesehatan, aparat RT/RW, dan

tokoh masyarakat lainnya. Pelibatan aparat polisi/militer untuk penjangkauan harus dilakukan dengan perhatian khusus, terutama dalam konteks daerah rentan konflik bersenjata yang memiliki sejarah dan trauma tertentu. Tidak hanya mempercepat vaksinasi, strategi penjangkauan ini terbukti berhasil meningkatkan jangkauan vaksinasi kepada kelompok rentan.

### **Rekomendasi 5: Perkuat koordinasi lintas kementerian**

Multidimensionalnya permasalahan vaksinasi untuk kelompok rentan membutuhkan koordinasi dan kerja sama yang kuat antar kementerian. Luasnya cakupan kelompok rentan misalnya, membutuhkan integrasi sumber data target sasaran dari Kemensos untuk kelompok miskin, PPKS, dan lainnya, serta basis data Kemenkes yang seharusnya memiliki basis data orang dengan komorbid. Permasalahan NIK juga dapat dipecahkan dengan kolaborasi antara Kemenkes dan Kemendagri; atau di level sub-nasional Dinas Kesehatan dengan Dukcapil daerah. Penguatan koordinasi lintas kementerian harus dilakukan untuk mendorong terjadinya integrasi sumber data dan layanan administrasi yang sering kali menjadi tantangan utama bagi kelompok rentan mengakses vaksin.

### **Rekomendasi 6: Batalkan pemberlakuan sanksi administratif terhadap penduduk yang belum mendapatkan vaksin**

Kebijakan mengenai insentif dan/atau sanksi mengasumsikan bahwa hambatan penerimaan vaksin disebabkan murni karena ketidaktahuan, keraguan, keengganan, dan ketidakdisiplinan (*demand problems*). Padahal, di tengah kelangkaan vaksin, keterbatasan infrastruktur, dan sengkabut tata kelola yang terjadi saat ini, menghubungkan vaksinasi COVID-19 dengan dukungan substansial seperti penundaan atau penghentian pemberian jaminan sosial, bantuan sosial layanan administrasi pemerintah, dan/atau denda sangat berbahaya. Sanksi ini berpotensi semakin mempersulit kelompok rentan yang tidak terjangkau layanan vaksinasi untuk mengakses berbagai layanan dasar.

## Rekomendasi Penjangkauan Khusus untuk Kelompok Rentan

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi jejaring
1.	<b>Individu tanpa akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai dan mumpuni, termasuk asuransi kesehatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak bisa mendapatkan layanan kesehatan jika terinfeksi COVID19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukturnal (akses, jarak, rantai dingin, informasi)</li> <li>Hambatan finansial (biaya transportasi dan biaya peluang)</li> <li>Hambatan ke akses informasi mengenai vaksinasi, baik secara klinis maupun administrasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mendekatkan layanan vaksinasi ke komunitas terpencil melalui puskesmas/ layanan keliling dan penjangkauan dari rumah ke rumah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PODES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lembaga masyarakat, amal, serta keagamaan yang bekerja dengan komunitas ini</li> </ul>
2.	<b>Populasi transpuan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diskriminasi dari masyarakat dan pemerintah</li> <li>Sering terlewat oleh layanan kesehatan</li> <li>Umumnya berpendidikan rendah sehingga bekerja serabutan/ penuh risiko dan berpenghasilan rendah</li> <li>Sering terpisah dari keluarga sehingga tidak terdaftar secara administrasi (tidak punya NIK dan KTP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan sosial: karena penyisihan di masyarakat besar kemungkinan transpuan tidak mendapatkan informasi mengenai program (jadwal, lokasi, dan syarat) vaksinasi. Jika ada pendataan untuk vaksinasi mereka juga mungkin akan dilewatkan</li> <li>Hambatan administrasi: banyak transpuan yang tercerai dari keluarganya sehingga tidak memiliki NIK dan KTP (atau KTP tidak lagi sesuai dengan domisili saat ini). Tidak diakui peralihan identitasnya maka tidak memiliki KTP</li> <li>Hambatan finansial: banyak transpuan yang juga adalah ODHA (lihat kolom ODHA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengadakan vaksinasi khusus bagi transpuan dengan menggandeng organisasi komunitas</li> <li>Meniadakan syarat KTP/ NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data dari Dinas Sosial dan dari KPAD/KPAN mengenai populasi kunci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi berbasis komunitas/ jaringan advokasi baik di tingkat nasional atau daerah seperti Srikandi, Swara, Kebaya</li> <li>Pekerja sosial dan Dinas Sosial</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi jejaring
3.	<b>Orang dengan HIV-AIDS (ODHA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Komorbidity</li> <li>Diskriminasi dari masyarakat dan pemerintah</li> <li>Sering terlewat oleh layanan kesehatan</li> <li>Karena ketakutan akan stigma, seringkali mereka enggan membuka statusnya sebagai ODHA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan sosial: kebutuhan untuk mengungkapkan status ODHA saat <i>screening</i> bisa menyurutkan niat mereka untuk mendapatkan vaksinasi karena ancaman stigma yang tinggi dari masyarakat, rekan sejawat, atau nakes</li> <li>Hambatan finansial: Sebagai bagian dari <i>screening</i>, ODHA harus memiliki CD4 200 dan tes CD4 ini membutuhkan biaya dan tidak bisa dilakukan di semua fasilitas kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengadakan vaksinasi khusus bagi ODHA dengan menggandeng organisasi komunitas atau yang bekerja di isu ini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data dari Dinas Kesehatan/P-Care serta faskes dengan layanan HIV-AIDS</li> <li>Data KPAD/KPAN mengenai populasi kunci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi berbasis komunitas/jaringan advokasi/aktivis baik di tingkat nasional atau daerah</li> </ul>
4.	<b>Penyandang disabilitas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orang dengan disabilitas sulit menjangkau layanan kesehatan karena berbagai hal (aksesibilitas, petugas yang tidak ramah/mengerti kebutuhan penyandang disabilitas) atau karena tidak terdaftar. Selain itu layanan dasar, termasuk kesehatan, sering kali luput memperhitungkan kebutuhan kelompok disabilitas (Pal, 2011)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukural: jauhnya jarak layanan, fasilitas yang tidak aksesibel, rumitnya prosedur, serta minim pendampingan</li> <li>Hambatan administratif: orang dengan disabilitas (fisik, intelektual) serta ODGJ sering tidak terdaftar secara administrasi kependudukan karena disembunyikan oleh keluarga, status mereka yang membawa stigma, atau layanan admindukcapil yang tidak aksesibel/ramah disabilitas</li> <li>Hambatan sosial: disabilitas, terutama pada anak dan bawaan, sering dikaitkan dengan vaksinasi. Selain itu informasi dan edukasi seputar vaksin seringkali tidak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Pembaharuan data perlu dilakukan secara bottom up melalui penjangkauan langsung, baik secara manual ataupun penjangkauan khusus. Kolaborasi antara Pemerintah Daerah, LSM, hingga institusi pendidikan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Basis data dapat merupakan triangulasi dari data yang dimiliki tingkat kelurahan/desa, dinas sosial, BPJS Kesehatan, maupun data puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi disabilitas di tingkat nasional dan daerah, seperti PPDI, HWDI, GerkatIn, Pertuni, dan sebagainya termasuk juga kelompok dukungan bagi orangtua dengan anak disabilitas atau kelompok pasien terkait</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi jejaring
			memperhatikan karakteristik dan kebutuhan komunikasi penyandang disabilitas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada kemungkinan masyarakat/ keluarga menyembunyikan atau tidak memprioritaskan anggota keluarga dengan disabilitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perlu dilakukan untuk melakukan pendataan atau pemutakhiran data serta penjangkauan khusus termasuk <i>door-to-door</i> sehingga bisa mengatasi masalah aksesibilitas fasilitas dan layanan</li> <li>• Pelibatan kelompok disabilitas dalam menyusun serta melakukan strategi komunikasi mengenai COVID-19 dan vaksinasi</li> <li>• Memastikan adanya pendampingan untuk program vaksinasi pada kelompok penyandang disabilitas</li> </ul>		disabilitas lainnya <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pekerja sosial, TKSK, serta pegawai Dinas Sosial lainnya</li> <li>• Panti-panti serta sekolah yang melayani orang dengan disabilitas dan ODGJ</li> <li>• Penyedia layanan terapi, baik di faskes publik maupun swasta</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Strategi penjemputan dan pendamping yang terlatih</li> </ul>		
5.	<b>Masyarakat adat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data AMAN mencatat terdapat 17 juta kelompok masyarakat adat di Indonesia, dimana hanya 1% di antara mereka yang memiliki NIK</li> <li>Masyarakat adat cenderung memiliki akses yang terbatas ke fasilitas kesehatan karena hambatan jarak/ keterpencilan, informasi, administrasi (tidak memiliki NIK/KTP dan ini berpengaruh pada kepesertaan asuransi/JKN), serta transportasi. Dalam studi kasus masyarakat Kanekes misalnya, yang mana rumah sakit rujukan COVID-19 terdekat berjarak sekitar 30 km (Irfani, 2021)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukural: jauhnya jarak layanan, transportasi yang tidak memadai/mahal, rumitnya prosedur, serta minim pendampingan</li> <li>Hambatan administratif: masyarakat adat mengalami hambatan legal dan prosedural (syarat agama serta bukti domisili) dalam mengakses layanan adminduk sehingga banyak yang tidak memiliki dokumen kependudukan. Jarak ke kantor Disdukcapil juga seringkali jauh tanpa transportasi yang mudah dan murah. Terlebih, apabila terdapat konflik lahan dan struktural antar masyarakat adat dan pemerintah lokal, membuat masyarakat adat yang berkonflik dianggap tidak layak mendapatkan vaksin</li> <li>Hambatan sosial: penyisihan dan diskriminasi sosial baik dari masyarakat umum serta pemerintah menciptakan rasa enggan, curiga, serta ketidakpercayaan di antara masyarakat adat terhadap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/ NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Melibatkan organisasi masyarakat sipil/ pemerintah daerah/ tokoh kunci masyarakat adat setempat untuk edukasi awal dan melakukan penjangkauan khusus vaksinasi dan tidak memaksa masyarakat adat keluar daerahnya</li> <li>Perkuat koordinasi lintas sektor antara pemerintah daerah- organisasi masyarakat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data Komunitas Adat Terpencil (KAT), Kemensos</li> <li>Data komunitas adat bimbingan Dirjen Kebudayaan, Kemendikbud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aliansi Masyarakat Adat Nusantara (AMAN)</li> <li>Organisasi berbasis komunitas/ jaringan advokasi/aktivis baik di tingkat nasional atau daerah</li> </ul>



No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Selain itu layanan kesehatan juga acapkali abai untuk menjangkau dan mendekatkan layanan ke komunitas adat terpencil karena dianggap sebagai 'liyan' (AMAN, 2020). Hal ini mencakup informasi dan edukasi mengenai COVID-19 yang tidak memperhatikan kebutuhan khusus dan karakteristik sosial komunitas adat</li> <li>Konflik lahan dan struktural yang membuat masyarakat adat rentan namun dianggap tidak layak mendapat vaksinasi</li> </ul>	<p>kebijakan serta layanan dari pemerintah termasuk vaksinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan bahasa yang menciptakan gap pengetahuan dan informasi di antara masyarakat adat. Hal ini memicu informasi seputar COVID-19 dan vaksin tidak sampai atau tidak tersampaikan dengan efektif ke masyarakat adat</li> </ul>	<p>sipil-tokoh masyarakat adat untuk melakukan pendataan awal termasuk skrining riwayat kesehatan yang akan digunakan sebagai acuan program vaksinasi untuk masyarakat adat setempat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan pelatihan dan kesadaran tenaga kesehatan serta pendamping akan kebutuhan serta perspektif sosial budaya dari masyarakat adat setempat</li> </ul>		

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
6.	<b>Pencari suaka/ pengungsi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data per Juli 2021, terdapat sekitar 14 ribu pencari suaka/pengungsi di Indonesia; dimana tercatat 1048 kasus COVID-19 terkonfirmasi dan 10 kematian akibat COVID19</li> <li>Karena status sebagai non-warganegara, pencari suaka/ pengungsi seringkali tidak memiliki akses ke layanan kesehatan dan jaminan kesehatan seperti JKN</li> <li>Tinggal di rumah penampungan sementara dengan luas dan fasilitas yang terbatas sehingga transmisi rentan terjadi secara cepat</li> <li>Tidak memiliki izin bekerja dan KTP di Indonesia. Banyak dari mereka mengandalkan kiriman atau tabungan dan setelah beberapa waktu masuk dalam kemiskinan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukural: minimnya pasokan vaksin memaksa banyak negara mendahulukan warga negaranya untuk mendapatkan vaksin dan tidak memprioritaskan pencari suaka/pengungsi meskipun mereka tergolong rentan terpapar COVID-19 tanpa akses ke layanan kesehatan dan jaminan asuransi</li> <li>Hambatan sosial: budaya, bahasa, dan penerimaan masyarakat yang rendah menyebabkan pencari suaka/ pengungsi yang tinggal di tengah masyarakat umum kadang tidak diikuti dalam pendaftaran vaksinasi massal</li> <li>Hambatan administrasi: pencari suaka/pengungsi tidak memiliki KTP/NIK karena prosedur yang ada belum mengakomodasi pendaftaran bagi mereka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/ NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Diskresi untuk prioritas vaksin</li> <li>Perkuat koordinasi lintas sektor antara pemerintah- UNHCR-IOM bersama dengan NGO terkait untuk melakukan pendataan awal termasuk skrining riwayat kesehatan yang akan digunakan sebagai acuan program vaksinasi untuk kelompok pengungsi/ pencari suaka</li> <li>Meningkatkan pelatihan dan kesadaran tenaga kesehatan serta pendamping akan kebutuhan serta perspektif sosial budaya dari para pengungsi/ pencari suaka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data UNHCR, IOM, dan Dirjen Imigrasi Indonesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UNHCR, IOM, organisasi berbasis komunitas/ lembaga amal serta jaringan advokasi/aktivis baik di tingkat nasional atau daerah</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dengan berbagai latar belakang budaya dan bahasa, ada kemungkinan informasi resmi seputar COVID-19 dan vaksinasi tidak sampai dan tidak bisa dimengerti oleh komunitas ini</li> </ul>				
7.	<b>Masyarakat yang tinggal di hunian yang tidak memungkinkan melakukan protokol kesehatan (tanpa akses air, sanitasi, dan dengan luas lantai terbatas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Karena kualitas hunian yang buruk, rentan terpapar virus COVID-19 dan ketika terpapar tidak memungkinkan untuk mengisolasi diri sendiri dengan baik</li> <li>Kemungkinan besar adalah penduduk dengan penghasilan rendah dan bekerja di sektor informal dan tidak memiliki kemewahan untuk bekerja dari rumah sehingga semakin rentan untuk terpapar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perlu diprioritaskan untuk vaksinasi untuk segera mengendalikan tingkat infeksi dan kesakitan di daerah padat dan kumuh</li> <li>Jadwal vaksinasi mungkin tidak sesuai dengan jam bekerja serta pos vaksinasi mungkin masih tergolong jauh</li> <li>Kemungkinan besar tinggal di lokasi yang tidak terdaftar secara resmi di pemerintah setempat dan tidak masuk dalam RT/RW manapun. Tanpa bukti domisili, ada kemungkinan mereka tidak memiliki NIK/ KTP (atau tidak sesuai wilayah tinggal sebenarnya)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/ NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Menyesuaikan jadwal vaksinasi dengan jam kerja mereka</li> <li>Melibatkan organisasi masyarakat sipil/ pemerintah daerah/tokoh komunitas setempat untuk edukasi awal, pendataan dan vaksinasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data spasial-demografi yang dimiliki oleh pemerintah daerah (bukan by name by address)</li> <li>SENSUS Penduduk (bukan by name by address)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi masyarakat yang banyak menjangkau komunitas miskin dan yang tinggal di pemukiman kumuh. Misalnya LSM atau lembaga amal yang sering memberikan donasi ketika terjadi bencana alam/banjir di kota</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
8.	<b>Migran musiman serta tuna wisma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilitasnya menjadikan mereka rentan terpapar terhadap COVID-19</li> <li>Karena mereka tidak terdaftar secara adminduk di daerah tempat mereka bekerja, sulit bagi mereka untuk mengakses layanan kesehatan setempat dengan mudah. Terkadang keberadaan mereka juga tersembunyi atau tidak diketahui oleh petugas RT/RW atau kelurahan</li> <li>Sebagian besar dari migran musiman bekerja di sektor informal dan masuk kategori masyarakat berpenghasilan rendah</li> <li>Banyak yang tinggal di kos-kosan atau rumah tinggal bersama yang tidak layak sehingga rawan terpapar dari sesama penghuni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan administrasi: KTP yang dimiliki seringkali berbeda dengan domisili aktif (tempat bekerja) sehingga tidak bisa mengakses vaksinasi di wilayah mereka bekerja dengan aktif</li> <li>Karena keberadaan mereka kadang tersembunyi, informasi seputar vaksinasi (jadwal, tempat, dsb.) juga tidak sampai ke mereka</li> <li>Jadwal vaksinasi mungkin tidak sesuai dengan jam bekerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Mengaktifkan kader-kader di masyarakat untuk menemukan dan mendata para migran musiman serta kebutuhan vaksinasinya serta memastikan mereka menerima informasi yang memadai mengenai vaksinasi</li> <li>Menyesuaikan jadwal vaksinasi dengan jam kerja mereka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perlu mengerahkan kepala lingkungan/ kader komunitas untuk menemukan dan mendata kelompok ini</li> <li>Kerja sama dengan Dinas Sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi amal</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
9.	<b>Masyarakat di daerah 3T (Tertinggal, Terdepan, Terluar)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jika terpapar, masyarakat di daerah 3T rentan mengalami kesakitan dan kematian karena akses ke fasilitas kesehatan yang jauh serta kualitas fasilitas kesehatan yang tidak mumpuni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukural: Kurang memadainya akses fasilitas kesehatan, baik primer maupun lanjutan bagi masyarakat daerah 3T. Dalam laporan Kemenkes, saat ini fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah 3T terbatas pada rumah sakit tipe D. Ini termasuk juga jumlah tenaga kesehatan di daerah 3T yang terbatas dan minimnya infrastruktur pendukung rantai dingin vaksin di daerah 3T (Bisnis.com, 2021)</li> <li>Kesulitan mengakses layanan kesehatan juga mengindikasikan kesulitan mengakses layanan dasar lainnya termasuk layanan admindukcapil. Provinsi terluar, seperti Papua, Maluku, dan NTT memiliki proporsi penduduk lansia tanpa NIK antara 10-24 persen (Susenas 2019). Tanpa NIK/KTP mereka tidak akan dapat mengakses layanan vaksinasi</li> <li>Keterpencilan juga bisa mengakibatkan kurangnya atau putusnya informasi yang mutakhir seputar COVID-19 dan vaksinasi dan berakibat pada minimnya antusiasme untuk mengakses vaksinasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Penjangkauan khusus dengan pendekatan puskesmas keliling, <i>door-to-door</i>, dan posyandu</li> <li>Melibatkan organisasi masyarakat sipil/pemerintah daerah/tokoh komunitas setempat untuk edukasi awal, pendataan dan penyelenggaraan vaksinasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daftar kabupaten/kota 3T di dokumen RPJMN dan RPJMD</li> <li>Penduduk yang terdaftar di puskesmas daerah terpencil dan tertinggal atau penduduk yang terdaftar di puskesmas dengan akreditasi rendah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perlu mengidentifikasi organisasi apa yang bekerja dengan komunitas tertentu. Organisasi ini bisa saja berbasis keagamaan atau suku/budaya, atau organisasi amal yang sering menjangkau mereka</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
10.	<b>Penghuni institusi sosial seperti asrama, panti, lembaga pemasyarakatan/ rumah tahanan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kualitas hunian seringkali buruk karena terbatasnya pendanaan yang dimiliki pengelola institusi. Tanpa pandemi, penghuni institusi sudah rentan terhadap persebaran penyakit menular seperti flu. Ketika terpapar COVID-19, penularan dapat terjadi secara cepat karena padatnya penghuni institusi. Kemungkinan mengisolasi diri sangat kecil karena terbatasnya fasilitas</li> <li>Akses penghuni ke fasilitas kesehatan sangat bergantung pada kesiapan/ kesigapan pengelola institusi</li> <li>Kurang transparannya data COVID-19 di lapas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukural: Jauhnya jarak layanan, fasilitas yang tidak aksesibel, rumitnya prosedur, serta minim pendampingan</li> <li>Hambatan administrasi: Para penghuni institusi belum tentu memegang atau memiliki KTP, KTP yang dimiliki bisa jadi berbeda dengan domisili institusi</li> <li>Persepsi bahwa penghuni lapas tidak sepatutnya mendapatkan vaksinasi sebagai bentuk hukuman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meniadakan syarat KTP/ NIK (lihat Rekomendasi 3)</li> <li>Penjangkauan langsung ke institusi</li> <li>Melibatkan organisasi masyarakat sipil dan pengelola institusi untuk edukasi awal, pendataan dan penyelenggaraan vaksinasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data penghuni panti sosial tersedia di Kementerian dan Dinas Sosial</li> <li>Data penghuni lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan tersedia di Kementerian Hukum dan HAM (Direktorat Jenderal Pemasyarakatan). Data penghuni rumah tahanan di kepolisian tersedia di kantor kepolisian masing-masing</li> <li>Data siswa pesantren di EMIS Kemenag</li> <li>Data siswa di asrama Pendidikan di DAPODIK Kemendikbud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi berbasis komunitas/ jaringan advokasi/aktivis baik di tingkat nasional atau daerah</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
11.	<b>Penduduk dengan penyakit penyerta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimnya keinginan kelompok masyarakat dengan penyakit penyerta untuk mengakses layanan kesehatan (sentra vaksinasi) dikarenakan khawatir terpapar SARS-CoV-2</li> <li>Minimnya pengetahuan keluarga atas manajemen risiko COVID-19 membuat tertundanya keinginan kelompok penduduk dengan penyakit penyerta melaksanakan vaksinasi</li> <li>Kondisi komorbid membuat rentan terinfeksi COVID-19</li> <li>Tidak terdeteksinya penyakit penyerta di banyak masyarakat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hambatan infrastrukturnal: Minimnya jumlah dosis dan jenis vaksin yang sesuai dan minim risiko KIPI untuk kelompok masyarakat dengan penyakit penyerta</li> <li>Hambatan ke akses informasi: Minimnya informasi mengenai eligibilitas vaksinasi untuk kelompok komorbid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memprioritaskan distribusi vaksin dengan efikasi tertinggi pada kelompok lansia dan berpenyakit penyerta melalui strategi penjangkauan khusus</li> <li>Memperbaiki mekanisme penyaluran vaksinasi yang meminimalisir risiko infeksi</li> <li>Memberikan fasilitas skrining penyakit</li> <li>Memperluas cakupan penyedia layanan vaksinasi ke RS dan klinik swasta untuk mempermudah akses</li> <li>Tingkatkan strategi komunikasi perubahan perilaku, baik berbasis komunitas maupun komunikasi massa untuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RISKESDAS</li> <li>PISPK</li> <li>BPJS-K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisasi berbasis komunitas/jaringan advokasi/aktivis baik di tingkat nasional atau daerah</li> </ul>

No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
				mengkampanyekan keamanan vaksinasi bagi lansia dan kelompok penyakit penyerta		
12.	<b>ODGJ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigma dan diskriminasi</li> <li>• Kemampuan melakukan fungsi sosial</li> <li>• Keterbatasan infrastruktur vaksinasi yang ramah ODGJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hambatan ke akses informasi: Minimnya kampanye program vaksinasi yang menargetkan ODGJ dan keluarga ODGJ. Akibatnya, keinginan ODGJ untuk mengikuti vaksinasi cukup minim. Selain itu, misinformasi mengenai kekebalan ODGJ terhadap COVID-19 menjadi tidak terkendali</li> <li>• Hambatan infrastruktur: Terbatasnya kuota vaksinasi untuk ODGJ</li> <li>• Hambatan administrasi: nakes yang kurang tereduksi mengenai kebutuhan ODGJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan vaksinasi dengan penjangkauan khusus melalui kunjungan ke panti-panti atau faskes</li> <li>• Melatih dan memastikan ketersediaan pendamping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemensos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunitas Peduli Skizofrenia</li> </ul>
13.	<b>Buruh, pekerja rumah tangga, tenaga kerja wanita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimnya perlindungan sosial dan kesehatan terhadap kelompok pekerja, utamanya pekerja rumah tangga, dan tenaga kerja wanita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hambatan ke akses informasi mengenai program vaksinasi</li> <li>• Jadwal vaksinasi yang dilakukan pada waktu kerja berisiko memotong pemasukan</li> <li>• Hambatan administrasi ke KTP/NIK karena berpindah domisili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perlindungan oleh pihak perwakilan Indonesia di LN untuk memastikan warga Indonesia, termasuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakernas</li> <li>• Kemenaker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serikat Buruh dan Pekerja, FSBPI, SPRT, TURC</li> </ul>



No.	Kelompok rentan	Karakteristik kerentanan	Hambatan vaksinasi	Upaya yang bisa dilakukan	Data awal yang bisa dipakai	Organisasi yang bisa membantu
				tenaga kerja, mendapatkan vaksin dan perlindungan sosial lain yang dibutuhkan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemenaker memastikan perusahaan memberikan perlindungan sosial dan waktu untuk melakukan vaksinasi tanpa ada pemotongan</li> </ul>		

## Referensi

- Acharya, R. (2020). A vulnerability index for the management of and response to the COVID-19 epidemic in India: an ecological study. *Lancet Glob Health* 2020 , 42-51.
- AMAN. (2020, Mei 4). Kerentanan Masyarakat Adat di Tengah Wabah. Diambil kembali dari [www.aman.or.id](http://www.aman.or.id): <http://www.aman.or.id/2020/05/kerentanan-masyarakat-adat-di-tengah-wabah/>
- asumsi.co. (2020, Mei 18). Nasib Masyarakat Adat di Tengah Pandemi COVID-19. Diambil kembali dari [asumsi.co](https://asumsi.co/post/nasib-masyarakat-adat-di-tengah-pandemi-COVID-19): <https://asumsi.co/post/nasib-masyarakat-adat-di-tengah-pandemi-COVID-19>
- BAPPENAS, PUSKAPA, UNICEF, and KOMPAK. 2020. Racing Against Time, A Policy Paper on the Prevention and Handling of COVID-19 Impacts on Children and Vulnerable Individuals. Jakarta.
- Bisnis.com. (2021, Mei 1). Vaksinasi di Wilayah 3T, Pemerintah Mungkin Gandeng ICRC. Diambil kembali dari [kabar24.bisnis.com](https://kabar24.bisnis.com/read/20210501/15/1389061/vaksinasi-di-wilayah-3t-pemerintah-mungkin-gandeng-icrc): <https://kabar24.bisnis.com/read/20210501/15/1389061/vaksinasi-di-wilayah-3t-pemerintah-mungkin-gandeng-icrc>
- Irfani, F. (2021, Mei 21). Kearifan Warga Baduy dalam Menjaga Kampung dari Wabah. Diambil kembali dari [projectmultatuli.org](https://projectmultatuli.org/kearifan-warga-baduy-dalam-menjaga-kampung-dari-wabah/): <https://projectmultatuli.org/kearifan-warga-baduy-dalam-menjaga-kampung-dari-wabah/>
- KADIN. (2021, Juni 19). Vaksinasi Gotong Royong. Retrieved from [vaksin.kadin.id](https://vaksin.kadin.id/#!/kuesioner): <https://vaksin.kadin.id/#!/kuesioner>
- kawalCOVID-19. (2021, Juni 21). Situasi Vaksinasi COVID-19 Saat Ini. Diambil kembali dari [kawalCOVID-19.id](https://kawalCOVID-19.id/vaksin): <https://kawalCOVID-19.id/vaksin>
- Lim, J. (2021, Mei 31). 24 people get COVID-19 vaccination at home under ongoing pilot project. Retrieved from [www.straitstimes.com](https://www.straitstimes.com/singapore/24-people-vaccinated-at-home-under-ongoing-pilot-project): <https://www.straitstimes.com/singapore/24-people-vaccinated-at-home-under-ongoing-pilot-project>
- Pal, G. (2011). Disability, Intersectionality and Deprivation: An Excluded Agenda. *Psychology and Developing Societies*, 159-176.
- PUSKAPA. (2020). Berkejaran Dengan Waktu: Kajian Kebijakan untuk Mengatasi dan Mencegah Dampak COVID-19 pada Anak dan Individu Rentan. Jakarta: BAPPENAS.
- Refugee Council of Australia. (2018). Australia's Man-made Crisis on Nauru: Six years on. New South Wales: Refugee Council of Australia.
- SMERU. (2020, Juli 15). Menimbang Risiko, Membangun Rasa Aman di Tengah Pandemi. Diambil kembali dari [smeru.or.id](https://smeru.or.id/id/content/menimbang-risiko-membangun-rasa-aman-di-tengah-pandemi): <https://smeru.or.id/id/content/menimbang-risiko-membangun-rasa-aman-di-tengah-pandemi>
- The Lancet. (2020). Redefining vulnerability in the era of COVID-19. Editorial Vol 395.
- UU No 11 Tahun 2009. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial. Jakarta: DPR RI.
- WHO. (2019). Delivery of immunization services for refugees and migrants. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2020). WHO SAGE Roadmap for Prioritizing Uses of COVID-19 Vaccines in the Context of Limited Supply. Geneva: WHO



**PUSKAPA**  
CENTER ON CHILD PROTECTION & WELLBEING

#A Fair Chance For All Children