Jurnal Penelitian Nusantara
Volume 1 ; Nomor 5 ; Mei 2025 ; Page 341-350
Doi : https://doi.org/10.59435/menulis.v1i5.234
Website : https://jurnal.padangtekno.web.id/index.php/menulis
E-ISSN : 3088-988X

Wabah Corona dan Politik Kesehatan: Studi Perbandingan Penanganan SARS, MERS, dan Covid-19

Nabila Bintang Maharani[1], Andi Aildah Putri Fadillah[2], Rusmala Dewi Kabubu[3*]

Program Studi Pendidikan Sejarah, Universitas Negeri Makassar
[1]bila79108@gmail.com, [2] andiaidah@gmail.com, [3*] rusmala.dewi@unm.ac.id

Abstract

Pandemic is a global phenomenon with multidimensional impacts, not only in terms of health, but also in social, economic, and political aspects. This paper discusses three major pandemics of the 21st century, SARS, MERS, and COVID-19, which have similarities in terms of virus etiology, namely originating from animals (zoonosis), and their impact on Indonesia. This study uses a literature study method with a qualitative content analysis approach. The results of the study show that SARS (2002), MERS (2012), and COVID-19 (2019) have a rapid and deadly spread pattern, with varying mortality rates: SARS 9.6%, MERS up to 44%, and COVID-19 in Indonesia reached 8.6% in April 2020. Each pandemic showed the limitations of the global and national health systems in handling it but also encouraged progress in health mitigation policies and vaccine development. Indonesia's response to the three pandemics showed improvement over time, although it still faced challenges in coordination, data transparency, and gaps in health facilities. This study emphasizes the synergy between science, public policy, and social awareness in dealing with future global health threats.

Keywords: Pandemic, SARS, MERS, COVID-19, Health History

Abstrak

Pandemi merupakan fenomena global yang menimbulkan dampak multidimensional, tidak hanya dalam aspek kesehatan, tetapi juga sosial, ekonomi, dan politik. Tulisan ini membahas tiga pandemi besar abad ke-21 SARS, MERS, dan COVID-19 yang memiliki kesamaan dari sisi etiologi virus, yaitu berasal dari hewan (zoonosis), serta dampaknya terhadap Indonesia. Penelitian ini menggunakan metode studi pustaka dengan pendekatan kualitatif analisis konten. Hasil kajian menunjukkan bahwa SARS (2002), MERS (2012), dan COVID-19 (2019) memiliki pola penyebaran yang cepat dan mematikan, dengan angka kematian bervariasi: SARS 9,6%, MERS hingga 44%, dan COVID-19 di Indonesia sempat mencapai 8,6% pada April 2020. Setiap pandemi menunjukkan keterbatasan sistem kesehatan global dan nasional dalam penanganannya, namun juga mendorong kemajuan dalam kebijakan mitigasi kesehatan dan pengembangan vaksin. Respons Indonesia terhadap ketiga pandemi menunjukkan peningkatan dari waktu ke waktu, meskipun masih dihadapkan pada tantangan koordinasi, transparansi data, serta kesenjangan fasilitas kesehatan. Studi ini menekankan pentingnya sinergi antara sains, kebijakan publik, dan kesadaran sosial dalam menghadapi ancaman kesehatan global di masa depan.

Kata Kunci: Pandemi, SARS, MERS, COVID-19, Sejarah Kesehatan

PENDAHULUAN

Istilah Pandemi tidak asing lagi di telinga masyarakat Indonesia sejak Covid-19 melanda dunia. Pandemi adalah suatu keadaan di mana suatu masalah kesehatan, khususnya penyakit, mengalami peningkatan kasus yang sangat tinggi dalam waktu singkat serta menyebar ke wilayah yang luas (Budiarto & Anggraeni, 2003). Menurut WHO *(World Health Organization)*, pandemi terjadi ketika suatu penyakit tertentu memiliki pertumbuhan eksponensial, yaitu tingkat penyebarannya selalu meningkat, dan setiap hari selalu ada kasus baru yang bertambah. Status pandemi tidak bergantung pada *virologi*, kekebalan populasi, atau tingkat keparahan penyakit, melainkan pada luasnya penyebaran yang mencakup beberapa negara dan populasi (Columbia University Mailman School of Public Health, 2022). Selain pandemi, terdapat istilah lain yang juga berkaitan dengan penyebaran penyakit, yaitu endemi dan epidemi. Menurut Budiarto, endemi adalah suatu keadaan di mana suatu penyakit tetap bertahan dalam suatu wilayah tertentu dalam waktu yang lama. Sementara itu, epidemi mengacu pada peningkatan tak terduga dalam jumlah kasus suatu penyakit di wilayah atau populasi tertentu yang melebihi angka normal. Sejarah mencatat berbagai epidemi besar di Amerika Serikat, seperti cacar, campak, polio, dan demam kuning. Namun, istilah epidemi tidak selalu merujuk pada penyakit menular; peningkatan kasus obesitas, bahkan kebiasaan merokok juga dapat dikategorikan sebagai epidemi jika tingkat kejadiannya melampaui ambang batas yang diharapkan dalam suatu komunitas.

Akhir-akhir ini, umat manusia telah menghadapi berbagai perlawanan dari musuh tak kasat mata. Sebuah penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus yang menyebabkan banyak kematian di berbagai belahan dunia. Di antara wabah yang pernah

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

melanda, SARS yang terjadi pada awal tahun 2000, MERS tahun 2012, dan Covid-19 pada tahun 2019 menjadi contoh nyata bagaimana makhluk kecil dapat mengguncang umat manusia dan melumpuhkan sistem kesehatan dunia. Serangan virus ini menimbulkan dampak serius, tidak hanya pada bidang kesehatan, tetapi juga terhadap perekonomian dan kehidupan sosial masyarakat, bahkan juga mempengaruhi kebijakan politik. Aktivitas sosial terhenti, mobilitas sosial dibatasi, dan banyak sektor terpaksa berhenti beroperasi imbas virus mematikan ini. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meminimalisir penyebaran, mulai dari kebijakan penggunaan masker hingga penerapan pembatasan sosial berskala besar (PSBB). Krisis kesehatan ini telah membuat tingkat kedaruratan yang tinggi dan menyebabkan statusnya meningkat dari epidemi menjadi pandemi.

Istilah epidemi dan pandemi memang sering digunakan secara bersamaan dalam hal penyebaran penyakit menular, akan tetapi keduanya memiliki perbedaan yang penting, terutama dalam hal skala geografis dan dampaknya. Dikutip dari laman situs yang diterbitkan oleh Texas A & M University, epidemi dijelaskan sebagai wabah yang terjadi secara tiba-tiba dalam suatu wilayah atau populasi tertentu, dan cakupannya dapat meluas tetapi masih terbatas secara geografis. Contohnya, ketika COVID-19 pertama kali muncul di Wuhan, Tiongkok, kejadian tersebut awalnya dikategorikan sebagai epidemi karena penyebarannya masih terbatas di satu wilayah. Namun, seiring dengan peningkatan kasus yang cepat dan menyebar ke berbagai negara, statusnya kemudian berubah menjadi pandemi. Dengan demikian, pandemi merupakan tingkat tertinggi dari kedaruratan kesehatan global yang ditandai dengan penyebaran penyakit lintas negara dan berdampak luas terhadap populasi dunia. Dalam kasus COVID-19, pandemi dinyatakan ketika penularan sudah terjadi di banyak negara dan menimbulkan gangguan besar pada sistem kesehatan global serta kehidupan sosial ekonomi masyarakat secara umum.

Mempelajari sejarah kesehatan dan sejarah pandemi terutama dalam skala global yang memiliki pengaruh besar terhadap kehidupan masyarakat, mengantar kita untuk memahami secara komprehensif problem kesehatan yang berhubungan dengan pandemi. Sejarah kesehatan memberikan wawasan tentang bagaimana masyarakat merespons berbagai tantangan kesehatan, perkembangan sistem perawatan kesehatan, pembentukan kebijakan kesehatan, serta bagaimana penyakit didefinisikan dan ditangani. Sementara itu, sejarah pandemi secara khusus memberikan pemahaman tentang pola penyebaran penyakit, dampaknya terhadap populasi, serta efektivitas berbagai strategi penanggulangan. Dengan menelaah pandemi besar dalam sejarah, seperti SARS, MERS, dan COVID-19, kita dapat belajar dari respon masa lalu guna merumuskan kebijakan yang lebih baik di masa depan. Selain dari itu, pemahaman tentang sejarah kesehatan juga menekankan bahwa masalah kesehatan bersifat multidimensional, tidak hanya berkaitan dengan aspek medis tetapi juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi, sosial, budaya, dan politik yang saling berinteraksi dan memperkuat satu sama lain. Fokus pembahasan dalam tulisan ini adalah melihat dari aspek sejarah bagaimana pandemi SARS, MERS, dan COVID-19 yang melanda dunia secara umum, dan Indonesia secara khusus. Setidaknya ada tiga masalah yang dijawab dalam tulisan ini, *pertama*, bagaimana proses penyebaran ketiga wabah tersebut; *kedua*, bagaimana upaya penanganan dan perbandingan metode yang dipakai berdasarkan zamannya; *ketiga* bagaimana respons Pemerintah Indonesia dalam menghadapi pandemi berdasarkan tiga kasus pandemi tersebut.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian sejarah. Dalam pelaksanaannya, ada empat tahapan yang harus dilalui, yaitu *heuristik*, kritik, interpretasi, dan historiografi. Tahapan heuristik dalam penyusunan artikel ini menggunakan studi pustaka atau *library search* yang merupakan metode pengumpulan data dengan cara mencari informasi melalui buku-buku, koran, majalah, dan literatur lainnya (Arikunto, 2013). Menurut Zed dalam (Fadli, 2021), Studi pustaka dilakukan dalam empat tahap yaitu, menyiapkan peralatan yang diperlukan, membuat bibliografi kerja, mengatur waktu dan membaca, dan mencatat bahan penelitian. Pengumpulan data dilakukan melalui pencarian dan rekonstruksi dari berbagai sumber, termasuk buku, jurnal, dan penelitian yang telah dipublikasikan sebelumnya. Setelah data yang diperlukan terkumpul, tahapan yang dilakukan selanjutnya adalah kritik. Dalam kritik, semua data yang terkumpul dianalisis untuk mendapatkan fakta sejarah. Fakta yang didapatkan dari hasil kritik sumber selanjutnya diinterpratasi untuk mendapatkan rangkaian kisah sejarah yang berdasarkan kebenaran. Faktanya bahwa penanganan SARS, MERS, dan Covid-19 rupanya memiliki kesamaan setelah diinterpretasikan. Tahap akhir yaitu penulisan kisah sejarah atau historiografi. Fakta yang sudah diinterpretasi dengan fokus topik penanganan SARS, MERS, dan Covid-19 dituliskan menjadi sebuah kisah sejarah dalam tulisan ini. Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis konten. Bahan pustaka dianalisis secara menyeluruh dan kritis yang diperoleh dari berbagai sumber agar dapat mendukung proposisi dan ide.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penyebaran SARS, MERS, dan COVID-19

Wabah SARS, MERS, dan Covid-19 memiliki kemiripan karena menyerang sistem pernapasan pada manusia. Pada tahun 2002, wabah penyakit yang dikenal dengan nama *Severe Acute Respiratory Syndrome (*SARS) menggemparkan dunia kesehatan. Wabah ini menginfeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh virus *SARS-CoV*. Selanjutnya, pada tahun 2012 *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) muncul di Arab Saudi dan langsung menarik perhatian dunia karena tingkat kematiannya yang tinggi dan gejalanya yang menyerupai infeksi saluran pernapasan berat. Virus penyebabnya adalah MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), yang merupakan bagian dari keluarga coronavirus, sama seperti *SARS-CoV* yang muncul satu dekade sebelumnya. MERS disebut sebagai "*novel coronavirus"* atau virus baru karena memiliki karakteristik yang berbeda dengan jenis corona lainnya. Pada masa awal kemunculannya, MERS menunjukkan kecenderungan menyerang orang dewasa,

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

khususnya laki-laki (sekitar 66%) dan mereka yang memiliki kondisi kronis seperti diabetes, hipertensi, atau gangguan ginjal. Tidak seperti SARS yang lebih mudah menyebar di kalangan orang sehat, MERS lebih sering ditemukan pada pasien dengan daya tahan tubuh rendah, dan virus ini berkembang cepat, bahkan menyebabkan kematian dalam waktu rata-rata seminggu setelah gejala muncul (Pulungan, 2012). Melihat lebih lanjut, pada tahun 2019 *Corona Virus Disiase 2019* (COVID-19) pertama kali terdeteksi di Kota Wuhan, Tiongkok. Penyebarannya yang cepat dan meluas ke berbagai negara di seluruh dunia mendorong *World Health Organization* (WHO) untuk menetapkan virus ini sebagai pandemi global. Awalnya, Indonesia terkesan kurang begitu ketat dalam menyikapi penyebaran virus ini. Namun, pada 2 Maret 2020, Presiden Republik Indonesia secara resmi mengumumkan bahwa terdapat Warga Negara Indonesia (WNI) yang positif terinfeksi virus COVID-19. Pengumuman ini menandai titik balik dalam respons Indonesia terhadap pandemi, yang sebelumnya dianggap enteng. Pemerintah mulai menyadari urgensi situasi dan perlunya tindakan cepat untuk mencegah penyebaran lebih lanjut.

Untuk melihat benang merah dari ketiga kasus pandemi tersebut, dalam tulisan ini akan diulas satu per satu. Pembahasan pertama adalah pandemi SARS yang pertama kali ditemukan pada tahun 2002. Wabah ini pertama kali muncul di Provinsi Guangdong di Cina pada November 2002 dan baru diidentifikasi pada awal tahun 2003. Wabah ini diyakini berasal dari hewan, terutama kelelawar, dan menular ke manusia melalui hewan perantara seperti musang. Kondisi lingkungan yang padat, sanitasi yang buruk, serta interaksi dekat antara manusia dan hewan liar menjadi faktor yang mempercepat perpindahan virus dari hewan ke manusia (Cherry & Krogstad, 2004). Pada tanggal 11 Februari 2003, Kementerian Kesehatan Cina melaporkan adanya 305 kasus dan lima kematian akibat sindrom pernapasan akut kepada WHO. Pada awal April, pemerintah Cina mulai melaporkan kasus SARS secara harian. Pada bulan April, epidemi telah menyebar dan mencapai puncaknya di Beijing dan beberapa wilayah lain di Cina, tetapi pemerintah pusat tidak menyadari bahayanya. Pada 20 April, Cina mencopot menteri kesehatan nasional dan walikota Beijing karena penanganan yang buruk terhadap krisis SARS. Mereka juga berjanji untuk bekerja sama dengan WHO (Chan-Yeung & Xu, 2003). Pada saat itu, sebanyak 5327 kasus dengan 343 kematian dilapokan di daratan Tiongkok (Zhao et al., 2020).

Virus SARS mulai menyebar di berbagai negara, termasuk Asia. Pada 21 Februari 2003, seorang dokter medis dari Guandong, Cina yang menginap di Hotel M di Hongkong membawa virus tersebut ke Hanoi, Toronto, dan Singapura. Diperkirakan bahwa setidaknya dua belas tamu dan pengunjung lantai sembilan Hotel M di Hongkong terinfeksi melalui kontak dengan dokter tersebut dengan cara yang belum diketahui, memulai wabah di lokasi tersebut. Kasus indeks wabah pertama di Hongkong mengunjungi tamu lain di lantai yang sama di hotel ini. Di Rumah Sakit Prince of Wales, kasus indeks menginfeksi 138 karyawan, pasien, dan pengunjung secara langsung dan tidak langsung dari 11 Maret hingga 25 Maret 2003. Pada awalnya, penyakit yang menyerang petugas kesehatan ini menyebar dengan cepat ke masyarakat melalui pengunjung bangsal (Chan-Yeung & Xu, 2003). Pada akhir Maret, terjadi wabah SARS yang besar di masyarakat Amoy Gardens, sebuah kompleks apartemen bertingkat menginfeksi korban termasuk 329 penghuni. Seorang pasien yang baru saja dipulangkan dari bangsal yang sama di Rumah Sakit Prince of Wales juga mungkin mengalami wabah ini (World Health Organization, 2003). Ada kemungkinan bahwa jumlah pasien dengan SARS yang tinggi di Hongkong dikaitkan dengan kasus indeks pertama, tetapi saat ini proporsi yang tepat dari pasien tersebut tidak diketahui. Epidemi ini sulit dikendalikan karena perbatasan yang berpori antara Hongkong dan Cina bagian selatan.

Virus ini terus menyebar, pada 28 Februari 2003 seorang ahli epidemiologi bernama Dr. Carlo Urbani dari kantor WHO Hanoi di Vietnam, memeriksa pasien dengan bentuk pneumonia yang penyebabnya tidak dapat ditemukan. Pada 10 Maret 2003, sebanyak 22 pekerja rumah sakit Prancis Hanoi didiagnosis mengalami sakit dengan sindrom pernapasan akut yang serupa. Kasus yang sama juga terjadi di Hongkong, sekitar 11 pekerja rumah sakit di sana telah terjangkit virus SARS (Aditama, 2005). Pemerintah Vietnam melakukan kerja sama yang erat dengan WHO untuk mengendalikan wabah ini dengan sangat cepat. Jumlah kumulatif kasus tercatat hanya 58 di Hanoi dan telah dihapus dari daftar daerah dengan transmisi lokal pada 28 Februari (World Health Organization, 2003). Di Singapura, pada akhir Februari, tiga tamu Hotel M kembali ke Singapura. Dua dari tiga wisatawan tersebut didiagnosis menderita pneumonia pada tanggal 6 Maret 2003. Di Singapura, penularan SARS pertama terjadi di luar lingkungan pelayanan kesehatan dari seorang penderita SARS kepada dua supir taksi dan rekan kerjanya di pasar grosir. Penyebaran penyakit ini telah dibatasi oleh tindakan cepat otoritas kesehatan, seperti penelusuran kasus, isolasi, dan karantina (Chan-Yeung & Xu, 2003).

Sepuluh tahun berlalu, dunia kesehatan kembali diguncang dengan munculnya virus baru yang mirip dengan SARS, yang juga menyerang sistem pernapasan. Virus MERS-CoV menyebar melalui tiga jalur utama, yaitu antar hewan (unta dan kelelawar), dari hewan ke manusia, dan dari manusia ke manusia. Transmisi ke manusia diduga terjadi karena interaksi langsung atau tidak langsung dengan hewan yang terinfeksi, termasuk melalui kontak dengan cairan tubuh atau feses, dan bahkan virus dapat bertahan hingga 48 jam di udara terbuka (Ladimo, 2020).Virus MERS-CoV mempunyai karakteristik sebagai virus zoonotik yang mampu menular dari hewan ke manusia dan antar manusia. Virus ini pertama kali masuk ke populasi manusia melalui kontak langsung maupun tidak langsung dengan unta atau produk olahannya seperti susu dan daging. Setelah itu, penularan antar manusia menjadi dominan, terutama dalam lingkungan rumah tangga dan fasilitas pelayanan kesehatan. Karakteristik virus ini sangat berbahaya karena mampu menyerang sistem pernapasan dan menyebabkan gejala berat seperti demam, batuk, kesulitan bernapas, hingga infeksi saluran pernapasan akut dan gagal ginjal. Analisis model matematis menunjukkan bahwa laju penularan virus ini cukup tinggi. Nilai *basic reproduction number* (R0) sebesar 2,2 menunjukkan bahwa satu orang terinfeksi dapat menularkan virus ke lebih dari dua orang lainnya. Di wilayah padat penduduk seperti Arab Saudi, virus ini bahkan bisa menyebar dengan kecepatan minimum 2,09 km per hari. Oleh karena itu, tindakan karantina terhadap individu yang terinfeksi menjadi sangat penting dalam mencegah penyebaran lebih lanjut. Penularan virus ini sangat dipengaruhi oleh interaksi manusia, terutama dalam populasi padat dan mobilitas tinggi. Karena itu, tindakan karantina terhadap individu yang terinfeksi sangat penting untuk mengendalikan penyebaran, dan jika tidak dilakukan, virus dapat menyebar dengan

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

kecepatan minimum mencapai 2,09 km/hari, menunjukkan tingkat persebaran spasial yang cukup signifikan di wilayah padat penduduk seperti di Arab Saudi, tempat asal wabah ini (Rozi, 2018).

Pada 11 November 2012, kementerian kesehatan Arab Saudi mengumumkan bahwa MERS-CoV telah terdeteksi di hewan unta yang berhubungan dengan manusia. Penemuan ini konsisten dengan laporan publikasi sebelumnya tentang antibodi reaktif terhadap MERS-CoV pada hewan unta yang menambah informasi penting untuk mengetahui ekologi virus ini. Namun, temuan ini tidak selalu melibatkan unta dalam rantai penularan ke manusia. Pertanyaan yang selalu muncul tentang virus ini adalah bagaimana cara manusia dapat terinfeksi. Kebanyakan pasien yang telah dinyatakan positif MERS-CoV ternyata tidak memiliki sumber penularan dari manusia yang terinfeksi atau kontak langsung dengan hewan, termasuk unta. Hal ini masih belum jelas apakah unta, berperan dalam transmisi ke manusia pada kasus-kasus positif MERS-CoV (Muniarti, 2013). Menurut studi dari *Emerging Infectious Diseases* (2013), Tingkat kematian bagi mereka yang menerima perawatan klinis mencapai sekitar 65%. Sumber infeksi bagi kebanyakan pasien masih belum diketahui, meskipun terdapat bukti kuat yang menunjukkan bahwa kelelawar mungkin berperan sebagai reservoir virus ini. Penularan dari manusia ke manusia telah didokumentasikan, terutama pada mereka yang berada dalam kontak dekat seperti pasien rumah sakit, anggota keluarga, dan tenaga medis. Meskipun demikian, mengingat kelangkaan sekuens MERS CoV yang terdeteksi oleh survei dan luasnya distribusi kasus MERS di seluruh Timur Tengah, ada spekulasi bahwa mungkin ada inang lain. Penularan virus ini dapat terjadi secara langsung melalui kontak dengan kelelawar yang terinfeksi atau ekskretnya, atau difasilitasi oleh inang perantara. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menyelidiki spesies kelelawar dan satwa liar lainnya, serta hewan domestik, untuk potensi keterkaitannya dengan penyakit pada manusia (Memish et al., 2013).

Pendapat lain mengatakan, virus ini merupakan virus penyebab penyakit pernapasan yang pertama kali diketahui menyebar dari unta ke manusia dan kemudian terbukti juga dapat menular antar manusia, terutama melalui kontak langsung dengan penderita. Penularan virus ini tidak semudah flu biasa, namun sangat berisiko bagi individu yang tidak menggunakan perlindungan diri secara tepat saat berinteraksi dengan pasien, seperti petugas medis atau anggota keluarga yang merawat. Berdasarkan data dari WHO, tingkat kematian akibat infeksi virus ini sangat tinggi, mencapai sekitar 44,6% pada periode awal kemunculannya. Untuk memahami karakteristik virus MERS-CoV secara lebih mendalam, salah satu pendekatan yang digunakan dalam penelitian adalah identifikasi DNA virus melalui teknik *clustering*. Metode ini membantu mengelompokkan barisan DNA virus berdasarkan kesamaan sifat dan struktur, sehingga dapat diketahui pola genetik yang mungkin berperan dalam pola penyebaran virus. Penelitian ini menunjukkan bahwa virus MERS-CoV memiliki keragaman genetik yang dapat diklasifikasikan menjadi dua klaster utama yang menunjukkan kemungkinan variasi sumber geografis atau jalur penyebaran virus yang berbeda pula (Wulandari & Dwitiyanti, 2020).

Selang tujuh tahun, wabah yang menyerang sistem pernapasan pada manusia kembali terjadi. Kemunculan COVID-19 disebabkan oleh infeksi virus *SARS-CoV-2*, sebuah jenis baru dari *coronavirus* yang pertama kali teridentifikasi di Wuhan, Tiongkok, pada akhir tahun 2019. Menurut studi yang diterbitkan dalam *Nature* oleh Zhou, analisis genetik menunjukkan bahwa *SARS-CoV-2* memiliki kemiripan yang sangat tinggi (sekitar 96%) dengan *coronavirus* yang ditemukan pada kelelawar jenis *Rhinolophus affinis*, sehingga diduga kuat berasal dari reservoir alami hewan tersebut. Meski demikian, belum ada konsensus ilmiah apakah penularan ke manusia terjadi langsung dari kelelawar atau melalui hewan perantara seperti trenggiling (*pangolin*), yang juga ditemukan membawa virus serupa. Kemungkinan besar, z*oonosis* transmisi virus dari hewan ke manusia terjadi akibat kontak dekat manusia dengan satwa liar, terutama di pasar hewan hidup yang memiliki kondisi sanitasi buruk. Hal ini mengindikasikan bahwa degradasi ekosistem dan perdagangan hewan liar memperbesar peluang virus berpindah lintas spesies dan bermutasi hingga mampu menginfeksi manusia (Zhou et al., 2020). Selain faktor *zoonosis*, faktor lingkungan dan globalisasi turut mempercepat penyebaran virus. Menurut Carlson, perubahan iklim, deforestasi, dan urbanisasi ekstrem telah mempersempit habitat hewan liar, meningkatkan interaksi antara manusia dan satwa pembawa patogen. Kombinasi ini menciptakan kondisi ideal bagi virus-virus baru untuk menginfeksi manusia. Setelah infeksi awal terjadi, mobilitas manusia yang tinggi akibat globalisasi mempercepat penyebaran virus ke berbagai negara hanya dalam hitungan minggu, sebelum deteksi dan pencegahan bisa dilakukan secara efektif. Hal ini menunjukkan bahwa penyebab munculnya COVID- 19 tidak hanya bersifat biologis, tetapi juga merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor ekologis, perilaku manusia, dan sistem sosial global yang saling memengaruhi (Kurniawan & Hargono, 2022).

Jika dilihat dari ketiga kasus di atas, ada kemiripan dari hewan pembawa dan penyebar virus. Kelelawar diidentifikasi sebagai reservoir alami bagi virus penyebab SARS, MERS, dan COVID-19. SARS-CoV diyakini berasal dari kelelawar sebelum berpindah ke musang dan kemudian menginfeksi manusia pada tahun 2002–2003, sedangkan MERS-CoV juga ditelusuri berasal dari kelelawar sebelum menular melalui unta pada 2012. Demikian pula, SARS-CoV-2, virus penyebab COVID-19, diduga memiliki kemiripan genetik dengan *coronavirus* yang ditemukan pada spesies kelelawar tertentu. Fenomena ini menunjukkan pentingnya pengawasan terhadap interaksi manusia dengan satwa liar, khususnya kelelawar, dalam rangka mencegah munculnya penyakit infeksi baru yang berpotensi menimbulkan pandemi.

Penanganan dan Dampaknya di dunia dan Indonesia

Melalui kombinasi respons cepat, koordinasi internasional serta penerapan langkah-langkah pengendalian masyarakat yang ketat penanganan virus SARS telah dilaksanakan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memainkan peran sentral dalam mengoordinasikan upaya global, termasuk dalam mengaktifkan sistem darurat dan mengeluarkan peringatan internasional disertai panduan klinis, laboratorium, dan kebijakan karantina. Banyak negara yang tercatat mengalami penularan SARS yaitu, Vietnam, Singapura, Thailand, Taiwan, Kanada (terutama di Toronto), Amerika Serikat, Filipina, Malaysia, Mongolia, Jepang, Korea Selatan, Jerman, Perancis, Italia, Inggris, Irlandia, Australia, Afrika Selatan, dan Indonesia (ada dugaan kasus, tetapi tidak

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

signifikan dalam penyebaran global). Negara-negara seperti Vietnam, Kanada, dan Tiongkok segera menerapkan tindakan seperti pelacakan kontak, isolasi pasien, penggunaan alat pelindung diri (APD), serta pembatasan mobilitas masyarakat. Dalam konteks ini, kecepatan berbagi informasi dan keterbukaan data ilmiah menjadi kunci dalam membendung penyebaran virus secara lebih luas.

Komunikasi global dan kolaborasi ilmiah merupakan elemen penting lainnya dalam respons terhadap wabah ini. WHO membentuk jaringan laboratorium internasional yang bekerja secara kolektif untuk mengidentifikasi agen penyebab SARS, yaitu *coronavirus* baru, serta mengembangkan metode diagnostik yang efektif. Penemuan cepat tersebut memungkinkan deteksi kasus yang lebih akurat, sehingga mempercepat pengendalian wabah. Di sisi lain, transparansi negara-negara anggota WHO juga mengalami peningkatan setelah adanya kritik awal terhadap keterlambatan pelaporan, terutama dari Tiongkok. Pengalaman ini menegaskan pentingnya sistem pengawasan global yang kuat dan komitmen politik dari tiap negara untuk bersikap terbuka dan responsif terhadap ancaman penyakit menular. Secara keseluruhan, penanganan SARS menunjukkan keberhasilan pendekatan tradisional kesehatan masyarakat yang dijalankan secara cepat dan terkoordinasi. WHO memimpin respons internasional dengan membentuk jaringan laboratorium global yang memfasilitasi pertukaran data genetik virus dan pengembangan alat diagnostik. Langkah-langkah seperti identifikasi dan isolasi kasus, pelacakan kontak erat, karantina, serta peningkatan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan menjadi strategi utama. Seperti dijelaskan oleh Heymann dan Rodier, *"SARS was controlled largely through traditional public health interventions: case identification and isolation, contact tracing and quarantine, and enhanced infection control"* (Cherry & Krogstad, 2004). Meskipun belum tersedia vaksin maupun pengobatan khusus saat itu, pendekatan ini terbukti efektif dalam menghentikan penyebaran virus dalam waktu relatif singkat. Hal ini menegaskan urgensi kesiapsiagaan sistem kesehatan global, kemampuan laboratorium, komunikasi risiko yang transparan, serta kerja sama lintas negara dalam menghadapi ancaman penyakit menular di masa depan.

Wabah SARS memberikan dampak besar terhadap masyarakat global, tidak hanya dalam bidang kesehatan, tetapi juga secara sosial, budaya, ekonomi, hingga politik. Masyarakat dunia merespons wabah ini dengan ketakutan dan kepanikan yang tersebar luas, terutama karena penyebaran virus terjadi sangat cepat antarnegara, menunjukkan betapa rentannya dunia yang saling terhubung. Akibatnya, muncul berbagai bentuk kepanikan sosial, termasuk penghindaran terhadap komunitas tertentu seperti orang-orang keturunan Asia yang sering kali menjadi sasaran diskriminasi. Di berbagai tempat, restoran, toko, dan lingkungan yang diasosiasikan dengan komunitas Asia mengalami penurunan aktivitas yang drastis. Pemerintah di berbagai negara pun mengeluarkan kebijakan darurat untuk membatasi penyebaran virus, mulai dari penutupan akses keluar-masuk wilayah, pembatalan penerbangan, hingga pengawasan ketat terhadap mobilitas masyarakat. Selain itu, SARS juga menciptakan tekanan psikologis yang tinggi di tengah masyarakat akibat ketidakpastian, minimnya informasi di awal penyebaran, dan ketidakpercayaan terhadap lembaga medis maupun pemerintah. Wabah ini menjadi pengingat bahwa dalam dunia yang saling terhubung, penyakit menular tidak hanya menjadi ancaman kesehatan, tetapi juga mengguncang stabilitas sosial dan ekonomi secara global. Di Indonesia sendiri, meskipun SARS tidak menyebar luas seperti di beberapa negara lain, dampaknya tetap terasa di tengah masyarakat. Situasi global yang penuh kepanikan ikut memengaruhi persepsi dan respons masyarakat Indonesia. Saat virus ini mulai merebak di Asia pada awal 2000-an, masyarakat Indonesia diliputi rasa cemas, terutama karena pemberitaan yang masif tentang penyebaran dan jumlah korban yang terus bertambah. Pemerintah memperketat pengawasan di bandara dan pelabuhan, sementara masyarakat menjadi lebih waspada terhadap gejala-gejala seperti demam tinggi dan gangguan pernapasan. Banyak orang memilih menghindari tempat ramai, sehingga aktivitas publik pun ikut menurun. Bahkan, rumah sakit mulai menyiapkan ruang isolasi dan tenaga medis dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan masuknya pasien terduga SARS. Meskipun jumlah kasus di Indonesia tergolong sedikit, rasa waswas yang meluas menjadikan SARS sebagai salah satu momen penting yang menguji kesiapan sistem kesehatan nasional serta ketanggapan sosial dalam menghadapi ancaman penyakit menular dari luar negeri (Pulungan, 2012).

Penanganan virus MERS di negara-negara terdampak, khususnya Arab Saudi dan Oman, menekankan pentingnya identifikasi dini kasus, penguatan pengawasan, serta penerapan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi (IPC) di fasilitas kesehatan. Sejak 2015, Arab Saudi telah memberlakukan kebijakan pengujian bagi semua kontak berisiko tinggi, termasuk mereka yang tidak menunjukkan gejala, dan hal ini membantu menemukan kasus-kasus *asimptomatik* lebih awal. WHO juga mencatat bahwa sekitar 52 dari 97 kasus sekunder sejak 2018 terjadi di fasilitas kesehatan, termasuk petugas medis, pasien lain, dan pengunjung. Untuk itu, pemerintah Arab Saudi dan negara lain seperti Oman bekerja sama dengan WHO dalam pelacakan kontak erat, peningkatan edukasi bagi tenaga medis, serta pembentukan sistem karantina dan isolasi yang efektif. Misalnya, dalam kasus wabah di Oman, WHO melakukan misi teknis pada Mei 2019 untuk menilai pola penularan antar manusia, menyarankan investigasi lapangan lanjutan, serta membantu evaluasi kapasitas nasional dalam menghadapi wabah. Selain respons medis langsung, WHO bersama pemerintah negara terdampak juga fokus pada penguatan koordinasi lintas sektor, khususnya antara sektor kesehatan manusia dan hewan. Karena unta merupakan reservoir utama MERS-CoV, investigasi lanjutan terhadap hewan yang terpapar dan interaksi manusia-hewan menjadi prioritas. WHO bekerja sama dengan FAO dan OIE untuk mendorong pengembangan vaksin untuk unta dan manusia, serta mendukung penelitian antropologi guna memahami praktik budaya yang berisiko. Di sisi lain, pengendalian wabah di luar wilayah Timur Tengah, seperti di Korea Selatan dan Inggris, menunjukkan bahwa pendekatan berbasis deteksi dini, isolasi ketat, pelacakan kontak agresif, dan manajemen klinis yang tepat terbukti sangat efektif mencegah penularan lanjutan. Upaya global yang terkoordinasi, termasuk peningkatan kapasitas respons di negara-negara dengan risiko tinggi, terus dilakukan WHO demi mencegah potensi penyebaran lintas batas dan memastikan kesiapan dalam menghadapi kemungkinan lonjakan kasus di masa mendatang (World Health Organization, 2019).

Pandemi MERS yang merebak pada tahun 2012 menimbulkan dampak ekonomi yang cukup signifikan, terutama di negara-negara Timur Tengah seperti Arab Saudi, Qatar, Uni Emirat Arab, dan Kuwait. Berdasarkan analisis dalam penelitian

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

ini, pendapatan domestik bruto (PDB) per kapita menurun secara drastis selama periode 2012–2015, yaitu sekitar 16% di Arab Saudi, 25% di Qatar, 12% di Uni Emirat Arab, dan bahkan mencapai 32% di Kuwait. Dampak ini sangat terasa di sektor jasa, terutama pariwisata, perhotelan, dan transportasi, yang mengalami penurunan permintaan akibat meningkatnya ketakutan masyarakat untuk melakukan aktivitas sosial dan perjalanan. Jumlah tenaga kerja di sektor jasa juga menunjukkan korelasi negatif terhadap pertumbuhan pendapatan, menandakan bahwa sektor ini sangat rentan terhadap guncangan epidemi. Meskipun pandemi MERS tidak menyebar secara luas seperti SARS atau COVID-19, efeknya terhadap negara-negara dengan ketergantungan tinggi pada mobilitas tenaga kerja dan ekonomi berbasis jasa cukup nyata. Dari sisi sosial, MERS menyebabkan perubahan pola perilaku masyarakat, termasuk pada peningkatan ketidakpercayaan terhadap tempat umum dan layanan kesehatan. Penurunan aktivitas sosial secara tidak langsung berdampak pada pengurangan pendapatan masyarakat, terutama di kalangan pekerja informal dan pariwisata. Selain itu, krisis ini juga memperlihatkan kerentanan sistem kesehatan masyarakat dalam merespons wabah menular secara cepat dan efektif. Meskipun MERS hanya berdampak besar di sejumlah negara, efeknya tetap mengganggu stabilitas ekonomi regional dan memunculkan kesenjangan sosial antara negara dengan sistem kesehatan yang kuat dan yang masih berkembang. Ketimpangan ini mendorong perlunya kebijakan global yang lebih adaptif dan sistemik, bukan hanya dalam penanganan wabah, tetapi juga dalam strategi mitigasi ekonomi dan perlindungan sosial terhadap kelompok rentan di masa krisis kesehatan global (Ceylan & Ozkan, 2020).

Sementara bidang politik, pandemi MERS-CoV memberikan tekanan besar terhadap stabilitasnya di beberapa negara terdampak, khususnya di kawasan Timur Tengah. Di Arab Saudi, yang menjadi pusat epidemi MERS, wabah ini mengungkap kelemahan dalam sistem kesehatan nasional dan memperburuk persepsi publik terhadap efektivitas pemerintah. Menurut studi dari *The Lancet Infectious Disease*, tidak siapnya sistem rumah sakit dalam menangani wabah menimbulkan kritik luas, yang kemudian mendorong restrukturisasi kementerian kesehatan dan pengangkatan pejabat baru. Selain itu, WHO mencatat bahwa minimnya transparansi awal dan lambannya pelaporan kasus oleh otoritas nasional sempat menimbulkan ketegangan dengan komunitas internasional, terutama dalam hal berbagi data epidemiologi dan informasi genetik virus. Situasi ini mencerminkan bagaimana krisis kesehatan dapat menjadi isu sensitif secara politik, mempengaruhi reputasi pemerintah dan memperbesar tekanan untuk melakukan reformasi tata kelola kesehatan publik (Elachola & Memish, 2016).

Secara regional dan global, MERS turut mendorong diskursus baru dalam diplomasi kesehatan internasional. Sejumlah negara menilai adanya ketidakseimbangan dalam respons global terhadap penyakit yang muncul di kawasan dengan pengaruh geopolitik tinggi. Sebuah artikel dari *BMJ Global Health* (2018) menyebutkan bahwa pandemi ini memperkuat kebutuhan akan mekanisme kolaboratif antarnegara, bukan hanya dalam konteks bantuan medis, tetapi juga koordinasi lintas batas yang melibatkan sektor politik, keamanan, dan ekonomi. WHO juga meningkatkan tekanan terhadap negara-negara yang memiliki potensi risiko zoonosis tinggi untuk mengembangkan kebijakan lintas sektor *(One Health)* yang menyatukan kepentingan kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan. Di sisi lain, MERS menjadi pelajaran penting tentang bagaimana wabah dapat dimanfaatkan oleh pemerintah untuk memperkuat kontrol sosial dan membatasi mobilitas penduduk atas nama darurat kesehatan, yang dalam beberapa kasus memunculkan perdebatan tentang hak asasi manusia dan kebebasan sipil di masa krisis. Dengan demikian, dampak politik dari pandemi MERS tidak hanya terbatas pada wilayah domestik negara-negara terdampak, tetapi juga memperluas dimensi geopolitik dari tata kelola kesehatan global (Moran, 2019).

Awal tahun 2020 telah ditemukan dua kasus positif COVID-19 pertama di Depok, Jawa Barat, menjadikan kawasan Jabodetabek sebagai episentrum wilayah penyebaran pertama pandemi virus COVID-19 di Indonesia. Tidak lama setelah bulan Maret, tepatnya pada 21 April 2020, Indonesia telah tercatat sebagai negara yang memiliki rasio angka kematian tertinggi, mencapai 8,6%. Angka ini tergolong cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya seperti Filipina (6,53%), Malaysia (1,65%), Singapura (0,13%), dan Thailand (1,69%). Tingginya rasio kematian di Indonesia ini beriringan dengan minimnya fasilitas kesehatan yang tersedia. Kondisi darurat ini menuntut pemerintah untuk memberlakukan berbagai kebijakan seperti *social distancing*, *self quarantine*, *Work From Home* (WFH), dan *School From Home* (SFH) sebagai langkah-langkah mitigasi untuk menekan penyebaran virus (Jubba et al., 2021). Selain itu, pemerintah Indonesia menetapkan wabah ini sebagai bencana nasional melalui Keppres Nomor 12 Tahun 2020. Pemerintah membentuk Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 dan menerapkan berbagai kebijakan seperti Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), larangan mudik, hingga wacana *"new normal"*. Namun dalam pelaksanaannya, muncul banyak permasalahan: mulai dari keterlambatan deteksi awal, rendahnya transparansi dan akurasi data, hingga banyaknya pernyataan kontroversial dari pejabat negara. Kebijakan yang tidak seragam antara pemerintah pusat dan daerah menimbulkan kebingungan di masyarakat, seperti larangan mudik yang diucapkan presiden namun kemudian dibantah oleh menteri. Selain itu, pemerintah lebih awal mengedepankan agenda ekonomi seperti promosi wisata ketimbang fokus pada penanganan kesehatan. *Blunder* komunikasi dan minimnya koordinasi memperparah persepsi publik bahwa pemerintah tidak siap dan tidak serius dalam menangani krisis. Akibatnya, kepercayaan masyarakat menurun dan kepatuhan terhadap protokol kesehatan sulit dicapai, yang pada akhirnya menghambat efektivitas kebijakan penanggulangan Covid-19 (Sitorus & Rahmadi, 2021).

Penanganan COVID-19 secara global dilakukan melalui strategi kombinasi antara intervensi non- farmasi (*non-pharmaceutical interventions/NPIs*) dan penguatan sistem layanan kesehatan. Hsiang menjelaskan bahwa kebijakan seperti karantina wilayah, pembatasan sosial, penutupan fasilitas publik, dan pembatasan perjalanan memiliki pengaruh nyata dalam menurunkan laju transmisi virus di banyak negara. Di sisi medis, penguatan kapasitas rumah sakit, penyediaan alat pelindung diri (APD), dan percepatan uji diagnostik menjadi langkah awal untuk menghindari kolapsnya sistem kesehatan (Hsiang et al., 2020). Setelah vaksin tersedia, strategi berubah ke vaksinasi massal, di mana vaksin *mRNA* seperti *Pfizer-BioNTech* berhasil menurunkan angka rawat inap dan kematian secara signifikan. Namun, munculnya varian Delta dan Omicron memperlihatkan bahwa vaksinasi saja tidak cukup, sehingga *booster*, *surveilans genomik*, dan edukasi publik harus berjalan beriringan (Polack et al., 2020).

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

Di Indonesia sendiri, kondisi ini mencerminkan dinamika serupa namun dengan tantangan yang khas. Menurut Sasongko & Novitasari dalam *Jurnal Administrasi Kesehatan*, pelaksanaan penanganan COVID-19 di Indonesia diawali dengan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), yang kemudian bergeser menjadi PPKM (Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat). Kebijakan ini, meskipun efektif dalam menekan penyebaran di beberapa daerah, menghadapi kendala implementasi di lapangan, terutama karena rendahnya kepatuhan masyarakat dan keterbatasan koordinasi antar instansi. Selain itu, distribusi vaksin yang belum merata di awal tahun 2021 dan ketimpangan akses layanan kesehatan antara wilayah perkotaan dan pedesaan memperburuk situasi. Walaupun demikian, kolaborasi antara pemerintah pusat, daerah, dan sektor swasta dalam vaksinasi massal dan pemanfaatan teknologi seperti "PeduliLindungi" menjadi bentuk adaptasi lokal yang menunjukkan hasil positif. Maka dari itu, keberhasilan penanganan COVID-19 sangat bergantung pada sinergi antara pendekatan global berbasis sains dan penyesuaian kebijakan kontekstual di tingkat nasional (Sasongko & Novitasari, 2021)

Kehadiran pandemi COVID-19 membawa pengaruh besar terhadap berbagai aspek kehidupan di Indonesia, baik dari segi kesehatan, ekonomi, maupun sosial, dan penyebarannya bermula dari jalur internasional yang masuk melalui kegiatan mobilitas antarnegara. Kasus pertama COVID-19 di Indonesia diumumkan pada 2 Maret 2020, dan diduga berasal dari warga negara asing yang datang dari Jepang dan melakukan kontak dengan warga lokal di Depok, Jawa Barat. Jalur masuk virus ke Indonesia sangat dipengaruhi oleh tingginya aktivitas penerbangan internasional serta belum optimalnya skrining di pintu masuk negara pada masa awal pandemi. Bandar udara internasional seperti Soekarno-Hatta, Ngurah Rai, dan Juanda menjadi titik rentan masuknya virus, terutama karena pada awal 2020, Indonesia masih membuka akses masuk bagi warga asing tanpa karantina ketat. Kurangnya kesiapsiagaan sistem deteksi dini dan keterlambatan dalam implementasi pembatasan mobilitas menjadi faktor krusial yang mempercepat penyebaran lokal virus. Hal ini menunjukkan bahwa globalisasi dan arus manusia lintas batas tanpa mitigasi risiko yang tepat dapat menjadi celah kritis dalam penyebaran penyakit menular baru di Indonesia (Kurniawan & Hargono, 2022). Dalam menghadapi pandemi COVID-19, Pemerintah Indonesia menerapkan berbagai kebijakan strategis untuk menekan laju penyebaran virus dan memitigasi dampaknya. Salah satu langkah utama adalah pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), yang diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2020. Kebijakan ini memungkinkan pemerintah daerah untuk membatasi aktivitas penduduk guna mencegah penyebaran virus, dengan persetujuan pemerintah pusat. Implementasi PSBB mencakup penutupan sekolah, tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, dan fasilitas umum lainnya. Meskipun demikian, efektivitas PSBB sangat bergantung pada partisipasi aktif masyarakat dalam mematuhi protokol kesehatan yang ditetapkan. Selain itu, pemerintah juga mengeluarkan berbagai stimulus ekonomi untuk mengurangi dampak negatif pandemi terhadap perekonomian nasional. Langkah-langkah tersebut meliputi pemberian Bantuan Langsung Tunai (BLT) kepada masyarakat terdampak, pengurangan pajak, serta insentif bagi sektor usaha kecil dan menengah. Namun, beberapa studi menunjukkan bahwa implementasi kebijakan tersebut menghadapi tantangan, seperti koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah, serta penyaluran bantuan yang belum merata. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi dan penyesuaian kebijakan secara berkelanjutan untuk memastikan efektivitas penanganan pandemi di Indonesia.

Respon masyarakat Indonesia terhadap kebijakan pemerintah dalam penanganan COVID-19 menunjukkan variasi yang signifikan, mencerminkan kompleksitas dinamika sosial dan ekonomi di tengah pandemi. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa terdapat kelompok masyarakat yang mendukung kebijakan seperti Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) karena dianggap efektif dalam menekan laju penyebaran virus. Namun, tidak sedikit pula yang memberikan tanggapan negatif, terutama terkait dampak ekonomi yang ditimbulkan akibat pembatasan tersebut. Farhana Dara dalam studinya menunjukkan bahwa meskipun ada yang menilai kebijakan ini dapat meminimalisir peningkatan kasus COVID-19, banyak pula yang mengkritik karena penurunan pendapatan dan kesulitan ekonomi yang dialami selama penerapan kebijakan tersebut. Selain itu, analisis sentimen di media sosial seperti Twitter mengindikasikan adanya polarisasi opini publik; sebagian mendukung langkah pemerintah, sementara yang lain mempertanyakan efektivitas dan konsistensi kebijakan yang diterapkan. Penelitian yang dipublikasikan dalam *Jurnal Ilmiah Komputer dan Informatika* (2020) mengelompokkan respons masyarakat terhadap PSBB di DKI Jakarta, menemukan bahwa reaksi publik terbagi antara pro dan kontra, mencerminkan ketidakpastian dan beragamnya persepsi terhadap kebijakan tersebut. Temuan-temuan ini menegaskan pentingnya komunikasi yang transparan dan inklusif dari pemerintah, serta perlunya mempertimbangkan kondisi sosial-ekonomi masyarakat dalam merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan penanggulangan pandemi (Mardhiyah & Ningsih, 2024).

Pandemi COVID-19 telah memberikan dampak yang luas dan mendalam pada berbagai sektor di Indonesia, termasuk pendidikan, ekonomi, dan kehidupan sosial. Di sektor pendidikan, pembelajaran tatap muka terpaksa dihentikan dan digantikan dengan pembelajaran daring. Perubahan ini menimbulkan tantangan signifikan, terutama bagi siswa dan guru yang tidak memiliki akses memadai terhadap teknologi dan internet. Banyak siswa mengalami kesulitan dalam memahami materi secara daring, yang berpotensi menurunkan kualitas pendidikan secara keseluruhan (Aji, 2020). Dari perspektif ekonomi, pandemi menyebabkan perlambatan pertumbuhan ekonomi yang signifikan. Sektor-sektor seperti pariwisata, transportasi, dan perdagangan mengalami penurunan drastis akibat pembatasan mobilitas dan aktivitas masyarakat. Penelitian oleh Hadiwardoyo menunjukkan bahwa pembatasan aktivitas akibat COVID-19 telah menimbulkan kerugian ekonomi secara nasional (Hamzah et al., 2021). Dalam aspek kehidupan sosial, pandemi mengubah pola interaksi masyarakat secara signifikan. Pembatasan sosial dan protokol kesehatan membatasi kegiatan keagamaan, budaya, dan sosial lainnya yang biasanya dilakukan secara langsung. Pandemi telah mempengaruhi berbagai aspek kehidupan masyarakat Indonesia, termasuk sektor pendidikan, perekonomian, dan spiritual keagamaan (Putra & Kasmiarno, 2020).

Wabah pandemi COVID-19 membawa dampak sosial yang sangat luas dan mendalam di berbagai belahan dunia. Salah satu dampak utamanya adalah perubahan besar dalam interaksi sosial akibat kebijakan pembatasan sosial, karantina, dan penutupan sekolah serta tempat kerja. Isolasi jangka panjang dan ketidakpastian ekonomi menyebabkan peningkatan signifikan

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

dalam gangguan kesehatan mental seperti kecemasan, depresi, dan stres pasca trauma. Selain itu, kelompok rentan seperti lansia, penyandang disabilitas, dan masyarakat berpenghasilan rendah mengalami kesulitan dalam mengakses layanan dasar. Disrupsi sosial juga tampak dalam meningkatnya kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), perundungan berbasis stigma terhadap penyintas COVID-19, serta keretakan hubungan sosial akibat perbedaan sikap terhadap vaksin dan protokol kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa pandemi bukan hanya krisis kesehatan, tetapi juga krisis sosial yang memperlebar kesenjangan dan memperlemah kohesi sosial (Brooks et al., 2020).

Dari sisi ekonomi, COVID-19 telah menyebabkan kontraksi ekonomi global yang belum pernah terjadi sebelumnya sejak Perang Dunia II. Berdasarkan laporan dari *International Monetary Fund*, pertumbuhan ekonomi dunia mengalami penurunan tajam sebesar -3,5% pada tahun 2020, dengan jutaan orang kehilangan pekerjaan dan penghasilan. Sektor pariwisata, transportasi, dan usaha kecil menjadi yang paling terdampak, terutama di negara berkembang yang bergantung pada sektor informal. Penurunan konsumsi, gangguan rantai pasokan, dan ketidakpastian pasar menyebabkan krisis keuangan yang sistemik di banyak negara. Pemerintah di seluruh dunia terpaksa mengalokasikan anggaran besar untuk bantuan sosial dan stimulus ekonomi, yang meskipun membantu dalam jangka pendek, meningkatkan beban fiskal dan risiko inflasi. Ketimpangan distribusi vaksin juga memperlambat pemulihan ekonomi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, memperparah ketimpangan global (Fernandes, 2020).

Dampak politik dari pandemi COVID-19 juga tidak kalah signifikan. Banyak pemerintah menghadapi tekanan tinggi untuk menyeimbangkan antara perlindungan kesehatan masyarakat dan kestabilan ekonomi. Pandemi menjadi ujian nyata bagi tata kelola pemerintahan, di mana negara- negara dengan sistem politik yang responsif, transparan, dan berbasis data umumnya lebih efektif dalam mengendalikan penyebaran virus. Namun, di sejumlah negara, pandemi justru dimanfaatkan oleh elite politik untuk memperkuat kekuasaan dengan dalih darurat kesehatan, seperti pemberlakuan aturan darurat yang membatasi kebebasan sipil dan melemahkan kontrol parlemen. Di sisi lain, penanganan yang buruk oleh pemerintah menjadi pemicu protes sosial dan penurunan kepercayaan publik. Krisis ini memperlihatkan bahwa pandemi dapat memperkuat atau justru merusak legitimasi politik, tergantung pada respons pemerintah dan partisipasi masyarakat. Dengan demikian, COVID-19 bukan hanya ujian medis, tetapi juga krisis multidimensi yang mengubah lanskap sosial, ekonomi, dan politik global secara mendalam (Greer et al., 2020).

Penanganan pandemi telah mengalami evolusi signifikan dari waktu ke waktu, seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi medis, dan kebijakan kesehatan global. Pada masa pandemi flu Spanyol pada tahun 1918-1920 respons yang diberikan sangat terbatas karena keterbatasan pengetahuan virologi, ketiadaan vaksin, dan kurangnya koordinasi internasional. penanganan pada masa itu sangat bergantung pada karantina lokal, penggunaan masker kain, dan penutupan sekolah, namun minim data dan pelaporan yang terkoordinasi. Bandingkan dengan pandemi SARS tahun 2003, meskipun lebih kecil cakupannya, penanganannya sudah mulai mengandalkan pelacakan kontak, isolasi pasien, dan kolaborasi antarnegara di bawah koordinasi WHO, yang menciptakan standar baru dalam penanggulangan wabah. SARS menjadi titik balik dalam penanganan pandemi karena memperlihatkan efektivitas pelacakan cepat dan pentingnya komunikasi risiko (Taubenberger & Morens, 2006).

Ketika pandemi COVID-19 muncul pada 2019–2020, dunia sudah lebih siap secara teknologi, namun menghadapi tantangan skala yang belum pernah terjadi sebelumnya. Langkah-langkah non-farmasi (NPIs) seperti *lockdown*, pembatasan sosial, dan penutupan perbatasan diterapkan lebih awal dan luas dibanding pandemi sebelumnya. Perbedaan mencolok juga terletak pada kecepatan pengembangan vaksin, yang berhasil dilakukan dalam waktu kurang dari satu tahun melalui teknologi *mRNA*, sesuatu yang belum ada dalam pandemi-pandemi sebelumnya. Namun, muncul pula tantangan baru, seperti *infodemi* (banjir informasi keliru), resistensi terhadap vaksin, dan ketimpangan distribusi global. Pandemi COVID-19 juga memperlihatkan bahwa meskipun dunia telah lebih terhubung secara digital dan ilmiah, faktor politik, sosial, dan ekonomi tetap menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan penanganan di berbagai negara (Anderson et al., 2020). Jika dibandingkan, penanganan pandemi di masa kini jauh lebih kompleks dan sistematis, tetapi juga lebih politis dan bergantung pada kerja sama lintas sektor. Menurut studi dari Greer et al. dalam *BMJ Global Health*, menyoroti bahwa negara dengan sistem kesehatan publik yang kuat dan respons pemerintah yang transparan cenderung lebih berhasil dalam mengendalikan pandemi. Di sisi lain, pandemi seperti Ebola (2014–2016) menunjukkan bahwa tantangan penanganan tidak hanya bergantung pada teknologi atau protokol medis, tetapi juga pada budaya lokal, kepercayaan masyarakat terhadap otoritas, dan dukungan internasional. Oleh karena itu, pelajaran dari berbagai pandemi menunjukkan bahwa meskipun pendekatan ilmiah terus berkembang, keberhasilan penanganan tetap sangat ditentukan oleh kombinasi antara sains, kebijakan yang cepat dan tepat, serta kolaborasi global yang solid (Greer et al., 2020).

KESIMPULAN

Pandemi yang disebabkan oleh virus seperti SARS, Ebola, MERS, dan Covid-19 telah menjadi pengingat kuat tentang kerentanan manusia terhadap ancaman kesehatan global. Paper ini menyoroti bagaimana wabah-wabah tersebut tidak hanya berdampak pada kesehatan masyarakat, tetapi juga memengaruhi aspek sosial, ekonomi, dan politik secara signifikan. Dengan mempelajari sejarah pandemi, kita memahami bahwa respons yang cepat, koordinasi internasional, serta transparansi informasi menjadi kunci dalam mengendalikan penyebaran penyakit. Selain itu, pengalaman masa lalu menunjukkan pentingnya kesiapan sistem kesehatan global, pengembangan teknologi diagnostik, dan kerja sama lintas negara untuk menghadapi ancaman serupa di masa depan. Dalam konteks ini, pandemi tidak hanya menjadi tantangan medis tetapi juga ujian bagi solidaritas global.

Di Indonesia sendiri, meskipun dampak langsung dari beberapa pandemi seperti SARS relatif kecil dibandingkan negara lain, pengaruhnya tetap terasa dalam bentuk perubahan perilaku masyarakat dan peningkatan kewaspadaan terhadap ancaman penyakit menular. Pemerintah Indonesia telah menunjukkan upaya untuk meningkatkan kesiapsiagaan melalui pengawasan ketat di pintu masuk internasional dan persiapan fasilitas kesehatan. Namun, pandemi-pendemi ini juga mengungkapkan kelemahan

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

dalam sistem kesehatan nasional yang perlu diperbaiki untuk menghadapi krisis di masa depan. Secara keseluruhan, paper ini menekankan bahwa pandemi bukan hanya persoalan medis tetapi juga fenomena multidimensional yang membutuhkan pendekatan holistik melibatkan aspek sosial, ekonomi, budaya, dan politik untuk mitigasi yang lebih efektif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan penghargaan yang tulus kepada Ibu Rusmala Dewi Kabubu, S.Pd., M.Hum, selaku dosen pembimbing, atas arahan dalam pemilihan judul, koreksi, dan dukungan yang diberikan selama proses penulisan artikel ini. Kontribusi beliau sangat membantu dalam memperdalam analisis dan memperkuat argumentasi dalam kajian ini. Penulis juga memberikan apresiasi kepada pihak Program Studi Pendidikan Sejarah, Universitas Negeri Makassar, yang telah memberikan fasilitas dan dukungan akademik dalam proses penyusunan artikel ini. Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua yang telah berkontribusi dalam penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

Aditama, Y. T. (2005). SARS-infectious disease of 21 st century. *Medical Journal of Indonesia*, *14*(1), 59–65. https://doi.org/https://doi.org/10.13181/mji.v14i1.173

Aji, S. H. R. (2020). Dampak Covid-19 pada Pendidikan di Indonesia: Sekolah, Keterampilan, dan Proses Pembelajaran. *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-i*, *7*(5). https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i5.15314

Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., Dã, T., & Hollingsworth, irdre. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, *10228*, 931. https://doi.org/10.1016/S01406736(20)305675

Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Penerbit Rineka Cipta.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Budiarto, E., & Anggraeni, D. (2003). *Pengantar Epidemiologi Edisi 2*. EGC.

Ceylan, R. F., & Ozkan, B. (2020). The economic effects of epidemics: from SARS and MERS to COVID-19. *Research Journal in Advanced Humanities*, *1*(2), 22–29. https://doi.org/10.58256/rjah.v1i2.132

Chan-Yeung, M., & Xu, R. H. (2003). SARS: Epidemiology. *Respirology*, *8*. https://doi.org/10.1046/j.1440-1843.2003.00518.x

Cherry, J. D., & Krogstad, P. (2004). SARS: The First Pandemic of the 21st Century. *Pediatric Research*, *56*(1), 1–5. https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000129184.87042.FC

Columbia University Mailman School of Public Health. (2022). *Epidemic, Endemic, Pandemic: What are the Differences?* Columbia University Mailman School of Public Health. https://www.publichealth.columbia.edu/news/epidemic-endemic-pandemic-what-are-differences

Elachola, H., & Memish, Z. A. (2016). Oil prices, climate change - Health challenges in Saudi Arabia. In *The Lancet* (Vol. 387, Issue 10021, pp. 827–829). Lancet Publishing Group. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00203-8

Fadli, R. M. (2021). Memahami desain metode penelitian kualitatif. *Humanika, Kajian Ilmiah Mata Kuliah Umum*, *21*(1), 33–54. https://doi.org/10.21831/hum.v21i1

Fernandes, N. (2020). *Economic effects of coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy*. https://ssrn.com/abstract=3557504

Greer, S. L., King, E. J., da Fonseca, E. M., & Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, *15*(9), 1413–1416. https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340

Hamzah, M., Syukur, M., Nur Salam, M., & Imam Junaidi, M. (2021). DAMPAK PANDEMI COVID-19 TERHADAP PEREKONOMIAN INDONESIA: ANALISIS TERHADAP SEKTOR DOMESTIK DAN STABILITAS INFLASI. *TRILOGI: Jurnal Ilmu Teknologi, Kesehatan, Dan Humaniora*, *2*(3), 382–388.

Hsiang, S., Allen, D., Annan-Phan, S., Bell, K., Bolliger, I., Chong, T., Druckenmiller, H., Huang, L. Y., Hultgren, A., Krasovich, E., Lau, P., Lee, J., Rolf, E., Tseng, J., & Wu, T. (2020). The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*, *584*(7820), 262–267. https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8

Jubba, H., Ferdaus, N. N., Pratiwi, I. W., & Juhansar. (2021). PERSEPSI MASYARAKAT TERHADAP PANDEMI COVID-19. *Dialektika*, *14*(1), 16. https://doi.org/10.33477/dj.v14i1.2176

Kurniawan, A., & Hargono, R. (2022). Analisis Kesiapan Indonesia dalam Menghadapi Pandemi COVID-19 pada Fase Awal Penyebaran. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *15*(2), 72–77.

Ladimo, P. M. (2020). Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) Menggegerkan Dunia Bagian Timur. *Gorontalo Journal Health and Science*, *4*(1), 18. https://doi.org/https://doi.org/10.35971/gojhes.v4i1.4666

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.

Mardhiyah, D. F., & Ningsih, S. N. (2024). PERSEPSI MASYARAKAT TERHADAP KEBIJAKAN PEMERINTAH KOTA BONTANG DALAM MENANGANI COVID-19 (Studi Kasus di Kelurahan Loktuan). *EJournal Pembangunan Sosial*, *2024*(4), 66–74.

Memish, Z. A., Mishra, N., Olival, K. J., Fagbo, S. F. F., Kapoor, V., Epstein, J. H., AlHakeem, R., Al Asmari, M., Islam, A., Kapoor, A., Briese, T., Daszak, P., Al Rabeeah, A. A., & Lipkin, W. I. (2013). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Bats, Saudi Arabia. *Emerging Infectious Diseases*, *19*(11), 1819–1823. https://doi.org/10.3201/eid1911.131172

Moran, D. (2019). A framework for improved one health governance and policy making for antimicrobial use. *BMJ Global Health*, *4*(5). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001807

Muniarti, D. (2013). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). *The Indonesian Journal of Infectious Disease*, *1*(3), 4–7.

Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., Perez, J. L., Pérez Marc, G., Moreira, E. D., Zerbini, C., Bailey, R., Swanson, K. A., Roychoudhury, S., Koury, K., Li, P., Kalina, W. V., Cooper, D., Frenck, R. W., Hammitt, L. L., … Gruber, W. C. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine*, *383*(27), 2603–2615. https://doi.org/10.1056/nejmoa2034577

Pulungan, S. S. Ahmad. (2012). *SARS Ke MERS, Dahsyatnya Makhluk Kecil*.

Putra, P. W. M., & Kasmiarno, S. K. (2020). PENGARUH COVID-19 TERHADAP KEHIDUPAN MASYARAKAT INDONESIA: SEKTOR PENDIDIKAN, EKONOMI DAN SPIRITUAL KEAGAMAAN. *POROS ONIM: Jurnal Sosial Keagamaan*, *1*(2). http://e-journal.iainfmpapua.ac.id/index.php/porosonim

Rozi, S. (2018). DESKRIPSI DAN ANALISIS PENYEBARAN PENYAKIT MERS MELALUI SISTEM REAKSI DIFUSI. *PYTHGORAS: JURNAL PROGRAM STUDI PENDIDIKAN MATEMATIKA*, *7*(1), 9–20. https://doi.org/https://doi.org/10.33373/pythagoras.v7i1.1209

Sasongko, R. A., & Novitasari, L. A. (2021). Tinjauan Kritis Terhadap Kebijakan Penanganan COVID-19 di Indonesia: Tantang dan Peluang. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, *9*(2), 97–104.

Sitorus, A. A., & Rahmadi, F. M. (2021). DISINKRONISASI KEBIJAKAN PEMERINTAH INDONESIA DALAM PENANGANAN COVID-19. *Jurnal Renaissance*, *6*(1), 721–732. http://www.ejournal-academia.org/index.php/renaissance

Taubenberger, J. K., & Morens, D. M. (2006). 1918 Influenza: The mother of all pandemics. *Revista Biodemica*, *17*(1), 69–79.

World Health Organization. (2003, April 11). *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) - multi-country outbreak - Update 27*. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2003_04_11-en

World Health Organization. (2003, May 30). *Update 70 - Singapore removed from list of areas with local SARS transmission*. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2003_05_30a-en

World Health Organization. (2019, July 1). *WHO MERS Global Summary and Assessment of Risk*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MERS-RA-19.1

Wulandari, S., & Dwitiyanti, N. (2020). Implementasi Algoritma Clustering Partitioning Around Medoid (PAM) dalam Clustering Virus MERS-Cov. *STRING (Satuan Tulisan Riset Dan Inovasi Teknologi)*, *5*(1), 70–77. www.ncbi.nlm.nih.gov.

Zhao, L., Feng, D., Ye, R. Z., Wang, H. T., Zhou, Y. H., Wei, J. Te, De Vlas, S. J., Cui, X. M., Jia, N., Yin, C. N., Li, S. X., Wang, Z. Q., & Cao, W. C. (2020). Outbreak of COVID-19 and SARS in mainland China: A comparative study based on national surveillance data. *BMJ Open*, *10*(10). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043411

Zhou, P., Yang, X. Lou, Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H. R., Zhu, Y., Li, B., Huang, C. L., Chen, H. D., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R. Di, Liu, M. Q., Chen, Y., Shen, X. R., Wang, X., … Shi, Z. L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, *579*(7798), 270–273. https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7

CC Attribution-ShareAlike 4.0 License.