

BAGIAN 1

Tantangan Pelaksanaan Kebijakan Pemerintah Pusat dalam Konteks Desentralisasi

Pengantar

Masalah pelaksanaan kebijakan pemerintah pusat di berbagai program yang terkait dengan situasi desentralisasi akan dibahas dalam bagian ini ada tiga hal yaitu mengenai desentralisasi fiskal, asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin, dan program *surveilans*.

Bahasan pertama tentang desentralisasi fiskal di sektor kesehatan adalah pengalaman tahun 2000-2007 mengenai kesulitan pemerintah pusat dalam memahami dampak desentralisasi keuangan pada periode awal desentralisasi. Ketika terjadi pemindahan pengalokasian anggaran ke daerah melalui DAU, yang terjadi adalah kegagalan sektor kesehatan mendapatkan dana di daerah. Kegagalan ini direspon oleh pemerintah pusat dengan memberikan dana dekonsentrasi yang besar. Akibatnya terjadi situasi menyerupai resentralisasi sistem alokasi anggaran kesehatan di sekitar tahun 2004-2005. Akan tetapi, dengan keterbatasan kemampuan keuangan pemerintah pusat dan kesulitan teknis penyaluran dana dekonsentrasi menyebabkan pendanaan pemerintah pusat di tahun 2006-2007 dan awal tahun 2008 mengalami kesulitan besar.

Pembahasan kedua tentang pelaksanaan program Askeskin yang menunjukkan kegagalan pemerintah pusat memahami arti desentralisasi dalam pembiayaan. Pada masa awal program Askeskin ada kecenderungan Departemen Kesehatan tidak memperhatikan

daerah dalam pendanaan dan pelaksanaan program Askeskin. Ketika terjadi kekurangan dana yang besar di tahun 2007, baru disadari bahwa peran pemda merupakan hal yang tidak dapat diabaikan dalam Askeskin. Perdebatan antar peran pemda dan pusat dalam program Askeskin yang saat ini sudah diubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan inti dari bab ini.

Program *surveilans* merupakan bahasan ketiga yang membahas masalah yang dihadapi pemerintah dalam menjalankan *surveilans*. Pada tahun ketiga desentralisasi (2003), Departemen Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) tentang *Surveilans*. Akan tetapi di lapangan, Kepmenkes ini ternyata tidak berjalan. Berbagai pengamatan menunjukkan bahwa ada ketidaktahuan pemda mengenai pedoman teknis penting ini. Hal ini menunjukkan masalah besar dalam menyusun dan mengoperasionalkan pedoman teknis Kepmenkes dalam situasi yang terdesentralisasi.

BAB 1.1

Desentralisasi Fiskal di Sektor Kesehatan dan Reposisi Peran Pusat dan Daerah

Laksono Trisnantoro, Arum Atmawikarta, Dewi Marhaeni, Deni Harbianto

Salah satu hal penting dalam desentralisasi di Indonesia di tahun 1999 adalah desentralisasi fiskal. Secara teori, desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal.¹ Desentralisasi fiskal dapat dijadikan sebagai indikator mengenai berjalannya kebijakan desentralisasi. Sejarah telah mencatat bahwa pada akhir tahun 1970-an, Indonesia melakukan desentralisasi di bidang kesehatan namun tidak disertai dengan desentralisasi fiskal. Akibatnya tidak terjadi pemindahan wewenang dari pemerintah pusat ke daerah. Bagian ini mengkaji apakah kebijakan desentralisasi fiskal berjalan, dan berusaha memahami prospek pembangunan kesehatan dalam era desentralisasi.

Desentralisasi dan kegagalan menutup kesenjangan fiskal

Salah satu hal menarik sebagai dampak desentralisasi adalah perbedaan kemampuan fiskal yang semakin besar antar propinsi dan kabupaten/kota. Dengan adanya dana bagi hasil maka ada propinsi dan kabupaten/kota yang mendadak menjadi kaya dalam waktu sekejap. Beberapa daerah mempunyai APBD sekitar 2 triliun rupiah dengan penduduk yang tidak mencapai 500.000 orang. Namun yang menarik,

¹ Ribot, op.Cit. 2002

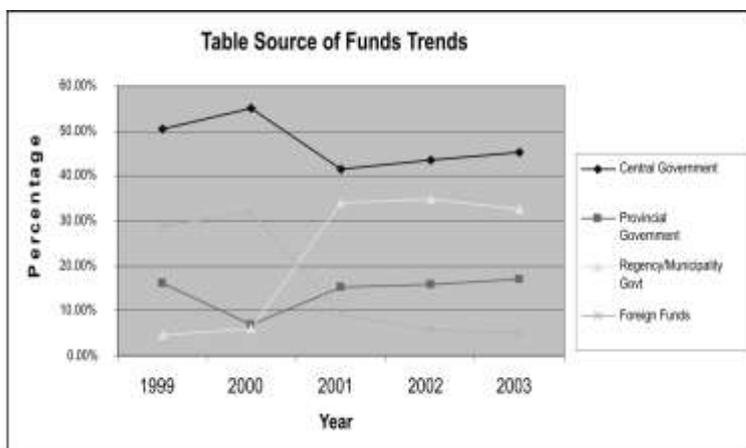
di sektor kesehatan setelah beberapa tahun kemudian terjadi situasi bahwa ada kekecewaan secara nasional terhadap proses desentralisasi.

Kekecewaan ini dapat dipahami karena memang dana kesehatan dari DAU dan APBD ternyata jumlahnya tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Keadaan ini juga terjadi di daerah kaya yang sebenarnya harus memberikan lebih banyak untuk pelayanan kesehatan. Sektor kesehatan kekurangan dana, sehingga menyebabkan berbagai sistem menjadi terganggu dan kehilangan koordinasi dibandingkan sebelum desentralisasi. Departemen Kesehatan melihat hal ini sebagai suatu hal yang membahayakan kelangsungan sistem kesehatan. Dengan itikad baik, maka dilakukan peningkatan pembiayaan dari pusat.

Kesan yang mencolok terjadi peningkatan dana kesehatan dari pemerintah pusat. Sebagai fakta, terjadi kenaikan dana dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk sektor kesehatan. Dipandang dari jumlah, bagi sektor kesehatan merupakan hal yang positif namun dari aspek penyaluran dan ketepatan sasaran penganggaran masih memerlukan kajian lebih lanjut. Di samping itu, ada hal yang perlu dicatat bahwa mekanisme dana dekonsentrasi menurut UU No.33/2004 Pasal 108 haruslah dikurangi dan harus diubah menjadi DAK atau Dana Tugas Pembantuan. Pada praktiknya memang penggunaan model dana dekonsentrasi sebagai cara penyaluran ke daerah ini dapat berakibat negatif karena mempunyai banyak kesulitan teknis dalam perencanaan dan penyerapan.

Penyerapan dana rendah pada tahun 2006 merupakan salah satu masalah besar yang dihadapi oleh anggaran pemerintah pusat.

Sementara itu, tahun 2007 terjadi apa yang disebut sebagai masalah lainnya di anggaran pemerintah pusat akibat pemotongan berbagai program pemerintah pusat. Keadaan ini terjadi pula di Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) tahun 2008 yang sampai bulan April belum ada kepastian. Masalah besar lain adalah kekurangan dana untuk pelayanan keluarga miskin (gakin). Kasus belum dibayarnya Askeskin untuk rumahsakit dalam tahun anggaran 2007 menunjukkan rendahnya kemampuan fiskal pemerintah pusat yang tertekan oleh kenaikan harga minyak.



Gambar 1.1.1 Anggaran Kesehatan di Tahun-Tahun Awal

Peningkatan dana dari pemerintah pusat ini disertai dengan wewenang memutuskan untuk menggunakan dana yang besar oleh pemerintah pusat. Wewenang ini semakin besar dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan atau dengan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) pusat pada beberapa tahun belakangan ini. Akibatnya terjadi suatu sentralisasi sistem kesehatan karena aspek keuangan

mempengaruhi kegiatan di lapangan. Di samping kenyataan dalam pendanaan sektor kesehatan, berbagai pernyataan pimpinan Departemen Kesehatan menyiratkan keinginan untuk resentralisasi.

Dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2004-2007 ini terjadi semacam kebingungan mengenai arah pengembangan sistem kesehatan di Indonesia: apakah akan resentralisasi ataukah meneruskan desentralisasi. Secara hukum sektor kesehatan merupakan sektor yang terdesentralisasi. Namun secara praktis, mekanisme penyaluran anggaran kesehatan mengarah ke sentralisasi. Hal ini merupakan paradoks yang perlu diperhatikan.

Paradoks yang ada dapat ditelusuri dari sejarah desentralisasi kesehatan di Indonesia. Pengalaman Indonesia dalam melaksanakan kebijakan desentralisasi kesehatan tahun 2000-2007 dapat direfleksikan sebagai berikut. Ada suatu proses yang berjalan secara mendadak (*Big Bang*) pada tahun 1999 seperti yang sudah disampaikan pada pengantar buku ini. Kebijakan yang mendadak tanpa diikuti oleh peraturan teknis yang baik.

Reposisi peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia

Salah satu hal penting yang menunjukkan kesungguhan pemerintah pusat dalam menerapkan desentralisasi adalah dalam pembiayaan kesehatan.² Reposisi pemerintah pusat dalam hal pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu indikator kesungguhan pemerintah pusat dalam menerapkan

² Departemen Kesehatan. (2007). Kebijakan Operasional Perencanaan dan Penganggaran Program Pembangunan Kesehatan. Jakarta.

desentralisasi. Dalam draf dokumen dari Departemen Kesehatan¹ dinyatakan bahwa masih banyak masalah dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan.

Masalah pertama adalah belum sinkronnya antara kebijakan, perencanaan dan penganggaran, serta pelaksanaan. Dalam hubungannya dengan sektor lain terdapat lemahnya sinergisme dalam penyusunan kegiatan lintas program. Di samping itu, ada penggunaan indikator yang tidak konsisten. Dalam konteks desentralisasi, terdapat gejala belum sinkronnya perencanaan pusat dan daerah. Di dalam lingkup proses perencanaan disadari kesulitan untuk merubah *mindset* dari "*project oriented*" atau "*budget oriented*" kepada "*performance based-budgeting*". Faktor lain adalah terbatasnya SDM yang dapat menunjang upaya perencanaan pembangunan kesehatan, serta tidak lancarnya pelaporan kegiatan dan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu perencanaan pembangunan kesehatan.

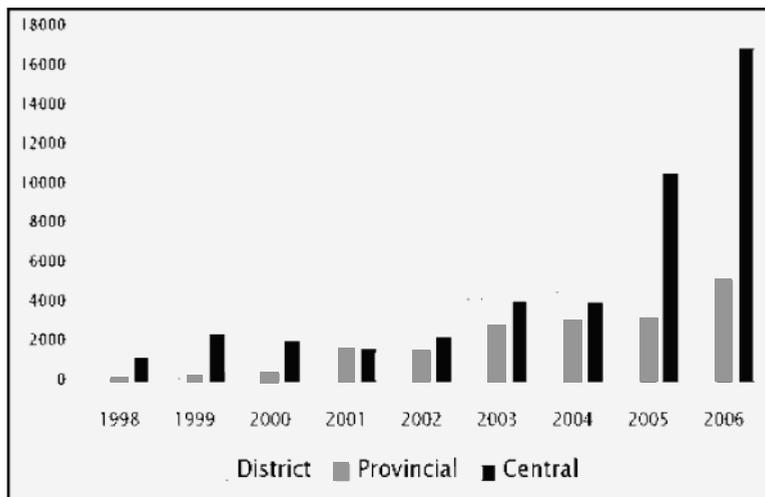
Dalam konteks permasalahan-permasalahan tersebut, menarik untuk dicermati berbagai fakta yang terjadi antara lain perkembangan anggaran kesehatan oleh pemerintah pusat dan perkembangan anggaran kesehatan oleh daerah. Data yang dipergunakan dalam deskripsi ini adalah anggaran kesehatan nasional (pemerintah) dari sebelum desentralisasi sampai setelah desentralisasi, dengan penekanan detail data mulai tahun 1999-2007. Data yang digunakan merupakan kompilasi dari beberapa data anggaran kesehatan APBN-Departemen Kesehatan, *World Bank*, *World Health Organization* atau WHO dan beberapa penelitian yang dilakukan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah

Mada/PMPK FK-UGM (*National Health Account*, dan *Public Health Expenditure Review*, bekerja sama dengan WHO Indonesia dan IPS Srilanka). Di samping itu, ada data Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dari proyek DHS-1.

Situasi pendanaan dari pemerintah pusat

Dari data yang ada terlihat terjadi pergeseran (*shift*) dana antara tahun 2000–2007. Pada awal desentralisasi, terlihat kecenderungan desentralisasi yang sangat kuat. Pada Gambar 1.1.1 terlihat ada penurunan anggaran pemerintah pusat sementara anggaran pemerintah provinsi dan kabupaten meningkat. Pada tahun-tahun awal memang terjadi realokasi yaitu ada dana pemerintah pusat menjadi APBD yang tentunya meningkatkan jumlah anggaran kesehatan secara absolut.

Akan tetapi, DAU dan dana-dana dari APBD ternyata tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Keadaan ini menyebabkan sistem kesehatan menjadi sulit digerakkan. Pemda terlihat gagal memberikan pendanaan untuk sektor kesehatan di daerahnya. Pada tahun 2004 ke depan, Departemen Kesehatan melihat perlu ada pendanaan lebih banyak dari pemerintah pusat. Keputusan ini menarik dan dapat dipahami karena memang diperlukan untuk memperbaiki sistem kesehatan. Hal ini ditandai dengan meningkatnya dana pemerintah pusat, khususnya untuk Askeskin dan kesehatan keluarga. Sejak tahun 2004 terjadi peningkatan dana kesehatan dari pemerintah pusat.



Gambar 1.1.2 Komparasi Sumber Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Tahun 1998-2006

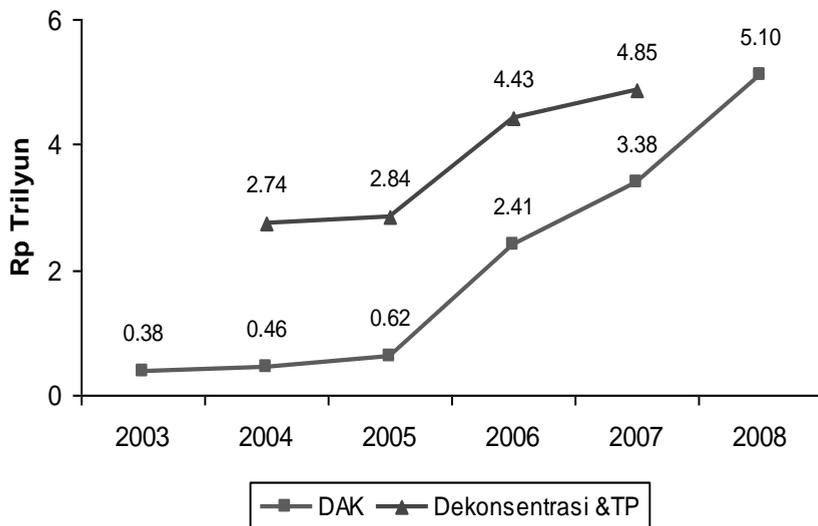
Sebagian dana pemerintah pusat disalurkan ke pemda melalui dana dekonsentrasi. Pada praktiknya penggunaan model dana dekonsentrasi sebagai cara penyaluran ke daerah dapat berakibat negatif. Ada kesulitan untuk mencapai sasaran yang direncanakan. Berdasarkan mekanisme, dana dekonsentrasi dari pemerintah pusat sampai ke propinsi. Dari level propinsi, dana akan diteruskan ke kabupaten/kota atau ke kegiatan-kegiatan. Penyaluran ini sering mempunyai masalah antara lain: sempitnya waktu untuk membelanjakan dan melaporkan, kekurangsiapan Pemegang Uang Muka Cabang (PUMC), dan berbagai sebab lain, akibatnya terjadi penyerapan dana yang rendah.

Penyerapan dana rendah pada tahun 2006 merupakan salah satu masalah besar yang dihadapi oleh anggaran pemerintah pusat. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan terlihat bahwa tidak ada yang dapat menyerap dana lebih dari 95%. Propinsi Irian Jaya Barat

hanya bisa menyerap sebesar 46,3%. Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta sebagai daerah yang berada di pemerintah pusat hanya menyerap 52,5%. Kalimantan Timur menyerap 62,4%. Sulawesi Utara menyerap paling tinggi sebesar 94,8%, disusul oleh Jawa Timur sebesar 91,9%.

Sementara itu, tahun 2007 terjadi apa yang disebut sebagai masalah besar anggaran pemerintah pusat akibat pemotongan berbagai program pemerintah pusat. Pemotongan ini disebabkan berbagai faktor yang kompleks. Salah satu masalah besar adalah kekurangan dana untuk pelayanan gakin. Dikhawatirkan penyerapan anggaran kesehatan pemerintah pusat masih belum membaik. Problem di tahun 2007 terulang di tahun 2008. Akibat tekanan harga minyak, pemerintah pusat kesulitan untuk merealisasikan APBN. Sampai pada bulan April 2008 terjadi stagnasi mekanisme penyaluran dana pemerintah pusat ke daerah. APBN belum efektif.

Perkembangan dana-dana kesehatan yang tergolong desentralisasi yaitu DAK juga meningkat tajam (lihat Gambar 1.1.3). Akan tetapi, di DAK timbul berbagai permasalahan karena adanya pembatasan penggunaan fasilitas fisik dan peralatan. Ketidakcocokan antara apa yang dibutuhkan daerah dengan spesifikasi pusat menjadi titik rawan DAK. Ada kemungkinan anggaran DAK menjadi bahan kolusi dalam pembelian peralatan dengan spesifikasi tertentu di pemerintah pusat.



Sumber data: Bappenas

Gambar 1.1.3 Perkembangan Anggaran DAK Kesehatan Tahun 2003–2008

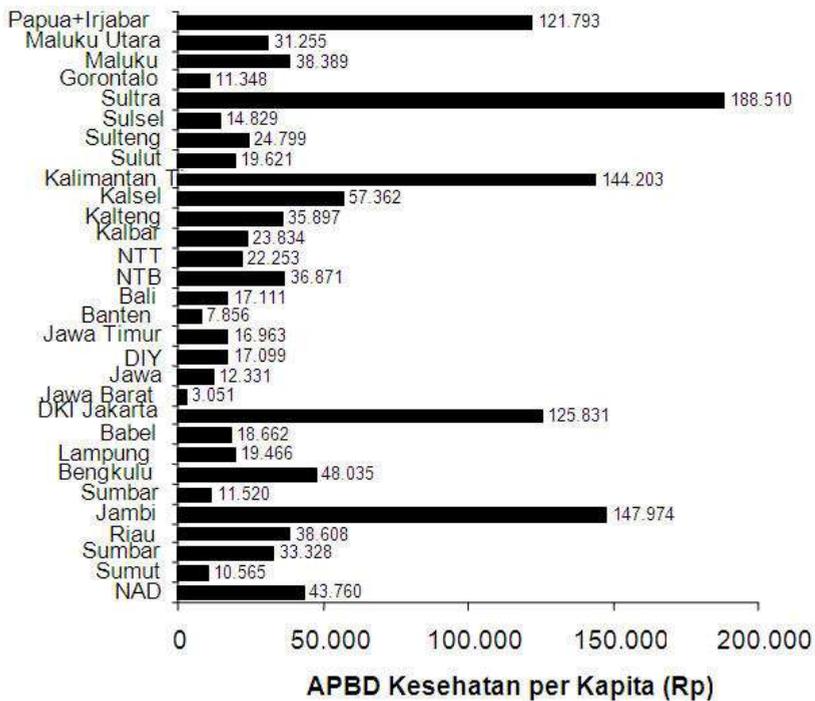
Situasi penganggaran kesehatan di daerah

Desentralisasi pada intinya bertujuan agar sektor kesehatan menjadi urusan rumah tangga daerah. Diharapkan terjadi ownership dan peningkatan APBD untuk kesehatan. Daerah yang mempunyai kemampuan keuangan sebaiknya menganggarkan untuk kesehatan. Namun data dari Bappenas³, menunjukkan hal yang menarik.

Gambar 1.1.4 memperlihatkan bahwa alokasi anggaran kesehatan oleh daerah menunjukkan hal yang *random*. Pengeluaran APBD tertinggi per kapita justru dilakukan oleh propinsi yang termasuk miskin yaitu Sulawesi Tenggara. Anggaran kesehatan per

³ Arum Atmawikarta. (2007), Pengalaman 7 Tahun Desentralisasi Kesehatan; Bagaimana Arah Ke Depan?, Seminar disajikan di Bali, 9 Agustus 2007

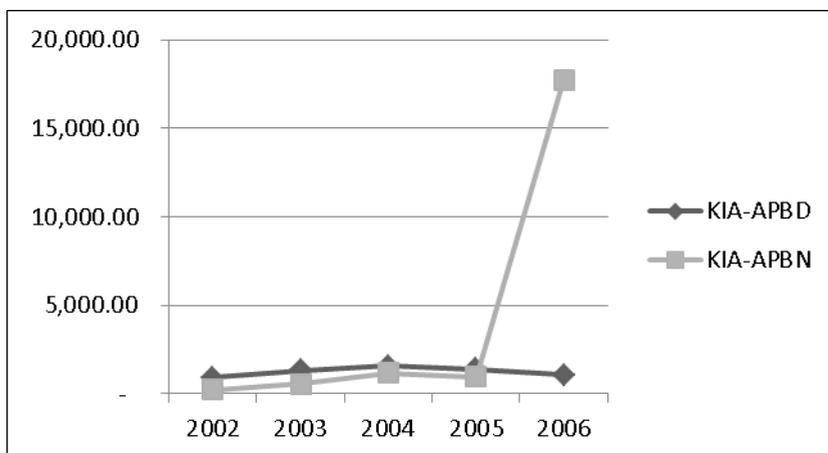
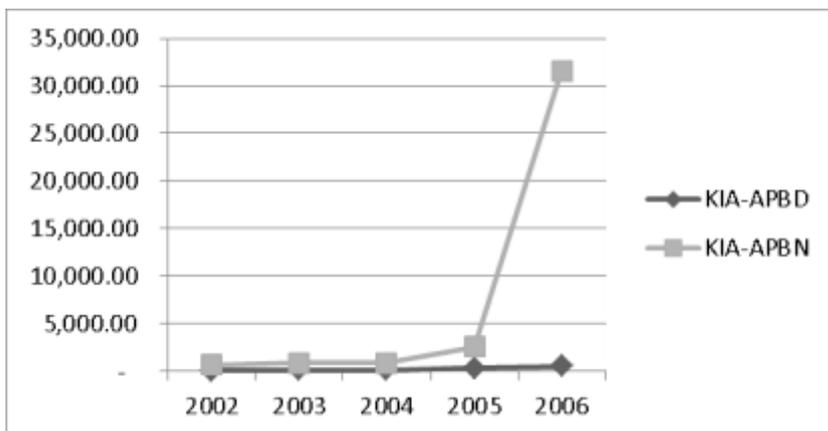
kapita di APBD propinsi ini melebihi anggaran propinsi kaya seperti Kalimantan Timur, Bali, dan Riau yang jumlah penduduknya juga kecil. Propinsi-propinsi besar di Jawa terlihat sangat kecil karena jumlah penduduknya sangat besar. Namun, Jawa Barat menunjukkan anggaran per kapita yang sangat rendah. Perbedaan anggaran per kapita ini tidak mempunyai pola yang jelas dan lebih bersifat *random*. Keadaan ini memperlihatkan kecilnya APBD untuk sektor kesehatan.



Sumber data: Bappenas 2006

Gambar 1.1.4 Anggaran Kesehatan dari APBD Per Kapita

Gambar 1.1.5 dari KIA berikut menunjukkan hal serupa.



**Gambar 1.1.5 Perbandingan Anggaran KIA di 7 Propinsi DHS
(Dalam Juta Rupiah)**

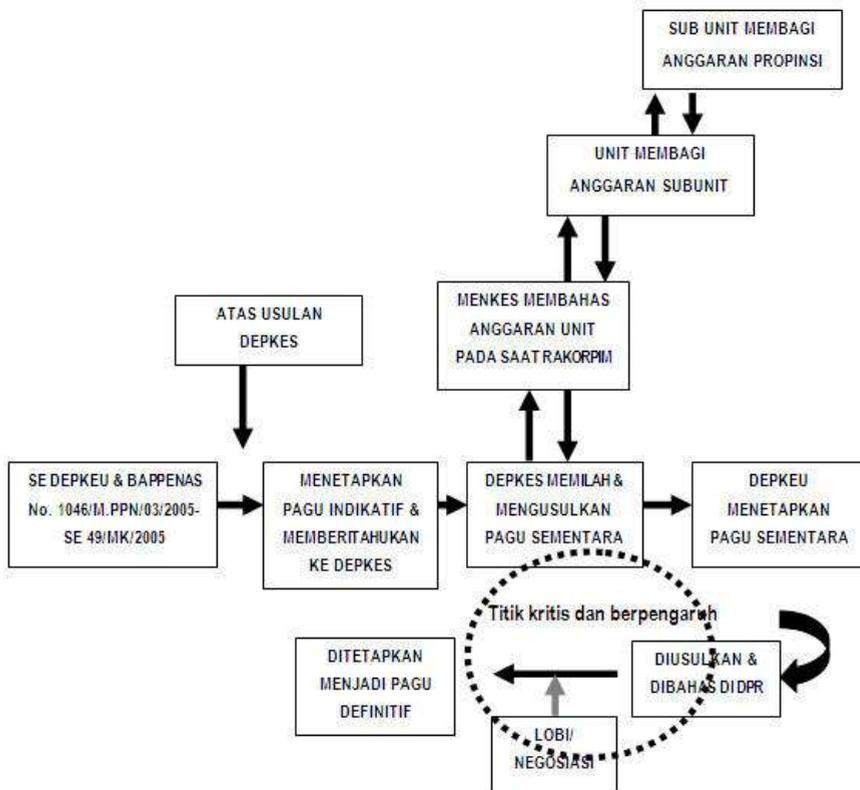
Data menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pola APBD antara propinsi “kaya” (kapasitas fiskal tinggi) dengan propinsi “miskin” (kapasitas fiskal rendah). Sebagian besar dana untuk pelayanan kesehatan keluarga dibiayai oleh pemerintah pusat. Di propinsi kaya bahkan terjadi kesan penurunan. Pada tahun 2002-2004 terjadi kenaikan APBD untuk KIA, sementara itu pada tahun 2004-2006 terjadi penurunan. Logikanya, propinsi-propinsi yang tergolong

“kaya” akan membelanjakan lebih untuk pelayanan kesehatan sebagai urusan rumah tangganya.

Situasi proses alokasi anggaran

Hal menarik terkait dengan desentralisasi fiskal di sektor kesehatan adalah mengenai teknik alokasi anggaran di Departemen Kesehatan. Penelitian Marhaeni⁴ menyebutkan bahwa selama ini alokasi anggaran pusat dilakukan atas dasar: 1) *hystorical budget*; 2) usulan yang disampaikan daerah; atau 3) perhitungan kebutuhan daerah menurut jumlah penduduk. Tahun 2006 belum ada kriteria yang jelas dalam menentukan alokasi anggaran dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan di berbagai program. Variabel yang diduga dominan adalah adanya *political approach* seperti negosiasi dan lobi. Pokok permasalahan yang ditemukan adalah bahwa Departemen Kesehatan belum mempunyai formulasi anggaran untuk alokasi dana dari pemerintah pusat dalam bentuk dana dekonsentrasi, tugas pembantuan dan dana sektoral. Keadaan ini dapat menimbulkan kemungkinan ketidakadilan dalam alokasi anggaran dari pemerintah pusat. Dengan tidak adanya formulasi alokasi anggaran, maka ada kemungkinan proses penganggaran dana APBN dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan non-teknis seperti yang terdapat gambar berikut.

⁴ Marhaeni D.(2008). Evaluasi Kebijakan Transfer Anggaran Kesehatan Tahun 2006-2007. Disertasi S3, UGM, Yogyakarta



Sumber: Marhaeni, 2008⁹

Gambar 1.1.6 Proses Penganggaran Dana APBN

Dalam konteks titik kritis, pertimbangan non-teknis dapat mempengaruhi proses perencanaan. Dalam hal ini aspek politik mempunyai pengaruh besar. DPR mempunyai peran besar dalam penetapan pagu indikatif terutama dalam anggaran rumahsakit.

Lebih lanjut, Marhaeni⁹ menyatakan bahwa alokasi anggaran untuk lima program pusat mempunyai variasi sebagai berikut. Program kesehatan ibu menggunakan proses penganggaran yang tidak

ada hubungannya dengan indikator *fiscal capacity*, jumlah penduduk, penduduk miskin, luas wilayah, jumlah dokter, jumlah puskesmas, dan jumlah rumahsakit. Tidak ada perbedaan atau pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Tahun 2006 program kesehatan ibu belum mempunyai kriteria dalam alokasi anggaran

Program TBC tidak mempunyai teknik untuk pembobotan daerah dengan *fiscal capacity* tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 berdasarkan *hystorical budget*. Alokasi anggaran juga dipengaruhi intervensi dari *global fund*. Program rumahsakit tidak melakukan pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 berdasarkan usulan daerah. Intervensi politis DPR besar pada saat penetapan pagu definitif. Terjadi perubahan anggaran sampai 95%. Program obat mempunyai indikator yang berpengaruh adalah jumlah penduduk miskin. Tidak ada perbedaan/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 berdasarkan usulan daerah.

Indikator yang berpengaruh dalam alokasi anggaran adalah jumlah penduduk miskin. Tidak ada perbedaan program gakin/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 sudah berbasis formula yaitu berdasar jumlah penduduk miskin.

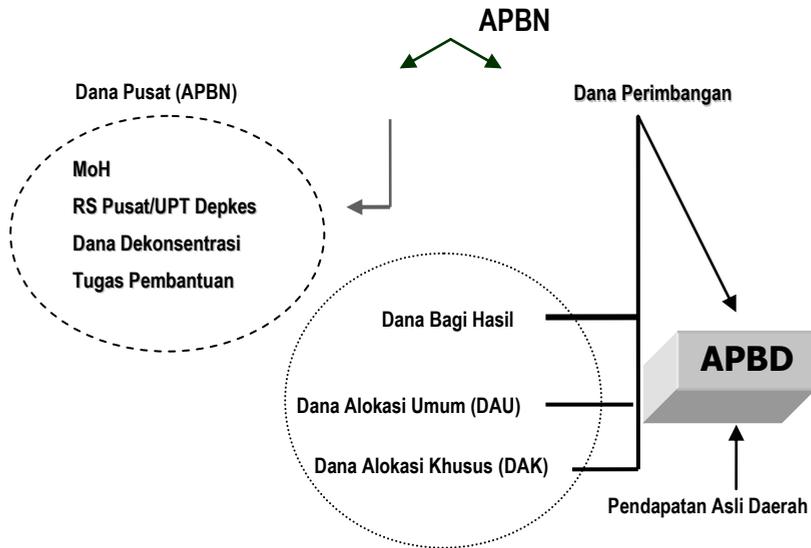
Tabel 1.1.1 Alokasi Anggaran Berbasis Formula untuk Program Gakin

Anggaran	<i>FISCAL Capacity</i>	Populasi	Keluarga Miskin	Ukuran Geografis	Jumlah Dokter	Jumlah Spesialis	Jumlah Pelayanan Kesehatan Masyarakat	Jumlah Rumah Sakit	Prevalensi TB	Ibu Hamil Beresiko Tinggi
<i>MCH</i>	0,211	0,958	0,958	0,011	0,906	0,965	0,894	0,882	-	1,00
<i>TBC</i>	0,267	0,338	0,241	0,458	0,345	0,291	0,316	0,342	0,270	-
<i>Hospital</i>	0,286	0,825	0,847	0,033	0,755	0,819	0,809	0,715	-	-
<i>Pharmaceutical</i>	0,161	0,947	1,00	0,071	0,923	0,947	0,939	0,850	-	-
<i>Poor family</i>	0,160	0,947	1,00	0,078	0,924	0,947	0,939	0,851	-	-

Pembahasan

Dalam pembahasan ini perlu untuk memahami: (1) desentralisasi wewenang, dan (2) desentralisasi fiskal. Berdasarkan undang-undang, desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang dari pemerintah kepada gubernur sebagai wakil pemerintah. Tugas pembantuan adalah penugasan dari pemerintah kepada daerah dan/atau desa atau sebutan lain dengan kewajiban melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaannya kepada yang menugaskan.

Desentralisasi fiskal diselenggarakan bersamaan dengan desentralisasi wewenang. Oleh karena itu, UU No.32/2004 diikuti dengan UU No.33/2004. Pertanyaan yang menarik untuk diajukan adalah apakah desentralisasi wewenang (fungsi) diikuti atau dilakukan bersamaan dengan desentralisasi fiskal. Dalam hal ini desentralisasi pembiayaan ditentukan oleh jenis mekanisme anggaran: Apakah melalui mekanisme dana dekonsentrasi, dana tugas pembantuan ataukah DAU dan DAK? Oleh karena itu, diperlukan pembahasan untuk memahami mekanisme dana dari pemerintah pusat ke daerah. Sesuai UU No.32/2004 dan UU No.33/2004, secara garis besar arus dana dapat dilihat pada Gambar 1.1.7.



Gambar 1.1.7 Mekanisme Penyaluran Dana Pemerintah Pusat

Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara yang disetujui oleh DPR. Dana pemerintah pusat tersalurkan menjadi dua yaitu menjadi APBN dan menjadi APBD. Dana APBN meliputi dana untuk: (1) Departemen Kesehatan dan Unit Pelaksana Teknis (UPT) pusat di daerah; dana dekonsentrasi; dan (3) dana tugas pembantuan. Dana dekonsentrasi adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi. Dana ini tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah. Dana tugas pembantuan adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh daerah yang mencakup

semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan tugas pembantuan.

APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemda dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah (perda). Pendapatan daerah bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) yaitu pendapatan yang diperoleh daerah yang dipungut berdasarkan perda sesuai dengan peraturan perundang-undangan, dana perimbangan, dan lain-lain pendapatan.

Dana perimbangan adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Dana perimbangan bertujuan mengurangi kesenjangan fiskal antara pemerintah dan pemerintahan daerah dan antar pemda. Dana perimbangan terdiri atas: 1) dana bagi hasil yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah berdasarkan angka persentase untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. 2) DAU yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. 3) DAK yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.

Peranan dana dekonsentrasi

Menarik bahwa dalam periode tahun 2004–2007 terjadi semacam sentralisasi anggaran dalam suasana desentralisasi fungsi. Hal ini terlihat dari kenaikan anggaran pemerintah pusat. Namun dalam kenaikan anggaran tersebut ada ketidakjelasan mengenai definisi operasional dana dekonsentrasi di sektor kesehatan. Di lapangan ada istilah “dekon-dekonan”, yang menunjukkan suatu keadaan yang tidak ideal. Situasi ini merujuk bahwa dalam era desentralisasi ini masih berlaku model dana sektoral dari pemerintah pusat.

UU No.33/2004 Pasal 87 menyatakan bahwa dana dekonsentrasi adalah pendanaan dalam rangka dekonsentrasi dilaksanakan setelah adanya pelimpahan wewenang pemerintah melalui kementerian negara/lembaga kepada gubernur sebagai wakil pemerintah di daerah. Pelaksanaan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada kalimat di atas didanai oleh pemerintah. Pendanaan oleh pemerintah sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan wewenang yang dilimpahkan. Kegiatan dekonsentrasi di daerah dilaksanakan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang ditetapkan oleh gubernur. Gubernur memberitahukan rencana kerja dan anggaran kementerian negara/lembaga yang berkaitan dengan kegiatan dekonsentrasi di daerah kepada DPRD. Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberitahukan kepada DPRD pada saat pembahasan RAPBD. Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dialokasikan untuk kegiatan yang bersifat non fisik.

Dalam konteks pelimpahan wewenang yang masih membingungkan di kurun waktu tahun 2000-2007 (pengaruh tidak jelas dari PP No.25/2000), dapat dipahami bahwa kegiatan apa yang harus didanai oleh pemerintah pusat di daerah juga belum jelas. Akibatnya terjadi suatu sentralisasi pembiayaan dengan peningkatan dana dekonsentrasi yang masih belum jelas sifatnya. Sentralisasi peningkatan dana dekonsentrasi ini sebenarnya tidak masalah dalam konteks desentralisasi. Namun yang terjadi adalah dana dari pemerintah pusat dan keputusan tentang menu kegiatan ditentukan oleh pusat. Hal ini dirasakan oleh beberapa daerah dalam kasus kegiatan kesehatan ibu.

Gambaran penelitian oleh Marhaeni⁹ menyimpulkan keadaan serupa. Keputusan untuk menu kegiatan kesehatan ibu berada di pemerintah pusat, bukan di propinsi dan kabupaten. Dengan model seperti sekarang ini jelas bahwa terjadi sentralisasi pembiayaan dengan *decision space* yang sempit di propinsi dan kabupaten. Sebagai catatan dana dekonsentrasi seharusnya dikurangi seperti yang tercantum dalam UU No.32/2004 Pasal 108.

Pasal 108

Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan yang merupakan bagian dari anggaran kementerian negara/lembaga yang digunakan untuk melaksanakan urusan yang menurut peraturan perundang-undangan menjadi urusan daerah, secara bertahap dialihkan menjadi Dana Alokasi Khusus.

Pengalihan secara bertahap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah.

Penjelasan mengenai dana dekonsentrasi baru muncul pada PP No.07/2008. Hal ini menunjukkan bahwa dasar hukum dana dekonsentrasi memang masih baru. Keluarnya peraturan pemerintah yang jauh dari undang-undangnya (selang hampir empat tahun) menunjukkan bahwa dana dekonsentrasi memang belum jelas pelaksanaannya pada tahun 2004-2007.

Peranan DAK

Dalam konteks desentralisasi memang ada harapan untuk memindahkan model mekanisme penganggaran dari dana dekonsentrasi ke DAK seperti yang ditentukan oleh UU No.33/2004 Pasal 108. Namun DAK “terkunci” karena tidak dapat dipakai untuk operasional berdasarkan peraturan pemerintah. Akibatnya terjadi sentralisasi penganggaran yang sebenarnya bertentangan dengan UU No.33/2004.

Problem lain dengan DAK yaitu terjadi pembelian yang “dipengaruhi oleh pusat”. Proses penyusunan anggaran berdasarkan UU No.17/2007 memungkinkan terjadinya duplikasi peran dalam menentukan spesifikasi atau kriteria teknis perencanaan. Peran DPR dalam hal ini cukup besar, meskipun DAK sudah mempunyai formula, tetapi DPR masih mampu melakukan negosiasi terutama di tahun-tahun awal pelaksanaan DAK, DPR menentukan ”*spec*” untuk pembelian mobil puskesmas keliling. Kemungkinan besar arti ”khusus dalam DAK” dikonotasikan adanya lobi dan negosiasi dengan pihak DPR.

Mengapa terjadi situasi seperti ini? Pasal 38 tentang DAK menyatakan bahwa besarnya DAK ditetapkan setiap tahun dalam APBN. Pasal 39 menyatakan bahwa DAK dialokasikan kepada daerah tertentu untuk mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah. Kegiatan khusus sebagaimana dimaksud sesuai dengan fungsi yang telah ditetapkan dalam APBN. Pasal 40 menyatakan bahwa pemerintah menetapkan kriteria DAK yang meliputi kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis. Kriteria umum ditetapkan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah dalam APBD. Kriteria khusus ditetapkan dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan dan karakteristik daerah. Kriteria teknis ditetapkan oleh kementerian negara/departemen teknis.

Hal penting mengenai DAK adalah bahwa daerah penerima DAK wajib menyediakan dana pendamping sekurang-kurangnya 10% dari alokasi DAK. Dana pendamping dianggarkan dalam APBD. Daerah dengan kemampuan fiskal tertentu tidak diwajibkan menyediakan dana pendamping. Bagi beberapa daerah adanya ketentuan ini tentunya kurang menarik. Pasal 42 menyatakan hal yang saat ini masih menjadi problem karena ketentuan lebih lanjut mengenai DAK diatur dalam peraturan pemerintah yang terbatas pada fisik dan peralatan. Di samping itu, ada kenyataan bahwa sisa anggaran DAK masuk ke APBD sehingga insentif membelanjakan tidak banyak. Dapat disebutkan bahwa peranan DAK dalam menyeimbangkan anggaran masih kurang efektif.

Peranan formula dalam alokasi anggaran pemerintah pusat

Penelitian oleh Trisnantoro dan Harbianto, menyebutkan bahwa terjadi perbedaan *fiscal capacity* dan kemampuan masyarakat pascakesehatan. Perbedaan kemampuan fiskal antar daerah dan kemampuan ekonomi masyarakat seharusnya diperhitungkan dalam alokasi anggaran. Namun perbedaan fiskal dan kemampuan daerah tidak dipergunakan. Alokasi anggaran sektor kesehatan di pusat dialokasikan ke daerah terutama berbasis pada *need based approach*. Secara praktis daerah yang kaya seperti Kalimantan Timur atau Riau mendapat alokasi dengan bobot sama dengan di NTT yang miskin. Hal ini terlihat dari data bahwa alokasi anggaran tahun 2006 untuk program kesehatan ibu, *tuberculosis* (TBC), rumahsakit, obat, dan gakin di propinsi nampak belum memenuhi kriteria *equity* dan *equality*. Tidak ada perbedaan/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah.

Dalam konteks desentralisasi, maka terlihat bahwa mekanisme anggaran pemerintah pusat belum dapat menyeimbangkan perbedaan keuangan antar daerah khususnya di sektor kesehatan. Di samping itu, dengan tidak adanya formula yang jelas, maka proses penganggaran mempunyai kemungkinan dapat lebih dipengaruhi oleh hal-hal yang bersifat non teknis. Menimbulkan ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan. Daerah kaya mendapat porsi yang sama dengan yang miskin.

Peranan pemda dalam pendanaan kesehatan

Rendahnya pengeluaran kesehatan oleh APBD dan bertumpu pada APBN (dana dekonsentrasi) pada tahun 2004-2007 menunjukkan gejala tidak adanya *ownership* pemda tentang program kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah propinsi dan kabupaten (termasuk daerah yang kaya) merasa bahwa pelayanan kesehatan, terutama yang bersifat "*public goods*" seperti kesehatan keluarga, program TB, juga program-program seperti *surveilans* merupakan urusan pemerintah pusat. Dengan dana pemerintah pusat yang tinggi, daerah yang kaya tidak memberikan anggaran kesehatan. Akibatnya timbul semacam ketergantungan ke pemerintah pusat. Sebagaimana terlihat pada program KIA.

Ada beberapa implikasi dari situasi ini, yaitu pertama, memperbesar kemungkinan tidak sinkronnya perencanaan pusat dan daerah. Jika dilihat, banyak daerah kaya yang tidak dapat menyerap anggaran pada tahun 2006. Salah satu problem penyerapan adalah bagaimana koordinasi perencanaan dan pelaksanaan program dari dua sumber yang berbeda. Perbedaan ini termasuk *timing* perencanaan dan cara bekerjanya. Sebagai catatan pada tahun 2006 Pemda sudah menggunakan anggaran berbasis kinerja, sementara pemerintah pusat belum menggunakannya.

Kedua, masalah kelangsungan (*sustainability*) program, terutama kegiatan pemerintah pusat yang dibiayai oleh dana luar negeri. Dalam hal ini program yang rentan adalah pemberantasan penyakit menular, seperti program TB yang banyak didanai oleh *Global Fund* dan dana-dana asing. Pemerintah dan pemda yang

mempunyai dana merasa tidak perlu untuk memberi dana bagi pelayanan kesehatan yang bersifat kesehatan masyarakat. Hal ini berbeda dengan pelayanan kesehatan kuratif yang untuk masyarakat miskin. Berbagai daerah berusaha keras memberikan dana pendamping atau dana lebih baik untuk dana Askeskin pemerintah pusat.

Peranan standar pelayanan minimal

Salah satu hal penting dalam alokasi anggaran adalah dipergunakannya prinsip standar pelayanan minimal (SPM). Namun bagaimana dengan SPM? Selama tahun 2000-2007 belum berperan sama sekali karena memang definisi operasional SPM di sektor kesehatan belum ada kesepakatan. Mengapa hal ini terjadi? Berbagai ahli kesehatan masyarakat, lembaga-lembaga donor kesehatan seperti USAID, konsultan internasional dan pimpinan Departemen Kesehatan mempunyai pemahaman bervariasi mengenai SPM.

Perbedaan ini sudah ada sejak tahun 2003. Sumber perbedaan memang banyak, antara lain: perbedaan pendapat mengenai apakah SPM merupakan *essential public health function* atau bukan. Ada yang berpendapat bahwa indikator SPM tidak boleh merupakan *input* kegiatan, harus proses atau *output*. Ada yang sebaliknya. Ada yang berpendapat bahwa SPM tidak terkait dengan pembiayaan pusat. Ada yang berpendapat bahwa jumlah indikator saat ini sudah terlalu banyak, sementara ada yang menyatakan sebaliknya.

Dalam melihat perbedaan-perbedaan tersebut perlu ada pegangan yang tegas. Pegangan terbaik adalah mengacu ke tujuan

SPM untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan antar daerah. Tujuan ini secara hukum sudah diatur oleh PP No.65/2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM. Pasal 3 ayat 1 menyatakan bahwa SPM disusun sebagai alat pemerintah dan pemda untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib. Hal ini berarti tersedianya sumber dana pemerintah pusat sebagai penjamin terakhir (lihat PP No.65/2005 Pasal 7 dan 16). Di samping itu, penyusunan SPM sangat dipengaruhi oleh keberadaan sistem informasi dan datanya (PP No.65/2005 Pasal 7). Secara lengkap isi kedua dasar tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

Pasal 7

Ayat 1.

Dalam penyusunan SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Pasal 5, dan Pasal 6, Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

Keberadaan Sistem Informasi, pelaporan dan evaluasi penyelenggara Pemda yang menjamin penerapan SPM dapat dipantau dan dievaluasi oleh pemerintah secara berkelanjutan

Kemampuan keuangan nasional dan daerah serta kemampuan kelembagaan dan personel daerah dalam bidang yang bersangkutan.

Pasal 16

Pemerintah wajib mendukung pengembangan kapasitas Pemda yang belum mampu mencapai SPM

Pemerintah dapat melimpahkan tanggung jawab pengembangan kapasitas Pemerintahan Daerah

Kabupaten/Kota yang belum mampu mencapai SPM kepada Gubernur sebagai Wakil Pemerintah di Daerah

Dukungan pengembangan kapasitas Pemda berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya

Dukungan di atas mempertimbangkan kemampuan kelembagaan, personel, dan keuangan negara serta keuangan daerah.

Sampai tahun 2007 SPM yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan tidak mempertimbangkan kedua hal penting tersebut. Akibatnya terjadi daftar yang sangat panjang dan data yang sulit dikelola oleh sistem informasi. Disarankan agar: (1) ada perbedaan antara program-program direktorat di Departemen Kesehatan dengan SPM. Satu SPM mempunyai kemungkinan ditangani oleh banyak direktorat atau bahkan pihak swasta dan masyarakat; (2) daftar SPM saat ini sebaiknya dikaji ulang atas dua kriteria tersedianya data dan sistem informasinya, serta tersedianya anggaran pemerintah pusat; dan (3) untuk program yang berada dalam daftar essential public health function, namun tidak masuk dalam SPM diharapkan tetap menjadi program penting yang harus dikerjakan oleh pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten. Dapat disimpulkan bahwa peran SPM sampai tahun 2007 masih belum ada untuk mengurangi dampak akibat kesenjangan kemampuan fiskal antar daerah di Indonesia.

Bagaimana ke depannya?

Reposisi peran pemerintah pusat dan daerah

Desentralisasi fiskal perlu ditekankan kembali. Desentralisasi fiskal di sektor kesehatan berarti pemindahan kekuasaan untuk

mengumpulkan dan mengelola sumber daya keuangan fiskal dari pemerintah pusat ke pemda. Perlu ada suatu reposisi peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan kesehatan. Pemerintah perlu mendukung berbagai daerah yang terbukti tidak mampu atau sulit mencapai SPM yang ditetapkan oleh negara. Sementara itu, bagi daerah yang mempunyai kekuatan fiskal tinggi dan masyarakatnya mampu, pemerintah pusat diharapkan lebih membantu dalam hal pembinaan teknis atau dukungan peraturan yang dibutuhkan.

Secara praktis, dalam jangka pendek harus dapat mencari formula alokasi anggaran yang lebih mencerminkan pemerataan daerah. Hal ini diyakini oleh Biro Perencanaan⁵, yang merencanakan untuk memberikan insentif dan disinsentif bagi pemda yang memberikan atau tidak memberikan anggaran kesehatan sesuai dengan kemampuan fiskalnya.

Tabel 1.1.2 Matriks Kemampuan Fiskal

Pemerintah daerah	Daerah dengan kekuatan fiskal tinggi	Daerah dengan kekuatan fiskal rendah
Anggaran pemda untuk kesehatan tinggi	<i>Capacity building</i> Pengendalian	Peningkatan APBN sebagai <i>reward</i> <i>Capacity building</i>
Anggaran pemda untuk kesehatan rendah	Perlu dilakukan advokasi	Peningkatan alokasi APBN dan pendampingan pendampingan

Di samping itu, (untuk sementara) dana dekonsentrasi yang ada perlu dialokasikan secara lebih baik dengan menggunakan formula yang lebih tepat. Walaupun dana dekonsentrasi diharapkan daerah mempunyai kewenangan untuk membuat menu kegiatan,

⁵ Budiharja (2007), Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan, Makalah disajikan di Banjarmasin, 29 Mei 2007

perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, namun perlu ada perencanaan yang lebih *bottom-up*. Dana dekonsentrasi menurut Departemen Kesehatan perlu memperhatikan kriteria umum dan kriteria khusus dalam alokasinya.

Jangka menengah perubahan ke Dana Alokasi Khusus

Pengalihan dana dekonsentrasi ke DAK memerlukan perubahan aturan DAK. Dalam hal ini dana dekonsentrasi memang sebaiknya harus dipindahkan ke DAK. Hal ini ditekankan oleh berbagai ahli⁶. Akan tetapi, hal ini harus disertai dengan perubahan aturan mengenai penggunaan DAK. Strategi ini membutuhkan usaha keras untuk merubah peraturan pemerintah tentang DAK. Perubahan kebijakan dan regulasi DAK perlu dilakukan agar dapat digunakan untuk fisik dan non fisik (operasional). Dalam perubahan ini perlu dilakukan formulasi anggaran DAK, yaitu bagaimana teknik alokasi dana pemerintah pusat? Pusat menetapkan alokasi propinsi dan kabupaten/kota di bidang kesehatan. Formulasi yang digunakan sebaiknya memenuhi kriteria *equity* dan *equality*. Tanpa ada formula, maka kemungkinan adanya tekanan-tekanan non teknis dari berbagai pihak dalam proses alokasi anggaran.

Mengurangi kepentingan “politik” dalam penganggaran

Secara garis besar dapat disebutkan bahwa walaupun mungkin ada perbaikan mekanisme dana dekonsentrasi ataupun DAK, namun

⁶ Gani A. (2007), World Bank Meeting, In Bandung.

masih belum menjamin tetap terjaganya semangat desentralisasi. Tekanan untuk menetapkan menu oleh pemerintah pusat atau DPR dapat menimbulkan suasana sentralisasi dalam mekanisme alokasi dan penyaluran anggaran pemerintah pusat dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi secara hukum. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan dalam proses alokasi anggaran yang lebih memperkuat aspek rasionalitas teknis dibanding pengaruh “tekanan politik” berbagai pihak.

Memikirkan kembali dan melaksanakan reformasi

Saat ini kata reformasi sudah menjadi kata tidak menarik di Indonesia akibat kebuntuan reformasi politik. Namun dalam konteks pendanaan di sektor kesehatan, kata *reform* perlu dihidupkan kembali. Berbagai harapan di masa mendatang ini menggarisbawahi perlunya kembali ada suatu reformasi dalam aspek pembiayaan dan pembayaran bagi tenaga kesehatan. Sebagai gambaran, di sebuah propinsi yang relatif kaya terjadi kekhawatiran bahwa peningkatan sumber dana kesehatan dari APBD tidak dapat terserap karena kurangnya pegawai negeri yang dapat melakukannya. Hal ini menarik karena berarti secara operasional tidak mungkin ada penambahan pekerjaan karena keterbatasan tenaga, dan walaupun ada, akan ada penambahan tugas tanpa penambahan insentif. Situasi ini membutuhkan reformasi, misalnya ada inovasi untuk mengkontrakkan kegiatan ke pihak ketiga (lembaga swadaya masyarakat atau LSM atau perusahaan), dan memperbaiki sistem pengupahan pegawai negeri

agar ada insentif untuk meningkatkan kinerja. Tanpa ada reformasi sistem ini, reposisi pemerintah pusat dan daerah akan sulit terjadi.

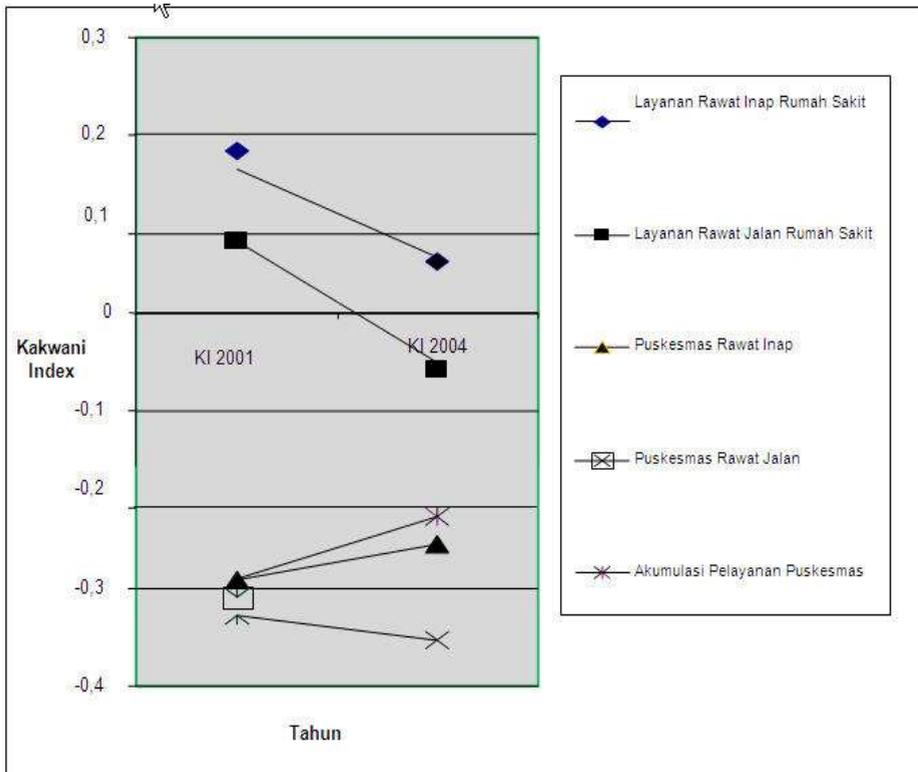
BAB 1.2

Program Askeskin: Semakin Diperlukannya Kerja Sama antara Pemerintah Pusat dan Daerah

Ali Ghufron Mukti, Laksono Trisnantoro, Julita Hendrartini

Pengantar

Salah satu kebijakan pemerintah yang menarik untuk dibahas dalam konteks desentralisasi adalah pemberian jaminan untuk gakin yang dikenal dengan Askeskin. Program Askeskin merupakan program yang sangat strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya gakin. Program ini telah dirintis sejak Indonesia mengalami krisis multi dimensi sekitar tahun 1997 yang dikenal dengan program Jaring Pengaman Kesehatan Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK). Pengaruh program jaminan pada gakin sejak diluncurkan memang positif. Data penelitian *equitap* (menggunakan data sebelum adanya program Askeskin oleh kabinet sekarang) menunjukkan pengaruh yang positif dalam peningkatan akses dan utilisasi. Data menunjukkan bahwa program JPSBK yang diluncurkan sejak tahun 1999, memberikan pengaruh positif, seperti yang terlihat dalam Gambar 1.2.1.



Gambar 1.2.1 Dampak JPSBK terhadap Kakwani Indeks

Data Susenas dari tahun 2001 sampai tahun 2004 dibandingkan. Gambar 1.2.1 menunjukkan bahwa Kakwani Indeks menunjukkan perbaikan. Penggunaan rumahsakit dan pelayanan kesehatan lainnya oleh masyarakat miskin semakin meningkat. Hal ini diperkuat pada tahun-tahun sesudahnya. Mulai tahun 2005 pemerintah semakin berpihak dan tegas dalam peningkatan komitmen, pendanaan dan pengelolaan kesehatan masyarakat miskin. Dampaknya sangat jelas yaitu tingkat hunian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*) kelas tiga di banyak rumahsakit mencapai 100%. Pemanfaatan

layanan kesehatan oleh masyarakat miskin dan tidak mampu meningkat tajam mencapai lebih dari 392% dari 1,4 juta pada tahun 2005 menjadi 6,5 juta pada tahun 2007. Rawat inap meningkat 432% dari 562.167 pada tahun 2005 menjadi 2.431.139 pada tahun 2007⁷. Dengan demikian, program yang sangat menyentuh masyarakat miskin dan tidak mampu ini patut dan sudah selayaknya dilanjutkan.

Meskipun program ini strategis dan dampaknya amat dirasakan masyarakat lapisan bawah, akan tetapi dari aspek dataran implementasi di lapangan dan manajemen operasional masih banyak mengalami kendala dan masalah yang cukup kompleks seperti yang banyak dibaca di berbagai media ataupun seminar. Masalah tersebut dapat diklasifikasikan dari sisi sudut pandang berbagai pihak dan aspek. Aspek yang dimaksud meliputi masyarakat miskin, rumahsakit, PT. Askes Indonesia, pemerintah pusat dan pemda.

Permasalahan yang terkait dengan aspek masyarakat miskin meliputi kriteria dan proses penetapan masyarakat miskin, sehingga masalah data masyarakat miskin selalu muncul. Banyak kartu lain yang beredar seperti kartu Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Bantuan Langsung Tunai (BLT), Kartu Beras Miskin (Raskin), dan lain-lain. Sebagian mereka memiliki jarak tempat tinggal ke unit pelayanan yang relatif jauh sehingga memiliki juga masalah biaya transport. Masyarakat miskin untuk memenuhi kebutuhan hidup banyak tergantung upah harian atau mingguan atau ladang dan pertanian, sehingga jika sakit dan berobat harus meninggalkan

⁷ Mukti AG. (2008). Alternatif Pengelolaan Askeskin 2008. Workshop oleh Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI. Jakarta.

pekerjaan yang sangat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan hidupnya. Masih banyak di antara mereka yang merasa mendapatkan diskriminasi pelayanan dibanding mereka yang membayar. Masalah lain yang menonjol adalah kurangnya sosialisasi sehingga banyak masyarakat miskin yang tidak mengetahui hak dan kewajiban dalam Askeskin.

Dalam hal aspek rumahsakit terdapat berbagai masalah. Pembayaran klaim ke rumahsakit sering mundur sampai berbulan-bulan. Terganggunya alur kas ini menimbulkan berbagai rentetan masalah lain. Rumah sakit harus menanggung obat yang di luar formularium. Rumahsakit harus mengurus banyak masalah administrasi gakin daripada layanan medis. Bahkan beberapa rumahsakit terpaksa berperan ganda harus menelusuri apakah betul pasien yang datang memang benar-benar miskin.

Di samping itu, sistem informasi yang digunakan rumahsakit dan PT. Askes Indonesia berbeda, sehingga rumahsakit harus melakukan dua kali pekerjaan *entry data* pasien. Banyak rumahsakit belum memiliki *standard operating procedure minimal* dalam pemberian layanan masyarakat miskin. Sebagian staf di rumahsakit termasuk dokter belum memahami benar apa yang dijamin dan yang tidak dijamin dalam pemberian layanan kesehatan. Organisasi rumahsakit merasa belum diajak duduk bersama dalam forum komunikasi pengelolaan layanan kesehatan masyarakat miskin.

Pada sisi PT. Askes Indonesia ada berbagai permasalahan. Tugas dan fungsi PT. Askes Indonesia oleh banyak pihak dirasa kurang jelas. Apakah sebagai *risk taker* atau hanya administrator.

Good governance dalam administrasi kurang berjalan optimal. Hubungan PT. Askes Indonesia dan dinas kesehatan masih belum jelas dan kurang terkoordinasi terutama di daerah-daerah yang menyelenggarakan sistem jaminan kesehatan bagi masyarakat.

Beban PT. Askes Indonesia terlihat terlalu tinggi untuk menangani hampir 100 juta orang. Pembayaran klaim ke puskesmas dan rumahsakit mengalami keterlambatan. Sebagian masyarakat masih mempertanyakan sesuai dengan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), terutama pasca putusan Mahkamah Konstitusi (MK) harusnya PT. Askes Indonesia bersifat *non profit* dan daerah dapat mengembangkan penyelenggaraan jaminan dengan perda. Sebagian pihak menanyakan mengapa perseroan terbatas (PT) yang berorientasi *profit* mengelola layanan kesehatan masyarakat miskin. *Judicial review* ke MK ini dipandang sebagai titik kulminasi tarik-menarik antara pusat dan daerah sebagai salah satu penyebab permasalahan jaminan kesehatan termasuk Askeskin. Ditinjau dari aspek politis, teknis medis dan perasuransian seperti *utilization review* dan anti *fraud* (kecurangan) serta prinsip-prinsip *public administration* kadang masih kurang sinkron.

Pada aspek pemerintah pusat masalah umumnya terkait dengan perencanaan, keterbatasan dana, keterlambatan pelaksanaan, terutama distribusi manual pelaksanaan sering terlambat. Pengendalian dan supervisi implementasi di lapangan masih perlu ditingkatkan. Termasuk pula kemampuan menyusun pedoman bagi pemda yang mengembangkan sistem jaminan untuk gakin di luar kuota Badan

Pusat Statistik (BPS), pegawai negeri sipil (PNS) dan masyarakat umum.

Adapun masalah pokok pada pemda bahwa mereka belum banyak difungsikan dan terlibat dalam program Askeskin. Peran, fungsi, tugas, dan pembagian urusan dalam pembiayaan dan jaminan kesehatan sebagaimana diatur dalam PP No.38/2004 dan UU No.32/2004 belum optimal. Sebagian pemda merasa pembiayaan kesehatan masyarakat miskin merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintah pusat. Dapat dikatakan bahwa belum ada rasa kepemilikan pemda akan asuransi kesehatan. Mengapa dapat terjadi situasi seperti ini? Apakah maksud baik dalam Askeskin dan hasil positif dalam peningkatan akses akan terus dapat dipertahankan? Ataukah program Askeskin ini akan semakin tidak baik?

Dalam membahas pertanyaan tersebut perlu untuk melihat latar belakang keputusan pemerintah dalam jaminan kesehatan. Perkembangan sistem jaminan sosial mengalami berbagai periode sampai yang terakhir adalah periode pasca Orde Baru (periode reformasi). Periode ini ditandai dengan kebijakan yang antara lain menggunakan dana kompensasi bahan bakar minyak (BBM). Salah satu hal penting adalah diundangkannya UU No.40/2004 tentang SJSN. Dalam suasana undang-undang baru ini ada kebijakan pemerintah yaitu Kepmenkes No.1241/Menkes/ SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004 mengenai jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikelola melalui PT. Askes Indonesia. Dalam kebijakan pemerintah ini timbul masalah yaitu terdapat konflik antara pusat dan daerah akibat berbagai faktor, termasuk komunikasi

yang buruk. Seperti dikemukakan di depan, konflik ini dibahas di MK dengan keputusan yang masih multitafsir.

Pemerintah Indonesia menetapkan adanya jaminan sosial sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin agar setiap rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang minimal layak menuju terwujudnya kesejahteraan sosial yang berkeadilan bagi seluruh rakyat; merupakan program negara untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat melalui pendekatan sistem; menanggulangi risiko ekonomi karena sakit, pemutusan hubungan kerja (PHK), pensiun, jaminan usia dan risiko lainnya; merupakan cara atau *means*, sekaligus tujuan atau *ends* untuk mewujudkan kesejahteraan.

Program Askeskin merupakan awal dari pelaksanaan SJSN yang memang masih banyak mempunyai permasalahan. Gotawa dan Pardese⁸ menyatakan secara prinsip ada berbagai hal yang sebenarnya perlu diperhatikan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan bagi gakin. Pertama adalah kelompok sasaran perlu dijamin untuk mencapai kepesertaan semesta. Data dan sistem informasi serta sistem identitas penduduk merupakan hal penting. Strategi untuk menjaring kepesertaan tidak perlu ada aturan baku, tergantung prioritas sasaran, namun perlu pentahapan. Pertimbangan manfaat, dana atau risiko sakit, sangat penting untuk diperhatikan. Walaupun demikian, adanya kelompok khusus yang secara politis perlu dimasukkan harus menjadi perhatian.

⁸ Gotawa dan Pardede. (2007), Bagaimana Masa Depan Sistem Pembiayaan dan Asuransi Kesehatan di Indonesia?, Makalah Seminar disajikan di Bali, 8 Agustus 2007

Kedua, pernyataan mengenai manfaat yang perlu diberikan secara komprehensif, ruang lingkup yang jelas secara eksplisit yaitu ada daftar “positif” atau “negatif” yang jelas, dan diperlukan pentingnya proses atau prioritas dalam pengembangan paket manfaat, ketersediaan infrastruktur pemberi layanan dan pemberian pelayanan dan kualitas. Di samping itu, perlu diperhatikan kepesertaan informal; antara “*financial incentive*” versus subsidi pemerintah. Perlu pula diperhatikan bagaimana sinergisme dengan paket manfaat yang ada?

Pengalaman Askeskin menunjukkan berbagai hal yang tidak sesuai dengan harapan. Dalam hal kepesertaan, ada beberapa catatan.¹³ Sistem informasi kependudukan belum memegang peran penting untuk eligibilitas. “*Targeting*” masih merupakan kontroversi antara data pusat atau daerah dan implikasi biaya pada mereka yang berada di luar daftar. “*Comprehensiveness*” manfaat perlu diperhatikan dengan tersedianya pelayanan kesehatan di daerah. Dalam hal penyelenggaraan Askeskin ada beberapa pengalaman dan ada perbedaan antara badan (pusat) dengan delegasi otoritas pada cabang tingkat lokal. Kemampuan “*administrative skill*” dan “*technical skills*” pada tingkat lokal yang masih belum memadai. Minimnya pengendalian biaya dan mutu (implementasi prasyarat “*managed care*”), serta kurangnya estimasi dan proyeksi biaya sebagai bahan perencanaan kebijakan.

Belum adanya budaya baru dalam pemberian pelayanan kesehatan termasuk adanya insentif dan disinsentif untuk jaminan kesehatan, serta belum adanya kontrak kelembagaan untuk

meningkatkan kepatuhan dan kontrak dokter agar individu dokter patuh terhadap standar yang disepakati dalam kontrak. Sementara itu, pengendalian badan penyelenggara cenderung sulit dilakukan. Dalam hal mekanisme pembayaran Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), pembayaran prospektif untuk menjamin efisiensi biaya seperti *Diagnostic Related Groups (DRG's)*, *per diem*, *budget*, *capitation*, dan lain-lain sering sulit dipahami PPK. Belum ada standar pendapatan yang layak untuk PPK yang menjadi dasar penting untuk meningkatkan kepatuhan. Hal ini belum banyak dibahas. Perlunya kebutuhan untuk mencegah pelayanan yang tidak perlu ("*unnecessary service*" atau *moral hazard*) dan belum jelasnya negosiasi besaran biaya oleh PPK.

Pembahasan dalam konteks desentralisasi

Catatan oleh Gotawa dan Pardede¹³ dapat di analisis lebih lanjut dalam konteks pemda dan desentralisasi. Ada tiga hal penting dalam analisis ini: (1) hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam jaminan sosial; (2) peran dinas kesehatan dalam pengawasan; dan (3) pemerataan fasilitas pelayanan.

Hubungan pemerintah pusat dengan daerah

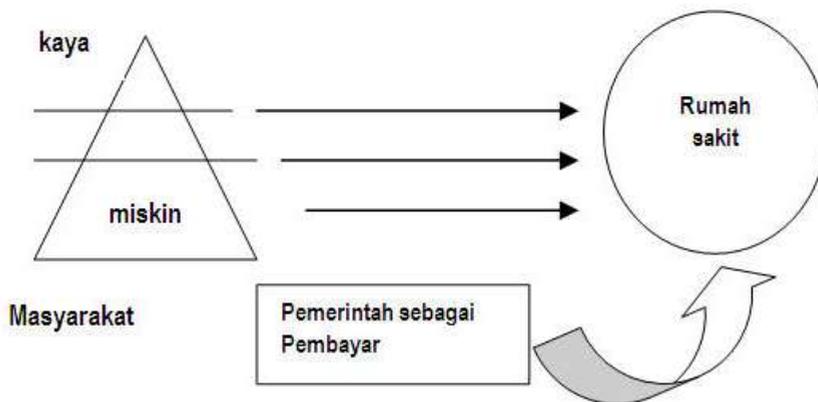
Hal penting pertama adalah komunikasi yang tidak optimal antara pemerintah pusat dan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi. Pengalaman selama 7 tahun desentralisasi menunjukkan bahwa belum dilakukan suatu pembinaan, pemberdayaan dan pelatihan yang sistematis untuk staf dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota agar

mampu menjalankan urusannya dalam konteks desentralisasi dalam jaminan kesehatan. Keadaan ini memang merupakan hal yang terjadi hampir di seluruh aspek di sektor kesehatan⁹. Namun hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam sistem jaminan kesehatan merupakan yang terburuk. Kasus pengkajian UU SJSN di Mahkamah Agung timbul karena situasi saling curiga, komunikasi yang kurang baik mengenai masalah pembagian urusan. Di dalam kasus ini terkesan ada kompetisi mengenai pihak yang akan mengelola dana jaminan kesehatan yang akhirnya menimbulkan konflik.

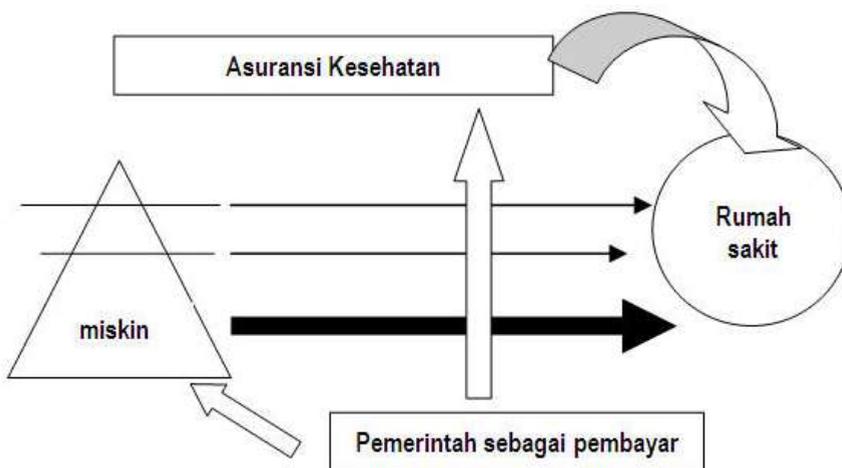
Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No.1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004 yang menugaskan PT. Askes Indonesia Persero dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin merupakan sebuah produk hukum yang melibatkan pemerintah (pusat) dengan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) sebagai lembaga usaha. Secara hukum keputusan ini sah. Dipandang dari konsep sistem kesehatan perubahan mekanisme pengelolaan dana gakin ke PT. Askes Indonesia merupakan sebuah perubahan sistemik. Perubahan sistemik ini sebenarnya sulit dan membutuhkan waktu panjang. Dalam tipologi sistem kesehatan¹⁰ Indonesia berubah dari model subsidi langsung ke pelayanan kesehatan pemerintah menjadi model asuransi kesehatan.

⁹ Kesimpulan ini didapat sebagai hasil pengamatan 4 tahun desentralisasi kesehatan di Indonesia yang dirumuskan di seminar nasional di Makassar, Juni, 2005.

¹⁰ Ravi Annand Ilya. (2005). *Comparative Health System in Asia Pacific*. Equitap



Gambar 1.2.2 Skema Model Subsidi ke Lembaga Pelayanan (Supply)



Gambar 1.2.3 Skema Model Melalui Asuransi Kesehatan Atas Nama Masyarakat Miskin

Masalah klasik dalam penentuan subsidi ke masyarakat miskin adalah siapa yang berhak mendapatkannya? Apakah benar-benar yang miskin? Bagaimana sistem di Indonesia dapat menjamin yang berhak. Ada beberapa hal penting dalam fakta ideologi yang dapat

menjelaskan mengapa ada kesulitan dalam siapa yang berhak mendapatkan subsidi langsung. Pertama, Indonesia bukan negara kesejahteraan (*welfare state*) dalam aspek kesehatan. Indonesia lebih merupakan negara yang berbasis pada mekanisme pasar, dan hanya sekitar 25% sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah. Di negara kesejahteraan sumber pembiayaan dari pemerintah banyak yang berada di atas 80%.

Kedua, konsep jaring pengaman sosial yang berasal dari model negara yang berbasis pasar merupakan sistem reaktif yang dibentuk berdasarkan adanya krisis. Sifat reaktif ini dipengaruhi oleh ideologi politik pemerintah sejak reformasi di tahun 1998 yang bergeser lebih ke arah pemerataan hasil pembangunan karena sifat yang masih baru, dan sampai pada tahun 2005 masih terjadi perbedaan mengenai bagaimana cara menangani masyarakat miskin, apakah subsidi langsung diberikan ke PPK atukah melalui perusahaan asuransi. Pada tahun 2005, terjadi perubahan kebijakan yaitu pelayanan pembayaran puskesmas yang pada Semester I diserahkan pada PT. Askes Indonesia, kembali menggunakan model lama pada Semester II yaitu pelayanan pembayaran tanpa melalui sistem asuransi kesehatan. Puskesmas mendapat dana langsung dari pusat melalui Bank Rakyat Indonesia (BRI).

Ketiga, ideologi pasar merupakan hal penting dalam sendi-sendi kehidupan sektor kesehatan selama puluhan tahun. Keadaan di Indonesia ini berbeda dengan di Malaysia yang mewarisi konsep *welfare state* dari Inggris yaitu pelayanan kesehatan gratis untuk seluruh masyarakat. Meskipun kenyataan di Malaysia tidak

sepenuhnya gratis dan terakhir ada pemikiran berubah ke arah sistem asuransi kesehatan.

Dapat dipahami dalam warisan sistem pemerintahan di Indonesia bahwa belum ada pencatatan yang baik mengenai siapa yang berhak mendapatkan subsidi. Hal ini berbeda dengan di Amerika Serikat yang mempunyai sistem relatif baik sekali dalam hal *social security*. Semua warga negara mempunyai nomor identitas *social security*.

Tanpa adanya pentargetan yang benar, akibatnya pemerintah pusat kesulitan dalam membatasi kepada siapa pelayanan gakin diberikan. Disadari bahwa masyarakat Indonesia banyak yang berada dalam kategori tidak miskin, namun tidak mampu untuk membayar biaya pelayanan kesehatan apabila sakit. Dapat diperkirakan bahwa kelompok yang tidak miskin ini cenderung berusaha mendapatkan subsidi untuk pelayanan kesehatan. Eksesnya adalah SKTM menjadi salah satu dokumen yang dapat diperjualbelikan. Sementara itu, di daerah tidak ada insentif pemda untuk mengendalikan jumlah SKTM yang diberikan. Dalam kasus Askeskin, ada kesan pemda kurang menunjukkan *ownership* pada program ini, termasuk dalam masalah kontrol penggunaan. Akibat akhirnya adalah jumlah penerima subsidi pelayanan kesehatan meningkat di luar perkiraan tanpa ada kendali yang baik oleh pemerintah pusat.

Peran dinas kesehatan dalam pengawasan

Hal penting kedua adalah terkait dengan pertanyaan: Mengapa ada kesulitan dalam pengawasan mutu pelayanan kesehatan bagi yang

miskin dan di mana peran dinas kesehatan setempat? Salah satu hal yang mencolok terjadi adalah penggunaan obat dan tindakan medik yang sulit dikendalikan oleh pemerintah pusat. Memang ada pengendalian internal oleh PT. Askes Indonesia. Akan tetapi hasilnya masih belum dapat diharapkan. Diperlukan ada pengendalian eksternal bahkan sistem verifikasi yang independen. Namun, apakah mungkin Departemen Kesehatan mengendalikannya seluruh rumahsakit dan puskesmas di Indonesia. Jawabannya adalah tidak mungkin. Perlu ada penyerahan pengendalian yang saat ini diatur oleh PP No.38/2007. Pertanyaannya adalah apakah dinas kesehatan mampu menjalankan fungsinya sebagai pengawas pelayanan kuratif di jaminan kesehatan?

Untuk menjawab pertanyaan ini perlu memahami apa yang terjadi di dinas kesehatan. Disadari, pada saat ini terjadi de-medikalisasi di kantor-kantor pemerintah yang mengurus kesehatan. Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan semakin kehilangan pengaruh ke kelompok medik (dokter, khususnya dokter spesialis). Ada dua budaya yang berbeda di sektor kesehatan: budaya medik dan budaya *public health* yang mempunyai *frame* berbeda dalam memandang persoalan. Hal ini terjadi karena selama puluhan tahun dinas kesehatan berada dalam koordinasi DitJen BinKesMas sementara rumahsakit berada dalam koordinas DitJen Pelayanan Medik. Secara artifisial terdapat pemisahan antara kegiatan dinas kesehatan dan rumahsakit.

Fakta lain memperlihatkan bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 2004 memisahkan Upaya Kesehatan Masyarakat

(UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara tegas¹¹. Dalam suasana fragmentasi UKM dan UKP ini terjadi peningkatan pengaruh pasar karena neoliberalisme dan globalisasi budaya. Pengaruh pasar menjadi dominan. Praktik-praktik pasar yang fundamentalis semakin banyak dilakukan di sektor kesehatan khususnya di kelompok medik; terjadi fragmentasi kemampuan ekonomi. Dokter dan ikatan profesi semakin mempunyai kultur materialisme yang dipengaruhi oleh industri farmasi yang kuat dan terlihat pada berbagai kegiatan ilmiah dan kongres profesi. Budaya ini terkait dengan ideologi pasar liberal. Yang menarik di berbagai sektor yang menggunakan pendekatan pasar, aturan main untuk menerangkan peran dan tanggung jawab semakin diperkuat dengan konsep *good governance*, misal di sektor perhubungan. Namun sektor kesehatan belum terlihat dampaknya.

Di sektor jaminan dan asuransi kesehatan fakta menunjukkan bahwa belum ada kebijakan pemerintah dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, yang mengatur peran dan hubungan lembaga kesehatan, SDM kesehatan dan lembaga asuransi/jaminan kesehatan. Sebagai gambaran, dokter sebagai salahsatu SDM kesehatan belum pernah mendapat regulasi terkait dengan asuransi kesehatan. Hal ini dapat mempengaruhi akuntabilitas pelayanan kesehatan dengan berbasis jaminan, seperti yang terjadi saat ini pada jaminan pelayanan gakin.

Masalah *governance* di sektor jaminan kesehatan tidak lepas dari situasi sistem kesehatan yang saat ini memang semakin lepas dari

¹¹ Departemen Kesehatan. (2004). Sistem Kesehatan Nasional.

filosofi akuntabilitas dan otonomi. Kantor kesehatan propinsi yang dulunya disebut sebagai Inspektorat Kesehatan diganti menjadi Kanwil Kesehatan. Pemerintah dalam arti Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan, belum mempunyai budaya sebagai penetap kebijakan dan pemberi *enforcement*¹². Banyak kegiatan Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan yang langsung sebagai pelaku kegiatan.

Dinas kesehatan lebih mempunyai kultur sebagai pelaksana UKM, bukan sebagai pengawas pelayanan klinik. Sementara itu, PT. Askes Indonesia dalam kondisi kultur BUMN dengan ciri-ciri kehidupan korporasi. Hal ini dapat dipahami karena kultur PT. Askes Indonesia adalah BUMN yang mempunyai regulator di Departemen Keuangan dan Kementerian Negara BUMN sebagai semacam "holding". Dalam situasi ini tidak pernah ada penilaian akuntabilitas pelayanan gakin oleh dinas kesehatan. PT. Askes Indonesia sebagai lembaga pemberi pelayanan terlihat sangat otonom dan tidak mempunyai hubungan dengan dinas kesehatan sebagai lembaga publik yang bertugas mengawasinya.

Dalam hubungannya dengan dokter, PT. Askes Indonesia tidak mempunyai sejarah bernegosiasi dengan kelompok dokter karena pada masa lampau sebagian besar kegiatan penetapan tarif dilakukan berdasarkan Surat Keputusan Bersama (SKB) 3 Menteri. Sementara itu, rumahsakit pemerintah masih kebingungan mencari bentuk dan budaya organisasi. Budaya yang ada masih cenderung ke arah birokrasi.

¹² Trisnantoro L. (2003). Penelitian mengenai perubahan fungsi pemerintah pascasentralisasi. WHO.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa fakta yang ada dalam budaya di sektor kesehatan adalah berbagai budaya yang masih belum dapat berintegrasi dengan baik. Budaya tersebut adalah budaya dokter yang belum terbiasa dengan sistem yang terkelola. Sampai saat ini belum ada standar pendapatan dokter dan standar jasa. Dokter hidup dari *fee for service*¹³. Budaya masyarakat yang belum terbiasa dengan asuransi kesehatan¹⁴. Budaya perusahaan asuransi kesehatan yang cenderung berada dalam suasana perusahaan *for profit*. Budaya dinas kesehatan yang belum siap menjadi pengawas sektor kesehatan¹⁵.

Secara keseluruhan terjadi fragmentasi dalam konsep kultur di kesehatan. Dalam konteks asuransi kesehatan di satu sisi ada kultur tenaga medik yang cenderung tidak mau terikat dengan aturan (termasuk kontrak ekonomi) dengan kultur *managed care* yang dikembangkan oleh asuransi kesehatan. Dalam suasana ini dapat dimaklumi kalau dinas kesehatan belum siap menjadi pengawas. PP No.25/2000 tidak menjelaskan mengenai pengawasan ini. PP No.38 memberikan wewenang namun baru berlaku tahun 2007. Sementara yang terjadi di lapangan adalah tidak adanya pengawasan oleh dinas kesehatan. Hasil akhirnya memang pelaksanaan jaminan kesehatan di lapangan tidak didukung oleh sistem berbasis *governance*.

Sistem ini secara gamblang dan mendalam diuraikan dalam buku ”Prinsip-Prinsip *Good Governance* dalam Pembiayaan

¹³ Sanjana K. (1998). Hubungan Antara Kompensasi, Iklim Kerja, Citra Kerja, Ciri Individu dan Kepuasan Kerja Dokter Spesialis di Instalasi Bedah Sentral RSUP Sanglah Denpasar. Tesis. MMR UGM. Yogyakarta.

¹⁴ Penelitian equitap di Indonesia menyimpulkan bahwa pengeluaran untuk asuransi kesehatan masih rendah.

¹⁵ Asih N. (2005). Hubungan Tata Kelola Antara Rumah Sakit dengan Dinas Kesehatan. Tesis S2 MMR UGM. Yogyakarta.

Kesehatan”¹⁶, yang singkatnya menekankan prinsip *transparency and rule of law, accountability, consistency, inclusiveness and participation* terakhir *effectiveness and efficiency* serta peran *stakeholders* termasuk pemerintah, swasta dan masyarakat madani. Tanpa adanya *governance*, mekanisme pengawasan dan perbaikan satu sama lain juga tidak akan berjalan, dan pada akhirnya dapat membahayakan kelangsungan pelayanan gakin.

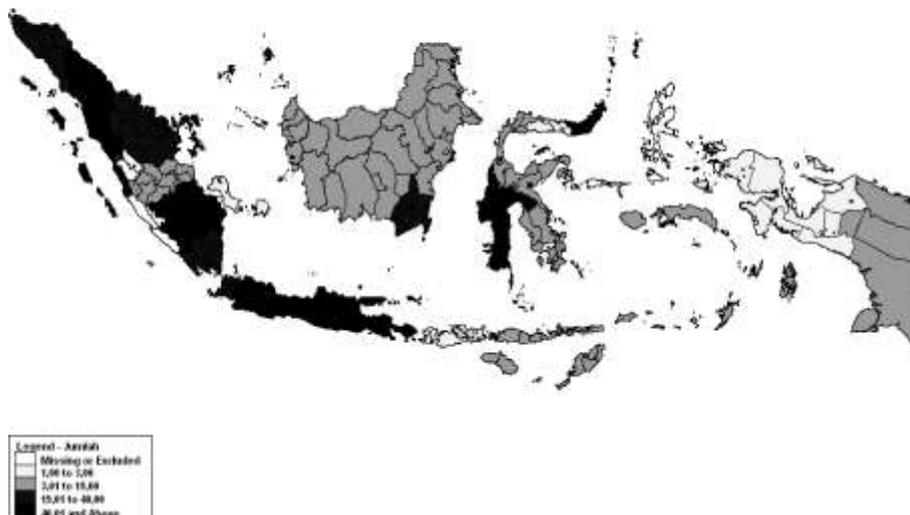
Pemerataan fasilitas kesehatan

Hal penting ketiga adalah perbedaan tenaga dan fasilitas kesehatan antar daerah. Perbedaan ini dapat membahayakan pemerataan pelayanan gakin. Salah satu hal penting yang membahayakan efektivitas jaminan kesehatan nasional adalah tidak meratanya distribusi tenaga dan lembaga pelayanan kesehatan. Dapat dibayangkan bahwa pembiayaan kesehatan melalui jaminan sosial akan tersedot oleh daerah yang mempunyai banyak tenaga medik dan rumahsakit. Daerah-daerah ini tentunya di Jawa dan Bali, terutama di kota-kota besar.

Kasus distribusi dokter anak dapat mencerminkan bagaimana sulitnya memberikan asuransi kesehatan sosial yang merata untuk seluruh wilayah Indonesia karena pengaruh mekanisme pasar terhadap infrastruktur termasuk sumber daya dokter. Sebagian besar dokter anak terkonsentrasi di Pulau Jawa dan Bali¹⁷.

¹⁶ Mukti A G. (2007). *Good Governance* dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan. Magister KPMK-FK UGM. Yogyakarta.

¹⁷ Sri Supar Yati. (2005). Makalah kunci dalam Kongres KONIKA 2005



Sumber: Database IDAI

Gambar 1.2.4 Distribusi Dokter Anak di Seluruh Wilayah Indonesia Berdasarkan Jumlah Absolut di Masing-Masing Propinsi

Dengan jumlah populasi 118 juta (56% total penduduk Indonesia), proporsi dokter anak di kawasan ini kurang lebih 69% dari total anggota Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Daerah dengan rasio dokter anak tertinggi adalah DKI Jakarta, disusul dengan Propinsi DI. Yogyakarta, Sulawesi Utara dan Bali.

Tabel 1.2.1 Distribusi Dokter Anak di Indonesia

Propinsi	Jumlah dokter anak	Rasio/100.000 penduduk	Jumlah Penduduk (000) BPS-2002
Kalimantan Timur	12	0,47	2.561,09
Riau	38	0,72	5.285,46
Sumatera Barat	40	0,93	4.289,64
Bali	47	1,46	3.217,15
Sumatera Utara	103	0,87	11.891,74
Jawa Tengah	171	0,54	31.691,47
Jawa Timur	206	0,59	35.148,56
Jawa Barat	264	0,72	36.914,86
DKI Jakarta	443	5,29	8.379,07
NAD	19	0,47	4.022,14
Kalimantan Selatan	24	0,79	3.054,13
Banten	35	0,41	8.529,80
Gorontalo	1	0,12	855,06
Bangka Belitung	2	0,22	913,87
Jambi	4	0,16	2.479,50
NTB	4	0,10	4.127,52
Papua	7	0,32	2.218,36
Kalimantan Barat	12	0,29	4.167,29
Lampung	20	0,29	6.861,88
Sulawesi Utara	44	2,15	2.044,07
Sumatera Selatan	51	0,71	7.167,97
Sulawesi Selatan	65	0,79	8.244,89
DIY	68	2,15	3.156,23
Maluku Utara	-	-	784,97
NTT	2	0,05	3.924,87
Kalimantan Tengah	3	0,15	1.947,27
Maluku	3	0,25	1.204,11

Sumber: Ikatan Dokter Anak Indonesia

Ketidakmerataan dapat dilihat pada distribusi rumahsakit di Indonesia. Tabel 1.2.2 menunjukkan jumlah rata-rata rumahsakit di berbagai tipologi ekonomi. Secara logis di daerah yang ekonomi

masyarakatnya kuat maka jumlah rumahsakit swasta lebih besar dibanding di daerah yang kurang.

Tabel 1.2.2 Rata-Rata Jumlah Rumah Sakit Pemerintah di Setiap Kabupaten/Kota

Pemerintah	Kekuatan Ekonomi Masyarakat Rendah	Kekuatan Ekonomi Masyarakat Tinggi
Kekuatan ekonomi pemda tinggi	2,5	2
Kekuatan ekonomi pemda rendah	0,5	0,31

Sumber: Data Primer

Tabel 1.2.2 menunjukkan bahwa kabupaten/kota yang mempunyai kekuatan ekonomi pemda tinggi mempunyai rumahsakit yang lebih banyak dibandingkan dengan kabupaten/kota yang lebih rendah kekuatan ekonominya.

Fakta-fakta ini menunjukkan bahwa sektor kesehatan di Indonesia secara kuat dipengaruhi oleh mekanisme pasar. Sektor swasta yang kuat di berbagai kabupaten/kota memberikan pengaruh dengan fakta lebih banyaknya rumahsakit swasta. Dalam hal ini ada catatan sejarah bahwa sistem pengawasan pasar oleh pemerintah masih lemah. Sebagai gambaran regulasi mengenai praktik kedokteran baru ada pada tahun 2005 dengan diundangkannya UU Praktik Kedokteran (UUPK). Sementara itu undang-undang mengenai rumahsakit belum ada.

Tabel 1.2.3 Rata-Rata Jumlah RS Swasta di Setiap Kabupaten/Kota

Pemerintah Daerah	Kekuatan Ekonomi Masyarakat Rendah	Kekuatan Ekonomi Masyarakat Tinggi
Kekuatan ekonomi pemda tinggi	1,05	2,11
Kekuatan ekonomi pemda rendah	0,5	1,91

Sumber: Data Primer

Ketidakmerataan tenaga dan lembaga pelayanan kesehatan merupakan faktor yang harus diperhitungkan dalam pelaksanaan asuransi kesehatan sosial. Sebagai hipotesis: sumber dana untuk asuransi kesehatan sosial akan tersedot oleh daerah-daerah yang mempunyai jumlah rumahsakit banyak, jumlah tenaga kesehatan yang lengkap, dan akses yang mudah. Sebagai gambaran konkrit, masyarakat miskin Kepulauan Nias mempunyai akses terbatas untuk pelayanan kesehatan karena memang rumahsakit hanya ada dua dan spesialis sangat terbatas jumlahnya. Sementara itu, masyarakat miskin DKI Jakarta sangat mudah mendapatkan akses ke pelayanan spesialistik. Akibatnya diduga dana masyarakat miskin akan dipakai lebih banyak di DKI Jakarta. Apabila hipotesis ini benar maka asuransi kesehatan sosial justru akan menambah ketidakmerataan pembagian anggaran kesehatan kecuali sistemnya dibenahi dengan keseimbangan dana dan alokasi untuk daerah.

Bagaimana ke depannya?

Tantangan ke depannya adalah secara bertahap mengembangkan dan menerapkan konsep desentralisasi terintegrasi. Konsep itu sesuai hasil dalam seminar di Bali yang disampaikan oleh Moertjahjo¹⁸, Ketua Asosiasi Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Daerah menyatakan bahwa harus ada tiga hal pokok dalam pembiayaan kesehatan yaitu berasal dari pemerintah pusat, pemda, dan masyarakat. Selanjutnya dinyatakan oleh Moertjahjo²³ bahwa harus ada beberapa prinsip pembiayaan jaminan kesehatan sosial yaitu: (1) dana harus tersedia cukup dan dikelola secara akuntabilitas baik dan transparan, pemda harus *sharing* (iuran) dana dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial, pemda harus terlibat dalam upaya kendali biaya dan kendali mutu untuk menghindari *fraud*, dan baik pemda dan pusat tidak eksklusif, serta penyelenggaraan bersifat nirlaba.

Dengan demikian, memang perlu ada Sistem Jaminan Sosial di daerah karena memang ada kewajiban daerah untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial (Pasal 22h. UU No.32/2004) yang diperkuat oleh Keputusan MK RI No.007/PUU-III/2005. Di samping itu, perlu diperkuat perwujudan transformasi konsep *government* ke arah konsep penguatan *governance* (pemerintah, swasta, *civil society*).

Dilanjutkan oleh Moertjahjo²³ bahwa bagi pemda yang akan menyelenggarakan Jamkesda perlu untuk menyiapkan berbagai hal sebagai berikut: meningkatkan komitmen *stakeholders* daerah yang

¹⁸ Moertjahjo. (2007). Sistem pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Sosial era otonomi daerah. Makalah disajikan di Bali, 8 Agustus 2007.

diwujudkan dengan rencana penyusunan peraturan daerah/atau peraturan kepala daerah (tahap awal) tentang pengembangan sistem Jamkesda; (2) perbaikan fasilitas kesehatan yang di daerah untuk memiliki layanan yang memadai dan siap untuk melaksanakan; ada alokasi *sharing* dana APBD propinsi dan kabupaten untuk terselenggaranya sistem; serta adanya studi untuk rancangan manfaat dasar dan besarnya iuran/premi.

Bagi daerah yang akan menyelenggarakan Jamkesda perlu disiapkan hal-hal antara lain: perlu adanya integrasi yang jelas antara pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten (tidak eksklusif), menyiapkan kelembagaan yang jelas antara siapa yang menjadi operator dan yang menjadi *regulator*; dan perlunya kerja sama dengan daerah lain yang telah menyelenggarakan program serupa. Pada intinya sebagai Kepala Asosiasi Penyelenggaran Jamkesda, Moertjahjo²² menyimpulkan bahwa perlu mengembangkan sistem jaminan sosial di daerah sebagai bagian dari SJSN dan pengembangan sistem pembiayaan publik. Daerah yang sudah mengembangkan perlu dibina dan bekerja sama. Kendali biaya dan mutu harus dilakukan pada masing-masing hierarki pemerintahan, program Askeskin seharusnya diarahkan untuk mendorong dikembangkannya sistem jaminan sosial di daerah-daerah dalam kerangka kebijakan nasional.

Apakah kesimpulan Moertjahjo²³ ini berbeda dengan pemerintah pusat. Dalam sesi yang sama pada seminar di Bali, Indra Bagus Gotama dan Donald menyatakan bahwa perlu memperbaiki peran pemerintah pusat dan daerah. Peran tersebut perlu diatur secara berimbang dalam peraturan pelaksanaan secara jelas. Memang akan

ada “*trade off*” dalam hal aspek otoritas atau kewenangan, kemampuan daerah *versus* aspek teknis dan prinsip penyelenggaraan dalam kerangka nasional. Juga, bagaimana menetapkan kebijakan umum, norma, standar, pedoman dan pengelolaan oleh pemerintah pusat *versus* “pengelolaan” oleh daerah? Di samping itu, didasari bahwa pemda amat berperan penting pada aspek operasional. Lebih lanjut Indra Bagus Gotawa dan Donald menyatakan bahwa perlu pemahaman mengenai variasi antar pemda dalam pembiayaan kesehatan. Tabel 1.2.4 berikut ini menunjukkan berbagai variasi yang ada.

Tabel 1.2.4 Variasi Antar Pemda dalam Pembiayaan Kesehatan

Pemerintah	Pemerintah Kabupaten/Kota Mampu	Pemerintah Kabupaten/Kota Tidak Mampu
Pemerintah propinsi mampu	2	3
Pemerintah propinsi tidak mampu	1	4

Kecenderungan daerah Tipe 1: Program jaminan kesehatan dikembangkan oleh pemerintah kabupaten/kota. Integrasi jaminan kesehatan sebaiknya dilakukan oleh kerangka aturan nasional. Kecenderungan Tipe 2: Program jaminan kesehatan dikembangkan oleh pemerintah kabupaten/kota, pemerintah propinsi mengembangkan jaminan kesehatan pada kabupaten/kota lain dalam propinsi dan menanggulangi rujukan pada tingkat propinsi; integrasi jaminan kesehatan diharapkan dengan kerangka nasional. Kecenderungan Tipe 3: Program jaminan kesehatan dilakukan oleh pemerintah propinsi, integrasi jaminan kesehatan diharapkan dengan

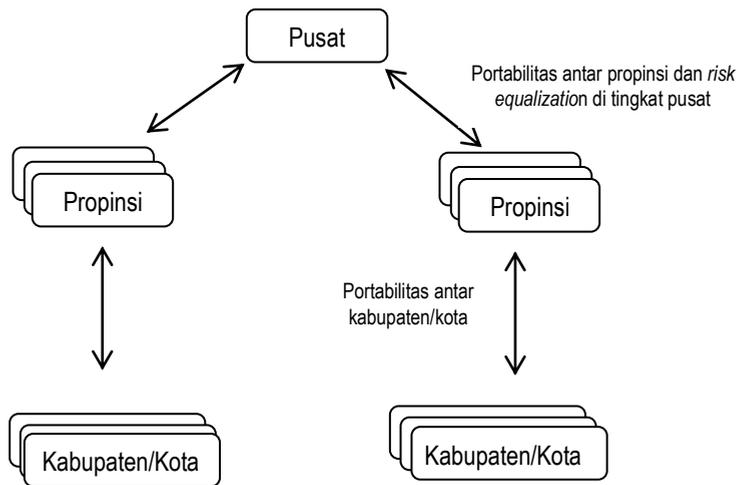
kerangka nasional. Kecenderungan Tipe 4: Program jaminan Kesehatan mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional.

Bagi pemerintah pusat Gotawa dan Pardede¹³ menyatakan perlunya penyelesaian agenda regulasi dan agenda pengorganisasian. Perlu adanya sinkronisasi berbagai bentuk jaminan kesehatan (pusat dan daerah); penyiapan dan PPK; penguatan isu pengorganisasian, manajerial dan administratif badan penyelenggara (Bapel), pengembangan kemampuan teknis komponen esensial Jaminan Kesehatan, pembagian peran yang lebih jelas antara pemerintah pusat, propinsi dan daerah yang diatur regulasinya dalam SJSN.

Ke depan perlu untuk menerapkan pendekatan konsep “Desentralisasi Terintegrasi” seperti diusulkan dan ditulis oleh Mukti dan Moertjahjo²³. Inti dari konsep desentralisasi terintegrasi ini bahwa sistem dan kebijakan makro ditentukan dan dikeluarkan oleh pemerintah pusat, sedangkan pelaksanaannya dapat bersamaan atau dimulai dari kabupaten/kota yang telah siap dan kemudian terintegrasi sampai di tingkat pusat. Kabupaten/kota tidak bisa terlepas dari pengelolaan di tingkat propinsi sehingga permasalahan portabilitas dapat diatasi dengan mudah. Portabilitas berarti mereka yang pindah pekerjaan atau pindah tempat masih tetap dapat memanfaatkan jaminan pelayanan kesehatan. Permasalahan antar kabupaten/kota seperti mereka yang di rawat di tingkat propinsi menjadi urusan Bapel di tingkat propinsi.

Demikian juga permasalahan yang terjadi antar propinsi merupakan urusan dan kewenangan Bapel di tingkat pusat sebagai penanggung jawab *risk equalization* di tingkat pusat (lihat Gambar

1.2.5 Hubungan Sistem Jaminan Kesehatan di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota). Dengan sistem desentralisasi terintegrasi ini tidak saja pembagian urusan dan peran masing-masing *stakeholder* pusat dan daerah menjadi jelas akan tetapi kendali mutu, kendali biaya, pencapaian *universal coverage* akan jauh lebih mudah dicapai.



Gambar 1.2.5 Hubungan Sistem Jaminan Kesehatan di Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota

Dalam rangka penerapan konsep desentralisasi terintegrasi ini, maka sejak 2008 diharapkan ada dilakukan terobosan dan perubahan pengelolaan Askeskin yang selama ini dijalankan. Terobosan yang utama adalah dengan melibatkan *stakeholder* daerah, terutama pemda dan dinas kesehatan. Secara pendekatan dapat dilihat dalam skema gambar terlampir. Dalam hal ini selain pelibatan pemda dan hubungannya dengan PT. Askes Indonesia agar didudukkan secara proporsional sesuai peran masing-masing berdasarkan aturan hukum yang ada.

Berdasarkan hukum PP No.38/2007 telah memberi petunjuk jelas bahwa sistem jaminan kesehatan merupakan perpaduan antara sistem pusat dan sistem daerah yang berbeda-beda. Perpaduan ini yang membutuhkan penanganan rinci di dalam pelaksanaan agar tidak terjadi kekacauan di masa mendatang. Arti praktisnya adalah program Askeskin bukan hanya program pemerintah pusat saja, namun perlu dipadukan dengan program pemda. Catatan akhirnya: di tahun 2008 ketika program Askeskin berubah menjadi Jamkesmas, kesadaran akan peran pemda semakin membaik. Komunikasi pemerintah pusat dan daerah semakin terjalin.

BAB 1.3

Surveilans: **Bagaimana Agar Sistem yang Dirancang Pemerintah Pusat Dapat Berjalan di Daerah?**

Laksono Trisnantoro, Rossi Sanusi, Nugroho Susanto, Ika Fatimah, Anis Fuad

Pengantar

Pada tahun 2004, WHO melakukan observasi dan melaporkan beberapa temuan mengenai *surveilans* yaitu: kurangnya kesadaran akan pentingnya informasi *surveilans* penyakit di kalangan pengelola program kesehatan, pejabat kesehatan, staf pelayanan kesehatan dan staf *surveilans* sendiri di semua tingkat; informasi *surveilans* tidak digunakan dalam pengambilan keputusan; kualitas data *surveilans* tidak memuaskan dan sulit diperbaiki; tidak dilakukan analisis data *surveilans* secara memadai; penyelidikan kejadian luar biasa (KLB) dilakukan secara sembarangan; tidak ada motivasi di kalangan staf *surveilans* untuk meningkatkan kemampuan diri; berbagai sistem *surveilans* penyakit khusus sulit dikoordinasikan dan diintegrasikan.

Permasalahan tidak berjalannya sistem *surveilans* tidak saja terjadi pada sistemnya melainkan terjadi juga pada pelaksanaannya. Pada sisi sistemnya dapat dilakukan pembenahan pada sistemnya, salah satu alternatif dengan pembenahan unit *surveilans* di struktur dinas kesehatan. Pada sisi pelaksana dapat dilakukan peningkatan kapasitas petugas pelaksana sistem *surveilans* dan aspek-aspek yang mendukung pelaksanaan sistem *surveilans*.

Di tahun 2005, Departemen Kesehatan menetapkan strategi kerja yaitu: menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem *surveilans*, *monitoring* dan informasi kesehatan, serta meningkatkan pembiayaan kesehatan. Namun strategi untuk *surveilans* belum berjalan dengan baik. Bagian ini membahas situasi *surveilans* saat ini melalui beberapa kegiatan penelitian, pembahasan dan rencana ke depan.

Situasi *surveilans* saat ini

Situasi saat ini digambarkan melalui dua kegiatan: (1) pengamatan di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam (NAD) dan Kota Yogyakarta; dan (2) riset operasional *surveilans* kesehatan keluarga yang dilakukan oleh DHS-1.

Keadaan di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam

Hasil penelitian operasional sistem *surveilans* di Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menunjukkan hasil yang belum baik¹⁹. Kegiatan *surveilans* di Propinsi NAD terjadi pada setiap program. Kegiatan antara program satu dengan program yang lain belum terjalin sinergisme kerja sama dalam pengumpulan data, analisis data, *feedback* dan diseminasi. Dalam struktur organisasi dinas kesehatan unit *surveilans* secara resmi berada di bawah bidang P2M. Keadaan ini memberi kesan bahwa *surveilans* hanya milik bidang P2M saja, sedangkan aktivitas *surveilans* tidak saja di P2M

¹⁹ Nugroho Susanto, Haripurnomo, Laksono Trisnantoro, Yodi Christiani. (2007) Pengembangan Sistem *Surveilans* Kesehatan di Propinsi NAD dan Kota Yogyakarta. PMPK FK UGM, Yogyakarta

tetapi di bidang lain, seperti bidang kesehatan keluarga (*surveilans* gizi buruk) dan KIA.

Keberhasilan penyelenggaraan sistem *surveilans* dapat dilihat dari indikator *input*, proses, dan *output*. Sisi *input* dapat dilihat dari ketersediaan SDM yang melaksanakan sistem *surveilans*. Kualifikasi SDM yang berada di unit *surveilans* adalah tenaga epidemiologi ahli (S2) 1 orang, tenaga epidemiologi ahli (S1) 2 orang dan tenaga komputer (S1) 1 orang. Sisi proses dapat dilihat dari kelengkapan laporan, ketepatan laporan, dan penerbitan buletin epidemiologi. Dari sisi proses sistem *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD diperoleh kelengkapan laporan sebesar 59%, ketepatan laporan sebesar 5,5%, dan penerbitan buletin epidemiologi belum dilaksanakan.

Sisi *output* dapat dilihat dari penerbitan profil kesehatan. Untuk penerbitan profil kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi NAD sudah rutin yaitu satu kali setiap tahun. Pelaksanaan *surveilans* dapat dilihat dari sisi pengumpulan data, analisis data, *feedback* dan diseminasi. Pada sisi pengumpulan data didapatkan beberapa rumahsakit swasta belum melakukan kegiatan pelaporan data ke Dinas Kesehatan Propinsi NAD. Adanya perbedaan data yang terjadi di antara program dan bidang yang ada di level internal dinas kesehatan menunjukkan masih rendahnya validitas data yang dilaporkan ke dinas kesehatan.

Sisi analisis data didapatkan bahwa pelaksanaan kegiatan analisis didasarkan pada kepentingan program belum teratur. Di samping itu, analisis data mingguan penyakit potensial KLB belum

dilaksanakan. *Feedback* dilaksanakan pada pertemuan-pertemuan program dan pertemuan lintas sektoral. Untuk pelaksanaan *feedback* yang teratur belum dapat dilaksanakan. Pelaksanaan diseminasi ke masyarakat melalui buletin epidemiologi belum dilaksanakan.

Beberapa hal yang berkaitan dengan tidak dilaksanakan diseminasi melalui buletin epidemiologi antara lain keterbatasan SDM dan kemampuan SDM untuk analisis dan interpretasi data. SDM yang ada di dinas kesehatan untuk kegiatan *surveilans* masih jauh dari ideal. Di samping jumlah SDM yang masih kurang diikuti dengan kualitas SDM yang relatif kurang dalam kemampuan analisis data. Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD dari APBN sebesar Rp 637,7 juta, sedang anggaran dari APBD sebesar Rp 59 juta untuk tahun 2007. Peraturan-peraturan daerah yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans* belum ada.

Kota Yogyakarta

Hasil studi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tentang sistem *surveilans* menunjukkan bahwa kegiatan *surveilans* terjadi pada setiap program, misalnya program TB, malaria, gizi, dan KIA. Pada pelaksanaan kegiatan *surveilans* antara program satu dengan program yang lain belum terjalin secara sinergis dalam pengumpulan data, analisis data dan interpretasi, *feedback*, serta diseminasi. Keadaan seperti ini dapat menimbulkan kesalahan dalam pengumpulan data atau terjadinya *over* pada pengumpulan data, yaitu pada setiap program mempunyai data yang sumbernya sama tetapi terjadi perbedaan data. Adanya perbedaan data ini menunjukkan

validitas data yang dikumpulkan masih rendah. Satu hal yang penting diperhatikan dalam pengumpulan data adalah validitas data dan untuk mengetahui validitas data dapat dilakukan pengecekan data terhadap instansi yang melakukan pengumpulan data.

Data yang telah dikumpulkan di rumahsakit, poliklinik, dan rumah bersalin dikirim ke petugas *surveilans* bidang P2PL, kemudian data yang telah terkumpul dilakukan analisis dan diserahkan ke Pusdatin Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Data yang dikumpulkan di unit *surveilans* seharusnya dilakukan analisis mingguan penyakit potensial KLB, tetapi dalam pelaksanaan di lapangan analisis ini belum dapat dilaksanakan. Beberapa hal yang berkaitan dengan permasalahan ini adalah ketepatan dan kelengkapan laporan yang di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta yang tidak mencapai 80%.

Selama ini data dari dokter praktik belum dilaporkan ke puskesmas atau ke Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Untuk data dari bidan dan masyarakat dikumpulkan ke bidang pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas. Di tingkat puskesmas selama ini belum dilakukan analisis data. Salah satu penyebab adalah belum tersedianya SDM untuk bidang *surveilans*. Data yang telah dikumpulkan di puskesmas kemudian diserahkan ke bidang pelayanan kesehatan masyarakat di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Tidak adanya tim yang menangani data di tingkat puskesmas, menyebabkan data yang dikumpulkan tidak ter-*monitor*. Hal ini yang menyebabkan terjadinya perbedaan data di antara program-program dan bidang-bidang yang berjalan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, unit *surveilans* berada di bawah bidang P2M. Hal ini memberi kesan seolah-olah pelaksanaan kegiatan *surveilans* hanya tanggung jawab dari petugas *surveilans* di bidang P2M. Jika disimak dari aktivitas *surveilans* yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, pelaksanaan *surveilans* tidak saja pada pelaporan penyakit menular dan tidak menular melainkan ada aktivitas *surveilans* yang dilakukan oleh bidan desa di level puskesmas yaitu penimbangan balita, *monitoring* kehamilan dan persalinan, dan perkembangan pertumbuhan anak balita.

Aktivitas *surveilans* yang dilaksanakan oleh bidan desa ini yang kadang terlupakan oleh unit *surveilans* di dinas kesehatan. Data yang dikumpulkan bidan desa jika dilakukan analisis dapat mendeteksi adanya KLB gizi buruk dan *monitoring* ibu hamil risiko tinggi. Kelengkapan laporan sebesar 46%, sedangkan ketepatan laporan sebesar 20%. Dilihat dari aspek kelengkapan dan ketepatan laporan yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, *surveilans* yang berjalan belum bisa mendeteksi adanya KLB. Hal ini diperkuat juga dengan tidak dilaksanakan analisis mingguan penyakit potensial KLB secara rutin.

Pelaksanaan diseminasi melalui buletin epidemiologi belum dilaksanakan. Beberapa hal yang berkaitan tidak dilaksanakan kegiatan penerbitan buletin epidemiologi adalah kurangnya SDM yang ahli di bidang analisis, tidak tersedianya anggaran untuk penerbitan buletin epidemiologi dan tidak ada peraturan-peraturan daerah yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans*. Bagi petugas di

unit *surveilans* belum ada jabatan fungsional dalam kegiatan *surveilans*. Aspek yang penting dicermati dari tidak adanya jabatan fungsional ini adalah petugas merasa bahwa aktivitas kegiatan *surveilans* (pengumpulan data, analisis data, *feedback* dan diseminasi) belum dirasakan sebagai suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan setiap harinya. Di samping itu, tugas rangkap untuk pelaksana *surveilans* di lapangan membuat pelaksanaan *surveilans* tidak sesuai dengan standar yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI.

Data dari hasil kegiatan *surveilans* belum digunakan secara optimal untuk menentukan kebijakan di sektor kesehatan. Hal yang berkaitan dari tidak digunakannya data *surveilans* untuk menentukan kebijakan di sektor kesehatan antara lain data yang dikumpulkan validitasnya masih rendah, belum dipahaminya manfaat data, dan program *surveilans* belum menjadi program prioritas di dinas kesehatan.

Perbandingan dengan standar

Hasil penyelenggaraan *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dapat dilihat dengan membandingkan standar indikator yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI.

Tabel 1.3.1 Hasil Pelaksanaan *Surveilans* di Banding Standar

Dinas	Indikator	Unit <i>surveilans</i> Dinas Kesehatan	Unit <i>surveilans</i> standar Departemen Kesehatan
Dinas Kesehatan Nangroe Aceh Darussalam	<i>Input</i> SDM	Tenaga epidemiologi ahli (S2): 1 orang	Tenaga epidemiologi ahli (S2): 8 orang
		Tenaga epidemiologi ahli (S1): 2 orang	Tenaga epidemiologi ahli (S1): 16 orang
		Tenaga komputer (S1): 1 orang	Asisten epidemiologi: 32 orang Dokter umum: 16 orang
	Proses kelengkapan laporan	59%	80% atau lebih
	Ketepatan laporan	5,5%	80% atau lebih
	Bulletin epidemiologi	Belum ada	12 kali setiap tahun
Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta	<i>Input</i> SDM	Tenaga epidemiologi ahli (S1): 2 orang	Tenaga epidemiologis ahli (S2): 1 orang
		Asisten epidemiologi: 1 orang	Tenaga epidemiologis ahli (S1) atau asisten epidemiologis: 2 orang
			Dokter umum: 1 orang
	Proses kelengkapan laporan	46%	80% atau lebih
	Ketepatan laporan	20%	80% atau lebih
	Buletin epidemiologi	Belum ada	4 kali setiap tahun
<i>Output</i>	Profil Dinas Kesehatan	1 kali setiap tahun	1 kali setiap tahun

Sumber: Hasil Penelitian Pengembangan Operasional Sistem Surveilans

Tabel 1.3.1 menunjukkan hasil pelaksanaan kegiatan *surveilans* dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dari sisi *input* masih jauh dari standar yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI. Hal ini terlihat dari komposisi SDM yang ada di unit *surveilans* untuk Dinas Kesehatan Propinsi NAD masih jauh dari ideal. Dalam sisi proses, kelengkapan, ketepatan laporan, dan penerbitan buletin epidemiologi masih jauh dari standar Departemen Kesehatan RI. Pada *output* sudah sesuai dengan standar yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI. Jika dilihat perbandingan antara Dinas Kesehatan Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, pelaksanaan sistem *surveilans* di Dinas Kota Yogyakarta dalam penyelenggaraan sistem *surveilans* lebih baik jika dibanding dengan Dinas Kesehatan Propinsi NAD dipandang dari sisi *input*, proses dan *output*.

Hal yang perlu dicermati di sini adalah pelaksanaan sistem *surveilans* belum sesuai dengan standar Departemen Kesehatan RI. Pertanyaannya adalah apa permasalahan yang ada di kedua dinas ini? Apakah aspek-aspek yang mendukung pelaksanaan kegiatan *surveilans* tidak efektif atau tidak ada? Atau perlu ada perubahan sistem pelaporan dan struktur organisasi untuk unit *surveilans* di level dinas kesehatan? Secara keseluruhan, aspek-aspek yang mendukung pelaksanaan kegiatan *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta belum tersedia secara memadai.

Penelitian operasional *surveilans* kesehatan keluarga

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (PMPK FK UGM) bekerja sama dengan Satuan Kerja Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat *The First Decentralized Health Services Project* (DHS-1 ADB/Loan No.1810-INO) Departemen Kesehatan RI melakukan kegiatan peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pelaksanaan *surveilans* KIA di Propinsi Bali dan Sulawesi Tengah. Kegiatan dimulai pada tahun 2006 dengan melakukan penyusunan modul *surveilans* kesehatan keluarga dan pelaksanaan program pelatihan dilakukan di tahun 2007. Peserta dalam kegiatan ini adalah wakil dari dinas kesehatan delapan propinsi DHS-1 (NAD, Bengkulu, Kepulauan Riau, Riau, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, dan Bali) yang masing-masing diwakili oleh kepala dinas kesehatan, kasubdin kesehatan keluarga, kasubdin P2PL dan kasubdin bina program atau yang mewakili.

Tujuan kegiatan ini adalah untuk: (1) meningkatkan pengetahuan peserta mengenai *surveilans* kesehatan dan implementasinya dalam program kesehatan ibu, neonatus dan anak; dan (2) dengan peningkatan pengetahuan tentang *surveilans* diharapkan para agen perubahan ini dapat memahami pentingnya sistem *surveilans* dalam setiap program kesehatan yang berjalan, khususnya dalam program KIA.

Penyusunan modul dan pelatihan merupakan bagian dari suatu riset operasional yang bertujuan agar sistem *surveilans* KIA dapat berjalan di daerah. Pelatihan merupakan pemicu untuk pelaksanaan

sistem *surveilans* yang membutuhkan sistem manajemen yang baik. Metode Kirkpatrick digunakan untuk mengevaluasi hasil pelatihan. Ada tiga level evaluasi Kirkpatrick yang dilakukan yaitu: (1) evaluasi tiap sesi; (2) evaluasi *pre and post-test*; dan, (3) evaluasi di lapangan untuk melihat apakah modul dapat berjalan (dikerjakan di Bali dan Sulawesi Tengah). Yang tidak dikerjakan adalah evaluasi level 4: Apakah sistem *surveilans* KIA dapat berjalan?

Program ini terdiri dari dua bagian yaitu mengevaluasi modul dan pelatihan Peningkatan Kapasitas Agen Perubahan dan Pemegang Program KIA (yang dilaksanakan di FK UGM tahun 2006) dan peningkatan sistem *surveilans* dan respon. Rekomendasi dari kegiatan di tahun 2006 dan 2007 adalah *surveilans* yang berjalan dan sistem pendukungnya perlu ditingkatkan. Secara garis besar kegiatan tersebut meliputi:

1. Peningkatan *surveilans* KIA dengan menggunakan pelaporan berbasis teknologi tepat guna;
2. Pembentukan sistem *surveilans* terpadu (mengacu pada Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Epidemiologi Kesehatan); dan,
3. Pemetaan risiko dan masalah KIA di Indonesia.

Adapun kegiatan peningkatan sistem *surveilans* dan respon bertujuan:

1. Menyesuaikan sistem *surveilans* di tingkat propinsi dan kabupaten/kota dengan Kepmenkes RI No.1116/Menkes/SK/VIII/2003;

2. Menghasilkan informasi yang dapat digunakan para manajer untuk membuat keputusan;
3. Meningkatkan pelaksanaan fungsi-fungsi pokok *surveilans* dan fungsi-fungsi pendukung;
4. Meningkatkan kapasitas para pembuat keputusan dalam hal menggunakan informasi yang dihasilkan sistem *surveilans*;
5. Menyebarluaskan informasi *surveilans* dalam bentuk buletin epidemiologi; dan
6. Mendapatkan komitmen pemda untuk membentuk sistem keuangan dan sistem hukum yang mendukung pembuatan keputusan berdasarkan informasi *surveilans*.

Ruang lingkup kegiatan terdiri dari persiapan (koordinasi awal dengan mitra lokal dan pusat), mengembangkan strategi untuk meningkatkan komitmen terhadap *surveilans*, merancang operasionalisasi sistem *surveilans* dan respon di tingkat propinsi dan kabupaten/kota (penyusunan protap *surveilans* penyakit prioritas KIA dan pembentukan unit pendukung *surveilans* (UPS) menggunakan fasilitas *teleconference*), dan pelatihan untuk menunjang aktivitas *surveilans* (*software*, *website*, regulasi dan anggaran).

Hasil menunjukkan bahwa pengaruh pelatihan sangat tergantung pada kebijakan pemerintah pusat mengenai sistem *surveilans* yaitu pelaksanaan Kepmenkes No.1116/SK/VIII/2003 dalam sistem *surveilans*. Kepmenkes ini menyebutkan agar dibentuk unit *surveilans* dan unit pelaksana teknis *surveilans*, serta dibentuk jejaring *surveilans* antara unit-unit tersebut. Pengamatan menunjukkan

bahwa pelaksanaan Kepmenkes belum berjalan secara maksimal di daerah. Belum ada perda atau peraturan gubernur/bupati/walikota yang merujuk ke Kepmenkes. Sementara itu, pemerintah pusat merasa sudah melakukan *surveilans* di program vertikal dan Laboratorium BLK. *Surveilans* saat ini banyak didanai pemerintah pusat. Dana masuk dalam anggaran pusat yang bersifat program vertikal. Tidak ada dana untuk pengembangan *surveilans* di daerah. Akibatnya jarang sekali dilakukan pencegahan sekunder primer oleh pemda. Respon oleh pemerintah pusat dari kegiatan *surveilans* lebih banyak ke pencegahan tersier yang mempunyai risiko keterlambatan.

Kelemahan utama saat ini adalah pemda tidak melakukan *surveilans* secara terintegrasi. Salah satu penyebab penting adalah fakta bahwa pemda tidak mempunyai UPS yang mantap di level propinsi dan di kabupaten. Pemerintah pusat juga tidak mempunyai pusat *surveilans*. Mengapa belum ada UPS daerah yang mantap? Di Sulawesi Tengah sudah ada *Provincial Epidemiological Surveillance Team* (PEST) dan *District Epidemiological Surveillance Team* (DEST) sebagai eks proyek ICDC. Namun status sebagai tim, maka tergantung pada dana berbagai proyek. Akibatnya tidak ada unit yang bertanggung jawab dan kegiatan *surveilans* tidak masuk di anggaran daerah (APBD Propinsi atau APBD Kabupaten). Ketika proyek selesai, termasuk dana dari ADB maka kegiatan akan berhenti.

Manfaat kegiatan riset operasional ini bagi dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota dinilai cukup mendukung pelaksanaan sistem *surveilans* dan respon di tingkat daerah. Kegiatan ini cukup membantu dalam pelaksanaan sistem *surveilans*-respon terutama

dalam hal perencanaan program *surveilans* ke depan agar lebih terintegrasi mulai dari level bawah sampai atas. Upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan di tingkat dinas kesehatan dinilai dapat membuat program *surveilans* lebih terarah dan terkoordinasi.

Selain itu juga dalam struktur organisasi dinas kesehatan yang mengacu pada PP No.41/2007 telah diupayakan untuk memasukkan UPS yang berfungsi untuk menjalankan tiga kegiatan dalam langkah *surveilans* (pelaporan, analisis dan interpretasi data dan *feedback*) dan fungsi pendukung *surveilans*. Adanya UPS akan menunjang pelaksanaan kegiatan *surveilans* yang dijalankan oleh seluruh komponen yang terlibat di dalamnya.

Dengan adanya fasilitasi proyek DHS terhadap penguatan sistem *surveilans*-respon manfaat yang sangat dirasakan adalah petugas kesehatan kembali disadarkan akan pentingnya penguatan manajemen *surveilans* dari hulu sampai dengan hilir (pencegahan primer sampai dengan tersier). Bentuk kongkrit dari sinkronisasi program (*surveilans* terpadu) menjadi lebih jelas, lebih akuntabel dan sistematis mulai pengumpulan data sampai dengan pemanfaatan data serta rencana tindak lanjutnya (puskesmas, dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota).

Terdapat beberapa faktor yang menjadi kendala yang dihadapi oleh dinas kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan *surveilans* KIA yang meliputi:

Sumber daya manusia

Kurangnya SDM yang bertugas di dinas kesehatan mengakibatkan alokasi SDM untuk berpartisipasi dalam kegiatan ini cukup sulit. Akibatnya mitra lokal merasa kewalahan dalam menjalankan beberapa kegiatan sekaligus, termasuk kegiatan di internal dinas kesehatan dan kegiatan proyek. Komitmen mitra lokal di dinas kesehatan kabupaten/kota dan Propinsi dalam kegiatan ini dinilai masih kurang, sehingga dapat disimpulkan bahwa komitmen dinas kesehatan dalam program *surveilans* dan respon khususnya dalam rangka upaya menurunkan AKI, AKB dan AKBA. Hal ini terkait dengan delapan langkah kegiatan *surveilans* dalam hal memperoleh data (lihat bagian berikut). Data tersebut akan dipergunakan oleh pemegang kebijakan dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan upaya untuk meningkatkan status kesehatan ibu, neonatus dan anak sehingga dapat memenuhi standar MDG's.

Dana

Kurang adanya dukungan dana dari APBD dalam pelaksanaan kegiatan ini sehingga dikhawatirkan setelah proyek ini selesai, maka kegiatan yang telah direncanakan akan sulit untuk diimplementasikan di lapangan.

Unit pendukung *surveilans*

Ketidakteraturan struktur organisasi di masing-masing dinas kesehatan, mengakibatkan sulitnya koordinasi antar instansi. Namun hal ini akan diupayakan dengan menyamakan tugas pokok seksi UPS

atau unit yang bertanggung jawab agar memiliki peran dan fungsi yang sama, meskipun kedudukan dan nomenklaturanya berbeda. Hal ini diupayakan agar pelaksanaan *surveilans* di masing-masing Dinas Kesehatan dapat sejalan.

Riset operasional ini menyarankan agar dilakukan: (1) memperkuat *surveilans* secara lebih detail berbasis pada kasus yang spesifik (Berat Bayi Lahir Rendah atau BBLR, perdarahan ibu, Infeksi Saluran Pernapasan Atas atau ISPA atau pneumonia); (2) menyusun UPS di daerah; dan (3) memperkuat langkah-langkah operasional dalam *surveilans*, menghitung biaya *surveilans*, dan sumber pendanaannya, serta memperkuat regulasi daerah dan pusat untuk pelaksanaannya. Isu penting yang perlu diperhatikan dalam memperkuat *surveilans* KIA adalah pengembangan prosedur tetap (protap) yang detail mengenai pelaksanaan *surveilans* KIA dengan menggunakan delapan langkah kegiatan *surveilans* (dibahas lebih detail pada bagian berikutnya).

Kegiatan riset operasional ini telah dilakukan untuk beberapa penyakit prioritas dan menjadi pemikiran baru untuk pemerintah pusat. Dengan adanya protap di daerah ini, maka kombinasi kegiatan dan sumber pendanaan berbagai langkah dalam *surveilans* dapat dilakukan secara terkoordinasi dan dapat disadari perlunya UPS tanpa memindahkan kegiatan *surveilans* yang dijalankan dari setiap program.

Untuk mendukung pelaksanaan *surveilans* di daerah sistem *surveilans* nasional perlu ditata kembali. Departemen Kesehatan perlu membentuk pusat *surveilans* sebagai pintu masuk semua data dari daerah dan analisis secara nasional. Hal ini berhubungan erat dengan

seluruh kegiatan *surveilans* di semua Direktorat Jenderal dan rumahsakit vertikal. Pusat *surveilans* juga mempunyai fungsi sebagai saluran penghubung dengan sistem *surveilans* internasional yang berada dalam tatanan *international health regulation*. Dalam pelaksanaannya, perlu keterpaduan antara pemerintah pusat dan daerah dalam *surveilans*. Koordinasi antara pusat *surveilans* di tingkat nasional dan UPS di tingkat propinsi dan kabupaten/kota diperlukan untuk menghasilkan informasi yang dapat digunakan para pengambil keputusan di pusat dan daerah.

Tahapan proses penyusunan UPS yang disarankan mencakup lima fase yaitu: (1) mobilisasi dana untuk pusat *surveilans* dan UPS dari dana APBD (untuk daerah mampu) dan APBN (untuk pusat dan daerah tidak mampu); (2) pemahaman masalah lebih lanjut (termasuk adanya penolakan-penolakan dan kesulitan); (3) perancangan yang baru (UPS dan cara mewujudkannya); (4) pelaksanaan UPS secara praktis; dan, (5) perubahan terus-menerus. Saat ini Propinsi Bali dan Propinsi Sulawesi Tengah berada pada fase 1 dan 2, sedangkan di pusat belum dilakukan mobilisasi pengembangan pusat *surveilans*.

Bagi pemda program penguatan *surveilans* ini membutuhkan dana APBD tahun 2009 dan tahun-tahun berikutnya. Program ini telah menghasilkan pula analisis biaya dan model penganggaran berbasis kinerja untuk pelaksanaan *surveilans* KIA. Dengan adanya dana APBD diharapkan sistem *surveilans* (termasuk Kesehatan Ibu, Neonatus dan Anak atau KINA) dapat berjalan dengan baik, pemda diharapkan mempunyai *ownership* yang lebih besar termasuk untuk responnya, dan diharapkan pula respon bersifat lintas sektor sehingga

program pencegahan dapat lebih efektif. Dengan demikian, akan terjadi suatu proses untuk meningkatkan efektivitas program KINA pusat dalam memperbaiki indikator KIA dalam MDGs.

Pembahasan

Pembahasan dilakukan dalam dua konteks: (1) pemerintah pusat; dan (2) desentralisasi.

Perspektif pemerintah pusat

Hasil penelitian di Propinsi NAD dan Kota Yogyakarta mendapat tanggapan dari DitJen P2PL²⁰. Ada banyak faktor yang sudah disadari menghambat pelaksanaan *surveilans* epidemiologi di lapangan. Pertama adalah tenaga *surveilans* epidemiologi belum optimal: *supply* dan pendistribusian tidak sesuai dengan kebutuhan. Beberapa dinas kesehatan di daerah masih banyak ditemukan SDM yang ada di dinas kesehatan dalam penempatan jabatan tidak sesuai dengan bidangnya. Pembinaan dan pengembangan karier tidak baik, sehingga diperlukan pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan petugas *surveilans* di lapangan. Beberapa dinas kesehatan di daerah untuk sistem intensif tidak jelas, terbatasnya jumlah tenaga kesehatan, terbatasnya kemampuan dan distribusi tenaga kesehatan tidak merata. Jabatan fungsional epidemiolog untuk petugas di lapangan tidak ada stafnya. Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (Kepmenpan) No.17/KEP/M.PAN/11/2000 sudah jelas diatur mengenai jabatan

²⁰ Kandun N. (2007). Sistem Surveilans Nasional Pasca PP No.38/2007 & 41/2007; disampaikan pada Semiloka Pengembangan Sistem Surveilans Pasca PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 Jakarta. Tanggal 26 Oktober 2007.

fungsional untuk pelaksana kegiatan *surveilans* epidemiologi di lapangan.

Kedua, sarana pendukung *surveilans* epidemiologi di kabupaten/kota masih kurang. Sarana pendukung antara lain penggunaan teknologi informasi (fasilitas internet, *software*, form pencatatan dan pelaporan). Permasalahan yang dihadapi dalam sarana adalah sistem dan mekanisme pengadaan yang tidak terintegrasi kecukupan dan kelengkapannya; manajemen untuk penggunaan dan pemeliharaan; kemampuan tenaga pengelola dan pelaksana, serta pembinaan dan pengembangan. Pengadaan sarana dan prasarana yang tidak didukung dengan faktor SDM yang ada terkesan sia-sia. Dalam mengupayakan sarana dan prasarana perlu dipikirkan kelanjutan dari operasionalnya sarana dan prasarana yang ada agar pelaksanaan program dapat berjalan secara terus-menerus.

Ketiga, proses kegiatan *surveilans* epidemiologi belum optimal. Kurang optimalnya proses pelaksanaan kegiatan *surveilans* terkait beberapa permasalahan yang dihadapi antara lain: kegiatan dan mobilisasi sumber daya yang tidak terintegrasi; kegiatan yang dilakukan cenderung *surveilans* epidemiologi pasif; dan kegiatan pembinaan teknis dan *monitoring* evaluasi yang tidak berorientasi hasil. Perilaku petugas di lapangan yang belum menunjukkan etos kerja yang maksimal. Hal ini perlu motivasi untuk petugas di lapangan dan perubahan perilaku dan budaya kerja petugas di lapangan.

Keempat, produk keluaran *surveilans* epidemiologi belum ada atau belum dimanfaatkan. Permasalahan yang dihadapi adalah dalam keadaan rutin sistem kewaspadaan dini sebagai keluaran produk

surveilans epidemiologi belum adekuat untuk pencegahan dan penanggulangan KLB/wabah. Suplai data kurang dan tidak *real time*. Beberapa daerah belum memperlihatkan *output* sistem *surveilans* yang sesuai dengan standar Departemen Kesehatan RI. Sosialisasi mengenai peran dan fungsi *surveilans* terhadap pengambil kebijakan di internal dinas kesehatan dan internal pemda sangat diperlukan.

Kurang dipahaminya arti *surveilans* dan manfaat data yang dihasilkan sistem *surveilans* bagi petugas *surveilans* sendiri dan pengambil kebijakan berdampak pada tidak dimanfaatkannya data-data *surveilans*, sehingga kebijakan selama ini didasarkan pada asumsi-asumsi yang ada saja. Di samping manfaat dari *surveilans* perlu juga dibenahi pada sistem pengumpulan datanya. Pengumpulan data yang selama ini terjadi dirasa validitasnya sangat lemah. Hal ini diyakinkan dengan terjadinya perbedaan data yang ada di dinas kesehatan meski sumber data dan instansi pelaporannya sama.

Kelima, proses kegiatan *surveilans* belum optimal karena sasaran kegiatan *surveilans* epidemiologi banyak, mulai dari penyakit menular, tidak menular, kesehatan lingkungan dan perilaku, masalah kesehatan, kesehatan mata, sampai ke *surveilans* untuk *public health emergency of international concern*. Permasalahan yang dihadapi adalah sasaran kegiatan *surveilans* epidemiologi tidak fokus sesuai dengan kebutuhan. Sistem pencatatan dan pelaporan yang terlalu banyak dan tidak terintegrasi. Proses penyelenggaraan sistem *surveilans* yang terjadi di lapangan belum menyentuh ke aspek atribut sistem *surveilans* itu sendiri.

Sistem *surveilans* yang baik seharusnya sesuai dengan atribut-atribut sistem *surveilans*. Atribut-atribut sistem *surveilans* meliputi²¹: (1) Kesederhanaan (kesederhanaan dalam struktur dan kemudahan pengoperasionalnya, sistem *surveilans* sebaiknya dirancang sesederhana mungkin, namun masih dapat mencapai tujuan yang diinginkan); (2) Fleksibilitas. Sistem *surveilans* dapat menyesuaikan dengan perubahan informasi yang dibutuhkan atau situasi pelaksanaan tanpa disertai peningkatan yang berarti akan kebutuhan biaya, dana, waktu dan tenaga; (3) Akseptabilitas, mencakup kemauan seseorang yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan sistem *surveilans* untuk menyediakan data yang akurat, konsisten, lengkap, dan tepat waktu; (4) Sensitivitas. Sensitivitas sistem *surveilans* dapat dilihat pada dua tingkat yaitu pada tingkat pengumpulan data dan proporsi kasus dari suatu penyakit atau masalah kesehatan yang dideteksi oleh sistem *surveilans*; (5) Nilai prediktif positif merupakan proporsi dari populasi yang diidentifikasi sebagai kasus oleh suatu sistem *surveilans* dan kenyataannya memang kasus; (6) Kerepresentatifan. Suatu sistem *surveilans* yang representatif akan menggambarkan secara akurat kejadian suatu peristiwa kesehatan dalam periode waktu tertentu, distribusi peristiwa tersebut dalam masyarakat menurut tempat dan orang, kerepresentatifan dinilai dengan membandingkan karakteristik dari kejadian-kejadian yang dilaporkan dengan semua kejadian yang ada; dan (7) Ketepatan waktu yang menggambarkan kecepatan atau keterlambatan di antara langkah-langkah dalam suatu

²¹ Departemen Kesehatan RI., (1997), Pedoman untuk menilai sistem *surveilans*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.

sistem *surveilans* dan waktu yang diperlukan untuk mengidentifikasi tren, KLB atau hasil dari tindakan penanggulangan, serta adanya informasi mengenai upaya penanggulangan penyakit baik dalam hal tindakan penanggulangan yang segera dilakukan maupun rencana jangka panjang dari upaya pencegahan.

Keenam, anggaran pembiayaan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan *surveilans*. Anggaran yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* menggunakan sistem penganggaran Permendagri No.13/2006. Pada sistem penganggaran ini berbasis kinerja sehingga dalam setiap aktivitas kegiatan *surveilans* (pengumpulan data, analisis data dan interpretasi data, *feedback* dan diseminasi serta penyidikan kejadian luar biasa dan penanggulangannya) didapatkan pos anggaran. Di samping anggaran dari sisi operasional juga dipikirkan anggaran dari sisi jenis anggaran investasi dan pemeliharaan. Sumber pembiayaan dapat berasal dari anggaran APBN, APBD, PHLN, dan lain-lain. Untuk sistem pengelolaan anggaran: pusat dengan APBN, propinsi dengan dekonsentrasi dan APBD; kabupaten kota: DAK tugas pembantuan dan APBD kabupaten/kota. Permasalahan yang dihadapi di lapangan antara lain: proporsi anggaran yang ada tidak sesuai atau tidak mencukupi. Anggaran yang diajukan cenderung untuk investasi, bukan operasional untuk mendukung kegiatan secara langsung. Mobilisasi anggaran bersumber pada APBN dibatasi oleh regulasi yang ada. Sumber daya anggaran yang ada ternyata belum terintegrasi antara satu dengan yang lainnya.

Kesimpulan akhir adalah kegiatan *surveilans* epidemiologi belum dapat optimal akibat kelemahan sumber daya yang dimiliki serta proses pelaksanaannya.

Konteks desentralisasi

Situasi yang ada di *surveilans* ini menimbulkan pertanyaan besar mengenai mengapa keadaan ini dapat terjadi? Secara teknis, kegiatan *surveilans* epidemiologi sudah jelas. *Surveilans* merupakan kegiatan yang bersifat global dan Indonesia harus mengikuti *International Health Regulation*²² untuk *surveilans*. Secara hukum dasar kegiatan *surveilans* sudah sangat kuat karena mengacu pada UU No.4/1984 tentang Wabah Penyakit Menular; Kepmenkes No.1116/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan; dan Kepmenkes No.1479/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular.

Di samping itu pada awal tahun 2000-an, Departemen Kesehatan melakukan proyek ICDC yang salah satu kegiatannya adalah penguatan *surveilans*. Proyek sangat besar ini menghasilkan berbagai hal baik termasuk *surveilans* dengan pembentukan PEST dan DEST. Namun setelah proyek selesai, kegiatannya praktis tidak berjalan lagi di propinsi-propinsi proyek secara maksimal, kecuali di Propinsi Sulawesi Tengah yang terus melakukan dengan dukungan dana dari proyek lain seperti DHS.

²² Indonesia harus menyiapkan *National Focal Point* (NFP) untuk *International Health Regulation* 2005 (IHR-2005) dan Kajian Hukum IHR-2005

Dipandang dari sudut desentralisasi dan hukum perundangan memang menarik. Dasar hukumnya adalah undang-undang dan langsung kedua Kepmenkes (Kepmenkes No.1479/Menkes/SK/X/2003 dan Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003). Dari hasil pelatihan mengenai *surveilans* KIA oleh Proyek DHS-1 di Yogyakarta pada awal tahun 2007, pengamatan menunjukkan sebagian besar peserta tidak mengetahui adanya dan isi kedua Kepmenkes tersebut. Mengapa demikian? Kepmenkes yang menjadi petunjuk teknis operasional dari departemen menjadi sebuah tindakan nyata di lapangan ternyata tidak dikenal. Ada pendapat dari salah satu peserta daerah menyatakan bahwa “Kepmenkes tidak berlaku di era desentralisasi, jadi kami tidak bisa memakainya”.

Pendapat ini menarik karena menunjukkan adanya masalah dalam sosialisasi kebijakan nasional yang bersifat teknis dalam wujud Kepmenkes. Dalam hal ini memang ada masalah besar yang timbul. Ada kemungkinan pemda merasa bahwa urusan *surveilans* adalah urusan pemerintah pusat, sehingga pemda tidak memprioritaskan program *surveilans* dan menganggap *surveilans* tidak terlalu penting. Persepsi pemda seperti ini yang menjadikan alokasi anggaran untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* sangat rendah.

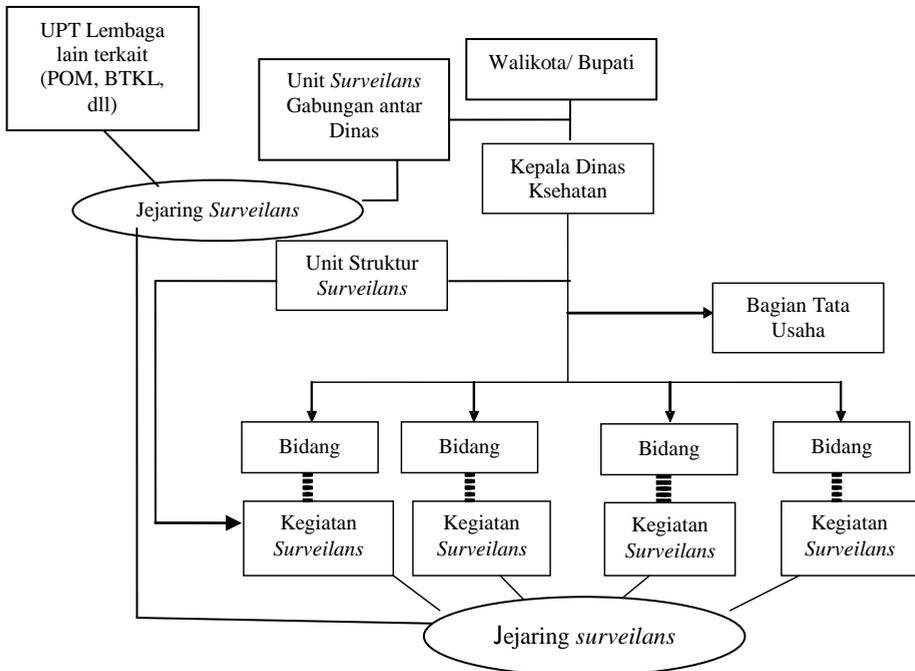
Adanya undang-undang dan dua Kepmenkes tanpa ada perda yang memayungi merupakan bukti bahwa dasar hukumnya lebih banyak pada aturan nasional. Peraturan-peraturan yang ada di pusat belum tersosialisasikan sampai ke daerah (seperti peraturan Kepmenkes No.1479/Menkes/SK/X/2003 dan Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003). Di samping peraturan yang ada di

pusat diperlukan juga perda yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans*. Perlunya perda ini terkait dengan kemajemukan yang terjadi antara daerah satu dengan daerah yang lainnya.

Dari sudut anggaran juga terlihat bahwa alokasi anggaran pemda untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* sangat rendah. Keadaan ini terkait dengan belum disadarinya arti dan manfaat data yang dihasilkan dari sistem *surveilans*. Jika pelaksana *surveilans* dapat meyakinkan pemda akan penting dan manfaatnya sistem *surveilans*, serta pelaksanaan *surveilans* yang benar dapat mendeteksi terjadinya KLB, sehingga KLB cepat ditanggulangi dan kerugian penderitaan masyarakat dapat dihindari. Tidak berjalannya PEST dan DEST setelah proyek ICDC selesai juga karena tidak ada komitmen pemda untuk membiayai *surveilans*. Sementara itu, pemerintah pusat khususnya Ditjen P2PL memberikan alokasi dana yang cukup besar untuk kegiatan *surveilans* termasuk di daerah melalui Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL) Departemen Kesehatan.

Jika dicermati, isi Kepmenkes menekankan mengenai keaktifan daerah dalam melakukan *surveilans*. Di dalam Kepmenkes tersebut dijabarkan bahwa tujuan dibentuknya sistem *surveilans* epidemiologi adalah tersedianya data dan informasi epidemiologi sebagai dasar manajemen kesehatan untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan dan peningkatan kewaspadaan serta respon kejadian luar biasa yang cepat dan tepat secara nasional, propinsi dan kabupaten/kota dalam Menuju Indonesia Sehat 2010. Namun, penyelenggaraan sistem *surveilans* epidemiologi masalah kesehatan

belum didukung advokasi, peraturan perundang-undangan, sarana dan anggaran di pemda.

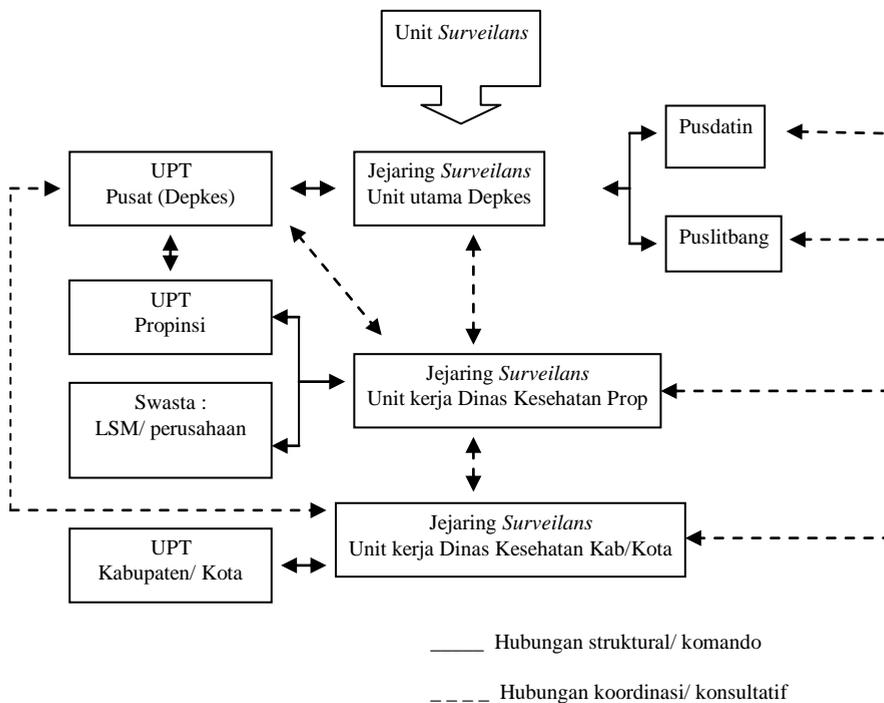


Gambar 1.3.1 Kedudukan Unit Struktural *Surveilans* dalam Struktur Organisasi di Dinas Kesehatan

Dukungan regulasi daerah yang tidak mantap menyebabkan tidak berjalannya Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/2003²³ tentang perlunya membentuk jejaring *surveilans* epidemiologi antara unit-unit *surveilans* dengan sumber data, antara unit-unit *surveilans* dengan pusat penelitian dan kajian, program intervensi kesehatan dan unit *surveilans* lainnya. Di dalam Kepmenkes tersebut di dinas kesehatan

²³ Departemen Kesehatan RI, (2004) Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1116/MENKES/SK/VIII/2003: Tentang Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan, Dirjen Pemberantasan Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.

diharapkan ada unit untuk pelaksanaan *surveilans*, bahkan disebutkan sampai ke level UPT dinas.



Gambar 1.3.2 Jejaring *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan dengan Pemerintah Pusat

Dalam konteks sistem data ke pusat Kepmenkes belum berjalan. Dalam Kepmenkes tergambar skema jejaring sistem *surveilans* epidemiologi kesehatan di antara unit-unit utama di Departemen Kesehatan, UPT di Departemen Kesehatan sampai kepada UPT di kabupaten/kota. Unit *surveilans* yang dimaksudkan dalam skema di atas adalah suatu unit atau sekelompok orang pada suatu lembaga pemerintah atau swasta yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan *surveilans* terpadu pada lembaga yang dimaksud.

Masing-masing unit *surveilans* mempunyai peran khusus dalam penyelenggaraan *surveilans* masalah kesehatan yang selanjutnya peran tersebut diformulasikan sebagai kegiatan teknis *surveilans* masing-masing program. Kegiatan teknis *surveilans* ini saling mempengaruhi antara satu program dengan yang lainnya di dalam jejaring *surveilans*.

Kenyataan pelaksanaan sistem *surveilans* memang masih jauh dari ideal (standar Departemen Kesehatan RI). Idealnya sistem *surveilans* yang ada di dinas kesehatan tidak bernaung di salah satu bidang melainkan terintegrasi di antara bidang-bidang di dinas kesehatan. *Surveilans* yang ada tidak hanya *surveilans* penyakit tetapi di bidang lain terdapat juga *surveilans* gizi buruk, *surveilans* KIA.

Beranjak dari permasalahan ini perlu dikembangkan jejaring unit *surveilans* di masing-masing bidang, sehingga terjalin sinergisme kerja sama antar bidang dalam pelaksanaan kegiatan *surveilans*. Suatu sistem *surveilans* epidemiologi perlu dibentuk jejaring *surveilans* epidemiologi yang terdiri dari:

1. Jaringan kerja sama antara unit-unit *surveilans* dengan penyelenggara pelayanan kesehatan, laboratorium dan unit penunjang lainnya.
2. Jaringan kerja sama unit-unit *surveilans* epidemiologi dengan pusat-pusat penelitian dan kajian, program intervensi kesehatan dan unit-unit *surveilans* lainnya.
3. Jaringan kerja sama unit-unit *surveilans* epidemiologi antara kabupaten/kota, propinsi dan nasional.
4. Jaringan kerja sama unit *surveilans* dengan berbagai sektor terkait nasional, bilateral negara, regional, dan internasional.

Bagaimana ke depannya?

Kehadiran PP No.38/2007 yang salah satu isinya mengatur mengenai wewenang pemerintah pusat dan daerah dalam pengelolaan dan penyelenggaraan sistem *surveilans*. Kehadiran PP No.38/2007 menjadi jembatan yang baik mengenai pengelolaan dan penyelenggaraan sistem *surveilans* karena dapat meneguhkan standar dan uniformitas sistem *surveilans* baik di tingkat pusat maupun daerah, menegaskan implementasi *surveilans* di era desentralisasi, memperhatikan kondisi spesifik lokal, dan dapat meningkatkan *compliance* dalam sistem *surveilans*.

WHO²⁴ mengajukan beberapa rekomendasi: integrasikan beberapa *surveilans* penyakit khusus; bentuk badan koordinasi kegiatan *surveilans* di tingkat pusat dan propinsi; kaji ulang penyakit-penyakit prioritas, melibatkan klinisi, ahli mikrobiologi dan epidemiologi; membagi peran *surveilans* dalam sistem informasi kesehatan nasional dengan semua pihak yang berkepentingan; mengembangkan peranan laboratorium dalam *surveilans*; mengembangkan umpan balik dan supervisi efektif; implementasikan rencana kesiapan respon terhadap wabah di semua tingkat pelayanan; serta mengimplementasikan pelatihan berkesinambungan.

Adanya rekomendasi dari WHO perlu ditindaklanjuti dan direspon guna perbaikan sistem *surveilans* yang ada di lapangan. Dirasakan kurang pentingnya program *surveilans* sehingga rekomendasi yang ada tidak dilanjutkan dengan implementasi-

²⁴ WHO (2004). WHO *Comprehensive Assessment of the National Disease Surveilans in Indonesia*.

implementasi baik di pusat maupun di daerah. Tindak lanjut yang dilaksanakan dapat berupa perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan baik di level puskesmas maupun dinas kesehatan, penggalangan komitmen untuk pmda menyediakan anggaran pelaksanaan sistem *surveilans*, penyediaan dana sewaktu-waktu jika terjadi kejadian luar biasa, dan perbaikan sistem organisasi *surveilans*.

Peran sistem *surveilans* untuk deteksi dini KLB seharusnya perlu ditingkatkan sehingga peran sebagai respon sistem dapat bekerja dengan baik. Pada pelaksanaan sistem *surveilans*-respon, sistem tidak berjalan dengan baik. Dalam konteks desentralisasi, kegiatan *surveilans* merupakan kegiatan bersama antara pemerintah pusat dan daerah. Namun sistem *surveilans* memang sistem yang dirancang terpusat.

Isu-isu penting dalam pengembangan *surveilans* di masa mendatang adalah dasar akademik yang mantap dan sebaiknya *surveilans* harus terkait dengan respon; dukungan sistem informatika, tersedianya penganggaran *surveilans* dari berbagai sumber; dukungan regulasi, dan adanya perbaikan struktur organisasi *surveilans* di daerah dan pusat.

Penggunaan prinsip *surveilans*-respon

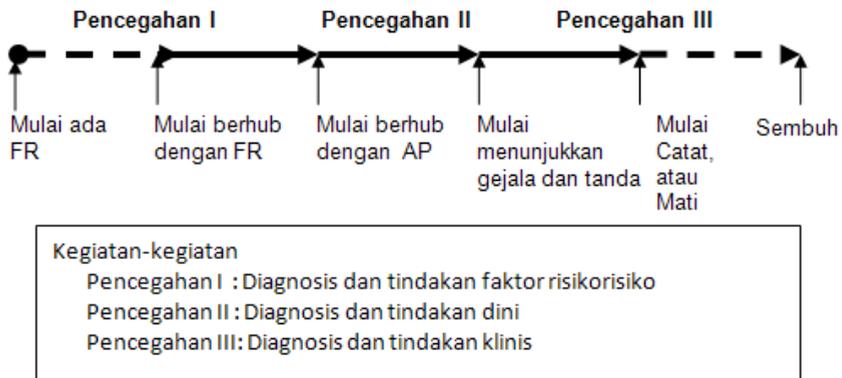
Salah satu hal penting dalam masa depan *surveilans* adalah penggunaan prinsip *surveilans* yang dihubungkan dengan respon. Berdasarkan analisis situasi saat ini, sebagai salah satu hal penting dalam pengembangan *surveilans*, perlu ditegaskan bahwa *surveilans* bukan hanya urusan kelompok yang mengurus penyakit menular.

Surveilans tidak terbatas pada tugas epidemiolog, namun juga menjadi tugas para manajer dan pengambil keputusan untuk melaksanakan. Kesan ini muncul karena di Indonesia *surveilans* secara tradisi berada pada Dirjen P2M dan Seksi P2 di dinas kesehatan. Hal ini perlu diperbaiki. Bagian ini akan membahas secara rinci dengan dasar pemahaman mengenai perjalanan alamiah penyakit. Dipandang dari sudut pemberian pelayanan kesehatan ada dua macam pelayanan kesehatan, yaitu Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PKM). PKP terdiri dari kegiatan mendiagnosis status kesehatan seseorang dan melakukan tindakan yang sesuai dengan memperbaiki status kesehatan orang tersebut. Tindakan sesuai sebagai respon terhadap *surveilans* ini juga diawasi dengan ketat pemberiannya.

Seperti yang digambarkan pada diagram perjalanan alamiah penyakit di bawah ini ada beberapa kemungkinan diagnosis status kesehatan seseorang:

1. Belum berhubungan dengan faktor risiko (= faktor yang meningkatkan pemaparan atau kerentanan penjamu terhadap agen penyakit),
2. Sudah berhubungan dengan faktor risiko tetapi belum berhubungan dengan agen penyakit,
3. Sudah berhubungan dengan agen penyakit tetapi belum menunjukkan tanda dan gejala penyakit,
4. Sudah menunjukkan tanda dan gejala klinis dari penyakit yang bersangkutan, dan

5. Akhir dari perjalanan penyakit berupa kesembuhan, kecacatan atau kematian. Kecacatan yang bisa direhabilitasi dapat juga berakhir dengan kesembuhan.



Gambar 1.3.3 Perjalanan Alamiah Penyakit

Titik-titik status kesehatan pada Gambar 1.3.3 diawali dengan kata "mulai" karena status kesehatan yang dapat dideteksi petugas kesehatan tergantung pada saat seseorang menemui petugas kesehatan, kemampuan petugas mendeteksi status kesehatan dan kemampuan teknologi pendeteksian kasus. Makin awal diagnosis dapat dibuat di salah satu tahap perjalanan makin awal tindakan dapat diberikan untuk mencegah perkembangan penyakit ke tahap berikutnya. Keadaan "gawat" terjadi bila status kesehatan seseorang berada dekat dengan bagian akhir dari suatu tahap perjalanan penyakit.

Diagnosis status kesehatan masyarakat untuk suatu penyakit pada PKM dibuat berdasarkan kumpulan (agregat) data diagnosis status kesehatan perorangan pada PKP. Menurut undang-undang, petugas kesehatan yang memberikan pelayanan PKP wajib

melaporkan status kesehatan perorangan yang berkaitan dengan penyakit-penyakit tertentu kepada dinas kesehatan kabupaten/ota, untuk membedakan dengan dinas kesehatan propinsi). Seksi *surveilans* atau UPS dinas kesehatan kemudian meringkas data ini menjadi angka peringkasan (misalnya rerata, angka rata-rata) dan gambar peringkasan (misalnya peta tunjuk, gambar batang). Kegiatan mengumpulkan, menganalisis dan menafsirkan kumpulan data status kesehatan perorangan yang wajib dilaporkan petugas kesehatan ini dinamakan *surveilans* pasif.

Angka dan gambar peringkasan ini menunjukkan diagnosis status kesehatan masyarakat. Diagnosis status kesehatan masyarakat untuk penyakit-penyakit tidak menular juga bisa dibuat berdasarkan data sekunder dari instansi-instansi lain (misalnya: rumahsakit, biro statistik, laboratorium, apotek).

Seperti pada PKP status kesehatan masyarakat juga ada yang "gawat", yaitu yang berkaitan dengan penyakit-penyakit prioritas, dan juga bisa "darurat", yaitu jika status-status kesehatan penyakit prioritas tersebut memburuk dengan mencolok pada saat-saat tertentu, di tempat-tempat tertentu atau pada kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Untuk menangani penyakit-penyakit prioritas dinas kesehatan mengadakan *surveilans* aktif, yang terdiri dari kegiatan-kegiatan:

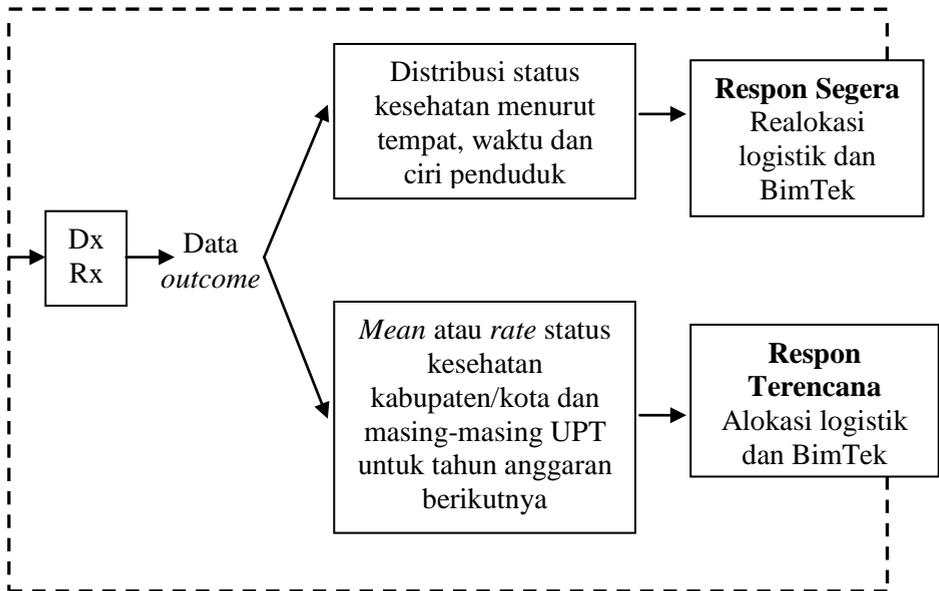
1. Mengkoordinasi petugas-petugas kesehatan PKP untuk mengumpulkan data status kesehatan yang berkaitan dengan penyakit-penyakit prioritas,
2. Mengkonfirmasi kasus-kasus (orang-orang dengan status kesehatan tersebut) yang dideteksi petugas kesehatan,

3. Menganalisis dan menafsirkan data status kesehatan,
4. Mengadakan respon terencana untuk mencegah memburuknya status-status kesehatan yang terkait dengan penyakit-penyakit prioritas tersebut di wilayah kerjanya, dan
5. Mengkoordinasi respon segera jika keadaannya ”darurat”.

Selain berdasarkan data *surveilans* pasif, German dkk²⁵ menyebutkan parameter-parameter lain untuk menetapkan penyakit-penyakit prioritas/gawat, antara lain: indeks-indeks berat/ringan penyakit (misalnya: jumlah hari tidak bisa bangun dari tempat tidur, angka rawat inap); kesenjangan atau ketidakadilan yang terkait dengan kejadian penyakit; biaya-biaya yang terkait dengan kejadian penyakit; dapat tidaknya dicegah; potensi perjalanan penyakit jika tidak diintervensi (misalnya: vaksinasi TB), dan keprihatinan masyarakat.

Antara PKP dan PKM selain ada kesamaan (antara lain: *surveilans* dilakukan pada keadaan ”gawat”) mereka juga saling berhubungan, karena respon pada PKM juga terdiri dari kegiatan mendiagnosis dan memberi tindakan kepada perorangan-perorangan anggota masyarakat.

²⁵ German R.R. dkk. (2001). Update Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Available: <http://www.cdc.gov/search.htm> Diakses pada 1 Desember 2007



Gambar 1.3.4 Hubungan PKP dan PKM

Perbedaannya, pada PKM, dinas kesehatan mengalokasi/merealokasi sumber daya dan melakukan bimbingan teknis kepada instansi-instansi dan petugas-petugas yang memberikan PKP (swasta dan pemerintah) untuk penyakit-penyakit prioritas. Selain itu, dinas kesehatan mengkoordinasi petugas-petugas PKP supaya memberi pelayanan kesehatan pada semua tahap perjalanan alamiah penyakit.

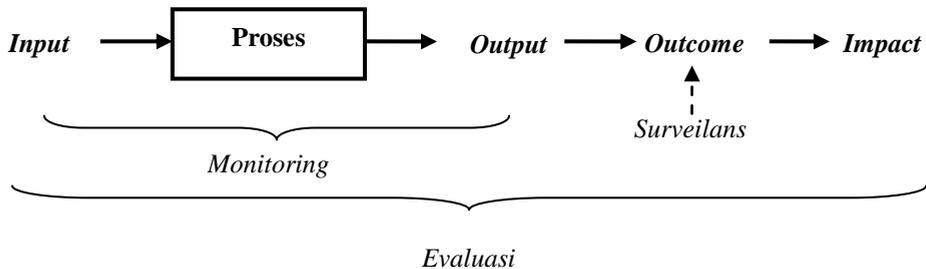
Surveilans kesehatan masyarakat

Definisi *surveilans* kesehatan masyarakat yang praktis ialah definisi dari Thracker & Berkelman (McNabb, dkk., 2002)²⁶ adalah pengumpulan, analisis, dan penafsiran data *outcome specific* secara terus-menerus dan sistematis untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi praktik kesehatan masyarakat. Konsekuensi dari penggunaan definisi ini ialah: pemahaman data *outcome-specific* = data status kesehatan masyarakat.

Outcome yang spesifik dari suatu penyakit atau dari tindakan, adalah “semua akibat yang mungkin timbul dari pemaparan terhadap suatu faktor penyebab atau dari intervensi pencegahan atau pengobatan; semua perubahan yang teridentifikasi dalam status kesehatan yang timbul sebagai akibat dari penanganan suatu masalah kesehatan”.

Jika “penanganan suatu masalah kesehatan” atau “praktik kesehatan masyarakat” dengan/tanpa “intervensi-intervensi pencegahan atau pengobatan” digambarkan sebagai suatu sistem akan terlihat sisi pemberian PKM oleh dinas kesehatan (berupa *input*, proses dan *output*) dan sisi penerimaan PKM oleh masyarakat (berupa *outcome* dan *impact* yang dialami). Pada bagan di bawah ini dapat diperlihatkan perbedaan antara *monitoring*, *surveilans* dan evaluasi.

²⁶ McNabb, S., dkk. (2002), *Conceptual Framework of Public Health Surveillance and Action and Its Application in Health Sector Reform*. Available: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/2>, Diakses pada 1 Desember 2007.



Gambar 1.3.5 *Monitoring, Evaluasi Program dan Surveilans Kesehatan*

Pengumpulan, analisis dan penafsiran data secara terus-menerus dan sistematis hanya dapat dilakukan di sarana pemberian pelayanan kesehatan (rumahsakit, puskesmas, tempat praktik swasta, dan sebagainya) yang dilayani oleh petugas kesehatan yang mampu mengumpulkan data secara sistematis (dengan metode yang baku) dan di dinas kesehatan yang mempunyai unit yang mampu menganalisis dan menafsir data tersebut.

Surveilans kesehatan masyarakat hanya berguna jika dikaitkan dengan respon, membentuk sistem-sistem *Surveilans*-respon (Sistem S-R) atau program-program pengendalian penyakit-penyakit prioritas, masing-masing untuk mengendalikan suatu penyakit prioritas spesifik.

Pemahaman mengenai *surveilans* ini dapat dibahas dari Kepmenkes No.1116/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan dan Kepmenkes No.1479/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu.

Surveilans epidemiologi adalah: "...kegiatan analisis secara sistematis dan terus-menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan”.

Walaupun tidak secara nyata menggunakan istilah data *outcome specific* informasi epidemiologi yang disebarkan kepada penyelenggara program kesehatan pasti merupakan informasi tentang distribusi frekuensi dari kasus yang didiagnosis berfaktor risiko, kasus yang didiagnosis dini atau kasus yang didiagnosis klinis. Untuk membuat rencana tahunan penyelenggara program juga memerlukan *mean* atau *rate* dari kasus-kasus tersebut. Informasi tentang hubungan sebab-akibat dengan faktor risiko, agen penyakit atau intervensi tidak akan termasuk di dalam kegiatan analisis yang terus-menerus karena dilakukan secara sistematis dan terus-menerus data *surveilans* kesehatan masyarakat selalu dikumpulkan oleh petugas kesehatan yang mampu mendiagnosis di sarana kesehatan (*facility based*) dan dianalisis oleh petugas kesehatan yang mampu menganalisis data di dinas kesehatan.

Menurut WHO (2004) sistem *surveilans* dan respon lebih dari sekedar jejaring/kemitraan dan aliran data antara tingkat-tingkat administratif. Kerangka konsep yang lengkap dari Sistem S-R ini adalah sebagai berikut:



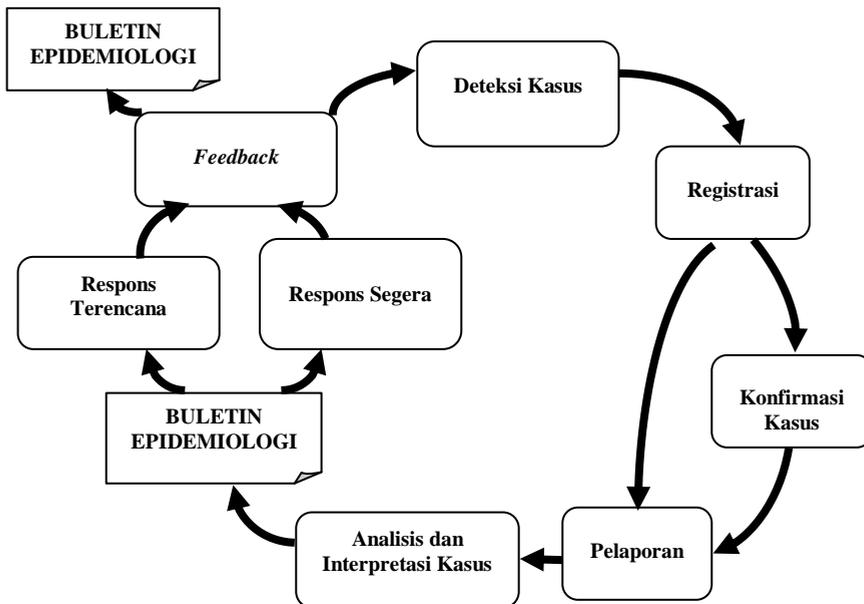
Gambar 1.3.6 Konsep Sistem Surveilans-Respon Menurut WHO

Quadrant (Q) kanan-atas berisi delapan Fungsi Pokok Sistem S-R. McNabb, dkk (2002)³¹ memberi keterangan untuk masing-masing fungsi tersebut sebagai berikut:

1. Deteksi kasus: biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan di sarana pelayanan kesehatan.
2. Registrasi: pencatatan di rekam kesehatan masyarakat dan pemberitahuan.
3. Konfirmasi epidemiologis atau/dan laboratoris.
4. Pelaporan: data *surveilans* yang dikumpulkan di sarana pelayanan kesehatan diteruskan ke tingkat-tingkat administratif yang lebih tinggi.

5. Analisis dan interpretasi data di tingkat administratif yang membuat keputusan. Hasil analisis data (berupa angka dan gambar peringkasan) diinterpretasi menjadi info dan dikomunikasikan dalam bentuk pesan-pesan.
6. Kesiapan menghadapi wabah.
7. Respon dan pengendalian.
8. *Feedback*: penyampaian informasi dan pesan-pesan ke tingkat-tingkat administratif yang lebih rendah.

Secara lebih rinci, fungsi-fungsi pokok surveilans dapat dilihat pada Gambar 1.3.7 di bawah ini.



Gambar 1.3.7 Langkah-langkah *Surveilans-Respon*

McNabb dkk. (2002)³¹ mengganti fungsi-fungsi No.6 dan 7 menjadi respon segera dan respon terencana. Penggantian ini cocok untuk sistem *Surveilans*-respon penyakit-penyakit menular maupun yang tidak menular. Respon segera berupa koreksi terhadap program pengendalian penyakit yang sedang berjalan, atau pengadaan program pengendalian penyakit-penyakit yang baru muncul atau muncul kembali. Adapun respon terencana berupa program pengendalian penyakit tahun anggaran berikut. Fungsi-fungsi pokok ini dapat diterapkan sebagai berikut: kasus dideteksi dan data direkam dalam rekam kesehatan masyarakat (kesmas) oleh petugas fungsional (dokter, bidan, perawat, apoteker, petugas kesehatan lingkungan, dan sebagainya) di berbagai unit pelayanan (rumahsakit, puskesmas, pustu, posyandu, polindes, praktik swasta, dan sebagainya); kasus dikonfirmasi secara epidemiologis oleh sistem di lembaga pelayanan, oleh dinas kesehatan atau oleh tim khusus yang dibentuk. Untuk konfirmasi secara laboratoris dinas kesehatan dapat bekerja sama dengan laboratorium yang reliabel. Pelaporan, analisis dan interpretasi, serta *feedback* dilakukan oleh suatu unit khusus (UPS) yang dibentuk oleh dinas kesehatan propinsi, kabupaten/kota, dan Departemen Kesehatan untuk mendukung pelaksanaan fungsi-fungsi pokok. Respon segera dan terencana dilaksanakan oleh UPT yang bersangkutan dan/atau instansi yang lebih tinggi tingkatannya tergantung strategi Sistem S-R yang dipakai.

Q kanan-bawah berisi Fungsi-Fungsi Pendukung Sistem S-R (yaitu: perumusan protap dan petunjuk *surveilans*, pelatihan, supervisi, komunikasi, logistik, dan, koordinasi). Fungsi-fungsi ini

dilaksanakan oleh staf UPS yang juga melaksanakan fungsi-fungsi pokok No.4, 5, dan 8.

Q kiri-bawah memperlihatkan kriteria mutu *surveilans*, yaitu kecepatan, kelengkapan, kegunaan, sensitivitas, spesifisitas, fleksibilitas, kesederhanaan, akseptabilitas, reliabilitas, nilai prediksi positif, dan keterwakilan. Keterangan dari masing-masing kriteria diberikan oleh Klaucke, dkk.²⁷ dan German, dkk.³⁰

Q kiri-atas menunjukkan struktur yang mengatur *surveilans*, yaitu perundang-undangan, legislasi dan peraturan-peraturan; *International Health Regulations* (IHR); strategi *surveilans*; aliran data antar tingkat administratif; jejaring dan kemitraan.

Merancang sistem *surveilans*-respon

Ada tiga langkah merancang suatu Sistem S-R yaitu: (1) menetapkan penyakit prioritas berdasarkan kriteria tertentu (misalnya, parameter-parameter yang diusulkan oleh German, dkk²⁹); (2) mengidentifikasi program pengendalian penyakit tersebut dan variabel-variabel *output*-nya; (3) merumuskan protap yang berisi keterangan tentang siapa dan dimana, kapan, cara dan sumber daya dari setiap fungsi pokok *surveilans*. Dalam Sistem S-R ini perlu untuk merumuskan *Plan of Action* (PoA) UPS Sistem S-R yang bersangkutan, yaitu: tetapkan kriteria mutu *surveilans* yang ingin dicapai; susun strategi (upaya merealisasi) Sistem S-R tersebut; dan,

²⁷ Klaucke, D.N., dkk. (1988). Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Diperoleh dari: <http://www.cdc.gov/search.htm>, Diakses pada 1 Desember 2007.

buat rencana (lengkap dengan anggaran) pelaksanaan Sistem S-R tersebut.

Dalam menjalankan *surveilans-respon* ini perlu dukungan dari sebuah unit pendukung. UPS respon yang efektif diharapkan dapat membantu sistem-sistem S-R untuk memenuhi kriteria mutu dan mematuhi struktur yang mengaturnya. Sistem S-R yang bermutu dan sesuai struktur diperlukan untuk keberhasilan pengendalian penyakit. UPS merupakan suatu unit teknostruktur yang mempunyai wewenang memberi saran dan melakukan tugas-tugas khusus untuk unit-unit lini. Sebagaimana unit-unit teknostruktur yang lain (misalnya: unit litbang, unit perencanaan, unit pengembangan SDM), UPS terdiri dari para analis (ahli epidemiologi, biostatistik, metode penelitian, dan lain sebagainya) yang bertugas membuat manual pelaksanaan *surveilans-respon* dan membantu organisasi menyesuaikan dengan lingkungan (perubahan faktor risiko, agen penyakit, penjamu dan teknologi).

Secara keseluruhan, untuk mengembangkan kegiatan *surveilans* di daerah perlu berbagai pengembangan, antara lain sistem informasi kesehatan, tersedianya anggaran, dukungan sistem peraturan hukum.

Pengembangan sistem informasi kesehatan

Sistem *surveilans* dapat berjalan dengan efektif jika didukung dengan sistem informasi. WHO mengkategorikan sistem informatika kesehatan dalam lima subsistem yang saling terkait: *surveilans* epidemiologis (untuk penyakit menular dan tidak menular, kondisi lingkungan dan faktor risiko). Pelaporan rutin dari puskesmas,

rumahsakit, laboratorium kesehatan daerah, gudang farmasi, praktik swasta. Pelaporan program khusus, seperti TB, lepra, malaria, KIA, imunisasi, HIV/AIDS yang biasanya bersifat vertikal. Sistem administratif meliputi sistem pembiayaan, keuangan, sistem kepegawaian, obat dan logistik, program pelatihan, penelitian,, serta pencatatan vital, baik kelahiran, kematian maupun migrasi²⁸.

Agar pelaksanaan kegiatan *surveilans* dapat berjalan dengan baik diperlukan analisis kebutuhan untuk sistem informasi. Beberapa analisis kebutuhan sistem informasi kaitannya dengan penyelenggaraan sistem *surveilans*.

1. Kebutuhan perangkat keras

Kebutuhan perangkat keras akan sangat tergantung dengan beban aktivitas yang dilakukan serta tingkat kebutuhannya. Komputer-komputer tersebut sebaiknya terhubung dengan jaringan *Local Area Network* (LAN) untuk memudahkan integrasi dan pertukaran informasi. Spesifikasi minimal yang disarankan adalah komputer untuk *server* (*Prosesor Intel* (R) Pentium(R) 4 CPU 3.20GHz atau yang setara, *Cache* 1024 KB, RAM 1 GB RAM, *Harddisk* 80 GB). Komputer untuk *workstation/clients* (*Prosesor Intel* Pentium III keatas, RAM 256 MB, *Harddisk* 40 GB, *Ethernet Network Card* 10/100, *CD Writer*).

2. Kebutuhan perangkat lunak

²⁸ WHO, (2000), *Design and Implementation of Health Information Sistem*, Geneva.

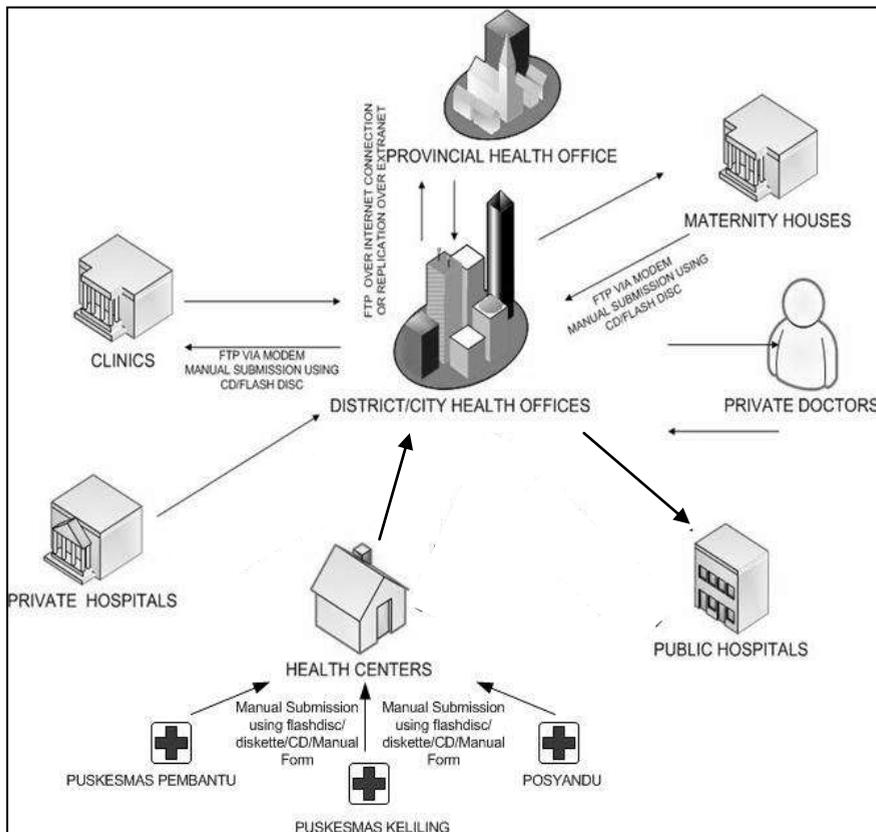
Kebutuhan perangkat lunak bervariasi. Perangkat lunak yang terutama digunakan untuk analisis data dari kegiatan *surveilans* memerlukan perangkat lunak yang didesain mampu melakukan analisis epidemiologi dengan statistik tingkat lanjut. Perangkat lunak yang banyak digunakan dan terbukti handal untuk analisis epidemiologi adalah EpiInfo²⁹. Perangkat lunak ini dikembangkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) yang dapat digunakan secara gratis (*public domain*). Perangkat lunak ini sekarang tersedia dalam versi *Windows* dengan tampilan yang *user friendly*. Melalui program ini, kita dapat membuat: kuesioner/formulir elektronik, *entry data*, analisis data (baik statistik deskriptif maupun inferensial, grafik maupun peta), membuat peta (dalam bentuk *shapefile*) serta menghubungkannya dengan *database*, membuat model laporan (*report*) menggunakan *epireport*, kustomisasi menu dalam bentuk aplikasi independen.

Kelebihan lain dari *EpiInfo* adalah menyediakan fasilitas untuk mengedit menu, sehingga dapat menghasilkan program aplikasi untuk tujuan khusus. Di Afrika Selatan, misalnya, *EpiInfo* digunakan untuk *surveilans* TB (*Electronic TB Register*). Untuk aktivitas diseminasi dan *feedback* dari kegiatan *surveilans*, salah satu metodenya adalah dengan mempergunakan buletin epidemiologi. Di samping dalam wujud tercetak, buletin epidemiologi juga dapat diakses secara *online* melalui situs *web*.

²⁹ CDC, (1989), *Current Statistical Issues in Public Health Surveillance*, CDC, Atlanta

3. Jaringan *Local Area Network*

Sistem *surveilans* kedepannya memanfaatkan fasilitas perangkat jaringan LAN. Perangkat yang dibutuhkan untuk fasilitas LAN antara lain: hubungan 16 port 10/100 Mbps, Kabel UTP merk Belden, Konektor UTP *Climping (Tang Connector)*. Secara Diagramatis rencana ke depan mekanisme komunikasi sistem informasi kesehatan terpadu yang mendukung kegiatan *surveilans* dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.3.8 Mekanisme Komunikasi Sistem Informasi Kesehatan dalam Penyelenggaraan Sistem *Surveilans*

Tersedianya anggaran

Terlaksananya penyelenggaraan sistem *surveilans* tidak lepas dari sistem penganggaran. Suatu sistem yang berjalan membutuhkan anggaran untuk operasional pelaksanaannya. Sistem penganggaran untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* sebaiknya menggunakan dana dari APBD bagi daerah mampu atau APBN bagi yang tidak mampu. Dalam penyusunan anggaran tidak bisa terlepas dari proses analisis biaya kesehatan yang merupakan acuan penting dalam proses penyusunan anggaran. Suatu anggaran dinas kesehatan harus selalu mengacu pada analisis biaya yang dilakukan. Apabila anggaran yang dibuat tidak mengacu pada suatu kajian analisis biaya maka dipastikan anggaran tersebut akan bersifat bias. Ada kemungkinan antara biaya yang dianggarkan dan realisasinya jauh berbeda atau program atau tindakan maupun aktivitas yang yang direncanakan tidak sesuai dengan realisasinya, dan hal ini berakibat pada indikator pencapaian hasil yang lebih baik tidak akan terwujud dan sesuatu yang menjadi visi pun tidak akan terwujud seperti yang direncanakan semula.

Sistem penganggaran dinas kesehatan ke depannya adalah sistem anggaran berbasis kinerja seperti yang diamanatkan Permendagri No.13/2006³⁰ dan penggantinya. Dalam proses penganggaran kegiatan *surveilans*, hal penting yang harus dilakukan adalah identifikasi aktivitas yang bernilai tambah (*value added activity*) dan pihak yang berkompeten yang perlu dilibatkan.

³⁰ Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia.. (2006). Permendagri No 13/2006: Anggaran Berbasis Kinerja. Jakarta.

Dukungan sistem peraturan hukum

Kelancaran pelaksanaan sistem *surveilans* perlu didukung oleh peraturan-peraturan yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans* di lapangan. Dengan peraturan-peraturan daerah diharapkan pelaksanaan *surveilans* akan jauh lebih baik dari pada keadaan sistem *surveilans* sekarang ini. Jika dilihat dari hasil pelaksanaan sistem *surveilans* yang terjadi saat ini, ditemukan beberapa instansi seperti rumahsakit pemerintah/swasta, poliklinik, rumah bersalin, dokter praktik, dan bidan praktik swasta belum melaksanakan kegiatan pelaporan data ke dinas kesehatan. Berawal dari permasalahan-permasalahan seperti ini maka pelaksanaan sistem *surveilans* perlu didukung dengan sistem peraturan, misal perizinan. Untuk mengikat instansi-instansi pelayanan kesehatan agar bersedia memberi laporan data ke dinas kesehatan perlu adanya peraturan daerah atau peraturan gubernur/bupati/walikota yang mewajibkan instansi pelayanan kesehatan memberi laporan berkala ke dinas kesehatan di wilayah kerjanya. Di samping itu, perlu sanksi yang tegas terhadap tenaga atau lembaga pelayanan kesehatan yang tidak memberikan laporan ke dinas kesehatan. Salah satu sanksi yang dilakukan adalah pencabutan izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Peraturan-peraturan yang terkait dengan *surveilans* masih belum banyak mengatur sampai dengan permasalahan di daerah dan pedoman-pedoman yang ada di pusat juga belum tersosialisasikan sampai ke daerah maupun instansi terkait. Banyaknya permasalahan-permasalahan *surveilans* yang perlu diadopsi oleh daerah untuk menindaklanjutinya dalam bentuk *local specific regulation*. Oleh

karena itu, tugas dan fungsi dinas kesehatan sebagai lembaga teknis yang menangani masalah *surveilans* bersama bagian hukum pemda untuk menyusun suatu peraturan perundang-undangan. Tim *surveilans* sebagai tenaga teknis di daerah yang lebih memahami permasalahan *surveilans* diharapkan menjadi *programmer* atau perancang regulasi terkait *surveilans* di daerah, sehingga regulasi mengenai *surveilans* bisa menjangkau dari pusat sampai dengan daerah.

Keadaan di lapangan saat ini ditemukan kesulitan-kesulitan dari petugas baik di *internal* dinas kesehatan maupun di luar *internal* dinas kesehatan dalam penyusunan peraturan-peraturan daerah yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan *surveilans*. Berawal dari adanya permasalahan ini, maka diperlukan pendampingan/kemampuan *legal drafting* pada daerah untuk menyusun peraturan-peraturan yang terkait dengan pelaksanaan sistem *surveilans* (*local specific regulation*). Jadi jelas terlihat bahwa peraturan yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan *surveilans* di daerah masih bersifat sentralistik dan belum dituangkan dalam bentuk suatu kebijakan lokal di daerah yang lebih mengikat komponen pelaku yang terkait *surveilans* di daerah. Berpijak dari hal inilah maka daerah wajib menyelenggarakan suatu kajian kebijakan daerah untuk menyusun suatu *legal drafting* dalam bentuk kebijakan daerah (peraturan gubernur/peraturan bupati/peraturan walikota) untuk pelaksanaan sistem *surveilans*.

Dukungan sumber daya manusia

Keberhasilan dan kelancaran kegiatan *surveilans* didukung oleh keadaan sumber daya manusia yang ada. Sumber daya manusia

(SDM) bidang *surveilans* yang seharusnya berada di dinas kesehatan didasarkan pada Kepmenkes No.1116/2003. Tersedianya sumber daya manusia yang cukup diharapkan dapat melaksanakan kegiatan *surveilans* dengan baik. Sumber daya manusia untuk tenaga fungsional epidemiologi di unit *surveilans* berdasarkan Kepmenkes No.1116/2003 adalah sebagai berikut:

1. Unit *surveilans* pusat

- a. Tenaga epidemiologi ahli (S3): 1
- b. Tenaga epidemiologi ahli (S2): 8
- c. Tenaga epidemiologi ahli (S1): 16
- d. Asisten epidemiologi: 32
- e. Dokter umum: 16

2. Unit *surveilans* tingkat propinsi

- a. Tenaga epidemiologi ahli (S2): 1
- b. Tenaga epidemiologi ahli (S1): 2
- c. Asisten epidemiologi: 2
- d. Dokter umum: 1

3. Unit *surveilans* kabupaten/kota

- a. Tenaga epidemiologis ahli (S2): 1 orang
- b. Tenaga epidemiologis ahli (S1) atau asisten epidemiologis: 2 orang
- c. Dokter umum: 1 orang
- d. UPT puskesmas
- e. Asisten epidemiologi 1 orang.

Di samping tersedianya SDM dalam jumlah yang cukup diperlukan juga kemampuan SDM. Salah satu alternatif untuk meningkatkan kemampuan SDM ke depannya di unit *surveilans* dilakukan Pelatihan Epidemiologi Lapangan (PAEL). Tenaga di unit *surveilans* dapat berjalan dengan baik jika didukung dengan sistem insentif untuk petugas *surveilans*. Salah satu insentif yang diberikan kepada petugas *surveilans* di lapangan dapat berupa tunjangan fungsional. Di beberapa daerah saat ini belum ada tunjangan fungsional untuk petugas *surveilans*. Seperti telah dijelaskan di beberapa Kepmenpan No.17/KEP/M.PAN/11/2000 bahwa tenaga epidemiologis merupakan tenaga fungsional yang kariernya dapat berjenjang dan mempunyai tunjangan fungsional.

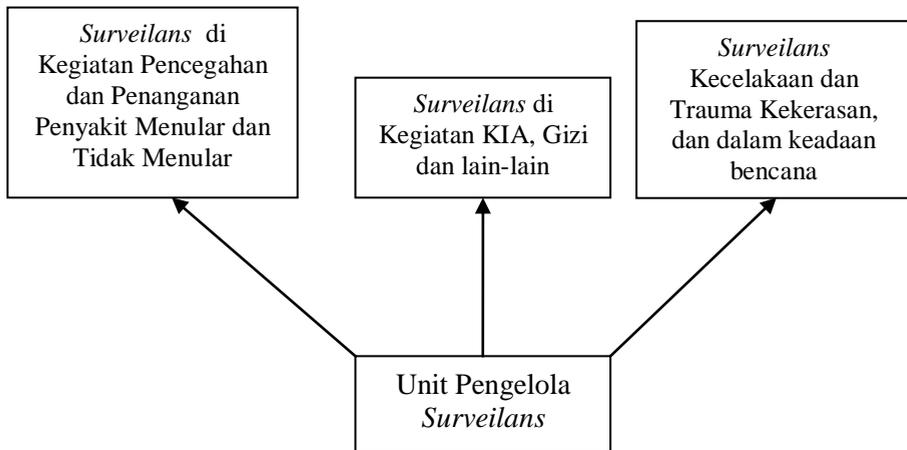
Kedudukan fungsional dan struktur unit surveilans

Pelaksanaan sistem *surveilans* dapat berjalan dengan baik diperlukan pembenahan sistem struktural dan fungsional petugas *surveilans* di lapangan. Langkah ke depannya sistem *surveilans* dibuat suatu struktur organisasi yang jelas mengenai keberadaan unit fungsional *surveilans*. Dicermati dari sudut pandang PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 pemerintah pusat mempunyai wewenang dalam pengelolaan sistem *surveilans*, sedang di pemda baik di tingkat propinsi atau tingkat kabupaten/kota mempunyai wewenang dalam penyelenggaraan sistem *surveilans*. Pembagian wewenang ini memperjelas tentang skenario pelaksanaan sistem *surveilans* dan memberikan solusi dari permasalahan-permasalahan yang terjadi pada pelaksanaan sistem *surveilans* selama ini. Dengan kehadiran peraturan

pemerintah ini diharapkan terjalin sinergis antara pemerintah pusat dan daerah dalam pelaksanaan sistem *surveilans* dan tidak ditemukan kebingungan di daerah dalam pelaksanaan sistem *surveilans*.

PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 memberikan peluang bagi pemda dan pusat dalam hal pelaksanaan sistem *surveilans* yang sinergis. Agar pelaksanaan sistem *surveilans* dapat berjalan sinergis kedepannya sistem *surveilans* diharapkan menjadi unit tersendiri tidak bernaung di salah satu bidang di internal organisasi dinas kesehatan. Walaupun unit sendiri, di tiap bidang yang membutuhkan kegiatan *surveilans* tetap berjalan.

Dengan unit yang tersendiri memungkinkan kemudahan dalam sistem pelaporan data, sistem analisis data, sistem *feedback* dan diseminasi. Selain itu, permasalahan adanya perbedaan data di masing-masing program atau bidang dapat terhindarkan. Di unit ini, tenaga fungsional epidemiolog dapat berfungsi dan mengembangkan kariernya. Unit ini merupakan unit pendukung untuk kegiatan *surveilans* di bidang dalam struktur dinas kesehatan.



Gambar 1.3.9 Konsep Fungsi Unit Pendukung *Surveilans*

Jika di lihat dari sudut masyarakat, dengan unit tersendiri masyarakat mempunyai kemudahan dalam mendapatkan informasi dari hasil pelaksanaan sistem *surveilans*, sehingga ke depannya dalam aspek pencegahan dan penanggulangan KLB atau masalah kesehatan lebih melibatkan peran serta dari masyarakat.

Ada beberapa alternatif kedudukan unit fungsional *surveilans* di struktur organisasi dinas kesehatan antara lain; unit fungsional *surveilans* berada di bawah bidang P2M, unit *surveilans* berada di bawah kepala dinas dalam bentuk tim teknis, unit *surveilans* berada dalam UPT dinas kesehatan, dan unit *surveilans* berada di bawah sekretariat.

Pasca PP No.41/2007 beberapa daerah mengembangkan sistem *surveilans* dari sudut kedudukan unit fungsional *surveilans* antara

lain³¹; Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur menempatkan unit fungsional *surveilans* menjadi UPT dinas kesehatan. Pilihan ini didasarkan pada aktivitas *surveilans* yang tidak saja ada di bidang P2M saja melainkan bidang lain yang ada kegiatan *surveilans*, mekanisme penganggaran yang lebih mudah jika dalam bentuk UPT, kesediaan pemda dalam mengalokasikan fungsional untuk petugas *surveilans* di lapangan.

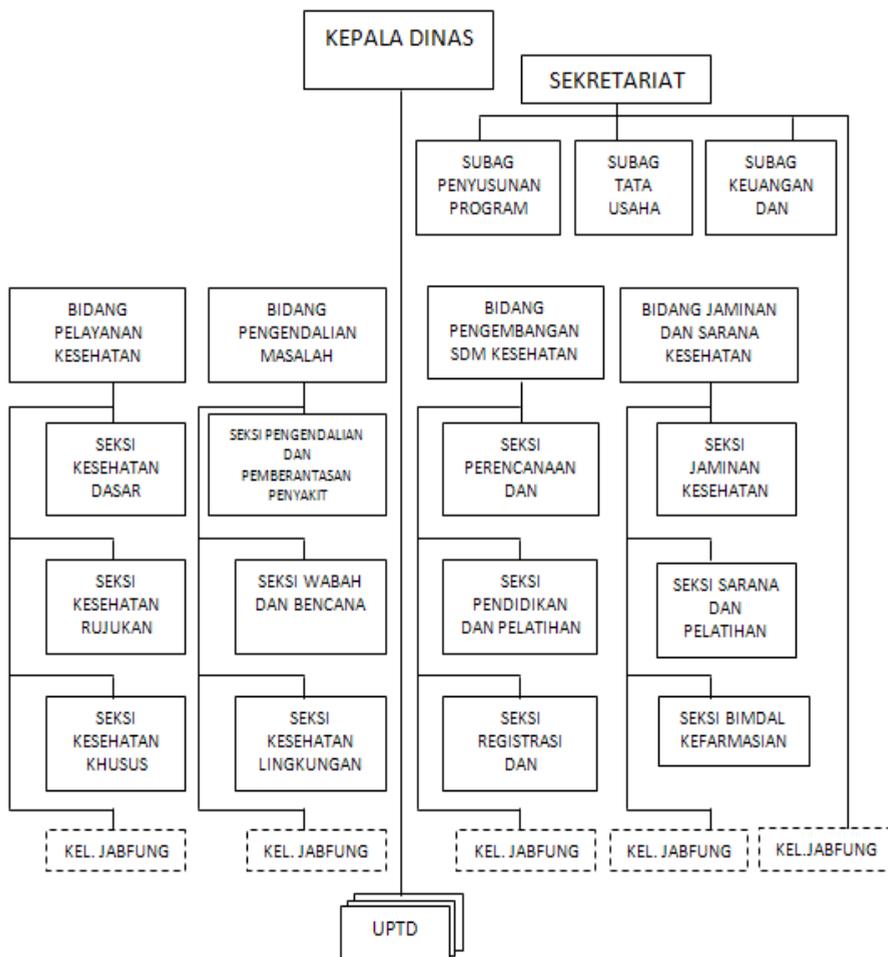
Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menempatkan unit *surveilans* berada di bawah bidang P2M. Pilihan ini didasarkan pada aspek aktivitas *surveilans* lebih banyak terjadi di bidang P2M. Dinas Kesehatan Kota Pare-pare menempatkan unit fungsional sistem *surveilans* di bawah kepala dinas dalam bentuk tim teknis. Alternatif pemilihan ini ditekankan pada sumber daya unit *surveilans*nya yang diharapkan jika ada sumber daya dalam suatu wadah tertentu pelaksanaan sistem *surveilans* akan berjalan dengan baik. Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan menempatkan unit *surveilans* di bawah sekretariat bergabung dengan unit perencanaan dan sistem informasi kesehatan (SIK). Alternatif pemilihan ini didasarkan pada kemudahan mengakses data di berbagai bidang di internal organisasi dinas kesehatan.

Beberapa alternatif kedudukan unit fungsional sistem *surveilans* memberikan nuansa yang beragam. Keadaan ini disikapi oleh Departemen Kesehatan dengan mengeluarkan struktur sistem *surveilans*. Dalam Kepmenkes No.267/2008 *Surveilans* diharapkan

³¹ Semiloka., Pengembangan Sistem *Surveilans* Pasca PP No.38/2007 dan PP No.41/2007, Jakarta. 26 Oktober 2007.

sebagai UPT dinas dengan nama Balai Data, *Surveilans* dan Informatika Kesehatan.

STRUKTUR ORGANISASI DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA



Contoh UPTD, antara lain:

1. Balai Data, *Surveilans* dan Informasi Kesehatan
2. Balai Promosi Kesehatan
3. Akademi/Politeknik Kesehatan

Gambar 1.3.10 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Sebagai catatan akhir, sistem *surveilans* merupakan hal yang terpusat. Ironisnya saat ini struktur Departemen Kesehatan dalam hal *surveilans* masih belum tertata. Di Departemen Kesehatan saat ini struktur organisasi yang ada tidak mendukung pelaksanaan Kepmenkes No.1116/2003. Struktur organisasi di pusat saat ini lebih memberikan peluang untuk unit *surveilans* di bidang P2PL, sedangkan di bidang yang lain belum ada unit *surveilans*nya. Sebagai catatan aktivitas *surveilans* terjadi tidak hanya di bidang P2PL melainkan di bidang lain seperti DitJen Binkesmas yang terdapat pelaksanaan *surveilans* gizi dan KIA.

Di Departemen Kesehatan belum ada struktur unit *surveilans* terpadu yang dapat mengakses data dari berbagai bidang. Kegiatan-kegiatan *surveilans* di masing-masing bidang di pusat belum terintegrasi dengan Pusat Data dan Informasi (Pusdatin). Hal ini menunjukkan pelaksanaan *surveilans* di pusat masih terjadi di masing-masing bidang dan tidak ada integrasi dengan pusat data dan informasi. Keadaan ini menyulitkan Pusdatin untuk melaksanakan kegiatan pengumpulan data dan penyebaran informasi. Akibatnya, sulit diwujudkan pelaksanaan sistem *surveilans* terpadu secara nasional.