

PELATIHAN PENGEMBANGAN SISTEM SURVEILANS – RESPONS PEMERINTAH DAERAH PASCA DESENTRALISASI

Pengantar Keseluruhan Sesi

Raharjo Apriyatmoko, SKM, M.Kes

Surveilans menjadi salah satu topik penting terkait desentralisasi kesehatan, terutama dalam pembagian peranan antara pusat dan daerah. Pemerintah telah mengeluarkan peraturan baru dalam terkait desentralisasi di bidang kesehatan, yaitu PP No. 38/2007 yang menggantikan PP No. 25/2007 untuk membentuk tatanan fungsi baru yang mengatur pembagian kewenangan antara pusat, propinsi dan kabupaten dan PP No. 41/2007 yang menggantikan PP No. 8/2003 untuk penyusunan/restrukturisasi organisasi di daerah. Pemahaman mengenai aktivitas masih dipersepsikan secara berbeda oleh tiap-tiap pihak. Ada yang beranggapan bahwa aktivitas surveilans hanya sampai pada analisis data. Di samping itu ada yang beranggapan bahwa surveilans merupakan kegiatan yang terintegrasi di tiap komponen. Dalam pelatihan ini akan lebih membahas pelaksanaan surveilans dan respons di daerah yang menggunakan kasus di Kota Yogyakarta dan Propinsi NAD sebagai bahan diskusi dan latihan.

Sesi I

Pengantar

Pengembangan Sistem Surveilans – Respons dalam Era Desentralisasi

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D

Pengantar

Mengapa surveilans menjadi salah satu issue penting dalam desentralisasi kesehatan? Apakah ini menjadi urusan pusat, daerah, atau keduanya? Jawaban-jawaban dari pertanyaan ini perlu diselaraskan di antara para pelakunya. Dalam era desentralisasi ini, terbit peraturan-peraturan terkait surveilans seperti PP No 38/2007, PP No 41/2007 dan Kepmenkes No 267 tahun 2008. PP No 38 mengatur masalah pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten/kota. PP No 41/2007 mengatur tentang organisasi perangkat daerah. Untuk mendukung peraturan-peraturan yang telah diterbitkan sebelumnya, pemerintah pusat mengeluarkan Kepmenkes No 267/Menkes/SK/III/2008 yang merupakan pedoman teknis pengorganisasian dinas kesehatan di daerah. Dalam Kepmenkes tersebut Surveilans diharapkan sebagai UPT Dinas dengan nama Balai Data, Surveilans dan Informatika Kesehatan. Dalam Kepmenkes ini juga diupayakan agar Surveilans bukan hanya milik P2M seperti yang telah ada selama ini. Namun diharapkan Surveilans dapat menjadi pusat rujukan data seksi-seksi lain.

Pemaparan Pembicara

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 pemerintah daerah merasa bahwa urusan surveilans adalah urusan pemerintah pusat, sehingga pemerintah daerah tidak memprioritaskan program surveilans dan menganggap surveilans tidak terlalu penting. Persepsi pemerintah daerah seperti ini yang menjadikan alokasi anggaran untuk pelaksanaan kegiatan surveilans sangat rendah.

Pemerintah pusat telah mengeluarkan Kepmenkes No.1116/SK/VIII/2003 yang mengatur penyelenggaraan 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 Lab 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 pemerintah daerah. Respons oleh pemerintah pusat dari kegiatan surveilans lebih banyak ke pencegahan tersier yang mempunyai risiko keterlambatan. Di samping itu, penyelenggaraan system surveilans dan respons di daerah harus mengacu pada Kepmenkes No.1116/SK/VIII/2003. Acuan yang sama antara pusat dan daerah dapat menjadi benang merah dalam penyelenggaraan sistem surveilans dan respons.



Musrenbang, semua pembangunan kesehatan direncanakan dalam musrenbang. Data surveilans dapat digunakan dalam musrenbang. Inilah mengapa perlu pengembangan surveilans di daerah, agar dana APBD dapat dioptimalkan untuk surveilans. Digambarkan, pada daerah dengan kekuatan fiskal tinggi, dana UPS terutama dari APBD.

Selain itu juga dalam struktur organisasi dinas kesehatan yang mengacu pada PP No 41 tahun 2007 telah diupayakan untuk memasukkan Unit Pendukung Surveilans (UPS) yang berfungsi untuk menjalankan 3 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.

Tahapan Proses Penyusunan Unit Pendukung Surveilans yang disarankan mencakup 5 Fase yaitu: (1) mobilisasi dana untuk Pusat Surveilans dan Unit Pendukung Surveilans 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 (Unit pendukung Surveilans, dan cara mewujudkannya); (4) pelaksanaan UPS secara praktis; dan, (5) perubahan terus menerus. Diharapkan setelah pelatihan ini, dari dinkes dapat membangun komitmen untuk sistem surv di daerah.

Ratih dari Balitbangkes memaparkan pengalaman yang selama ini dirasakan oleh Balitbangkes. Apabila terdapat pergantian kepala daerah, maka stafnya pun ganti. Kendala yang dihadapi oleh Balitbangkes yaitu dengan pergantian pemimpin daerah dan staf-stafnya,

sistem surveilans yang telah berjalan dapat menjadi macet, atau terhambat karena pemimpin dan staf-stafnya harus belajar dari nol lagi.

Laksono menanggapi dengan mengatakan bahwa ini merupakan suatu tantangan yang harus dihadapi. Sustainibilitasnya, akan terjaga kalau surveilans sudah dimasukkan ke Perda, Pergub, ataupun tupoksi yang ada di dinkes. Sehingga surveilans dapat memperoleh dana rutin. Mengenai SDM, ada jabatan khusus (epidemiolog, tenaga fungsional), sehingga bila terdapat pergantian struktural, surveilans tetap dapat berjalan. Unit surveilans yang ideal ini pun tidak terfokus pada satu penyakit saja, tapi juga mencakup beberapa penyakit prioritas. Maka dari itu perlu membangun pondasi kuat untuk sistem surveilans dan respons.

Sukantoro dari Dinkes Kota Yogyakarta, menggambarkan situasi surveilans di Kota Yogyakarta. Surveilans cenderung menjadi milik P2 saja. Ada surveilans yang didanai pusat tapi melalui UPT Pusat, dan itu di bawah P2PL, jadi cenderung ke penyakit menular dan pengendalian lingkungan. Hal ini menimbulkan kesan bahwa penyakit non menular tidak diperhatikan dalam surveilans. Di samping itu juga ada hambatan dalam diseminasi informasi, karena masih kurangnya kemampuan untuk penerbitan buletin melalui *website*. Selain itu juga keterlibatan personil non kesehatan, sehingga mengesankan bahwa kegiatan ini rumit.

Laksono mengatakan bahwa telah ada kesepakatan bahwa buletin epidemiologi surveilans dan respons melalui *website*, sehingga tidak boros biaya. Perlu koordinasi dengan pusat informasi supaya dari pihak surveilans dapat dengan mudah mengakses dan meng-*update* informasi. Anjar Asmara, Unsyiah menambahkan bahwa selama ini surveilans dianggap tidak penting oleh Pemda. Kesulitan yang ada yaitu mencari nama yang lebih operasional sehingga dapat menarik supaya mendapat perhatian lebih dari Pemda.

Resume

- Selama ini pelaksanaan surveilans masih bersifat vertikal, dan terpisah antar satu program dengan program lainnya.
- Perlu penguatan sistem surveilans di daerah dengan cara penguatan kedudukan unit surveilans dalam tatanan struktural dinkes dan optimalisasi anggaran, terutama dari APBD.

Sesi II

Konsep Sistem Surveilans dan Respons

dr. Rossi Sanusi, MPA, Ph.D

Pengantar

Dalam pemaparannya kali ini, Rossi Sanusi membaginya menjadi 3 bagian besar yaitu:

- I. Sistem-Sistem Surveilans-Respons Kesmas
- II. Merancang Sistem-Sistem Surveilans-Respons
- III. Mengelola Sistem-Sistem Surveilans-Respons

Pemaparan Pembicara

Sebenarnya apa yang dimaksud dengan penguatan sistem surveilans-respons kesehatan masyarakat? Jadi sebenarnya sistem surveilans-respons tidak dibuat baru, melainkan diperkuat.

Menurut Depkes, Surveilans atau surveilans Epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah2 kesehatan dan kondisi yg mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah2 kesehatan tsb,

agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan.

Definisi Surveilans Kesehatan Masyarakat, menurut Depkes, yang dikedepankan merupakan analisis data secara terus menerus. Hal ini kurang tepat, karena bisa saja data yang dianalisis itu merupakan data lama. Dari definisi tersebut seolah-olah terfokus pada pihak yang mengolah data. Selain itu data di sini cenderung terkesan sangat banyak, sehingga dapat menimbulkan kesan rumit dan sulit.

Sedangkan definisi **Surveilans KesMas** menurut Thacker & Berkelman adalah pengumpulan, analisis, dan penafsiran data *outcome-specific* secara terus menerus dan sistematis untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi upaya kesmas.

Definisi menurut Thacker & Berkelman lebih tepat. Definisi tersebut tidak hanya terfokus pada analisis, melainkan pada serangkaian kegiatan mulai dari pengumpulan, analisis, sampai penafsiran data.

Yang dilakukan secara terus-menerus itu adalah dimulai sejak tahap awal yaitu pengumpulan data. Sehingga datanya bersifat institusi *based* jadi agak sulit apabila mau *community based*. Dapat menjadi *community based* asalkan ada petugas/tim yang berfungsi untuk mengumpulkan data langsung ke masyarakat.

Definisi Sistem Surveilans Epidemiologi menurut Kepmenkes No 1116 tahun 2003 adalah " ... tatanan prosedur penyelenggaraan surveilans epidemiologi yang terintegrasi antara unit-unit penyelenggara surveilans dengan laboratorium, sumber-sumber data, pusat penelitian, pusat kajian dan penyelenggara program kesehatan, meliputi tata hubungan surveilans epidemiologi antar wilayah Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat".

Berikut pelaku dari kegiatan-kegiatan pokok surveilans dan respons di tingkat kabupaten/kota:

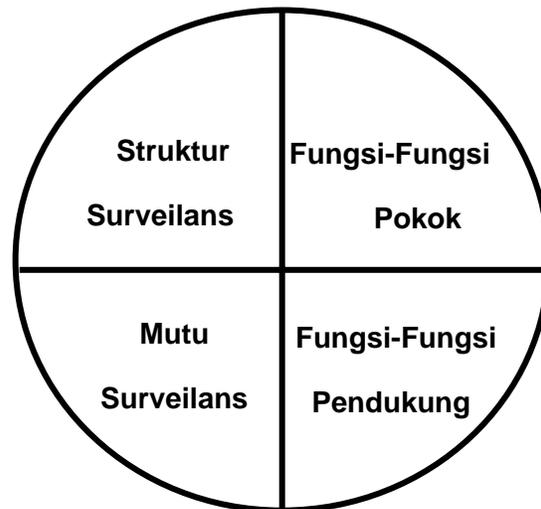
Fungsi pokok Sistem Surveilans-Respons	Pelaksana di Dinkes Kabupaten/Kota
Deteksi kasus	Petugas UPT
Registrasi	Petugas UPT
Konfirmasi	Dinkes, Lab
Pelaporan	UPS
Analisis dan interpretasi	UPS
Respons segera	Dinkes
Respons terencana	Dinkes
Feedback	UPS

Rossi Sanusi menyampaikan bahwa kegiatan surveilans dan respons merupakan rutinitas sehari-hari di masing-masing program. Kemudian Rossi Sanusi melemparkan pertanyaan ke forum, langkah mana yang masih membutuhkan biaya banyak. Kemudian dimana kendala dari rangkaian kegiatan surveilans dan respons, apakah dari segi biaya.

Adrian berpendapat bahwa sebenarnya masalahnya bukannya karena biaya. Permasalahannya adalah dengan adanya desentralisasi otonomi daerah muncul banyak kebijakan. Sebagai contoh personil yang ada di berbagai komponen sebagai pemegang kebijakan bukan orang kesehatan, sehingga bagaimana bidang kesehatan bisa berjalan dengan baik. Ada wacana bagaimana kalau surveilans di-sentralisasi kembali. Namun ada daerah yang kurang setuju karena merasa mampu sehingga takut tidak mendapat dana dari APBD. Padahal sebenarnya SDM belum siap. Rossi Sanusi kembali menegaskan sebenarnya yang butuh biaya

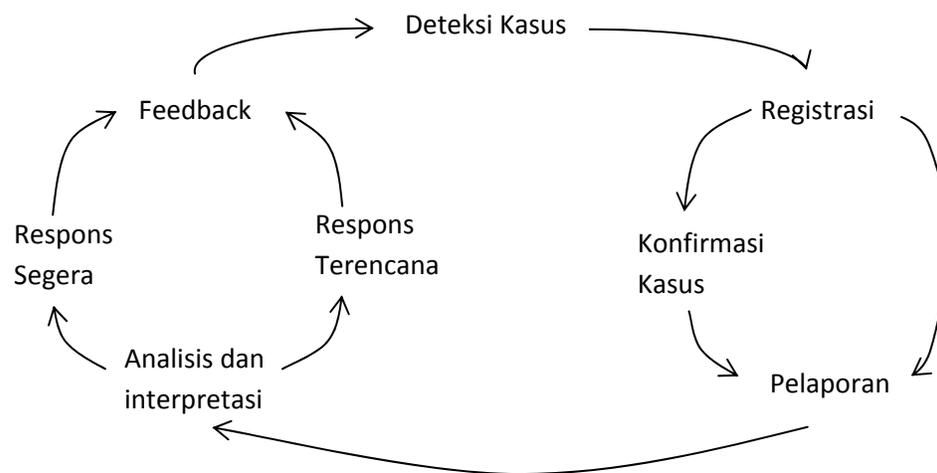
besar adalah tahapan konfirmasi kasus. Misal kalau penyakit prioritasnya Demam Berdarah Dengue, maka perlu konfirmasi pemeriksaan serologis ini yang menghabiskan biaya cukup besar. Di samping itu juga untuk operasionalisasi masalah software juga memerlukan biaya yang besar.

Berikut kerangka konsep Sistem Surveilans-Respons yang dikembangkan oleh WHO:



Rossi Sanusi memulai menjelaskan kerangka konsep ini dari kuadran kiri atas yaitu struktur. Komponen Struktur ini yang mengakibatkan setiap daerah memiliki sistem yang berbeda. Komponen ini terdiri dari perundang-undangan dapat berupa perda yang dapat mengatur, mengikat maupun mendukung penyelenggaraan surveilans dan respons. Penyelenggaraan surveilans memenuhi kebutuhan IHR akan data surveilans. Strategi surveilans dapat berbeda yang dikembangkan oleh masing-masing daerah. Aliran data antar level administratif dapat dibuat baku di tiap daerah. Jejaring surveilans juga dapat berbeda di masing-masing daerah.

Kuadran kanan atas berisi fungsi-fungsi pokok yang terdiri dari deteksi kasus, registrasi, konfirmasi, pelaporan, analisis dan interpretasi data, kesiapan menghadapi wabah, respons dan pengendalian dan feedback. McNabb dkk. mengganti fungsi-fungsi No. 6 dan 7 menjadi **Respons segera** dan **Respons terencana**. Penggantian ini cocok untuk sistem Surveilans-respons penyakit-penyakit menular maupun yang tidak menular. Respons segera berupa koreksi terhadap program pengendalian penyakit yang sedang berjalan, atau pengadaan program pengendalian penyakit-penyakit yang baru muncul/ muncul kembali. Sedangkan respons terencana berupa program pengendalian penyakit tahun anggaran berikut. Langkah-langkah surveilans sebagai berikut:



Kuadran 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 Unit Pendukung Surveilans (UPS), yang juga melaksanakan fungsi-fungsi pokok No. 4, 5 dan 8.

Kuadran kiri-bawah memperlihatkan kriteria mutu surveilans, yaitu: kecepatan, kelengkapan, kegunaan, sensitivitas, spesifisitas, fleksibilitas, kesederhanaan, akseptabilitas, reliabilitas, nilai prediksi positif, keterwakilan.

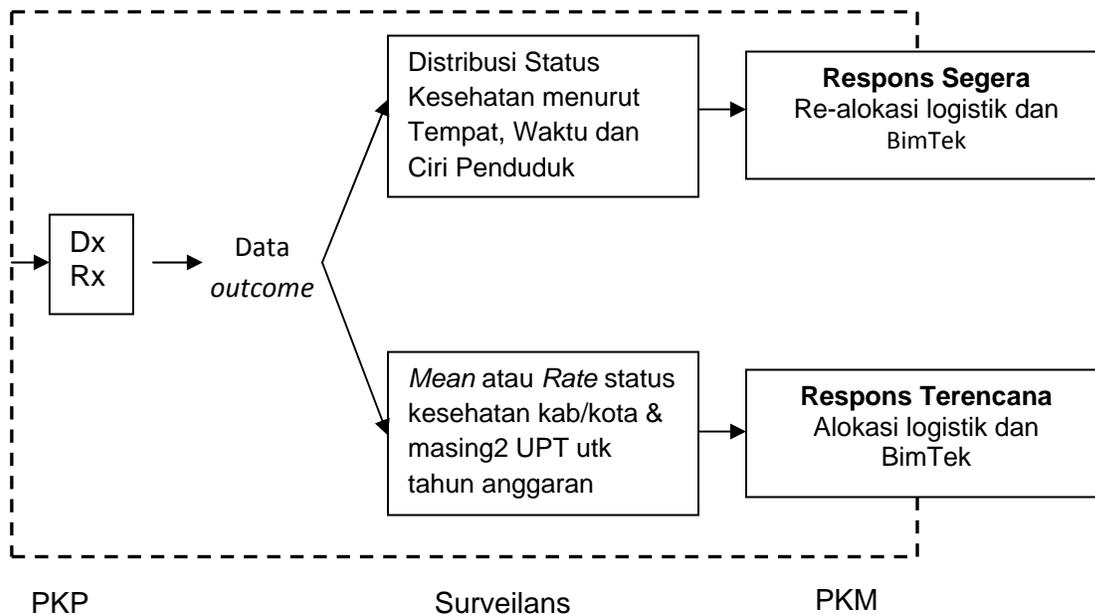
Penguatan Sistem Surveilans-Respons

1. Mengendalikan penyakit-penyakit prioritas
Harus dipilih satu atau beberapa penyakit yang utama untuk dilakukan surveilans, sehingga pelaksanaannya surveilans lebih optimal. Surveilans pasif yang selama ini dilakukan tetap berjalan, dan bila dari data yang ada terkumpul, ditemukan beberapa penyakit tertentu yang menjadi tren dan berdampak besar, maka penyakit tersebut dijadikan penyakit prioritas untuk dilakukan surveilans pasif.
Parameter pemilihan penyakit-penyakit prioritas meliputi jumlah total kasus, insidensi, prevalensi
2. Mencakup semua tahapan perjalanan alamiah penyakit (PAP)
Tidak hanya pada tahap tersier. Misal pada pencegahan primer, dilakukan surveilans faktor risiko (yang terpapar agen-agen penyakit). Pada pencegahan sekunder, dilakukan surveilans terhadap masyarakat yang mulai terpapar penyakit / mulai sakit. Dalam hal pengumpulan data, tidak semua data yang dikumpulkan, tapi terutama data outcome.
Tujuan dari surveilans pada masing-masing tahap pun berbeda. Keuntungan dari pencegahan primer, satu faktor risiko bisa menyebabkan banyak penyakit.
3. Mengumpulkan, menganalisis, dan menafsirkan data outcome (status kesmas) yang dikonfirmasi pada setiap tahapan PAP
4. Menanggapi keadaan darurat status Kesmas dengan alokasi sumberdaya dan bimtek yang terarah.
Kaitan antara PKP dan PKM. Setelah terkumpul data tertentu, jika darurat → dapat dilakukan respons segera, dapat berupa tindakan langsung ataupun pemberian bimtek pada daerah dengan masalah kesehatan tersebut. Yang menjadi masalah yaitu

mengenai relokasi dana dari satu tempat ke tempat lain, satu program ke program lain, apakah dapat fleksibel. Bimbingan teknis ini juga memerlukan evidence-based. Kelompok jabung di struktur yang baru ini seolah-olah tidak berfungsi, sebaiknya diintegrasikan ke seksi2 yang ada di dinkes.

5. Terkait dengan penelitian epidemiologis

Untuk mengamati Status kesehatan masyarakat memberi alasan untuk melakukan Penelitian Epidemiologi. Penelitian Epidemiologis bersifat diskriptif, analitik, eksperimental atau evaluasi; rentang waktu tertentu; lokasinya dapat dilakukan di lapangan/klinik. Penelitian ini untuk menyelidiki penyebab dari status kesehatan masyarakat (FR, agen penyakit, intervensi)



Diskusi

Ratih dari Balitbangkes menyampaikan bahwa baik dari dinkes maupun dari pusat, sebenarnya bentuk seperti ini telah dilakukan. Apakah tidak lebih baik bila diberikan untuk bupati atau pemerintah daerah. Selama ini tingkat eksekutif tidak terlalu care terhadap surveilans karena kurang mengetahui manfaatnya. Rossi Sanusi menanggapi, dari pihak pusat justru dapat menjadi memberikan masukan. Jadi memang ini dalam rangka memperkenalkan kepada kepala dinkes, pemda, dsb.

Retno dari Dinkes Kulon Progo (seksi P2M), menyampaikan bahwa dari pembicaraan ini, betul bahwa surveilans tidak hanya perlu untuk dinkes, tapi juga untuk pemerintah daerah, terutama terkait dengan kegawatdaruratan bencana alam. Saat ini telah dibentuk struktur baru

dan telah ada tim epidemiologi di tingkat kabupaten. Untuk pemerintah daerah, sistem surveilans ini tampaknya belum mendapat prioritas dalam pelaksanaannya.

Rossi Sanusi menambahkan masalah nomenklatur bisa apa saja, intinya fungsi UPS untuk menunjang pelaksanaan sistem surveilans. Dengan sendirinya perlu dipikirkan sumberdaya bagaimana, penganggaran bagaimana. Misalnya terkait dengan BBLR, prevalensinya cukup tinggi. Untuk merangkul Pemda, maka tugas dari pihak kesehatan untuk meyakinkan Pemda mengenai pentingnya masalah ini sehingga pihak Pemda memberi perhatian pada masalah kesehatan tersebut.

Junaedi dari Dinkes Wonosobo juga menegaskan mengenai diagnosis dan terapi itu merupakan kewenangan PKP, termasuk dokter praktek swasta. Masalahnya, penderita yang datang ke praktek swasta cukup banyak, sehingga banyak kasus yang tak terdeteksi. Karena tidak adanya kewajiban lapor dari pihak swasta kepada dinkes. Rossi Sanusi menambahkan, untuk surveilans aktif dapat melibatkan praktek swasta seluruhnya atau sebagian.

Sesi III

Diskusi Kelompok

Identifikasi Kelemahan dalam Pelaksanaan Surveilans

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D

Pada sesi ini, peserta dibagi menjadi 4 kelompok, 2 kelompok peserta dari kabupaten/kota, dan 2 kelompok peserta dari provinsi atau pusat. Masing-masing kelompok mendiskusikan mengenai permasalahan dalam surveilans di daerah masing-masing. Berikut hasil diskusi kelompok-kelompok tersebut.

Dari kelompok provinsi pertama yaitu gabungan dari provinsi NAD, Yogyakarta, dan Balitbangkes, dipaparkan bahwa selama ini pelaksanaan sistem surveilans di provinsi tidak lancar. Dijabarkan berbagai hambatan mulai dari input, meliputi kurangnya sumber daya manusia, kurangnya peranan kelompok jabfung, minimnya dukungan anggaran, dan tidak adanya dukungan dari Perda. Dari segi proses, dinyatakan bahwa jejaring surveilans selama ini tidak ada, belum ada konfirmasi kasus, belum terjadi koordinasi lintas program apalagi lintas sektoral, respon selama ini hanya bersifat by case; dari output, kelengkapan dan ketepatan data masih rendah, diseminasi buletin epidemiologi dan umpan balik pun belum ada di semua daerah, hanya saja di beberapa daerah umpan balik dilakukan dengan pertemuan bulanan dokter, atau ada pula yang memberi umpan balik dengan menyebarkan edaran ke Puskesmas-Puskesmas.

Begitupun dari kelompok lainnya, memaparkan beberapa hambatan yang sama dalam hal surveilans.

Beberapa solusi yang diusulkan oleh kelompok-kelompok yaitu: pemahaman manfaat data surveilans bagi para decision maker, penetapan penyakit prioritas untuk surveilans, diadakannya pelatihan sumber daya manusia yang duduk di pelayanan kesehatan primer (Puskesmas, RS, dsb) serta di unit surveilans sendiri, peningkatan jejaring surveilans, advokasi untuk penguatan regulasi untuk surveilans, optimalisasi anggaran, serta memperbaiki sistem surveilans yang selama ini berjalan (pemilihan penyakit prioritas).

Menanggapi hasil diskusi tersebut, Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D menyatakan bahwa “Sebagian besar masalah yang ada merupakan masalah klasik”.

Kemudian Prof. Laksono memaparkan dengan panjang lebar, “Kita perlu berpikir mengenai pakem apa yang perlu untuk melaksanakan surveilans, strategi apa yang akan ditempuh, dan keahlian apa yang hendak dipakai. Dari hasil penelitian, diperoleh kesimpulan bahwa selama ini surveilans belum mempunyai pakem. Contoh pakem adalah framework WHO. Kita punya suatu pakem berupa sistem surveilans – respons, surveilans harus diikuti oleh respons. Kalau kita memakai suatu pakem, dan kita berhipotesis bahwa surveilans ini akan berjalan dengan baik, misalnya saja gagal, maka dengan adanya pakem tersebut, kita bisa mengevaluasi apa yang menyebabkan pakem ini gagal. Kemudian kita juga perlu ilmu lainnya, yaitu ilmu manajemen. Bila ditinjau berbagai kelemahan tadi: kurang dana, kurang SDM, kurang dukungan, yang intinya adalah kurang dalam hubungan politik. Hal ini perlu dicermati, jangan-jangan pihak Pemda tidak paham surveilans itu apa. Mungkin mereka berpikir, cuma survey saja kok dananya mahal? Oleh karena itu perlu dilakukan langkah awal yaitu mobilisasi. Anda semua perlu mengetahui siapa pemegang kunci di daerah Anda. Juga harus berdiskusi dengan Bappeda, badan keuangan daerah, serta pemegang kunci anggaran yang lain. Mengapa masalah anggaran ini penting? Karena bila ada dukungan, terutama anggaran, baru pengembangan surveilans ini dapat melangkah”.

Salah seorang peserta dari Balitbangkes Ciloto, pak Yan, mengungkapkan bahwa “Kalau hasil keluarannya hanya buletin, tidak mempunyai dampak. Jadi harus ada rekomendasi yang kuat pada sistem surveilans”

Lanjutnya lagi, bahwa harus dijalankan suatu sistem surveilans khusus, misalnya seperti quick count yang diselenggarakan saat Pemilu, untuk memperkuat data yang ada.

Beliau menambahkan: “Yang kedua, masalah pendanaan. Kalau pendanaan itu tidak boleh ada duplikasi. Kalau yang seperti bapak paparkan, pasti nanti akan ada titik potong, pada titik potong itu ada duplikasi. Untuk itu perlu juga dicari suatu metode khusus dalam penganggaran, supaya tidak terjadi duplikasi pendanaan.”

Menanggapi pernyataan tersebut, Prof. Laksono kembali menambahkan “Kita kembali pada konsep kita mengenai pakem, bahwa surveilans itu harus diikuti oleh respon. Buletin ini merupakan suatu media komunikasi antara epidemiolog dengan kepala daerah, sehingga diharapkan kepala daerah dapat menginstruksikan untuk dilakukan respon. Mengenai masalah rekomendasi pengumpulan data seperti quick count, kembali ditekankan bahwa data apa pun yang terkumpul, hal terpenting adalah adanya respon setelah kita mengumpulkan data, kalau tidak bisa jadi data yang terkumpul hanya bernasib menjadi sekedar setumpukan data saja”.

“Mengenai duplikasi”, lanjut Prof. Laksono, “Besok akan ada pelatihan mengenai penganggaran surveilans. Pada pelatihan besok akan lebih diperinci mengenai perencanaan anggaran”.

Pak Junaedi dari Wonosobo mengajukan pertanyaan: “Apakah selain buletin, informasi epidemiologi bisa ditampilkan dalam bentuk geographic information system. Jadi dengan sistem ini, diharapkan tampilan data dapat lebih menarik. Ada penggambaran bila daerah A ini hijau, berarti aman, kuning, berarti harus waspada, dan merah berarti harus siap melakukan respon. Metode ini pernah diterapkan, cukup bagus. Tapi sayangnya, kemarin terjadi pergantian pemimpin, sehingga kebijakan berubah lagi, dan peta epidemiologi yang terbuat justru menjadi acak-acakan karena pengisian datanya kurang teratur. Menurut saya, buletin saja tidak cukup dan kurang informatif untuk kepala daerah.”

Untuk pertanyaan tersebut, dr. Lutfan Lazuardi PhD menerangkan dan memberi contoh mengenai buletin epidemiologi. “Buletin yang dibuat jangan dibayangkan seperti buletin yang melulu berisi berita, tapi justru lebih ke arah berupa gambar yang mudah dipahami oleh kepala daerah”, ujarnya.

Sebagai penutup, Prof. Laksono menuturkan, “Fokus utama pada pelatihan kita kali ini yaitu pada mobilisasi stakeholder yang ada. Untuk ke depannya dapat direncanakan pelatihan khusus lainnya, misal pelatihan mengenai deteksi kasus, pelatihan khusus mengenai respon, dsb”

Resume

- Tujuan utama dari pelatihan ini yaitu untuk mobilisasi, identifikasi kelemahan yang ada pada sistem surveilans yang selama ini dijalankan. Diharapkan dengan mobilisasi ini, kekuatan secara politik akan bertambah, demikian pula dukungan dari para “pemegang kunci” di daerah terutama dukungan dana dan advokasi.
- Sistem surveilans yang selama ini berjalan memiliki banyak kekurangan, baik dalam input, proses, maupun output.
- Dalam pelaksanaan surveilans, kita harus berpegang teguh pada pakem “Sistem Surveilans – Respons”, yaitu setiap dilakukan surveilans pengumpulan data, maka harus diikuti oleh respons berupa tindak lanjutnya.

Sesi IV

Unit Pendukung Surveilans

Dr. Rossi Sanusi, MPA, Ph.D

Pengantar

Untuk penyakit-penyakit tertentu, dapat disusun per tahapan pencegahan penyakit, langkah-langkah apa yang dapat dilakukan. Fungsi-fungsi Pokok dan Penunjang Sistem-sistem Surveilans-Respons dirancang dengan mempertimbangkan Struktur dan Kriteria Mutu Sistem-sistem Surveilans-Respons

Pemaparan Pembicara

II. Merancang Sistem-Sistem Surveilans-Respons

A. Fungsi-fungsi pokok surveilans

Adapun tahapan merancang fungsi-fungsi pokok surveilans, adalah sebagai berikut:

1. Tetapkan Penyakit Prioritas.
2. Buat Bagan PAP.
3. Identifikasi Program Pengendalian.
4. Cari Definisi Operasional Kasus.
5. Isi Form Fungsi-fungsi Pokok Surveilans.
6. Buat bagan alur.

Form Fungsi-fungsi Pokok Surveilans

Pencegahan Primer/Sekunder/Tertier

Outcome:

Populasi Sasaran:

No	Fungsi Pokok	Pelaksana	Tempat	Waktu	Prosedur	Besar dan Sumber Dana
1.	Deteksi kasus					
2.	Registrasi					
3.	Konfirmasi					
4.	Pelaporan					
5.	Analisis&interpretasi					
6.	Respons segera					
7.	Respons terencana					
8.	Feedback					

Contoh:

Pencegahan Primer BBLR

- Populasi sasaran: WUS Desa Siaga/ yang mengunjungi UPT (termasuk Unit Swasta).
- Diagnosis factor resiko:
 1. Faktor Resiko Internal (meningkatkan kerentanan):
 - a. Status Gizi: BMI <18.5; defisiensi mikronutrien
 - b. Status Antropometrik: TB <145cm
 - c. Status Reproduksi: "4 Terlalu"
 - d. Status Imunitas.
 2. Faktor Resiko Eksternal (meningkatkan pemaparan):
 - a. Lingkungan Biologis: orang kontak (misal, TB, PMS), vektor (misal, Malaria)
 - b. Lingkungan Fisik (misal, kecacingan, TB, Malaria).
 - c. Lingkungan Psikososial (gaya hidup, pendapatan, KAP)
- Intervensi terhadap factor resiko:
 1. Internal (menurunkan kerentanan):
 - a. Tambah makanan, mikronutrien
 - b. KB
 - c. Imunisasi

2. Eksternal (menurunkan paparan):
 - a. Pengobatan orang kontak, Pengendalian vektor
 - b. PSN, Perbaikan Lingkungan Rumah/Tempat Kerja/Sekolah.
 - c. Modifikasi gaya hidup, peningkatan pendapatan, pendidikan/penyuluhan
- Output: Jumlah (%) WUS yang dilayani per UPT atau Desa Siaga.
- Outcome:
 - a. Untuk Respons Segera: Distribusi Bumil dengan *IUGR* (Penghambatan Pertumbuhan Dalam Rahim) menurut tempat, waktu & kelompok penduduk).
 - b. Untuk Respons Terencana: *Mean* atau *Rate* BuMil dengan *IUGR* per UPT atau Desa Siaga.

Pencegahan Sekunder

- Populasi sasaran: Bumil yang mengunjungi UPT (Klinik Pelayanan Ante-Natal).
- Diagnosis dini: *IUGR*.
- Intervensi: Tambah makanan dan mikronutrien, pengobatan infeksi, penyuluhan.
- Output: Jumlah (%) BuMil yang dilayani/UPT.
- Outcome:
 - a. Untuk Respons Segera: Distribusi Bulin yang melahirkan bayi BBLR.
 - b. Utk Respons Terencana: *Mean* atau *Rate* Bulin yang melahirkan bayi BBLR (atau BBL) per UPT atau Desa Siaga.

Pencegahan Tersier

- Populasi sasaran: BuLin yang bersalin dan bayi yang dilahirkan di UPT (Klinik Bersalin).
- Diagnosis klinis: Bayi BBLR.
- Intervensi: Penatalaksanaan kasus BBLR.
- Output: Jumlah (%) Bumil dan bayi BBLR yang dilayani/ UPT.
- Outcome:
 - a. Untuk Respons Segera: Distribusi Bulin yang melahirkan bayi BBLR (atau Bayi BBLR) yang mati/cacat.
 - b. Untuk Respons Terencana: *Mean* atau *Rate* Bulin yang melahirkan bayi BBLR (atau bayi BBLR) yang mati/cacat per UPT atau Desa Siaga.

B. Merancang fungsi-fungsi penunjang

Tahapan merancang fungsi-fungsi Penunjang

- Membuat pedoman
- Pelatihan dan Supervisi
- Komunikasi/Penerbitan Buletin Surveilans
- Logistik/Pengadaan Sumberdaya
- Koordinasi/membuat jejaring

III. Mengelola Sistem-Sistem Surveilans Respons

Untuk mengelola system surveilans-respons menggunakan teori manajemen, sebagai berikut:

Plan = Merencanakan

Organize = Menata

Actuate = Melaksanakan

Control = Mengendalikan

1. Merencanakan

Dapat dilakukan dengan penyusunan Anggaran dan Perda

2. Menata

Upaya menata sistem surveilans-respons yang telah dilakukan pusat dengan mengeluarkan Kepmenkes No 267/2008 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Daerah. Di dalam Kepmenkes tersebut membahas tentang:

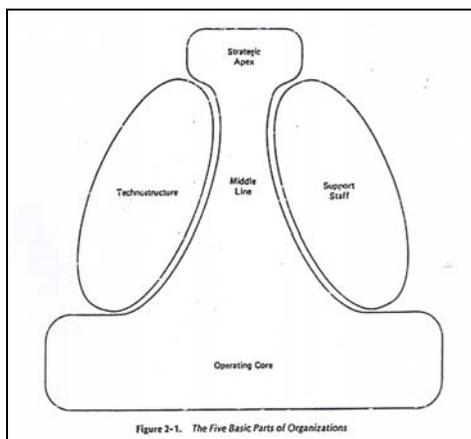
- a. **Balai Data, Surveilans dan Informasi Kesehatan (UPS)** dijadikan contoh sebagai suatu UPTD.
- b. Organisasi Matriks.

Dalam PP No 41/2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pasal 7 Ayat 6 berbunyi: Pada dinas daerah dapat dibentuk **unit pelaksana teknis dinas** untuk melaksanakan sebagian kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang yang mempunyai wilayah kerja satu atau beberapa daerah kabupaten/kota.

Penjelasan: “Kegiatan **teknis operasional** yang dilaksanakan unit pelaksana teknis dinas adalah tugas untuk melaksanakan kegiatan teknis yang secara langsung berhubungan dengan pelayanan masyarakat sedangkan **teknis penunjang** adalah melaksanakan kegiatan untuk mendukung pelaksanaan tugas organisasi induknya”.

Puskesmas, Rumah Sakit, Praktek Swasta Dokter dan Bidan, Apotik, dsb merupakan UPTD yang melaksanakan kegiatan teknis operasional Dinkes Kabupaten/Kota dan memiliki wewenang lini dengan Kepala DinKes. Balai Data, Surveilans dan Informasi Kesehatan/UPS merupakan UPTD yang melakukan kegiatan teknis penunjang DinKes Kab/Kota yang mempunyai **wewenang staf** (memberi saran) terhadap UPTD operasional.

Dinkes membentuk UPTD operasional dan penunjang. Teknis operasional memberikan pelayanan kesehatan. Sedangkan penunjang yaitu yang memberikan bantuan pada operasional. Kalau dibentuk UPTD, UPS ini berperan sebagai UPTD penunjang (Balai Data, Surveilans, dan Informasi Kesehatan). Tapi kalau dilihat diagramnya, seolah-olah seperti operasional.



Menurut MintzBerg (1979) suatu organisasi terdiri atas 5 komponen yang meliputi:

- **Strategic Apex**
Komponen ini merupakan puncak kepemimpinan yang mengatur keberlangsungan suatu organisasi dan membuat suatu keputusan dalam suatu program. Kedudukan ini dijalankan dan diisi oleh Kepala suatu instansi, sebagai contoh, Kepala Dinas Kesehatan.
- **Middle Line**
Dalam komponen ini terdiri dari para manager yang berfungsi untuk mengkoordinasikan UPT-UPT. Sebagai contoh jabatan yang mengisi komponen ini adalah para kepala bidang di dinas kesehatan seperti Kepala Bidang Kesga, Kepala Bidang P2PL, Kepala Bidang Pelayanan Medik.

Komponen *Strategic apex* dan *Middle line* mempunyai wewenang hirarkis/struktural mengkoordinasi UPT

- *Technostructure*

Pada komponen ini terdiri dari para analis yang membuat standard/pedoman dan membantu organisasi menyesuaikan dengan lingkungan (sebagai contoh, Bidang LitBang, Bidang Perencanaan, Bidang Pengembangan SDM).

- *Support Staff*

Komponen ini berfungsi mendukung secara tidak langsung kerja UPT. Sebagai contoh Seksi Regulasi dan Seksi Data dan Informasi.

Technostructure dan *Support Staff* mempunyai wewenang memberi rekomendasi dan melakukan tugas-tugas khusus untuk lini.

- *Operating Core*

Komponen ini terdiri dari petugas-petugas fungsional di UPT-UPT yang melaksanakan tugas-tugas pokok organisasi (menghasilkan jasa atau produk), dalam hal ini memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, misalnya adalah dokter, bidan dan perawat.

Organisasi matriks

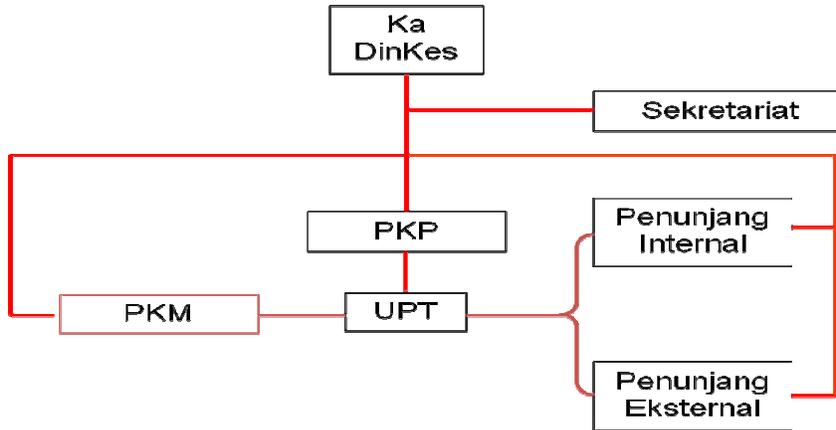
Organisasi matriks merupakan persilangan antara departementasi fungsional (pembentukan departemen berdasarkan fungsi atau keahlian) dengan departementasi divisional (pembentukan departemen berdasarkan letak geografis, jenis pelayanan atau jenis penerima pelayanan).

UPTD operasional merupakan departemen-departemen divisional, yang dapat memperlancar integrasi antar jenis pelayanan. Untuk peningkatan profesionalisme dibutuhkan departementasi fungsional. Keduanya dapat dicapai melalui bentuk matriks.

Di dalam lampiran contoh organogram Kepmenkes No. 267/2008 belum memperlihatkan bentuk matriks.

Seperti yang dikatakan dalam Kepmenkes tersebut setiap pegawai bertanggung jawab pada kepala unit dan ketua Kelompok fungsional. Petugas Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab kepada Kepala Dinkes melalui Kepala UPT (dan penyelia tengah) dan kepada Ketua Kelompok Jabfung. Dalam organogram kelompok Jabfung belum diberi tempat yang memperlihatkan wewenang fungsional (pembinaan profesionalisme) dengan UPT. Masalah ini dapat diatasi dengan mengintegrasikan Kelompok Jabfung dengan dua bidang yang lain (atau tiga bidang yang lain untuk Dinkes pola maksimal)

— Hubungan struktural
— Hubungan fungsional



Untuk menyusun struktur organisasi digunakan pepatah "Struktur mengikuti fungsi".

Seksi-seksi yang perlu dibentuk:

- Bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan (Struktural/Lini):
 - Seksi PK Primer
 - Seksi PK Rujukan
 - Seksi PK Alternatif
- Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Fungsional/Staff):
 - Seksi Penyakit Menular
 - Seksi Penyakit Tidak Menular
 - Seksi Pencederaan
- Bidang Pendukung:
 - Seksi Hukum
 - Seksi Sumberdaya
 - Seksi Informasi.

Supaya rentang kendali Kepala Dinkes tidak terlalu lebar sebaiknya ada penyelia tengah antara Kepala Dinkes dan UPT. Salah satu bidang dijadikan departemen struktural (wewenang lini atas UPT). Bidang-bidang yang lain tetap sebagai departemen-departemen fungsional dan Kelompok-kelompok Jabfung diintegrasikan ke dalam seksi-seksinya yang memiliki fungsi memberikan saran-saran hasil penapisan teknologi terkini (berdasarkan bukti empirik yang valid).

Di dalam Struktur Organisasi Dinkes Propinsi yang berkedudukan sebagai UPTD operasional (*Operating Core*) adalah Unit-unit pembina (berisi staf yang mempunyai keahlian). Satu bidang dapat dijadikan struktural, dengan wewenang lini ke unit-unit pembina. Bidang-bidang yang lain memberikan saran-saran yang berkaitan dengan tugas pembinaan (*technostructure*) atau yang menunjang tugas pembinaan (*support staff*).

Penyesuaian ini penting jika petugas Pelayanan Kesehatan swasta, tradisional dan LSM akan disupervisi dan dibina. Pada organisasi dinkes, dari Kepala Dinkes terlalu banyak membawahi puskesmas-puskesmas. Jadi satu bagian dijadikan struktural, yaitu yang khusus

menangani Pelayanan Kesehatan Perorangan, yang kemudian dibagi 3 jadi Pelayanan Kesehatan (PK) primer, PK rujukan, dan PK alternatif.

Ratih Umiyati dari Balitbangkes menanyakan apakah kepala dinas yang menjadi kontrol pengendalian sistem surveilans. Rossi Sanusi memberikan jawaban untuk evaluasi, dapat memanggil evaluator dari luar untuk mengevaluasi proses yang terjadi. Raharjo Apriyatmoko mengusulkan nomenklatur untuk unit surveilans dapat menggunakan nama "Unit Pengembangan Surveilans Terpadu", yang salah satu kegiatannya yaitu surveilans. Rossi Sanusi tidak perlu badan khusus dan dana khusus. Hanya perlu modal berupa komputer, dan SDM epidemiolog. SDM ini berfungsi untuk membuat dan menyusun program-program penanggulangan penyakit. Alokasi dana banyak untuk kegiatan konfirmasi. Di samping itu yang perlu untuk diperhatikan masalah dana, yaitu realokasi dana untuk respons segera.

Resume

Pelatihan ini diberikan untuk memperkuat Sistem Surveilans-Respons yang telah ada di daerah. Penguatan Sistem Surveilans-Respons ini mencakup:

1. Mengendalikan penyakit-penyakit prioritas
2. Mencakup semua tahapan perjalanan alamiah penyakit (PAP)
3. Mengumpulkan, menganalisis, dan menafsirkan data outcome (status kesmas) yang dikonfirmasi pada setiap tahapan PAP
4. Menanggapi keadaan darurat status Kesmas dengan alokasi sumberdaya dan bimtek yang terarah.
5. Terkait dengan penelitian epidemiologis

Jadi pelatihan ini bukan bertujuan untuk membentuk system yang baru. Namun bertujuan untuk memperkuat sistem yang telah ada. Pelatihan ini lebih bersifat operasional sehingga dapat langsung diaplikasikan di daerah masing-masing.

HARI KEDUA

Sesi I

Pengembangan Sistem Surveilans dalam Era Desentralisasi

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D

Pengantar

Sebagai pelaksana sistem surveilans di tatanan dinas kesehatan, dibentuk unit pendukung surveilans (UPS). Proses penyusunan UPS meliputi 5 fase, yaitu: mobilisasi, pemahaman masalah lebih lanjut, perancangan yang baru, transisi, dan perubahan terus menerus. Pada pelatihan ini, ditekankan mengenai mobilisasi, yaitu menggerakkan dan mengoptimalkan sumber daya dan pendukung yang ada dalam rangka pengembangan sistem surveilans – respons di daerah. Untuk itu, perlu langkah pertama berupa identifikasi stakeholder yang terlibat serta tingkat dukungan mereka terhadap surveilans.

Pelatihan Sesi I

Inti dari pelatihan sesi pertama ini adalah identifikasi komponen-komponen yang terlibat dalam sistem surveilans – respons di daerah masing-masing. Pada pelatihan ini, peserta dibagi menjadi 4 kelompok. Masing-masing kelompok diperintahkan untuk menuliskan unsur-unsur apa saja yang terlibat dalam sistem surveilans – respons pada tiap fungsi pokok, mulai dari tingkat pusat, provinsi, sampai kabupaten/kota.

Berikut hasil diskusi masing-masing kelompok.

Dari Kelompok Papua

Langkah	Pusat	Propinsi	Kabupaten	Swasta	Ket
Deteksi kasus	RSJ KKP BLPOM Litbang	RSUD Provinsi Labkes Disnak Distan	RSUD Kab/kota Puskesmas RPH Distan - Nak	RS swasta BP swasta Rumah Bersalin DPS	
Registrasi	RSJ KKP BLPOM Litbang	RSUD Provinsi Labkes Disnak Distan	RSUD Kab/kota Puskesmas RPH Distan - Nak	RS swasta BP swasta Rumah Bersalin DPS	
Konfirmasi	Balai POM	RS Labkesda	RSUD Puskesmas	RS Swasta Lab swasta	
Pelaporan	RSJ KKP BLPOM Litbang	RSUD Provinsi Labkes Disnak Distan	RSUD Kab/kota Puskesmas RPH Distan - Nak	RS swasta BP swasta Rumah Bersalin DPS	
Analisis dan	Direktorat Surv	Dinkes	Dinkes		

interpretasi	Epid dan imunisasi	Puskesmas RSU Provinsi	RSU Kab/kota		
Respons segera	Ditsepim	Dinkes Provinsi RSUD Provinsi	Dinkes kab/kota RSUD Kab/kota Puskesmas	LSM	
Respons terencana	Bappenas DIA Depkes	Dinas, Bappeda, DPR, MRP (majelis rakyat papua)	Pemda, DPRD, Dinkes Kab		
Feedback	Ditsepim	Dinkes Provinsi Puskesmas RSU Provinsi	Dinkes kab/kota RSU kab/kota		

Kelompok DKI

Langkah	Pusat	Propinsi	Kabupaten/Kota	Swasta	DII
Deteksi	PPMK (ES II) Depkes RSCM, RSAB, RS Kanker, RS Jantung, RS PI, RS TNI, RSAL, RS Polri, RS TNI AL, RS BUMN KKP KL I Jakarta	RS Provinsi UPT Pusat	RS Kota	RS Swasta RB swasta PBDS Klinik Masyarakat/kader	Dari RSCM tidak melapor ke Dinkes
Pencatatan					
Konfirmasi	RS Depkes RS DKI Balitbangkes BBTKL Labkesda	BBLK Provinsi BBTKL-P2M BPOM		Lab swasta	
Pelaporan	PPMK, Ditjen P2PL, Ditjen Yanmed, Ditjen Binkesmas	RSU Provinsi UPT Pusat		LSM kesehatan TOMA	
Analisis dan interpretasi		Dinkes Provinsi	Dinkes Kab/kota	LSM kesehatan TOMA	
Respons segera		Dinkes Provinsi Dinas Pertanian & Peternakan		LSM Kesehatan PBDS RS swasta Klinik swasta	
Respons terencana		Bappeda BLN/donatur			
Feedback	P2PL Ditjen Yanmed Ditjen Binkesmas Balitbangkes	Dinkes Propinsi Buletin epidemiologi	Dinkes Kab/kota Buletin epidemiologi 4 kali per tahun		

	Kesemuanya dikoordinasi oleh Depkes	per bulan			

Kota Yogya

Langkah	Pusat	Propinsi	Kabupaten	Swasta	DII
Deteksi	RSUP Sardjito, tapi tidak rutin (pasif) KKP BBTKL (aktif sharing data) BBPOM	Dinkes Prop Labkesda BBKBC (BKKBN) BP4 Perguruan TInggi	Dinkes Kab/kota RSUD RS tentara Puskesmas	PPTI PKBI Polindes BPS DPS Kader kesehatan RS swasta Lab swasta	Adanya lab mikrobiologi dari PT2
Pencatatan	RSUP Sardjito, tapi tidak rutin (pasif) KKP BBTKL (aktif sharing data) BBPOM	Dinkes Prop Labkesda BBKBC (BKKBN) BP4 Perguruan TInggi	Dinkes Kab/kota RSUD RS tentara Puskesmas	PPTI PKBI Polindes BPS DPS Kader kesehatan RS swasta Lab swasta	Adanya lab mikrobiologi dari PT2
Konfirmasi	Depkes BTKL Balitbang Biofarma BBPOM	Dinkes (Lab, Air) Puskesmas RSUD Dinas Pertanian & Kehewanan DLH	Dinkes kab/kota Labkesda BP4 Perguruan tinggi	Lab klinik swasta PMI RS swasta Perguruan tinggi	
Pelaporan	Dirjen terkait	Dinkes provinsi BAPEDAL	Dinkes kab/kota Puskesmas Walikota DLH		Sudah ada software untuk pelaporan online
Analisis dan interpretasi		Dinkes Provinsi DLH			
Respons segera	Depkes BBTKL BBPOM	Dinkes provinsi Labkesda	Dinkes kab/kota Puskesmas	LSM/NGO	
Respons terencana	Depkes	Dinkes provinsi Dinas Pertanian dan	Dinkes kab/kota DLH	LSM/NGO	

		Kehewanan Bappeda DLH			
Feedback	BTKL		Dinkes kab/kota BAPEDAL	PKBI Lembaga penelitian LSM/NGO	

Kulonprogo

Langkah	Pusat	Propinsi	Kabupaten	Swasta	DII
Deteksi		BP4	RSUD Puskesmas	RS swasta BPS DPS BP/RB Kader masyarakat	Masyarakat, kader juga ikut dalam deteksi kasus
Pencatatan		BP4	RSUD Puskesmas Dinkes kab/kota	RS Swasta BPS DPS BP/RB	
Konfirmasi		BP4	RSUD Puskesmas Dinkes kab/kota	RS Swasta BPS DPS BP/RB	
Pelaporan		BP4	RSUD Puskesmas Dinkes kab/kota	RS swasta	
Analisis dan interpretasi		BP4	Dinkes Kab/kota RSUD kab Puskesmas	RS swasta	Di puskesmas diharapkan mampu analisis dan interpretasi
Respons segera	Depkes Pusat penanggulangan krisis	Dinkes Provinsi	Dinkes kab/kota Satkorlak Puskesmas RSUD Bupati Camat Lurah Lintas sektor	RS Swasta TOGA, TOMA LSM	
Respons terencana	Depkes	BP4 Dinkes Provinsi	Dinkes kab/kota RSUD Puskesmas Pemda	RS swasta	

Feedback	Depkes	Dinkes provinsi BP4	Dinkes kab/kota RSUD Puskesmas Pemda		Diharapkan puskesmas dapat menyusun buletin

Secara umum sama. Sebenarnya cukup banyak unsur-unsur yang dapat dilibatkan dalam sistem surveilans, tetapi selama ini pelaksanaannya belum optimal, misalnya: peranan praktek swasta dan klinik swasta.

Dalam konteks desentralisasi, kita harus melihat stakeholder utama yang paling powerful. Titik kritis yang sekaligus menjadi unit pengelolaan surveilans. Kalau dari biru ini lumpuh, kalau tidak didukung secara kuat, maka keseluruhan sistem surveilans dapat terhambat.

Pelatihan Sesi II

Pada pelatihan selanjutnya, masing-masing kelompok diminta untuk menulis daftar stakeholder yang mendukung dalam pelaksanaan surveilans, serta tingkat dukungan mereka terhadap surveilans.

Kelompok Papua

Yang memberi dukungan kuat: Ditsepim, P2PL, Binkesmas, Bidang-bidang di Dinkes (P2, Kesga, Yankes, Crisis center), Pemda, Satkorlak.

Yang memberi dukungan sedang: Bapeda, DJA

Yang tidak ada sikap: MRP, DPS, BPS, Lintas sektor, LSM.

Yang dianggap memberi dukungan rendah sekaligus menentang rendah: DPRD provinsi dan kabupaten.

Pernyataan terakhir didasarkan pada kejadian yang baru saja terjadi di Papua, saat ada wabah kolera di suatu daerah yang merenggut banyak nyawa, baru DPRD seperti "kebakaran jenggot" dan mulai memperhatikan mengenai pencegahan penyakit.

Kelompok DKI

Yang memberi dukungan kuat: Dinkes (P2PL), Binkesmas, Pusdatin, PPK

Yang memberi dukungan sedang: Rumah sakit pemerintah, Pemerintah provinsi, Bapeda

Yang memberi dukungan rendah: Yanmed, LSM

Yang menentang rendah: PDBS, RS swasta, poliklinik swasta, RS TNI dan POLRI

Intinya dari permasalahan surveilans dan pencegahan penyakit, selama pihak Dinkes mampu menampilkan program dengan alasan yang kuat, maka pemprov dan pemda akan mendukung. Jadi tinggi-rendahnya dukungan tergantung pada dinas kesehatan untuk menampilkan data serta menyusun program secara menarik.

Hasil-hasil pada kelompok lain hampir sama. Yang memberi dukungan kuat adalah pihak dinkes, sedangkan yang memberi dukungan sedang antara lain: Bapeda, Pemda, Rumah Sakit, dan tidak ada pihak yang secara terang-terangan menentang program surveilans ini.

Diskusi

Pak Anjar, Unsyiah, memaparkan bahwa pada dasarnya, tujuan utama kita merangkul banyak stakeholder yaitu untuk memperlancar dalam hal sumber daya. Hal utama yang dibutuhkan adalah masalah penganggaran, dan itu terkait dengan persetujuan DPR/DPRD. Sehingga harus lebih pandai dalam negosiasi dengan pihak pemegang anggaran. Kita harus benar-benar menjelaskan mengenai program yang kita jalankan, sehingga dapat meyakinkan pihak pemberi dana dalam kasus ini DPR/DPRD.

Pak Laksono memberikan penjelasan lebih dalam mengenai anggaran. “Mengenai masalah anggaran, dari APBN sudah ada anggaran surveilans pada masing-masing program: KIA, TB, Gizi, dll, yang dibagi-bagi berdasarkan bidang masing-masing, misalnya P2M, Kesga, dsb. Prinsip utama, jangan kutak katik sawah orang lain. Jadi dalam masalah penganggaran, jangan mengutak-atik dana surveillans yang telah turun dan dialokasikan bagi masing-masing program, melainkan harus mengusahakan pengalokasian dana baru. Misalnya, melobi ke Bapeda dan DPRD daerah untuk pengalokasian dana surveilans dari APBD.”

Pak Yan dari Balitbangkes Ciloto mengungkapkan bahwa “Kalau dilihat model anggaran per program, tampak jumlahnya sedikit dan kurang optimal untuk pembiayaan surveilans. Jadi, bagaimana bila dari pusat sampai propinsi dana itu dijadikan satu, baru di tingkat kabupaten dana yang ada dipecah pada tiap-tiap program”.

Menanggapi pernyataan tersebut, Prof. Laksono menjelaskan bahwa di pusat sendiri sudah ada surveilans masing-masing program, dan selama ini model pembiayaan seperti inilah yang dilaksanakan, bahkan selama puluhan tahun. Bila terlalu drastis dalam mengubah, ditakutkan justru pengembangan sistem surveilans tidak dapat terwujud. Oleh karena itu, untuk masalah penganggaran, diupayakan cara-cara lain misalnya mengambil dari discretionary fund, atau realokasi antar program.

Kemudian pak Yan kembali angkat bicara dan menyarankan agar infrastruktur jangan diubah. Tapi disesuaikan dengan pakem yang ada. Sehingga pada hasil akhirnya keluar surveilans dalam satu nama, tidak per program.

Prof. Laksono menyetujui pernyataan pak Yan, dan menyatakan bahwa dalam pelatihan ini, memang konsep seperti itu yang hendak dijalankan.

Resume

- Langkah awal dalam penguatan sistem surveilans – respons yaitu dengan mobilisasi atau menggerakkan para stakeholder yang terlibat.

- Untuk mobilisasi para stakeholder ini, kita perlu mengidentifikasi keterlibatan mereka serta seberapa besar dukungan mereka terhadap sistem surveilans.
- Untuk stakeholder dengan dukungan rendah, kita harus lebih gigih dalam memperjuangkan dan “mempromosikan” sistem surveilans – respons, menyajikan suatu program yang bagus yang didasari konsep kuat dan proyeksi hasil yang menarik, sehingga stakeholder tersebut meningkat dukungannya.
- Stakeholder swasta atau yang kecil seperti LSM juga jangan diremehkan, karena mereka dapat juga menjadi sumber dukungan dan anggaran yang potensial

Sesi II

Rencana Pembiayaan Kegiatan Surveilans

M Faozi Kurniawan, SE, Akt

Pengantar

Dalam penganggaran, harus ada prinsip-prinsip kinerja, sesuai dengan yang dituangkan dalam permendagri → hal ini yang mendasari adanya anggaran berbasis kinerja (ABK).

Pemaparan Pembicara

ABK yaitu: Sistem perencanaan, penganggaran, dan evaluasi yang dilakukan dengan mempertimbangkan keterkaitan antara pendanaan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan → bentuk penganggaran yang mengaitkan kinerja dengan alokasi anggaran.

Komponen ABK, meliputi:

- Satuan kerja: pengelola anggaran dan penanggung jawab pencapaian kerja
- Kegiatan: syarat utama dapat dibentuknya satuan kerja dan unsur dinamis yang mengarahkan untuk mencapai kinerja
- Keluaran/output: syarat utama ditetapkannyakegiatan dan sebagai ukuran keberhasilan suatu satuan kerja
- Standar biaya: upaya efisiensi pemanfaatan anggaran untuk membiayai kegiatan dalam mencapai keluaran.

Dasar penentuan ABK yaitu: capaian kinerja, indikator kinerja, analisis standar belanja, standar satuan harga, dan standar pelayanan minimal.

Dalam hal surveilans, yang penting adalah standar anggaran yang ditentukan bupati, serta standar satuan harga.

Diasumsikan, pada kegiatan surveilans, dana terutama dibutuhkan untuk kegiatan UPS.

Tugas UPS meliputi: penerimaan data, pengolahan, analisis, dan interpretasi data, penyajian data, serta diseminasi data dalam bentuk buletin. Dari keseluruhan tugas tersebut, maka kebutuhan anggaran berkisar pada:

- Pemenuhan SDM: honor untuk tenaga surveilans (untuk memenuhi standar ketenagaan surveilans),
- Pemenuhan sarana dan prasarana untuk surveilans
- Operasionalisasi surveilans (web hosting, computer, dsb)
- Rapat persiapan pembentukan tim surveilans
- Pengembangan sistem surveilans
- Analisis data (pertemuan bulanan tim)
- Feedback
- Perawatan kendaraan bermotor dan bahan bakar
- Diseminasi informasi (pembuatan buletin, tenaga penyusun buletin)
- Konfirmasi kasus → menghabiskan biaya cukup tinggi
- Penyelidikan KLB
- Pelatihan → untuk SDM dalam bidang surveilans
- Monitoring dan evaluasi

Kemudian pembicara memaparkan contoh memasukkan perhitungan anggaran ke dalam form pelatihan ABK.

Selama ini dalam masalah penganggaran, anggaran untuk surveilans masih di bawah bidang P2M (pencegahan dan penanggulangan penyakit menular). Jadi, untuk penguatan sistem surveilans ini, dapat dimasukkan ke anggaran poin peningkatan surveillans epidemiologi dan penanggulangan wabah.

Dari contoh perhitungan anggaran, disesuaikan alokasi dana untuk kebutuhan apa saja, misalnya: input, SDM (d disesuaikan dengan kebutuhan surveilans menurut kepmenkes 1116/2003), dari hal besar sampai hal yang kecil dan detail. Intinya, penyusunan rencana alokasi anggaran harus dilaksanakan sedetil mungkin, supaya dalam perjalanan proses pengembangan surveilans nanti, tidak ada istilah kekurangan dana yang dapat menghambat proses pengembangan itu sendiri.

Diskusi

Ratih Oemiati dari Balitbangkes, Jakarta menanyakan tentang definisi operasional dari masing-masing item di form pengisian, misalnya pada definisi fogging. Kemudian beliau juga bertanya mengenai kekhawatiran terhadap KPK, apakah alokasi anggaran surveilans, misalnya untuk menyekolahkan tenaga epidemiologi ini, tidak menjadi hal yang mencurigakan bagi KPK.

Menjawab pertanyaan tersebut, Prof. Laksono memberi penjelasan “Masalah definisi operasional itu, tergantung dari pelaksanaan biasanya pada masing-masing Dinkes. Seperti kita ketahui, selama ini fogging menggunakan bermacam-macam agen obat, dengan metode berbeda tentunya biaya yang berbeda-beda pula. Definisi operasional ini sudah dimengerti dan dipahami oleh penyusun anggaran dari dinkes sebelumnya.”

“Kemudian untuk masalah KPK”, lanjut beliau lagi, “Sebenarnya selama ini yang banyak diperiksa adalah bagian pengadaan barang dan jasa (proses tender). Selama ini belum ada KPK yang menangkap seseorang karena seseorang tersebut mengusahakan perkembangan SDM (menyekolahkan) bagi pegawai atau stafnya. Jadi dalam hal KPK, sepertinya masalah penganggaran surveilans ini, asal didasarkan pada konsep surveilans yang kuat, tidak akan menjadi sesuatu yang mencurigakan”.

Sesi Tanya jawab berlanjut dengan pertanyaan seorang peserta dari provinsi mengenai definisi S2 epidemiologi pada SDM, serta kualifikasi apa yang sebenarnya dibutuhkan, dan apabila dalam dinkes sudah memiliki tenaga epidemiologi yang dianggap mampu untuk melakukan tugas surveilans di UPS, tetapi bukan S2 epidemiologi, bagaimana menanggapi hal tersebut.

Prof. Laksono menyatakan bahwa hal tersebut bukan sesuatu yang perlu dipermasalahkan. S2 epidemiologi sudah jelas, apa-apa saja yang diajarkan pada proses pendidikannya sudah jelas tercantum dalam kurikulumnya, dan memang sudah sesuai bila ditempatkan dalam UPS. Begitu pula dengan kualifikasi lainnya yang terdapat dalam kepmenkes 1116/2003.

Pak Yan dari Balitbangkes Jakarta, memberi masukan mengenai perincian penganggaran, “Kalau pembelanjaan umum jangan sampai masuk ke surveilans, tapi masuk ke umum. Misalnya belanja flash disk, alat-alat computer, dsb. Biasanya kalau belanja alat-alat itu dimasukkan / “dititipkan” pada anggaran belanja umum, tetap tidak masuk dalam anggaran surveilans. Tapi masuk di perencanaan sebelumnya. Jadi intinya, di bagian perencanaan itu tetap harus disusun kebutuhan-kebutuhannya apa, tapi masalah pembelanjaan dimasukkan ke bagian pembelanjaan umum.”

Melihat situasi diskusi menjadi cenderung bersifat detil dan melenceng dari tujuan utama, Prof. Laksono menegaskan bahwa dalam penganggaran untuk surveilans ini, yang penting adalah masalah perencanaan anggarannya. Misal masalah buletin, lebih memilih elektronik daripada cetak. Perlu dirinci lagi, perlu biaya apa saja, untuk host website nya, untuk insentif yang menyusun website. Kuncinya di perencanaan, adalah segala sesuatu harus disusun secara detil. Sampai hal-hal kecil sekalipun.

Mengenai teknis pemasukan dana itu di belanja umum, atau belanja khusus, diserahkan kembali pada penganggaran di Dinkes. Sekali lagi ditekankan bahwa yang penting dalam penganggaran ini adalah perencanaan anggaran untuk surveilans sedetil mungkin.

Pak Yan dari Balitbangkes Jakarta kembali memberikan masukan: “Untuk masalah pelaporan dan diseminasi informasi, dapat dibuat seperti di Purworejo. Masing-masing puskesmas punya local area network, yang tergabung di kabupaten, lalu ke propinsi. Awalnya memang biayanya mahal, tetapi untuk selanjutnya dapat lebih baik dalam hal akses data dan diseminasi informasi.”

Prof Laksono menerima usulan itu, dan sekali lagi beliau menegaskan bahwa “Apabila memang mau pengadaan sarana prasarana berupa local area network, maka bisa saja, asalkan perencanaan penganggaran dilakukan sedetil mungkin.”

Dari Dinkes Wonosobo memaparkan bahwa dulu pernah dikembangkan DES, yang telah memadukan berbagai disiplin ilmu. Sayangnya jalannya kurang baik karena kurangnya tenaga fungsional. Dari aturannya sudah ada tenaga fungsional untuk epidemiologi dan analisis data, tapi dalam prakteknya belum ada.

Menurut Prof. Laksono, hal tersebut dapat terjadi kemungkinan karena masalah anggaran, atau tidak adanya komitmen dari pemda dan dinkes untuk mengembangkan sistem surveilans. ABK itu bisa berjalan bila ada tupoksi yang jelas.

Resume

- Penganggaran dalam surveilans disesuaikan dengan kebutuhan untuk pembentukan sistem surveilans menurut kepmenkes 1116/2003.
- Hal yang penting dalam penganggaran surveilans yaitu perencanaan penganggaran secara detil dan terperinci, untuk menghindari adanya kemungkinan kekurangan anggaran.

Sesi III

Regulasi yang Terkait Surveilans dan Penyusunan Legal Drafting

Rimawati, SH, M.Hum

Pengantar

Selain masalah penganggaran, untuk menjalankan sistem surveilans – respons secara optimal, diperlukan juga dukungan dari peraturan dan regulasi. Untuk itu, perlu suatu pemahaman mengenai bagaimana regulasi yang kuat dapat turut memperkuat sistem surveilans.

Pemaparan Pembicara

Bagaimana Sistem Surveilans - Respons dapat berjalan?

Pertama dilihat landasan hukum dari SSR sendiri. Untuk level internasional dapat mengacu pada IHR.

Untuk kebijakan lokal, dilihat dasar hukumnya: Undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri, peraturan daerah (untuk teknis pelaksanaan di daerah)

Peraturan perundang-undangan:

- UU No. 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
- UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
- UU No. 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
- UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

- UU No. 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah
- UU No. 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan

Peraturan pemerintah

- PP No. 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular, 2004
- PP No. 74 tahun 2001 tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun
- PP No. 28 tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu, & Gizi Pangan
- PP No. 38 Tahun 2007 (Pengganti PP No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom
- PP No. 41 Tahun 2007 (Pengganti PP No. 8 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah)

PP 41 terkait struktur organisasi, PP 38 dititikberatkan untuk kewenangan apa yang dimiliki daerah tersebut.

Keputusan Menteri Kesehatan

- KepMenKes Nomor 11/MenKes/ SK/I/2002 tentang Pedoman Pengamanan virus polio Liar Di Laboratorium
- KepMenKes Nomor 11/MENKES SK/I/2002 tentang Pedoman Pengamanan Virus Polio Liar di Laboratorium
- KepMenKes Nomor 912 tahun 2003 tentang SARS sebagai penyakit wabah
- KepMenKes Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans, Epidemiologi Kesehatan
- KepMenKes Nomor 1479/MENKES/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit tidak Menular Terpadu
- KepMenKes Nomor 004/MENKES/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan
- KepMenKes Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Perencanaan Kesehatan di tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta RS
- KepMenKes Nomor 68 tahun 2004 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS di tempat kerja
- KepMenKes Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)
- KepMenKes Nomor 1059/MENKES/SK/IX/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi
- Kepmenkes No. 267 Tahun 2008 tentang Juknis Organisasi Dinkesda

Untuk pelaksanaan surveilans ini, dilihat apakah membutuhkan perda atau peraturan kepala daerah.

Masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan:

- Peraturan Daerah
 - Kelebihan: rentang waktu berlakunya lebih panjang (bisa sampai setelah pergantian pemimpin)

- Kekurangan: penyusunannya membutuhkan prosedur yang panjang, dan biaya yang tidak sedikit
- Peraturan Kepala daerah
 - Kelebihan: penyusunannya tidak serumit perda, demikian pula biayanya tidak setinggi penyusunan perda
 - Kekurangan: butuh komitmen dari kepala daerah. Bila pergantian pemimpin, tidak menutup kemungkinan peraturan akan diubah dan tidak berlaku lagi. Ini akan menyulitkan dalam pengembangan sistem surveilans yang jangka panjang dan harus kontinyu.

Perda di provinsi bisa mengikat daerah perbatasan, tapi kalau kab kota hanya terbatas di daerah tersebut.

Ciri khas bidang kesehatan itu tidak dapat dibatasi oleh batas administrasi.

Contoh perda di Jogjakarta, implementasi Perda No 2 tahun 2008, tentang penyelenggaraan sarana kesehatan dan tenaga kesehatan. Peraturan ini menyebutkan bahwa bagi praktek swasta yang tidak melakukan deteksi, registrasi, dan pelaporan kasus penyakit wajib lapor, maka akan diberi sanksi sampai pencabutan dan pembatalan izin.

Ini menyatakan ketegasan komitmen, bahwa dalam pelaksanaan surveilans ini (terutama deteksi kasus) tidak dapat dilaksanakan secara setengah hati.

Diskusi

Pak Anjar, Unsyiah, Aceh memaparkan situasi di Aceh saat ini yang sedang dalam proses penyusunan perda mengenai kesehatan.

Alim Muhtar dari Dinkes Kab. Bantul menyetujui dengan adanya perda. Tapi membuat perda tidak mudah, dan butuh waktu tidak sedikit. Pada prinsipnya, selama ini surveilans sudah dijalankan di Bantul. Masalah penganggaran di Bantul pun telah lebih baik daripada di Kota Yogyakarta (ada alokasi transport perjalanan epidemiologi), laporan kasus pun sudah aktif. Intinya, tidak ada Perda pun selama ini surveilans sudah berjalan dengan cukup bagus. Jadi menurut saya, perda untuk surveilans ini tidak cukup mendesak.

Menanggapi pernyataan tersebut, Prof. Laksono menjawab “Bila dibuat undang-undang mengenai wabah saja, nantinya surveilans bisa tidak berjalan (saat wabah tidak ada, surveilans tidak dijalankan). Diharapkan dengan adanya perda yang mengkaitkan antara surveilans dan penyelenggaraan praktek, deteksi kasus dari swasta dapat ditingkatkan. Dan dengan perda yang waktu berlakunya panjang, kontinyuitas dalam pengembangan surveilans dapat dipertahankan.”

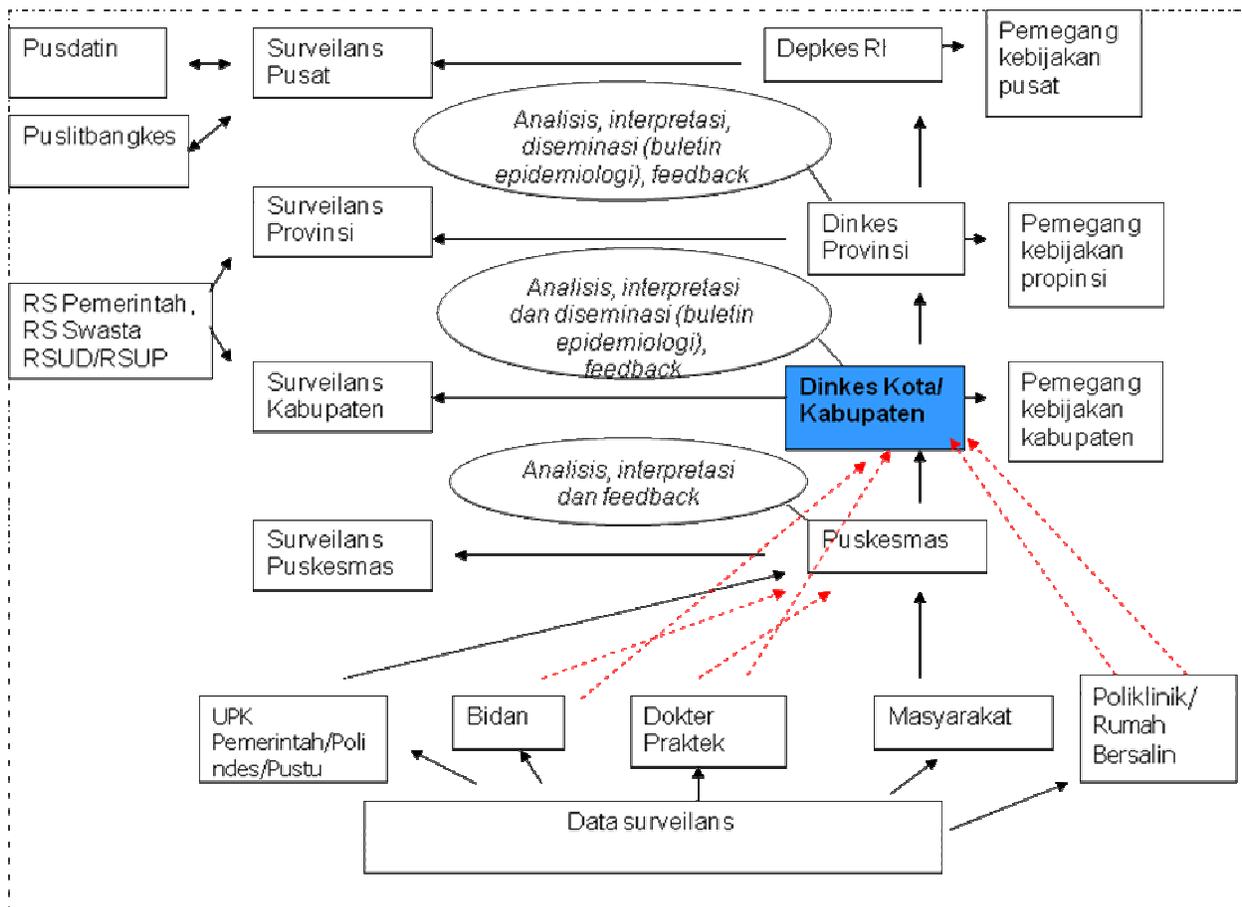
Resume

- Untuk menjalankan suatu sistem surveilans, memerlukan dukungan yang kuat dari regulasi.

- Contoh pemberlakuan regulasi untuk penguatan sistem surveilans telah dilakukan di Yogyakarta, dengan adanya peraturan mengenai wajib lapor kasus dan sanksi berupa pencabutan izin praktek.
- Meskipun masih dirasa tidak perlu, penyusunan regulasi untuk mendukung pelaksanaan surveilans penting untuk meningkatkan kualitas sistem surveilans → dapat dipikirkan lagi untuk rencana ke depannya.

Sistem Surveilans dan Sistem Informasi

Dr. Lutfan Lazuardi, Ph.D



Gambar: Alur Data

Gambar di atas merupakan gambar alur data yang selama ini masih dalam diskusi di acara-acara sistem surveilans baik dari kalangan akademi dan Dinkes. Diskusi menarik UPK pemerintah, dokter swasta akan melaporkan kemana? Ada beberapa pendapat, pelaporan langsung ke Dinkes asumsinya karena akhirnya akan dikaitkan dengan aspek perijinan

(pelaporan dengan perda perijinan) tetapi ada pendapat lain yaitu UPK pemerintah, dokter praktek swasta laporan masuk ke puskesmas karena Dinkes dirasa sudah banyak kegiatan.

Sumber-Sumber Pembiayaan Untuk Kegiatan Surveilans-Respons

Deni Harbianto, SE

Pada sesi ini dipaparkan tentang indentifikasi sumber-sumber pembiayaan yang kemungkinan dapat digunakan untuk kegiatan sistem surveilans. Tujuan dari sesi ini antara lain memahami sumber-**sumber** pendanaan kesehatan berasal dari sektor pemerintah, memahami **situasi dan alur** pendanaan pemerintah untuk kesehatan nasional saat ini, dan memahami garis besar teknik **perencanaan** dan **alokasi** anggaran pembangunan kesehatan nasional.

Berdasarkan UU No 33 tahun 2004 sumber pendanaan daerah dapat terdiri dari (1) Pendapatan Asli Daerah (PAD), (2) Pendapatan Dana Perimbangan (DPD) yang dapat dibagi menjadi Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Dana Bagi Hasil, (3) Pendapatan Dana Pemerintah Pusat (DPP) yang terdiri dari Dana De-konsentrasi, Dana Tugas Pembantuan, Program Kompensasi Pengurangan Subsidi-Bahan Bakar Minyak, dan Anggaran Biaya Tambahan, dan (4) *Pembiayaan daerah lainnya (PAD)* yang terdiri dari *Penjualan Obligasi Daerah, Sisa Anggaran Tahun Lalu, Dana Pinjaman Daerah, dan Hibah.*

Dalam studi kasus yang dilakukan di beberapa kab/kota, alokasi anggaran kesehatan Pendapatan Asli Daerah (PAD) seringkali digunakan untuk biaya operasional/Subsidi pelayanan, Dana De-Konsentrasi digunakan untuk program, Dana Alokasi Umum (DAU) seringkali digunakan untuk Administrasi dan program, Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan digunakan untuk pembangunan fisik (Infrastruktur) dan operasional kesehatan dasar di puskesmas, PKPS-BBM digunakan untuk jaminan sosial (pelayanan), ABT digunakan untuk anggaran Kejadian Luar Biasa (KLB) atau kasus mendesak ataupun mencari alternatif lain seperti Hutang Bank Umum (BHU) atau penggunaan sisa dana tahun lalu, bantuan luar negeri digunakan untuk program kesehatan (targeted), dan utang daerah untuk Kejadian Luar Biasa (KLB), Investasi (Kapital dan Program).

Fungsi/Provider Sumber Biaya	Kesehatan Personal	Kesehatan Masyarakat
Pemerintah	Rp "A"	Rp "D"
Swasta	Rp "B"	Rp "E"
Donor Asing	Rp "C"	Rp "F"

Gambar: Bagan Alokasi Anggaran

Dalam sesi diskusi ada pertanyaan yang diajukan oleh Rossi Sanusi apabila suatu daerah memiliki lebih dari 1 penyakit prioritas misalnya 8 penyakit prioritas maka akan seperti apa bagan alokasi anggaran yang harus dibuat? Menurut narasumber apabila suatu daerah memiliki lebih dari 1 penyakit prioritas maka tidak harus dibuat 8 bagan alokasi anggaran tetapi cukup satu karena untuk kegiatan sistem surveilans hanya terdapat satu table tetapi strategi yang dapat digunakan adalah dengan mendetailkannya sesuai dengan penyakit prioritas daerah tersebut.

Plan Of Action

Dalam POA ini ada beberapa usulan yang diajukan oleh peserta pelatihan dari Bapelkes yaitu dilakukan kegiatan *on the job training* yang merupakan suatu cara untuk meningkatkan kemampuan SDM terutama mengenai sistem surveilans dari proses deteksi awal s.d feedback. Selain itu dilakukan *training of trainer* (TOT) dengan peserta dari Bapelkes yang peserta tersebut harus diseleksi dengan syarat-syarat tertentu dan narasumber yang kompeten dari perguruan tinggi. Usulan yang kedua diajukan oleh peserta dari Dinkes kabupaten bahwa perlunya pendampingan dalam mengkaji data penyakit terutama untuk penentuan 2 penyakit prioritas, pendampingan dalam mengkaji faktor pendukung sistem surveilans, pendampingan dalam membuat prosedur kerja sistem surveilans sehingga hasilnya dapat digunakan untuk melakukan advokasi ke pihak pengambil kebijakan agar mendapatkan dukungan dana dalam melaksanakan 8 langkah surveilans. Peran perguruan tinggi selain dalam pendampingan juga dalam proses monitoring dan evaluasi.