

## **BAB 11**

# **DESENTRALISASI KESEHATAN DAN PELAKSANAAN PROGRAM PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR**

Suharyanto Supardi, Alm.  
Yodi Mahendradhata

### **PENDAHULUAN**

Kebijakan desentralisasi mulai diterapkan pemerintah sejak Januari 2001 yang memberikan kewenangan lebih luas kepada pemerintah kabupaten/kota untuk mengatur sendiri rumah tangganya. Kewenangan ini disebut otonomi. Sebagai konsekuensi dari kebijakan desentralisasi ini, dinas kesehatan kabupaten/kota (DKK) harus merumuskan masalah kesehatan prioritas di wilayahnya. Masalah kesehatan prioritas yang ditetapkan ini harus tercermin dalam dokumen perencanaan dan sekaligus anggaran yang harus disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) kabupaten/kota. Dengan demikian, DKK harus mampu meyakinkan baik eksekutif (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah/Bappeda), maupun DPRD agar perencanaan dan penganggaran yang telah disusun oleh DKK disetujui oleh pihak-pihak yang berwenang. Pelaksanaan kebijakan desentralisasi didasarkan atas peraturan perundangan. Sejumlah peraturan perundangan yang mendasari kebijakan desentralisasi ini adalah:

- Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 mengenai Pemerintah Daerah;
- Undang-Undang No. 25 Tahun 1999 mengenai Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah;
- PP No. 25 Tahun 2000 mengenai Kekuasaan Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota;
- PP No. 104 Tahun 2000 mengenai Dana Perimbangan;
- Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 29 Tahun 2002 mengenai Penganggaran berbasis Kinerja.

Dalam kaitan Pelaksanaan Program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) pada era desentralisasi, maka penyakit menular haruslah menjadi bagian dari masalah kesehatan prioritas. Oleh karena dengan pernyataan penyakit menular merupakan masalah kesehatan prioritas yang ditetapkan, maka ia akan mendapatkan alokasi anggaran. Persoalan yang akan dihadapi adalah adanya kemungkinan penyakit menular tidak dinyatakan sebagai masalah kesehatan prioritas, sehingga tidak mendapatkan alokasi anggaran yang mencukupi atau bahkan tidak mendapatkan alokasi sama sekali. Padahal beberapa penyakit menular merupakan masalah global, sesuai dengan sifatnya. Oleh karena itu, perlu ditangani secara global (sebagai komitmen politik). Artinya, pengendalian penyakit menular senantiasa harus dilakukan, tidak tergantung apakah penyakit menular tersebut termasuk kedalam masalah kesehatan prioritas yang ditetapkan. Selain itu, penyakit menular dapat terjangkit di suatu kawasan yang melintasi wilayah batas-batas wilayah administrasi, sehingga pengendalian penyakit menular tidak mungkin dilakukan tanpa kerja sama antarwilayah. Penyakit menular sesuai dengan sifatnya dapat menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB), wabah (epidemi), atau bahkan pandemi. Oleh karena itu, memerlukan kegiatan kewaspadaan dini. Kegiatan kewaspadaan dini disebut juga *surveilans* epidemiologi, senantiasa harus dilakukan terutama pada saat kasus penyakit yang diamati jarang terjadi. Di masa desentralisasi, kegiatan *surveilans* epidemiologi dapat disalahartikan sebagai suatu kegiatan yang tidak memberikan manfaat secara nyata. Hal ini dikhawatirkan akan memberikan akibat *surveilans*

epidemiologi tidak akan mendapatkan dukungan politik untuk mendapatkan persetujuan.

Berbagai permasalahan dalam program pengendalian penyakit menular yang timbul dalam konteks desentralisasi sebagaimana diuraikan di atas telah banyak terdokumentasi di negara-negara lain<sup>202,203,204</sup>. Tulisan ini bermaksud mendokumentasi permasalahan-permasalahan yang terjadi di Indonesia dalam tiga tahun pertama pelaksanaan desentralisasi dengan menjawab hal-hal berikut ini:

- (1). Apakah ada perbedaan keadaan antara sebelum dan sesudah penerapan kebijakan desentralisasi pada:
  - a) penganggaran dan perencanaan Program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M);
  - b) pelaksanaan program P2M yang terjadi secara lintas batas; dan
  - c) kegiatan *surveilans* epidemiologi?;
- (2). Apakah ada aspek-aspek tertentu pada program P2M yang harus dan perlu dilakukan secara tersentralisasi?

## **METODE**

Untuk menjawab apakah ada perbedaan pelaksanaan program P2M antara sebelum dan sesudah kebijakan desentralisasi diterapkan, maka data yang diperoleh dari studi untuk pelaksanaan kegiatan Pelatihan Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) dalam kaitan dengan Proyek *Intensified Communicable Disease Control* (ICDC) yang dilaksanakan di enam provinsi dan 22 kabupaten/kota. Data bersifat kualitatif yang diperoleh dari wawancara mendalam maupun diskusi kelompok terarah yang dilakukan terhadap pejabat dilingkungan dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota (yang mencakup kepala dinas, kepala subdin P2 atau P2 PL atau subdin yang bertanggung jawab pada program P2M atau kepala seksi yang bertanggung jawab, kepala subdin yang

bertanggung jawab dalam perencanaan program atau membawahi seksi perencanaan dan kepala seksi yang bertanggung jawab atas perencanaan program. Kepala Bappeda Provinsi dan Kabupaten/Kota atau Kepala Bidang Kesejahteraan Rakyat atau yang bertanggung jawab atas perencanaan kegiatan pembangunan kesehatan di masing-masing wilayah tersebut, ketua dan atau wakilnya, serta anggota Komisi E DPRD provinsi dan kabupaten/kota.

Untuk mempelajari pengaruh penerapan kebijakan desentralisasi terhadap Program P2M yang bersifat lintas batas digunakan kasus P2 Malaria di Bukit Menoreh. Kegiatan P2 Malaria merupakan suatu contoh yang cukup lengkap mengenai upaya pengendalian malaria di suatu wilayah epidemiologi. Wabah penyakit malaria terjadi secara endemik dan wilayah tersebut mencakup dua kabupaten di Provinsi Jawa Tengah dan satu Kabupaten di Daerah Istimewa Yogyakarta. Oleh karena itu, kegiatan P2 Malaria di Bukit Menoreh ini memerlukan kerja sama lintas batas, baik lintas provinsi maupun kabupaten, yang erat. KLB Nasional Demam Berdarah *Dengue* digunakan sebagai ilustrasi kegagalan sistem *surveilans* sebagai alat peringatan dini (*early warning*) KLB.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Penganggaran dan Perencanaan Program Pemberantasan Penyakit Menular**

Besar anggaran kesehatan di tingkat daerah dalam era desentralisasi tampaknya semakin bervariasi. Kabupaten dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang besar cenderung menjamin tersedianya anggaran kesehatan yang cukup besar pula. Di provinsi Kalimantan Selatan misalnya tersedia anggaran kesehatan yang cukup besar di Kabupaten

<sup>202</sup> Hanson S. (2000) Health sector reform and STD/AIDS control in resource poor settings – the case of Tanzania. *International Journal Health Planning Management* 2000; 15: 341-360

<sup>203</sup> Kroeger A, Ordonez-Gonzales J, Avina A (2003). Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in colombia. *Trop Med Int Health* 2003; 5: 450-458

<sup>204</sup> Bosnan M. (2000). Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 7: 606-620

Tabalolong sedangkan di Kabupaten Tapin anggaran kesehatan rendah. Untuk penyediaan obat hanya teralokasi Rp. 150 juta dan dukungan pemda sulit diperoleh. Di Provinsi Jawa Barat, data anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya secara absolut cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Terlihat penurunan yang tajam atas proporsi APBN dalam anggaran tersebut. Namun, hal ini tampaknya diimbangi oleh peningkatan yang tajam pula atas proporsi APBD. Proporsi alokasi untuk program P2M tampak meningkat dari 6% di tahun 2000 menjadi 10% di tahun 2002. Meskipun demikian, analisis sumber anggaran untuk P2M yang tercermin dari anggaran program ISPA menunjukkan bahwa sebagian besar (hampir 100%) bersumber dari Bantuan Luar Negeri (BLN).

Sejak desentralisasi, anggaran pembangunan bersumber dari APBD yang dialokasikan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara cenderung meningkat pula dari 0,4% di tahun 2000 menjadi 4,3% di tahun 2003. Namun, pendanaan bagi program P2M sendiri masih lebih banyak mengandalkan APBN dan BLN.

Proporsi APBN dalam anggaran untuk pengendalian tuberkulosis di kabupaten ini sejak tahun 1997 berkisar antara 6-53,7% sedangkan proporsi BLN dalam kurun waktu yang sama berkisar antara 42,3%-93,4%. Dalam kurun waktu yang sama di Banjarnegara, program imunisasi memanfaatkan anggaran APBD (0%-26%), APBN (9%-80%) dan BLN (8,4%-90,9%). Usulan anggaran untuk membiayai kegiatan P2M sebesar Rp1,1 milyar hanya disetujui sebesar Rp600 juta atau 53%.

**Tabel IV.4. Proporsi Sumber Dana Kegiatan TB paru di Banjarnegara tahun 1997-2002**

Tahun	APBD (%)	APBN (%)	BLN (%)
1997	0	53,7	42,3
1998	0	32,0	68,0
1999	0	51,4	48,6
2000	0	29,6	70,4
2001	0	6,9	93,4
2002	0	36,1	63,9

**Tabel IV.5. Proporsi Sumber Dana Kegiatan Imunisasi di Banjarnegara tahun 1997-2002**

Tahun	APBD (%)	APBN (%)	BLN (%)
1997	0	10,7	89,3
1998	26,0	51,8	22,2
1999	9,8	49,9	40,3
2000	0	9,1	90,9
2001	0	80,8	11,2
2002	25,9	65,7	8,4

## PROSES PERENCANAAN DAN ADVOKASI

Proses perencanaan dalam sektor kesehatan memerlukan dukungan data epidemiologis, ekonomi dan politis. Namun, konsep yang menggunakan prinsip *evidence based* ini tampaknya menemui banyak kendala. Salah satunya disebabkan oleh sistem penganggaran yang terkesan tidak memerlukan bukti. Proses penganggaran tahun 2004 di Kalimantan Selatan misalnya, menurut bagian perencanaan lebih berbasis intuisi tanpa bukti hasil kajian laporan program tahun sebelumnya ataupun kajian lain.

Usulan anggaran selalu diajukan ke beberapa sumber dana terutama untuk item anggaran baru. Risikonya adalah adanya duplikasi sumber anggaran dan kegiatan. Lebih lanjut, menurut seksi Perencanaan Program Provinsi tersebut sangat sedikit staf di subdin PPM PL yang bisa menyusun program sesuai kebutuhan. Bahkan untuk proyek ICDC praktis yang menyusun perencanaan adalah seksi Penyusunan Program. Penyerapan anggaran proyek ICDC di provinsi ini selalu kurang dari 50%.

Selain kendala dalam perencanaan, kurangnya dukungan dari pemda diduga disebabkan pula oleh lemahnya advokasi. Wawancara dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa Bina Program kurang dapat memperjuangkan usulan-usulan program P2M. PPM sudah merencanakan anggaran sesuai renstra, tetapi pada akhirnya anggaran program P2M dari APBD bisa dipangkas hingga 65%. Bahkan untuk KLB dana dipotong hingga 80%. Namun demikian, Bina Program justru mengatakan bahwa untuk program P2M jumlah dana yang didapat sangat besar. Hal ini mungkin dikaitkan dengan adanya dana-dana BLN seperti ICDC. Berdasarkan wawancara dengan Bappeda Provinsi Jawa Tengah diketahui pula bahwa adanya anggaran proyek seperti ICDC merupakan salah satu pertimbangan untuk tidak menyetujui usulan dari dinas kesehatan. Bappeda

berasumsi, anggaran yang tidak dapat didanai oleh pemerintah kabupaten akan didanai oleh proyek.

## 2. Pemberantasan Penyakit Menular secara Lintas Batas

Sesuai dengan sifatnya, kejadian penyakit menular tidak akan mengenal batas-batas wilayah administratif<sup>207</sup>. Oleh karena itu, kejadian penyakit menular cenderung terjadi di wilayah epidemiologi, yang memiliki ekosistem yang hampir sama. Ekosistem yang sama amat diperlukan bagi transmisi/penularan penyakit yang terjadi melalui perantara vektor, misalnya malaria. Kawasan Bukit Menoreh, yang terletak di Kabupaten Kulonprogo Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Kabupaten Magelang dan Purworejo Provinsi Jawa Tengah, merupakan satuan ekologis. Wilayah ini merupakan wilayah yang berbukit-bukit, dan ekosistem mengalami banyak perubahan karena pemanfaatan lahan. Sebagian hutan telah dibuka menjadi ladang atau perkebunan, bahkan pemukiman. Perubahan lingkungan tersebut mempertinggi intensitas kontak antara manusia dan nyamuk *Anopheles sp.* sebagai vektor malaria. Pengendalian vektor sulit dilakukan karena tempat perindukan nyamuk yang sulit diidentifikasi apalagi dapat dijangkau. Selain itu, wilayah yang saling berdekatan ini menyebabkan migrasi penduduk antarwilayah tinggi sekali. Oleh karena itu, kegiatan pengendalian penyakit malaria yang hanya dilakukan di salah satu kabupaten oleh dinas kesehatan kabupaten setempat, tetapi tidak dilakukan secara bersamaan dengan kabupaten lain (secara serempak) tidak akan memberikan manfaat yang berarti.

## 3. Surveilans Epidemiologi (Penyakit Menular)

Kegiatan Program P2M memerlukan sistem informasi yang secara terus-menerus dapat memberikan informasi atau peringatan dini mengenai adanya peningkatan kejadian penyakit

<sup>207</sup> Bradley D.(2001). *The biological and epidemiological basis of global public goods for health*. Geneva: Commission on Macroeconomics and Health.

menular, sehingga tindakan segera untuk mencegah peningkatan jumlah kasus penyakit menular dapat dilakukan secara dini. Sejak diterapkannya kebijakan desentralisasi dirasakan adanya gangguan fungsi sistem *surveilans*. Contoh kasus yang paling terkini adalah pengakuan Menteri Kesehatan RI atas kegagalan sistem *surveilans* memberikan peringatan dini adanya peningkatan kasus Demam Berdarah *Dengue* yang mengarah ke KLB. Gangguan yang dimaksud adalah terputusnya sambungan dalam mata rantai penyampaian data dan informasi. Meskipun tidak terputus, yang sering dijumpai adalah keterlambatan dalam penyampaian data/laporan kejadian penyakit. Mata rantai yang terputus tersebut adalah antara dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota, antara rumah sakit umum dan swasta dengan dinas kesehatan kabupaten/kota, serta antara puskesmas dengan dinkes kabupaten/kota. Tentu, perlu pula dinyatakan masih belum terlibatnya pelayanan kesehatan swasta (utamanya praktik dokter, poliklinik dsb.) dalam sistem *surveilans* ini.

Beberapa faktor yang mungkin berperan dalam menyebabkan terjadinya gangguan pelaksanaan *surveilans* epidemiologi ini adalah hal-hal berikut. Melemahnya hubungan vertikal dari pusat, dalam hal ini Depkes RI *eq.* Ditjen PPM PL, dinas kesehatan provinsi, dan dinas kesehatan kabupaten/kota. Melemahnya hubungan vertikal ini merupakan keadaan yang tidak dapat dielakkan dari penerapan kebijakan desentralisasi. Pemerintah pusat tidak lagi dapat sepenuhnya mengendalikan jajaran pemerintahan dibawahnya, termasuk memberikan kewajiban untuk secara berkala menyampaikan laporan. Hal yang sama juga terjadi antara pemerintah provinsi terhadap pemerintah kabupaten/kota (dalam hal ini harap dibaca instansi kesehatan yaitu dinas kesehatan), sedangkan melonggarnya hubungan antara rumah sakit, termasuk rumah sakit umum baik daerah maupun pusat, kemungkinan disebabkan karena

reposisi RSUD, yang tidak lagi di bawah dinas kesehatan kabupaten/kota. Ketidakpatuhan puskesmas kepada dinas kesehatan kabupaten/kota, maupun dinkes kabupaten/kota kepada dinkes provinsi lebih disebabkan oleh kekecewaan yang telah berlangsung lama, yaitu mewajibkan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) di bawahnya untuk secara berkala menyampaikan laporan, tetapi tidak atau kurang memberikan umpan balik bahkan mengenai akurasi data yang dilaporkan sekalipun staf di UPK, misalnya puskesmas tidak merasakan manfaat pengumpulan dan pelaporan data *surveilans* epidemiologi ini. Hal ini disebabkan semua kegiatan program dikendalikan secara terpusat dengan pendekatan proyek, sehingga mengabaikan masalah/keadaan yang bersifat terbatas. Oleh karena itu, tidak merasakan manfaat secara langsung maupun tidak langsung, timbullah keengganan untuk melaporkan apalagi melakukan pengolahan data. Faktor lain adalah terjadinya mutasi staf selama proses penggabungan dinkes dan kantor wilayah depkes, sehingga banyak staf yang sudah terampil dan terlatih melakukan pekerjaannya mengalami mutasi dan kedudukannya digantikan oleh staf yang belum/tidak terlatih.

## **KESIMPULAN**

1. Pembiayaan P2M setelah era desentralisasi semakin bervariasi antardaerah. Sumber pembiayaan untuk program P2M di wilayah kerja proyek ICDC tampak didominasi oleh bantuan luar negeri, kontribusi APBN cenderung secukupnya dan kontribusi APBD masih sangat minimal. Di satu sisi, hal ini mencerminkan kecenderungan pemerintah daerah untuk lebih memprioritaskan layanan yang lebih cenderung bersifat *private good* daripada *public good*. Temuan ini sejalan dengan pengalaman desentralisasi di berbagai negara lain<sup>208</sup>. Tingginya eksternalitas dari program-program P2M tampaknya cenderung

---

<sup>208</sup> Shwartz J, Guilkey D, Racelis R. (2002) *Decentralization, allocative efficiency and health service outcomes in the Philippines*. Chapel Hill: Caroline Population Center UNC at Chapel Hill.

mendorong pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah untuk *free riding*, mengandalkan dukungan-dukungan dari luar. Hal ini sesungguhnya berisiko karena komunitas global pun dalam penentuan kebijakan tidak selalu rasional dan sebenarnya sering mengalami pula kesulitan dalam penggalangan dan distribusi dana. Di sisi lain, rendahnya kontribusi pemerintah daerah di wilayah kerja ICDC tampaknya disebabkan pula masih lemahnya kapasitas perencanaan dan advokasi dari jajaran kesehatan khususnya dari program P2M sendiri. Dengan demikian, dalam era desentralisasi terlihat semakin diperlukannya upaya-upaya berkelanjutan untuk memperkuat proses perencanaan dan advokasi di jajaran kesehatan.

2. Program P2M, termasuk program imunisasi, memerlukan pembakuan, antara lain dalam hal penatalaksanaan kasus (*case management*);

anggaran yang besar, misalnya untuk membiayai pemeriksaan laboratorium dalam rangka konfirmasi diagnosis penyakit, penyediaan obat-obatan dan vaksin, sifat kejadian penyakit menular yang tidak mengenal batas administratif, serta perlunya tenaga yang terlatih; adanya komitmen global atau regional dalam hal pemberantasan/pengendalian penyakit menular (P2M). Oleh karena itu, manajemen program P2M harus dilakukan secara terpusat.

3. Kegiatan *surveilans* epidemiologi merupakan teknik yang berperan penting dalam memberikan peringatan dini akan ancaman terjadinya KLB penyakit. Kegiatan ini memiliki dasar hukum dan merupakan sarana untuk memberikan perlindungan terhadap publik/masyarakat.