**PENGUATAN SURVEILANS EPIDEMIOLOGI**

**dalam**

**PENANGGULANGAN PENYAKIT**

**yg dapat menimbulkan**

**PUBLIC HEALTH EMERGENCY of INTERNATIONAL CONCERN**

Nyoman Kumara Rai

1. **PENDAHULUAN**

Istilah surveilans berasal dari dunia militer. Secara singkat surveilans mencakup kegiatan pengumpulan data, analisis data dan feed back ke instansi yg membutuhkan. Epidemiologi adalah ilmu yg mempelajari segala sesuatu yg berhubungan dengan masyarakat. Oleh karena itu Surveilans Epidemiologi adalah kegiatan yg mempelajari berbagai kegiatan yg mempengaruhi berbagai kehidupan masyarakat. Jadi tidak terbatas pada bidang kesehatan saja.

WHO mendefinisikan Sistem Kesehatan sebagai semua upaya yg tujuan utamanya adalah meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatan. Telah lama diakui pentingnya peran sektor lain di luar sektor kesehatan. Tanpa kontribusi sektor lain mustahil tujuan pembangunan kesehatan tercapai. Sistem Kesehatan memegang peran penting dalam mencapai tujuan dari berbagai upaya atau program kesehatan. Indonesia telah merumuskan Sistem Kesehatan Nasional atau SKN pada tahun 1982.

SKN telah mengalami beberapa kali revisi untuk menyesuaikan dengan perkembangan dan perubahan yang bersifat nasional dan global. Versi terakhir SKN adalah tahun 2009

 Penguatan SKN menggunakan pendekatan Primary Health Care atau PHC.

Sejarah PHC dimulai dari Deklarasi Ama Ata tahun 1978 yang terkenal dengan slogan Health For All by the year 2000/HFA 2000 atau Kesehatan Bagi Semua pada tahun 2000 dimana disepakati bahwa PHC adalah pendekatan yg paling tepat guna mencapai HFA-2000

Dalam perjalanannya konsep HFA mengalami pasang surut karena beragamnya interpretasi PHC dari berbagai negara anggauta WHO.

 Penguatan Surveilans Epidemiologi membutuhkan penguatan pada keenam building block SKN

 Pengertian PHC menjadi semakin jelas saat Dr Margaret Chan terpilih sebagai Direktur Jenderal WHO pada tahun 2006. Beliau menjabat selama dua periode sampai tahun 2017. Setahun setelah menjabat, beliau menegaskan perlunya kita kembali menggunakan PHC sebagai pendekatan untuk menguatkan sistem kesehatan. Selanjutnya ditegaskan bahwa untuk mencapai sasaran yang berhubungan dengan kesehatan dari Millenium Development Goal kita harus melihat kembali nilai, prinsip dan pendekatan PHC

Sebagai komitmen Dr Margaret Chan terhadap PHC, World Health Report tahun 2008 mengambil tema “Primary Health Care Now More Than Ever”

Tema Health Systems sendiri telah digunakan pada World Health Report tahun 2000 yg bunyinya “Health Systems Improving Performance”

1. **DEKLARASI ALMA ATA 1978**

Deklarasi ini mendeskripsikan PHC sbb:

* **Upaya kesehatan esensial**
* **Secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan, dapat diterima masyarakat,**

**dan terjangkau**

* **Dapat diakses seluruh pemduduk**
* **Adanya peran serta masyarakat**
* **Berdikari**
* **Bagian dari Sistem Kesehatan Nasional**
* **Merupakan kontak atau tingkat pertama pelayanan kesehatan**
* **Memerlukan sistem rujukan yang baik**

1. **HEALTH FOR ALL BY 2000**

Definisi operasional HFA adalah”Suatu fase dari pembangunan kesehatan di mana setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu atau mampu mempraktekkan pengobatan sendiri serta terlindung dari risiko keuangan untuk mencegah jatuhnya mereka ke dalam jurang kemiskinan”

Kita harus melindungi masyarakat dari kemungkinan jatuh miskin karena besarnya biaya kesehatan yang harus ditanggung melalui pengeluaran langsung atau *out-of pocket expenditure/OOP.* Biaya yg besar ini disebut *catastrophic health expenditure.* Bank Dunia memperhitungkan besarnya OOP yg melebihi !0% dari seluruh pengeluaran keluarga berpotensi menimbulkan catastrophic expenditure

Banyak yang mempertanyakan karena saat ini sudah tahun 2018 apahak HFA-2000 masih berlaku? Jawabannya YA karena HFA adalah sebuah Visi yang horisonnya sangat panjang. Visi ibarat mimpi yg horisonnya bisa tak terbatas. Misi dijabarkan dalam MDG 2015 dan SDG 2030

Sama halnya dengan Visi Pembangunan Kesehatan Indonesia *INDONESIA SEHAT 2010* yang tetap kita acu hingga saat ini

Bahkan tema Hari Kesehatan Sedunia tahun 2018 adalah *‘Health For All: Everyone, Everywhere’*

1. **PRIMARY HEALTH CARE/PHC**
* Mispersepsi tentang PHC: banyak yang menyalahpersepsikan PHC sebagai pelayanan kesehatan yang mutunya rendah, murah, hanya bagi mereka yang miskin, mereka yang tinggal di perdesaan dan berlaku hanya bagi negara berkembang
* Mispersepsi ini kemudian diluruskan dengan mendeskripsikan PHC sebagai pelayanan kesehatan yang harus diterapkan dari tiga dimensi yakni:
	+ Sebagai suatu paket kegiatan: minimal 8 komponen/program tergantung kemampuan negara
	+ Tingkat pelayanan: primer-sekunder-tertier
	+ Pendekatan/prinsip/pilar/strategi:
		- UHC/Equity
		- Partisipasi/pemberdayaan masyarakat
		- Koordinasi lintas sektor
		- Teknologi tepat guna

Ketiga dimensi PHC dapat direfleksikan dalam kubus PHC di bawah ini:



1. **PHC SEBAGAI PAKET KEGIATAN**

Upaya kesehatan atau program yang dimasukkan ke dalam paket adalah upaya yg tingkat efektifitas dan efisiensi-nya tinggi atau *cost effective interventions.*Beberapa nama untuk paket ini adalah *basic health package, essential health care, essential health package* dan di *Indonesia disebut SPM/Standar Pelayanan Minimal*

Komponennya jelas berbeda antar negara tergantung pada pola masalah kesehatan di negara yang bersangkutan

Dalam perjalanannya masih banyak yang beranggapan bahwa paket kegiatan tersebut terlalu besar sehingga memerlukan anggaran besar dan waktu yang cukup lama untuk mencapai hasil yang ditargetkan. Oleh karenanya muncul gerakan yang disebut *selective PHC.*

Gerakan ini memilih satu upaya kesehatan yang dianggap sangat penting dan dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat. Selective PHC disebut juga *vertical atau semi-vertical approach*

Contohnya kampanye oralit, monitoring pertumbuhan anak, menyusui bayi, eradikasi polio dan imunisasi

Lawan dari selective PHC adalah *comprehensive PHC* atau *integrated approach*

1. **PHC SEBAGAI PELAYANAN BERJENJANG**

Pelayanan *primer* atau pelayanan pada tingkat pertama dari sistem kesehatan memerlukan rujukan yang baik dari tingkat pelayanan di atas-nya yakni pelayanan *sekunder* dan *tersier*

Tanpa dukungan ini sulit untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas bagi beberapa jenis masalah kesehatan yang tidak bisa ditanggulangi pada tingkat primer atau PUSKESMAS

Selain itu PUSKESMAS harus pula bertindak sebagai penjaga gawang agar sarana pelayanan rujukannya tidak dibanjiri pasien yang sebenarnya dapat ditanggulangi sendiri di samping tentunya untuk menghemat biaya kesehatan

Akreditasi PUSKESMAS dan sarana rujukannya akan meningkatkan mutu layanan yang diterima masyarakat

1. **PHC SEBAGAI PENDEKATAN UNTUK PENGUATAN SISTEM KESEHATAN**

**Ada empat butir penting yang dicakup sebagai pendekatan PHC:**

1. *Universal Coverage* atau lebih dikenal sebagai *Universal Health Coverage/UHC*

UHC sudah dicakup dalam HFA-2000 yang merupakan visi dari pembangunan kesehatan global yang diuraikan pada butir C di atas. Dalam deskripsi tersebut selaian akses terhadap pelayanan kesehatan ada dua hal penting yang tidak boleh dilupakan yakni *mutu layanan* dan *proteksi keuangan*

Kembali kita menggambarkan UHC dalam bentuk kubus untuk memudahkan kita dalam memahaminya:

* Sisi depan kubus yang ada di dalam yang berwarna menggambarkan cakupan penduduk yang memperoleh akses terhadap pelayanan ksehatan
* Sisi samping menggambarkan paket pelayanan yang diberikan
* Sisi belakang menggambarkan proporsi biaya kesehatan yang dicakup oleh sistem proteksi finansia yang berlakul. Dalam kubus ini ada cost sharing

**

JKN/BPJS-K menargetkan UHC pada tahun 2019, lima tahun setelah program JKN diluncurkan, dimana tingkat kepesertaan terhadap asuransi sosial tersebut minimal 95%

Hendaknya diingat bahwa UHC adalah *target antara/output* pembangunan kesehatan. Yang lebih penting adalah *target akhir atau outcome* yang biasanya dinyatakan dengan derajat atau status kesehatan. WHR 2000 membahas hal ini dan akan diuraikan secara singkat pada makalah ini

UHC juga bisa digunakan untuk merefleksikan *Equity* atau *pemerataan* yang dihasilkan oleh SKN. Equity sering digunakan secara bergantian dengan *Equality* atau *kesamarataan*

Equity sebenarnya merupakan konsep yg lebih banyak digunakan dalam ilmu sosial karena sulitnya mendefinisikan *keadilan* atau *just/fairness.* Apa yang dianggap adil oleh suatu kelompok masyarakat belum tentu sama pada kelompok lainnya.

Singat cerita kita dapat mengatakan bahwa *Inequity is unjust or unfair Inequality*

1. Partisipasi masyarakat atau lebih tepatnya pemberdayaan masyarakat/*community empowerment.* Sudah banyak referensi perihal ini sehingga tidak diperlukan penjelasan lebih lanjut di sini
2. Kerjasama lintas sektor. Yang perlu ditekankan di sini adalah diberlakukannya kebijakan oleh sektor-sektor yang terkait dengan sektor kesehatan untuk membantu memelihara atau meningkatkan kesehatan masyarakat.

Kebijakan ini dikenal sebagai *Healthy Public Policy/HPP* atau *Health in All Policies/H in AP*

Contohnya konservasi hutan bakau yang berguna untuk pengendalian Malaria; Yodisasi garam untuk mencegah Iodine Deficiency Disorders/IDD dan pengurangan kadar gula dalam minuman olahan guna mencegah Diabetes

H in AP ini akan menjadikan pembangunan kesehatan sebagai *arus tengah dalam pembangunan nasional* yang dikenal sebagai *mainstreaming health* atau *pembangunan berwawasan kesehatan*

Pembangunan nasional berwawasan kesehatan ini dicanangkan oleh Presiden Habiebie pada Rakerkesnas 1999 di Istana Negara

1. Teknologi tepat guna atau *Appropriate Technology.* Tekologi yang termasuk kategori ini tidak selalu teknologi yang murah dan mudah dibuat. Yang penting *cost effective* dan *diterima masyarakat.* Contoh yang paling mudah adalah satelit komunikasi dan telepon seluler
2. **SISTEM KESEHATAN BERDASARKAN PHC, MASALAH APA YANG DIHADAPI?**

Secara global sistem kesehatan di beberpa negara menghadapi:

* Semakin timpangnya pemerataan pelayanan kesehatan/*widening health inequity*
* *Meningkatnya biaya kesehatan* dan
* *Meningkatnya proporsi masyarakat miskin* karena *catastrophic health expenditue*

Ketiga masalah tersebut telah memicu WHO untuk melakukan *revitalisasi PHC di tahun 2008*

WHR 2008 juga mengambil tema PHC yakni *Primary Health Care Now More than Ever.*

Empat area reformasi yang disarankan dalam WHR 2008 adalah:

* Pelayanan kesehatan: manusia/pasien sebagai fokus, lebih responsif
* UHC untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan
* Kebijakan publik yang mendukung kesehatan: HPP/H in AP
* Kepemimpinan

Apa ciri utama revitalisasi PHC di negara anggauta WHO wilayah Asia Tenggara ini?:

* Fokus pada Public Health (upaya preventif dan promotif) dalam keseimbangan yang memadai dengan Medical Care (upaya kuratif dan rehabilitatif)
* Sistem rujukan yang baik
* Asuransi kesehatan berbasis pajak/asuransi sosial untuk mengurangi Out Of Pocket expenditure
* Pergeseran dari hanya pelayanan kesehatan ke pendekatan pembangunan

Dengan demikan dapat disimpulkan bahwa Sistem Kesehatan berdasarkan PHC adalah:

* Sistem Kesehaan yang memberikan *akses yang lebih merata* kepada penduduk sesuai dengan kebutuhannya tanpa tergantung pada *atribut sosial* atau *Social Determinant of Health*
* *Terjangkau* tanpa *catastrophic expenditure*
* *Keseimbangan yang baik* antara *Public Health* dan *Medical Care*
* *Mutu pelayanan yang baik*
* *Responsif* atau *people centered care*
1. **KOMPONEN SISTEM KESEHATAN/HEALTH SYSTEMS BUILDING BLOCKS**

****

 Keenam komponen Sistem Kesehatan tidak akan diuraikan di sini. Fokus uraian adalah pada outcome-nya yang mengacu pada WHR 2000 yang mengambil tema *Health Systems – Improving Performance sbb:*

1. Perbaikan derajat kesehatan dan tingkat pemerataannya/Equity

Indikator derajat/status kesehatan yang digunakan adalah *DALY* atau *Disability Adjusted Life Year.* Satu DALY adalah satu tahun dalam keadaan sehat (healthy live year) yang hilang karena kematian atau disabilitas yang prematur. Dengan indikator DALY, mengukur kinerja sistem kesehatan menjadi lebih mudah

1. Responsif terhadap kebutuhan (non medik) pasien yang meliputi harga diri, kerahasiaan, otonomi, perhatian yang cepat, akses terhadap jarinan sosial, fasilitas fisk kamar dan pemilihan dokter atau perawat
2. Proteksi keuangan bagi biaya kesehatan. Indonesia sudah mempunyai program JKN yang saat ini paling besar cakupan kepesertaannya meski tingkat pemerataan masih memerlukan upaya khusus untuk memperbaikinya. Saat ini mereka yang mampu justru disubsidi oleh mereka yang kurang mampu dan mereka yang realatif sehat disubsidi oleh mereka yang sakit
3. Perbaikan tingkat efisiensi. Secara umum ada dua jenis inefisiensi yang dialami oleh sitem kesehatan suatu negara:
	* *Allocative Inefficiency* terjadi karena alokasi sumber daya lebih besar kepada upaya yang lebih rendah tingkat cost effectiveness-nya. Misal upaya pelayanan medik yang lebih banyak mendapat alokasi ketimbang upaya kesehatan masyarakat/public health
	* *Technical Inefficiency* muncul karena penggunaan alat kesehatan yang terlalu canggih dan berlebihan. Aspek ini ditangani oleh unit yang diesebut *Health Technology Assessment*

Yang perlu mendapat perhatian juga adalah sifat *public goods* dari upaya kesehatan masyarakat/public health.

Public goods adalah *barang atau jasa yang konsumsinya tidak bisa dibatasai hanya pada kelompok masyarakat tertentu.* Sifat lainnya adalah *setelah dikonsumsi oleh orang lain jumlahnya tidak berkurang*.

Contoh klasik adalah *mercu suar di laut* yang memberi arah kepada kapal yg sedang berlayar dan *udara bebas* yang kita hirup setiap hari

Selain kedua sifat tersebut di atas sifat lain dari public goods adalah *Externality/Spill-over* baik *positive externality* maupun *negative externality*

*Contoh dari eksternalitas yang positif* adalah penyemprotan dinding rumah dengan insektisida untuk memberantas Malaria. Dalam satu desa pasti ada penduduk yang menolak rumahnya untuk disemprot. Mereka masih mendapatkan perlindungan terhadap Malaria karena rumah-rumah di sekeliling mereka sudah terlindungi sehingga nyamuk malaria yang hingap di rumah mereka yang menolak otomatis akan berkurang

Hal yang sama berlaku bagi mereka yang menolak imunisasi bagi anak-anaknya.

Untuk *Eksternalitas yang negatif* contohnya adalah *perokok pasif*

Public goods tidak/kurang diminati oleh pihak swasta karena sifat-sifat yang telah diuraikan di atas

Sebagai konsekuensinya pemerintah harus lebih memfokuskan diri pada upaya yang bersifat public health. Sebaliknya pihak swasta dapat diberikan tanggung jawab yang lebih besar di bidang pelayanan medik karena sifatnya sebagai *private goods*

1. **PUBLIC HEALTH EMERGENCY of INTERMATIONAL CONCERN\PHEIC**

UU no 6 tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan menggunakan istilah KKMD atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yg Meresahkan Dunia

Penyakit menular yg bisa menimbulkan PHEIC juga berpotensi untuk menimbulkan pandemik. Saat ini COVID -19 sudah dideklarasikan Dirjen WHO.

Dengan telah dideklarasikannya COVID-19 sebagai PHEIC semua anggauta WHO diminta untuk meningkatkan kegiatan untuk mencegah, mendeteksi dan meresponnya. Tindakan ini meliputi skrining di pintu masuk dan keluar, pembagian Health Alert Card dan peningkatan Surveilans Epidemiologi sebagai bagian dari penguatan SKN yg menyeluruh

Jadi berlakunya PHEIC tidak berarti membatasi perjalanan seseorang dan menghambat perdagangan internasional. Justru IHR 2005 yg memberi panduan cara2 untuk menentukan apakah suatu penyakit menular telah memenuhi kriteria untuk menjadi PHEIC. Dengan berlakunya PHEIC tetap tidak diperbolehkan untuk menghambat perjalanan dan perdagangan internasional.

Beberapa negara telah melanggar kesepakatan ini. Indonesia juga. Mungkin karena panik?

**BIBLIOGRAFI**

1. International Health Regulations 2005
2. World Health Organization South-East Asia Regional Office, 2000 *Equity in Access to Public Health, CCPDM Background Document*
3. World Health Report 2000, *Health Systems, Improving Performance*
4. World Health Report 2008, *Primary Health Care-Now More Than Ever*
5. World Health Organization South-East Asia Regional Office 2008, *30 Frequently Asked Questions to Commemorate 30 Years of Alma Ata Declaration*