



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS SISTEM MANAJEMEN CEGAH TANGKAL  
GLOBALISASI PENYAKIT MENULAR DAN PENYAKIT  
POTENSIAL WABAH (Studi Kasus pada KKP Kelas I Tanjung  
Priok dan KKP Kelas I Jakarta Tahun 2009)**

**TESIS**

**Oleh  
AGUS SYAH F.H  
NPM : 0706189085**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK, JUNI 2009**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
EPIDEMIOLOGI KESEHATAN LINGKUNGAN  
Tesis, 22 Juni 2009**

**Agus Syah Fiqhi Haerullah, NPM 070689085**

**Analisis Sistem Manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular Dan Penyakit Potensial Wabah (Studi Kasus pada KKP Kelas I Tanjung Priok Dan KKP Kelas I Jakarta Tahun 2009)**

**ix + 175 hal , 5 tabel, 12 gambar**

**ABSTRAK**

Aktivitas kedatangan kapal di Pelabuhan Tanjung Priok yang mencapai 89.804.581 kapal dan kegiatan ekspor dan import sebanyak 47.849.526 kegiatan dalam setahun, disamping dampak perekonomian juga akan berdampak pada penyebaran potensial risiko penyakit dari manca negara, kondisi yang sama di Bandara Soekarno Hatta dimana aktivitas penerbangannya mencapai 3.36.415 pesawat dan mobilitas penumpang sebanyak 6.400.631 orang dalam setahun, hal ini mempunyai potensial risiko penyebaran penyakit menular yang sama dari manca negara.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk memperoleh informasi sejauh mana sistem manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah dilakukan oleh KKP sesuai dengan IHR tahun 2005, variabel yang diteliti meliputi komponen *input* (sumber daya manusia, dana, sarana, standar, uraian tugas, sisitem cegah tangkal penyakit), komponen proses (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi), dan komponen *output* (kapasitas inti pelabuhan sesuai dengan IHR tahun 2005)

Hasil analisis didapat bahwa komponen *input*, proses dan *output* belum maksimal dilakukan dan dipenuhi oleh KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta, dimana sisitem surveilans faktor risiko dan penyakit yang menjadi inti dari kegiatan manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP masih belum berjalan dengan baik.

Untuk meningkatkan kemampuan sistem manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah , KKP bersama dengan Dirjen PP dan PL diharapkan dapat mendata ulang kebutuhan dan sumber daya masing-masing, terutama dalam mempersiapkan sisitem surveilan terpadu mulai tingkat nasional, regional, dan KKP .

Referensi : 57 ( 1962 – 2009)



**STUDY PROGRAM OF SCIENCE PUBLIC HEALTHY  
ENVIRONMENT HEALTH EPIDEMIOLOGY  
Thesis , June 22th 2009**

**Agus Syah Fiqhi Haerullah, NPM 0706189085**

**Analysis Management System to Protect Globalization Attack Contaminated Diseases and Potential Epidemic Diseases (Cases Study On KKP Tanjung Priok Class 1<sup>st</sup> And KKP Jakarta Class 1<sup>st</sup> 2009)**

ix + 175 pages, 5 tables, 12 pictures

**ABSTRACT**

Ships arrive activity on Tanjung Priok Port to 89.804.581. ships and export and import activity have 47.849.526 activity for year, beside that economic effect will be add to impact reasons diseases from foreign countries, the same conditions at Soekarno – Hatta airport whereas flight activity until 336.416 airplane and passenger mobility have 6.400.631 for years, and have big potential to impact same diseases from another countries.

This research using a qualitative approach for purpose for having information so far manajemen system for attack globalitation impact diseases and potential epidemic diseases to do KKP include with IHR on 2005, variable to research include input components (human resources, funds, tools, standard, jobdesk,system impact deseases) proses (planning, organizations, implementing, supervision, and evaluation) and output component (core capacity of port in with IHR on 2005).

Analysis evaluated have components on input , process, output unmaximum to do and not yet fulfilled by KKP Tanjung Priok class 1<sup>st</sup> and KKP jakarta's Class1<sup>st</sup>, whereas system surveilans risk factors and diseases tobe a good from manajemen activity for protect globalitation epidemic diseases and potential deseases epidemic at KKP is still not running well.

for increase power manajemen system attack globalization impact deseases and impact potential diseases, KKP with Dirjen PP & PL. hoping can access needs

and each human source, especially in prepare integrated surveillance system since national grade for national, regional and KKP.

Reference: 57 (1962 - 2009)





**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS SISTEM MANAJEMEN CEGAH TANGKAL  
GLOBALISASI PENYAKIT MENULAR DAN PENYAKIT  
POTENSIAL WABAH (Studi Kasus pada KKP Kelas I Tanjung  
Priok dan KKP Kelas I Jakarta Tahun 2009)**

**Tesis ini telah diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**



**Oleh**

**AGUS SYAH F.H**

**NPM : 0706189085**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
EPIDEMIOLOGI KESEHATAN LINGKUNGAN  
DEPOK, JUNI 2009**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Agus Syah F.H  
NPM : 0706189085  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Epidemiologi Kesehatan Lingkungan  
Angkatan : 2007/2008  
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Analisis Sistem manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit Menular Potensial Wabah ( Studi Kasus Pada KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta Tahun 2009).

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Depok, 22 Juni 2009

(Agus Syah. F.H )

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

**ANALISIS SISTEM MANAJEMEN CEGAH TANGKAL GLOBALISASI  
PENYAKIT MENULAR DAN PENYAKIT POTENSIAL WABAH  
(Studi Kasus pada KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta  
Tahun 2009)**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Deepok, 22 Juni 2009

Komisi Pembimbing

Ketua

(Prof. Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, PhD)



**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**Depok, 22 Juni 2009**

Ketua  


(Prof. Dr. Umar Fahmi Achmadi, MPH, PhD)

Anggota



Zakianis

(Zakianis, SKM. MKM)



(Raissekki, SKM. MM)




(Hary Purwanto, SKM. M.Epid)

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Agus Syah Fiqhi Haerullah  
Tempat/Tanggal Lahir : Cirebon, 09 Juli 1972  
Alamat : JL. Buncit Raya No 100A Pulo Kalibata, Pancoran,  
Jakarta Selatan  
Status Keluarga : Menikah  
Alamat Instansi : Jl. Raya Pelabuhan No. 17, Tanjung Priok Jakarta  
Utara

### Riwayat Pendidikan

- 
1. SD Negeri 03 Cirebon, Lulus tahun 1985
  2. MTSI Negeri Babakan Cirebon, Lulus tahun 1988
  3. SMA Negeri Losari Cirebon, Lulus Tahun 1991
  4. Akademi Kesehatan Lingkungan Jakarta, Lulus tahun 1996
  5. S1 Kesehatan Masyarakat UHAMKA Jakarta, Lulus Tahun 2002

### Riwayat Pekerjaan :

1. Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok, tahun 1998 sd. Sekarang

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Agus Syah F.H  
NPM : 0706189085  
Program Studi : Epidemiologi Kesehatan Lingkungan  
Departemen : Kesehatan Lingkungan  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

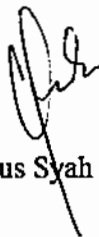
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**“ Analisis Sistem Manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit Potensial Wabah (Studi Kasus Pada KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta Tahun 2009)”**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 22 Juni 2009  
Yang Menyatakan



(Agus Syah F.H)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Agus Syah F.H  
NPM : 0706189085



Tanda Tangan :  
Tanggal: 22 Juni 2009



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat ALLAH S.W.T atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga penulisan berhasil menyelesaikan tesis tentang "Analisis Sistem Manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular Dan Penyakit Potensial Wabah (Studi Kasus pada KKP Kelas I Tanjung Priok Dan KKP Kelas I Jakarta Tahun 2009)" dan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Pasca Sarjana, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, kekhususan Epidemiologi Kesehatan Lingkungan. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan, dorongan dan bimbingan penulisan tesis ini tidak akan terlaksana dengan baik, oleh sebab itu dengan rendah hati karni ucapkan terima kasih kepada Bapak Prof. Dr. Umar Fahmi Achmadi. MPH.Ph.D. selaku pembimbing atas segala bantuan, arahan dan bimbingannya, sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Selanjutnya ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

- 1 Ketua Departemen Kesehatan Lingkungan FKM-UI bapak DR. Budi Haryanto, SKM, MSc.
- 2 Para penguji bapak Prof. Dr. Umar Fahmi Achmadi. MPH. PhD, ibu Zakianis, SKM. MKM, bapak Raisseki, SKM. MM, bapak Hary Purwanto, SKM. M.Epid, atas segala masukan dan saran yang berharga dalam penyempurnaan tesis ini.
- 3 Bapak Raisseki, SKM, MM. selaku Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Universitas Indonesia, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, kekhususan Epidemiologi Kesehatan Lingkungan.
- 4 Kepala Bidang, Kepala seksi dan Para Kasubag serta rekan sejawat Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok atas dukungan dan dorongan selama ini sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

- 5 Kepala Bidang ,Kepala seksi, Para Kasubag serta rekan sejawat Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Jakarta atas dukungan dan dorongan selama ini sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
- 6 Rekan seperjuangan angkatan 2007 Jurusan Epidemiologi Kesehatan Lingkungan yang selalu memberikan dorongan semangat sehingga muncul motivasi untuk maju dan menyelesaikan tesis ini.
- 7 Semua pihak yang telah membantu selama proses pendidikan dan penelitian, yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu atas bantuan moril dan materil yang telah diberikan selama ini.

Ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kami ucapkan kepada Ibunda serta Ayahanda (Alm) tercinta yang dengan penuh kasih sayang mendidik anaknya, dan kepada ayah dan bunda mertua tercinta yang sampai saat ini tidak henti-hentinya berdoa demi keberhasilan penyelesaian tesis ini.

Akhirnya secara khusus penulis haturkan sembah sujud kepada ayahanda (alm) dan ibunda tersayang yang telah melahirkan dan membesarkan penulis, berkat dorongan dan doanya tesis ini bisa selesai. Jika semua ilmu pengetahuan yang di dapatkan penulis merupakan amal salih, semoga balasannya dilimpahkan kepada kedua orang tua penulis. Ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada istriku tersayang, Rifka, S.psi. Psi, karena berkat bantuannya tesis ini bisa selesai dan hasil tesis ini saya hadiahkan untuk anakku Adam Syah dan Faylasufa, agar menjadi anak yang sholeh dan sholehah serta selalu menuntut ilmu yang baik dan mengamalkannya.

Semoga Allaw SWT memberikan kemuliaan dan kelancaran serta kemampuan berfikir untuk menghadapi masa depan yang lebih baik bagi kita semua. amin

Depok, 22 Juli 2009

Agus Syah Fiqhi Haerullah

## DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	
KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR GAMBAR .....	vi
DAFTAR LAMPIRAN .....	vii
DAFTAR ISTILAH .....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakan .....	1
1.2. Perumusan masalah .....	8
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	8
1.4. Tujuan .....	9
1.4.1. Tujuan Umum .....	9
1.4.2. Tujuan Khusus .....	9
1.5. Manfaat Penelitian .....	9
1.6. Ruang Lingkup .....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	11
2.1. Pelabuhan, Bandara dan Pos Lintas batas .....	11
2.1.1. Pelabuhan .....	11
2.1.2. Bandar Udara .....	11
2.1.3. Pos Lintas darat .....	12
2.2. Kantor Kesehatan Pelabuhan .....	12
2.2.1. Sejarah Kantor Kesehatan Pelabuhan .....	12
2.2.2. Tugas dan Fungsi KKP .....	14
2.2.3. Kelas dan Organisasi KKP .....	16
2.3. Surveilans Epidemiologi dan Kekearifinaan Pelabuhan dan Lintas Batas .....	17
2.3.1. Pengertian Surveilans Epidemiologi .....	17
2.3.2. Kekearifinaan .....	19
2.4. Faktor Risiko Kesehatan di wilayah Pelabuhan dan Bandara ..	25
2.4.1. Jenis Faktor Risiko .....	25
2.4.2. Identifikasi Faktor Risiko .....	26
2.4.3. Pengendalian Faktor Risiko .....	27
2.4.4. Upaya Kesehatan Pelabuhan .....	27
2.5. Wabah Dan KLB .....	30
2.5.1. Pengertian .....	30

2.5.2. Penyelidikan Kejadian Luar Biasa .....	31
2.5.3. Indikator Program Penanggulangan KLB .....	31
2.5.4. Sistim Kewaspadaan Dini KLB (SKD -KLB) .....	32
2.5.5. Pendekatan Sistim KLB .....	32
2.5.6. Penyakit Potensial Wabah di Pelabuhan .....	34
2.6. Manajemen .....	35
2.6.1 Perencanaan .....	36
2.6.2 Pengorganisasian .....	36
2.6.3 Penggerakan .....	37
2.6.4 Pengawasan dan Pengendalian .....	42
2.7. Manajemen Kantor Kesehatan Pelabuhan .....	43
2.7.1. Perencanaan .....	43
2.7.2. Pergerakan, Pelaksanaan .....	46
2.7.3. Pengawasan, Evaluasi dan Penilaian .....	46
2.7.4. Sumber Daya Manusia .....	47
2.7.5. Sarana dan Prasarana Penunjang .....	49
2.8. Manajemen Kesehatan Berbasis Wilayah .....	50
2.8.1. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah .....	50
2.8.2. Teori Simpul .....	51
2.9. Regulasi .....	52
2.9.1. International Health Regulation (IHR) .....	52
2.9.2. Justifikasi Pemberlakuan IHR .....	53
2.9.3. Undang-Undang Karantina .....	54
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>55</b>
3.1. Kerangka Konsep .....	55
3.2. Definisi Operasional .....	56
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>58</b>
4.1. Rencana Penelitian .....	58
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	59
4.3. Informan Penelitian .....	59
4.4. Pengumpulan Data .....	59
4.5. Instrumen .....	60
4.6. Pengolahan dan Analisa Data .....	60
4.6.1. Editing Data .....	60
4.6.2. Analisa Data .....	61
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>62</b>
5.1. Gambaran Umum .....	62
5.1.1. Pelabuhan Tanjung Priok .....	62
5.1.2. Profil Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok .....	63
5.1.3 Bandara Soekarno Hatta .....	64
5.1.4. Profil Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Jakarta .....	65
5.2. Karakteristik Informan .....	66
5.3. Komponen <i>Imput</i> .....	69
5.3.1. Sumber Daya Manusia .....	69
5.3.2. Dana .....	72
5.3.3. Sarana .....	75



5.3.4 Standar .....	77
5.3.5. Uraian Tugas .....	79
5.3.6. Sistem Cegah Tangkal Penyakit .....	81
5.4. Komonen Proses .....	83
5.4.1. Perencanaan .....	83
5.4.2. Pengorganisasian .....	85
5.4.3. Pelaksanaan .....	87
5.4.4. Pengawasan .....	88
5.4.5. Evaluasi .....	90
5.5. Komponen Out Put .....	91
5.5.1. Core Capacity/ Kapasitas Inti Pelabuhan Udara/Laut sesuai dengan IHR 2005 .....	91
5.6. Kendala .....	94
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>96</b>
6.1 Keterbatasan Pnelitian .....	96
6.2. Analisa Komponen Input.....	96
6.2.1. Sumber Daya Manusia (SDM) .....	97
6.2.2. Dana .....	101
6.2.3. Sarana .....	103
6.2.4. Standar .....	104
6.2.5. Uraian Tugas .....	105
6.2.6. Sistem Cegah Tangkal Penyakit .....	106
6.3. Komponen Proses ( Program atau kegiatan bidang-bidang yang ada di KKP) .....	111
6.3.1. Perencanaan .....	111
6.3.2. Pengorganisasian .....	114
6.3.3. Pelaksanaan .....	116
6.3.4. Pengawasan dan Evaluasi .....	118
6.4. Komponen <i>Out Put</i> .....	120
6.4.1. Core Capacity/Kapasitas Inti Pelabuhan Udara/Laut Sesuai dengan IHR 2005 .....	120
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>125</b>
7.1. Kesimpulan .....	125
7.1.1. Komponen Input .....	125
7.1.2. Komponen Proses .....	127
7.1.3. Komponen <i>Out Put</i> .....	128
7.2. Saran .....	129
7.2.1. Komponen <i>Input</i> .....	129
7.2.2. Komponen Proses .....	130
7.2.3. Komponen <i>Out Put</i> .....	131
7.2.4. Usulan Penelitian Lain .....	131
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 1.1	Pola Perjalanan Faktor Risiko dan Penyakit dari Luar ke Dalam Wilayah Indonesia serta Penyebarannya di Wilayah Indonesia ..... 2
Gambar 1.2	Faktor Risiko dan Penyakit yang Mempunyai Potensi Wabah atau Public Health Emergency Of International Concern (PHEIC) di dunia ..... 3
Gambar 1.3	Kegiatan Masuk keluar barang atau alat angkut yang mempunyai potensial risiko dalam penyebaran penyakit di wilayah Tanjung Priok dan sekitarnya ..... 6
Gambar 1.4	Pola penyebaran faktor risiko dan penyakit Potensial wabah di wilayah Indonesia pelabuhan laut, bandara dan wilayah sekitarnya ..... 7
Gambar 2.1	Skema Jejaring Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan 20
Gambar 2.2	Obyek Pengamatan KKP terhadap faktor Risiko dan penyakit menular dan penyakit potensial wabah ..... 28
Gambar 2.3	Skema / Bagan Unsur Sistem ..... 36
Gambar 2.4	Model Manajemen Penyakit Terpadu Berbasis Wilayah 53
Gambar 5.1	Distribusi pegawai menurut tingkat pendidikan Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok tahun 2008 ... 72
Gambar 5.2	Distribusi pegawai menurut tingkat pendidikan KKP Kelas I Jakarta tahun 2008 ..... 73
Gambar 6.1	Skema Tugas KKP mengacu IHR tahun 2005 ..... 105
Gambar 6.2	Skema Lokus pengamatan Faktor Risiko di Pelabuhan atau Bandara ..... 107

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala KKP
- Lampiran 2 : Wawan cara Mendalam dengan Kepala Bidang
- Lampiran 3 : Pedoman FGD
- Lampiran 4 : *Inform Consern*
- Lampiran 5 : Daftar Ceklist dan Observasi
- Lampiran 6 : Wawan cara mendalam dengan Kepala KKP
- Lampiran 7 : Matrik FGD
- Lampiran 8 : Matrik wawancara dengan Kepala Bidang KKP



## DAFTAR ISTILAH

DIPA	: Daftar Isian Perencanaan dan Anggaran
GENDEC	: General Declaration
IHR	: International Health Regulation
KKP	: Kantor Kesehatan Pelabuhan
MDH	: Maritim Declaration Of Health
RKAKL	: Rencana Kegiatan Anggaran Kementerian dan Lembaga
OMKABA	: Obat makanan Alat Kesehatan, Kosmetika dan Bahan aditif
POA	: Plan Of Action
RPK	: Rencana Pelaksanaan Kegiatan
SSCC	: Ship Sanitation ontrol certificate
SSCEC	: Ship Sanitation Exemtion Certificate
WHO	: World Health Organization
ICV	: International Certivicate Of Vaccination
PHEIC	: Public Health Emergency Of International Concern
KLB	: Kejadian Luar Biasa
CDC	: Communicable Diseases Control

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 1.1	Kegiatan masuk keluar pesawat dan penumpang yang mempunyai potensial risiko dalam penyebaran penyakit di wilayah Bandara Soekarno Hatta dan sekitarnya .....	7
Tabel 5.1	Karakteristik informan wawancara mendalam .....	68
Tabel 5.2	Karakteristik informan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) .....	69
Table 5.3	Sumber daya manusia menurut kulaifikasi di KKP Kelas I Tanjung Priok .....	71
Table 5.4	Sumber daya manusia menurut kulaifikasi di KKP Kelas I Jakarta .....	72



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar belakang**

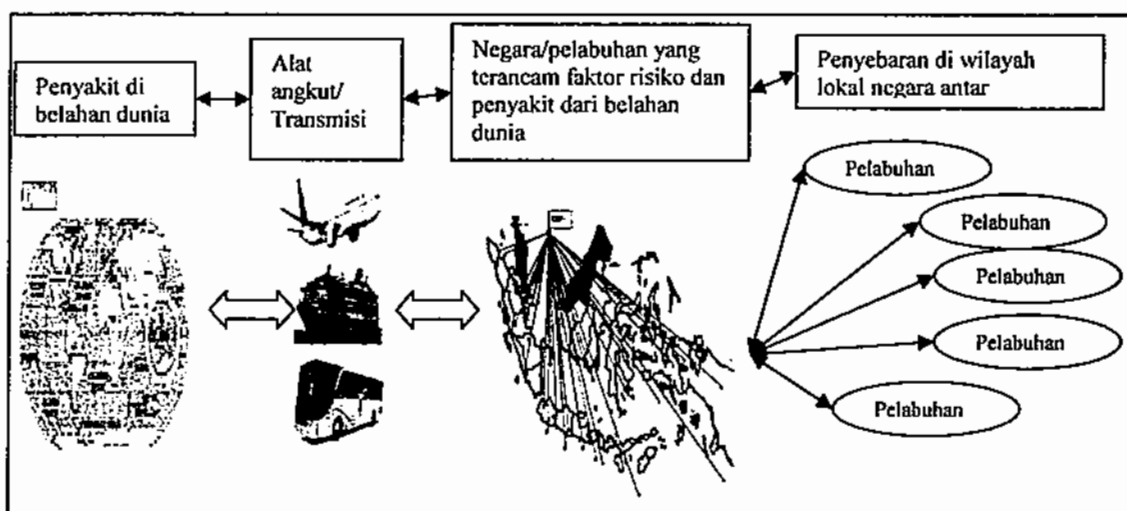
Perjalanan lintas wilayah benua dan negara dapat melalui pelabuhan laut, udara dan lintas batas negara, dimana lalu lintas orang, barang, dan alat angkut baik dari luar negeri maupun antar pulau (interinsuler) terjadi begitu dinamis. Globalisasi serta semakin cepat dan singkatnya perjalanan lintas negara untuk kepentingan perdagangan, wisata, bisnis, dan transportasi barang, maka ketika terjadi permasalahan kesehatan lokal akan dapat menjadi permasalahan dunia, karena mobilitas manusia yang sangat tinggi berpindah dari satu lokasi ke lokasi lainnya tersebut.

Menurut Achmadi (2008), globalisasi kontemporer yang kini terkenal lebih ditekankan kepada kegiatan ekonomi yang ditandai dengan liberalisasi perdagangan, pengaturan tarif, harmonisasi standar, serta deregulasi yang pada akhirnya akan mendorong akselerasi perdagangan internasional. Perubahan ini akan meningkatkan perdagangan, mobilitas modal, investasi dan lalu lintas barang. Globalisasi berdampak menguntungkan terhadap perekonomian suatu negara, tetapi di lain pihak dapat menjadi faktor risiko kesehatan, dengan kata lain dalam perspektif penyakit, globalisasi bisa menyimpan bom waktu berupa ledakan penyakit, yang semula tidak nampak tetapi suatu ketika akan merupakan beban berat bagi negara yang terkena, diperkirakan masalah-masalah seperti ini akan menimbulkan masalah dunia dimasa yang akan datang.

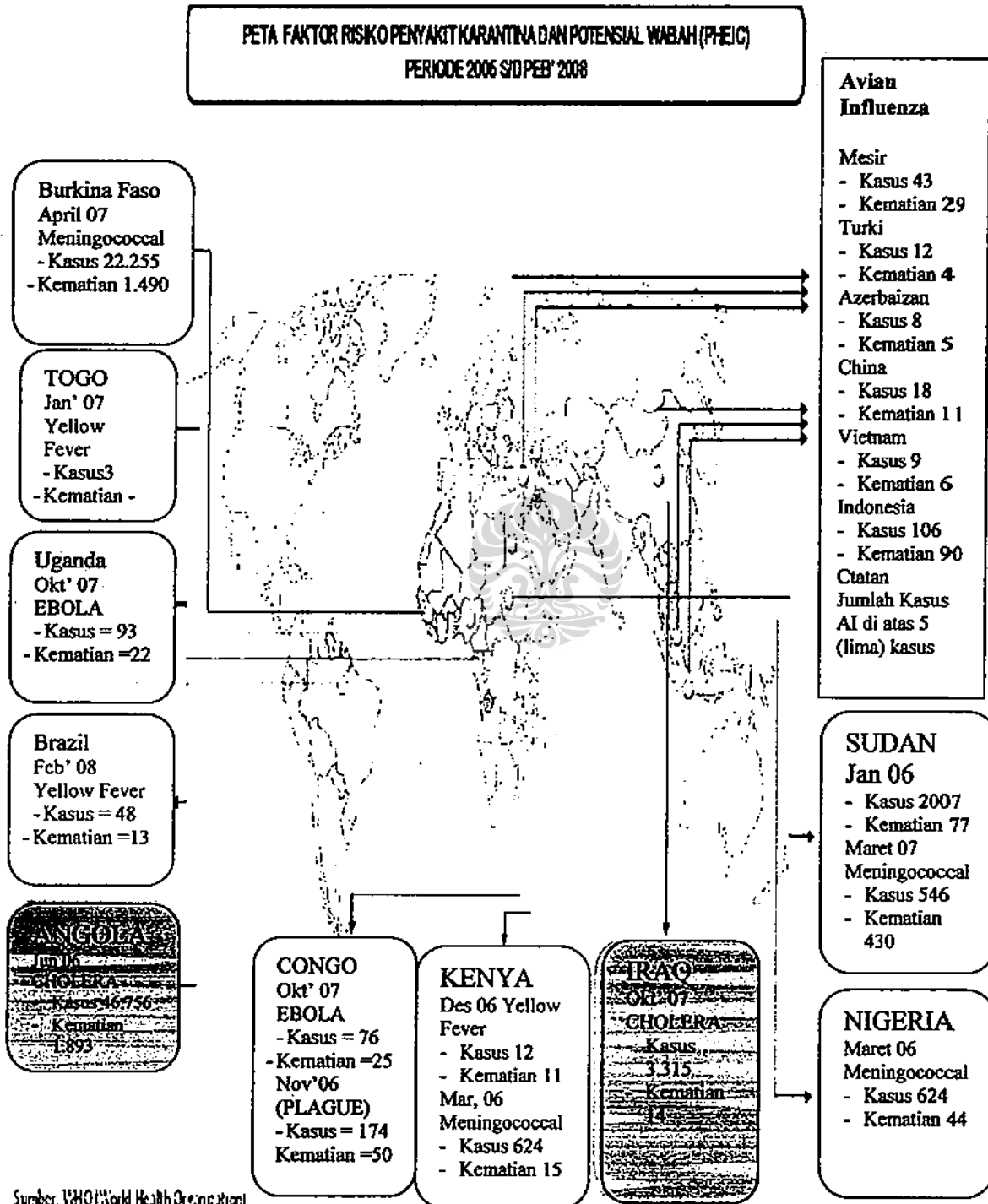
Potensial risiko dan penyakit yang melalui pelabuhan serta akibat globalisasi seperti timbulnya penyakit yang “baru” dan “penyakit yang tadinya sudah terkendali namun kemudian meningkat kembali” (*New-emerging disease and Re-emerging Disease*), Kelompok *New Emerging Infectious Diseases* (NEID) antara lain Avian Influenza (2004), SARS (2003), West Nile Virus (1999), Nipah Virus (1999), Hantaan Virus (1977), *Legionella pneumophilla* (1977), Ebola Virus (1977), Hepatitis C (1989) dan lain sebagainya. Kelompok *Re Emerging Infectious Diseases* (REID) antara lain *Cholera*, *Diphtheria*, *Rift Valley Fever*, Malaria, Tuberkulosis, DHF, *Dengue Fever*, *Japanese Encephalitis*, dan lain sebagainya (Achmadi, 2008), yang sangat berpotensi masuk maupun keluar Indonesia melalui pelabuhan, bandara dan lintas batas negara.

Sebagai ilustrasi dari perjalanan atau penyebaran penyakit dari satu negara ke negara lainnya serta penyebarannya di negara tersebut melalui pintu pelabuhan dan lintas batas Negara dapat diilustrasikan sebagai berikut :

Gambar 1.1  
Pola Perjalanan Faktor Risiko dan Penyakit dari Luar ke Dalam Wilayah Indonesia serta Penyebarannya di Wilayah Indonesia



**Gambar 2**  
**Faktor Risiko dan Penyakit yang Mempunyai Potensi Wabah atau**  
**Public Health Emergency Of International Concern (PHEIC) di dunia**



Sumber: WHO (World Health Organization)



Upaya untuk meningkatkan kewaspadaan dan penanggulangan penyakit tersebut diatas, badan dunia kesehatan *World Health Organisation* (WHO) memberlakukan suatu instrument baru yaitu *International Health Regulation* (IHR) tahun 2005 dimana instrumen ini secara resmi mengikat untuk diberlakukan oleh seluruh negara anggota WHO, maupun bukan negara anggota WHO tetapi setuju untuk dipersamakan dengan negara anggota WHO. Mengingat terbatasnya ruang lingkup aplikasi IHR(1969) yang hanya melakukan control terhadap tiga penyakit karantina, yaitu *cholera*, *pes*, dan *yellow fever*, maka pada Mei 2005 para anggota WHO yang tergabung dalam *World Health Assembly* (WHA) melakukan revisi terhadap IHR(1969). IHR(1969) ini digantikan dengan IHR(2005) yang diberlakukan pada 15 Juni 2007, adapun tujuan dan ruang lingkupnya adalah untuk mencegah, melindungi, dan mengendalikan terjadinya penyebaran penyakit secara internasional, serta melaksanakan *public health response* sesuai dengan risiko kesehatan masyarakat, dan menghindarkan hambatan yang tidak perlu terhadap perjalanan dan perdagangan internasional (Depkes, 2009).

Di Indonesia penanggung jawab masalah kesehatan berada di bawah kewenangan Departemen Kesehatan (Depkes). Dalam hal pengendalian penyakit menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP&PL) adalah salah satu Direktorat Jenderal di lingkungan Depkes yang menangani permasalahan penyakit menular dan penyakit tidak menular di tingkat pusat (nasional), sehubungan dengan permasalahan globalisasi penyakit baru dan penyakit yang muncul kembali (*New-emerging disease, and Re-emerging Disease*) Ditjen PP&PL telah berupaya mengantisipasi ancaman penyakit global serta permasalahan kesehatan masyarakat yang merupakan masalah darurat yang

menjadi perhatian dunia atau *Public Health Of International Concern* (PHEIC) dengan dilakukan sistim kewaspadaan dini dengan teknologi surveilan epidemiologi, dimana sistim ini adalah suatu kegiatan analisa secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit karantina dan penyakit yang berpotensi wabah, baik dari faktor risiko maupun dari transmisi penularannya, sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan dan penanggulangan secara efektif dan efisien, adapun kegiatan yang dilakukan yaitu melalui proses pengumpulan data, pengolahan data dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara kesehatan maupun masyarakat luas. Sementara kegiatan surveilans ini di daerah dikelola oleh dinas kesehatan tingkat I dan II untuk tingkat unit pelaksana teknis (UPT) pusat, dilakukan oleh Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) dan Balai Besar Teknologi Kesehatan Lingkungan (BBTKL).

KKP adalah UPT Depkes RI yang bertanggungjawab kepada Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP & PL) mengemban tugas dan fungsi melaksanakan pencegahan masuk dan keluarnya penyakit, penyakit potensial wabah, surveilans epidemiologi, kekarantinaan, pengendalian dampak kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, pengawasan obat, makanan, kosmetika, alat kesehatan dan bahan aditif (OMKABA), serta pengamanan terhadap penyakit baru dan penyakit yang muncul kembali, bioterorisme, unsur biologi, kimia dan pengamanan radiasi di wilayah kerja bandara, pelabuhan, dan lintas daratan negara (Permenkes No 356, tahun 2008).

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagaimana dimaksud diatas KKP juga mengacu pada peraturan kesehatan internasional yaitu IHR tahun 2005 dan Undang-undang No 1 tahun 1962 tentang Karantina laut dan Undang-undang No 2

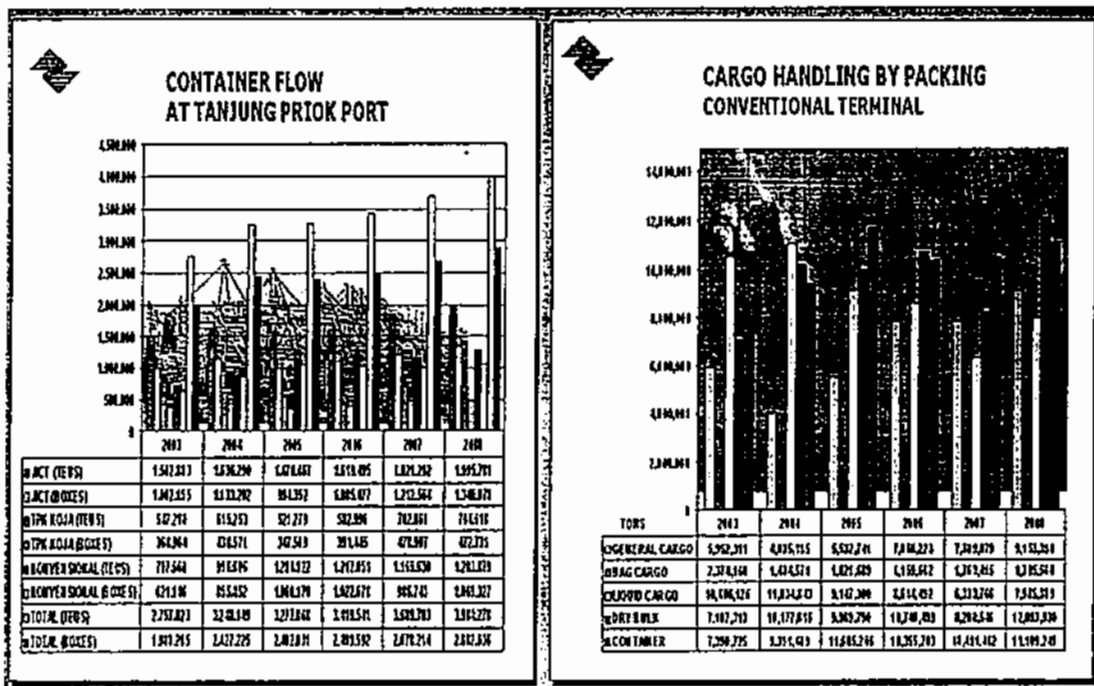
tahun 1962 tentang Karantina Udara, dimana di dalamnya mengharuskan KKP melakukan cegah tangkal terhadap penyakit menular dan penyakit yang berpotensi wabah, mengatur tata cara dan pengendalian penyakit, baik yang menular maupun tidak menular, seperti efek dari nuklir, biologi dan kimia (nubika).

Pelaksanaan tugas dan fungsi KKP dalam cegah tangkal penyakit menular dan penyakit yang berpotensi wabah mencakup pengamatan terhadap alat angkut (kapal, kontainer, tongkang), orang (penumpang, ABK), dan barang (bagasi, isi container), serta lingkungan pelabuhan. Sementara pengawasan biologi, kimia, bioterorisme, pengendalian radiasi, kajian teknologi dan jejaring kerja dengan *stake holder* atau lintas sektor di lingkungan regional maupun internasional belum maksimal dilakukan oleh KKP.



Gambar 1.3

Kegiatan Masuk keluar barang atau alat angkut yang mempunyai potensi risiko dalam penyebaran penyakit di wilayah Tanjung Priok dan sekitarnya



Sumber. Pelindo II, Tanjung Priok 2008

Tabel 1.1

Kegiatan masuk keluar pesawat dan penumpang yang mempunyai potensial risiko dalam penyebaran penyakit di wilayah Bandara Soekarno Hatta dan sekitarnya

Bulan	Internasional				Domestik			
	Datang dari Luar Negeri		Berangkat ke luar negeri		Datang Dari Dalam Negeri		Berangkat ke Dalam Negeri	
	Bandara HLP	Bandara Soeta	Bandara HLP	Bandara Soeta	Bandara HLP	Bandara Soeta	Bandara HLP	Bandara Soeta
JML Pesawat	2194	3,324,321	1709	3,544,954	137,611	15,779,826	132,044	17,883,346
Jml Penumpang	4164	6,396,467	3158	6,853,902	269,057	30,486,449	257,741	34,683,843

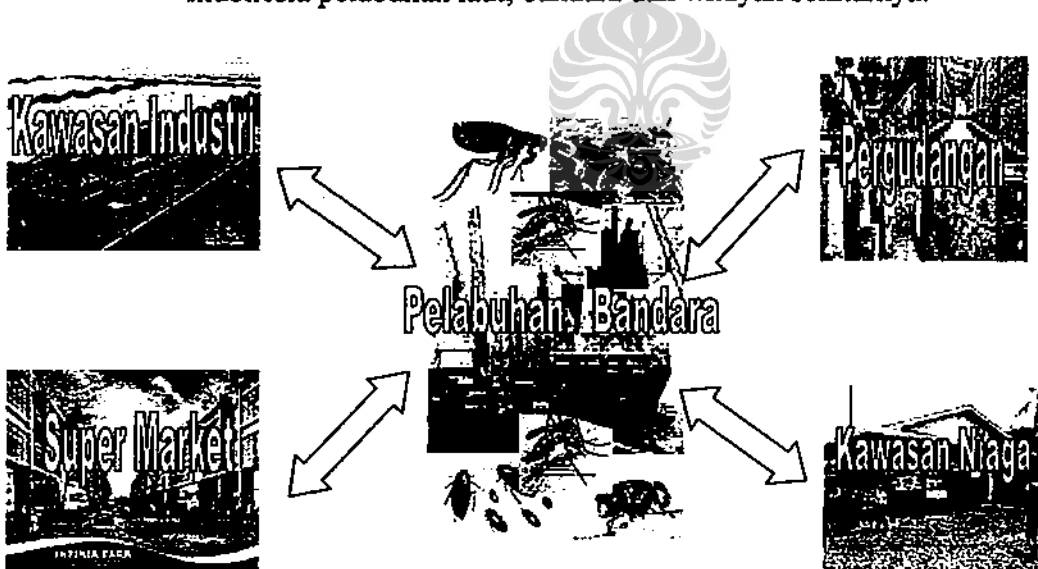
Ket : HLP : Halim Perdana Kusuma

Soeta : Soekarno Hatta

Sumber : Laporan tahun 2008 KKP Kelas I Jakarta

Gambar 1.4

Pola penyebaran faktor risiko dan penyakit Potensial wabah di wilayah Indonesia pelabuhan laut, bandara dan wilayah sekitarnya.



Berdasarkan kondisi tersebut diatas perlu dilakukan suatu penelitian untuk mengetahui sejauh mana manajemen KKP dalam melakukan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah sesuai dengan amanat IHR tahun 2005 dan Undang-undang Karantina No 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut dan Undang-undang No 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, dimana pada kedua regulasi tersebut memuat tentang dukungan jejaring surveilans dan

pengendalian semua faktor risiko yang mempunyai potensial wabah di lingkungan pelabuhan harus *free* atau bebas dari faktor risiko.

## 1.2. Perumusan masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah yang dikaji pada penelitian ini adalah bagaimana manajemen KKP dalam melakukan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah, sesuai amanat IHR tahun 2005, UU No 1 tahun 1962 tentang Karantian Laut di lingkungan pelabuhan dan Undang-undang No 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara di lingkungan Bandara.

Dengan dibuatnya suatu analisis manajemen KKP dalam melakukan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah, diharapkan KKP nantinya dapat dengan mudah melakukan pengawasan dan pengendalian faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah sesuai dengan amanat IHR tahun 2005 dan UU No 1 tahun 1962 tentang Karantian Laut dan Undang-undang No 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, selain itu pula belum ada penelitian sejenis yang menulis tentang tema tersebut di atas.

## 1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana implementasi sistem manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah (dilihat dari input, proses dan *output*) di KKP Kelas I Tanjung Priok dan Jakarta ?
2. Apa kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan sistem manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP Kelas I Tanjung Priok dan Jakarta ?

## **1.4. Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Diketuainya informasi yang mendalam tentang sistem manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang sesuai dengan amanat IHR tahun 2005 dan Undang-undang No 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut dan Undang-undang No 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, di wilayah pelabuhan Tanjung Priok dan Bandara Sukarno Hatta.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuainya *input* sistem manajemen penanggulangan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah ke dalam dan keluar pelabuhan di KKP Kelas I Jakarta dan KKP Kelas I Tanjung Priok.
2. Diketuainya proses sistem manajemen penanggulangan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah ke dalam dan keluar pelabuhan di KKP Kelas I Jakarta dan KKP Kelas I Tanjung Priok.
3. Diketuainya *output* sistem manajemen penanggulangan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah ke dalam dan keluar pelabuhan di KKP Kelas I Jakarta dan KKP Kelas I Tanjung Priok.
4. Diketuainya kendala dalam pelaksanaan sistem manajemen penanggulangan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah ke dalam dan ke luar pelabuhan di KKP Kelas I Jakarta dan KKP Kelas I Tanjung Priok.

## **1.5. Manfaat penelitian**

### **1.5.1. Bagi Ilmu Pengetahuan**

Dapat memberikan informasi kepada masyarakat umum tentang strategisnya peran KKP sebagai penjaga pintu gerbang negara (pelabuhan) dalam menjaga kesehatan nasional dari ancaman bermacam penyakit dari luar ke dalam maupun dari dalam ke luar melalui pelabuhan dan pos lintas batas di seluruh wilayah Indonesia .

#### 1.5.2. Bagi Pengelola Program

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi pengelola program di lingkungan Dirjen. PP & PL dan KKP dalam menentukan kebijakan yang berkaitan dengan upaya penanggulangan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari dan keluar pelabuhan di seluruh Indonesia.

#### 1.5.3. Bagi Kantor Kesehatan Pelabuhan

Memberikan manfaat kepada KKP di Indonesia dalam peningkatan upaya penanggulangan cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari dan keluar pelabuhan secara efektif dan efisien di wilayah pelabuhan dan pos lintas batas.

### 1.6. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah mengenai sistem manajemen cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah sesuai dengan amanat IHR 2005, Undang-undang No 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut dan No 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara serta Permenkes No 356 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja KKP yang dilakukan di KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Pelabuhan, Bandar Udara dan Pos Lintas Batas Darat**

##### **2.1.1. Pelabuhan**

Pelabuhan adalah suatu daerah yang ditetapkan oleh pemerintah sebagai tempat berlabuh (UU karantina No 1 tahun 1962, tentang karantina laut). Sementara menurut IHR 2005, pelabuhan adalah pelabuhan laut atau pelabuhan yang terletak pada sungai dan danau, tempat kapal yang melakukan perjalanan internasional datang dan berangkat.

Sedangkan menurut Administrator Pelabuhan (ADPEL) Utama Tanjung Priok, yang dimaksud dengan pelabuhan adalah terminal point atau suatu titik simpul dimana terjadi perpindahan barang dan sarana transportasi darat ke sarana transportasi laut dengan atau tanpa penimbunan barang di pelabuhan, serta pelabuhan merupakan tempat berlabuhnya kapal-kapal untuk melakukan kegiatan bongkar muat barang, hewan, naik turunnya penumpang dengan aman serta efektif. (Adpel, 2002, dalam Yoelihartini 2003).

##### **2.1.2. Bandara Udara**

Bandar udara adalah bandara yang melayani kedatangan dan keberangkatan penerbangan internasional (IHR, 2005).

Sedangkan menurut Undang-Undang No. 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara yang dimaksud dengan pelabuhan udara adalah suatu daerah (daratan/ diair/ disungai) yang ditetapkan oleh pemerintah sebagai tempat untuk berlabuh sebuah



pesawat udara, baik untuk mendarat maupun untuk bersinggah dalam perjalanan internasional.

### 2.1.3. Pos Lintas Batas Darat

Pos Lintas Batas Darat adalah pintu masuk melalui darat di suatu negara, termasuk yang digunakan oleh kendaraan darat dan kereta api. (foot note: suatu Negara yang dimaksud adalah Negara peserta maupun non peserta pertemuan IHR di Geneva), (IHR, 2005).

## 2.2. Kantor Kesehatan Pelabuhan

### 2.2.1. Sejarah Kantor Kesehatan Pelabuhan

Kantor Kesehatan Pelabuhan pada awalnya bernama karantina, karantina ini berasal dari kata *Quarantine*. Pada abad ke 14 penguasa di Republik Ragusa, ketika itu menginstruksikan untuk mengendalikan *bubonic plague* atau penyakit pes. Para penguasa khususnya pelabuhan melarang kapal-kapal untuk merapat ke pulau. Kapal harus berlabuh jauh dari pantai. Para penumpang diharuskan tinggal di kapal selama 30 hari, ketika itu disebut *trentina* karena hanya 30 hari, namun ternyata tidak cukup waktu karena kurang lama, maka diusulkan penumpang dilarang turun selama 40 hari, maka kemudian disebut *quarantine*, dengan harapan semua penyebab penyakit pes akan musnah. Negara di luar Republik Regusa yang pertama diterapkan di Amerika pada tahun 1647. Penguasa, Koloni Massachusetts Bay, melarang semua kapal yang datang dari Barbados untuk merapat ke pantai. Perbuatan ini diikuti oleh koloni-koloni lain di benua Amerika. Penggunaan metoda ini cukup efektif, dan kemudian diterapkan untuk mencegah agar penyakit *yellow fever* dan *smallpox* atau cacar tidak menular lewat penumpang kapal. (Achmadi, 2007).

## **Perkembangan Kantor Kesehatan Pelabuhan**

### **1. Periode zaman kolonial s/d 1962**

Pada tahun 1949 – 1950 pelaksana kekarantinaaan dilakukan oleh *Heven Arts* (kantor karantina) di bawah *Heven Master* (Departemen Perhubungan) di empat kelas pelabuhan karantina, yang dilaksanakan oleh beberapa pelabuhan di Indonesia, yaitu Tanjung Priok, Sabang, Tanjung Perak, Padang, dan Cilacap.

### **2. Periode tahun 1962 s/d 1978**

Dengan terbitnya Undang-undang No. 1 tahun 1969 tentang Karantina Laut dan Undang-undang No.2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, *Heven Arts* menjadi perangkat Departemen Kesehatan, dengan organisasinya disebut Dinas Kesehatan Pelabuhan Laut (DKPL) dan Dinas Kesehatan Pelabuhan Udara (DKPU)

### **3. Periode tahun 1978 s/d 1984**

Dengan diterbitkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 147/Menkes/IV/SK/1978, maka organisasi DKPL dan DKPU dilebur dan nama organisasinya menjadi Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) berjumlah 44 buah terdiri dari kelas A 10 buah dan kelas B 34 buah. Kedudukan KKP sebagai unit pelaksana teknis Departemen Kesehatan berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur Epidemiologi dan Karantina.

### **4. Periode tahun 1985 s/d 2000**

Perubahan organisasi selanjutnya adalah tindak lanjut dari terbitnya Keputusan Presiden No 15 tahun 1984, dimana Dirjen Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P3M) berubah menjadi Dirjen Pencegahan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (PPM & PLP), kemudian

Direktorat Epidemiologi dan Karantina berubah menjadi Direktorat Epidemiologi dan Imunisasi.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 630 tahun 1985 tentang Susunan Organisasi dan Tata kerja KKP menggantikan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 147/ Menkes/SK/IV/1978, dimana jumlah KKP menjadi 46 buah, 10 buah kelas A dan 36 buah kelas B. ( Depkes RI, 2002).

#### 5. Periode sekarang

Dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan , maka jumlah KKP di seluruh Indonesia menjadi 48 buah yang terdiri dari kelas I, setingkat eselon II B sebanyak 7 buah, kelas II, setingkat Eselon III B sebanyak 21 buah, dan kelas III sebanyak 20 buah.

#### 2.2.2. Tugas dan Fungsi Kantor Kesehatan Pelabuhan

Menurut Permenkes No 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan, yang dimaksud dengan pengertian, tugas dan fungsi KKP yaitu, Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) adalah unit pelaksana teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan tanggung jawab kepala Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.(PP&PL).

KKP mempunyai tugas, melaksanakan pencegahan masuk dan keluarnya penyakit, penyakit potensial wabah, survailans epidemiologi, kekarantinaan, pengendalian dampak kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, pengawasan (OMKABA), serta pengamanan terhadap penyakit baru dan penyakit yang muncul

kembali, bioterorisme, unsur biologi, kimia dan pengamanan radiasi di wilayah kerja bandara, pelabuhan, dan lintas daratn negara.

Dalam melaksanakan tugasnya sebagai mana dimaksud di atas, KKP menyelenggarakan fungsi antara lain :

- a. pelaksanaan pelayanan kesehatan
- b. pelaksanaan pengendalian risiko lingkungan di bandara, pelabuhan, dan lintas batas darat negara.
- c. pelaksanaan pengamatan penyakit, penyakit potensial wabah, penyakit baru, dan penyakit yang muncul kembali
- d. pelaksanaan pengamanan radiasi pengion dan non pengion, biologi, dan kimia.
- e. pelaksanaan sentra/simpul jejaring surveilans epidemiologi sesuai penyakit yang berkaitan dengan lalu lintas nasional, regional, dan internasional
- f. pelaksanaan fasilitasi dan advokasi kesiapsiagaan dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) dan bencana bidang kesehatan, serta kesehatan matra termasuk penyelenggaraan kesehatan haji dan perpindahan penduduk.
- g. Pelaksanaan, fasilitasi dan advokasi kesehatan kerja di lingkungan bandara, pelabuhan, dan lintas batas darat negara.
- h. Pelaksanaan pemberian sertifikat kesehatan OMKABA ekspor dan mengawasi persyaratan dokumen kesehatan OMKABA import.
- i. Pelaksanaan pengawasan kesehatan alat angkut dan muatannya
- j. Pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan di wilayah kerja bandara, pelabuhan, dan lintas batas darat negara.
- k. Pelaksanaan jejaring informasi dan teknologi bidang kesehatan bandara, pelabuhan, dan lintas batas darat Negara.

- l. Pelaksanaan jejaring kerja dan kemitraan bidang kesehatan di bandara, pelabuhan, dan lintas batas darat negara.
- m. Pelaksanaan kajian kekarantinaaan, pengendalian risiko lingkungan, dan surveilans kesehatan pelabuhan.
- n. Pelaksanaan pelatihan teknis bidang kesehatan bandara, pelabuhan, dan lintas batas darat negara .
- o. Pelaksnaan ketata usahaan dan kerumahtanggan KKP.

### **2.2.3. Kelas dan Organisasi Kantor Kesehatan Pelabuhan**

Sesuai dengan Permenkes No 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata kerja KKP, Pembagian kelas pada KKP terbagi menjadi tiga kelas yaitu : kelas I, setingkat eselon II B sebanyak 7 buah, kelas II, setingkat Eselon III B sebanyak 21 buah, dan kelas III sebanyak 20 buah, total KKP yang berada di Indonesia sebanyak 48, dimana klasifikasi kelas ini didasarkan pada beban kerja di pelabuhan atau bandara.

Sedangkan organisasi Kantor Kesehatan Pelabuhan sesuai kelasnya yaitu :  
KKP Kelas I terdiri dari :

- 1) Bagian Tata Usaha
- 2) Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi
- 3) Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan
- 4) Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah
- 5) Instalasi
- 6) Wilayah Kerja
- 7) Kelompok Jabatan Fungsional

**KKP Kelas II terdiri dari :**

- 1) Subagian Tata Usaha
- 2) Seksi Pengendalian Karantina dan surveilans Epidemiologi
- 3) Seksi Pengendalian Risiko Lingkungan
- 4) Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah
- 5) Instalasi
- 6) Wilayah Kerja
- 7) Kelompok Jabatan Fungsional

**KKP Kelas III terdiri dari :**

- 1) Subagian tata Usaha
- 2) Seksi Pengendalian Karantina dan surveilans Epidemiologi
- 3) Seksi Pengendalian Risiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah
- 4) Instalasi
- 5) Wilayah Kerja
- 6) Kelompok Jabatan Fungsional

### **2.3. Survailans Epidemiologi dan Kekarantinaan**

#### **2.3.1. Pengertian Surveilans Epidemiologi**

Selama ini pengertian konsep surveilans epidemiologi sering di pahami hanya sebagai kegiatan pengumpulan data dan penanggulangan KLB, pengertian seperti itu menyembunyikan makna analisis dan penyebaran informasi epidemiologi sebagai bagian yang sangat penting dari proses kegiatan surveilans epidemiologi. Menurut WHO, surveilans adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi

kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. Oleh karena itu perlu di kembangkan suatu definisi surveilans epidemiologi yang lebih mengedepankan analisis atau kajian epidemiologi serta pemanfaatan informasi epidemiologi, tanpa melupakan pentingnya kegiatan pengumpulan dan pengolahan data ([http://www.surveilans.org/about\\_us.php?tpl=id](http://www.surveilans.org/about_us.php?tpl=id)).

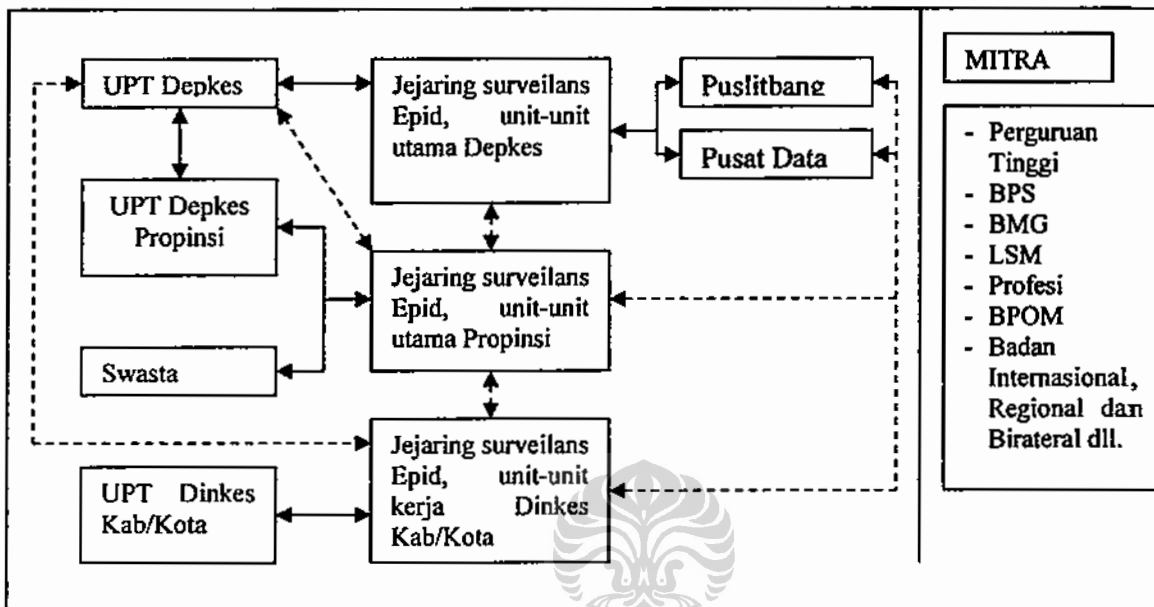
Surveilans atau surveilans epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan tindakan penanggulangan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

Dalam surveilans tidak akan terlepas dari unsur jejaring surveilans epidemiologi, dimana hal ini merupakan suatu sistim yang saling berhubungan dan mempunyai fungsi yang saling memberikan *sinergy* sehingga pada prosesnya terjadi pertukaran data dan informasi epidemiologi, adapun analisis dan peningkatan kemampuan surveilans epidemiologi terdiri dari :

- a. Jejaring kerjasama antar unit-unit surveilans dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, laboratorium dan unit penunjang lainnya.
- b. Jejaring kerjasama antar unit-unit surveilans epidemiologi dengan pusat-pusat penelitian dan kajian, program intervensi kesehatan dan unit-unit surveilans lainnya
- c. Jejaring kerjasama unit-unit surveilans epidemiologi antara Kabupaten/ Kota, Propinsi dan Nasional.

- d. Jejaring kerjasama unit surveilans dengan berbagai sektor terkait nasional, bilateral negara, regional dan internasional ( Kepmenkes No : 1479, 2004).

Gambar 2.1  
Skema Jejaring Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan



### 2.3.2. Kekarantinaan

Kekarantinaan atau Karantina kesehatan adalah tindakan karantina dan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit serta faktor risiko gangguan kesehatan dari dan atau ke luar negeri serta dari suatu area ke area lain dari dalam negeri melalui pelabuhan, bandara dan lintas batas darat. Sementara upaya karantina kesehatan adalah segala kegiatan di pelabuhan untuk mencegah tersebarnya penyakit karantina dan atau faktor risiko gangguan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah, sedangkan Karantina itu sendiri adalah kegiatan pembatasan atau pemisahan seseorang dari sumber penyakit atau seseorang yang terkena penyakit atau bagasi, kontainer, alat angkut, komoditi yang mempunyai risiko menimbulkan penyakit pada manusia. (Kepmenkes no : 425, 2007).



Tindakan karantina adalah tindakan-tindakan terhadap kapal beserta isinya dan daerah pelabuhan untuk mencegah penjangkitan dan penularan penyakit karantina, (UU No.1 tahun 1962, tentang Karantina Laut).

Salah satu tindakan karantina adalah bagi orang yang dicurigai terkena penyakit karantina maka dilakukan isolasi. Isolasi adalah pengasingan seseorang atau beberapa orang dari yang lain dalam suatu station karantina, rumah sakit atau tempat lain oleh dokter pelabuhan untuk mencegah penularan penyakit, (UU No.1 tahun 1962, tentang karantina laut). Sementara menurut IHR tahun 2005, Isolasi adalah pemisahan orang yang sakit atau terkontaminasi, atau bagasi, peti kemas, alat angkut, barang, atau paket pos yang terkontaminasi bibit penyakit dari orang/barang lainnya sedemikian rupa, untuk mencegah penyebaran penyakit atau kontaminasi.

Dalam melakukan kekarantinaan salah satu upaya yang dilakukan untuk mengidentifikasi faktor risiko yaitu dengan kegiatan inspeksi atau pemeriksaan dan pengawasan, adapun pengawasan adalah suatu tindakan karantina yang mewajibkan seseorang memenuhi syarat-syarat tertentu sehingga ia dapat melanjutkan perjalannya, (UU No.1 tahun 1962, tentang karantina laut). Sedangkan inspeksi menurut IHR tahun 2005 adalah pemeriksaan oleh pihak yang berkompeten atau yang berada atau di bawah pengawasannya, terhadap wilayah, bagasi, peti kemas, alat angkut, fasilitas, barang, atau paket pos, termasuk data dan dokumentasi yang terkait untuk menentukan ada tidaknya risiko kesehatan masyarakat.

Pemeriksaan kapal dalam karantina atau kekarantinaan kapal ada beberapa dokumen yang wajib dimiliki oleh suatu alat angkut atau kapal, adapun yang dimaksud dengan dokumen kesehatan kapal adalah surat keterangan kesehatan yang berkaitan dengan kekarantinaan yang dimiliki oleh setiap alat angkut, awak,

penumpang, barang dan pelintas batas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, (Kepmenkes no 425, 2007). Yang dimaksud dokumen kesehatan kapal antara lain :

- a. Izin karantina (*Free pratique*)
- b. Keterangan sehat kapal (*Maritime Declaration of Health*)
- c. SSCC (*Ship Sanitation Control Certificate*)
- d. SSCEC (*Ship Sanitation Control Exemption Certificate*)
- e. ICV (*International Certificate of Vaccination*)
- f. Buku kesehatan (*Health Book*)

Sedangkan menurut UU No.1 tahun 1962, tentang karantina laut, istilah surat keterangan kesehatan adalah keterangan kesehatan yang harus diberikan kepada dokter pelabuhan oleh nahkoda mengenai keadaan kesehatan di atas kapal yang memenuhi syarat-syarat internasional.

Dari fungsi kekarantinaan tersebut obyek yang menjadi pengawasan adalah kapal atau alat angkut, adapun penggolongan kapal terhadap penyakit karantina yaitu digolongkan menjadi :

1. Kapal Terjangkit
2. Kapal Tersangka
3. Kapal sehat (UU Karantina, 1962).

Kapal adalah semua alat angkut, juga termasuk kepunyaan angkatan bersenjata, yang dapat berlayar, ( UU Karantina, 1962), sedangkan menurut IHR 2005, Kapal adalah kapal laut atau kapal sungai/ danau dalam suatu perjalanan internasional.

Jadi jelas menurut *International Health Regulation (IHR)* tahun 2005, patokannya adalah alat angkut atau kapal yang melakukan perjalanan lintas negara atau internasional.

#### 1. Kapal Terjangkit

Kapal dikatakan terjangkit bila pada suatu alat angkut ditemukan atau diterima informasi menyangkut adanya risiko kesehatan masyarakat, sumber penyakit menular dan kontaminasi. (IHR, 2005).

Pernyataan terjangkit adalah pejabat KKP menyatakan secara tertulis kepada kapal terjangkit atau tersangka terjangkit. Untuk menyatakan sebuah kapal terjangkit/tersangka terjangkit penyakit berbahaya lainnya dipakai ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam UU karantina dan IHR, (Kepmenkes 425, 2007)

- 1) Kapal terjangkit penyakit pes (*Plague*) adalah
  - a) Jika pada waktu tiba di pelabuhan terdapat penderita pes atau terdapat tikus pembawa pes di dalam kapal
  - b) lebih dari 6 hari sesudah embarkasi terjadi peristiwa pes
- 2) Kapal terjangkit penyakit kolera (*Cholera*) adalah
  - a) Jika pada waktu tiba terdapat penderita kolera di dalamnya
  - b) dalam 5 hari sebelum tiba di pelabuhan terdapat penderita koleha di dalamnya
- 3) Kapal terjangkit penyakit demam kuning (*Yellow Fever*) adalah
  - a) Jika pada waktu tiba di pelabuhan terdapat penderita penyakit demam kuning di dalamnya.
  - b) jika di perjalanan terdapat penderita demam kuning di dalamnya, (UU Karantina, 1962).

## 2. Kapal Tersangka

Kapal dinyatakan dalam kondisi tersangka atau *Suspect* (orang tersangka) oleh pejabat kesehatan pelabuhan ialah seseorang yang dianggap telah mengalami kemungkinan tertularnya suatu penyakit karantina dan dapat menyebarkan penyakit tersebut. Yang dianggap sebagai *suspect* ialah orang yang berasal dari atau yang telah mengunjungi Negara-negara yang seluruhnya atau sebagaiannya, terjangkau penyakit karantina dan orang tersebut kekebalannya rendah.

Orang yang berada dalam kapal dan oleh KKP dinyatakan terjangkau atau tersangka terjangkau penyakit karantina, (Kepmenkes 425, 2007).

### 1). Kapal tersangka pes (*Plaque*) adalah

- a) Jika dalam waktu 6 hari dari embarkasi terjadi peristiwa pes walupun pada waktu tiba tidak ada lagi seorang penderita di kapal tersebut.
- b) terjadi kematian banyak tikus di kapal yang mencurigakan
- c) Kapal tersangka kolera (*Cholera*) adalah
- d) Jika selama perjalanan terdapat penderita kolera di kapal tetapi dalam 5 hari sebelum tiba di pelabuhan tidak terdapat lagi kolera di dalamnya.

### 2). Kapal tersangka demam kuning (*Yellow Fever*) adalah

- a) Jika kapal berasal dari negara terjangkau demam kuning dan dalam waktu 6 hari tiba di pelabuhan.
- b) Kapal datang dari Negara terjangkau demam kuning dan dalam waktu kurang dari 30 hari dan tiba di pelabuhan terdapat nyamuk *Aedes aegypti* di dalamnya, (UU Karantina, 1962).

### 3. Kapal Sehat

Kapal sehat adalah jika kapal tidak termasuk kedalam kategori status kapal terjangkit dan tersangka, setelah dilakukan pemeriksaan diatas kapal dan dinyatakan bebas oleh petugas yang berwenang.

Nahkoda kapal yang dalam karantina dilarang menurunkan dan menaikan orang, barang, tanaman, dan hewan, sebelum memperoleh izin karantina. Nahkoda kapal menyampaikan permohonan untuk memperoleh izin atau memberitahukan suatu keadaan dengan memakai isyarat sebagai berikut :

Siang hari :

- a. Bendera Q : Kapal saya sehat / saya minta izin karantina
- b. Bendera Q : diatas paji pengganti kesatu : kapal saya tersangka
- c. Bendera Q diatas bendela L : Kapal saya terjangkit.

Malam hari :

Lampu merah diatas lampu putih dengan jarak maksimum 1,80 meter : saya belum mendapatkan izin karantina.

Izin lepas karantina diberikan dokter pelabuhan setelah dilakukan pemeriksaan dan terdapat bahwa kapal itu sehat. Jika kepada suatu kapal tidak diberikan izin lepas karantina.

Pelayanan yang harus dilakukan oleh KKP terhadap kegiatan karantina adalah:

- g. Izin karantina (Free pratique)
- h. Keterangan sehat kapal (Port Health Clearance)
- i. SSCC (Ship Sanitation Control Certificate)
- j. SSCEC (Ship Sanitation Control Exemption Certificate))

- k. Kartu kewaspadaan (Alert Card)
- l. ICV (International Certificate of Vaccination)
- m. Izin berlayar (Sailing Permit)
- n. Buku kesehatan
- o. Tindakan Karantina (Tidak menyebarkan penyakit karantina keluar pelabuhan).

## **2.4. Faktor Risiko, Kesehatan di Wilayah Pelabuhan atau Bandara**

### **2.4.1. Jenis faktor risiko**

Adapun jenis-jenis faktor risiko penyakit karantina dan penyakit potensial wabah meliputi :

1. Virus yang menginfeksi penumpang maupun crew kapal/pesawat
2. Bakteri yang menginfeksi penumpang crew kapal/pesawat
3. Protozoa yang menginfeksi penumpang crew kapal/pesawat
4. Vektor yang menjadi perantara penyakit karantina dan penyakit menular potensial wabah, (Kepmenkes no 425, 2007).

Faktor risiko ini tidak selalu berada pada tubuh manusia melainkan dapat terbawa oleh alat angkut atau kapal, bahkan terdapat dalam fasilitas dan bahan yang dibutuhkan selama perjalanan sebagai contoh, terdapat pada bahan makanan, persediaan air bersih atau terbawa oleh vektor ( kecoa, nyamuk, tikus dll) bilamana sanitasi kapalnya buruk. Pada era sekarang ini dimana kondisi iklim yang cenderung berubah, karena penggunaan lahan, perubahan pola pertanian dan meningkatnya perjalanan internasional ikut memicu perubahan faktor risiko seperti perubahan dari bionomik vektor, pola perubahan penyakit bersumber binatang, seperti penyakit

seperti pes, typhus, malaria, yellow fever, demam berdarah, dimana hal ini dapat menyebabkan epidemik penyakit pada suatu negara, (Gubier et al., 2001)

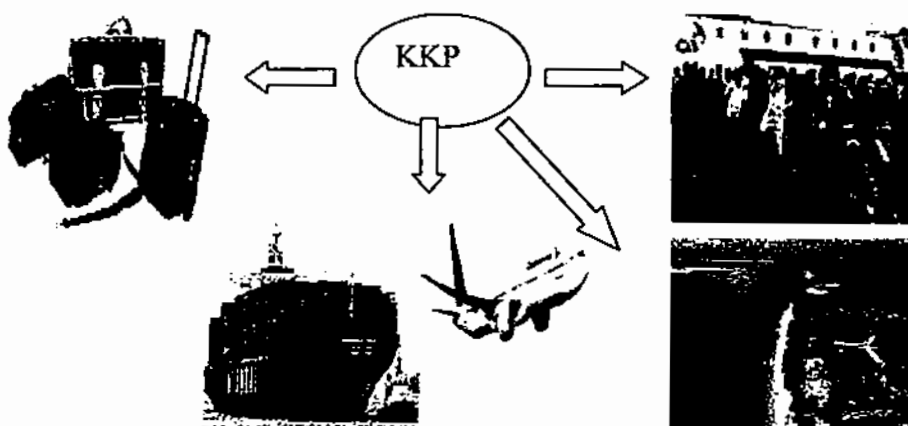
Faktor risiko tidak hanya berasal dari makhluk hidup namun dapat pula berasal dari benda mati berupa faktor risiko fisika, kimia bahkan pada saat ini penyakit degeneratif, gangguan psikis dan terorisme sudah menjadi perhatian kesehatan masyarakat yang perlu ditangani dan dikendalikan, sehingga tidak menimbulkan potensi wabah.

#### 2.4.2. Identifikasi Faktor Risiko

Secara operasional penyelenggaraan identifikasi faktor Risiko Penyakit karantina dan Penyakit Menular Potensial Wabah meliputi :

- 1) Alat angkut ( Kapal laut, Pesawat) dan muatannya (termasuk kontainer)
- 2) Manusia (ABK/Crew, penumpang)
- 3) Lingkungan pelabuhan dan bandara. (Kepmenkes no 425, 2007).

Gambar 2.2  
Obyek Pengamatan KKP terhadap faktor Risiko dan penyakit menular dan penyakit potensial wabah



### 2.4.3. Pengendalian Faktor Risiko

Ada beberapa hal yang perlu di lakukan dalam upaya pengendalian faktor risiko lingkungan, dan semuanya bertujuan untuk membuat wilayah pelabuhan serta alat angkut tidak menjadi sumber penular, bahkan menjadi habitat yang baik bagi perkembangbiakan kuman/vektor penyakit, upaya-upaya tersebut meliputi :

1. Pengawasan Sanitasi Lingkungan, terdiri dari beberapa jenis yaitu :
  - 1) pengawasan penyediaan air bersih
  - 2) pengamanan makanan dan minuman
  - 3) pengawasan hygiene sanitasi bangunan/gedung dan perusahaan
  - 4) pengawasan sanitasi alat angkut
  - 5) pengawasan pencemaran udara,air dan tanah
2. Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit, adapun jenis pengendaliannya yaitu meliputi :
  - 1) Pemberantasan nyamuk
  - 2) Pemberantasan Tikus dan Pinjal
  - 3) Pemberantasan Lalat dan Kecoa
  - 4) Fumigasi, (Kepmenkes no 431, 2007).

### 2.4.4. Upaya Kesehatan Pelabuhan

Dilingkungan pelabuhan KKP selain menyelenggarakan pengendalian faktor risiko KKP juga melakukan pelayanan kesehatan terbatas dan rujukan, adapun jenis kegiatannya antara lain :

1. Pelayanan kesehatan terbatas
  - 1) Pelayanan Kesehatan dasar
  - 2) Pelayanan Kesehatan gigi



- 3) Pelayanan Laboratorium dasar
- 4) Pelayanan vaksinasi internasional (yellow fever, meningitis, kholera, influenza).
- 5) Pelayanan rujukan pasien dan spesimen
- 6) Pemberian Surat keterangan Sehat dan surat keterangan sakit
- 7) Penyuluhan kesehatan
- 8) Pelayanan pemeriksaan kelayakan angkut jenazah
- 9) Pelayanan pemeriksaan kelayakan angkut orang sakit

## 2. Jenis-jenis Pelayanan Kegawat Daruratan

- 1) Gawat Darurat medik
- 2) Gawat darurat terhadap kecelakaan alat transportasi (udara/laut)
- 3) Gawat darurat yang terjadi akibat bencana alam

## 3. Pemeriksaan Kesehatan Jemaah Calon Haji dan Umroh

- 1) Pemeriksaan kelengkapan dokumen kesehatan, ICV, Kartu Kewaspadaan Kesehatan Jemaah haji (K3JH).
- 2) Pelayanan rawat jalan maupun rujukan
- 3) Pemberian vaksinasi meningitis bagi calon jemaah hhaji dan umroh yang belum di vaksinasi di kabupaten/ kota
- 4) Melegalisir obat-obatan yang di bawa oleh calon jemaah haji.
- 5) Menerbitkan surat keterangan layak terbang bagi calon jemaah haji risiko tinggi sakit.
- 6) Menerbitkan surat keterangan layak terbang bagi calon jemaah haji yang hamil, denga ketentuan sudah di vaksinasi meningitis.

## 4. Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan Kerja

- 1) Promosi kesehatan (kesehatan pekerja dan lingkungan kerja)
- 2) Pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit akibat kerja
- 3) Pemeriksaan kesehatan tenaga kerja (sebelum kerja/berkala tahunan/khusus)
- 4) Pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K).
- 5) Pembinaan dan pengawasan APD (penyuluhan dan pemilihan alat pelindung diri).

#### 5. Pelayanan Kesehatan Matra

- 1) Kesehatan penanggulangan korban bencana (kecelakaan pesawat, kapal tenggelam, bencana alam di wilayah pelabuhan/bandara/PLB)
- 2) Kesehatan penanggulangan situasi khusus ( arus mudik, pemulangan TKI)
- 3) Kesehatan Penebangan di dirgantara
- 4) Kesehatan pelayaran
- 5) Kesehatan Penyelaman
- 6) Kesehatan Perjalanan



#### 6. Jenis Pelayanan Vaksinasi Internasional

- 1) Vaksinasi Yellow Fever / Demam Kuning
- 2) Vaksinasi meningitis
- 3) Vaksinasi Typhoid (Typhim Vi)

#### 7. Jenis Pengawasan Pengangkutan Orang Sakit dan Jenazah

- 1) Pemberangkatan orang sakit dan jenazah
- 2) Kedatangan orang sakit dan Jenazah
- 3) Pengawasan Obat-Obatan dan Perlengkapan P3K di Alat Angkut
- 4) Pengawasan obat-obatan dan peralatan P3K di kapal

- 5) Pengawasan obat-obatan dan peralatan P3K di pesawat, (Kepmenkes no 424, 2007).

## **2.5. Wabah dan KLB**

### **2.5.1. Pengertian**

Wabah adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat

yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka. Menteri menetapkan dan mencabut daerah tertentu dalam wilayah Indonesia yang terjangkit wabah sebagai daerah wabah, (UU No. 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular).

Kejadian Luar biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menurus pada kejadian wabah. Disamping penyakit menular, penyakit yang juga dapat menimbulkan KLB adalah penyakit tidak menular, dan keracunan. Keadaan tertentu yang rentan terjadinya KLB adalah keadaan bencana dan keadaan kedaruratan, (Depkes, 2007)

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor bukan alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis, (UU 24 tahun 2007, dalam Achmadi, 2008).

Selain itu bencana juga dapat diartikan sebuah fenomena akibat dari perubahan ekosistem yang terjadi secara tiba-tiba dalam tempo relative singkat dalam hubungan antar manusia dengan lingkungannya, sedemikian rupa sehingga memerlukan tindakan penanggulangan segera. Perubahan ekosistem yang terjadi dan merugikan harta benda maupun kehidupan manusia bias juga terjadi secara lambat misalnya yang terjadi pada bencana kekeringan, (Achmadi, 2008).

### **2.5.2. Penyelidikan Kejadian Luar Biasa**

Penyelidikan KLB adalah kegiatan yang dilaksanakan pada suatu KLB atau adanya dugaan suatu KLB, untuk memastikan KLB, mengetahui penyebab, gambaran epidemiologis, sumber-sumber penyebaran dan faktor-faktor yang mempengaruhinya serta menetapkan cara-cara penanggulangan yang efektif dan efisien, (Depkes, 2007)

### **2.5.3. Indikator Program Penanggulangan KLB**

Target program adalah KLB tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan indikator adalah :

- 1) Terselenggaranya sistem kewaspadaan dini KLB di unit-unit pelayanan, wilayah puskesmas, kabupaten/kota, provinsi dan nasional deteksi dan respon dini KLB.
- 2) Tidak terjadi KLB besar

Sebaiknya ditetapkan beberapa penyakit potensi KLB di suatu daerah, misalnya indikator penyakit berpotensi KLB adalah DBD, diare, malaria, campak dan keracunan. Sehingga dapat ditetapkan KLB besar adalah KLB yang dengan jumlah kasus 50 kasus atau lebih dan atau dengan kematian, penetapan nilai absolute sangat penting sebagai target sekaligus indicator keberhasilan penyelenggaraan

program penanggulangan KLB pada suatu periode tertentu, misalnya rencana program lima tahun, ( Depkes, 2007).

#### **2.5.4. Sistem Kewaspadaan Dini KLB ( SKD – KLB)**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) bahwa SKD-KLB adalah merupakan kewaspadaan terhadap penyakit berpotensi KLB beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya dengan menerapkan teknologi surveilans epidemiologi dan dimanfaatkan untuk meningkatkan sikap tanggap kesiapsiagaan, upaya-upaya pencegahan dan tindakan penanggulangan kejadian luar biasa yang cepat dan tepat. Sementara deteksi dini KLB adalah merupakan kewaspadaan terhadap ekemungkinan terjadinya KLB dengan cara melakukan intensifikasi pemantauan secara terus menerus dan sistematis terhadap perkembangan penyakit berpotensi KLB dan perubahan kondisi rentan KLB agar dapat mengetahui secara dini terjadinya KLB.

#### **2.5.5. Pendekatan Sistem KLB**

Sistem dalam penanggulangan KLB tidak terlepas dari sistem surveilans secara utuh, sementara pengertian sistem menurut Muninjaya (1999) adalah suatu rangkaian komponen atau bagian yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai tujuan yang jelas. Dibentuknya suatu sistem pada dasarnya untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Untuk terbentuknya sistem tersebut perlu dirangkai berbagai unsur atau elemen sedemikian rupa sehingga secara keseluruhan membentuk satu kesatuan dan secara bersama-sama berfungsi untuk mencapai tujuan. Apabila prinsip pokok atau cara kerja sistem ini diterapkan pada waktu

penyelenggaraan pekerjaan administrasi, maka cara kerja ini dikenal dengan nama pendekatan sistem (*system approach*).

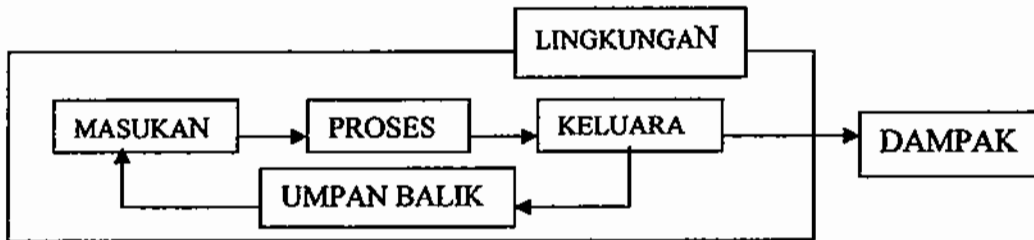
Menurut Achmadi (2008), Sistem adalah tatanan yang menggambarkan adanya rangkaian berbagai komponen yang memiliki hubungan serta tujuan bersama secara serasi, terkoordinasi yang bekerja atau berjalan dalam jangka waktu tertentu dan terencana

Pendekatan sistem dalam manajemen memandang organisasi sebagai satu kesatuan dengan tujuan yang terdiri dari bagian-bagian yang saling berkaitan. Pendekatan ini memberikan kemungkinan bagi para manajer untuk melihat organisasi secara keseluruhan dan sebagai bagian dari lingkungan eksternal yang lebih luas (Stoner, 1996).

Elemen atau bagian tersebut dapat dikelompokkan sebagai berikut :

1. Masukan (*input*), adalah kumpulan elemen yang terdapat dalam system yang diperlukan untuk berfungsinya system tersebut.
2. Proses (*process*), adalah kumpulan elemen yang terdapat dalam system dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
3. Keluaran (*output*), adalah kumpulan elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
4. Umpan balik (*feed back*), adalah kumpulan elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus merupakan masukan dari sistem tersebut.
5. Dampak (*impact*), adalah akibat yang dihasilkan dari keluaran suatu sistem
6. Lingkungan (*environment*), adalah dunia luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Gambar, 2.3  
Skema/Bagan Unsur Sistem



Sumber : Pengantar Administrasi Kesehatan (Azwar,A, 1988)

### 2.5.6. Penyakit Potensial Wabah di wilayah Pelabuhan

Sebagai mana kita ketahui bahwa pelabuhan atau bandara adalah merupakan pintu gerbang lalulintas orang, barang, dan alat angkut baik dari luar negeri maupun antar pulau (interinsuler). Ditinjau dari fungsinya pelabuhan sebagai tempat aktifitas pelayaran, perdagangan dan pariwisata maka, pelabuhan merupakan titik pertemuan antara komunitas lokal dengan komunitas diluar pelabuhan, baik itu dalam negeri maupun mancanegara, maka bukan hal yang tidak mungkin masuk dan keluarnya penyakit dapat melalui pelabuhan.

Seperti dikemukakan oleh Achmadi (2008) bahwa meningkatnya perdagangan dan pariwisata meningkatkan pergerakan manusia, yang pada akhirnya akan mempengaruhi penularan penyakit. Pergerakan manusia berarti pergerakan virus dan penyakit. Pergerakan barang dan komoditas perdagangan juga berarti perdagangan kuman penyakit.

Penyakit yang mempunyai potensial wabah di lingkungan pelabuhan yang besumber binatang maupun manusia dapat kelompokan menjadi :

1. Kelompok *New emerging infectious diseases* ( NEID) antara lain : *Avian Influenza* (2004), *SARS* (2003), *West Nile Virus* (1999), *Nipah Virus* (1999),

*Hantaan Virus* (1977), *Legionella pneumophilla* (1977), *Ebola Virus* (1977), Hepatitis C (1989) dan lain lain.

2. Kelompok *Re Emerging Infectious Diseases* (REID) antara lain *Cholera*, *Diphtheria*, *Rift Valley Fever*, Malaria, Tuberkulosis, DHF, *Dengue Fever*, *Japanese Encephalitis*, dan lain lain.
3. Kelompok mikroba yang bisa digunakan sebagai bioterorisme antara lain : *Bacillus anthracis* (anthrax), *Clostridium botulinum toxin*, *Yersina pestis*, *Variola major* (smallpox), *Virus hemorrhagic fever*, ebola, dll, (Achmadi, 2008).

Tujuan dari mengetahui sedini mungkin gejala penyakit atau faktor risiko yang mungkin timbul di wilayah pelabuhan adalah dalam rangka sistim kewaspadaan dini (SKD) dan kondisi ini harus selalu di pertahankan dan ditingkatkan, guna mencegah terjadinya penularan penyakit dan faktor risiko di wilayah pelabuhan.

## 2.6. Manajemen

Manajemen adalah suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya yang lainnya, (Terry,1998). Menurut Stoner (1996), manajemen adalah proses merencanakan, mengorganisasikan, memimpin dan mengendalikan pekerjaan anggota organisasi dan menggunakan semua sumber daya organisasi untuk mencapai sasaran organisasi yang telah ditetapkan. Reksohadiprodjo (1992), menyebutkan manajemen dirumuskan sebagai suatu usaha untuk merencanakan, mengorganisir, mengarahkan, mengkoordinir serta mengawasi kegiatan dalam suatu organisasi agar



tercapai tujuan organisasi secara efisien dan efektif. Dalam perakteknya proses ini tidak secara terpisah tetapi berkaitan erat antara satu dengan yang lainnya.

Manajemen dibutuhkan oleh semua organisasi, karena tanpa manajemen semua usaha akan sia-sia dan pencapaian tujuan akan lebih sulit (Handoko, 1994). Manajemen dilakukan melalui proses dan berdasarkan urutan dari fungsi-fungsi manajemen (Hasibuan, 1996).

### **2.6.1. Perencanaan**

Tanpa adanya suatu perencanaan yang baik, setiap organisasi akan mengalami kegagalan, atau paling tidak dalam mencapai tujuan tersebut kemungkinan akan timbul suatu hal yang tidak diharapkan, oleh karena itu perencanaan pada hakekatnya menetapkan apa yang akan dilakukan bagaimana dan siapa yang melakukan, sebelum pekerjaan itu sendiri dilaksanakan.

Perencanaan adalah pilihan atau penetapan tujuan organisasi dan penentuan strategik, program, prosedur, metoda, sistem, anggaran, dan standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan. Perencanaan berawal dari pemikiran pekerjaan apa yang harus dilakukan, bilamana kontribusi dan cara kerja tiap komponen (Stoner, 1996).

Fungsi perencanaan akan lebih tepat bila dirumuskan sebagai penetapan tujuan, kebijakan (*policy*), prosedur, program, aturan dan anggaran (Manullang, 1996).

### **2.6.2. Pengorganisasian**

Untuk menjamin terlaksanannya perencanaan dengan baik, diperlukan pengorganisaian yang tepat. Pengorganisaian adalah suatu usaha yang ditempuh, agar sekelompok manusia yang bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama, dapat berjalan atau berhasil dengan baik sesuai dengan tujuan semula, (Hardjito, 1995).

Handoko (1994), mengemukakan pengorganisasian merupakan proses penyusunan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi, sumber daya yang dimiliki, dan lingkungan yang melingkupinya.

Struktur organisasi didefinisikan sebagai mekanisme-mekanisme formal dengan mana organisasi dikelola. Dengan struktur organisasi yang tepat, maka dapat dimungkinkan adanya suatu pembagian kerja yang baik.

Untuk mencapai tujuan organisasi perlu disusun perincian-perincian tugas yang akan dilakukan anggota organisasi, perincian ini sedapat mungkin disesuaikan dengan keahlian yang dimiliki, tingkat pendidikan, pengalaman, serta kemampuan seseorang agar organisasi dapat beroperasi dengan baik. Dengan perincian tugas yang baik dapat di jaga terjadinya tumpang tindih pekerjaan pada unit yang berbeda, sehingga didapat hubungan dari masing-masing bagian yang ada, (Handoko, 1994).

Dari uraian tersebut, bahwa fungsi pengorganisasian dapat dirumuskan sebagai keseluruhan aktifitas manajemen dalam mengelompokkan orang-orang serta penetapan tugas, fungsi, wewenang serta tanggungjawab masing-masing dengan tujuan terciptanya aktivitas-aktivitas yang berdaya guna dan berhasil guna dalam mencapai tujuan yang telah di tentukan lebih dahulu.

### 2.6.3. Penggerakan

Perencanaan dan pengorganisasian akan terjamin keberhasilannya, apabila organisasi tersebut mampu memberikan berbagai pengarahan kerja dan mengkoordinirnya melalui suatu proses penggerakan.

Penggerakan atau *actuating* adalah fungsi manajemen yang sebenarnya merupakan penggabungan dari pada beberapa fungsi-fungsi manajemen lainnya yang berhubungan erat satu sama lainnya (Atmosudirdjo, 1982). Terry (1988),

mengemukakan penggerakan adalah suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berkenan berusaha untuk mencapai sasaran agar sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi. Menurut Handoko (1994), penggerakan berarti pengarahan yang berarti bahwa manajer mengarahkan, memimpin, dan mempengaruhi bawahan dan menciptakan iklim yang dapat membantu para bawahan melakukan secara paling baik.

### **Langkah-Langkah Pergerakan**

Menurut Atmosudirdjo (1982), secara ringkas mengemukakan bahwa proses penggerakan meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Motivasi (*Motivating*)
2. Pengarahan (*directing*)
3. Kepemimpinan (*leadership, leading*)
4. Komunikasi (*communicating*)



#### **1. Motivasi**

Motivasi adalah menggerakan orang lain dengan terlebih dahulu memberikan alasan-alasan mengapa hal tertentu harus dilaksanakan (Julitriasa, 1998). Motivasi merupakan salah satu fungsi manajemen berupa pemberian inspirasi, semangat dan dorongan kepada bawahan, agar bawahan melakukan kegiatan secara sukarela sesuai apa yang dikehendaki organisasi (manullang, 1996). Sedangkan menurut Taylor (dikutip dari Reksomadiprodjo 1997), menyatakan bahwa karyawan itu pada hakekatnya malas, maka dengan janji financial (sistem upah insentif) karyawan akan termotivasi untuk melakukan pekerjaan dengan baik. Maslow (dikutip dari Handoko, 1994), menyatakan bahwa karyawan tidak saja termotivasi oleh uang, tetapi kepuasan kerja, keberhasilan dalam arti kerja. Selanjutnya secara konkrit

disebutkan bahwa apabila orang dipenuhi semua kebutuhan yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, sosial harga diri dan pengembangan diri, dengan sendirinya dia akan menyumbang pada pencapaian tujuan organisasi.

## 2. Pengarahan

Menurut Atmosudirdjo (1982), pengarahan adalah fungsi penggerakan (aktuasi) yang berhubungan erat dengan “ *getting done through the effort of people*”, membuat segala sesuatu yang harus diselesaikan benar-benar tercapai. Intinya adalah mengajar, memberitahu dan membuat bawahan bias melakukan pekerjaan.

Pengarahan pada pokoknya adalah membimbing dan mengendalikan pekerjaan dan kegiatan bawahan. Pengarahan erat sekali dengan pelimpahan wewenang dalam rangka pengorganisasian dan berlangsung dalam rangka prinsip kesatuan komando. Teknik pengarahan adalah sikap dan tatacara menjalankan pengarahan guna mengatasi masalah. Masalah-masalah tersebut pada umumnya berkisar pada komunikasi antar manajer dan bawahan.

Teknik pengarahan dapat digolongkan menjadi 4 (empat) golongan yaitu :

- 1) Teknik konsultasi yang dilakukan dengan mengadakan pertemuan, rapat formil dan informal, diskusi dan sebagainya.
- 2) Teknik demokratis adalah teknik yang memberikan kesempatan pada bawahan seluas-luasnya untuk mengajukan pendapat, saran, pandangan dan usulan, sehingga pengarahan yang dilakukan seolah-olah merupakan formalitas dan legislasi dari pandangan bawahan.
- 3) Teknik otokrasi sikap dan tata cara dimana bawahan hanya berkedudukan sebagai pelaksana dari perintah atasan saja. Teknik ini memerlukan kepemimpinan yang kuat (*strong leadership*) kepercayaan pada diri sendiri di pihak manajer yang

besar dan pengamatan yang tepat sampai teknis yang mendetail terhadap karyawan.

- 4) Teknik bebas teratur dapat dijalankan didalam menghadapi bawahan yang sudah kawakan dalam pekerjaan, sudah berpengalaman banyak dan mereka mampu berkarya.

Sebagai kesimpulan pengarahan adalah melakukan segala sesuatu agar pekerjaan dilakukan dengan benar, baik dan terarah sesuai dengan kualitas dan kuantitas yang diharapkan.

### 3. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah bagian penting manajemen, kepemimpinan merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang untuk mempengaruhi orang lain agar bekerja mencapai tujuan dan sasaran.

Menurut Giselli (dikutip dari Handoko,1994) menunjukkan sifat-sifat penting bagi kepemimpinan efektif sebagai berikut : a). Kemampuan dalam kedudukan sebagai pengawas, b). Kebutuhan akan prestasi dalam pekerjaan, c). Kecerdasan, d). Ketegasan (*decisiveness*), e). Kepercayaan diri, f). Inisiatif atau kemampuan untuk bertindak tidak tergantung.

Menurut Atmosudirdjo (1982), kepemimpinan pada umumnya adalah apa yang harus dimiliki, dijalankan dan atau dipergunakan oleh setiap orang yang berkedudukan sebagai pimpinan. Kepemimpinan yang harus dijalankan didalam manajemen, khususnya pergerakan ada 3 (tiga) macam :

- 1) Kepemimpinan organisasi yang bersifat zekelik, kaku, korek dan bertujuan menegakan tertib disiplin organisasi.

- 2) Kepemimpinan personal yang bersifat human relations, tujuannya untuk menciptakan iklim kepercayaan bawahan terhadap atasan sehingga berkembanglah loyalitas.
- 3) Team work leadership yakni kepemimpinan yang merupakan paduan dari kedua kepemimpinan tadi. Tujuannya untuk menegakan :
  - a. Prinsip kerja sama atas dasar kesederajatan posisi terhadap tugas
  - b. Prinsip integritas yakni kerja sama atas dasar menjaga keutuhan tugas dan pekerjaan secara menyeluruh.
  - c. Prinsip disiplin kerja, supaya semua anggota team menjaga mutu pekerjaan dan memperhatikan detail-detail kerja.

Ada 4 (empat) syarat pokok yang harus dipunyai pemimpin yaitu :

- 1) Pemimpin harus peka terhadap iklim lingkungan, harus mendengarkan nasehat, dan pandangan dari orang-orang sekitarnya, dia tidak harus menuruti pendapat mereka, akan tetapi banyak informasi yang dia punyai makin mantap pandangannya secara situasional.
- 2) Pemimpin harus menjadi tauladan dalam lingkungannya.
- 3) Pemimpin harus bersikap dan bersifat setia.
- 4) Pemimpin harus mampu mengambil keputusan, setelah semua faktor yang relevan diperhitungkan. Berani disini bukan berarti nekat atau tanpa perhitungan.

#### **4. Komunikasi**

Komunikasi adalah proses pemindahan pengertian dalam bentuk gagasan atau informasi dari seseorang kepada orang lain. Lesiakar (dikutip dari Handoko, 1994), menguraikan 4 (empat) faktor yang mempengaruhi efektifitas komunikasi organisasi

yaitu: a) Saluran komunikasi formal. B). Struktur organisasi. C). Spesial jabatan. D). Pemilihan informasi.

Menurut Atmosudirdjo (1982), menyebutkan komunikasi sangat menentukan bagi proses manajemen, suatu hal yang logis oleh karena manajemen itu hanya dapat berjalan melalui jalan pikiran dan kegiatan manusia. Untuk hubungan antar manusia yang baik harus ada bentuk-bentuk komunikasi yang efektif.

Komunikasi dari atas ke bawah adalah arus komunikasi yang menyangkut pergerakan dan pengendalian dari pada orang-orang beserta kegiatannya. Hal yang dikomunikasikan kebawah terutama perintah, instruksi kebijakan dan rencana. Hal inilah yang menjadi inti manajemen yang efisien. Komunikasi ke atas adalah menenai laporan, penyajian, masalah, usulan-usulan, saran bahkan komentar. Komunikasi menyilang (diagonal) atau horizontal adalah yang mengenai kerja sama dan koordinasi.

#### **2.6.4. Pengawasan dan Pengendalian**

Prinsip pengawasan dan pengendalian (*controlling*) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen. Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standar keberhasilan (target, prosedur kerja dsb) selalu harus dibandingkan dengan hasil yang telah di capai atau yang mampu dikerjakan. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan diupayakan agar penyimpangan dapat terdeteksi secara dini, dicegah, dikendalikan atau dikurangi. Kegiatan fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar efisiensi penggunaan sumber daya dapat lebih berkembang, dan efektifitas tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih terjamin, (Muninjaya, 1999).

Pengawasan adalah tindakan atas proses kegiatan untuk mengetahui hasil pelaksanaan, kesalahan, kegagalan, untuk mengetahui hasil pelaksanaan tidak berbeda dengan rencana yang ditetapkan (Julitriasa, 1998). Menurut Robert J. Mocker (dikutip dari Handoko,1994) mengemukakan bahwa definisi pengawasan manajemen adalah suatu usaha sistimatis untuk menetapkan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan korektif yang diperlukan untuk menjamin bahwa sumber daya organisasi dipergunakan dengan cara paling efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan organisasi.

## **2.7. Manajemen Kantor Kesehatan Pelabuhan**

Manajemen Kantor Kesehatan Pelabuhan sesuai dengan fungsi-fungsi manajemen yaitu P1= Perencanaan, P2 = Penggerakan, pelaksanaan, dan P3 = Pengawasan, pengendalian, penilaian.

### **2.7.1. Perencanaan**

Perencanaan tingkat KKP dapat diartikan sebagai suatu proses yang sistematis untuk menyusun atau mempersiapkan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh KKP pada waktu yang akan datang, untuk meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan pada masyarakat dan upaya mengatasi masalah-masalah kesehatan terutama dalam upaya cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari luar negeri maupun dari dalam negeri.

Tujuan organisasi adalah sasaran yang diinginkan dan harus direalisasikan, dimana sasaran tersebut sudah di tetapkan pihak manajemen dalam waktu tertentu.

Adapun tujuan perencanaan Kantor Kesehatan Pelabuhan yaitu:



1. Dapat disusunnya rencana kegiatan anggaran kementerian dan lembaga (RKA-KL) KKP yang akan dilaksanakan tahun berikutnya dalam rangka peningkatan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan di wilayah kerjanya.
2. Dapat disusunnya daftar isian perencanaan dan anggaran (DIPA) KKP setelah diterimanya alokasi sumber daya dari beberapa sumber terutama APBN dalam rangka menetapkan pengerakan pelaksanaan kegiatan dalam tahun yang sedang berjalan.

### **Tahap-tahap perencanaan KKP**

#### **1). Tahap persiapan.**

Pada tahap ini Kepala KKP membentuk tim penyusun rencana tingkat KKP, yang terdiri dari Bagian Tata Usaha, Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan, Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans dan Upaya Kesehatan dan lintas wilayah beserta staf teknis yang mempunyai kemampuan yang memadai. Pengeumpulan data dasar, diperlukan sebagai langkah awal perencanaan untuk mengukur keberhasilan, adapun jenis data yang dikumpulkan berupa data umum (peta wilayah, perilaku masyarakat, sumber daya, dan lain-lain) dan data khusus (pola penyakit, kejadian luar biasa, cakupan pelayanan, status kesehatan, dan lain-lain).

#### **2). Tahap analisa situasi**

Analisa situasi adalah kegiatan untuk memperoleh informasi/data di wilayah kerjanya, kemudian diadakan analisis sehingga diperoleh gambaran keadaan dan masalah di lingkungan KKP. Analisis data dilakukan dengan memperhatikan kesakitan, kematian, perilaku masyarakat, faktor risiko lingkungan, peran serta

masyarakat, dan lain-lain. Dengan analisis ini pula akan diperoleh keberhasilan, diketahui hambatan dan masalah yang terjadi.

### **3). Tahap Penyusunan rencana kegiatan anggaran kementerian dan lembaga (RKA-KL)**

Langkah-langkah penyusunan RKA-KL

#### **a. Analisa masalah dan pemecahan yang terdiri dari :**

- Identifikasi masalah
- Membuat urutan prioritas masalah
- Merumuskan masalah
- Mencari kemungkinan penyebab masalah
- Mengkonfirmasi penyebab masalah
- Merumuskan alternative pemecahan masalah
- Menetapkan cara-cara pemecahan masalah

#### **b. Penyusunan RKA-KL**

- Menyusun kegiatan tahunan yang akan datang
- Menyusun kebutuhan sumber daya
- Merekap usulan kegiatan dan sumber daya yang dibutuhkan ke dalam format RKA-KL KKP

### **4). Tahap Penyusunan daftar isian perencanaan dan anggaran (DIPA)**

Disusunnya DIPA KKP setelah diterima alokasi dana dari Dir Jen PP & PL DEPKES RI. Dengan uraian tersebut, maka fungsi perencanaan diharapkan dapat menetapkan tujuan yang diinginkan. Menetapkan peraturan dan pedoman pelaksanaan yang harus di turuti dan menetapkan biaya yang diperlukan sehingga akan diperoleh rangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan.

### 2.7.2. Pergerakan, Pelaksanaan

Penyelenggaraan pergerakan program KKP, dilakukan dan dimonitoring dengan Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK), dimana dalam RPK tersebut tertuang rencana operasional KKP yang meliputi :

- a. Tujuan yang ingin dicapai
- b. Target tahunan yang perlu di jabarkan dalam bulanan (terjadwal)
- c. Pelaksana berupa petugas secara perorangan maupun tim yang bertanggungjawab
- d. Indikator berupa hasil kegiatan

### 2.7.3. Pengawasan, Evaluasi dan Penilaian

Tujuan dari pelaksanaan evaluasi kinerja KKP adalah :

- a. Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil cakupan dan mutu kegiatan serta manajemen KKP pada akhir tahun kegiatan
- b. Mengetahui tingkat kinerja KKP pada akhir tahun berdasarkan urutan peringkat kelompok kegiatan bidang masing-masing.
- c. Mendapatkan Informasi analisis kinerja KKP dan bahan masukan dalam penyusunan rencana kegiatan KKP dan Dirjen PP & PL Depkes RI tahun yang akan datang.

Dalam evaluasi kinerja KKP yang perlu dipahami adalah evaluasi periodik selama program sedang berjalan (monitoring) untuk mengetahui seberapa jauh kemajuan pelaksanaan kegiatan dalam mencapai tujuan dalam RKA-KL/RPK tahunan. Sedangkan evaluasi yang dilakukan pada akhir program untuk menjawab bagaimana menilai hasil pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya semua kegiatan harus dimonitor dan dievaluasi, baik dari aspek masukan (*input*), proses maupun keluaran (*output*). Cara pemantauan dilakukan dengan menelaah laporan,

pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas pelaksana maupun dengan masyarakat sasaran.

Sementara penilaian menurut WHO adalah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan menggunakan pelajaran yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan dimasa mendatang, (Wijono, 1999).

Dari definisi ini jelas bahwa orientasi penilaian adalah masa depan, dalam arti bahwa penilaian akan bermanfaat untuk masa depan organisasi. Sasaran penilaian bukan hanya keterkaitannya dengan rencana melainkan seluruh faktor-faktor organisasional yang kritikal sifatnya. Sifat penilaian adalah korektif dan proaktif, (Siagian, 2002).

#### **2.7.4. Sumber Daya Manusia**

##### **1. Sumber daya manusia (SDM)**

SDM kesehatan menurut SKN 2004 adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sementara itu SDM kesehatan menurut PP No. 32/1996 adalah semua orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

Tenaga kesehatan menurut SKN 2004 adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya

kesehatan, sementara itu, tenaga kesehatan menurut PP No.32/1996 adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan, (Adisasmito, 2007).

Dalam melaksanakan tugasnya Kantor Kesehatan Pelabuhan tentunya membutuhkan tenaga yang cukup, dari segi kuantitas dan kualitas sesuai dengan klasifikasi KKP yang bersangkutan. Untuk dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya sesuai Permenkes Nomor 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan, maka penyediaan sumber daya manusia yang memenuhi standar dan sesuai dengan kebutuhan sangat diperlukan.

Tenaga Kesehatan menurut PP No. 32 tahun 1996 terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, dan tenaga keteknisan medis, (Adisasmito, 2007).

## 2. Sikap dan Prilaku

SDM atau petugas yang baik tentunya mampu berpenampilan dan bersikap baik bila melakukan pelayanan dalam menjalankan tugasnya, hal ini diperluka karena dalam pelayanan dituntut tidak hanya cepat dan sesuai prosedur, namun juga diperlukan penampilan yang elegan, tegas dan bersikap serta prilaku yang ramah. Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik yang dapat diamati secara langsung ataupun yang dapat diamati secara tidak langsung, dan Skinner (1938) dalam Notoatmojo (2003) mengatakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus ( rangsangan dari luar). Respon ini dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. *Respondent respons* atau *reflexive* yaitu respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus tertentu). Misalnya makanan yang lezat

memimbulkan keinginan untuk makan, cahaya yang terang menyebabkan mata tertutup dan sebagainya.

- b. *Operant respons* atau *instrumental respons* yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

#### **2.7.5. Sarana dan Prasarana Penunjang**

Pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Kantor Kesehatan Pelabuhan untuk melakukan cegah tangkal penyakit karantina dan penyakit potensial wabah yang dituangkan pada program kekarantinaan laut/ bandara, dan di aplikasikan dalam bentuk kegiatan-kegiatan operasional dilapangan. Kegiatan KKP tidak mungkin akan berjalan dengan baik dan mencapai tujuan dengan benar apabila sarana dan prasarana pelaksanaan kegiatan dilapangan tidak terpenuhi, oleh karena itu pemenuhan sarana dan prasarana seperti juklak dan juknis, payung hukum, standar operasional prosedur serta alat-alat standar untuk pengukuran yang dibutuhkan di lapangan harus terpenuhi. Menurut Undang-undang kesehatan No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

Ada tiga unsur dalam menjamin ketersediaan dan pemerataan serta mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, yaitu jaminan ketersediaan, jaminan pemerataan serta jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan.

Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat dan peralatan yang di perlukan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan, (Adisasmito,2007).

## **2.8. Manajemen Kesehatan Berbasis Wilayah**

Menurut Achmadi (2008), pengertian wilayah mengacu pada pengertian wilayah ekosistem, wilayah administratif, serta spasial yang memasukan berbagai variable ke dalam patogenesis kejadian penyakit dalam satu ruang dan waktu.

Wilayah dapat diartikan sebagai hamparan yang memiliki homogenitas tertentu sesuai dengan karakteristiknya, berbagai interaksi sosial budaya setempat menjadi dinamikan wilayah. Konsep wilayah tidak terikat batasan-batasan administrative pemerintahan sehingga keserasian anatar daerah menjadi sangat penting manakala kepentingan pembangunan wilayah bersentuhan. (Adisasmito, 2007).

### **2.8.1. Manajemen Penyakit Berbasis wilayah**

Menurut Achamdi (2005), manajemen penyakit menular dan penyehatan lingkungan berbasis wilayah merupakan proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program pemberantasan penyakit menular berdasarkan *fakta (evidence based)*. Dengan melakukan intervensi pada sumber penyakit menular, yaitu penderita penyakit menular tertentu itu sendiri, serta faktor risiko yang berkenaan dengan proses timbulnya penyakit yang dilakukan secara simultan dan konprehensif dalam satu wilayah.

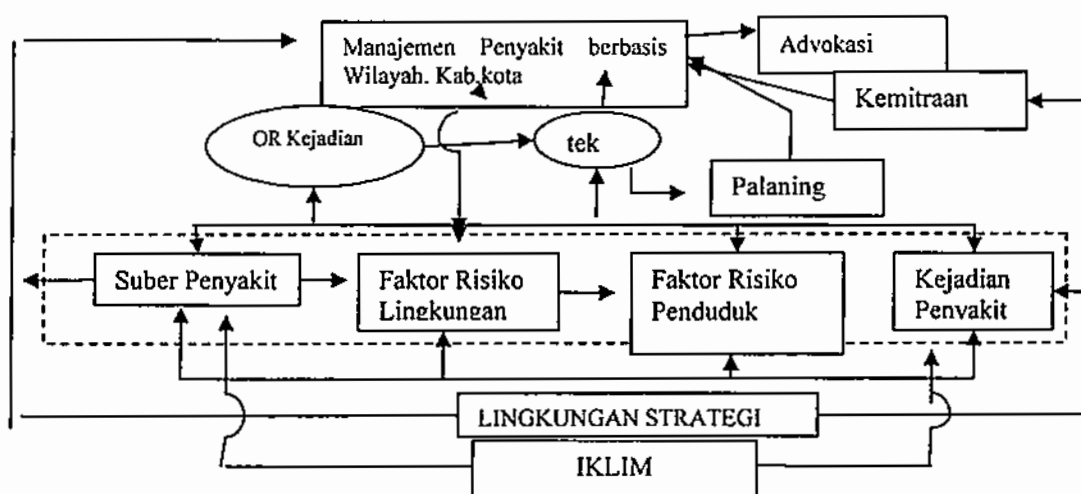
Manajemen penyakit berbasis wilayah pada hakikatnya adalah manajemen yang dilakukan secara kprehensif dengan melakukan serangkaian upaya :

- a. Tatalaksana kasus (manajemen) dengan baik, mulai dari upaya penegakan diagnose penyakit, melakukan pengobatan, dan penyembuhan
- b. Tatalaksana faktor risiko atau pengendalian faktor risiko, untuk mencegah penularan atau proses kejadian penyakit yang berkelanjutan dan melindungi penduduk yang sehat. Dengan cara pengumpulan fakta atau informasi (evidence) dan analisis pada suatu wilayah komunitas tertentu. Manajemen kesehatan masyarakat yang didalamnya termasuk manajemen faktor risiko, hendaknya ditujukan kepada penyakit yang berkenaan tersebut diatas dan atau penyakit-penyakit yang mungkin akan muncul.

### 2.8.2. Teori simpul

Manajemen penyakit secara terpadu berbasis wilayah harus mengacu pada teori simpul, keterpaduan ini pula dimaksudkan dalam perencanaan dan prioritas pembiayaan (*planning and budgeting*) berdasarkan informasi dan fakta yang akurat.

Gambar 2.4  
Model Manajemen Penyakit Terpadu Berbasis Wilayah



Sumber : Achmadi, 2003  
 TEK : Tim Epidemiologi Kabupaten  
 O.R : Operational Reserch



Dari model manajemen penyakit diatas kita dapat dengan mudah mengidentifikasi faktor risiko dan dimana kekuatan kita sekarang serta bagaimana melakukan sinergi antara fungsi manajemen (*planning, organizing, actuating dan controlling*) dengan unsur-unsur manajemen yaitu *Man, Money, Method, Material, Mechine* sehingga dapat dipadukan dalam melakukan pengendalian penyakit dan faktor risiko.

## **2.9. Regulasi**

Regulasi merupakan payung hukum atau fundamental dalam operasional suatu organisasi, tanpa payung hukum organisasi menjadi batal. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya KKP mempunyai landasan hukum sebagai dasar operasionalnya atara lain adalah IHR tahun 2005, UU No 1&2 tentang Karantina Lut dan Udara.

### **2.9.1. International Health Regulation (IHR)**

IHR adalah suatu instrumen internasional yang secara resmi mengikat untuk diberlakukan oleh seluruh Negara anggota WHO, maupun bukan negara anggota WHO tetapi setuju untuk dipersamakan dengan anggota Negara WHO.

Mengingat terbatasnya ruang lingkup aplikasi IHR(1962) yang melakukan control terhadap 3 (tiga) penyait karantina yaitu, Pes, Kolera dan yellow fever, maka pada Mei 2005 para anggota WHO yang tergabung dalam *World Health Assembly* (WHA) melakukan revisi terhadap IHR 1962. IHR (1962) ini diganti dengan IHR (2005) yang diberlakukan pada 15 Juni 2007.

Adapun tujuan dan ruang lingkupnya adalah untuk mencegah, melindungi dan mengendalikan terjadinya penyebaran penyakit secara internasional, serta

melaksanakan *Public Health Response* sesuai dengan risiko kesehatan masyarakat, dan menghindari hambatan yang tidak perlu terhadap perjalanan dan perdagangan internasional.

### 2.9.2. Justifikasi Pemberlakuan IHR

Beberapa pertimbangan mengingatkan kita pada KLB yang serius dan tidak dapat dihindarkan, seperti SARS atau Avian Influenza. Sejalan dengan perkembangan globalisasi serta semakin mudah dan lancarnya perjalanan lintas dunia untuk wisata, bisnis, transportasi barang, maupun perdagangan, maka permasalahan lokal dapat secara cepat menjadi perhatian dan masalah dunia.

Pertimbangan tersebut di atas menjadi dasar bagi negara-negara di dunia untuk memberlakukan IHR, termasuk dalam menghadapi situasi atau keadaan krisis, seperti :

1. Mencegah penyebaran penyakit yang berisiko tinggi terhadap kesehatan masyarakat
2. Menghindarkan kerugian akibat pembatasan atau larangan perjalanan dan perdagangan yang diakibatkan oleh masalah kesehatan masyarakat, seperti penyebaran penyakit potensial wabah maupun *Public Health Of International Concern* (PHEIC) lainnya. (Buku saku, 2008)

WHO menyatakan secara tegas bahwa penerapan IHR tidak mungkin dilakukan oleh sektor kesehatan saja, namun memerlukan kerjasama yang baik dan dari institusi lainnya seperti, pendidikan, TNI/POLRI, pertanian, hewan. Selain itu yang terpenting lagi yaitu peran serta masyarakat secara total. (Mediakom, 2007).

### 2.9.3. Undang-Undang Karantina

Undang-undang Karantina No 1& 2 tentang Karantina Laut dan Udara tahun 1962, merupakan dasar hukum pelaksanaan kekarantinaan di wilayah pelabuhan dimana maskudnya adalah menolak dan mencegah masuk dan keluarnya penyakit karantina dengan kapal dan pesawat udara. Hal ini berhubungan dengan lalulintas laut dan udara yang semakin ramai serta adanya wabah-wabah di negara-negara sekeliling Indonesia atau wabah di suatu pulau sehingga dirasa perlu adanya suatu undang-undang yang mengatur dan mengawasi penyebaran dan penanggulangan penyakit-penyakit yang mewabah tersebut.

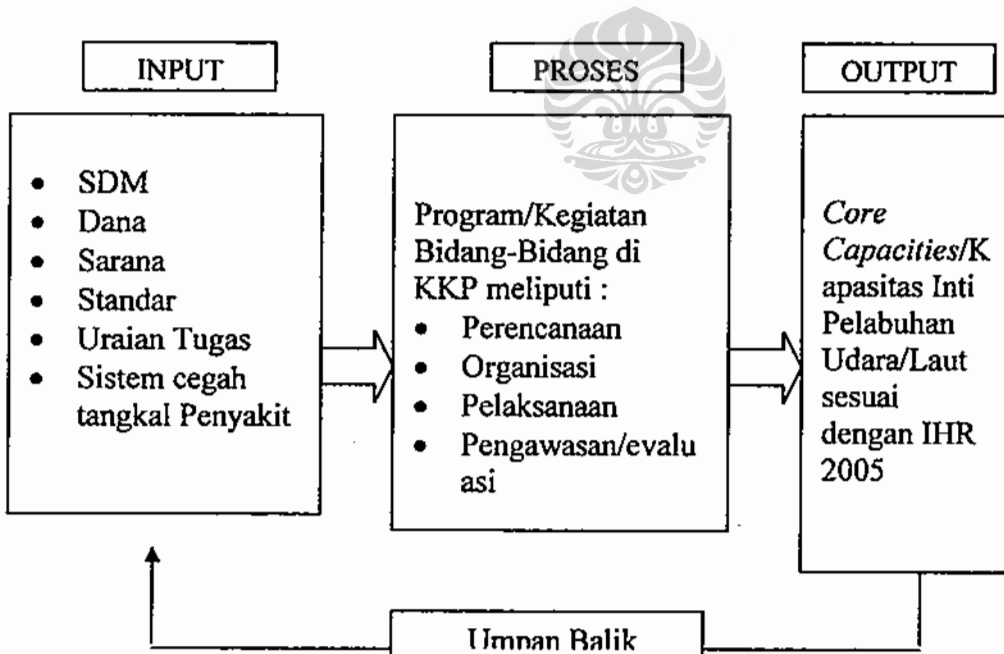
Namun demikian Undang-undang Karantina No 1& 2 tentang Karantina Laut dan Udara tahun 1962 perlu kita lihat kembali dimana pada undang-undang tersebut hanya mempersyaratkan pencegahan pada penyakit-penyakit karantina saja yang berjumlah 6 (enam) yaitu Pes, Kholera, Demam Kuning, Cacar, Tifus Becak Wabahi, dan Demam balik-balik, kenyataannya sekarang kondisi globalisasi penyakit semakin bervariasi dan berbahaya. Dimana kondisi ini juga harus disesuaikan dengan IHR yang baru yaitu IHR tahun 2005, yangmana lebih memperhatikan penyakit-penyakit yang menjadi perhatian dunia atau PHEIC.

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi manajemen kantor kesehatan pelabuhan dalam menjalankan tugas dan fungsi cegah tangkal faktor risiko penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari dan keluar pelabuhan secara efektif dan efisien yaitu menggunakan pendekatan input, proses dan output :



### 3.2. Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR
1	Sumber Daya Manusia	Adalah tenaga (kesehatan dan non kesehatan) yang terlibat langsung dalam pelaksanaan program cegah tangkal penyakit menular dan potensial wabah di KKP	Pedoman wawancara / Dokumen	Wawancara / telaah isi
2	Dana	Sumber dan besarnya dana yang digunakan untuk melaksanakan program/ kegiatan cegah tangkal penyakit menular dan potensial wabah di KKP	Pedoman wawancara / Dokumen	Wawancara / telaah isi
3	Sarana	Gambaran ketersediaan alat dan sarana yang mendukung pelaksanaan program cegah tangkal penyakit menular dan potensial wabah sesuai standar di KKP	Cek list /Pedoman wawancara	Observasi/ wawancara
4	Standar	Adalah ukuran yang dipakai sebagai pedoman pelaksanaan seperti SOP, Juklak & Juknis, tata hubungan kerja, Standar pelayanan minimal, dll	Cek list /Pedoman wawancara	Observasi/ wawancara
5	Uraian Tugas	Pernyataan tertulis dari pimpinan bidangnya masing-masing yang menguraikan pekerjaan, penanggungjawab, tujuan dan lokasi yang di miliki oleh petugas KKP	Cek list /Pedoman wawancara	Observasi/ wawancara
6	Sistem cegah tangkal Penyakit	Adalah suatu sistem yang dilakukan oleh KKP dalam upaya melakukan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari luar pelabuhan dan dalam pelabuhan	Pedoman Wawancara	Wawancara
7	Perencanaan	Adalah proses untuk memecahkan masalah kesehatan dimulai dengan analisa situasi, identifikasi masalah dan prioritas, menetapkan tujuan di masa	Cek list/pedoma wawancara/ dokumen	Observasi/ wawancara/ telaah isi

		mendatang, merumuskan kegiatan yang perlu dilakukan yang disertai dengan sasaran, waktu, dan pembiayaan yang akan dilaksanakan/POA oleh KKP		
8	Organisasi	Pembagian tugas sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang ada di masing-masing bidang di KKP	Cek list pedoma wawancara/ dokumen	Observasi/ wawancara/ telaah isi
8	Pelaksanaan	Adalah jadwal kegiatan petugas pada organisasi dalam mendukung program cegah tangkal penyakit menular dan potensial wabah di KKP	Cek list/pedoma wawancara	Observasi/ wawancara
9	Pengawasan	Adalah upaya dalam memelihara kegiatan atau program agar sesuai dengan tujuan dan rencana yang telah ditetapkan	Cek list/pedoman wawancara	Observasi/ wawancara
10	Evaluasi	Adalah penilaian terhadap hasil program yang telah dilaksanakan	Cek list/pedoma wawancara	Observasi/ wawancara
11	<i>Core Capacities/Kapasitas</i> Inti Pelabuhan Udara/Laut sesuai dengan IHR 2005	Kemampuan SDM, ketersediaan sarana dan prasarana serta sistem surveilan yang baik	Cek list Pedoman Wawancara/ Dokumen	Observasi , Wawancara / telaah isi

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metoda deskriptif. hal ini dilakukan untuk melihat secara spesifik apa dan bagaimana system manajemen KKP dalam melakukan cegah tangkai faktor risiko globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah sesuai dengan amanat IHR tahun 2005 dan UU No. 1 dan 2 tahun 1962 tentang Karantina Laut dan udara yang telah dilakukan selama ini dan perencanaan apa yang akan dilakukan dimasa mendatang

Menurut Merriam,S.B, dalam Jhon.W.Creswell, 2003, menyebutkan ada 6 (enam) asumsi dalam pendekatan kualitatif : 1). Penelitian kualitatif lebih menekankan perhatian pada proses, bukan hasil atau produk, 2). Penelitian kualitatif tertarik pada makna-bagaimana orang membuat hidup, pengalaman, dan struktur dunianya masuk akal, 3). Penelitian kualitatif merupakan instrument pokok untuk mengumpulkan dari analisa data. Data di dekati melalui instrumen manusia, bukannya melalui inventaris, daftar pertanyaan, atau mesin, 4). Penelitian kualitatif melibatkan kerja lapangan. Penelitian secara fisik berhubungan dengan orang, latar, lokasi atau institusi untuk mengamati atau mencatat prilaku dalam latar alamiahnya, 5). Penelitian kualitatif bersifat deskriptif dalam arti peneliti tertarik pada proses makna, dan pemahaman yang didapat melalui kata atau gambar, 6). Proses penelitian kualitatif bersifat induktif dimana peneliti membangun abstraksi, konsep, hipotesa, dan teori.

Metoda deskriptif yang dipilih adalah jenis penelitian analisa pekerjaan dan aktifitas. Menurut Nazir (1999), penelitian deskriptif dengan jenis analisa kerja dan aktivitas adalah penelitian yang ditujukan untuk menyelidiki secara terperinci aktivitas dan pekerjaan manusia, dan hasil penelitian tersebut dapat memberikan rekomendasi-rekomendasi untuk keperluan masa yang akan datang.

#### **4.2. Lokasi & Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian adalah di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok Jakarta Utara dan Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Jakarta di Tangerang, dimana kedua pelabuhan tersebut merupakan pelabuhan terbesar dan tersibuk jadwal kedatangan dan keberangkatan kapal atau pesawatnya di wilayah Indonesia, sehingga kedua pelabuhan tersebut mempunyai faktor risiko penyakit yang sangat tinggi, selain itu keduanya mempunyai kedudukan eselon yang sama yaitu eselon II B, penelitian ini dilakukan pada bulan Mei tahun 2009.

#### **4.3. Informan Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pihak yang terkait dalam penyelenggaraan KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP kelas I Jakarta , yang terdiri dari kepala KKP sebanyak 2 (dua) orang , kepala bidang sebanyak 6 (enam) orang dan 12 (duabelas) orang kepala seksi.

#### **4.4. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara :



1. Wawancara mendalam (*inter-depth interview*) dilakukan pada pimpinan KKP dan para kepala bidang di KKP.
2. *Focus group Discussion* atau diskusi kelompok terarah (FGD) dilakukan pada para kepala seksi di KKP hal ini dipakai sebagai bagian dari penilaian kebutuhan untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan topik yang akan dibahas.
3. Observasi dilakukan dengan pengamatan langsung ke lokasi dan penelitian dokumen berupa laporan tahunan, Lakip (laporan Kinerja instansi Pemerintah) serta Tapkin (Penetapan Kinerja) KKP Kelas I Tanjung Priok., dan KKP Kelas I Jakarta tahun 2007- 2008 dengan menggunakan *check list* dan wawancara.



#### 4.5. Instrumen

- 1 Lembar *imfom concern* daftar pernyataan setuju ikut dalam diskusi kelompok terarah.
- 2 Lembar kuesioner yang merupakan pedoman wawancara
- 3 Alat perekam atau *tape recorder*

#### 4.6. Pengolahan dan Analisa Data

##### 4.6.1. Editing Data

Data yang sudah terkumpul apakah data tersebut berguna untuk penelitian ini. Apabila data yang dikumpulkan tidak berguna untuk penelitian maka data tersebut disingkirkan agar tidak mengganggu pada proses selanjutnya.

#### 4.6.2. Analisa Data

Analisa data dilakukan secara manual dengan rangkaian proses yaitu :

##### 1. Pada wawancara Mendalam

- a. Dibuat transkrip data berdasarkan catatan dan rekaman wawancara
- b. Pada transkrip data di berikan kode informan
- c. Data dikategorisasi berdasar kesamaan jawaban
- d. Data yang telah dikategorisasi dimuat dalam matrik hasil wawancara mendalam
- e. Dilakukan analisis isi

##### 2. Pada *Focus Group Discussion*

- a. Dibuat transkrip data dan di bubuhkan kode informan berdasarkan catatan dan rekaman hasil *Focus Group Discussion*
- b. Data kategorisasi berdasarkan kesimpulan jawaban yang bersamaan
- c. Data yang telah dikategorisasi dimuat dalam matrik hasil *Focus Group Discussion* dan dilakukan analisis isi

##### 3. Validasi Hasil Penelitian

Untuk mendapatkan Validitas Data, Peneliti melakukan triangulasi yaitu

###### a. Triangulasi Sumber

Wawancara mendalam dilakukan pada informan yang berbeda yaitu Kepala KKP, dan Kepala Bidang serta FGD.

###### b. Triangulasi Metode

Metoda yang dipilih dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam dan telaah dokumen dengan melakukan *Cross-check*

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Gambaran Umum**

##### **5.1.1. Pelabuhan Tanjung Priok**

Pelabuhan Laut Tanjung Priok terletak dalam wilayah Daerah Khusus Ibukota Jakarta dan ada di bagian utara. Dibangun pada tahun 1877. Terhitung 30 April 1983, pengelola pelabuhan Tanjung Priok dilaksanakan oleh Badan hukum perusahaan umum pelabuhan-pelabuhan yang berada di lingkungan Departemen Perhubungan yang memberikan jasa kepelabuhan. Batasan pelabuhan :

1. Sebelah barat garis yang menghubungkan titik garis pantai dengan kedudukan air rendah sejauh 100 meter sebelah barat menara PLTU dengan titik jalan RE.Martadinata sejauh lebih tidak memadai sebelah barat timur.
2. Sebelah Timur Garis yang menghubungkan antara titik sejauh 200 meter sebelah timur Muara Kali Baru
3. Sebelah selatan sepanjang pinggiran yang mengisi laut dari jalan raya RE. Martadinata, Enggano, Yos Sudarso, Pelabuhan, Jampea, Cilincing mulai dari 200 meter sebelah barat jembatan sungai Tirem sampai titik terjauh 1500 meter sebelah timur Jembatan Kresek.

Luas perairan meliputi 5.912,93 Ha dan Luas daratan 603,77 ha, sedangkan kedalaman laut pada :

1. Pelabuhan I dengan kedalaman 7 – 10 meter, panjang dermaga 2,040 meter
2. Pelabuhan II dengan kedalaman 7 - 9 meter, panjang dermaga 2,677 meter

3. Pelabuhan III dengan kedalaman 8 - 12 meter, panjang dermaga 2,235 meter
  4. Pelabuhan Nusantara dengan kedalaman 5-6 meter, panjang dermaga 663 meter
- (Pelindo Cabang II, 2007).



Denah Lokasi Pelabuhan Taniung Priok

### 5.1.2. Profil Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok

KKP Kelas I Tanjung Priok sudah ada sejak zaman Belanda dengan nama *Heven arts* dibawah *Haven Master* (Departemen Perhubungan) pada tahun 1911 – 1950, Tujuan dari *Heven Arts* adalah untuk mencegah masuk dan keluarnya penyakit karantina ke Indonesia melalui pelabuhan laut. Dengan terbitnya Undang-undang No. 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut dan Undang-undang No.2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, *Heven Arts* menjadi perangkat Departemen Kesehatan, dengan organisasinya disebut Dinas Kesehatan Pelabuhan Laut (DKPL) dan Dinas Kesehatan Pelabuhan Udara (DKPU). Dengan diterbitkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 147/Menkes/IV/SK/1978, maka organisasi DKPL dan DKPU dilebur dan nama organisasinya menjadi Kantor Kesehatan Pelabuhan.

Sesuai dengan Permenkes No 356/MENKES/PER/IV/2008 bahwa KKP adalah unit pelaksana teknis Ditjen PP dan PL Depkes RI, yang mempunyai tugas pokok untuk mencegah masuk dan keluarnya penyakit, penyakit potensial wabah, surveilan epidemiologi, kekarantinaan, pengendalian dampak risiko lingkungan, pelayanan kesehatan, pengawasan OMKABA serta pengamanan terhadap penyakit baru dan penyakit yang muncul kembali, bioterorisme, unsur biologi, kimia dan pengamanan radiasi di wilayah kerja pelabuhan, bandara dan pos lintas batas. Pada saat ini KKP Kelas I Tanjung Priok mempunyai lima wilayah kerja yaitu : Wilayah kerja Sunda Kelapa, Muara Baru, Marunda, Kali Baru dan Muara Angke sebagai wilayah pengawasannya.

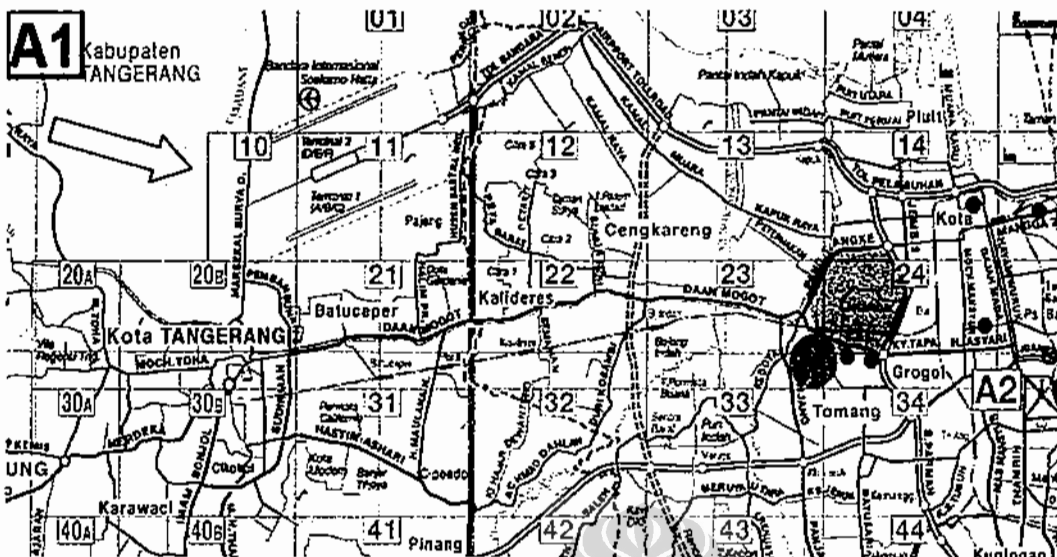
### **5.1.3. Bandara Soekarno Hatta**

Bandar Udara (Bandara) Soekarno Hatta terletak 20 kilometer sebelah barat dari Ibukota Jakarta. Bandara yang sudah beroperasi sejak tahun 1984 ini menempati lahan seluas 1.800 ha di wilayah Tangerang, Propinsi Banten.

Bandara Soekarno Hatta mempunyai landasan pacu sepanjang 3600 dan 3660 meter dengan lebar 60 meter, atau mampu dilandasi oleh pesawat berbadan besar sekelas Boeing - 747 serta dilengkapi 3 (tiga) terminal dimana terminal I terdiri dari sub terminal A,B,C, sedangkan terminal II terdiri dari subterminal D,E,F, kedua terminal ini mampu menampung 18 juta penumpang, dan pada tahun 2007 dioperasikan terminal III, sehingga mampu menampung kapasitas penumpang menjadi 65 juta pergerakan penumpang pada setiap tahunnya.

Selain fasilitas penerbangan, didalam area Bandara juga terdapat sejumlah fasilitas untuk kenyamanan penumpang dan pengguna Bandara, seperti pusat perbelanjaan tepat di antara kawasan terminal I dan II selain itu terdapat juga hotel

dan lapangan golf. Sebagai upaya peningkatan pelayanan Bandara Soekarno Hatta, pengguna dapat mengirimkan pengaduan *Customer Care* melalui *Short Message Services* (SMS) No 9900. (Angkasa Pura II, 2008)



Denah Lokasi Bandara Soekarno Hatta

#### 5.1.4. Profil Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Jakarta

KKP Bandara Soekarno Hatta dahulu bernama Dinas Kesehatan Pelabuhan Udara (DKPU), pertama berdiri tahun 1960 di Kemayoran kemudian dikembangkan lagi di Halim Perdana Kusuma, keduanya melayani penerbangan domestik dan internasional. Pada bulan Mei tahun 1978, DKPU Halim Perdana Kusuma dan Kemayoran bergabung menjadi satu dan berubah nama menjadi Kantor Kesehatan Pelabuhan Jakarta (KKPJ). Dalam perkembangannya Kemayoran ditutup, lalu pada tahun 1985 berdiri Bandara Soekarno Hatta, sehingga ada dua yang beroperasi yaitu Halim Perdanakusuma yang berfungsi menerima dan melepas tamu-tamu negara dan yang kedua adalah Bandara Soekarno Hatta yang berfungsi melayani penerbangan domestik dan internasional.

Saat ini KKP Kelas I Jakarta berlokasi di Bandara Soekarno Hatta dan Halim Perdana Kusuma adalah sebagai wilayah kerjanya, KKP kelas I Jakarta menjadi setingkat eselon II pada tahun 2008 dan bertanggungjawab kepada Direktorat Jenderal P2PL, adapun landasan hukum tentang tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan UU karantina No 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, IHR 2005 dan Kep.Menkes 356 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan sebagai operasional di lapangan.

## 5.2. Karakteristik Informan

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara mendalam, telaah dokumen dan *focus group discussion* (FGD).

Tabel 5.1  
Karakteristik informan wawancara mendalam

NO	Jabatan	Umur	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja di Tempat Tugas	Masa Kerja Keseluruhan
1	Kepala KKP Kelas I Tanjung Priok	57	Magister Manajemen	5 tahun	32 tahun
2	Kepala KKP Kelas I Jakarta/Pjs.	54	Magister kesehatan	3 bulan	20 tahun
3	Kepala Bidang Pengendalian Karantina & Surveilan Epidemiologi KKP Kelas I Tanjung Priok	52	Magister Kesehatan	5 tahun	30 tahun
4	Kepala Bidang Pengendalian Karantina & Surveilan Epidemiologi KKP Kelas I Jakarta	49	Magister Kesehatan	3 bulan	25 tahun
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan KKP Kelas I Tanjung Priok	51	Magister Kesehatan	5 tahun	27 tahun
6	Kepala Bidang Pengendalian Risiko	53	Sarjana Kesehatan	3 bulan	32 tahun

	Lingkungan KKP Kelas I Jakarta		Masyarakat		
7	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah KKP Kelas I Tanjung Priok	38	Sarjan Kedokteran	3 bulan	12 tahun
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah KKP Kelas I Jakarta	54	Magister Kesehatan	3 bulan	20 tahun

Tabel diatas menggambarkan rata-rata informan mempunyai usia diatas 50 tahun, demikian juga dengan masa bekerja rata-rata diatas 20 tahun, pendidikan rata-rata telah menempuh magister atau pasca sarjana, sementara lamanya menjabat bervariasi antara 3 bulan dan 5 tahun. Informan dari KKP Kelas I Jakarta yaitu Kepala kantornya digantikan oleh Pejabat Sementara (Pjs) dikarenakan sedang sakit.

Tabel 5.2  
Karakteristik informan *Focus Group Discussion* (FGD)

NO	Jabatan	Umur	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja di Tempat Tugas	Masa Kerja Keseluruhan
1	Kepala Seksi Pengendalian Karantina KKP Kelas I Tanjung Priok	40	Magister Kesehatan	3 bulan	19 tahun
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina KKP Kelas I Jakarta	48	Sarjana Kesehatan Masyarakat	3 bulan	24 tahun
3	Kepala Seksi Surveilan Epidemiologi KKP Kelas I Tanjung Priok	42	Magister Kesehatan	3 bulan	22 tahun
4	Kepala Seksi Surveilan Epidemiologi KKP Kelas I Jakarta	54	Sarjana Kesehatan Masyarakat	3 bulan	32 tahun
5	Kepala Seksi Sanitasi & Dampak Risiko Lingkungan KKP Kelas I Tanjung Priok	40	Magister Kesehatan	3 bulan	14 tahun
6	Kepala Seksi Sanitasi & Dampak Risiko	53	Sarjana Kesehatan	12 tahun	31 tahun



	Lingkungan KKP Kelas I Jakarta/ staff		Masyarakat		
7	Kepala Seksi Pengendalian Vektor & Binatang Penular Penyakit KKP Kelas I Tanjung Priok	37	Sarjana Kesehatan Masyarakat	3 bulan	12 tahun
8	Kepala Seksi Pengendalian Vektor & Binatang Penular Penyakit KKP Kelas I Jakarta	46	Diploma satu	3 bulan	27 tahun
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan KKP Kelas I Tanjung Priok	42	Sarjana Kedokteran	3 bulan	8 tahun
10	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan KKP Kelas I Jakarta	43	Sarjana Kedokteran	3 bulan	16 tahun
11	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah KKP Kelas I Tanjung Priok	38	Sarjana Kedokteran	3 bulan	8 tahun
12	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah KKP Kelas I Jakarta	35	Sarjana Kedokteran	3 bulan	3 tahun

Dari tabel 5.2 dapat dilihat bahwa usia kepala seksi yang ikut dalam kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) ini bervariasi antara 35 tahun hingga 54 tahun, pendidikan bervariasi dari diploma satu hingga magister atau pasca sarjana, variasi masa kerja antara 3 tahun hingga 32 tahun sementara lamanya menjabat sama rata-rata 3 bulan. Ada satu peserta diskusi bukan sebagai kepala seksi melainkan staff teknis menggantikan kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan yang sedang bertugas ke luar kota.

### 5.3. Komponen Input

#### 5.3.1. Sumber daya Manusia (SDM)

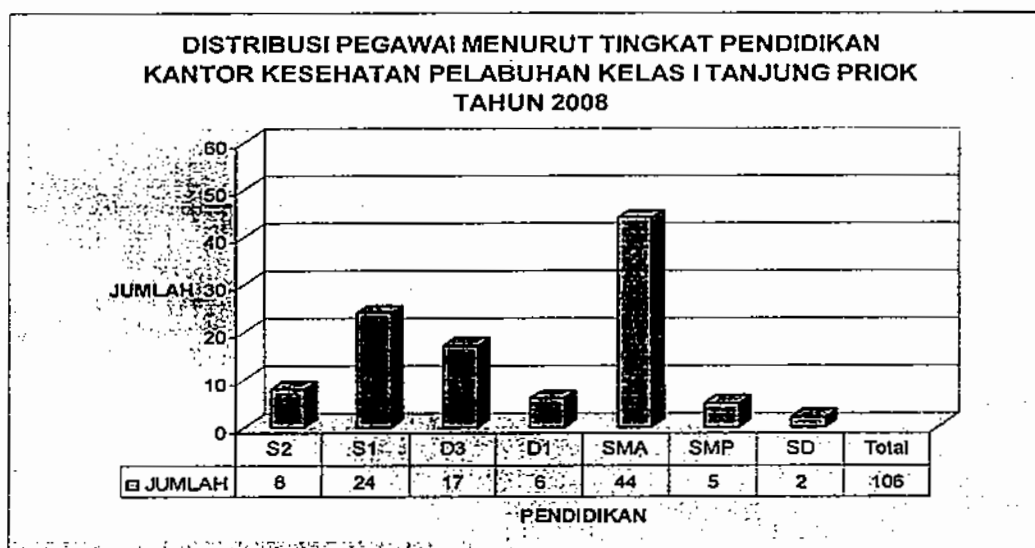
Keadaan sumber daya manusia yang ada di KKP Kelas I Tanjung Priok berdasarkan kualifikasi dan pendidikan yang dimiliki, seperti tertera pada tabel di bawah ini :

Table 5.3  
Sumber daya manusia menurut kualifikasi di KKP Kelas I Tanjung Priok

No	JABATAN	PEGAWAI
1	Kepala Kantor	1
2	Kepala Bagian/Bidang	4
3	Kepala Subbagian/Kepala Seksi	8
4	Fungsional Dokter Muda	2
5	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Muda	1
6	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Penyelia	14
7	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Pelak. Lanj.	10
8	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Pelaksana	8
9	Fungsional Sanitarian Penyelia	1
10	Fungsional Sanitarian Pelaksana Lanjutan	4
11	Fungsional Sanitarian Pelaksana	3
12	Fungsional Entomologi Kesehatan Penyelia	2
13	Fungsional Entomologi Kesehatan Penyel. Lanj.	3
14	Fungsional Umum	45
Jumlah		106

Sumber : Lap tahunan KKP Tg Priok 2008

Gambar 5.1



Sumber : Lap tahunan KKP tg priok 2008

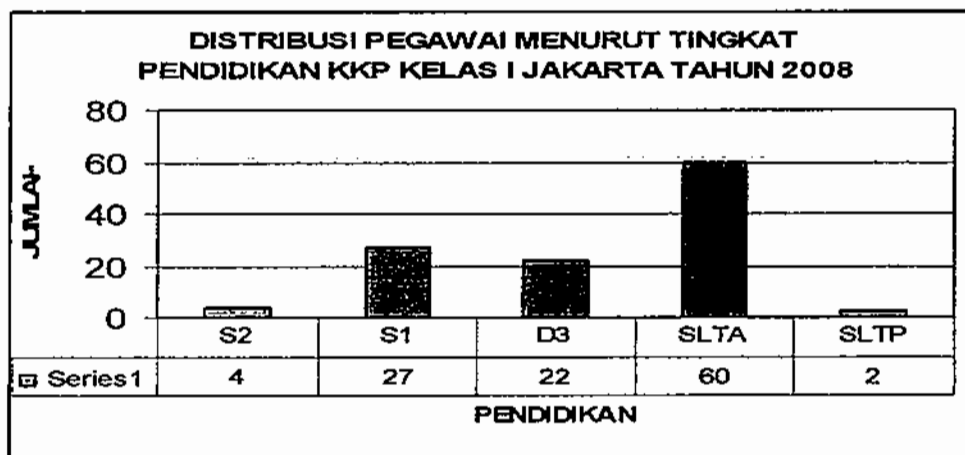
Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa KKP Kelas I Tanjung Priok mempunyai jumlah pegawai 106 orang yang terdiri atas 8 orang yang berpendidikan magister, 24 orang berpendidikan strata satu, 17 orang berpendidikan diploma tiga, 6 orang berpendidikan diploma satu, 44 berpendidikan SLTA, 5 berpendidikan SLTP dan 2 orang berpendidikan SD.

Table 5.4  
Sumber daya manusia menurut kulaifikasi di KKP Kelas I Jakarta

No	JABATAN	PEGAWAI
1	Kepala Kantor	1
2	Kepala Bagian/Bidang	4
3	Kepala Subbagian/Kepala Seksi	8
4	Fungsional Dokter	6
5	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Muda	2
6	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Penyelia	20
7	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Pelak. Lanj.	15
8	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Pelaksana	4
9	Fungsional Sanitarian Madya	1
10	Fungsional Sanitarian Pelaksana Lanjutan	3
11	Fungsional Sanitarian Muda	2
12	Fungsional Entomologi Kesehatan Pelaksana	1
13	Fungsional Entomologi Kesehatan Pel. Lanj.	2
19	Umum	46
Jumlah		115

Sumber : KKP Kelas I Jakarta

Gambar 5.2



Sumber : KKP Kelas I Jakarta

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa KKP Kelas I Jakarta mempunyai jumlah pegawai 115 orang yang terdiri atas 4 orang yang berpendidikan magister, 27 orang berpendidikan strata satu, 22 orang berpendidikan diploma tiga, 60 berpendidikan SLTA dan 2 berpendidikan SLTP.

Dari hasil wawancara mendalam diperoleh informasi bahwa jenis tenaga yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program atau kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit yang berpotensi wabah oleh KKP Kelas I Tanjung Priok dan Jakarta masih tidak memadai, karena dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya membutuhkan kualifikasi tenaga professional bidang kesehatan.

Upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut menurut informan tersebut sudah dilakukan yaitu dengan melakukan pelatihan-pelatihan teknis dan mengangkat tenaga honorer walaupun hanya terbatas, hal diatas sesuai dengan pernyataan Kepala KKP sebagai berikut :

*"Masalah SDM mayoritas di KKP Tanjung Priok ini bukan merupakan tenaga teknis, ya sekitar 60%, SLTA atau tenaga umum, namun demikian tetap dilakukan peningkatan dari segi kualitas dengan melakukan pelatihan-pelatihan teknis, sehingga diharapkan lambat laun masalah SDM ini akan teratasi, namun demikian kita tetap melakukan usulan formasi ke Depkes tenaga yg dibutuhkan namun karena sangat terbatas, maka kita melakukan suatu kebijakan atau inisiasi dengan merekrut tenaga honorer AKL dan AKPER untuk mencukupi kebutuhan program, walaupun dengan keterbatasan anggaran, pada saat ini terdapat 9 -12 orang tenaga honorer"*

*"Tenaga Kesehatan setelah dihitung dengan kebutuhan ternyata tidak memadai terutama dokter, untuk pelayanan dan kewaspadaan dari jumlah tenaga dokter di harapkan setiap poliklinik di setiap terminal ada satu dokter, karena ada 14 terminal kedatangan yang paling tidak satu dokter stan by"*

Dari hasil wawancara mendalam dengan kepala bidang pada umumnya menyatakan bahwa ketenagaan masih tidak memadai, sehingga untuk melakukan suatu kegiatan masih harus dirangkap oleh tenaga yang ada, sementara tenaga

kesehatan yang dibutuhkan yaitu yang berpendidikan diploma tiga maupun sarjana kesehatan masyarakat hal ini sesuai dengan pernyataannya yaitu sebagai berikut:

*"Kita perlu tenaga profesional dengan pendidikan AKL/ Poltekes, fungsional entomologi, sanitarian, skn, kalo berbicara ideal ya relatif, dengan cara pengaturan jadwal setiap orang mengerjakan banyak kegiatan, yang ada adalah pemanfaatan tenaga, bukan tidak memadai tenaga minta tenaga itu kan kebijakan pusat, namun demikian kita merekrut tenaga honorer, kalo ditanya sudah ideal ya jawabanya belum"*

*"kalo melihat lokasi dan program masih belum cukup, dimana kita mempunyai lokasi keberangkatan dan kedatangan dimana lokasinya, sangat berjauhan, juga untuk memantau kegiatan OMKA ada di gudang dan di keberangkatan lokasinya berjauhan, sementara untuk kualifikasi tenaga seharusnya mengerti penyakit, kesling, SAA, komputer untuk surveilan, kebutuhan tenaga belum dihitung yang ideal berapa"*

Dari hasil FGD diketahui bahwa sumber daya manusia untuk menunjang program atau kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang berpotensi akan masuk dan menyebar melalui pintu gerbang pelabuhan oleh KKP jumlahnya masih tidak memadai, terutama tenaga yang berlatar belakan pendidikan kesehatan yaitu dokter, paramedis, dan kesehatan lingkungan, hal ni sesuai dengan pernyataan pada saat FGD Kepala seksi yaitu :

*"Kesiapan KKP bandara dari segi SDM masih tidak memadai terutama dokter dan petugas lainnya, sarana kita belum punya ruang isolasi dan karantina disamping itu kita belum ada ambulans khusus penyakit infeksi"*

*"SDM yang dibutuhkan di KKP tentunya harus banyak yang berlatar belakan pendidikan kesehatan karena lebih banyak melaksanakan pemantauan faktor risiko kesehatan baik risiko lingkungan maupun penyakit sementara itu tenaga medis dan paramedis diperlukan untuk melakukan Tindakan medis dan mendiagnosa kasus penyakit, disamping itu juga dibutuhkan tenaga umum sebagai penunjang ketatausahaan"*

### 5.3.2. Dana

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala KKP Kelas I Tanjung Priok dan Jakarta didapatkan informasi bahwa anggaran dana untuk program atau kegiatan

cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) murni, sementara itu upaya yang sedang dilakukan adalah mencari sumber lain, diantaranya dari Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) dimana dana PNBP yang di pungut oleh KKP dalam rangka pelayanan kemudian disetorkan ke kas negara, dari dana tersebut dikembalikan lagi ke KKP sebesar kurang lebih 80% dari dana yang disetorkan, sedangkan sumber lainnya seperti bantuan luar negeri (BLN) masih menjadi wacana. Namun demikian dengan adanya jejaring kerja dan kemitraan antara KKP Kelas I Tanjung Priok dengan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Utara dan beberapa lembaga swadaya masyarakat (LSM) maka ada tambahan sedikit dana, namun khusus program kesehatan tertentu seperti pengendalian penyakit infeksi menular seksual (IMS) terhadap pekerja seks komersial di wilayah Jakarta Utara, hal itu pun sebatas bantuan logistik seperti kondom, sarana prasarana promosi dll, sementara di bandara kegiatan pendanaan ada tambahan biasanya berasal dari pusat itupun dalam kondisi sedang terjadi KLB. Berkenaan dengan apakah mencukupi atau tidak pendanaan yang selama ini di dapat oleh KKP maka dirasakan masih belum mencukupi terlebih bila terjadi pemotongan anggaran di pertengahan tahun hal ini cukup merepotkan, kondisi diatas sesuai dengan pernyataan kepala KKP sebagai berikut :

*"Pada saat sekarang murni APBN, namun sedang dikembangkan sumber lain yaitu PNBP, dengan peningkatan PNBP nantinya 80% dananya dapat digunakan oleh kita untuk menjadi sumber dana dalam program cegah tangkal globalisasi penyakit ini, sementara dari BLN belum ada namun sedang kita upayakan, masalah memadai atau tidak kalo kita katakan memadai ya relatif, jika dilihat dari perkembangan situasi seperti sekarang tentunya masih banyak program-program cegah tangkal penyakit yang masiih belum terdanai belum lagi kalo ada pemotongan, tentunya akan tambah sedikit "*

*"dari APBN, akan tetapi kalau sedang ada kejadian KLB dan Emergensi biasanya ada bantuan dari pusat, kalau masalah cukup tentunya sangat tidak memadai karena masih banyak kegiatan yang belum terdanani, apa lagi bila di pertengahan tahun ada pemotongan, tambah berat lagi"*

Dari hasil wawancara dengan para kepala bidang didapatkan informasi bahwa

pada umumnya informan mengatakan bahwa pendanaan untuk kegiatan di KKP berasal dari APBN, akan tetapi ada sumber lain walaupun tidak berbentuk dana, lebih kepada bantuan kelancaran program, sementara itu dana yang tersedia kadang ada pemotongan di pertengahan tahun tentunya hal ini sangat merepotkan dari segi program, hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

*"Dari APBN, sebagian kecil memang ada dari luar APBN tergantung jejaring tadi misalnya dari Sudin Jak-Ut dapat walaupun sedikit, atau bantuan dari LSM tetapi bantuannya berupa logistik bukan uang, kalo kita butuh kondom dia berikan kita kondom dll."*

*"Dana dari APBN, kalo di katakan sudah sesuai ya cukup asal tidak dipotong, akan tetapi ketika terjadi KLB atau PHEIC dana tidak memadai, walaupun dianggarkan pada saat ada pemotongan yang pertama di potong ya dana cadangan uang KLB"*

Dari hasil FGD dengan para kepala seksi diketahui bahwa untuk pendanaan program masih tidak memadai apalagi di pertengahan tahun ada pemotongan anggaran dari pusat, namun demikian untuk pelaksanaan kegiatan rutin dirasakan cukup, sesuai dengan pernyataan hasil FGD sebagai berikut :

*"Pendanaan di KKP berasal dari APBN sementara pembiayaan untuk program atau kegiatan cegah tangkal penyakit menular di KKP masih dirasakan tidak memadai, karena masih banyak program atau kegiatan yang belum terdanai sebagai contoh dalam kegiatan jejaring kerja dan sosialisasi, maupun pendampingan di wilayah kerja belum lagi bila ada pemotongan di pertengahan tahun, walupun demikian kegiatan rutin cukup tercover"*

*"Dana yang di peroleh untuk kegiatan dan program berasal dari APBN, sementara ini dirasakan masih tidak memadai sedangkan tambahan dana biasanya dari proyek Pusat bila ada kejadian luar biasa"*

Dari telaah dokumen dapat diperoleh pendanaan KKP Kelas I Tanjung Priok pada tahun 2007 untuk program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit sebesar 7.719.363.000, pada tahun anggaran 2008, dana untuk program Penyehatan dan Pemberantasan Penyakit sebesar Rp 4.432.273.000 program Lingkungan Sehat sebesar Rp 809.517.000 sementara program penyelenggaraan Pimpinan Kenegaraan dan Pemerintahan pada tahun 2007 sebesar Rp 3.691.914.000,- dan tahun 2008 sebesar Rp. 5.747.225.000,-, Sementara pendanaan di KKP Kelas I Jakarta pada tahun anggaran 2008, untuk kegiatan bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi sebesar Rp 51.100.000,-, Bidang PRL sebesar RP 214.074.000,- dan Bidang UK dan LW sebesar Rp 241. 000.000,- dimana serapan anggaran rata-rata mencapai 100%.



### 5.3.3. Sarana

Dari hasil wawancara mendalam yang dilaksanakan bersama kepala KKP Kelas I Tanjung Priok didapat informasi bahwa peralatan untuk kegiatan di KKP dalam rangka cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit yang berpotensi wabah adalah berasal dari pengadaan tahun anggaran 2005 sampai tahun anggaran 2008, disamping itu ada juga peralatan yang berasal dari bantuan pusat Ditjen PP dan PL berupa alat medis dan penyehatan lingkungan, namun demikian karena tuntutan kondisi kesiapan siagaan KKP dalam melakukan deteksi dini terhadap penyakit baru maupun yang lama dan muncul kembali dan potensi penyakit wabah sesuai dengan harapan IHR tahun 2005 maka peralatan atau sarana yang dimiliki dapat dikatakan masih tidak memadai, belum lagi masalah kalibrasinya. Hal diatas sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :



*"Pengadaan sarana dan prasarana di KKP sudah mulai di adakan sejak tahun anggaran 2005 sampai sekarang, ada juga bantuan dari pusat, namun mengenai sarana dan prasarana kalau dikatakan cukup juga tidak, apa lagi kalau mengacu IHR tahun 2005 ini tentu tidak memadai, disamping itu ada peralatan yang membutuhkan kalibrasi ini tentunya perlu perhatian khusus, namun demikian kita akan selalu beraktualisasi diri dalam pengembangan sarana dan prasarana untuk program, walau demikian untuk peralatan minimal kami rasakan sudah cukup "*

*"Sarana cukup, kecuali ambulan infeksi, tetapi kita bisa pinjam, namun ruang isolasi dan karantina belum ada, untuk kegiatan klinik malah kita dapat ronsen dari Karkes (P2PL), namun belum ada tempat untuk operasionalnya"*

Dari para kepala bidang didapat informasi mengenai sarana dan prasarana di KKP pada umumnya menyatakan masih tidak memadai, ada beberapa hal yang perlu segera di penuhi antara lain, mobil jenazah, kendaraan khusus ambulan infeksi, peralatan lapangan yang standar, ruang isolasi dan karantina sementara peralatan untuk kegiatan pengendalian risiko lingkungan sebagian bisa di rujuk ke Balai Besar Teknologi Kesehatan Lingkungan (BBTKL), sementara peralatan komunikasi dari pusat tidak disertai dengan izin mengudara, apalagi di bandara dimungkinkan akan mengganggu komunikasi penerbangan, adapun kutipan wawancaranya adalah sebagai berikut :

*"Sarana dan prasarana boleh dikatakan cukup walaupun masih harus di sesuaikan dengan kebutuhan, namuun kita tidak perlu mengadakan semuanya karena kita mempunyai BBTKL sebagai tempat rujukan bila mana kita membutuhkan sarana dan prasarana dalam menunjang kegiatan PRL, namun yang penting adalah sarana untuk kegiatan pemeriksaan lapangan dan harus terstandarisasi"*

*"sarana boleh dikatakan cukup walau ada ketidak memadaian, kita membutuhkan ambulan khusus untuk mengantar orang penyakit terinfeksi kemudian uga ambulan jenazah, karena memang beberapa kali kita kedatangan jenazah kita nyari ke orang lain, mobil yang datang tidak standar, apa lagi jenazah itu terkena penyakit mnular, yg datang itu yang datang mobil kijang inova"*

*"Tidak memadai, terutama untuk termo scen cukup hanya ada yang di pinjam, yang operasional 2, 2 lagi rusak perbaikannya susah dan mahal,*

*PPE cukup Cuma masker tidak memadai, karena stake holder meminta ke KKP. Alat komunikasi tidak memadai HT, boarding kit tidak memadai, alat komunikasi dari P2PL belum diaktifkan, karena mungkin akan mengganggu trafik udara dan harus izin, tenaga yg dilatih saya tidak tahu apa siapa yang dikirim tidak sepengetahuan kita"*

Sementara dari hasil FGD dengan kepala seksi diketahui bahwa peralatan untuk program pencegahan penyakit menular dan penyakit berpotensi wabah di pelabuhan yang paling dibutuhkan adalah sarana dan prasarana yang menunjang deteksi penyakit baik itu laboratorium klinik maupun lingkungan termasuk vektor, disamping itu alat mobilitas seperti kendaraan roda empat dan dua untuk kegiatan di lapangan, sedangkan untuk kegiatan kekarantinaan diperlukan mobil ambulance infeksi, ruang isolasi dan karantina yang sesuai standar WHO, ini adalah kutipan pernyataannya sebagai berikut :

*"Sarana dan prasarana yang dibutuhkan adalah yang menunjang pemantauan faktor risiko dan deteksi penyakit baik itu lab klinis maupun lab kesling dan vektor termasuk alat mobilitasnya yaitu kendaraan roda empat dan dua, sementara sarana untuk kekarantinaan perlu ruang isolasi dan ruang karantina yang mempunyai standar WHO".*

*"Kita belum punya ruang isolasi dan ruang karantina apa lagi ambulance infeksi yang sesuai standar WHO, sementara untuk peralatan risiko lingkungan terutama untuk operasional di lapangan tidak memadai."*

#### 5.3.4. Standar

Dari hasil wawancara dengan Kepala KKP didapatkan informasi bahwa standar operasional prosedur di KKP sudah ada akan tetapi masih bersifat lokal dan perlu pengembangan lagi, sementara payung hukum yang lebih tinggi seperti perundangan karantina no 1 dan 2 tahun 1962 sudah lama belum di ganti, dimana kondisinya sudah tidak memadai relevan lagi dengan tuntutan zaman terutama dengan IHR tahun 2005, sehingga diharapkan Depkes segera melakukan revisi

undang-undang karantina dan menggantinya dengan yang lebih responsif dengan kondisi globalisasi penyakit pada masa kini. Hal di atas sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

*"Standar/SOP perlu pengembangan lagi, karena masih bersifat lokal, selain itu yang paling penting dan mendesak disini adalah payung hukum yaitu UU karantina NO 1 &2 sudah tidak relevan lagi dengan perundangan yang lainnya seperti perundangan kepabeanan, karantina pertanian dll sudah advance.sehingga kita akan lebih cepat lagi dalamantisipasi cegah tangkal penyakit sesuai dengan IHR 2005"*

*"SOP sudah ada, cukup baku, tinggal bagaimana sosialisasinya pada stake holder, selain itu tentunya kita membutuhkan beberapa kepastian seperti Payung hukum, dan sistem karantina di pesawat belum ada kejelasan dari pusat dalam kondisi KLB"*

Dari hasil wawancara dengan para kepala bidang di KKP didapatkan informasi bahwa pada umumnya, menyatakan standar operasional prosedur sudah ada, walaupun ada beberapa hal yang belum di penuhi seperti tata hubungan kerja antar bidang di KKP, sementara itu prosedur yang sudah ada pada kondisi tertentu mungkin saja tidak di gunakan karena keadaan yang tidak memungkinkan, sebagai contoh dalam pemeriksaan kapal harus di luar dam namun karena kondisi alam yang tidak bersahabat, maka terpaksa langsung masuk ke areal pelabuhan walupun tetap tidak ada kegiatan bongkar muat dan turun naik penumpang kapal. Hal ini sesuai dengan pernyataan kepala bidang di KKP sebagai berikut :

*"SOP sudah ada walaupun belum memadai, mungkin Tahubja belum ada tetapi pusat dan Depkes sedang melakukan rancangannya"*

*"Semua kegiatan sudah ada protapnya, namun pada waktu pelaksanaannya sangat tergantung kondisi di lapangan, sebagai contoh bila pemeriksaan kapal atau orang di luar dam kalo kondisi cuaca tidak bersahabat masa kita harus ke sana, terpaksa kapalnya disandarkan, kalo tata hubungan kerja di interen kegiatan berjalan dengan baik "*

*"Sudah ada tetapi payung hukum UU No 1 karantina udara sudah tidak memadai sesuai lagi dengan tuntutan kesiapan kita dalam PHEIC, sesuai dengan IHR 2005"*

Dari hasil FGD dengan kepala seksi KKP diketahui bahwa pada umumnya menyatakan bahwa standar operasional prosedur sudah ada, namun masih ditemui kendala dilapangan terutama dalam menjalankan kegiatan sehari-hari dimana masih ada tata hubungan kerja dengan lintas program dan sektoral yang menjadi kendala, bahkan petugas sendiri kadang tidak menjalankan prosedur tersebut, adapun pernyataannya sebagai berikut :

*"SOP sudah ada namun ada beberapa hal yang perlu di perbaharui dan di tambahkan baik itu tata hubungan kerja antar bidang di interen KKP maupun untuk antar lintas sektor dilengkapi dengan undang2 yang menunjang kegiatan di KKP, sehingga tidak lagi ditemukan hambatan berartti di lapangan, walaupun tidak mudah dan murah membuat undang-undang akan tetapi hal ini sudah mendesak dan menjadi kepentingan nasional"*

*"Standar sudah ada, namun dilapangan petugas tidak selalu menggunakan prosedur tersebut, mungkin tidak pernah membaca SOP atau hal lainnya, ini perlu di lihat lagi, sedangkan UU No 1 karantina udara sangat perlu dilakukan revisi"*

### 5.3.5. Uraian Tugas

Dari wawancara mendalam dengan Kepala KKP dapat diketahui bahwa uraian tugas setiap pegawai sudah dibuat oleh bidang masing-masing dan menjadi tanggungjawab bidangnya.

Uraian tugas diberikan serta ditempel di setiap meja petugas masing-masing dan kepada setiap staff ditugaskan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi bidangnya, sedangkan kegiatan evaluasi uraian tugas dilakukan bersamaan dengan evaluasi program, dari telaah dokumen memperlihatkan adanya uraian tugas yang ditandatangani oleh kepala bidang yang ada di KKP yaitu Bidang PRL, Pengendalian

Karantina dan SE serta UK & LW, namun. khusus evaluasi uraian tugas maupun dokumen evaluasi mingguan dan bulanan tidak dapat ditemukan. Adapun pernyataannya adalah sebagai berikut :

*"Untuk Uraian tugas sudah ada di bidang-bidang, disamping itu kita telah membentuk tim gerak cepat KLB, cara evaluasinya 1. kami meminta di setiap bidang melakukan rapat staff mingguan wajib, 2. tiap bulan antar bidang, evaluasi ini dilakukan adalah untuk melihat hasil laporan harian, mingguan maupun yang bulanannya. dari sanalah kita bisa melihat program-program yang kita lakukan dan kesiapan petugas serta melihat peningkatan kualitas teknis dari masing-masing bidang, disamping itu dilakukan juga evaluasi program secara menyeluruh termasuk serapan DIPA di KKP"*

*"Uraian tugas sudah ada pada tiap petugas dan dibuat oleh bidangnya masing-masing sesuai dengan tugasnya akan tapi untuk mengevaluasinya belum pernah ada khusus untuk uraian tugas"*

Dari hasil wawancara dengan kepala bidang didapatkan informasi pada umumnya menyatakan bahwa uraian tugas di setiap bidang memang sudah ada, siapa mengerjakan apa, mana tugas pokoknya dan mana tugas tambahannya, sementara evaluasi terhadap uraian tugas tersebut belum pernah dilakukan walaupun dilakukan sebatas evaluasi biasa bukan secara tertulis berupa laporan, hal ini sesuai dengan pernyataannya sebagai berikut :

*"Ya sudah ada setiap petugas sudah ada uraian tugasnya, baik itu tugas inti maupun tugas tambahannya, sedangkan untuk mengevaluasinya belum dilakukan"*

*"jadi setiap orang di mejanya sudah ditempel siapa mengerjakan apa, itu sudah dan itupun setiap bulan di evaluasi lagi, apakah dia sudah kerjakan atau tidak, kalo belum dikerjakan masalahnya kenapa maka dicari pemecahannya, ada yg masalah tidak masuk kerja karena masalah keluarga atau banyak hutang misalnya maka kita carikan solusinya"*

Dari hasil FGD dengan kepala seksi didapatkan informasi bahwa pada umumnya menyatakan uraian tugas di setiap bidang sudah ada, siapa mengerjakan apa, mana tugas pokoknya dan mana tugas tambahannya, sementara evaluasi terhadap uraian tugas belum pernah dilakukan secara tertulis namun demikian

evaluasi harian langsung dilakukan hal ini untuk memantau agar kegiatan di KKP berjalan dengan baik, hal ini sesuai dengan pernyataan FGD yaitu sebagai berikut :

*"Uraian Tugas di setiap bidang sudah ada, semua staff memiliki tugas pokok dan tugas tambahan yang ditetapkan oleh kepala bidang dan kepala seksinya, sekaitan dengan evaluasi tentang uraian tugas belum pernah dilakukan secara tertulis namun evaluasi secara langsung selalu kami lakukan agar program KKP berjalan dengan baik"*

*"Uraian tugas sudah ada dan diberikan pada setiap petugas, memang selain tugas pokoknya staff ditambah dengan tugas tambahan seperti piket dan jadwal gabungan bila terjadi KLB seperti sekarang ini"*

### 5.3.6. Sistem Cegah Tangkal Penyakit

Sesuai dengan Definisi Operasional pada Kerangka Konsep penelitian yang dimaksud dengan sistem cegah tangkal penyakit adalah suatu sistem yang dilakukan oleh KKP dalam upaya melakukan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari luar pelabuhan dan dalam pelabuhan.

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta selaku pimpinan tertinggi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi cegah tangkal globalisasi penyakit dari luar dan dari dalam pelabuhan, bahwa sistem cegah tangkal penyakit menular dan potensial wabah sudah ada yaitu sesuai dengan Undang-undang karantina dan IHR 2005, namun demikian kualitas dari pemeriksaan harus tetap ditingkatkan dengan penguatan-pengutan sisitem dalam deteksi dini faktor risiko penyakit terutama dari kedatangan kapal atau pesawat dari negara terjangkit, yaitu dengan melakukan penyaringan atau screening, hal ini sesuai dengan pernyataan informan yang menyatakan bahwa :

*"Sistem cegah tangkal di KKP sudah ada sesuai dengan UU Karantina dan IHR2005, akan tetapi bila dikaitkan dengan globalisasi penyakit seperti new emeing dan re emerging diseases, dalam hal ini pelaksanaanya harus disesuaikan dengan kondisi terutama peningkatan kualitas pemeriksaan terhadap alat angkut dan isinya, dalam sistim ini juga kita mempunyai NSW"*

*dimana + 7 hr kapal sebelum datang kita bisa tau informasi kedatangan kapal, hal ini dapat menjadi suatu sistem deteksi penyakit (informasi awal dari agen/nahkoda) yang terdapat pada alat angkut atau sebagai info awal, sebelum kapal tiba di pelabuhan sehingga kita bisa siap dalam menghadapinya, selain itu juga kondisi lingkungan pelabuhan dan jejaring kerja menjadi perhatian khusus"*

*"sistem cegah tangkal kita fokuskan pada pintu kedatangan, baik pesawat maupun penumpangnya, terutama dari negaran terjangkau kita harus naik ke kapal bording, di UKLW kita adakan penguatan skrining 1 dengan melakukan bording khusus pesawat suspek, skrining ke 2 melalui termoskener dan visual, sekaitan dg HINI kita bingung terutama di pesawat, memang untuk orang yang terinfeksi langsung rujuk ke RSPI, program kami ya baru pelayanan klinik saja,"*

Dari hasil wawancara mendalam dengan para kepala bidang, pada umumnya mereka menyatakan bahwa sistem cegah tangkal penyakit menular yang dilakukan oleh KKP adalah sesuai dengan IHR tahun 2005 dan UU karantina serta Permenkes No 356 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja KKP dimana pada intinya adalah bagaimana melakukan surveilans faktor risiko yang bersumber vektor maupun lingkungan fisik dan surveilan penyakit serta penatalaksanaannya adapun hasil kutipannya sebagai berikut:

*"Mengenai sistem cegah tangkal penyakit menular tidak terlepas dari IHR 2005, perundangan dan permenkes 356 tahun 2008, sedangkan intinya adalah melakukan surveilan epidemiologi, baik itu faktor risiko maupun penyakit sehingga kita akan lebih waspada terhadap potensi terjadinya potensi wabah"*

*"Sesuai dengan Tupoksi Bidang lebih banyak ke risk faktor sesuai dengan pedoman oleh pusat walaupun perlu penyempurnaan lagi juga sesuai dengan IHR 2005, kita melakukan pemetaan terhadap tempat-tempat dengan faktor risiko, dititik beratkan pada lingkungan kapal dan pelabuhan termasuk bufer area dalam pemberantasan nyamuk, daerah perimeter titik nol dekat dengan tambat kapalz sedangkan bufer lebih pada jarak terbang nyamuk aedes 100 meter, anopheles 4 kilo, program pengendalian vektor nyamuk aedes dan anopheles yg kaitannya dengan penyakit DBD dan Yellow fever, ada tidak ada penyakit tetap dilakukan pemantauan dan sebagai acuannya adalah IHR, termasuk juga Hapus tikus dan survei tikus dengan indek pinjal, hygiene sanitasi kapal, Hsgb, kegiatan lintas program dan sektor. Sanitasi lingkungan, air bersih, kapal, lingkungan"*

*"kami telah melakukan sistem ini sesuai dengan Permen kes 356 tahun 2008, dengan melakukan pengawasan barang kalo rutin yaitu pengawasan OMKABAny, untuk orangnya melakukan SE penyakit dan Faktor Risiko, semua sudah dikerjakan walaupun memang kondisi di Bandara Soekarno Hatta pengawasannya lokasi kedatangan internasionalnya terlalu banyak ada D dan E, sementara domestik ada A,B,C, termasuk Halim ada juga bandara Internasionalnya, berdasarkan UU No 2 Karantina Laut semua pesawat dari Luar negeri berada dalam Karantina, dan tidak menutup kemungkinan kalo ada out break pesawat dalam negeripun akan diperlakukan sama, kegiatan SE di sini melakukan pengumpulan dan pengolahan data, baik dari soekarno Hatta maupun Halim, sementara untuk faktor Risiko lingkungan datanya ada di PRL, jejaring yang sudah dilakukan dengan melakukan dinas banten berkoordinasi"*

*"Ada dua tugas sesuai dengan tupoksi KKP, sesuai dengan Permenkes 365 tahun 2008, yaitu 1. pelayanan kapal, ABK luar negeri ke dalam negeri, 2 pelayanan di darat maksudnya di poliklinik gitu, kalo kedatangan dari luar negeri itu sudah tugas rutin, dimana kapal dari luar negeri pertama diperiksa dokumen yg berhubungan dengan kesehatannya masih berlaku apa tidak, ada atau tidak, adapun kegiatan di darat yaitu program vaksinasi, terutama vaksinasi yg berhubungan dengan penyakit2 internasional, seperti yellow fever dan meningitis, kolera dll"*

Dari hasil FGD dengan para kepala seksi didapatkan informasi bahwa pada umumnya menyatakan bahwa sistem cegah tangkal penyakit di KKP adalah sesuai dengan Permenkes 365/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja KKP, UU Karantina No 1 dan 2 tentang Laut dan Udara serta IHR tahun 2005.

## **5.4. Komponen Proses**

### **5.4.1. Perencanaan**

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Kantor didapat informasi tentang bagaimana perencanaan program atau kegiatan yang dilakukan masing-masing bidang, yaitu dengan cara mengumpulkan semua tim perencana di setiap bidang untuk mengerjakan perencanaan kemudian setelah dibuat per bidang selanjutnya di rapatkan lagi dengan Bagian Tata Usaha yang pada akhirnya disetujui



oleh Kepala KKP dan diajukan unttuk menjadi rencana kegiatan anggaran kementerian dan lembaga (RKAKL) bila disetujui akan menjadi DIPA KKP, hal ini sesuai dengan pernyataan kepala KKP yaitu :

*"Dalam membuat perencanaan tentunya ada kaitannya dengan kegiatan dan anggaran, biasanya perencanaan dilakukan dan diusulkan oleh bidang-bidang sesuai program dan kebutuhannya, setelah dibuat perbidang kemudian didiskusikan bersama untuk penyempurnaan dan penyesuaian kira-kira kegiatan atau program apa saja yang akan di proiritaskan , kemudian kita ajukan ke dirjen anggaran melalui P2PL"*

*"Perencanaan di buat berdasarkan usulan perbidang yang kemudian di ajukan atau di kumpulkan di TU kemudian dibuat suatu kesepakatan dan kita ajukan ke pusat"*

Dari wawancara dengan kepala KKP didapatkan informasi yang hampir sama dengan pendapat diatas yaitu :

*"Tidak hanya bidang PRL tetapi tiap bidang ada tim perencanaannya, karena mungkin saja kegiatan PRL ada kaitannya dengan bidang lainnya, hasil perencanaan ini akan di bahas di suatu forum yang dikoordinir oleh TU, adapun tahapannya sesuai dengan teori lah itu, yaitu dari data, prioritas maslah dll ada aturan mainnya nanti kita buat RKAKL "*

*"Pertama kita kumpulkan semua staff untuk mengajukan usulannya ya seperti Round table diskusi lah, nanti ada tim kecil yg merumuskan kemudian dirapikan ditingkat struktural kemudian diajukan kepada kepala Kantor"*

Sementara dari hasil FGD dengan kepala seksi diketahui pada umumnya menyatakan bahwa perencanaan yang dilakukan di KKP tidak sepenuhnya berdasarkan data (*evidence based*) yang ada, baik besaran masalah maupun data hasil surveilannya, akan tetapi sebagian berdasarkan kondisi dan kebutuhan organisasi yang sedang dihadapi, dimana hal ini terbukti dengan belum adanya sisitem surveilan yang baik di KKP, namun demikian konsep surveilan yang di inginkan adalah sistem yang memungkinkan dapat mendeteksi semua faktor risiko baik penyakit maupun risiko lingkungannya, kondisi sekarang KKP belum

sepenuhnya melakukan pemetaan faktor risiko penyakit dan faktor risiko lingkungan di wilayah pelabuhan, sedangkan rencana untuk melakukan surveilan epidemiologi dan pemetaan faktor risiko akan dilakukan dengan menggunakan metoda lokus per lokus, selanjutnya hasil FGD adalah sebagai berikut

*"Kegiatan atau laporan surveilans yang sudah menjadi laporan sementara ini belum banyak di manfaatkan dalam pelaksanaan perencanaan dan tindakan oleh tiap bidang, karena dirasakan hasil surveilan yang dibuat masih belum menggambarkan atau mewakili kondisi sesungguhnya wilayah pelabuhan, karena pelaksanaan pemantauan di lapangan belum sepenuhnya dilaksanakan dengan benar"*

*"Sistem pelaporan atau sistem SE di KKP dilakukan oleh tim SE, laporan bulanan dari tiap bidang baik PRL, Karantina dan UK&LW di buat rekap dan dilaporkan ke bagian TU kemudian di kirim lewat SIM kespel sementara tim SE di KKP mencoba menganalisis data yang diperoleh walaupun memang belum berjalan dengan baik akan tetapi sedang dicoba mencari bentuk surveilans khusus KKP, karena memang belum ada model surveilans khusus KKP, sampai saat ini laporan KKP hanya konsumsi KKP dan Pusat sementara lintas sektor belum terlibat"*

*"Konsep surveilan di pelabuhan dapat dibagi menjadi 3 lokus surveilan yaitu lokus pertama informasi ketika kapal belum masuk ke pelabuhan kita bisa mendapat informasi kesehatan kapal dari NSW atau via agen kapal tsb , lokus 2, adalah ketika kapal di pelabuhan maupun di luar dan waktu pemeriksaan fisik (Boarding)/ faktor risiko kesehatan hal ini termasuk kegiatan pengendalian dan identifikasi faktor risiko kesehatan di pelabuhan dan sekitar pelabuhan, dan lokus ketiga yaitu pengamatan barang dan manusia yang melakukan kegiatan di wilayah pelabuhan atau ke wilayah buffer dapat menggunakan alert kard bagi penumpang dari negara terjangkit, tentunya dengan bentuk pelaporan baku bulanan, triwulan dan tahunan"*

*"Pemetaan faktor risiko belum semuanya dilakukan, pemetaan faktor risiko penyakit belum dilakukan, seharusnya memang semua faktor risiko dilakukan pemetaan agar mudah melakukan intervensinya"*

#### **5.4.2. Pengorganisasian**

Dari hasil wawancara mendalam dengan kepala KKP didapatkan informasi bahwa pengorganisasian dalam melakukan kegiatan atau program cegah tangkal

penyakit menular dan penyakit potensial wabah sesuai dengan Permenkes No 356 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata kerja KKP, dimana bidang-bidang melakukan sesuai tugas pokok dan fungsinya masing-masing, adapun kutipannya adalah sebagai berikut :

*"Pengorganisaian yang dilakukan oleh KKP bandara adalah sesuai dengan Permenkes 356 tahun 2008, dimana semua bidang melaksanakan kegiatan dan programnya masing-masing sesuai dengan perencanaan dan anggaran yang ada"*

*"Pengorgaisasian dalam Fungsi cegah tangkal penyakit di KKP dilakukan sesuai dengan susunan organisasi dan tugas yang melekat pada bidang-bidang dimana setiap bidang terdiri dari beberapa staf dan petugas fungsional yang melaksanakan kegiatan pemantauan risiko lingkungan termasuk alat angkut dan deteksi dini penyakit sesuai dengan kaidah-kaidah surveilan, sehingga tujuan dari perencanaan dapat tercapai dengan baik"*

Dari hasil wawancara mendalam dengan para kepala bidang didapatkan informasi bahwa dalam mengorganisasi kegiatan cegah tangkal penyakit menular dan penyakit potensial wabah pada umumnya menyatakan sesuai dengan Permenkes No 356 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata kerja KKP yang dituangkan dalam jadwal dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari sehingga tujuan organisasi dapat tercapai, adapun kutipannya adalah sebagai berikut :

*"Pengorganisasian adalah mengatur semua sumber daya untuk mencapai tujuan, tujuan dari KKp adalah cegah tangkal penyakit dan itu melekat pada Tupoksi bidang dan Tu yang ada di KKP, tentunya sesuai dengan peraturan baik permenkes 356/2008"*

*"pengorganisasian disini adalah dari segi kelembagaan setelah kita melakukan perencanaan kita berikan tugas kepada staff sesuai dengan uraian tugasnya masing-masing yang diatur dengan jadwal dan diawasi oleh kepala seksinya"*

Dari hasil FGD di dapat informasi bahwa pengorganisasian kegiatan cegah tangkal penyakit menular dan penyakit potensial wabah pada dasarnya sama dengan

pernyataan diatas, sedangkan penjadwalan kegiatan antar bidang selalu dikoordinasikan, adapun kutipannya sebagai berikut:

*"Tata kerja KKP sudah sesuai Permenkes 356 tahun 2008 dimana Semua kegiatan yang akan dilaksanakan di KKP di koordinasikan dengan masing-masing bidang baik petugas maupun sarana dan prasarana yang akan digunakan dalam pelaksanaan , sedangkan untuk semua kegiatan terpadu selalu berkoordinasi dengan pimpinan kantor, baik penjadwalan maupun personil yang akan bertugas di lapangan"*

*"Biasanya bidang Karantina, PRL dan UK & LW melakukan koordinasi untuk kegiatan dilapangan baik itu pengaturan petugas maupun logistik yang akan di gunakan selain itu semuanya diketahui oleh pihak TU dan kepala kantor"*

#### 5.4.3. Pelaksanaan

Dari hasil wawancara dengan Kepala KKP didapatkan informasi bahwa kegiatan perbidang dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah di buat baik harian maupun terpadu serta POA, adapun pernyataanya sebagai berikut :

*"Pelaksanaan kegiatan atau program cegah tangkal penyakit agar berjalan dengan baik maka dibuat jadwal dan POA untuk memataui kegiatan dalam setahun, disamping itu dalam pelaksanaan kegiatan di masing-masing bidang kepala bidang dan seksi harus selalu mengarahkan dan memantau setiap pelaksanaan oleh staffnya secara terus menerus"*

*"Dilakukan dengan membuat jadwal harian di bidang masing-masing dan jadwal terpadu untuk kegiatan seperti jaga malam, ada KLB dll"*

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bidang PRL, UK & LW dan Pengendalian Karantina dan surveilans Epidemiologi KKP, didapatkan informasi bahwa pada umumnya dalam pelaksanaan program atau kegiatan yang dilakukan di lapangan adalah dengan membuat jadwal kegiatan pada bidang masing-masing maupun terpadu, selain itu ketika anggaran atau DIPA KKP sudah turun maka setiap bidang dan bagian tata usahanya diwajibkan membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) atau *Plan Of Action* (POA), dimana RPK atau POA ini adalah

sebagai panduan pelaksanaan program kapan dilakukan dan berapa pembiayaan yang harus disiapkan, hal ini sesuai dengan pernyataan sebagai berikut :

*"Dalam pelaksanaa ini staff saya membuat jadwal siapa mengerjakan apa, ini terkait dengan anggaran kita menyusun POA dengan ini kita sudah susun anggaran perbulannya yang digunakan sebagai dana operasional"*

*"Pelaksanaanya pertama setelah anggarannya disetujui kita membuat POA, setelah itu baru kita rapat bersma teman-teman siapa mengerjakan apa, siapa yg bertanggungjawab apa, sampai seterusnya hingga pelaksanaanya itu selesai dilaksanakan sesuai jadwal yang disusun"*

*"Pelaksanaan di lapangan dengan membuat jadwal terpadu pelayanan di kantor dan klinik di pintu kedatangan, dan membuat laporan harian tentang kegiatan yang sudah dilakukan pada hari tersebut"*

Seentara dari hasil FGD di dapat informasi bahwa pelaksanaan kegiatan atau program yang dilakukan di lapangan adalah sesuai dengan tugas bidang masing-masing yaitu diantaranya melakukan pengendalian faktor risiko dan penyakit, sementara pengawasannya dilakukan dengan penjadwalan terpadu dan laporan harian, hal ini sesuai dengan penyatannya sebagai berikut:

*"Pelaksanaan kegiatan atau program yang dilakukan di lapangan adalah sesuai dengan tugas bidang masing-masing misalnya pengendalian faktor risiko baik kapal, wilayah pelabuhan maupun abk dan barang, kegiatan pemantauan air bersih, pengawasan vektor, pengawasan kapal dalam karantina, pemeriksaan kesehatan ABK, pemberian vaksinasi, melakukan disinfeksi pada kapal yang terdapat faktor risiko vektor, dll, sementara pengawasan kita sesuai dengan penjadwalan dan laporan hariannya"*

*"Pelaksanaan kegiatan kita menskrining penumpang di pintu kedatangan, melakukan pengendalian faktor risiko lingkungan, dan pengobatan di klinik kkp, adapun pengawasan yang dilakukan untuk kegiatan kita lihat dari laporan harian dan jadwal terpadu"*

#### **5.4.4. Pengawasan**

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala KKP didapatkan informasi bahwa pengawasan kegiatan atau program selalu dimonitor oleh pimpinannya secara berjenjang pada bidang masing-massing hal ini dilakukan agar semua program

mencapai target sesuai indikator kesehatan yang di persyaratkan, sementara untuk memudahkan dalam pengontrolan agar semua kegiatan terlaksana maka dibuat jadwal harian maupun terpadu dan POA, adapun pernyataanya sebagai berikut

*"Pengawasan atau minitoring harus selalu dilakukan oleh pimpinan secara berjenjang dimulai dari bidang masing-masing, apakah sudah sesuai dengan indikator kesehatan yang diinginkan, atau pada waktu pelaksanaan terjadi penyimpangan , maka fungsi pengawasan untuk meluruskan kembali ke treknya, sebagai kontrol bisa juga digunakan POA untuk melihat serapan anggaran, sehingga tujuan dari organisasi tercapai, kalo evaluasi sekaitan dengan program dan anggaran kita lakukan setiap tahun anggaran"*

*"Pengawansan dilakukan dengan melihat POA apakah telah sesuai atau tidak, bila tidak berarti ada kegiatan yang belum di laksanakan hal ini dapat berfungsi sebagai pengawasan, sedangkan evaluasi biasanya dilakukan hasbis tahun anggaran, dengan membuat Tapkin"*

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bidang PRL, UK & LW dan Pengendalian Karantina dan surveilans Epidemiologi KKP, didapatkan informasi bahwa pada umumnya dalam pengawasan program atau kegiatan yang dilakukan adalah dengan melihat *Plan Of Action* (POA), dimana POA ini adalah panduan pengawasan program di samping melihat laporan pelaksanaan harian dan bulananya apakah kegiatan yang sudah terjadwal itu dapat dilaksanakan atau perlu dilihat lagi adakah kendala yang dihadapi sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk melakukan pemecahan masalahnya, hal ini sesuai dengan pernyataan kepala bidang sebagai berikut :

*"Kita kan punya POA penanggungjawab masing-masing kegiatan, sudah ada penanggungjawab masing-masing secara formal, saya mengawasi penanggungjawab itu secara rutin mana yang sudah dilaksanakan dan mana yang belum, kendalanya apa sehingga kita bisa melakukan perbaikan terhadap kendalanya itu"*

*"Adapun monitoringnya dengan melihat laporan bulanan, jadwal kegiatan, ada laporan harian, dan direkap oleh teman-teman di seksi, untuk harian dipantau kelapangan dan di telpon kelapangan"*

Dari hasil FGD di dapat informasi bahwa pengawasan kegiatan atau program yang dilakukan adalah dengan melihat jadwal dan laporan harian, hal ini sesuai dengan penyatannya sebagai berikut:

*"Pengawasan kita sesuai dengan penjadwalan dan laporan hariannya"*

*"adapun pengawasan yang dilakukan untuk kegiatan kita lihat dari laporan harian dan jadwal terpadu"*

#### 5.4.5. Evaluasi

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bidang PRL, UK & LW dan Pengendalian Karantina dan surveilans Epidemiologi KKP, didapatkan informasi bahwa pada umumnya dalam evaluasi program atau kegiatan yang dilakukan di KKP adalah dengan melakukan evaluasi kegiatan teknis harian dan bulanan, hal ini dapat dilakukan dalam pertemuan resmi dan tidak resmi di bidang-bidang mengenai kendala dan capaian kegiatan program cegah tangkal penyakit setelah itu baru kemudia dilaporkan ke sub bagian program dan laporan di Bagian Tata Usaha KKP dimana setelah di kumpulkan akan di laporkan ke Ditjen PP dan PL melalui Sisten Informasi Manajemen Kesehatan Pelabuhan (SIM KESPEL), hal ini sesuai dengan pernyataan sebagai berikut :

*"Evaluasi harian dengan mengumpulkan data kegiatan di lapangan dan secara formal tiap laporan, dan dilaporkan oleh subag P & L dan untuk ke pusat dengan Simkespel. Yang penting lagi dengan menggunakan indikator2 program seperti CI, HI, juga ada pertemuan evaluasi tahunan. tapi bisa juga 3 bulannan"*

*"Evaluasi itu ada pertemuan resmi, dalam pertemuan itu masing-masing penanggungjawab itu dari mulai persiapan sampai interfensinya apa sehingga nanti ketahuan, ada juga kegiatan yang tidak resmi maksudnya ditengah kegiatan jika perlu kita panggil pennanggungjawabnya dan pelaksananya kita langsung mengadakan evaluasi kegiatan kalao ada hal-hal yang dibutuhkan dengan evaluasi, begitu pak"*

Sementara dari hasil FGD dengan para kepala seksi di dapat informasi bahwa evaluasi atau sisitem pelaporan yang dilakukan KKP adalah sesuai dengan sistem surveilans epidemiologi, hal ini dilakukan oleh tim SE, setiap laporan yang direkap harian dan bulanan dari tiap bidang di laporkan ke bagian tata usaha yang kemudian di laporkan ke pusat, walaupun pelaporan dan evaluasi sudah dilakukan namun hasil

laporan kegiatan yang telah dilakukan masih dirasakan belum maksimal mewakili gambaran sesungguhnya keadaan di lapangan ditambah lagi belum ada keterlibatan lintas sektor dalam melakukan evaluasi dan *feed back*, sementara dari telaah dokumen tidak ditemukan hasil evaluasi program kecuali laporan bulanan, tahunan dan serapan anggaran saja, adapun pernyataan dari informan adalah sebagai berikut:

*"Sistem pelaporan atau sistem SE di KKP dilakukan oleh tim SE, laporan bulanan dari tiap bidang baik PRL, Karantina dan UK&LW di buat rekap dan dilaporkan ke bagian TU kemudian di kirim lewat SIM kespel sementara tim SE di KKP mencoba menganalisis data yang diperoleh walaupun memang belum berjalan dengan baik akan tetapi sedang dicoba mencari bentuk surveilans khusus KKP, karena memang belum ada model surveilans khusus KKP, sampai saat ini laporan KKP hanya konsumsi KKP dan Pusat sementara lintas sektor belum terlibat"*

*" Surveilan di KKP jakarta ada di bidang karantina yaitu Surveilans, jadi seksi surveilans yang melakukan pengumpulan datanya kemudian di informasikan ke subidang pelaporan dan secara elektronik di kirim ke pusat"*



## 5.5. Komponen Out Put

### 5.5.1. *Core Capacities/ Kapasitas Inti Pelabuhan Udara/Laut* sesuai dengan IHR 2005

Sesuai dengan Definisi Operasional pada Kerangka Konsep penelitian yang dimaksud dengan *Core Capacities/ Kapasitas Inti* pelabuhan udara/laut sesuai dengan IHR 2005 adalah Kemampuan SDM, ketersediaan saran dan prasarana serta sistem surveilan yang baik.

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta selaku pimpinan tertinggi pelaksanaan tugas pokok serta fungsi cegah tangkal globalisasi penyakit dari luar dan dari dalam pelabuhan, didapat informasi bahwa kemampuan dari kapasitas inti KKP adalah telah melakukan upaya-upaya penguatan pada program atau kegiatan pengendalian faktor risiko dengan



melakukan kajian efektifitas selain itu melakukan jejaring kerja dan kemitraan dengan stake holder di pelabuhan dalam upaya cegah tangkap penyakit menular sementara sarana dan prasarana pemenuhannya dilakukan pada tiap tahun anggaran, sementara di Bandara telah mempersiapkan SDM melalui beberapa pelatihan disamping melakukan jejaring kerja dengan administrator pelabuhan dalam rangka cegah tangkal penyakit menular potensial wabah adapun pernyataannya adalah sebagai berikut :

*" KKP dalam memenuhi kapasitas inti yang dipersyaratkan oleh IHR tahun 2005 telah melakukan Upaya -upaya yg dilakukan dalam cegah tangkal penyakit terutama pengendalian faktor risiko, yaitu melakukan inovasi seperti pengendalian vektor terutama jentik, dengan melakukan sensitifitas /uji, ovi trap, PM trap, selain itu kita melakukan jejaring dengan lintas sektor dan stake holder di lingkungan pelabuhan dalam rangka cegah tangkal penyakit ini, sementara untuk sarana sedikit demi sedikit kita anggarkan setiap tahunnya"*

*"yang perlu mungkin peningkatan SDM melalui pelatihan keahlian BLS, BTCLS dll sementara ini masih tidak memadai, terus untuk kondisi klb kita meminta tambahan tenaga dokter ke pusat untuk pelayanan di bandara, jejaring kita lakukan dengan AD Bandara, dan poliklinik di di bandara"*

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala bidang di KKP di dapat informasi bahwa upaya yang dilakukan dalam pemenuhan kapasitas inti KKP sesuai dengan IHR tahun 2005 pada umumnya menyatakan melakukan peningkatan kemampuan sumber daya manusia dengan pelatihan, termasuk kesiapan tim surveilannya sementara jejaring kerja dan kemitraan dilakukan sesuai dengan program atau kegiatan bidang masing-masing hal ini sesuai dengan pernyataan sebagai berikut :

*" Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan yantu dngan jejaring kemitraan dengan stake holder di pelabuhan, diklat teknis sesuai dengan Tupoksi KKP baik itu interen tenaga teknis khususnya juga bersifat nasional. 2. pemenuhan kebutuhan sarana yang tiap tahun kita*

*anggarkan nyicil tiap tahun untuk lab ling dan vektor 3. kor bisnisnya kekarantinaan ada 3 bidang untuk mengatasi klb berbentuk TGC ( tim surveilan, bisa surveilan penyakit dan faktor risiko dan ada SK nya "*

*"pertama yaitu upaya meningkatkan kuantitas dulu, walaupun terus terang agak sulit karena bukan domainnya kita, paling kita hanya bisa mengusulkan, ini loh kegiatan saya, ini SDMnya tidak memadai, itu kita hanya sebatas mengusulkan, yang bisa kita intrfensi adalah kualitas, dengan cara melakukan berbagai macam pelatihan, dari mulai pelatihan kesehatan kerja, pelatihan surveilans, yang berhubungan dengan tindakan medis, kursus bahasa Inggris, kusus komputer dan lainnya yang berhubungan dengan kegiatan program, mengenai jejaring kemiraan tergantung kegiatan programnya apa, misalnya IMS HIV AIDS, itu jejaringnya dengan Dinas JAK-UT, minimal juga dengan DinKes DKI Jakarta, kemudian dengan rumah sakit rujukan RSPI dan KOJA, kemudian adanya POKJA AIDS, dan berbagai LSM, itu sebagai contoh penanganan IMS /AIDS"*

*"Upaya yang dilakukan adalah karena tenaga tidak memadai maka satu orang setelah melakukan satu kegiatan maka melakukan kegiatan tambahan, peningkatan pelatihan kekarantinaan udara, surveilans, GIS"*

*"yang perlu mungkin pelatihan keahlian BLS, BTCLS dll, terus untuk kondisi klb kita meminta tambahan tenaga dokter ke pusat untuk pelayanan di bandara"*

Sementara dari hasil FGD dengan kepala seksi di dapat informasi bahwa upaya yang dilakukan dalam pemenuhan kapasitas inti KKP sesuai dengan IHR tahun 2005 di KKP pelabuhan tanjung priok sedang mengupayakan pelatihan teknis sesuai dengan program di bidang masing-masing disamping itu sudah terbentuk beberapa tim dalam penanggulangan KLB dan tim surveilans yang sudah di buat surat keputusannya, dari hasil telaah dokumen terdapat beberapa surat keputusan tentang pembentukan tim surveilans epidemiologi dan tim KLB, sementara sarana dan prasarana baik di bandara maupun di pelabuhan belum mencukupi hal ini sesuai dengan pernyataan sebagai berikut :

*" Kesiapan kita dari segi SDM diupayakan pelatihan sesuai dengan kebutuhan, misalkan pelatihan surveilan, risiko lingkungan, kekarantinaan dll, untuk sarana penunjang kami usulkan pada setiap tahun anggaran, namun sampai saat ini belum mencukupi sementara dalam kewaspadaan KLB*

*Kepala kantor sudah membuat beberapa tim seperti tim SE, gerak cepat ada SK nya"*

*"kesiapan KKP bandara dari segi SDM masih tidak memadai terutama dokter dan petugas lainnya, sarana kita belum punya ruang isolasi dan karantina disamping itu kita belum ada ambulan khusus penyakit infeksi"*

## 5.6. Kendala

Dari wawancara mendalam dengan Kepala KKP didapat informasi bahwa kendala yang ditemui di KKP sangat klasik yaitu tenaga, pendanaan yang tidak memadai dan perundangan karantina perlu di revisi, hal ini sesuai dengan pernyataannya sebagai berikut :

*"Sebetulnya klasik ya.. yaitu masalah tenaga, pendanaan yang kecil, standar kerja dan perundangan terutama UU karantina harusnya sudah di amandemen."*

*"Kurang dana untuk pengembangan program, masalah SDM mayoritas di KKP Tg Priok ini bukan merupakan tenaga teknis, ya sekitar 60%, SLTA atau tenaga umum, payung hukum undang-undang dll"*

Dari hasil wawancara dengan para kepala bidang di dapatkan informasi bahwa masalah peralatan, sarana dan prasarana, tata hubungan kerja tentang surveilan belum tertata dengan baik di bandara, sistem jadwal piket yang tidak menguntungkan program, sosialisasi program Pengendalian Risiko Lingkungan pada stake holder belum dilakukan, serta petunjuk penanganan KLB terutama influenza baru (H1N1) masih membingungkan para petugas dilapangan dalam penanganannya, adapun kutipan pernyataannya adalah sebagai berikut :

*"Kendala pemeriksaan kualitas lingkungan terkendala alat yang dipunyai komponennya belum lengkap, dan mahal, standarisasi alat tiap KKP harus punya dan di sesuaikan dengan perkembangan kebutuhan , kajian perlu orang yang terlatih, belum banyak biaya kurang, koordinasi untuk pelaksanaan kegiatan di lapangan perlu ada kesepakatan di tingkat pusat juga"*

*"Kendala koordinasi di dalam bandara antara ATC (Air Traffic Control), KKP dan AOC ( Airlain Orgenaising Commite), Surveilans antar bidang belum terkordinir dengan baik, cenderung kerja masing-masing, disamping itu dalam kondisi KLB seperti sekarang dimana pintu kedatangan ada 14 pintu sementara alat termoskener cuma dua yang beroperasi sangat kurang sekali, belum dilakukan pemetaan penyakit data surveilan belum sebagai acuan perencanaan. baru akan di mulai"*

*"Payung hukum, sekaitan dengan HI NI ini kita masih bingung terutama gaidennya, sistim karantina di pesawat belum ada kejelasan dari pusat, gedung karantina belum ada, apa lagi ruang isolasi. SDM Kurang klo setiap kedatangan pesawat 200 orang kali sekitar 64 pesawat, dalam kondisi seperti ini kewalahan".*

*"Tenaga kurang kita punya Cuma 12 orang, pelatihan belum ada, Jadwal yang dibuat di kkp bila setelah piket malam maka petugas libur 2 hari, hal ini mengganggu kegiatan di PRL. Sosialisasi tentang PRL belum ada"*

Dari hasil FGD dengan para kepala seksi di KKP didapat informasi bahwa SDM, payung hukum, tata hubungan kerja dan sarana masih belum memadai, apalagi bila sedang ada kejadian luar biasa di pelabuhan maka kondisi ini sangat dirasakan, adapun kutipannya sebagai berikut :

*"1. Payung hukum, 2.sistem karantina di pesawat belum ada kejelasan dari pusat, gedung karantina belum ada, apa lagi ruang isolasi. 3.SDM Kurang klo setiap kedatangan pesawat 200 orang kali sekitar 64 pesawat, dalam kondisi KLB kewalahan."*

*"kendala 1. SDM, 2. Dana, 3. Peralatan, 4. dukungan Stake holder dalam pelaksanaan kegiatan di Pelabuhan, 5. payung hukum baik Undang-Undang karantina yang sudah usang juga standar kerja plus tatahubungan kerja interen di KKP belum semuanya terpenuhi, sehingga masih ada terkendala dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan"*

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini akan dibahas keterbatasan metoda penelitian dengan pendekatan kualitatif dan selanjutnya akan dibahas hasil penelitan.

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Sebagai mana diketahui bahwa KKP sesuai Permenkes 356 tahun 2008 terdiri dari Kelas I, II dan III, terbentuknya kelas ini salah satunya adalah berdasarkan faktor risiko yang dihadapi oleh KKP tersebut, ada KKP yang hanya mengawasi dan melayani komunitas antar wilayah Indonesia dan juga ada antar negara atau internasional, hal ini tentunya mempunyai potensial risiko yang berbeda pula. Namun demikian kita sadari bahwa potensi wabah penyebaran penyakit yang nyaris tidak terawasi adalah dari para nelayan baik asing maupun lokal, dimana mereka datang dan pergi dari satu pelabuhan rakyat ke pelabuhan lainnya tanpa ada hambatan dan pengawasan dari kesehatan maupun karantina lainnya. Sebagai contoh penyebaran penyakit rabies di flores ternyata di tenggarai dari para nelayan, sedangkan flores merupakan lokasi bebas penyakit rabies pada waktu itu, (Achmadi 2008).

Penelitian ini dilakukan pada dua KKP yaitu KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta sebagai gambaran studi kasus Sistem Analisis Manajemen Cegah Tangkal globalisasi Penyakit menular dan Penyakit Potensial wabah. karena terbatasnya waktu dan informasi yang didapat.

Rancangan penelitian kualitatif ini dimungkinkan terjadinya subyektifitas dalam menginterpretasikan makna yang tersirat dalam informasi dan data tidak dapat dihindarkan, namun demikian diupayakan tetap menjaga validitas data dengan cara triangulasi sumber dan metoda melalui wawancara mendalam dan telaah isi dokumen serta observasi, penelitian kualitatif menjadikan informasi dari informan sebagai data utama, sehingga *recall bias* saat wawancara mendalam maupun FGD tidak dapat dihindarkan. Demikian juga dengan keterbukaan informan terhadap informasi yang disampaikan.

## **6.2. Analisa Komponen Input**

### **6.2.1. Sumber daya Manusia (SDM)**



#### **1. Ketenagaan**

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa jumlah SDM yang bekerja di KKP Kelas I Tanjung Priok maupun KKP Kelas I Jakarta masih dikatakan tidak memadai hal ini dapat dilihat dari tugas pokok dan fungsi yang harus diemban oleh KKP, yaitu enam belas fungsi dan diantaranya fungsi pelaksanaan pengamanan radiasi pengion dan non pengion, biologi dan kimia disamping itu tenaga fungsional entomologi masih sedikit, dimana untuk KKP kelas I Tanjung Priok yang mempunyai lima wilayah kerja, tenaga fungsional entomologi baru lima orang dan itu berada di induk, sementara itu tenaga kesehatan yang mempunyai kualifikasi dan bersertifikasi keterampilan pencegahan dan identifikasi radiasi belum ada, sehingga pada pelaksanaannya tugas tersebut akan dirangkap oleh fungsional lainnya, hal ini tentunya dapat menyebabkan konsentrasi dalam bekerja akan berkurang, hal serupa terdapat di KKP kelas I Jakarta dimana tenaga fungsional surveilans dan entomologi

tidak ada, dengan kondisi ini maka pekerjaan tersebut akan dirangkap oleh tenaga yang lainnya, sehingga dimungkinkan terjadi penurunan kualitas kerja. Hal ini sesuai dengan pendapat Soejoasmoro (1994) dalam Lily Gracediani (2004) bahwa perangkapan tugas akan mengganggu kelancaran program dan akan mempengaruhi hasil kerja, kondisi ini dapat menyebabkan penumpukan pekerjaan.

Sebagai ilustrasi untuk memeriksa kapal yang datang dari luar negeri (boarding) ke tengah laut dibutuhkan minimal 3 orang, yang terdiri dari unsur, paramedis, tenaga sanitasi dan tenaga surveilan dengan membutuhkan waktu perjalanan sekitar 2 jam dan pemeriksaan sekitar 20-30 menit, dapat diperhitungkan bila rata-rata kedatangan kapal dalam sehari sekitar 10 kapal, (laporan tahunan 2008), itu baru kapal dari luar negeri dimana pelayanan harus segera cepat dan tepat dilakukan, belum lagi kapal yang merapat dari dalam negeri, bagaimana dengan kegiatan lainnya, tentunya kurang memadai bila di tinjau dari jumlah tenaga yang ada. Disinilah kita harus melakukan pendekatan ketenagakerjaan dengan baik dimana petugas merupakan aset potensi dan kemampuan kerjanya perlu dikembangkan terus menerus sehingga semakin meningkat kemampuannya, disamping itu petugas harus dilihat sebagai makhluk yang tidak hanya membutuhkan sandang-pangan-papan, keamanan, sosial, dan penghargaan saja tapi juga berikan kesempatan untuk beraktualiasi diri.

Oleh karena itu SDM di KKP perlu ditingkatkan pendidikan dan kemampuannya baik melalui pelatihan maupun pendidikan formal terlebih lagi tenaga yang ada sekarang, sekitar 60 persen petugas di KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta adalah berpendidikan setingkat SLTA bahkan ada yang di dibawahnya, dimana hal ini tentunya akan mempengaruhi kinerja petugas itu sendiri,

peningkatan pengetahuan dan pendidikan bagi petugas KKP sangat diperlukan dimana dibutuhkan tenaga-tenaga kesehatan yang professional sesuai dengan keahlian dan kapasitas yang dibutuhkan, jika penambahan personil melalui mekanisme pengangkatan pegawai membutuhkan proses yang panjang, tentunya kita bisa melakukan hal-hal yang lebih mudah sebagai contoh yaitu dengan peningkatan SDM melalui pelatihan dan pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi, menurut Adisasmito, (2007), bahwa pendidikan adalah suatu pengembangan kemampuan (prilaku) kearah yang diinginkan, sementara itu unsur pelatihan bertindak meningkatkan kemampuan atau keterampilan tenaga atau pegawai yang telah menduduki suatu jabatan atau pekerjaan tertentu di instansi yang bersangkutan. Pernyataan diatas menekankan pentingnya peningkatan keterampilan dan pendidikan yang dilaksanakan oleh suatu organisasi, karena ini adalah bentuk investasi pada SDM untuk mencapai tingkat produktivitas yang optimal, namun demikian bila pendanaan dan peraturan untuk mencukupi kebutuhan ketenagaan dalam suatu organisasi pemerintah dimungkinkan, maka dapat dilakukan perekrutan tenaga honorer dengan kualifikasi baik dan disesuaikan.

Merencanakan sumber daya manusia untuk kesehatan adalah suatu proses yang kompleks, dimana hal ini membutuhkan dan mempertimbangkan antara keahlian dan pendistribusian tenaga untuk kebutuhan pelayanan kesehatan dan juga dampak politis, kebijakan kesehatan dan pembuat keputusan dengan kondisi keterbatasan sumber daya manusia yang ada, (Dreesch at al., 2005).

## 2. Sikap

Seperti kita ketahui bahwa KKP udara maupun laut merupakan *show window* atau pintu depan suatu negara dimana petugas KKP adalah yang pertama akan



berhadapan dengan tamu atau penumpang yang akan datang ke Indonesia, yaitu melakukan pemeriksaan dokumen kesehatan kapal/ pesawat, kondisi fisik kapal /pesawat dan pemeriksaan Crew/ ABK serta penumpang, bila sikap dan penampilan petugas KKP tidak menunjukkan keramahan dan ketegasan dalam melakukan kegiatan pelayanan dan pemeriksaan tersebut maka, bukan tidak mungkin mereka akan memandang sebelah mata terhadap petugas KKP, bahkan petugas negara lainnya, di Indonesia.

Menurut Azwar (2000) untuk terbentuknya suatu sikap berdasarkan pengalaman seseorang, maka dibutuhkan adanya pengalaman yang meninggalkan kesan yang kuat, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut melibatkan emosional. Pengalaman tunggal jarang menjadi dasar terbentuknya sikap pada suatu hal, sedangkan pranowo, Pranowo (2006) dalam Nasir (2006) mengatakan banyak sosiolog dan psikolog mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan individu untuk merespon dengan cara yang khusus terhadap stimulus yang ada dalam lingkungan sosialnya.

Jadi jelas bahwa sikap petugas dilapangan harus diberikan pembekalan dengan suatu pelatihan atau semacam pengalaman dalam melakukan tugasnya dalam hal ini tentang Cegah tangkal Penyakit menular dan potensial wabah sesuai dengan Tugas Pokok dan fungsi KKP sehingga mereka mendapatkan pengalaman yang berkesan dan diharapkan akan timbul atau cenderung mempunyai sikap yang baik tentunya, terhadap pekerjaannya di KKP.

Salah satu konsekuensi dalam penggunaan pendekatan ketenagakerjaan dalam proses pembangunan nasional adalah pengembangan kemampuan para tenaga kerja. Usaha membangun dan mengembangkan kemampuan yang dimiliki oleh

individu itu bisa diwujudkan dengan meningkatkan pendidikan dan pelatihan serta dengan memberinya kepercayaan untuk ikut memecahkan persoalan dan memperbaiki lingkungan dan iklim kerja (Ravianto, 1985) dalam Zulkarnain, (2002)

### 6.2.2. Dana

Dalam pelaksanaan kegiatan suatu organisasi, salah satu unsur yang mutlak diperlukan adalah dana, menurut semua informan untuk pembiayaan program atau kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP berasal dari APBN murni, namun masih ada peluang lain yaitu pendanaan dari penerimaan negara bukan pajak (PNBP) yang dapat diterima sekitar 80 persen dari total yang diserahkan ke kas negara, disamping itu juga KKP berupaya mencari sumber lain baik yaitu memberdayakan lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan bantuan luar negeri sesuai dengan pernyataan Achmadi (2008), bahwa dalam pengelolaan berbagai faktor risiko kesehatan baru tersebut hendaknya menggunakan pendekatan ilmu kesehatan masyarakat, seperti kemitraan, *community involpment*, sistem pembiayaan dan orientasi pencegahan dan promosi kesehatan.

Dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa dana yang tersedia dapat dikatakan relatif cukup walaupun masih dirasakan tidak memadai, hal ini disampaikan karena masih banyak program yang belum terdanai, ditambah lagi apabila pada pertengahan tahun terjadi pemotongan anggaran sehingga sangat merepotkan dari sisi program atau kegiatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (1996) bahwa dana dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun swasta. Syarat utama dari suatu biaya kesehatan adalah harus tersedia dalam jumlah cukup dalam arti dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang

ingin memamanfatkannya, disamping itu penyebaran dana juga harus sesuai kebutuhan, dan pemanfaatannya harus mendapatkan pengaturan yang seksama.

Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalian, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, Indonesia pada saat ini dalam segi *capital expenditure* untuk sektor kesehatan hanya mampu mencapai 2,2% dari *Gross National Product* (GNP) (Adisasmito, 2007), sementara menurut Nawawi (1994) menyatakan bahwa semakin besar kegiatan yang ingin atau akan diwujudkan untuk mencapai tujuan tertentu, maka semakin besar pula dana atau uang yang diperlukan.

Untuk mengatakan dana itu cukup atau tidak diperlukan kajian lain yang lebih dalam, hal ini sesuai dengan pendapat Bruce (1990) yang dikutip oleh Azwar (1996) yang menyatakan jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan. Alokasi dana di tingkat nasional anggaran kesehatan Depkes 2008 tidak mencapai 3% APBN, dibanyak daerah pada umumnya juga tidak lebih dari 5% dari APBD, (Thabrany, 2008), Dalam sebuah studi dari 20 penyakit yang paling membebani dunia antara tahun 1996 – 2003, data menunjukkan bahwa dana tidak sesuai dengan beban tersebut. Sedangkan penyandang dana dari 40 negara maju menyatakan bahwa penyakit infeksi pernafasan akut yang mempunyai empat kali lebih berat, hanya mendapat 3% dari bantuan dana langsung demikian juga malaria termasuk penyakit yang terabaikan, (Shiffman, 2006). Menurut Gilson, (2003) menyebutkan bahwa pengimplementasian kebijakan pendanaan kesehatan sangat dipengaruhi oleh politik dan aktor yang membuatnya.

### 6.2.3. Sarana

Dari hasil penelitian dan telaah dokumen diketahui bahwa peralatan untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan sesuai dengan kemampuan inti yang diharapkan oleh IHR tahun 2005, belum dapat disediakan sepenuhnya, sebagai contoh di KKP Kelas I Jakarta beberapa peralatan seperti alat pemindai suhu tubuh (*scener*), sound level meter dan beberapa alat lainnya sudah lama rusak tetapi tidak ada perbaikan, atau kalibrasi yang dilakukan karena alasan mahalnya perbaikan atau kalibrasi alat tersebut, sementara itu sarana ruangan khusus yang terpisah dari yang lainnya bagi penumpang yang diduga atau mengidap penyakit tertentu dan akan diinterview lebih lanjut belum tersedia, sedangkan ruangan isolasi dan karantina dimana mengacu pada IHR tahun 2005 dalam kapasitas intinya bahwa pelabuhan laut maupun udara harus mempunyai ruang isolasi dan karantina yang sesuai dengan standar WHO, dimana kita ketahui bahwa tindakan isolasi dan karantina keduanya adalah strategi kesehatan masyarakat, dalam hal ini metoda tersebut dirancang untuk mencegah penularan penyakit dan penyebarannya pada masyarakat, (*Anonymous*, 2006), selain itu juga KKP harus mempunyai alat transportasi khusus untuk membawa orang sakit tertentu yang dikhawatirkan akan dapat menjadi potensi wabah ke fasilitas kesehatan yang dibutuhkan yang sesuai standar tentunya,

Telaah dokumen memperlihatkan bahwa inventaris peralatan masih lemah pencatatan peralatan instalasi laboratorium lingkungan belum optimal hal ini masih perlu ditingkatkan, selain itu pelatihan bagi operator laboratorium perlu ditingkatkan khusus untuk laboratorium lingkungan dan vektor, hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (1996) bahwa sarana atau alat merupakan bagian dari organisasi dalam mencapai suatu tujuan dan sasaran, hal ini adalah bagian yang dibutuhkan untuk

penyelenggaraan suatu pelayanan. Sedangkan menurut Amir Khorram-Manesh, dalam *Pharma Bussisnes Week atlanta*, (2009) mengatakan bahwa bencana kejadiannya jarang, namun bila datang maka pelayanan kesehatan yang cepat dan efektif sangat diharapkan. Sedangkan sistim suplai logistik (obat, Vaksin,dll) kecenderungan sentralisasi lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan sistim desentralisasi, (Bossert at.,al, 2007).

Jadi jelas bahwa ketersediaan sarana dan prasarana sangat menunjang dalam antisipasi KLB ataupun deteksi dini suatu penyakit yang berpotensi wabah, dimana pelayanan cepat, efektif dan ketersediaan logistik dapat membatasi penyebaran suatu penyakit tertentu. Kita juga bisa belajar dari peristiwa SARS dimana persiapan hubungan dunia baik laboratorium dan penelitian begitu baik sehingga SARS dengan cepat dapat diidentifikasi, akan tetapi kita tidak puas dengan manajemen logistik baik global maupun lokal manajemen, (Weiss at al., 2004)

#### **6.2.4. Standar**

Informasi dari informan diketahui bahwa pelaksanaan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang dilaksanakan oleh KKP telah sesuai dengan *standart operating procedure* (SOP), dan pedoman teknis yang telah ada, walau demikian hambatan dalam menjalankan standar masih dirasakan dimana dalam melaksanakan standar operasional kerja belum dilengkapi dengan tata hubungan kerja antar bidang terkait, sehingga terkadang timbul tumpang tindih pembagian tugas, disamping itu perundangan karantina yang kita miliki sudah tidak memadai relevan lagi dengan kebutuhan dalam antisipasi cegah tangkal penyakit pada masa kini atau dengan konvensi kesehatan internasional yaitu IHR tahun 2005, keadaan ini akan menjadi hambatan yang cukup serius dalam operasional di

lapangan, disamping itu kita juga perlu prosedur untuk melaksanakan penindakan bagi pesawat atau kapal yang melanggar sehingga penegakan hukum dapat dilaksanakan dengan benar.

Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Wijono (1999) menyebutkan bahwa salah satu alat untuk mengukur mutu adalah standar. Standar ini dapat ditetapkan oleh instansi yang berwenang ataupun dapat disusun sendiri dan disepakati bersama antar pimpinan dan staff.

Menurut Donabedian (1990) yang dikutip Azwar (1996) bahwa standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan, sedangkan menurut WHO (1996) dalam Lily Gracediani (2004) standar ialah pernyataan tentang karakteristik mutu yang diharapkan dari suatu sistem. Secara luas, standar adalah pernyataan yang diharapkan untuk masukan, proses, perilaku, dan luaran dari sistem kesehatan, standar harus realibel, valid, realistik dan jelas. Candramohan and vander meer mengatakan dimana ada sistem tidak akan sempurna tanpa standar dan pengawasan untuk mencapai konsensus yang telah ditetapkan

#### **6.2.5. Uraian Tugas**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa uraian tugas yang dibuat oleh bidang-bidang dan bagian di KKP sudah ada namun tidak pernah dilakukan evaluasi apakah masih relevan atau tidak, masih efektif ataukah menjadi beban yang berat bagi petugas karena disamping tugas intinya mereka masih mendapat beban tambahan tugas lainnya. Hal diatas sesuai dengan apa yang dinyatakan oleh Handoko (1989)

beban kerja yang merata memberikan rasa keadilan bagi petugas sehingga akan mendorong prestasi kerja yang lebih baik lagi, dan menurut Siagian (1996) adanya rencana kerja dan uraian tugas yang jelas merupakan ciri organisasi yang baik.

Namun kondisi tersebut mungkin akan tidak menjadi masalah apa bila pimpinan dapat memberikan motivasi dan penghargaan kepada petugas tersebut sehingga pekerjaan yang dilakukannya tidak akan menjadi beban dan hambatan berarti dalam melaksanakan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi, hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (1996) bahwa yang dimaksud dengan motivasi adalah upaya yang menimbulkan rangsangan, dorongan dan ataupun pembangkit tenaga pada seseorang dan ataupun sekelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerja sama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dan agar orang mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan, kadang kala perlu disediakan perangsang (*incentive*).

#### **6.2.6. Sistem Cegah Tangkal Penyakit**

Dari hasil keterangan dari informan dapat diketahui bahwa sistem cegah tangkal penyakit menular dan penyakit potensi wabah yang dilaksanakan oleh KKP adalah sesuai dengan UU karantina baik udara maupun laut, yaitu memberlakukan semua pesawat dan kapal laut dari luar negeri atau dari negara terjangkit penyakit karantina berada dalam karantina, dalam kondisi ini nahkoda atau pilot pesawat dilarang menurunkan atau menaikan orang, barang, hewan, tanaman dan lain-lain sebelum mendapat izin karantina, dan pesawat atau kapal dapat dinyatakan bebas bila telah mendapat izin lepas atau izin dari dokter pelabuhan. Jika pesawat atau

kapal yang tidak tunduk pada peraturan di Indonesia tidak diizinkan berlabuhan di bandara maupun pelabuhan di wilayah Indonesia.

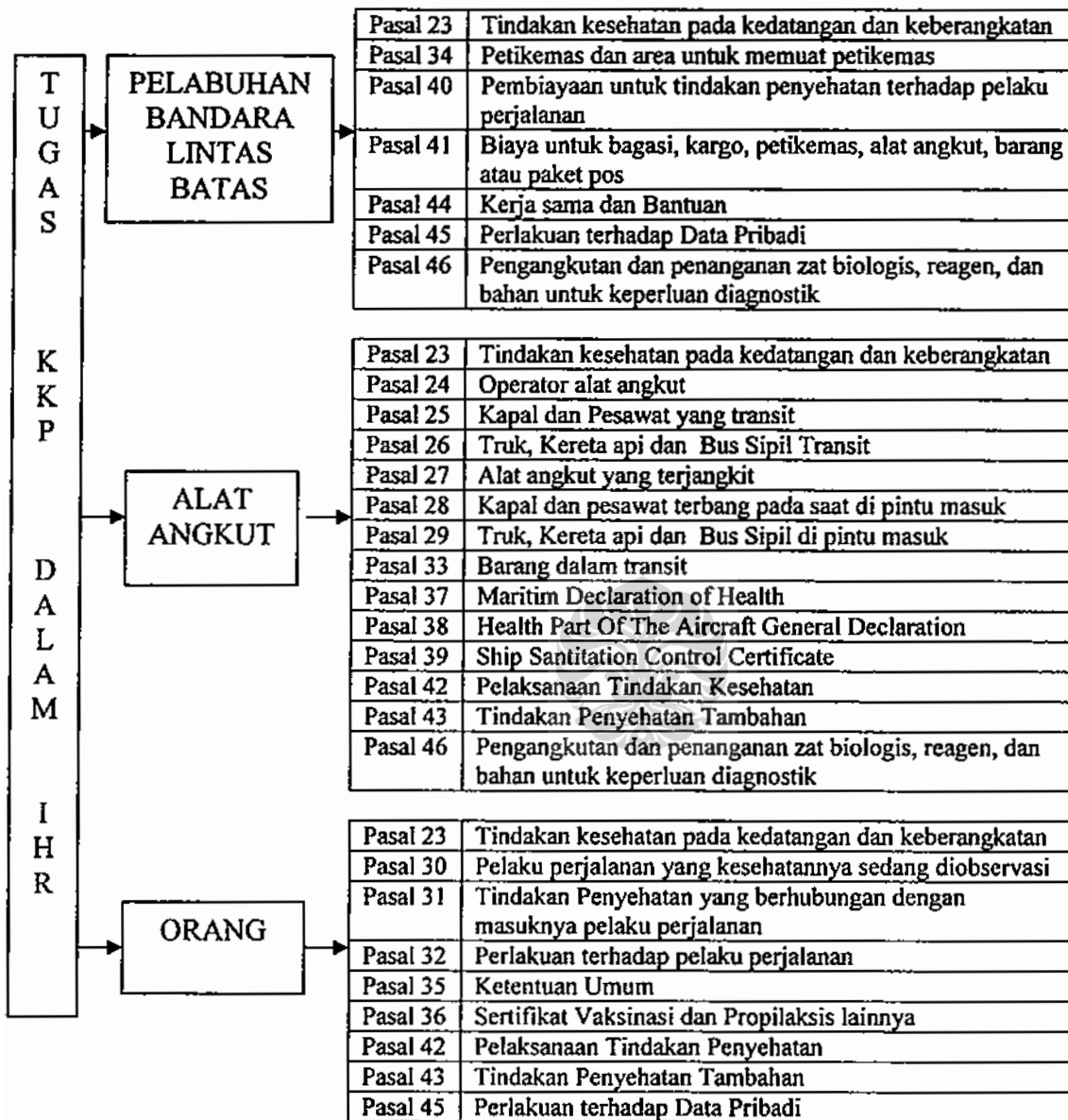
Menurut IHR tahun 2005 tujuan dari pemberlakuannya yaitu mencegah, melindungi dan menanggulangi terhadap penyebaran penyakit antar negara tanpa pembatasan perjalanan dan perdagangan yang tidak perlu, adapun penyakit yang dimaksud adalah penyakit menular yang sudah ada, baru dan yang muncul kembali serta penyakit tidak menular sebagai contoh radioaktif dan bahan kimia yang mungkin dapat menyebabkan kedaruratan kesehatan yang meresahkan dunia, jadi tidak hanya menjamin dari terhindarnya dari penyakit cholera, pes dan *yellow fever* seperti tercantum dala IHR tahun 1969. Sebagai perbandingan di negara Singapore juga melakukan pemeriksaan terhadap kapal terutama yang berasal dari negara terjangkit persis sama dengan apa yang Indonesia Lakukan karena mengacu pada IHR tahun 2008 namun kekarantinaan dilakukan oleh National Protection Agency (NPA) bukan oleh departemen kesehatannya dan pemberlakuan denda sampai 2000 dolar bagi nahkoda bila melanggar ketentuan penguasa pelabuhan Singapura.

<http://www.lawnet.com.sg>

Lebih lanjut dalam IHR 2005 yang diberlakukan tanggal 15 Juni 2005 dimana Indonesia termasuk yang menandatangani konvensi tersebut, jadi secara hukum Indonesia harus mengikuti aturan yang dipersyaratkan oleh ketentuan IHR tersebut, adapun beberapa hal yang berkaitan dan harus dilaksanakan oleh KKP udara, laut dan pos lintas batas antara lain :



Gambar. 6.1  
Skema Tugas KKP mengacu IHR tahun 2005



Dari hasil telaah dokumen untuk melakukan hal tersebut diatas belum semuanya dipunyai oleh KKP, terutama sisitem surveilan khusus berbasis KKP dan sistem jejaring koordinasi rujukan dengan karantina hewan dan tumbuhan belum ditemukan ada *memorandum of understanding* (MOU) atau kesepakatan surveilan dalam penanggulangan penyakit PHEIC dengan PUSKESMAS dan Suku Dinas

Kesehatan wilayah yang berbatasan serta menjadi daerah penyangga (buffer) dengan KKP.

Sedangkan untuk kegiatan rutin pengawasan vektor dan boarding atau pemeriksaan fisik pesawat dan kapal sudah dilakukan walupun belum semuanya kapal dan pesawat dapat diperiksa kondisinya, sementara ini baru difokuskan pada pesawat dan kapal dari luar negeri terutama negara terjangkau.

Kegiatan surveilan baik faktor risiko maupun penyakit seharusnya merupakan sistem yang terpadu antara KKP sebagai inspektor atau pengawas bidang kesehatan di wilayah pelabuhan dengan puskesmas dan suku dinas kesehatan wilayah administratif, karena dalam kapasitas inti surveilan yang dipersyaratkan oleh IHR tahun 2005 adalah mulai dari tingkat nasional, propinsi, kabupaten kota, puskesmas dan pelabuhan udara/laut dan pos lintas batas negara harus terintegrasi.

Menurut Schabas (2007), menyatakan bahwa kita benar-benar bertahan pada higiene dan sanitasi, medical cek up, imunisasi, antibiotik dan obat anti virus, seharusnya kita memfokuskan penguatan karantina pada surveilan global dan memperoleh peningkatan kemampuan serta menerapkan pengetahuan terbaru tentang penyakit menular. Sedangkan menurut Nikolay dalam *Rossiyskaya Gazeta Russia* (2007), mengatakan sistem atau teknik baru yang dipakai dalam aktifitas perdagangan di wilayah perbatasan dilakukan dengan sistem "One Stop – One Window" dimana diperbatasan dilakukan pengecekan terpadu oleh petugas dan beacukai yaitu kesehatan, karantina, kesehatan hewan dan yang lainnya.

Hal serupa yang di nyatakan oleh Gostin, (2006) bahwa dalam rangka kekarantinaan maka diberlakukan suatu peraturan yaitu Pusat kontrol penyakit menular dan pencegahan atau dikenal dengan istilah (CDC), mengumumkan

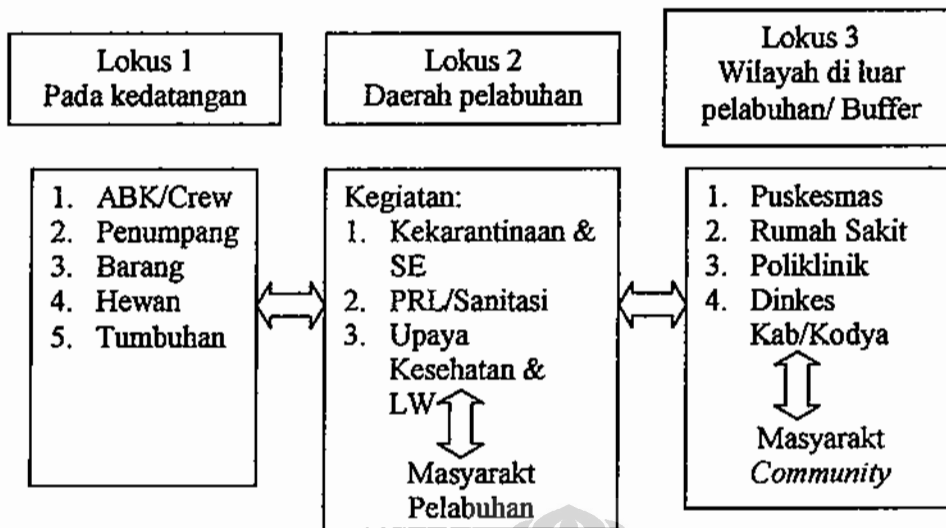
peraturan tentang *Control of Communicable Diseases* yaitu memberikan kuasa kepada pemerintahan pusat untuk melakukan pencabutan kebebasan warga sipil melalui kekarantinaan, surveilan dan pelacakan kontak penyakit serta di bidang perekonomian dengan minta izin untuk pemeriksaan, penghapusan dan rusaknya barang-barang pribadi, hal ini juga diberlakukan pada perusahaan penerbangan untuk menyerahkan data penumpang kepada CDC.

Kegiatan atau program cegah tangkal penyakit ini juga seharusnya dilakukan oleh semua KKP di seluruh Indonesia yang berjumlah 48 KKP, dari mulai KKP Kelas I, II, dan III dimana kesemuanya mempunyai tugas pokok dan fungsi yang sama, yaitu melakukan cegah tangkal penyakit menular dan penyakit potensial wabah dari luar negeri maupun dalam negeri, serta mengemban konvensi internasional yaitu IHR tahun 2005, namun pada pelaksanaannya bobot kegiatan masing-masing KKP disesuaikan dengan potensial risiko yang dihadapinya, baik dari jumlah faktor risiko kedatangan pesawat atau kapalnya dan juga dari mobilitas penumpang, barang yang melewati suatu pelabuhan tersebut, sebagai contoh di KKP Kelas I Jakarta potensial risiko dari mobilitas alat angkut dan penumpang sangat tinggi yaitu : 336.415 pesawat yang datang dari luar negeri sedangkan penumpangnya sekitar 6.400.631 orang pada tahun 2008, sementara di KKP Tanjung Priok jumlah kedatangan kapal sekitar 89.804581 kapal dan kegiatan ekspor dan import sebanyak 47.849.526 kegiatan pada tahun 2008, hal ini tentunya mempunyai faktor risiko masuknya agen atau bibit penyakit dari luar ke dalam negeri melalui alat angkut, komoditi dan manusia.

Dalam melakukan sistem kewaspadaan dini terhadap potensial penyakit menular dan penyakit menular wabah maka pengamatan dilakukan pada tiga lokus

tahapan, hal ini dapat dilihat pada skema atau model pengamatan surveilan sebagai berikut :

Gambar. 6.2  
Skema Lokus pengamatan Faktor Risiko di Pelabuhan atau Bandara



Sebagus apapun bentuk dari suatu sistem hal tersebut tidak akan efektif jika tidak ada keinginan dari dalam, dedikasi dan komitmen dari pimpinan untuk mempunyai efektifitas dan efisiensi dari sistem pelayanan kesehatan yang ada, (Chaulagi, Mayo et al., 2005). Sehingga jelas bahwa sistem adalah hanya sarana, bagaimana kita dapat menggunakan sistem itu untuk kepentingan cegah tangkal penyakit menular dan penyakit potensial wabah adalah yang utama.

## 6.2. Komponen Proses (Program atau Kegiatan bidang – bidang yang ada di KKP)

### 6.2.1 Perencanaan

Dari hasil wawancara dengan informan bahwa kegiatan perencanaan operasional program atau kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan

penyakit potensial wabah, dilakukan oleh tim kecil di masing-masing bidang dengan cara merumuskan semua kegiatan atau program yang akan dilakukan dalam satu tahun anggaran, kemudian rancangan tersebut di gabungkan di sub bagian perencanaan dan pelaporan untuk dibahas secara menyeluruh bersama kepala kantor dan kemudian menjadi rancangan anggaran untuk kegiatan atau program yang akan dilaksanakan dalam satu tahun kedepan.

Namun pada kenyataannya pembuatan perencanaan program atau kegiatan yang di rumuskan di KKP pada umumnya belum sepenuhnya menggunakan hasil data atau *eviden base* yang diperoleh dari kegiatan rutin atau surveilan, hal ini terjadi karena KKP belum melakukan surveilan, pemetaan faktor risiko dan penyakit dengan baik, dimana kegiatan rutin hanya direkap dan dibuat laporan tahunan tanpa ada umpan balik dari lintas sektor di pelabuhan maupun dari pusat, sementara itu laporan yang dibuat analisisnya masih sederhana berupa gambaran dari hasil kegiatan dan belum menjadi suatu informasi kesehatan yang dapat di jadikan bahan dalam perencanaan program atau kegiatan di KKP. Dalam pembuatan perencanaan tentunya seorang pimpinan atau tim harus mempunyai kemampuan untuk melakukan analisa, mana yang menjadi prioritas kegiatan dan mana yang bisa ditunda, kemampuan seperti wawasan dan data yang akurat tentunya sangat dibutuhkan dalam menunjang perencanaan yang baik hal ini sesuai dengan pernyataan Achmadi (2008) yang menyatakan bahwa ada 2 kompetensi, yang harus dimiliki dalam pengambilan keputusan yaitu yang berbasis *knowledge base* yaitu pengetahuan yang selalu di *up date* dan *evidence base* adalah pengambilan keputusan harus berdasarkan data atau fakta atau *evidence*.

Menurut Billy E. Goetz yang dikutip oleh Azwar (1996) bahwa perencanaan adalah kemampuan untuk memilih suatu kemungkinan dari berbagai kemungkinan yang tersedia dan yang dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan, sementara menurut Drucker masih dalam Azwar (1996) perencanaan adalah suatu proses kerja yang terus menerus meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting dan yang akan dilaksanakan secara sistematis, melakukan perkiraan-perkiraan dengan mempergunakan segala pengetahuan yang ada tentang masa depan, mengorganisasi secara sistematis segala upaya yang dipandang perlu untuk melaksanakan segala keputusan yang telah ditetapkan, serta mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap target yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang diterima dan yang telah disusun secara teratur dan baik.

Perencanaan program dan kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP seharusnya lebih menitik beratkan kepada capaian indikator kesehatan yang telah ditetapkan oleh kepmendes, Undang-undang karantina dan IHR tahun 2005 dimana pemenuhan *core capacity* atau kapasitas inti harusnya menjadi acuan program dan kegiatan cegah tangkal baik kegiatan rutin maupun kesiapsiagaan dalam menghadapi PHEIC, baik di pelabuhan laut, bandara maupun ditingkat wilayah kabupaten, propinsi dan pusat. Disamping itu data capaian kegiatan yang dikumpulkan setiap hari yang kemudian dibuat laporan tahunan seyogyanya di buat kajian sehingga data yang telah diolah dapat menjadi informasi dan acuan perencanaan pada tahun anggaran berikutnya, memang hal ini jadi agak sulit dimana data yang diperoleh biasanya tidak menggambarkan kondisi yang sesungguhnya karena waktu pengambilan data atau pelaksanaan kegiatan di

lapangan tidak sesuai dengan standar, hal ini merupakan problem lain lagi yaitu masalah SDM, standard dan payung hukum tentunya.

Perencanaan harus berdasarkan surveilan dan tersedianya strategi komunikasi yang cocok bagi masyarakat umum dan pelayanan kesehatan perorangan. Beberapa perencanaan dapat terbuat secara alami sementara di lain pihak perencanaan harus ditekankan pada operasionalnya dilapangan dan selalu mengujinya atau mengawasinya, (Mensua, at al., 2009), sedangkan perencanaan strategis adalah suatu proses yang tidak akan terjadi pada panitia *ad hock*, pertemuan reguler atau pertemuan staff, hal ini membutuhkan kehati-hatian dalam perencanaan yang paripurna, ketika kita membangun atau merevisi suatu perencanaan kita membutuhkan parameter-parameter dalam organisasi untuk waktu dua atau tiga tahun kedepan, <http://www.civicus.org/new/media/Strategic%20Planning.pdf>

### 6.2.2. Pengorganisasian

Dalam pengorganisasian kegiatan atau program cegah tangkal globalisasi penyakit dan penyakit potensial wabah di KKP, telah terbagi dalam bidang-bidang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan Permenkes nomor 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata Hubungan Kerja KKP yaitu

1. Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Eidemiologi melaksanakan tugas kekarantinaan, surveilans epidemiologi penyakit dan penyakit potensial wabah serta penyakit baru dan penyakit yang muncul kembali, pengawasan alat angkut dan muatannya, laulintas OMKABA, jejaring kerja, kemitraan , kajian, serta pengembangan teknologi, pendidikan dan pelatihan bidang kekarantinaan di wilayah kerja bandara, pelabuhan dan lintas batas negara.

2. Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan melaksanakan tugas pengendalian vektor dan binatang penular penyakit, pembinaan sanitasi lingkungan, jejaring kerja, kemitraan, kajian, serta pengembangan teknologi, pendidikan dan pelatihan bidang pengendalian risiko lingkungan di wilayah kerja bandara, pelabuhan dan lintas batas negara.
3. Bidang upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah melaksanakan tugas pelayanan kesehatan terbatas, kesehatan haji, kesehatan kerja, kesehatan matra, vaksinasi internasional, pengembangan jejaring kerja, kemitraan, kajian dan teknologi, pendidikan dan pelatihan bidang pengendalian risiko lingkungan di wilayah kerja bandara, pelabuhan dan lintas batas negara.

Dari sejumlah tugas yang harus dilaksanakan diatas dalam pengorganisasiannya KKP melalui bidang-bidang terkait melakukan pengaturan sejumlah personil sesuai tugasnya masing-masing, dan penjadwalan baik per bidang maupun jadwal terpadu untuk kegiatan antar bidang dalam kondisi kejadian luar biasa atau tugas malam, walau pada kenyataannya masih terdapat ketidak memadai personil dan kualifikasinya pada kegiatan-kegiatan yang di laksanakan di lapangan, namun demikian untuk mengatasi hal tersebut KKP melakukan strategi tugas rangkap dimana selain uraian tugas utamanya petugas juga ditambah dengan tugas-tugas tambahan dan tidak jarang tanpa memperhatikan jabatan fungsionalnya. Hal ini dilakukan agar tujuan dari program cegah tangkal penyakit menular di lingkungan KKP dapat di laksanakan. Kondisi ini sesuai dengan pernyataan Muninjaya (1999), bahwa pengorganisasian adalah suatu langkah untuk menetapkan, menggolong-golongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, penetapan petugas-petugas dan wewenang seseorang, dan pendelegasian wewenang dalam rangka mencapai tujuan.



Sehingga organisasi merupakan alat untuk memadukan (singkronisasi) semua kegiatan yang beraspek personil, finansial, material, dan tatacara dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Menurut Azwar (1996) dinyatakan bahwa batasan dalam pengertian pengorganisasian adalah sebagai berikut: 1. Organisasi adalah persekutuan antara dua orang atau lebih yang bersepakat untuk secara bersama-sama mencapai tujuan yang dimiliki, 2. Organisasi adalah suatu sistem yang mengatur kerjasama antara dua orang atau lebih, sedemikian rupa sehingga segala kegiatan dapat diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Bentuk Organisasi yang dapat mengintegrasikan organisasi struktural dengan organisasi fungsional adalah organisasi matriks. Dalam organisasi matriks setiap pegawai bertanggung jawab pada dua pihak, yaitu kepada kepala unit organisasinya dalam hal kerja-timnya untuk mencapai tujuan organisasi, dan kepada Ketua Kelompok Fungsional dalam hal profesionalisme kerjanya <http://www.depkes.go.id/downloads/p.pdf>.

### 6.2.3. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan atau program cegah tangkal globalisasi penyakit dan penyakit potensial wabah di KKP, dilaksanakan sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan atau *plan of action* (POA) yang telah di buat oleh masing-masing bidang. Bidang Penegndalian Risiko Lingkungan melakukan kegiatan pemeriksaan air bersih dan pengawasan sarananya, pengawasan tempat pengelolaan makanan (TPM), sarana lingkungan seperti tepat sampah, pengendalian vektor dll, Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah melakukan pemeriksaan penumpang di pintu kedatangan, kegiatan pelayanan kesehatan terbatas di poliklinik, pemberian ICV dll, Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi melakukan pengawasan alat

angkut baik pesawat atau kapal dan isinya, memberikan kartu kewaspadaan kepada penumpang atau orang yang di curigai datang dari negara terjangkau, melakukan surveilans penyakit dengan poliklinik di sekitar pelabuhan, pemeriksaan dan sertifikasi OMKABA, dll. Walaupun demikian disadari bahwa kegiatan atau program tersebut belum semua dilaksanakan dilapangan bahkan dievaluasi secara khusus kegiatan per kegiatan, akan tetapi secara keseluruhan kegiatan pengawasan rutin tetap dilaksanakan terlepas dari kualitas pemeriksaanya. Sedangkan kaitannya dengan pembagian tugas dan penjadwalan serta pendanaan maka, pada setiap bidang telah membuat POA dimana dalam jadwal tersebut semuanya tertulis kapan dan berapa dana yang telah disiapkan untuk pelaksanaan kegiatan baik rutin maupun penunjang, dengan catatan hal ini akan dapat berjalan bila tidak ada pemotongan anggaran di pertengahan tahun.

Adapun tujuan pelaksanaan dalam program cegah tangkal globalisasi penyakit dan penyakit potensial wabah oleh KKP adalah dimana unsur menejerial kepala bidang atau kepala seksi dapat memberikan bimbingan, motivasi, petunjuk dan komado baik tertulis maupun lisan yaitu adanya rencana pelaksanaan kegiatan maupun pendekatan personil atau pengarhan sehingga pelaksanaan kegiatan atau program dapat mudah dalam pengendaliannya, sementara pembuatan jadwal terpadu dalam kegiatan di lapangan akan menumbuhkan kerjasama yang lebih efisien antara bidang, dimana petugas dalam pekerjaan tersebut diharapkan akan timbul rasa memiliki, tercipta suasana lingkungan kerja yang lebih baik serta dapat memotivasi petugas untuk lebih menyukai pekerjaanya dan pada akhirnya tujuan dari program akan tercapai, hal ini sesuai dengan pendapat Azwar (1996) bahwa pengarhan

adalah memberikan bimbingan serta mengendalikan para pekerja dalam melakukan tugas guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Menurut Muninjaya (1999) Secara praktik fungsi aktuasi atau penggerakan dalam organisasi adalah usaha untuk menciptakan iklim kerjasama diantara staff pelaksana program sehingga tujuan organisasi dapat tercapai secara efektif dan efisien.

#### **6.2.4. .Pengawasan dan Evaluasi**

Pada dasarnya pengawasan yang dilakukan dalam program atau kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit dan penyakit potensial wabah yang dilakukan oleh KKP adalah pelaksanaan pengawasan berbasis jadwal atau POA dan pengawasan langsung setiap hari dan bulanan, dimana kegiatan pengendalian faktor risiko lingkungan baik itu lingkungan fisik maupun bersumber binatang seperti tikus, jentik nyamuk dan vektor lain, semuanya dilakukan setiap hari di areal pelabuhan, dimana pekerjaan selalu harus sesuai dengan standar operasional prosedur dan hasil kegiatan dibandingkan dengan indikator kesehatan yang ada di bidang masing-masing, sebagai contoh tentang vektor dimana indikator pelabuhan harus bebas vektor dan faktor risiko lingkungan yang berdampak terhadap kesehatan apakah sudah sesuai atau belum, walaupun pada kondisi tertentu SDM dan beban tambahan kerja selalu menjadi alasan untuk bekerja tidak optimal, sehingga capaian indikator kesehatan diragukan.

Menurut Muninjaya (1999) ada tiga langkah penting untuk melakukan pengawasan manajerial :

1. mengukur hasil/prestasi yang telah dicapai

2. membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur adalah rencana kerja operasional, tugas dan wewenang staf, mekanisme kerja sama, peraturan pelaksanaan dan target program yang ingin dicapai
3. Memperbaiki penyimpangan yang dijumpai berdasarkan faktor-faktor penyebab terjadinya penyimpangan. Bila diperkirakan terjadi penyimpangan, pimpinan perlu berusaha lebih dahulu untuk mencari faktor-faktor penyebabnya, kemudian menetapkan langkah-langkah untuk mengatasinya.

Pelaksanaan evaluasi program atau kegiatan dilakukan oleh KKP di masing – masing bidang yang dilaksanakan bulanan maupun di akhir tahun anggaran, hal ini dilakukan untuk segera dapat melihat apakah dijumpai kendala dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan atau ada hal lain yang perlu perencanaan ulang sehingga dapat di lakukan perbaikan dengan segera, sistem pelaporan dari bidang-bidang direkap di Sub bagian Program dan Laporan setelah di rekap kemudian dilaporkan melalui SIM Kespel ke pusat, sementara itu sisitem evaluasi surveilans epidemiologi dilakukan oleh tim surveilan epidemiologi dimana hasil evaluasi ini belum melibatkan stake holder maupun umpan balik dari pusat sehingga hasil evaluasi kinerja KKP seolah berjalan dengan lancar, padahal tidak ada masukan dan kritikan membangun untuk peningkatan kinerja selanjutnya. Ditambah lagi kondisi ini tidak sepenuhnya berjalan dengan baik karena berbagai alasan, sebagai contoh beban tambahan kerja petugas yang cukup banyak, motivasi tidak memadai, tidak berjalannya *punishment and reward* hal ini menjadi catatan dimana evaluasi kinerja tidak hanya menilai pada realisasi serapan anggaran saja akan tetapi evaluasi kegiatan yang lebih terintegrasi lagi.

Terry (1988:232) mengatakan bahwa pengawasan adalah proses mengevaluasi pelaksanaan kegiatan, menentukan sebab-sebab penyimpangan dan mengambil tindakan korektif dimana perlu, Stoner (1996) :266) mengatakan ada 3 unsur utama dalam pengendalian yaitu menetapkan sumber prestasi, mengukur prestasi yang sedang berjalan dan membandingkan dengan standar yang telah ditetapkan serta mengambil tindakan untuk perbaikan prestasi yang tidak sesuai dengan standar.

Pengawasan adalah mengumpulkan secara sistematis dan menganalisa informasi dari suatu kegiatan yang sedang berlangsung, hal ini ditujukan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi suatu kegiatan dalam suatu organisasi, dan kegiatan ini dilakukan pada selama kegiatan berlangsung, sementara evaluasi adalah suatu cara membandingkan dampak dari suatu program terhadap perencanaan yang telah dibuat apa yang sudah terpenuhi dan yang belum terpenuhi, dan kegiatan evaluasi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu pada waktu program sedang berlangsung dan diakhir suatu program, <http://www.civicus.org>

### **6.3. Komponen Out Put**

#### **6.3.1. *Core Capacities*/ Kapasitas Inti Pelabuhan Udara/Laut sesuai dengan IHR 2005**

*Core capacities*/kapasitas inti pelabuhan udara/laut sesuai dengan IHR tahun 2005, dimana kapasitas inti ini yang harus di siapkan oleh Indonesia sebagai negara yang menandatangani konvensi tersebut yaitu :

1. Kapasitas inti surveilan
  - a. Kemampuan tingkat masyarakat atau puskesmas :

- Mendeteksi penyakit atau kematian yang berbeda bermakna dengan keadaan sebelumnya
  - Melapor segera semua informasi penting ke berbagai pihak yang telah ditetapkan, masyarakat melapor ke etugas yang telah ditetapkan, pukesmas melapor ke dinas kesehatan atau instansi lain yang ditetapkan, laporan berisi informasi tentang gejala klinis, hasil pemeriksaan lab, sumber dan jenis risiko, jumlah kematian dan penderita, situasi yang mempengaruhi penyebaran penyakit dan tindakan yang telah diambil
  - Segera melaksanakan tindakan penanggulangan sementara
- b. Kemampuan tingkat propinsi/kabupaten/kota
- Mengkonfirmasi laporan dari puskesmas dan membantu tindakan tambahan, jika dianggap urgen, melapor ke pusat
- c. Kemampuan tingkat nasional
- Memverifikasi laporan yang bersifat urgen dalam 48 jam
  - Melapor segera ke WHO melalui *focal poin* nasional setelah verifikasi ternyata kejadian tersebut adalah PHEIC
  - Segera menentukan tindakan penanggulangan yang telah dilaksanakan pada tingkat administratif yang lebih rendah
  - Mengkoordinasi dengan instansi terkait agar tindakan penanggulangan tidak mengalami hambatan
  - Mengadakan sistem komunikasi cepat untuk koordinasi dengan rumah sakit, klinik pelabuhan udara/laut/pos lintas batas agar informasi dari WHO dan negara lain dapat disebarkan dengan cepat

- Membuat dan mengoperasikan rencana nasional penanggulangan kedaruratan kesehatan
- Siaga 24 jam

2. Kapasitas Inti Pelabuhan Udara/ Laut/ Pos Lintas Batas Negara yaitu :

a. Pelaksanaan kegiatan rutin :

- Memberikan pelayanan medis yang layak, termasuk fasilitas diagnostik yang memungkinkan assesment segera terhadap penumpang yang sakit
- Menyediakan transport untuk membawa mereka yang sakit ke fasilitas kesehatan yang dibutuhkan
- Menyediakan petugas untuk pemeriksaan pesawat, kapal dan kendaraan
- Menyediakan air yang aman untuk diminum, fasilitas catering, toilet, pembuangan limbah yang memadai
- Menyediakan staf untuk pemberantasan vektor setempat dan di sekitarnya

b. Kemampuan merespon PHEIC

- Membuat dan mengoperasionalkan rencana penanggulangan kedaruratan kesehatan termasuk menetapkan petugas yang bertanggungjawab dalam pelaksanaannya.
- Melakukan assesment dan memberikan pelayanan bagi penumpang yang sakit atau bagi hewan yang sakit. Dalam kaitan ini perlu dibuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan (termasuk kesehatan hewan) setempat bila dibutuhkan rujukan
- Menyediakan ruangan khusus yang terpisah dari yang lainnya, bagi penumpang yang diduga/mengidap penyakit tertentu dan akan diinterview lebih lanjut.

Upaya yang sudah dipersiapkan dalam memenuhi kapasitas inti KKP pelabuhan udara dan laut adalah berupa peningkatan kualifikasi SDM yaitu pelatihan-pelatihan keterampilan walupun dari jumlah yang diperlukan masih tidak memadai, sementara pemenuhan sarana dan prasarana selalu diusulkan pada setiap tahun anggaran, jejaring kerja dan kemitraan dengan *stake holder* di wilayah pelabuhan sudah diupayakan di setiap bidang sesuai dengan program atau kegiatannya masing-masing.

Kebutuhan dalam memenuhi kapasitas inti KKP di pelabuhan yang sangat perlu di siapkan pertaman tentunya dari SDM dimana kemampuan dan keterampilan petugas harus selalu terlatih dan selalu siap baik dalam kondisi biasa terlebih dalam kondisi KLB, sarana dan prasaran minimal seperti gedung isolasi dan ruang karantina, ambulan infeksi, mobil zenajah, alat pelindung diri, alat deteksi penyakit (*rapid test kit*), alat deteksi suhu, alat komunikasi cepat, dll, semua hal ini harus selalu siap dimana kita seperti tentara perang yang selalu siap dalam menghadapi segala kemungkinan acaman dan serbuan dari berbagai penyakit PHEIC baik dari luar negeri maupun dalam negeri, sementara tidak kalah pentingnya lagi adalah sistem surveilans, jejaring kerja dan kemitraan dengan lintas sektor sangat menentukan dalam pelaksanaan pengendalian penyakit menular dan penyakit potensial wabah, karena kita tidak mungkin bisa melakukannya sendirian saja sehingga kerjasama yang baik dengan lintas sektor di pelabuhan maupun dengan wilayah perlu terus di galang dan di perketat dalam bentuk yang nyata.

Menurut Achmadi (2008) bahwa surveilans merupakan komponen esensial yang memiliki *core competencies* dari sistem P2PL baik pada tingkat nasional yang didukung kantor kantor regional maupun tingkat kabupaten kota dengan demikian



untuk sistem surveilan juga terdiri dari subsistem surveilan nasional dan subsistem surveilan kabupaten, dimana keduanya harus mempunyai hubungan fungsional. Sementara sistem jejaring adalah sebuah sistem yang terdiri dari berbagai subsistem independen namun memiliki hubungan fungsional satu sama lain, keduanya merupakan suatu hal yang berbeda namun integral atau *differential integral* yang dihubungkan dengan mekanisme fungsional.

Jadi jelas dari pernyataan tersebut bahwa sistem jejaring surveilan KKP tidak terlepas dari sistem nasional dan wilayah bahkan dunia karena KKP adalah bagian dari institusi yang menjalankan peraturan internasional seperti IHR tahun 2005. Surveilan yang dilakukan oleh KKP fungsinya adalah untuk dapat memantau dan mengendalikan faktor risiko kesehatan baik dari luar negeri maupun potensi dari regional dalam negeri.



## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

Dari hasil pembahasan penelitian “Manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit Potensial Wabah Tahun 2009” dapat disimpulkan bahwa :

##### **7.1.1. Komponen *Input***

###### **1. Sumber daya Manusia (SDM)**

Saat ini jumlah SDM di KKP baik udara maupun pelabuhan masih kurang memadai, jika dilihat fungsi KKP sesuai dengan Permenkes No 356/Menkes/Per/IV/2008 yaitu sebanyak enambelas fungsi. Kondisi ini dapat menyebabkan pekerjaan teknis dilapangan cenderung dirangkap dan menjadi beban tambahan kerja petugas lainnya, sementara pendidikan dan pelatihan sangat diperlukan jika melihat kondisi SDM, kurang lebih 60 persen dari tenaga yang ada sekarang adalah berpendidikan di bawah minimal DIII bidang kesehatan.

###### **2. Dana**

Pendanaan yang dikelola oleh KKP pada saat ini masih berasal dari APBN murni, namun terus mengupayakan sumber dana lain, yaitu dari lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan berupaya mendapatkan bantuan luar negeri.

###### **3. Sarana**

Bila mengacu kepada IHR 2005 maka sarana dan prasarana KKP masih belum tersedia sepenuhnya dimana peralatan yang telah adapun dalam perawatannya sangat sulit dan mahal sedangkan penggunaannya belum digunakan dengan maksimal.

#### 4. Standar

Untuk pedoman kegiatan di KKP telah ada *standard operational procedur* (SOP), dan pedoman teknis, walau demikian hambatan dalam menjalankannya masih dirasakan, dimana dalam pelaksanaannya belum dilengkapi dengan tata hubungan kerja antar bidang terkait, sehingga terkadang timbul tumpang tindih dalam pembagian tugas, disamping itu perundangan karantina yang kita miliki sudah tidak relevan lagi dengan kebutuhan antisipasi cegah tangkal penyakit pada masa kini atau dengan konvensi kesehatan internasional yaitu IHR 2005.

#### 5. Uraian Tugas

Uraian tugas yang dibuat oleh bidang-bidang dan bagian di KKP sudah ada namun tidak pernah dilakukan evaluasi apakah masih relevan atau tidak, masih efektif atukah menjadi beban yang berat bagi petugas karena disamping tugas intinya mereka masih mendapat beban tambahan tugas lainnya.

#### 6. Sistem Cegah Tangkal Penyakit

Sistem cegah tangkal penyakit yang dilakukan oleh KKP adalah sesuai dengan UU karantina tahun 1962 baik udara maupun laut, dan IHR tahun 2005, walaupun demikian dari hasil telaah dokumen untuk melakukan hal tersebut diatas belum semuanya dipunyai oleh KKP, terutama sisitem surveilan khusus berbasis KKP dan sistem jejaring koordinasi rujukan dengan karantina hewan dan tumbuhan belum ada *memorandum of understanding* (MOU) atau kesepakatan surveilan dalam penanggulangan penyakit PHEIC dengan PUSKESMAS atau Suku Dinas Kesehatan wilayah, dimana kapasitas inti surveilan yang dipersyaratkan oleh IHR tahun 2005 adalah mulai dari tingkat nasional, propinsi, kabupaten kota, puskesmas dan pelabuhan udara/laut dan pos lintas batas negara harus terintegrasi.

### **7.1.2. Komponen Proses**

#### **1. Perencanaan**

Perencanaan program cegah tangkal penyakit dan penyakit potensial wabah yang dilakukan oleh KKP dibuat melalui tahapan perencanaan dibidang-bidang dengan menyusun tim kecil yang kemudian di rumuskan di tingkat kepala kantor sehingga menjadi rancangan program dan pembiayaanya atau dengan istilah rencana kegiatan anggaran kementerian dan lembaga (RKA-KL), namun pada pelaksanaannya pembuatan perencanaan belum memaksimalkan berbasis data atau *eviden based* yang ada, karena kurang akuratnya data yang diperoleh.

#### **2. Pengorganisasian**

Pengorganisasian semua kegiatan atau program telah terbagi pada bidang masing-masing sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya yang terdapat pada Permenkes nomor 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata hubungan kerja KKP, dalam pelaksanaannya dilakukan penjadwalan baik per bidang maupun jadwal terpadu antar bidang, terkadang tanpa melihat kualifikasi dan jabatan fungsionalnya.

#### **3. Pelaksanaan**

Pelaksanaan program atau kegiatan program cegah tangkal penyakit dan penyakit potensial wabah dilaksanakan sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan atau *plan of action* (POA) yang telah di buat oleh masing-masing bidang. Walaupun demikian disadari bahwa kegiatan atau program tersebut belum semuanya dilaksanakan dilapangan, bahkan dievaluasi secara khusus kegiatan per kegiatan, akan tetapi secara keseluruhan kegiatan pengawasan rutin tetap dilaksanakan terlepas dari kualitas pemeriksaanya.

#### 4. Pengawasan dan evaluasi

Pengawasan dilakukan oleh KKP adalah pelaksanaan pengawasan berbasis jadwal atau POA dan pengawasan langsung setiap hari dan bulanan, sementara kegiatan evaluasi dilakukan pada setiap triwulan dan habis tahun anggaran untuk melihat capaian program atau kegiatan, walaupun pada kondisi tertentu SDM dan beban tambahan kerja selalu menjadi alasan untuk bekerja tidak optimal, sehingga capaian indikator kesehatan diragukan

##### 7.1.3. Komponen Out Put

***Core Capacities/ Kapasitas Inti Pelabuhan Udara/Laut sesuai dengan IHR tahun 2005***

Upaya yang sudah dipersiapkan dalam memenuhi kapasitas inti KKP pelabuhan udara dan laut adalah berupa peningkatan kualifikasi SDM yaitu melakukan pelatihan-pelatihan keterampilan walupun dari jumlah yang diperlukan masih sangat kurang, sementara pemenuhan sarana dan prasarana selalu diusulkan pada setiap tahun anggran, jejaring kerja dan kemitraan dengan *stake holder* di wilayah pelabuhan sudah diupayakan di setiap bidang sesuai dengan program atau kegiatannya masing-masing. Namun sampai saat ini KKP belum membuat suatu sisitem jejaring surveilan terpadu yang baik dengan *stake holder* dan wilayah penyangga (*buffer*) setempat.

#### 7.2. Saran

##### 7.2.1. Komponen *Input*

1. KKP mengupayakan pemberdayaan SDM secara optimal dengan memberikan pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan kualifikasi yang dibutuhkan serta tingkatannya yaitu:

- Tingkat pengelola teknis dengan pendidikan S1 dan DIII, diantaranya yaitu :
  - Kekarantinaan laut dan bandara, Surveilans epidemiologi
  - Kemampuan pendeteksian radiasi, bahan biologi dan kimia (bioterrorisme) di pesawat, kapal dan lingkungan pelabuhan.
  - *boarding officer*, dan kemampuan teknis lainnya.
- Tingkat Manajemen dengan pendidikan Magister, diantaranya yaitu :
  - Kemampuan melakukan perencanaan kegiatan cegah tangkal penyakit yang berbasis data, baik sektoral maupun lintas sektor
  - Kemampuan melakukan manajemen faktor risiko penyakit, penatalaksanaan penyakit dan surveilans epidemiologi
  - Kemampuan melakukan perencanaan bugeting baik sektoral maupun lintas sektor
  - Kemampuan melakukan komunikasi dan desiminasi penyakit atau faktor risiko
  - Jejaraing kemitraan dengan stake holder di lingkungan pelabuhan dan wilayah buffer.

Selain peningkatan kemampuan SDM diatas, jika memungkinkan dalam sistem penganggaran maka KKP dapat merekrut tenaga honorer yang dibutuhkan, sementara untuk usulan rekrutmen pegawai baru melalui Depkes RI harus disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik KKP yaitu :

- Pegawai diutamakan yang laki-laki
  - Minimal pendidikan DIII kesehatan.
2. KKP sedapat mungkin memaksimalkan pendapatan negara bukan pajak (PNBP) melalui difersifikasi pelayanan sehingga dapat dimungkinkan

tambahan anggaran dari sektor pajak diluar anggaran DIPA, selain itu mengupayakan usulan dan jejaring dana masyarakat seperti LSM, dan bantuan luar negeri (BLN) bila memungkinkan.

3. Perlengkapan sarana dan prasarana KKP hendaknya mengupayakan peralatan minimal sesuai Kepmenkes No 431/2007 tentang Pedoman Teknis PRL, Kepmenkes No 425/2007 tentang Pedoman Penyelenggaraan Karantina Kesehatan dan Kepmenkes No 424/2007 tentang Pedoman Upaya Kesehatan Pelabuhan untuk pemeriksaan faktor risiko di lapangan sedangkan untuk peralatan yang lebih canggih, beragam dan membutuhkan standar khusus dalam pengoperasiannya, sebaiknya bekerja sama dengan Balai Besar Teknologi Kesehatan Lingkungan BBTKL, atau Laboratorium Kesehatan Daerah, sehingga terhindar dari biaya perawatan tinggi dan standarisasi peralatan.
4. KKP dapat memberikan usulan dan masukan dalam perbaikan standar, payung hukum dan tata hubungan kerja untuk kegiatan di KKP kepada tingkat pusat dimana hal ini dapat dilakukan dari bawah ke atas (*bottom up*)
5. Uraian tugas yang dibuat di KKP hendaknya disesuaikan dengan jabatan fungsional petugas sehingga petugas mendapatkan kredit poin dan kepuasan dari hasil kerja yang dilakukannya.
6. Sistem cegah tangkal penyakit menular dan penyakit menular potensial wabah yang dilakukan oleh KKP hendaknya lebih memperkuat sistem surveilans dan jejaring kerja dengan lintas sektor dan wilayah, serta ditindak lanjuti dengan membuat suatu MOU, agar kegiatannya mempunyai status hukum yang kuat.

### 7.2.2. Komponen Proses

1. Dalam membuat perencanaan KKP hendaknya berdasarkan data atau *eviden based* yang ada, dengan catatan data yang diperoleh valid dan mempunyai tingkat kepercayaan tinggi, juga dapat berdasarkan isu nasional dan internasional yang sedang berkembang, hal ini tentunya disesuaikan dengan sumber daya lainnya.
2. Dalam pelaksanaan kegiatan atau programnya KKP hendaknya selalu melakukan evaluasi kegiatan per kegiatan sehingga bila di temui hambatan atau penyimpangan dapat segera dilakukan perbaikan, sehingga kualitas dari kegiatan yang dilakukan benar-benar sesuai dengan standar.
3. Dalam melakukan pengawasan dan evaluasi hendaknya pimpinan KKP dapat melakukan pengawasan melekat serta memotivasi petugas dengan melakukan pertemuan harian atau bulanan sehingga tercipta suasana kerja yang baik.

### 7.2.3. Komponen Out Put

Dalam pemenuhan kapasitas inti KKP bandara dan laut yang dipersyaratkan IHR tahun 2005, hendaknya KKP mempersiapkan diri bersama Ditjen P2PL dengan mendata ulang kebutuhan dan sumber daya masing-masing, terutama mempersiapkan sistem surveilan terpadu nasional regional termasuk KKP.

### 7.2.4. Usulan Penelitian lain

Dengan adanya penelitian eksploratif ini sangat diharapkan adanya penelitian lanjutan antara lain di semua KKP dari kelas I, II dan III yaitu :

1. Manajemen sumber daya manusia sesuai tugas pokok dan fungsi KKP
2. Sistem surveilan berbasis KKP
3. Manajemen faktor risiko dan pelaksanaan kegiatan per bidang di KKP
4. Sarana penunjang pelaksanaan IHR tahun 2005 di KKP



## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, UF, 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Penerbit buku Kompas, Jakarta
- Achmadi, UF, 2008. *Horison Baru Kesehatan Masyarakat di Indonesia*, Rineka Cipta, Jakarta
- Azwar, A, 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, PT. Binarupa aksara, Jakarta
- Azwar, 2000. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Liberty Yogyakarta.
- Adisasmito, W, 2007. *Sistim Kesehatan*, PT. Raja Grafindo, Jakarta
- Atmosudirdjo S, 1982. *Administrasi dan Manajmen Umum*,Ghalia Indonesia, Jakarta
- Bensimon, Upshur, 2007. *Government Politic and Law dalam American Journal Of Public Health Vol 97 No. S1*
- Bossert, Bowser, et. al. 2007. *Is decentralization good for logistic systems? Evidence on essential medicine logistics in Ghana and Guatemala*. Dalam *Helath Policy and Planning* 22:73-82.
- Chaulagai, Mayo, et, al. 2005. *Design and implementation of health managemant information system in malawi : issues inovation and result*, Oxford University Press 10. 1093
- Candramohan and Van der meer, 2000. *International Health Aid and Professional independence : the need for quality standards and self regulation*. *Helath Policy and Planning*, 15 (2) 235-236
- Dreesch, Dolea et. al, 2005. *An approach to estimating human resource requirements to achive the Millennium Development Goals*. dalam Oxford University Press.
- Departemen Kesehatan RI, 1962. *Undang-Undang No 1, tahun 1962 Tentang Karantina Laut*, Depkes RI, Jakarta
- ....., 1962. *Undang-Undang No 2, tahun1962 Tentang Karantina Udara*, Depkes RI, jakarta
- ....., 1984. *Undang-Undang No. 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular,Depkes-RI, Jakarta*
- ....., 1992. *Undang-Undang No 23, 1992 Tentang Kesehatan*, Depkes RI, jakarta

- ....., 2002. *Revitalisasi Kantor Kesehatan Pelabuhan*, Direktorat Jenderal PPM & PL, Jakarta
- ....., 2003. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu*, Direktorat Jenderal PPM & PL, Jakarta
- ....., 2004. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)*, Depkes-RI, Jakarta
- ....., 2005. *International Health Regulation (IHR)*, tahun 2005, Depkes RI, Jakarta
- ....., 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 425/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Penyelenggaraan Karantina Kesehatan di Kantor Kesehatan Pelabuhan*, Depkes-RI, Jakarta
- ....., 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 431/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Teknis Pengendalian Risiko Lingkungan Kesehatan Lingkungan di Pelabuhan/ Bandara/ Pos Lintas Batas dalam Rangka Karantina Kesehatan*, Depkes-RI, Jakarta
- ....., 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 424/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Upaya Kesehatan Pelabuhan dalam rangka Karantina Kesehatan*, Depkes-RI, Jakarta
- ....., 2007. *Revisi Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan kejadian Luar Biasa (Pedoman Epidemiologi Penyakit)*, Direktorat Jenderal PP & PL, Jakarta
- ....., 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 356/Menkes/Per/IV/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kantor Kesehatan Pelabuhan*, Depkes- RI, Jakarta
- ....., 2008. *Laporan Tahunan Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok*, Depkes-RI, Jakarta
- ....., 2008, *Kepmenkes Nomor 267/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Daerah*. Depkes-RI, Jakarta
- Gracediani, L, 2003. *Evaluasi Pengelolaan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas alahan Panjang Kabupaten Solok Tahun 2003*, Depok : Thesis Fakultas Kesehatan masyarakat, Universitas Indonesia.

- Gubler et al., 2001. *Climate Variability and Change in the United States : Potential Impacts on Vector and Rodent- Borne Diseases*, Journal Environmental Health Perspectives. Volume 109 suplement 2.
- Gilson, Doherty, et al. 2003. *The SAZA study : implementing health financing reform in South Africa and Zambia*. Dalam Health Policy And Planning : 18 (1) 31-46, Oxford University Press.
- Gostin. O, 2006. *Federal Executive Power and Communicable Diseases Control CDC Quarantine Regulation*. Hasting Centre Report Mar/Apr 36,2 pg 10.
- Hamzah H, 2008. *Manajemen Penyakit Lingkungan Berbasis Wilayah*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Volume 11 No. 2 Juni 2009, FK Universitas Sriwijaya.
- Handoko, HT, 1994. *Manajemen*, edisi II, BPFE, University Yogya, Jakarta
- Hasibuan SP. Malayu, 1996. *Manajemen, dasar Pengertian dan Masalah*, PT Gunung agung, Jakarta
- Hardjito, Didiet, 1995. *Teori Organisasi dan Teknik Pengorganisasian*, Edisi Pertama, Raja Grafindo Perkasa, Jakarta
- Infectious Diseases (Quarantine) Regulations*, diakses 17 Juni 2009 dari <http://Lawnet.com.sg>
- Julitriasa DJ dan Suprihanto, 1998. *Manajemen Umum*, BPFE, Yogyakarta
- Jhon. W. Creswell, 2003. *Alih Bahasa, Research Design Qualitative & Quantitative Approach ( Pendekatann kualitatif dan kuantitatif)*, KIK Press, Jakarta
- Leonardo W.P, 2004. *Analisa pelaksanaan Tugas dan Fungsi Panitia Penegndalian Infeksi Nosokomial Pelayanan Kesehatan sint Carolus Jakarta*, Depok : Thesis Fakultas Kesehatan masyarakat, Universitas Indonesia.
- Legal Authorities for Isolation and Quarantine-Information from CDC. (2006, Apr) *Journal of Environmental Health* p.52
- Mensua, Maounier, et. al, 2009. *Pandemic influenza preparedness in Latin America analysis of national strategic plans*, dalam Helath Policy and Planning 1-8 Oxford University Press.
- Manullang, M, 1996. *Dasar-dasarManajemen*, Ghalia Indonesia, Jakarta
- Muninjaya, A. Gde, 1999. *Manajemen Kesehatan*, EGC Jakarta
- Monitoring and Evaluation*, diakses 15 June 2009, from <http://www.civicus.org>

- Nikolay. P, 2007. *Russian security chief interviewed on border focus, reforms BBC monitoring perform soviet union* dalam *Rossiykaya Gazeta*, Moscow Russia. accessed June 15, 2009 [http// Proquest. Umi.com](http://Proquest.Umi.com)
- Nazir.M, 1999. *Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia, Jakarta
- Nawawi, H, 1994. *Ilmu Administrasi*. Ghalia Indonesia, Jakarta
- Notoatmojo, S, 2003. *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Cetakan ke- 2 Mei Jakarta Rineka cipta.
- Reksohadoprodjo, S, 1992. *Dasar-dasar Manajemen*, Edisi 5, BPFE, Yogyakarta
- Shiffman, J, 2006. *Donor funding priorities for communicable diseases control in the developing world*. Dalam Oxford University Press
- Schabas R, 2007. *Is Quarantine Act relevant* , Canadian Medical Association Journal 176, 13
- Stoner. AF and Freeman, 1996. *Manajemen*, terjemahan, Intermedia, Jakarta
- Siagian, PS, 1998. *Manajemen Abad 21*, Bumi aksara , Jakarta
- Strategic Planning* accessed June 15, 2009, from <http://www.civicus.org>
- Soetji Y,L, 2003. *Pengembangan Basis Data dalam Rangka Penerbitan Certificate Of Pratique dan Surat Izin Berlayar (SIB) Kantor Kesehatan Pelabuhan di Pelabuhan Tanjung Priok*, Depok : Thesis Fakultas Kesehatan masyarakat, Universitas Indonesia.
- Terry, George R, 1988. *The Principels Of Management*. Richard D Irwin Inc home wood, Illionis
- Thabrany, H, 2008. *Kesehatan 2008: Dominasi Aspek Politis*. Media Indonesia edisi khusus akhir tahun, 16 Desember.
- Wijono, J, 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University, Surabaya
- Weiss, Mclean, 2004. *What have learnt from SARS*, dalam *Publihed online* 359, 1137-1140
- Zulkarnain, 2002. *Hubungan Kontrol Diri Dengan Kreatifitas Pekerja*, Digized USU digital Library.

## Lampiran 1. Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala KKP

### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM DENGAN KEPALA KANTOR KESEHATAN PELABUHAN

#### I Petunjuk Umum

1. Ucapkan terima kasih atas kesediaan waktunya
2. Jelaskan maksud dan tujuan pertemuan
3. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat
4. Dalam diskusi pewawancara member masukan untuk idea
5. Jelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga
6. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan dan jabatan

#### II. Identitas Informan

Nama : .....

Umur : .....

Jabatan : .....

Pendidikan terakhir : .....

No Telepon : .....

#### III. Keterangan Pelaksanaan

Hari / Tanggal : .....

Lamanya : .....

#### IV Pertanyaan

##### 1. IMPUT

##### A. SDM

- 1). Bagaimana pendapat Bapak/Ibu dengan jumlah SDM dan Kualifikasinya (Pendidikan, pelatihan) pelaksana dalam program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini?
- 2). Apakah masih perlu pengembangan SDM yang ada saat ini?

3). Apakah terdapat kendala dengan kondisi SDM pada saat ini, saran anda?

#### **B. DANA**

1. Sumber dana apa saja yang digunakan pada pengelolaan program atau kegiatan sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini
2. Bagaimana dengan pendanaan program Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini, apakah ada kendala, saran Bapak/Ibu?

#### **C. SARANA**

- 1) Apa saja sarana yang digunakan dalam menunjang sistem Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini?
- 2) Bagaimana kondisi dan pemeliharanya saat ini?
- 3) Hambatan apa saja yang di temui, saan bapak/Ibu?

#### **D. STANDAR**

- 1) Adakah standar dalam melakukan program Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini
- 2) Apakah masih ada kendala yang dijumpai terkait standar ini, saran bapak/Ibu

#### **E. URAIAN TUGAS**

- 1) Adakah uraian tugas dalam pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP, siapa yang membuat?
- 2) Apakah ada kendala yang dijumpai dalam uraian tugas ini, Saran bapak/ Ibu?
- 3) Apakah uraian tugas pernah dilakukan evaluasi?

#### **F. SISTEM CEGAH TANGKAL PENYAKIT**

- 1) Bagaimana sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP
- 2) Apakah ada kendala yang dihadapi, saran Bapak/Ibu?

## 2. PROSES

### A. PERENCANAAN

- 1) Bagaimana perencanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP di KKP
- 2) Apa dasar Bapak/Ibu dalam membuat perencanaan tersebut, Bagaimana cara membuatnya?
- 3) Bagaimana keterpaduan dengan program lainnya, apakah dijumpai kendala, sarannya?

### B. ORGANISASI

- 1) Bagaimana pengorganisasian dalam pelaksanaan program program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
- 2) Bagaimana mengkoordinasikan dengan bidang dan program lainnya?
- 3) Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### C. PELAKSANAAN

- 1) Bagaimana pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
- 2) Bagaimana mengkoordinasikan dengan bidang dan program lainnya?
- 3) Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### D. PENGAWASAN DAN EVALUASI

- 1) Bagaimana pengawasan pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
- 2) Bagaimana melakukan evaluasi program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP ?
- 3) Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

## 3. OUTPUT

### *Core Capacity / Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR 2005*

- 1) Bagaimana Pendapat Bapak/Ibu dengan kapasitas inti KKP dalam melaksanakan sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di miliki oleh KKP pada saat ini?
- 2) Apa saja yang sudah diupayakan KKP dalam pemenuhan kapasitas inti tersebut? Apakah di temui kendala, saran Bapak/Ibu ?

## Lampiran 2. Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang

### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM DENGAN KEPALA BIDANG KANTOR KESEHATAN PELABUHAN

#### I Petunjuk Umum

1. Ucapkan terima kasih atas kesediaan waktunya
2. Jelaskan maksud dan tujuan pertemuan
3. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat
4. Dalam diskusi wawancara member masukan untuk idea
5. Jelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga
6. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan dan jabatan

#### II Identitas Informan

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Jabatan : .....
4. Pendidikan terakhir : .....
5. No Telepon : .....

#### III Keterangan Pelaksanaan

1. Hari / Tanggal : .....
2. Lamanya : .....

#### IV Pertanyaan

##### 1 IMPUT

##### A. SDM

- 1). Bagaimana pendapat Bapak/Ibu dengan jumlah SDM dan Kualifikasinya (Pendidikan, pelatihan) sebagai pelaksana dalam program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini?
- 2). Apakah masih perlu pengembangan SDM yang ada saat ini?



3). Apakah terdapat kendala dengan kondisi SDM pada saat ini, saran anda?

#### **B DANA**

1. Sumber dana apa saja yang digunakan pada pengelolaan sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini
2. Bagaimana dengan pendanaan program sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini, apakah ada kendala, saran Bapak/Ibu?

#### **C SARANA**

- 1) Apa saja sarana yang digunakan dalam menunjang sistem Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini?
- 2) Bagaimana kondisinya saat ini dan pemeliharanya?
- 3) Hambatan apa saja yang di temui, saan bapak/Ibu?

#### **D STANDAR**

- 1) Adakah standar dalam melakukan program Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini
- 2) Apakah masih ada kendala yang dijumpai mengenai standar ini, saran bapak/Ibu

#### **E URAIAN TUGAS**

- 1) Adakah uraian tugas dalam pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP, siapa yang membuat?
- 2) Apakah ada kendala yang dijumpai dalam pemberlakuan uraian tugas ini, Saran bapak/ Ibu?
- 3) Apakah uraian tugas pernah dilakukan evaluasi?

#### **F SISTEM CEGAH TANGKAL PENYAKIT**

1. Bagaimana rogra cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP
2. Apakah ada kendala yang dihadapi, saran Bapak/Ibu?

## **G PROSES**

### **1 PERENCANAAN**

- 1) Bagaimana perencanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP ?
- 2) Apa dasar Bapak/Ibu dalam membuat perencanaan tersebut, Bagaimana cara membuatnya?
- 3) Bagaimana keterpaduan dengan program lainnya, apakah dijumpai kendala, sarannya?

### **2 ORGANISASI**

1. Bagaimana pengorganisasian dalam pelaksanaan program program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Bagaimana mengkoordinasikan dengan bidang dan program lainnya?
3. Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### **3 PELAKSANAAN**

1. Bagaimana pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Bagaimana mengkoordinasikan dengan bidang dan program lainnya?
3. Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### **4 PENGAWASAN DAN EVALUASI**

1. Bagaimana pengawasan pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Bagaimana melakukan evaluasi program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP ?
3. Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### **5 OUTPUT**

#### ***Core Capacity / Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR 2005***

1. Bagaimana Pendapat Bapak/Ibu dengan Kapasitas Inti KKP dalam Melaksanakan sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di miliki oleh KKP pada saat ini?
2. Apa saja yang sudah diupayakan KKP dalam pemenuhan Kapasitas Inti tersebut? Apakah di temui kendala, saran Bapak/Ibu ?

### Lampiran 3. Pedoman FGD

#### PEDOMAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD) DENGAN KEPALA SEKSI KANTOR KESEHATAN PELABUHAN

##### I Petunjuk Umum

- 1) Ucapkan terima kasih atas kesediaan waktunya
- 2) Jelaskan maksud dan tujuan pertemuan
- 3) Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat
- 4) Dalam diskusi fasilitator/Peneliti memberi masukan untuk idea
- 5) Jelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga
- 6) Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun kelompok mulai dari nama, umur, pendidikan, dan jabatan fungsionalnya.

##### II Kelompok

1. Nama Institusi : .....
2. Alamat Institusi : .....

##### III Keterangan Diskusi Kelompok

1. Hari / Tanggal : .....
2. Lamanya : .....
3. Jumlah Peserta : .....
4. Fasilitator : .....
5. Tempat : .....



##### IV Topik

**“Sistem Manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular Dan Penyakit Potensial Wabah sesuai dengan IHR tahun 2005 oleh KKP”**

##### V Pertanyaan Umum

###### 1 IMPUT

###### A. SDM

- 1). Bagaimana pendapat Bapak/Ibu dengan jumlah SDM dan Kualifikasinya (Pendidikan, pelatihan) sebagai pelaksana dalam program cegah tangkal

globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini?

- 2). Apakah masih perlu pengembangan SDM yang ada saat ini?
- 3). Apakah terdapat kendala dengan kondisi SDM pada saat ini, saran anda?

#### **B DANA**

1. Sumber dana apa saja yang digunakan pada pengelolaan program atau kegiatan sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini
2. Bagaimana dengan pendanaan program Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini, apakah ada kendala, saran Bapak/Ibu?

#### **C SARANA**

1. Apa saja sarana yang digunakan dalam menunjang sistem Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini?
2. Bagaimana kondisinya saat ini dan pemeliharanya?
3. Hambatan apa saja yang di temui, saan bapak/Ibu?

#### **D STANDAR**

1. Adakah standar dalam melakukan program Cegah tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP pada saat ini
2. Apakah masih ada kendala yang dijumpai mengenai standar ini, saran bapak/Ibu

#### **E URAIAN TUGAS**

1. Adakah uraian tugas dalam pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP, siapa yang membuat?
2. Apakah ada kendala yang dijumpai dalam uraian tugas ini, Saran bapak/ Ibu?
3. Apakah uraian tugas pernah dilakukan evaluasi?

#### **F SISTEM CEGAH TANGKAL PENYAKIT**

1. Bagaimana sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di laksanakan oleh KKP

2. Apakah ada kendala yang dihadapi, saran Bapak/Ibu?

## **2 PROSES**

### **A PERENCANAAN**

1. Bagaimana perencanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Dalam membuat perencanaan apakah data atau laporan kegiatan dijadikan suatu pertimbangan ?
3. Bentuk surveilan yang bagaimana sehingga dapat menunjang dalam kegiatan perencanaan?
4. Dalam kegiatan surveilan dalam kaitannya membuat perencanaan apakah sudah melakukan pemetaan faktor risiko di pelabuhan?

### **B ORGANISASI**

1. Bagaimana pengorganisasian dalam pelaksanaan program program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Bagaimana mengkoordinasikan dengan bidang dan program lainnya?
3. Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### **C PELAKSANAAN**

1. Bagaimana pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Bagaimana mengkoordinasikan dengan bidang dan program lainnya?
3. Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### **D PENGAWASAN DAN EVALUASI**

1. Bagaimana pengawasan pelaksanaan program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP?
2. Bagaimana melakukan evaluasi program cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP ?
3. Adakah hambatan dalam melakukannya, saran?

### 3 OUTPUT

#### ***Core Capacity / Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR 2005***

1. Bagaimana Pendapat Bapak/Ibu dengan Kapasitas Inti KKP dalam Melaksanakan sistem cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit potensial wabah yang di miliki oleh KKP pada saat ini?
2. Apa saja yang sudah upayakan KKP dalam pemenuhan Kapasitas Inti tersebut? Apakah di temui kendala, saran Bapak/Ibu ?



**Lampiran 4. Inform Concern**



**INFORM CONCERN (FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN)**

Dengan membubuhkan tandatangan saya di bawah ini,

Saya telah diberi penjelasan bahwa keperluan penelitian ini adalah untuk mengetahui Sistem Manajemen Cegah Tangkal Globalisasi Penyakit Menular dan Penyakit Potensial Wabah di Pelabuhan dan Bandara. Hasil penelitian ini sangat penting dalam meningkatkan pemahaman mengenai manajemen Cegah tangkal penyakit Menular dan penyakit potensial wabah dari luar negeri dan dari dalam negeri, sehingga diharapkan dapat membuat suatu sistem manajemen yang lebih baik lagi.

**Identitas Informan**

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki, 2. Perempuan)\*

Pendidikan terakhir : .....

Tempat Kerja : .....

Jabatan : .....

Lama menduduki jabatan : .....

Lama Kerja Keseluruhan : .....

**Keterangan Pelaksanaan**

Hari / Tanggal : .....

Bersedian diwawancarai : 1. Bersedia 2. Tidak Bersedia)\*

- Saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan berkenaan dengan tatacara penelitian ini dan saya menyetujui dan bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa paksaan dari pihak manapun.
- Keterangan atau informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini akan diperlakukan sebagai rahasia.

(.....)

Informan

(.....)

Peneliti

\* Lingkari yang cocok

### Lampiran 5. Daftar Ceklist dan Observasi

#### DAFTAR CHECK LIST DAN OBSERVASI

Keberadaan Sarana Pendukung Sistem manajemen cegah tangkal penyakit menular dan penyakit potensial wabah di KKP .....

Bidang : Pengendalian Karantina dan SE, PRL, UK & LW)\*

No	Nama Sarana Pendukung	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	SDM : ( Daftar Tenaga & Fungsionalnya)			
2	Dana : (Sumber dan Alokasi Pendanaan/ DIPA)			
3	Standar : <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP</li> <li>• Tahubja</li> <li>• Perundangan</li> </ul>			
4	Sarana : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bidang PRL</li> <li>• Bidang UK &amp; LW</li> <li>• Pengendalian Karantina &amp; SE</li> </ul>			
5	Perencanaan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data Faktor Risiko</li> <li>• POA/RPK</li> <li>• RKAKL</li> </ul>			
6	Pengorganisasian : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur</li> <li>• Uraian Tugas</li> <li>• Jadwal kegiatan</li> </ul>			
7	Pelaksanaan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jadwal</li> <li>• Uraian Tugas</li> </ul>			
8	Pengawasan & Evaluasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laporan Kegiatan</li> <li>• Arsip Laporan</li> <li>• Penilaian Kegiatan</li> </ul>			



Lampiran 6. Wawan cara mendalam dengan Kepala KKP

MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM  
KEPALA KKP KELAS I TANJUNG PRIOK DAN KKP KELAS I JAKARTA

VARIABEL		INFORMAN	
No		Ka. KKP Kelas I Tg. Priok	Ka. KKP Kelas I Jakarta/ pjs
A	Input		
1	SDM	Masalah SDM mayoritas di KKP Tanjung Priok ini bukan merupakan tenaga teknis, ya sekitar 60%, SLTA atau tenaga umum, namun demikian tetap dilakukan peningkatan dari segi kualitas dengan melakukan pelatihan-pelatihan teknis, sehingga diharapkan lambat laun masalah SDM ini akan teratasi, namun demikian kita tetap melakukan usulan formasi ke Depkes tenaga yg dibutuhkan namun karena sangat terbatas, maka kita melakukan suatu kebijakan atau inisiasi dengan merekrut tenaga honorer AKL dan AKPER untuk mencukupi kebutuhan program, walaupun dengan keterbatasan anggaran, pada saat ini terdapat 9 -12 orang tenaga honorer	Tenaga Kesehatan setelah dihitung dengan kebutuhan ternyata kurang terutama dokter, untuk pelayanan dan kewaspadaan dari jumlah tenaga dokter di harapkan setiap poliklinik di setiap terminal ada satu dokter, karena ada 14 terminal kedatangan yang paling tidak satu dokter stanbay
2	Dana	Pada saat sekarang murni APBN, namun sedang dikembangkan sumber lain yaitu PNBP, dengan peningkatan PNBP nantinya 80% dananya dapat digunakan oleh kita untuk menjadi sumber dana dalam program cegah tangkal globalisasi penyakit ini, sementara dari BLN belum ada namun sedang kita upayakan, masalah memadai atau tidak kalo	dari APBN, akan tetapi kalau sedang ada kejadian KLB dan Emergensi biasanya ada bantuan dari pusat, kalau masalah cukup tentunya sangat kurang karena masih banyak kegiatan yang belum terdani, apa lagi bila di pertengahan tahun ada pemotongan, tambah berat lagi

		<p>kita katakan memadai ya relatif, jika dilihat dari perkembangan situasi seperti sekarang tentunya masih banyak program-program cegah tangkal penyakit yang masih belum terdani belum lagi kalo ada pemotongan, tentunya akan tambah sedikit</p>	
3	Sarana	<p>Pengadaan sarana dan prasarana di KKP sudah mulai di adakan sejak tahun anggaran 2005 sampai sekarang, ada juga bantuan dari pusat, namun mengenai sarana dan prasarana kalau dikatakan cukup juga tidak, apa lagi kalau mengacu IHR tahun 2005 ini tentu kurang, disamping itu ada peralatan yang membutuhkan kalibrasi ini tentunya perlu perhatian khusus, namun demikian kita akan selalu beraktualisasi diri dalam pengembangan sarana dan prasarana untuk program, walau demikian untuk peralatan minimal kami rasakan sudah cukup</p>	<p>sarana cukup, kecuali ambulan infeksi, tetapi kita bisa pinjam namun ruang isolasi dan karantina belum ada, untuk kegiatan klinik malah kita dapat ronsen dari Karkes (P2PL), namun belum ada tempat untuk operasionalnya</p>
4	Standar	<p>Standar/SOP perlu pengembangan lagi, karena masih bersifat lokal, selain itu yang paling penting dan mendesak disini adalah payung hukum yaitu UU karantina NO 1 &amp; 2 sudah tidak relevan lagi dengan perundangan yang lainnya seperti perundangan kepabeanan, karantina pertanian dll sudah advance. sehingga kita akan lebih cepat lagi dalamantisipasi cegah tangkal penyakit sesuai dengan IHR 2005</p>	<p>Standar sudah ada, kebutuhan lain adalah terutama payung hukum, dan standar yang sekaitan dengan kekarantina udara, terutama uu karantina sudah kurang relevan dengan IHR 2005, SDM yang mencukupi sesuai dengan kualifikasi yang kita inginkan</p>
5	Uraian Tugas	<p>Untuk Uraian tugas sudah ada di bidang-bidang, disamping itu kita telah membentuk tim gerak cepat</p>	<p>Uraian tugas sudah ada pada tiap petugas dan dibuat oleh bidangnya masing-masing sesuai</p>

		<p>KLB, cara evaluasinya 1. kami meminta di setiap bidang melakukan rapat staff mingguan wajib, 2. tiap bulan antar bidang, evaluasi ini dilakukan adalah untuk melihat hasil laporan harian, mingguan maupun yang bulanan. dari sanalah kita bisa melihat program-program yang kita lakukan dan kesiapan petugas serta melihat peningkatan kualitas teknis dari masing-masing bidang, disamping itu dilakukan juga evaluasi program secara menyeluruh termasuk serapan DIPA di KKP</p>	<p>dengan tugasnya akan tapi untuk mengevaluasinya belum pernah ada khusus untuk uraian tugas</p>
6	Sistem Cegah Tangkal Penyakit	<p>Sistem cegah tangkal di KKP sudah ada sesuai dengan UU Karantina dan IHR2005, akan tetapi bila dikaitkan dengan globalisasi penyakit seperti new emeing dan re emeing diseases, dalam hal ini pelaksanaannya harus disesuaikan dengan kondisi terutama peningkatan kualitas pemeriksaan terhadap alat angkut dan isinya, dalam sistim ini juga kita mempunyai NSW dimana + 7 hr kapal sebelum datang kita bisa tau informasi kedatangan kapal, hal ini dapat menjadi suatu sistem deteksi penyakit (informasi awal dari agen/nahkoda) yang terdapat pada alat angkut atau sebagai info awal</p>	<p>sistem cegah tangkal kita fokuskan pada pintu kedatangan, baik pesawat maupun penumpang, terutama dari negara terjangkit kita harus naik ke kapal bording, di UKLW kita adakan penguatan skrening 1 dengan melakukan bording khusus pesawat suspek, skrening ke 2 melalui termoskener dan visual, sekaitan dg H1N1 kita bingung terutama di pesawat, memang untuk orang yang terinfeksi langsung rujuk ke RSP, program kami ya baru pelayanan klinik saja</p>
B	Proses		
1	Perencanaan	<p>Dalam membuat perencanaan tentunya ada kaitannya dengan kegiatan dan anggaran, biasanya perencanaan dilakukan dan diusulkan oleh bidang-bidang sesuai program dan kebutuhannya, setelah dibuat perbidang kemudian didiskusikan bersama</p>	<p>Perencanaan di buat berdasarkan usulan perbidang yang kemudian di ajukan atau di kumpulkan di TU kemudian dibuat suatu kesepakatan dan kita ajukan ke pusat</p>

		untuk penyempurnaan dan penyesuaian kira-kira kegiatan atau program apa saja yang akan di proiritaskan , kemudian kita ajukan ke dirjen anggaran melalui P2PL	
2	Organisasi	Pengorganisasian dalam Fungsi cegah tangkal penyakit di KKP dilakukan sesuai dengan susunan organisasi dan tugas yang melekat pada bidang-bidang dimana setiap bidang terdiri dari beberapa staf dan petugas fungsional yang melaksanakan kegiatan pemantauan risiko lingkungan termasuk alat angkut dan deteksi dini penyakit sesuai dengan kaidah-kaidah surveilan, sehingga tujuan dari perencanaan dapat tercapai dengan baik	Pengorganisaian yang dilakukan oleh KKP bandara adalah sesuai dengan Permenkes 356 tahun 2008, dimana semua bidang melaksanakan kegiatan dan programnya masing-masing sesuai dengan perencanaan dan anggaran yang ada
3	Pelaksanaan	Pelaksanaan kegiatan atau program cegah tangkal penyakit agar berjalan dengan baik maka dibuat jadwal dan POA untuk mematau kegiatan dalam setahun, disamping itu dalam pelaksanaan kegiatan di masing-masing bidang kepala bidang dan seksi harus selalu mengarahkan dan memantau setiap pelaksanaan oleh staffnya secara terus menerus	Dilakukan dengan membuat jadwal harian di bidang masing-masing dan jadwal terpadu untuk keggiatan seperti jaga malam, ada KLB dll
4	Pengawasan dan Evaluasi	Pengawasan atau minitoring harus selalu dilakukan oleh pimpinan secara berjenjang dimulai dari bidang masing-masing, apakah sudah sesuai dengan indicator kesehatan yang diinginkan, atau pada waktu pelaksanaan terjadi penyimpangan , maka fungsi pengawasan untuk meluruskan kembali ke treknnya, sebagai kontrol bisa juga digunakan POA untuk melihat serapan anggaran, sehingga tujuan dari organisasi tercapai, kalo evaluasi sekaitan	Pengawansan dilakukan dengan melihat POA apakah telah sesuai atau tidak, bila tidak berarti ada kegiatan yang belum di laksanakan, hal ini dapat berfungsi sebagai pengawasan, sedangkan evaluasi biasanya dilakukan hasbis tahun anggaran, dengan membuat Tapkin

		dengan program dan anggaran kita lakukan setiap tahun anggaran	
C	Out put Core capacity/ Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR tahun 2005	Dalam memenuhi kapasitas inti yang dipersyaratkan oleh IHR tahun 2005 telah melakukan Upaya -upaya yg dilakukan dalam cegah tangkal penyakit terutama pengendalian faktor risiko, yaitu melakukan inovasi seperti pengendalian vektor terutama jentik, dengan melakukan sensitifitas /uji , ovi trap, PM trap, selain itu kita melakukan jejaring dengan lintas sektor dan stake holder di lingkungan pelabuhan dalam rangka cegah tangkal penyakit ini, sementara untuk sarana sedikit demi sedikit kita anggarkan setiap tahunnya	yang perlu mungkin peningkatan SDM melalui pelatihan keahlian BLS, BTCLS dll sementara ini masih kurang, terus untuk kondisi klb kita meminta tambahan tenaga dokter ke pusat untuk pelayanan di bandara, jejaring kita lakukan denga AD Bandara, dan poliklinik di di bandara
D	Hambatan Kendala	Kurangnya dana untuk pengembangan program, masalah SDM mayoritas di KKP Tg Priok ini bukan merupakan tenaga teknis, ya sekitar 60%, SLTA atau tenaga umum, payung hokum undang-undang dll	Sebetulnya kelasik ya.. yaitu masalah tenaga, pendanaan yang kecil, standar kerja dan perundangan terutama UU karantina harusnya sudah di amandemen.

Lampiran 7. Matrik FGD

MATRIK HASIL FGD  
KEPALA SEKSI KKP KELAS I TANJUNG PRIOK DAN KKP KELAS I JAKARTA

VARIABEL		INFORMAN	
No	Input	Ka. KKP Kelas I Tg. Priok	Ka. KKP Kelas I Jakarta/ pjs
1	SDM	SDM yang dibutuhkan di KKP tentunya harus banyak yang berlatar belakang pendidikan kesehatan karena lebih banyak melaksanakan pemantauan faktor risiko kesehatan baik risiko lingkungan maupun penyakit sementara itu tenaga medis dan paramedis diperlukan untuk melakukan Tindakan medis dan mendiagnosa kasus penyakit, dasamping itu juga dibutuhkan tenaga umum sebagai penunjang ketatausahaan	Kesiapan KKP bandara dari segi SDM masih kurang terutama dokter dan petugas lainnya, sarana kita belum punya ruang isolasi dan karantina disamping itu kita belum ada ambulan khusus penyakit infeksi"
2	Dana	Pendanaan di KKP berasal dari APBN sementara pembiayaan untuk program atau kegiatan cegah tangkal penyakit menular di KKP masih dirasakan kurang, karena masih banyak program atau kegiatan yang belum terdani sebagai contoh dalam kegiatan jejaring kerja dan sosialisasi, maupun pendampingan di wilayah kerja belum lagi bila ada pemotongan di pertengahan tahun, walupun demikian kegiatan rutin cukup tercover	Dana yang di peroleh untuk kegiatan dan program berasal dari APBN, sementara ini dirasakan masih kurang sedangkan tambahan dana biasanya dari proyek Pusat bila ada kejadian luar biasa.
3	Sarana	Sarana dan prasarana yang dibutuhkan adalah yang menunjang pemantauan faktor risiko dan deteksi	Kita belum punya ruang isolasi dan ruang karantina apa lagi ambulan infeksi yang

		penyakit baik itu lab klinis maupun lab kesling dan vektor termasuk alat mobilitasnya yaitu kendaraan roda empat dan dua, sementara sarana untuk kekarantina perlu ruang isolasi dan ruang karantina yang mempunyai standar WHO	sesuai standar WHO, sementara untuk peralatan risiko lingkungan terutama untuk operasional di lapangan kurang.
4	Standar	SOP sudah ada namun ada beberapa hal yang perlu di perbaharui dan di tambahkan baik itu tata hubungan kerja antar bidang di interen KKP maupun untuk antar lintas sektor dilengkapi dengan undang2 yang menunjang kegiatan di KKP, sehingga tidak lagi ditemukan hambatan berarti di lapangan, walaupun tidak mudah dan murah membuat undang-undang akan tetapi hal ini sudah mendesak dan menjadi kepentingan nasional	Standar sudah ada, namun dilapangan petugas tidak selalu menggunakan prosedur tersebut, mungkin tidak pernah membaca SOP atau hal lainnya, ini perlu di lihat lagi, sedangkan UU No 1 karantina udara sangat perlu dilakukan revisi
5	Uraian Tugas	Uraian Tugas di setiap bidang sudah ada, semua staff memiliki tugas pokok dan tugas tambahan yang ditetapkan oleh kepala bidang dan kepala seksinya, sekaitan dengan evaluasi tentang uraian tugas belum pernah dilakukan secara tertulis namun evaluasi secara langsung selalu kami lakukan agar program KKP berjalan dengan baik	Uraian tugas sudah ada dan diberikan pada setiap petugas, memang selain tugas pokoknya staff ditambah dengan tugas tambahan seperti piket dan jadwal gabungan bila terjadi KLB seperti sekarang ini
6	Sistem Cegah Tangkal Penyakit	Sistem cegah tangkal penyakit menular dan potensial wabah tentunya sesuai dengan IHR 2005, Permenkes 356/2008 dan UU karantina dan UU wabah, tentunya dengan kegiatan surveilans yang baik dan ketat, walaupun sistem surveilan KKP belum ada yang baku bukan menjadi halangan yang penting prinsip surveilan seperti mencatat,	system nya sudah ada yang sesuai dengan Permenkes dan undang-undang karantina serta IHR 2005 tentunya Cuma bagaimana kita menjalankannya saja

		mengumpulkan dan menganalisa serta melaporkannya sudah dilakukan	
B	Proses		
I	Perencanaan	Ada beberapa hal yang terkait dengan perencanaan Kegiatan atau laporan surveilans yang sudah menjadi laporan sementara ini belum banyak di manfaatkan dalam pelaksanaan perencanaan dan tindakan oleh tiap bidang, karena dirasakan hasil surveilan yang dibuat masih belum menggambarkan atau mewakili kondisi sesungguhnya wilayah pelabuhan, karena pelaksanaan pemantauan di lapangan belum sepenuhnya dilaksanakan dengan benar	sebagian besar masih belum bisa menjadi suatu informasi yang dapat ditindak lanjuti untuk penyakit kita bisa menentukan besaran masalah yang dilihat sementara ini adalah 10 besar penyakit,
	Seperti apa bentuk surveilan yang dapat menunjang dalam kegiatan perencanaan	Konsep surveilan di pelabuhan dapat dibagi menjadi 3 lokus surveilan yaitu lokus pertama informasi ketika kapal belum masuk ke pelabuhan kita bisa mendapat informasi kesehatan kapal dari NSW atau via agen kapal tsb , lokus 2, adalah ketika kapal di pelabuhan maupun di luar dan waktu pemeriksaan fisik (Boarding)/ faktor risiko kesehatan hal ini termasuk kegiatan pengendalian dan identifikasi faktor risiko kesehatan di pelabuhan dan sekitar pelabuhan, dan lokus ketiga yaitu pengamatan barang dan manusia yang melakukan kegiatan di wilayah pelabuhan atau ke wilayah buffer dapat menggunakan alert kard bagi penumpang dari negara terjangkit, tentunya dengan bentuk pelaporan baku bulanan, triwulan dan	Harus jejaring dengan imigrasi terutama pesawat yang datang dari negara terjangkit, sehingga ketika penumpang datang dari luar negeri terjangkit maka secara otomatis disarankan ke kesehatan dulu /KKP, hal ini akan lebih efektif dalam menjangking semua faktor risiko



		tahunan	untuk skala prioritas tentunya dari 10 besar penyakit itu yang menjadi acuannya, sementara pemetaan faktor risiko masih dalam wacana, yaitu dengan GIS
	Dalam kegiatan surveilans dalam kaitannya dengan perencanaan, apakah sudah melakukan pemetaan faktor risiko di pelabuhan	Pemetaan faktor risiko belum semuanya dilakukan, pemetaan faktor risiko penyakit belum dilakukan, seharusnya memang semua faktor risiko dilakukan pemetaan agar mudah melakukan intervensinya	
2	Organisasi	Semua kegiatan yang akan dilaksanakan di KKP di koordinasikan dengan masing-masing bidang baik petugas maupun sarana dan prasarana yang akan digunakan dalam pelaksanaan, sedangkan untuk semua kegiatan terpadu selalu berkoordinasi dengan pimpinan kantor, baik penjadwalan maupun personil yang akan bertugas di lapangan,	Biasanya bidang Karantina, PRL dan UK & LW melakukan koordinasi untuk kegiatan dilapangan baik itu pengaturan petugas maupun logistic yang akan di gunakan selain itu semuanya diketahui oleh pihak TU dan kepala kantor
3	Pelaksanaan	Pelaksanaan kegiatan atau program yang dilakukan di lapangan adalah sesuai dengan tugas bidang masing-masing misalnya pengendalian faktor risiko baik kapal, wilayah pelabuhan maupun abk dan barang, kegiatan pemantauan air bersih, pengawasan vektor, pengawasan kapal dalam karantina, pemeriksaan kesehatan ABK, pemberian vaksinasi, melakukan disinfeksi pada kapal yang terdapat faktor risiko vektor, dll, sementara pengawasan kita sesuai dengan penjadwalan dan laporan hariannya	Pelaksanaan kegiatan kita menskrining penumpang di pintu kedatangan, melakukan pengendalian faktor risiko lingkungan, dan pengobatan di klinik kkp, adapun pengawasan yang dilakukan untuk kegiatan kita lihat dari laporan harian dan jadwal terpadu
4	Pengawasan	Pengawasan kita sesuai dengan penjadwalan dan laporan hariannya	adapun pengawasan yang dilakukan untuk kegiatan kita lihat dari laporan harian dan jadwal terpadu

5	Evaluasi	Sistem pelaporan atau sistem SE di KKP dilakukan oleh tim SE, laporan bulanan dari tiap bidang baik PRL, Karantina dan UK&LW di buat rekam dan dilaporkan ke bagian TU kemudian di kirim lewat SIM kespel sementara tim SE di KKP mencoba menganalisis data yang diperoleh walaupun memang belum berjalan dengan baik akan tetapi sedang dicoba mencari bentuk surveilans khusus KKP, karena memang belum ada model surveilans khusus KKP, sampai saat ini laporan KKP hanya konsumsi KKP dan Pusat sementara lintas sektor belum terlibat	Surveilans di KKP Jakarta ada di bidang karantina yaitu Surveilans, jadi seksi surveilans yang melakukan pengumpulan datanya kemudian di informasikan ke subidang pelaporan dan secara elektronik di kirim ke pusat
C	Out put Core capacity/ Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR tahun 2005	Kesiapan kita dari segi SDM diupayakan pelatihan sesuai dengan kebutuhan, misalkan pelatihan surveilans, risiko lingkungan, kekarantinaaan dll, untuk sarana penunjang kami usulkan pada setiap tahun anggaran, namun sampai saat ini belum mencukupi sementara dalam kewaspadaan KLB Kepala kantor sudah membuat beberapa tim seperti tim SE, gerak cepat ada SK nya	kesiapan KKP bandara dari segi SDM masih kurang terutama dokter dan petugas lainnya, sarana kita belum punya ruang isolasi dan karantina disamping itu kita belum ada ambulans khusus penyakit infeksi
D	Hambatan Kendala	kendala 1. SDM, 2. Dana, 3. Peralatan, 4. dukungan Stake holder dalam pelaksanaan kegiatan di Pelabuhan, 5. payung hukum baik Undang-Undang karantina yang sudah usang juga standar kerja plus tatahubungan kerja interen di KKP belum semuanya terpenuhi, sehingga masih ada terkendala dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan	1. Payung hukum, 2.sistem karantina di pesawat belum ada kejelasan dari pusat, gedung karantina belum ada, apa lagi ruang isolasi. 3.SDM Kurang klo setiap kedatangan pesawat 200 orang kali sekitar 64 pesawat, dalam kondisi KLB ewalahan.

MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN KEPALA BIDANG  
KKP KELAS I TANJUNG PRIOK DAN KKP KELAS I JAKARTA

VARIABEL	TANJUNG PRIOK			JAKARTA		
	Ka Bid Pengendalian Karantina & SE	Ka Bid. Pengendalian Risiko Lingkungan	Ka Bid. Upaya Kesehatan & Lintas Wilayah	Ka Bid. Pengendalian Risiko Lingkungan	Ka. Bid. Upaya Kesehatan & Lintas Wilayah	
SDM	<p>tenaga di KKP sebetulnya cukup, Cuma masalahnya motivasi dan pemberdayaanya saja yang kurang maksimal, sedangkan kriteria tenaga yang harus ada di KKP setingkat DIII, SKM, Apoteker, dan Jabfung surveilan,</p>	<p>kita perlu tenaga profesional dengan pendidikan AKL/ Poltekes, entomologi, sanitarian, skm, kalo berbicara ideal ya relatif, dengan cara pengaturan jadwal setiap orang mengerjakan banyak kegiatan, yang ada adalah pemanfaatan tenaga, bukan kurang tenaga minta tenaga itu kan kebijakan pusat, namun demikian kita merekrut tenaga honorer, kalo ditanya sudah ideal ya jawabanya belum</p>	<p>Tenaga di Bidang UK &amp; LW kita masih membutuhkan dokter, perawat tenaga ronsen, reopraksi optik, surveilan, dan petugas untuk melakukan boarding ke kapal</p>	<p>Kalo melihat lokasi dan program masih belum cukup, dimana kita mempunyai lokasi keberangkatan dan kedatangan dimana lokasinya, sangat berjauhan, juga untuk memantau kegiatan OMKA ada di gudang dan di keberangkatan lokasinya berjauhan, sementara untuk kualifikasi tenaga seharusnya mengerti penyakit, kesling, SAA, komputerai untuk surveilan, kebutuhan tenaga belum dihitung yang ideal berapa</p>	<p>Tenaga kurang kita punya Cuma 12 orang, pelatihan belum ada, Jadwal yang dibuat di kkp bila setelah piket malam maka petugas libur 2 hari, hal ini mengganggu kegiatan di PRL. Sosialisasi tentang PRL belum ada petugas sudah pada tua dan mau pensiun</p>	<p>Untuk pelayanan dan kewaspadaan dari jumlah tenaga dokter di harapkan setiap terminal ada satu dokter, karena ada 14 terminal kedatangan yan paling tidak satu dokter stanby</p>

Dana	Pendanaan Program dan kegiatan KKP dari APBN, namun diupayakan dari PNB	Pendanaan dari APBN, dan belum ada dari program lainnya	Pendanaan terutama dari APBN, sebagai kecil memang ada dari luar APBN tergantung jejaring tadi misalnya dari Sudin Jak-Ut dapat walapun sedikit, atau bantuan dari LSM tetapi bantuannya berupa logistik bukan uang, kalo kita butuh kondom dia berikan kita kondom,dll	dana dari APBN, kalo di katakan sudah sesuai ya cukup asal tidak dipotong, akan tetapi ketika terjadi KLB atau PHEIC dana kurang, walaupun dianggarkan pada saat ada pemotongan yang pertama di potong ya dana cadangan uang KLB,	dari APBN, tapi mungkin nanti tanya di bagian TU, disini kita hanya menerima saja	dari APBN
------	---	---	---	---	---	-----------



<p>Sarana</p>	<p>Sarana boleh dikatakan cukup, kecuali tempat karantina, motor boat ambulan tapi itu biaya tinggi, untuk isolasi kita langsung rujuk ke RS Infeksi</p>	<p>boleh dikatakan cukup walaupun masih harus di menyesuaikan dengan kebutuhan, namun kita tidak perlu mengadakan semuanya karena kita mempunyai BBTKL sebagai tempat rujukan bila mana kita membutuhkan sarana dan prasaran dalam menunjang kegiatan PRL, namun yang penting adalah sarana untuk kegiatan pemeriksaan lapangan dan harus terstandarisasi</p>	<p>sarana boleh dikatakan cukup walau ada kekurangan, kita membutuhkan ambulan khusus untuk mengantar orang penyakit terinfeksi kemudian juga ambulan jenazah, karena memang beberapa kali kita kedatangan jenazah kita nyari ke orang lain, mobil yang datang tidak standar, apa lagi jenazah itu terkena penyakit mnular, yg datang itu yang datang mobil kijang inova</p>	<p>Kurang, terutama untuk termo scen cukup hanya ada yang di pinjam, yang operasional 2, 2 lagi rusak perbaikannya susah dan mahal, PPE cukup Cuma masker kurang, karena stake holder meminta ke KKP. Alat komunikasi kurang HT, boarding kit kurang, alat komunikasi dari P2PL belum diaktifkan, karena mungkin akan mengganggu trafik udara dan harus izin, tenaga yg dilatih saya tidak tahu apa siapa yang dikirim tidak sepengetahuan kita</p>	<p>sebenarnya sangat minim sekali, mobil lapangan saja sudah tua, sarana pengawasan vektor kurang, nanti untuk anggaran 2010 mungkin akan dapat dan ini dilakukan oleh TU, ada kita punya alat sound level meter tapi rusak dan kalibrasinya sangat mahal kita tidak punya dannya.</p>	<p>sarana cukup,kecuai ambulan infeksi, tetapi kita bisa pinjam, untuk kegiatan klinik malah kita dapat ronsen dari Karkes, namun belum ada tempat untuk operasionalnya</p>
---------------	--	---	--	---	--	---

Standar	standar SOP sudah ada, untuk revisi UU karantina kita terlibat dalam memberikannya	SOP sudah ada walaupun belum memadai, mungkin Tahubja belum ada tetapi pusat dan Depkes sedang melakukannya rancangannya	semua kegiatan sudah ada profapnya, namun pada waktu pelaksanaannya sangat tergantung kondisi di lapangan, kalo tahubja intren berjalan dengan baik, sebagai contoh bila pemeriksaan kapal atau orang di luar dam kalo kondisinya cuaca tidak bersahabat masa kita harus ke sana, terpaksa kapalnya disandarkan	Sudah ada tetapi payung hukum UU no 1 karantina udara sudah kurang sesuai lagi dengan tuntutan kesiapan kita dalam PHEIC, sesuai dengan IHR 2005	SOP sudah ada, cukup baku, tinggal bagaimana sosialisasinya pada stake holder, ketika di terapkan dilapangan mereka tidak kaget,	Standar ada namun masih ada beberapa yang masih harus di tambahkan, baik itu tahubja maupun standar karantina di bandara
---------	--	--	---	--	--	--



<p>Uraian Tugas</p>	<p>Uraian tugas sudah di buat dan dipegang oleh masing-masing petugas, kalo masalah evaluasi uraian tugas memang belum pernah dilakukan namun untuk evaluasi keseluruhan program atau kegiatan selalu dilakukan setelah pada tahun anggaran</p>	<p>Ya sudah ada setiap uraian tugas sudah ada itu tugas inti maupun tugas tambahannya, baik sedangkan untuk mengevaluasinya belum dilakukan</p>	<p>Jadi setiap orang di mejanya sudah ditempel siapa mengerjakan apa, itu sudah dan itupun setiap bulan di evaluasi lagi, apakah dia sudah kerjakan atau tidak, kalo belum dikerjakan masalahnya kenapa maka dicari pemecahannya, ada yg masalah tidak masuk kerja karena masalah keluarga atau banyak hutang misalnya maka kita carikan solusinya</p>	<p>Uraian tugas sudah ada, dan disesuaikan dengan program kerjanya, namun mungkin belum di kasih atau di berikan ke petugasnya. sementara evaluasinya belum dilakukan</p>	<p>sudah ada tapi untuk mengevaluasinya belum ada</p>	<p>sudah ada tiap tiap petugas tapi untuk mengevaluasinya belum ada</p>
<p>Sistem Cegah Tangkal</p>	<p>Mengenai sistem cegah tangkal penyakit menular tidak terlepas dari IHR 2005, perundangan dan permenkes 356 tahun 2008, sedangkan intinya adalah melakukan surveilan</p>	<p>Sesuai dengan Tupoksi Bidang lebih banyak ke risk factor sesuai dengan pedoman oleh pusat walaupun perlu penyempurnaan lagi juga sesuai dengan IHR 2005, kita melakukan pemetaan terhadap tempat-tempat dengan faktor</p>	<p>ada dua tugas sesuai dengan tupksi KKP, sesuai dengan kepmenkes 365 tahun 2008, yaitu 1. pelayanan kapal, ABK luar negeri ke dalam negeri, 2 pelayanan di darat maksudnya di poliklinik gitu, kalo kedatangan dari luar</p>	<p>kami telah melakukan sistem ini sesuai dengan Kepmen kes 365 tahun 2008, dengan melakukan pengawasan barang kalo rutin yaitu pengawasan OMKAB Anya, untuk orangnya melakukan SE penyakit dan Faktor Risiko, semua</p>	<p>kita melakukan dukungan pada bidang Karantina dan SE dalam penanganan apabila ada suatu kegiatan atau pengawasan penyakit, terutama yang lagi ngetren seperti H1N1, KLB adapun program program yang</p>	<p>sistem cegah tangkal kita fokuskan pada pintu kedatangan, baik pesawat maupun penumpangnya, terutama dari negaran terjangkau kita harus naik ke kapal bordig, di UKLW kita</p>

	<p>epidemiologi, baik itu faktor risiko maupun penyakit sehingga kita akan lebih waspada terhadap potensi terjadinya potensi wabah</p>	<p>risiko, dititik beratkan pada lingkungan kapal dan perubahan termasuk bufer area dalam pemberantasan nyamuk, daerah perimeter titik nol dekat dengan tambak kapalz sedangkan bufer lebih pada jarak terbang nyamuk aedes 100 meter, anopeles 4 kilo, program pengendalian vektor nyamuk aedes dan anopheles yg</p>	<p>negeri itu sudah tugas rutin, dimana kapal dari luarnegeri pertama diperiksa dokumen yg berhubungan dengan kesehatannya masih berlaku apa tidak, ada atau tidak, adapun kegiatan di darat yaitu program vaksinasi, terutama vaksinasi yg berhubungan dengan penyakit2 internasional, seperti yellow fever dan</p>	<p>sudah dikerjakan walaupun memang kondisi di Bandara Soekarno Hatta pengawasannya lokasi kedatangan internasionalnya terlalu banyak ada D dan E, sementara domestik ada A,B,C, termasuk Halim ada juga bandara Internasionalnya, berdasarkan UU No 2 Karantina Laut semua pesawat dari Luar negeri berada dalam</p>	<p>dilakukan di PRL adalah sesuai dengan SK menkes 356 tahun 2008, nanti bisa di baca sama bapak, paling utama disini program yang paling menonjol adalah makanan pemeriksaan makanan karena dikonsumsi oleh penumpang pesawat, untuk pengukuran udara, belum dilakukan</p>	<p>adakan penguatan skrening 1 dengan melakukan bording khusus suspek, skrening ke 2 melalui termoskener dan visual, sekaitan dg HINI kita bingung terutama di pesawat, memang untuk orang yang terinfeksi langsung rujuk ke RSPI, program kami ya baru pelayanan klinik saja,</p>
--	--	---	--	---	---	--





		<p>kaitannya dengan penyakit DBD dan Yellow fever, ada tidak ada penyakit tetap dilakukan pemantauan dan sebagai acuannya adalah IHR, termasuk juga Hapus tikus dan survei tikus dengan indeks pinjal, hygiene sanitasi kapal, Hsgb, kegiatan lintas program dan sektor. Sanitasi lingkungan, air bersih, kapal, lingkungan</p>	<p>meningitis, kolera dll, sesuai dengan kebutuhan, program yg betu/2 belum dilaksanakan yaitu melakukan survei pengawasan kesehatan kerja belum optimal, hambatan yang ditemui dari probram , yg pertama yaitu SDM terutama dari segi pendidikan formal, Anggaran tidak cukup, kualitas dan kuantitas kurang cukup sesuai dengan jobnya itu, SDM yang dibutuhkan, dg adanya kegiatan H2N1 itu hrs 24 jam klo ketat dg aturan 1 hari 3 ship jelas kekurangan krn dokter yg ada cuma 6 orang, dlm kondisi KLB, pada kegiatan harian, tetap kurang, dan di KKP kita butuhkan tenaga</p>	<p>Karantina, dan tidak menutup kemungkinan kalo ada out break pesawat dalam negeripun akan diperlakukan sama, kegiatan SE di sini melakukan pengumpulan dan pengolahan data, baik dari soekarno Hatta maupun Halim, sementara untuk faktor Risiko lingkungan datanya ada di PRL, jejaring yang sudah dilakukan dengan melakukan dinas banten berkoordinasi,</p>	<p>dan bekerja sama dengan BBTCL</p>	
--	--	---	---	--	--------------------------------------	--



Perencanaan	Di bidang kita melakukan perencanaan kegiatan atau program sesuai dengan kebutuhan dalam pemenuhan kapasitas inti IHR tahun 2005, kemudian didiskusikan bersama kepala kantor dari semua bidang selanjutnya menjadi kesepakatan KKP	Tidak hanya bidang PRL tetapi tiap bidang ada tim perencanaannya, karena mungkin saja kegiatan PRL ada kaitannya dengan bidang lainnya, hasil perencanaan ini akan di bahas di suatu forum yang dikoordinir oleh TU, adapun tahapannya sesuai dengan teori lah itu, yaitu dari data, prioritas masalah dll ada aturan mainnya nanti kita buat RKAKL,	I. kita kumpulkan semua staff untuk mengajukan usulannya ya seperti Round table diskusi lah, nanti ada tim kecil yg merumuskan kemudian dirapikan ditingkat struktural kemudian diajukan kepada kepala Kantor,	Perencanaan dibuat berdasarkan hasil kegiatan yang dikumpulkan dan yang paling menonjol, hal-hal yang sifatnya emergensi memang tidak terduga, dan satu hal setiap bulan kita mendonload wekle report ttg penyakit, juga merencanakan desiminasi informasi	karena saya baru mungkin untuk sementara melakukan kegiatan perencanaan mengacu kepada perencanaan sebelumnya, tahun 2008,2009, kita	perencanaan dibuat mengacu tahun sebelumnya, namun dilakukan penyesuaian - penyesuaian sesuai dengan kebutuhan, dan diajukan ke bagian TU
-------------	---	--	--	--	--	---

Organisasi	pengorganisasian adalah mengatur semua sumber daya untuk mencapai tujuan, tujuan dari KKP adalah cegah tangkal penyakit dan itu melekat pada Tupoksi bidang dan Tu yang ada di KKP, tentunya sesuai dengan peraturan baik permenkes 356/2008	pengorganisasian disini adalah dari segi kelembagaan setelah kita melakukan perencanaan kita berikan tugas kepada staff sesuai dengan uraian tugasnya masing-masing yang diatur dengan jadwal dan diawasi oleh kepala seksinya	organisasi yan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi bidangnya masing-masing dimana staff melaksanakan kegiatan sehari-hari sesuai fungsi dan jadwal yan telah di buat	ya sesuai dengan permentkes 356 tahun 2008 tentang tata kerja dan organisasi KKP dan itu melekat pada tugasnya bidang masing-masing	organisasi KKP sudah ada Bidang yang mengatur sehingga tugas harian di sesuaikan dengan jadwal harian dan jadwal terpadu	
Pelaksanaan	Pelaksanaan kegiatan diatur sesuai jadwal dan selalu disesuaikan dengan kebutuhan dilapangan	dalam pelaksanaa ini staff saya membuat jadwal siapa mengerjakan apa, ini terkait dengan anggaran kita menyusun POA dengan ini kita sudah susun anggaran perbulannya yang digunakan sebagai dana operasional.	Pelaksanaanya pertama setelah anggarannya disetujui kita membuat POA, setelah itu baru kita rapat bersama teman-teman siapa mengerjakan apa, siapa yg bertanggungjawab apa, sampai seterusnya hingga pelaksanaanya itu selesai dilaksanakan sesuai	Program yg kita lakukan tentunya dikerjakan sesuai dengan perencanaan yang disusun,	kalo misalnya utk kegiatan yang sedang berjalan denganmembuat jadwal kegiatan PRL dan terpadu,	pelaksanaan di lapangan dengan membuat jadwal terpadu pelayanan di kantor dan klinik di pintu kedatangan, dan membuat laporan harian tentang kegiatan yang sudah dilakukan pada hari tersebut

Evaluasi		Evaluasi harian dengan mengumpulkan data kegiatan di lapangan dan secara formal tiap laporan, dan dilaporkan oleh subbag P & L dan untuk ke pusat dengan Simkespel. Yang penting lagi dengan menggunakan indikator2 program seperti CI, HI, juga ada pertemuan evaluasi tahunan. tapi bisa juga 3 bulanan	Evaluasi itu ada pertemuan resmi, dalam pertemuan itu masing-masing penanggungjawab itu dari mulai persiapan sampai interfensinya apa sehingga nanti ketahuan, ada juga kegiatan yang tidak resmi maksudnya ditengah kegiatan jika perlu kita panggil penanggungjawabnya dan pelaksananya kita langsung mengadakan evaluasi kegiatan kalau ada hal-hal yang dibutuhkan dengan evaluasi, begitu pak	Surveilans di KKP Jakarta ada di bidang karantina yaitu Surveilans, jadi seksi surveilans yang melakukan pengumpulan datanya kemudian di informasikan ke subidang pelaporan dan secara elektronik di kirim ke pusat	evaluasi dengan memantau kegiatan dan jadwal kegiatan, apakah sesuai dengan rencana awal atau tidak	
Core capacity/ Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR tahun 2005	Pemenuhan Kapasitas inti kita berupaya dengan melakukan jejaring kemitraan dengan stake holder dan wilayah dalam melakukan surveilans,	Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan yaitu dengan jejaring kemitraan dengan stake holder di pelabuhan, diklat teknis sesuai dengan Tupoksi KKP baik itu	Kapasitas inti di bidang UK&LW tentunya bagaimana penguatan tenaga dokter yang melakukan diagnosa dan pelayanan penyakit terutama pada penyakit potensial wabah, di	Melakukan rapat koordinasi bersama Ad Bandara untuk membicarakan langkah-langkah apa dalam menentukan tindakan terhadap pengamanan penyakit, kalau KKP lebih ke teknis	Apa ya, sebatas pengawasan, dilakukan secara rutin, apabila akan menimbulkan aout break, contoh pengawasan vektor apabila container maka dilakukan pembunuhan abate	kita adakan penguatan dengan tenaga dokter, tega paramedis dan umum dalam menghadapi KLB seperti sekarang ini


Pengawasan/Evaluasi	Pengawasan dilakukan berjenjang dari mulai kepala seksi, bidang, ditambah lagi pengawasan dari teman-teman semua, sedangkan evaluasi selalu dilakukan untuk menghindari kendala yang perlu di atasi, hal ini dilakukan bisa harian maupun semester bahkan di akhir anggran	KKP kita ini inspektor, pengawasan ada di kepala seksi baru kepala bidang melihat laporan harian dan bulannyan.	jadwal yang disusun	Kita kan punya POA penanggung jawab masing-masing kegiatan, sudah ada penanggungjawab masing-masing secara formal saya mengawasi penanggungjawab itu secara rutin mana yang sudah dilaksanakan dan yang belum dan kendalanya apa sehingga kita bias melakukan perbaikan terhadap kendalanya itu	adapun monitoringnya dengan melihat laporan bulanan, jadwal kegiatan, ada laporan harian, dan direkap oleh teman-teman di seksi, untuk harian dipantau kelapangan dan di telpon kelapangan		monitoringnya dari laporan tugas laporan harian			pengawasan kegiatan dilakukan dengan pengawasan langsung dilapangan dan laporan harian.
---------------------	--	---	---------------------	---	--	--	---	--	--	---



Saran	<p>Untuk melakukan kegiatan di lapangan KKP telah berupaya melakukan jejaring dengan lintas sektor namun, akan lebih baik lagi akselerasi kegiatannya bila ada pertemuan- tingkat pusat tentang TUPOKSI KKP di pintu gerbang negara ini dalam upaya cegah tangkap penyakit menular dan potensial wabah</p>	<p>Kalo anggaran mencukupi maka masih ada program yang belum dilaksanakan misalnya survei Tb, kita akan mengadakan Zero survei tentang HIV AIDS tapi dananya gak ada, yang memenag di Indonesia sangat Meresahkan dimana tiap tahun jangkakan angkanya menurun malah sebaliknya cenderung meningkat, selain itu kalo bole saya bermimpi itu buat tempat pusat emergency (emergency Centre) dimana alatnya super lengkap tenaganya super terlatih, ada helipadnya , karena emergency itukan waktunya hanya 6 s/d 10 menit lebih dari</p>	<p>Pada saat erjadi KLB yang paling penting adalah komunikasi risiko kepada pengguna jasa dan Abandara juga pada stake holder yg lainnya, baik seperti spanduk, leaflet dll Harus jejaring dengan imigrasi terutama pesawat yang datang dari negara terjangkit, sehingga ketika penumpang datang dari luar negeri terjangkit maka secara otomatis disarankan ke kesehatan dulu /KKP, hal ini akan lebih efektif dalam menjangring semua faktor risiko</p>	<p>Kita kekurangan SDM, mungkin karena baru belum diperhatikan, kulaifikasi kesling</p>	<p>Untuk pelayanan dan kewaspadaan dari jumlah tenaga dokter di harapkan setiap terminal ada satu dokter, karena ada 14 terminal kedatangan yan paling tidak satu dokter stanby.karena pelayananya 24 jam 1. dalam kondisi KLB perlu tambahan Daya tahan tubuh khusus untuk SDM yang berhadapan langsung dengan faktor risiko. 2. untuk AOC terutama limbah pesawat dari negara terjangkit belum ada spesifik (SOP)nya, walaupun itu mungkin bidang PRL bagiannya. 3. Aturan dan aplikasi 4. perlu</p>
-------	--	---	---	---	--



	<p>disamping itu KKp telah membentuk beberapa tim diantaranya adalah tim surveilan, tim gerak cepat KLB, sementara untuk sarana prasarana kita upayakan dan usulkan melalui perencanaan anggaran, begitu juga dengan SDM kita selalu kita melakukan peningkatan kualifikasi dengan pelatihan dan informasi lainnya yaitu internet, kliping koran dll</p>	<p>interen tenaga teknis khususnya juga bersifat nasional. 2. pemenuhan kebutuhan sarana yang tiap tahun kita anggarkan nyicil tiap tahun untuk lab ling dan vektor 3. kor bisnisnya kekarantinaaan ada 3 bidang untuk mengatasi klb berbentuk TGC ( tim surveian, bisa surveilan penyakit dan faktor risiko dan di SKkan</p>	<p>samping itu kita sudah memiliki laboratorium sederhana, saya kira cukup</p>	<p>penanganan penyakit sementara Ad bandara lebih kepada koordinasi sektor terkait di lingkungan bandara</p>	<p>sedangkan bila indeksnya tinggi maka mengirimkan surat ke Ad Bandara, Angkasa pura, dan pemilik gedung maka harus dilakukan 3M, kecilnya pagu anggaran, cuma RP 2.6000.000.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

Kendala		<p>Kendala pemeriksaan kualitas lingkungan terkendala alat yang dipunyai komponennya belum lengkap, dan mahal, standarisasi alat tiap KKP harus punya dan di sesuaikan dengan perkembangan kebutuhan , kajian perlu orang yang terlatih, belum banyak biaya kurang, koordinasi untuk pelaksanaan kegiatan di lapangan perlu ada kesepakan di tingkat pusat juga.</p>		<p>Kendala koordinasi di dalam bandara antara ATC (Air Traffic Control), KKP dan AOC ( Airlain Organaising Commite), Surveilans antar bidang belum terkordinir dengan baik, cenderung kerja masing-masing, disamping itu dalam kondisi KLB seperti sekarang dimana pintu kedatangan ada 14 pintu sementara alat termoskener cuma dua yang beroperasi sangat kurang sekali, belum dilakukan pemetaan penyakit data surveilan belum sebagai acuan perencanaan. baru akan di mulai</p>	<p>Tenaga kurang kita punya Cuma 12 orang, pelatihan belum ada, Jadwal yang dibuat di kkp bila setelah piket malam maka petugas libur 2 hari, hal ini mengganggu kegiatan di PRL. Sosialisasi tentang PRL belum ada</p>	<p>Payung hukum, sekaitan dengan HI NI ini kita masih bingung terutama gaidennya, sistim karantina di pesawat belum ada kejelasan dari pusat, gedung karantina belum ada, apa lagi ruang isolasi. SDM Kurang klo setiap kedatangan pesawat 200 orang kali sekitar 64 pesawat, dalam kondisi seperti ini kewalahan.</p>
---------	--	--	---	---	---	--

ANALISIS KONTEN WAWANCARA MENDALAMP

VARIABEL		KONTEN
A	Input	
1	SDM	Dari hasil wawancara mendalam diperoleh informasi bahwa tenaga pelaksanaan program atau kegiatan cegah tangkal globalisasi penyakit menular dan penyakit yang berpotensi wabah oleh KKP Kelas I Tanjung Priok dan KKP Kelas I Jakarta masih sangat kurang, karena dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya membutuhkan kualifikasi tenaga profesional bidang kesehatan. Upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut menurut informan tersebut sudah dilakukan yaitu dengan melakukan pelatihan-pelatihan teknis dan mengangkat tenaga honorer walaupun hanya terbatas
2	Dana	Sumber dana sekarang mumi APBN, namun sedang dikembangkan sumber lain yaitu dari PNPB, LSM dalam bentuk logistik, sementara dari BLN belum ada, masalah dana masih dirasakan kurang memadai, terlebih lagi jika ada pemotongan.
3	Sarana	Pengadaan sarana dan prasarana sudah mulai di adakan sejak tahun anggaran 2005 sampai sekarang, ada juga bantuan dari pusat, namun sarana dan prasarana jika mengacu IHR tahun 2005 ini tentu kurang, disamping itu ada peralatan yang telah ada membutuhkan perawatan dan kalibrasi ini tentunya perlu perhatian khusus.
4	Standar	Standar/SOP sudah ada namun perlu pengembangan lagi, selain itu yang paling penting dan mendesak adalah payung hukum yaitu UU karantina Laut dan Udara NO 1 &2 sudah tidak relevan lagi dengan IHR 2005
5	Uraian Tugas	Untuk Uraian tugas sudah ada di bidang-bidang, namun belum ada evaluasinya
6	Sistem Cegah Tangkal Penyakit	Sistem cegah tangkal di KKP sudah ada yaitu sesuai dengan UU Karantina dan IHR2005
B	Proses	
1	Perencanaan	Diusulkan oleh bidang-bidang sesuai program dan kebutuhannya, setelah dibuat perbidang kemudian didiskusikan bersama untuk penyempurnaan dan penyesuaian, kegiatan atau program apa saja yang akan di prioritaskan , kemudian diajukan ke dirjen anggaran melalui P2PL
2	Organisasi	Pengorganisasian dalam Fungsi cegah tangkal penyakit di KKP dilakukan sesuai dengan

		susunan organisasi dan tugas yang melekat pada bidang-bidang sesuai Permenkes 356 tahun 2008
3	Pelaksanaan	Pelaksanaan kegiatan atau program cegah tangkal penyakit dibuat jadwal dan POA untuk memataui kegiatan dalam setahun, disamping itu dalam pelaksanaan kegiatan di masing-masing bidang kepala bidang dan seksi harus selalu mengarahkan dan memantau setiap pelaksanaan oleh staffnya secara terus menerus
4	Pengawasan dan Evaluasi	Pengawasan atau monitoring dilakukan oleh pimpinan secara berjenjang dimulai dari bidang masing-masing, sebagai kontrol bisa juga digunakan POA untuk melihat serapan anggaran, sehingga tujuan dari organisasi tercapai, kalau evaluasi program dan anggaran dilakukan setiap tahun anggaran
C	Out put	
	Core capacity/ Kapasitas Inti KKP Udara/Laut Sesuai dengan IHR tahun 2005	Dalam memenuhi kapasitas inti yang dipersyaratkan oleh IHR tahun 2005 KKP telah melakukan Upaya-upaya terutama pengendalian faktor risiko, yaitu melakukan inovasi seperti pengendalian vektor terutama jentik, dengan melakukan sensitifitas /uji , ovi trap, PM trap, selain itu kita melakukan jejaring dengan lintas sektor dan stake holder di lingkungan pelabuhan dalam rangka cegah tangkal penyakit ini, sementara untuk sarana sedikit demi sedikit kita anggarkan setiap tahunnya
D	Hambatan Kendala	Kurangnya dana untuk pengembangan program, masalah SDM mayoritas di KKP ini bukan merupakan tenaga teknis, sekitar 60%, SLTA atau tenaga umum, payung hukum seperti undang-undang, sistim surveilan masih lemah. dll