

**PS4**

**42**

**Surabaya**

**LAPORAN AKHIR PENELITIAN**

**ANALISIS KEBIJAKAN PENGATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN  
TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN**



**dr. Roy G.A. Massie, MPH, PhD**

**drg. Yuyus Rusiawati, MM**

**Siti Sundari, MSc, MPH, DSc**

**Bayu Aji SE, MSc.PH**

**Prof. dr. Charles Surjadi, MPH, PhD.**

**DR. dr. Grace D. Kandou, M.Kes**

**DR. Susilo Handoyo, SH, M**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN  
MASYARAKAT**

**Jalan Indrapura No. 17 Surabaya 60176**

**2011**

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

ANALISIS KEBIJAKAN PENGATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN  
TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN



Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
PERPUSTAKAAN	
Tanggal :	_____
No. Induk :	_____
No. Kelas :	PS 4 42 Surabaya.

dr. Roy G.A. Massie, MPH, PhD

drg. Yuyus Rusiawati, MM

Siti Sundari, MSc, MPH, DSc

Bayu Aji SE, MSc.PH

Prof. dr. Charles Surjadi, MPH, PhD.

DR. dr. Grace D. Kandou, M.Kes

DR. Susilo Handoyo, SH, M

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN  
MASYARAKAT

Jalan Indrapura No. 17 Surabaya 60176

2011

## 2. SURAT KEPUTUSAN PENELITIAN

### 3. KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Yang Maha Kuasa, Laporan Akhir Kegiatan Penelitian tentang konsep "Analisis Kebijakan Pengaturan Dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan dapat diselesaikan. Laporan penelitian ini disusun sebagai salah satu bagian kerjasama antara Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan insititusi perguruan tinggi, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dan Dinas Kesehatan Kota Bitung. Tujuannya adalah Menganalisis pengaturan dan perundang-undangan yang berkaitan dengan dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan, yang tercantum dalam pengaturan dan undang-undang di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota serta implementasinya pada masyarakat.

Laporan ini secara umum berisi Pendahuluan yang menjelaskan latar belakang kegiatan, permasalahan, tujuan dan lingkup kegiatan. Bab selanjutnya adalah Metode pelaksanaan kegiatan diikuti dengan analisis, hasil dan pembahasan berdasarkan data lapangan dan data sekunder. Sebagai bagian akhir dari laporan ini adalah kesimpulan dan saran yang di dalamnya juga memuat rekomendasi sebagai memoranda kebijakan kesehatan khususnya yang menyangkut bijakan Pengaturan Dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan.

Tim peneliti menyadari masih banyak kekurangan yang ada dalam penulisan laporan penelitian ini sehubungan dengan keterbatasan yang ada pada tim, untuk itu tim peneliti mohon kritik dan saran guna perbaikan lebih lanjut.

Atas bantuan seluruh pihak yang telah memberikan dukungan untuk penyelesaian kegiatan pekerjaan ini kami ucapkan terima kasih. Semoga apa yang disampaikan pada laporan penelitian ini memberi manfaat bagi pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia.

#### 4. RINGKASAN EKSEKUTIF

hasil bgn?  
ab. bsk ta  
Harward, tdk sama pulon

Di Indonesia, kehidupan masyarakat sangat majemuk. Suku, agama, ras dan adat istiadat sangat beragam. Dimensi lingkungan sosial adalah kelompok masyarakat dimana individu berada dalam suatu keberadaan di antara masyarakat yang antara lain adalah tetangga, organisasi tempat bekerja dan peraturan-peraturan serta kebijakan yang dikeluarkan oleh negara dalam hal untuk mengatur kehidupan masyarakat. Pengaturan dan undang-undang kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan sosial harus berdasarkan fakta dan situasi yang nyata dalam masyarakat. Telah lebih dari satu dekade perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis peraturan dan perundang-undangan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota untuk dapat menyediakan informasi berbasis bukti kepada pengambil keputusan. Secara spesifik tujuannya adalah mengidentifikasi konteks Kota Sehat, konten dan proses dari undang-undang dan pengaturan tentang dampak lingkungan sosial dalam hal ini indikator pokok program kesehatan yaitu program tuberkulosis, HIV, demam berdarah dan diare; memastikan undang-undang dan pengaturan tersebut diimplementasikan dalam konteks desentralisasi kesehatan pada masyarakat; memberikan rekomendasi terhadap pengambil keputusan kesehatan pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

## 5. DAFTAR ISI

1. JUDUL

2. SURAT KEPUTUSAN PENELITIAN

3. KATA PENGANTAR

4. RINGKASAN EKSEKUTIF

5. DAFTAR ISI

6. DAFTAR LAMPIRAN

### BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

1.2. Ruang Lingkup dan Batas-batas Penelitian

### BAB 2. TUJUAN DAN MANFAAT

2.1. Tujuan Umum

2.2. Tujuan Khusus

### BAB 3. METODE

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.3. Jenis Penelitian

3.4. Disain Penelitian

3.5. Populasi dan Sampel

3.6. Estimasi Besar Sampel dan Cara Pemilihan dan Penarikan Sampel

3.6.1. Sampel Kecamatan

3.6.2. Sampel Informan

3.6.3. Cara Pengambil Sampel KK

3.6.4. Estimasi Besar Sampel dan Cara Pemilihan dan Penarikan Sampel

3.6.5. Variabel

3.6.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

3.6.7. Bahan dan Prosedur Kerja

3.6.8. Manajemen dan Analisis Data

### 4. HASIL

4.1. Tingkat Pusat

4.2. Tingkat Provinsi

4.2.1. Undang-Undang Dan Pengaturan Bidang Kesehatan Di Provinsi Sulawesi Utara

4.2.2. Undang-Undang Dan Pengaturan Bidang Kesehatan Di Provinsi Kalimantan Timur

4.3. Tingkat Kota

4.3.1. Kota Bitung Provinsi Sulawesi Utara

#### **4.3.2. Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur**

### **BAB 5. PEMBAHASAN**

#### **5.1 Proses Undang-undang dan Pengaturan di Daerah**

##### **5.1.1. Tahap Inisiasi**

##### **5.1.2. Tahap Penetapan**

##### **5.1.3. Tahap Perundangan**

##### **5.1.4. Tahap Penyebarluasan**

#### **5.2. Proses Undang-undang dan Pengaturan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Diare**

##### **di Provinsi Sulawesi Utara dan Kota Bitung**

#### **5.3. Proses Undang-undang dan Pengaturan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Diare**

##### **di Provinsi Kalimantan Timur dan Kota Balikpapan**

#### **5.4. Undang-undang dan Pengaturan Dalam Konteks Desentralisasi Kesehatan**

### **BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **BAB 7. UCAPAN TERIMA KASIH**

### **BAB 8. DAFTAR KEPUSTAKAAN**

### **LAMPIRAN**

# ANALISIS KEBIJAKAN PENGATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Upaya kesehatan lingkungan antara lain ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Masyarakat diharapkan berperan serta aktif dan kreatif, baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Lingkungan sosial adalah kelompok masyarakat dimana individu berada dalam suatu keberadaan di antara masyarakat yang antara lain adalah tetangga, organisasi dalam hal untuk mengatur kehidupan manusia (Seeman and Crimmins, 2002). Banyak kepustakaan melaporkan bahwa lingkungan sosial berhubungan dengan penyakit dan resiko kematian dan merupakan faktor resiko tersendiri terhadap individu. Demikian pula lingkungan sosial mempengaruhi perjalanan dari suatu penyakit.

Lingkungan sosial merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat (Alcock, 1983). Angka kesakitan sangat erat berhubungan dengan integrasi sosial termasuk insidens dan prognosis dari penyakit, baik itu yang bermanifestasi terhadap kesehatan fisik maupun mental (Broadhead *et al*, 1983). Kepustakaan mengidentifikasikan bahwa adanya hubungan antara lingkungan sosial dan angka kesakitan yang antara lain berhubungan dengan penyakit jantung dan pembuluh darah khususnya penyakit jantung dan stroke. Lingkungan sosial dipengaruhi pula oleh sosial ekonomi status yang indikatornya antara lain pendidikan, pekerjaan dan pendapatan per kapita.

Di Indonesia, kehidupan masyarakat sangat majemuk, suku, agama, ras dan adat istiadat sangat beragam termasuk kehidupan sosialnya. Telah lebih dari satu dekade perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang

ditandai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-Undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing yang setiap daerah diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan.

Di sisi lain banyak undang-undang dan pengaturan-pengaturan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang menyangkut sistem kesehatan yang meliputi sumber daya manusia, peralatan dan fasilitas kesehatan, keuangan, program-program pelayanan kesehatan untuk masyarakat Indonesia. Undang-undang dan pengaturan-pengaturan kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan sosial harus berdasarkan fakta dan situasi yang nyata dalam masyarakat. Dan ditunjang oleh sektor-sektor lain yang terkait dengan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor efisiensi dan efektifitas sehingga efisiensi, efektif dan kualitas dari sistem kesehatan dapat dicapai untuk menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat.

Untuk dapat meneliti lingkungan sosial yang berhubungan dengan kesehatan, pemahaman terhadap lingkungan sosial itu sendiri yang meliputi pengertian dan definisi harus diketahui. Kemudian pemahaman akan keberadaan masyarakat antara lain masyarakat yang hidup di wilayah perkotaan dan pedesaan, perekonomiannya, dan kontrol sosial yang ada di dalam masyarakat. Pada penelitian ini Kota Sehat menjadi *entry point* untuk menganalisis undang-undang dan pengaturan tentang dampak lingkungan sosial yang berhubungan dengan indikator pokok Program Tuberculosis, HIV, Demam Berdarah dan Diare.

Merujuk pada Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat, Kota Sehat didefinisikan sebagai suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah.

Pengertian kota sehat dari perspektif kesehatan adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dengan mendorong terciptanya kualitas lingkungan fisik, sosial, budaya dan produktivitas, serta perekonomian yang sesuai dengan kebutuhan wilayah perkotaan.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), urbanisasi sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan global maupun kesehatan individu. Diperlukan komitmen dari semua pemangku kepentingan dan komponen masyarakat mewujudkan kota sehat yang sekaligus berdampak pada peningkatan kesehatan warganya (Kemenkes, 2011).

WHO memperkirakan, lebih 3 juta penduduk di dunia hidup di perkotaan. Di tahun 2007, laju pertumbuhan populasi penduduk perkotaan melampaui 50% dan proporsi ini akan terus bertambah di tahun-tahun mendatang. Diproyeksikan pada tahun 2030, enam dari sepuluh orang akan menjadi penghuni daerah perkotaan dan akan meningkat menjadi tujuh dari sepuluh orang di tahun 2050 (Kemenkes, 2011).

Perhatian untuk meningkatkan kualitas lingkungan kehidupan baik di kota maupun wilayah kabupaten merupakan prioritas dalam pembangunan kesehatan. Upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas lingkungan fisik dan sosial secara terus menerus dengan memberdayakan masyarakat di kabupaten dan kota, diharapkan dapat menciptakan kondisi yang mengarah kepada pencapaian kabupaten dan kota idaman atau kabupaten/kota sehat yang memberikan keamanan, kenyamanan, ketenteraman dan kesehatan bagi masyarakat perkotaan dalam menjalankan kegiatan kehidupannya.

Untuk mengukur kemajuan kegiatan kota sehat, harus memiliki indikator-indikator atau tatanan yang jelas sehingga semua pihak yang ikut terlibat dapat menilai sendiri kemajuan yang sudah dilakukan, dan menjadi tolok ukur untuk merencanakan kegiatan selanjutnya. Setiap daerah diberi keluasaan memilih, menetapkan dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan kondisi dan kemampuan masing-masing untuk memenuhi atau mencapai target dari tatanan tersebut. Tatanan tersebut adalah:

1. Kawasan Pemukiman, Sarana dan Prasarana Umum
2. Kawasan Sarana Lalu Lintas Tertib dan Pelayanan Transportasi
3. Kawasan Pertambangan Sehat
4. Kawasan Hutan Sehat
5. Kawasan Industri dan Perkantoran Sehat
6. Kawasan Pariwisata Sehat
7. Ketahanan Pangan dan Gizi
8. Kehidupan Masyarakat Sehat yang Mandiri
9. Kehidupan Sosial yang Sehat

Indikator pokok yang termasuk dalam tatanan kota sehat yang berhubungan dengan bidang kesehatan termasuk cakupan program HIV/AIDS, tuberkulosis, demam berdarah dan diare yang merupakan bagian dari Analisis Kebijakan Pengaturan Dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan.

Perkembangan epidemi HIV/AIDS yang meningkat di tahun 2000an ditanggapi dengan keluarnya Pengaturan Presiden No 75 tahun 2006 yang mengamanatkan perlunya intensifikasi penanggulangan AIDS di Indonesia. Demikian pula dalam rangka pengendalian tuberkulosis yang berkualitas secara berkesinambungan, telah disusun dokumen perencanaan program pengendalian tuberkulosis dalam bentuk Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis perlu menetapkan Pengaturan Menteri Kesehatan tentang Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011- 2014 (Dirjen PP&PL Kemenkes, 2011). Bahwa penyakit diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, baik ditinjau dari angka kesakitan dan angka kematian dan kejadian luar biasa yang ditimbulkan telah ditetapkan pedoman pemberatasan penyakit diare dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1216/Menkes/SK/XI/2001 (Dirjen PP&PL Depkes, 2007). Demikian pula dengan penyakit demam berdarah walaupun belum disusun keputusan secara resmi, tapi petunjuk teknis Rapid Diagnosis Test (RDT) telah disusun untuk menunjang diagnosis dini demam berdarah.

Beberapa hal yang menjadi perumusan masalah untuk kegiatan penelitian ini antara lain adalah bagaimana strategi implementasi dan konsekuensi dari undang-undang dan pengaturan terhadap dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan dengan mempertimbangkan kelayakan kondisi politik, sosial dan ekonomi dari masing-masing wilayah yang dalam hal ini indikator-indikator pokok program – program kesehatan dalam konteks Kota Sehat terhadap penyakit HIV/AIDS, Tuberkulosis, demam berdarah dan diare.

Pada kegiatan penelitian ini yang menjadi pertanyaan adalah: Apakah lingkungan sosial kesehatan sudah diatur di dalam undang-undang dan pengaturan-pengaturan yang berhubungan dengan Kota Sehat?

Adakah pengaturan dan undang undang tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan kaitannya dengan Kota Sehat terhadap penyakit HIV/AIDS, tuberkulosis, diare dan demam berdarah diterbitkan pada tingkat lokal?

Bagaimana peran aktor dan konten serta implementasi dari pengaturan dan undang-undang lingkungan sosial pada konteks Kota Sehat khususnya untuk penyakit-penyakit tersebut pada tingkat lokal serta konsekuensinya terhadap masyarakat? Apa saja yang menjadi prioritas, kebutuhan dan sumber daya pada tingkat lokal serta struktur yang bagaimana dalam pengimplementasinya?

Pertimbangan fokus penelitian ini adalah lingkungan sosial dalam hal ini pengaturan dan undang-undang merupakan bagian dari penentu sosial kesehatan (*social determinant of health*) yang sangat mempengaruhi angka kesakitan dan kematian pada masyarakat, yang berkaitan dengan Kota Sehat dalam hal ini indikator pokok program kesehatan yaitu program pemberantasan penyakit tuberkulosis, HIV, demam berdarah dan diare.

Penelitian ini mengeksplorasi peran aktor, konteks, konten dan proses dari undang-undang dan pengaturan pada masyarakat yang berhubungan dengan lingkungan sosial yang berdampak pada kesehatan dalam konteks Kota Sehat kaitannya dengan tatanan yang ada dan terfokus pada program pemberantasan penyakit tuberkulosis, HIV, demam berdarah dan diare. Dan diharapkan bermanfaat pada institusi di tingkat pengambil kebijakan kesehatan, baik di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota dan masyarakat itu sendiri.

Mempertimbangkan permasalahan, pertanyaan-pertanyaan yang muncul dan manfaat dari kegiatan penelitian ini adalah perlu diadakan penelitian melalui suatu analisis yang lebih terarah dan terukur merujuk pada tujuan seperti di bawah ini.

## **1.2. Ruang Lingkup dan Batas-batas Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini adalah Analisis Kebijakan Pengaturan Dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan yang sebagai entry pointnya adalah Kota Sehat. pada Kota Sehat dilihat tatanan yang berhubungan dengan bidang kesehatan dan dipilih program-program kesehatan yang sangat erat berhubungan dengan lingkungan sosial yang memiliki dampak terhadap kesehatan masyarakat.

Demikian pula institusi-institusi yang terlibat dalam kegiatan penelitian ini dibatasi pada sektor-sektor publik yang berhubungan dengan sektor kesehatan. Contohnya adalah Bappeda, Dinas Sosial, Badan Pemberdayaan Masyarakat.

## BAB 2. TUJUAN DAN MANFAAT

Tujuan dari penelitian ini adalah:

### 2.1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaturan dan perundang-undangan yang berkaitan dengan dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan, yang tercantum dalam pengaturan dan undang-undang di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota serta implementasinya pada masyarakat .

### 2.2. Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi konteks Kota Sehat, konten dan proses dari undang-undang dan pengaturan tentang dampak lingkungan sosial dalam hal ini indikator pokok program kesehatan yaitu program tuberkulosis, HIV, demam berdarah dan diare.
- b) Memastikan undang-undang dan pengaturan tersebut diimplementasikan dalam konteks desentralisasi kesehatan pada masyarakat
- c) Memberikan rekomendasi terhadap pengambil keputusan kesehatan pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Penelitian ini mengeksplorasi peran aktor, konteks, konten dan proses dari undang-undang dan pengaturan pada masyarakat yang berhubungan dengan lingkungan sosial yang berdampak pada kesehatan dalam kaitannya dengan Kota Sehat. Dan diharapkan bermanfaat pada institusi di tingkat pengambil kebijakan kesehatan, baik di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota dan masyarakat itu sendiri.

Mempertimbangkan permasalahan, pertanyaan-pertanyaan yang muncul dan manfaat dari kegiatan penelitian ini adalah perlu diadakan penelitian melalui suatu analisis yang lebih terarah dan terukur merujuk pada tujuan seperti di bawah ini.

## BAB 3. METODE

*KK itu kayak gimana?*

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif terhadap sektor-sektor yang berperan dalam perundang-undangan dan pengaturan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan khususnya di bidang kesehatan, kaitannya dengan konteks Kota Sehat. Sektor-sektor publik di tingkat kota tersebut antara lain Dinas Sosial, Bappeda, Kebersihan, Pekerjaan Umum, Transportasi, Badan Lingkungan Hidup, Badan Pemberdayaan Masyarakat.

Pada kegiatan ini dilakukan pengembangan kuesioner bebas yang berhubungan dengan topik penelitian. Kuesioner-kuesioner ini bermaksud untuk mendapatkan informasi, sehingga dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dan tercapai tujuan dari penelitian. Kuesioner dikembangkan untuk masing-masing responden. Kuesioner bebas telah disusun berisikan pertanyaan-pertanyaan yang ditanyakan pada penanggung jawab fasilitas-fasilitas kesehatan dan sektor-sektor terkait dengan kesehatan. Pertanyaan-pertanyaannya terdiri dari pertanyaan-pertanyaan umum dan pertanyaan lokal, khususnya untuk mengakomodasi perbedaan wilayah.

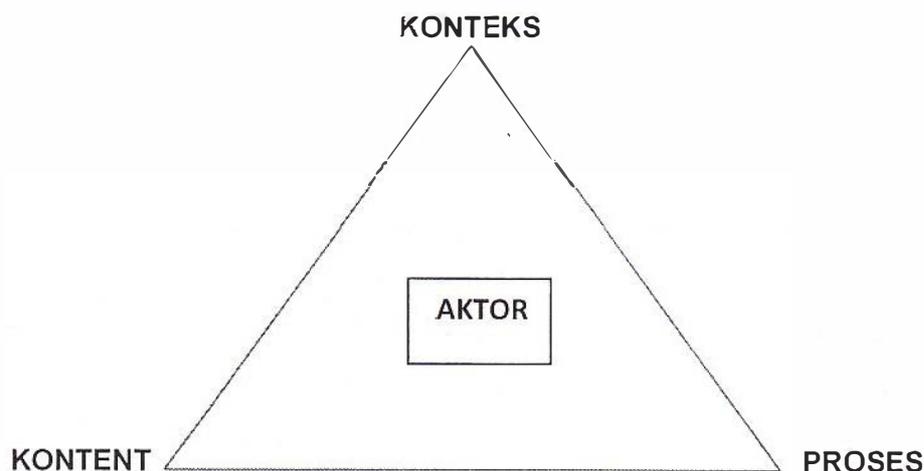
Ruang lingkup penelitian ini adalah institusi pembuat dan pengimplementasi kebijakan kesehatan. Pada lingkup institusi pelayanan kesehatan antara lain adalah unit pelayanan kesehatan yang ada di wilayah penelitian seperti : Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kota dan Puskesmas. Demikian juga institusi-institusi publik yang terkait dengan kesehatan antara lain:

Lingkup masyarakat adalah keluarga pada keluarga yang terpilih sebagai sample. Para peneliti telah mengunjungi institusi-institusi tersebut dalam rangka melaksanakan wawancara mendalam dengan mencatat/merekam dalam kuesioner yang telah disiapkan.

Analisis dari undang-undang dan pengaturan-pengaturan yang menyangkut lingkungan sosial dampaknya pada kesehatan akan menyangkut pencapaian output, dampak sebagai efek dari undang-undang dan pengaturan.

### 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Adapun kerangka pikir dari penelitian ini sebagaimana yang terdapat pada gambar di bawah ini (Walt and Gibson, 1994).



Lingkungan sosial adalah kelompok masyarakat dimana individu berada dalam suatu keberadaan di antara masyarakat yang antara lain adalah tetangga, organisasi dalam hal untuk mengatur kehidupan.

*Aktor* adalah mereka yang membuat undang-undang, peraturan dan kebijakan. *Konteks* adalah merujuk kepada faktor-faktor sistemik antara lain politik, ekonomi dan sosial yang mempunyai efek terhadap undang-undang dan aturan-aturan dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan. Faktor-faktor situasional, struktural pada masyarakat dan media, kultural dan internasional yang berhubungan dengan konteks penelitian ini yaitu Kota Sehat.

*Proses* adalah bagaimana undang-undang dan aturan-aturan tersebut diinisiasi dan dikembangkan atau diformulasi, dinegosiasi, dikomunikasi, implementasi dan dievaluasi.

*Konten* adalah substansi dari undang-undang dan aturan-aturan tersebut yang merupakan dimensi dari nilai-nilai dan ekspektasi yang berhubungan dengan Kota Sehat.

### 3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Pengumpulan data telah dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan; Dinas Kota Balikpapan; Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dan Dinas Kesehatan Kota Bitung serta sektor-sektor publik yang terkait dengan kesehatan. Dipilihnya wilayah-wilayah tersebut di atas adalah dengan pertimbangan bahwa kota-kota tersebut sementara melaksanakan kebijakan Kota Sehat. Hal ini penting dikarenakan apabila dipilih kota-kota yang belum melaksanakan kebijakan kota

sehat, penelitian ini tidak akan memiliki *entry point* untuk pemilihan indikator/tatanan yang berhubungan dengan program-program pokok kesehatan yang merupakan bagian dari kebijakan kota sehat yang berhubungan dengan dan perundang-undangan dan pengaturan tentang dampak sosial terhadap kesehatan.

Kota Balikpapan di Provinsi Kalimantan Timur memiliki 9 tatanan sementara Kota Bitung di Provinsi Sulawesi Utara memiliki 8 tatanan tidak termasuk tatanan pertambangan. Indikator pokok yang termasuk dalam tatanan kota sehat di kedua wilayah tersebut, yang berhubungan dengan bidang kesehatan termasuk cakupan program HIV/AIDS, tuberkulosis, demam berdarah dan diare yang merupakan bagian dari analisis dari Kebijakan Pengaturan Dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan.

### **3.3. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah non-intervensi dimana tim peneliti hanya mengumpulkan data, menganalisis obyek atau situasi tetapi tidak melakukan intervensi.

### **3.4. Disain Penelitian**

Penelitian ini adalah kualitatif yang bersifat eksploratif.

### **3.5. Populasi dan Sampel**

Sampel dari penelitian ini adalah *systematic sampling*. Pemilihan sampel dilakukan dengan cara menetapkan kota. Di wilayah perkotaan tersebut ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusif untuk pemilihan kecamatan berdasarkan stratifikasi kota sehat. Kelurahan kemudian dipilih untuk mendapatkan 2 (dua) RW/ lingkungan.

Populasi dari riset ini adalah masyarakat yang hidup di Kota Bitung Provinsi Sulawesi Utara dan Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur. Sampel telah dipilih secara purposive dengan kriteria pada dua kecamatan di masing-masing kota dan dua kelurahan di masing-masing kecamatan yang terpilih. Kriteria inklusi dari kecamatan yang dipilih adalah dilihat dari tinggi rendahnya salah satu indikator (Tuberkulosis, HIV, dan Diare) cakupan program kesehatan atau stratifikasi yang sudah tersusun pada list Kota Sehat. Telah dipilih satu kecamatan yang sangat tinggi cakupannya dan satu kecamatan yang sangat rendah cakupannya. Demikian juga dengan pemilihan kelurahan di masing-masing kecamatan yaitu kelurahan yang cakupannya

yang tinggi dan kelurahan yang cakupannya rendah. Kriteria eksklusi dalam pemilihan wilayah kecamatan adalah kecamatan-kecamatan yang cakupan indikator program kesehatannya adalah rata-rata.

Untuk nara sumber dari stakeholder terkait adalah pembuat kebijakan dan pengaturan diambil dari Dinas Provinsi dan dinas-dinas terkait dan di Dinas Kesehatan Kota dan sejumlah 10 orang dinas terkait dengan kesehatan di tingkat kota.

### **3.6. Estimasi Besar Sampel dan Cara Pemilihan dan Penarikan Sampel**

Pengambilan sampel dilakukan dengan dua tahap, yaitu pengambilan sampel di masing-masing kota dan pengambilan sampel KK pada masing-masing kecamatan.

#### **3.6.1. Sampel Kecamatan**

Pemilihan Kecamatan di masing-masing kota dilakukan dengan cara random dengan memperhatikan jumlah penduduk yang ada di kecamatan dengan mempertimbangkan cakupan indikator program kesehatan yang berhubungan dengan Kota Sehat dan arahkan Dinas Kesehatan Kota.

#### **3.6.2. Sampel Informan**

- Pemilihan informan di masing-masing kecamatan terpilih sebagai sampel.
- Sampel informan yang diambil sebanyak 40 per kecamatan.

#### **3.6.3. Cara Pengambil Sampel KK**

Penarikan sampel berdasarkan criteria yaitu kelompok pemuka masyarakat masing-masing kelurahan sebanyak 10 orang yaitu terdiri dari dua kelompok. Dan kelompok masyarakat sebanyak 10 orang untuk masing-masing kelompok sebanyak dua kelompok. Keseluruhan sampel dari penelitian ini adalah 160 Kepala Keluarga (KK) yang tersebar di kedua kota tersebut.

#### **3.6.4. Estimasi Besar Sampel dan Cara Pemilihan dan Penarikan Sampel**

Pengambilan sampel dilakukan dengan dua tahap, yaitu pengambilan sampel di masing-masing kota dan pengambilan sampel KK pada masing-masing kecamatan pada kelurahan terpilih.

#### **3.6.5. Variabel**

Variabel penelitian kualitatif yang dikumpulkan terkait dengan determinan sosial yang antara lain latar belakang demografi, status ekonomi, sosial, politik dan budaya, elemen-elemen dari kebijakan dan pengaturan dan perundang-undangan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan dalam konteks Kota Sehat.

#### **3.6.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data**

Pada kegiatan ini dilakukan pengembangan kuesioner bebas yang berhubungan dengan topik penelitian. Kuesioner tersebut bermaksud untuk mendapatkan informasi sehingga dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dan tercapai tujuannya. Kuesioner bebas yang telah disusun meliputi pertanyaan-pertanyaan yang akan ditanyakan pada penanggung jawab fasilitas-fasilitas kesehatan dimana terdiri dari pertanyaan-pertanyaan umum dan pertanyaan lokal yang khusus untuk mengakomodasi perbedaan wilayah.

Telah dilakukan pengumpulan data berupa wawancara dan pengumpulan dokumen-dokumen yaitu dokumen-dokumen perundang-undangan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan dampak lingkungan sosial terhadap baik yang tercatat maupun yang sudah diimplementasikan. Demikian juga, penelitian ini ditunjang dengan kepustakaan-kepustakaan yang berhubungan, sehingga menghasilkan *evidence based* sebagai pegangan untuk pengembangan undang-undang dan peraturan-peraturan yang menyangkut dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan.

Prose pengumpulan data dilakukan melalui dua tahap. Tahap pertama adalah pengumpulan data pada tingkat institusi yang terdiri dari institusi Kementerian Kesehatan, Dinas Provinsi, Dinas Kota dan Puskesmas dan sektor terkait di tingkat provinsi dan kota. Wawancara mendalam dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan yang terkait pada kebijakan pengaturan dan perundang-undangan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan spesifik wilayah tersebut dalam

konteks Kota Sehat. Tahap kedua adalah wawancara dilakukan kepada informan terpilih melalui *fokus group discussion* atau diskusi terarah. Materi wawancara disusun berdasarkan hasil dan temuan dari data-data yang dikumpulkan pada tahap pertama. Sehingga tersedia panduan wawancara dan daftar pertanyaan dan panduan diskusi kelompok terarah dan topik-topik yang akan didiskusikan dalam diskusi kelompok terarah tersebut.

Diskusi kelompok terarah ~~akan~~ dilaksanakan di ruang pertemuan atau tempat terbuka di wilayah kelurahan yang terpilih. Masing-masing kelompok terdiri dari 10 orang yang diwakili oleh orang-orang yang dianggap memahami persoalan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan antara lain: tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, perwakilan kumpulan perempuan, karang taruna, perwakilan organisasi-organisasi di tingkat kecamatan yang berada di kelurahan.

Sebelum dilakukan wawancara, diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian sesuai naskah Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) (terlampir). Dalam hal responden menyetujui diminta untuk menanda tangani ***informed concent***. ***Informed concent*** dibacakan, ditanyakan dan diberikan kepada masing-masing responden untuk memastikan komitmen dan kerahasiaan data. Pada akhir wawancara responden-responden telah diberikan uang sebagai imbalan dari waktu yang dialokasikan. Sementara responden menolak untuk diajak berdiskusi kelompok terarah diambil pada tetangga dari responden tersebut.

Data sekunder telah diambil pada instansi-instansi yang dikunjungi dan review kepustakaan - kepustakaan yang berhubungan untuk memperkuat analisis. Data-data yang diperoleh telah diolah dengan mengidentifikasi thema dan pengorganisasian ke dalam kategori untuk dianalisis lebih lanjut, sehingga didapatkan hasil penelitian yang utuh.

### 3.6.7. Bahan dan Prosedur Kerja

Riset ini merupakan riset kualitatif yang menggunakan kuesioner dan alat perekam suara, dimana unit analisis kualitatifnya adalah penentu kebijakan kesehatan dan sektor terkait dengan kesehatan serta masyarakat. Prosedur dari analisis kualitatif dari penelitian ini adalah hasil dari wawancara-wawancara dan dokumen-dokumen serta kepustakaan-kepustakaan yang berhubungan dengan topik penelitian.

### 3.6.8. Manajemen dan Analisis Data

Langkah-langkah dalam menganalisis dokumen dan kepustakaan adalah melalui rangkaian kegiatan yang berupa verifikasi, pemahaman definisi operasionalnya dan identifikasi permasalahan yang ada secara rinci. Kemudian penentuan besaran dan tingkat dari permasalahan di level konteks, konten, proses dan aktor dari kebijakan dan pengaturan tersebut. Langkah selanjutnya adalah mengukur tujuan dari pengaturan-pengaturan dan perundangan-undangan, termasuk mengidentifikasi permasalahan yang berhubungan dengan *stakeholder*. Pertimbangan terhadap legalitas dan penerimaan secara politik diperhatikan.

Selanjutnya, dilakukan analisis diskursus yaitu pengertian dari perundangan-undangan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan lingkungan sosial dan dampaknya terhadap kesehatan dipelajari, kemudian *breakdown* permasalahannya dan dikonstruksi kembali, sehingga pemahaman dari perspektif proses perundangan-undangan dan pengaturan-pengaturan tersebut dapat dipahami. Analisis diskursus ini membantu mencari alternatif pendekatan terhadap pemecahan masalah yang ada.

## BAB. 4. HASIL

Analisis dari undang-undang dan pengaturan-pengaturan yang menyangkut lingkungan sosial dampaknya pada kesehatan tidak akan lepas dari proses, output, dampak sebagai efek dari undang-undang dan pengaturan tersebut yaitu pada tingkat pusat dimana undang-undang dan peraturan diinisiasi dan diimplementasi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Penelitian ini mengeksplorasi undang-undang dan pengaturan yang berhubungan dengan penyakit HIV/AIDS, Tuberkulosa, Diare dalam konteks kota sehat.

### 4.1. Tingkat Pusat

Peran Pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI mempunyai tugas membantu Presiden dalam menyelenggarakan sebagian urusan pemerintahan di bidang kesehatan:

Dalam melaksanakan tugas, Kementerian Kesehatan RI menyelenggarakan fungsi antara lain perumusan kebijakan nasional, kebijakan pelaksanaan dan kebijakan teknis di bidang kesehatan (Kemenkes, 2011).

Undang Undang dan Pengaturan yang berhubungan dengan penyakit HIV/AIDS, tuberkulosa, dan diare kecuali demam berdarah telah ditetapkan sejak awal tahun 200an. HIV/AIDS melalui Ketua Komisi Penanggulangan AIDS dalam hal ini Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat No. 8/PER/Menko/Kesra//2010 tentang Strategi dan Rencana Aksi nasional Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2010 – 2014. Kemudian Pengaturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 565/Menkes/Per/III/2011 Tentang Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011-2014.

Indonesia merupakan negara dengan percepatan peningkatan epidemi HIV yang tertinggi di antara negara-negara di Asia. HIV dinyatakan sebagai epidemik terkonsentrasi (a concentrated epidemic), dengan pengecualian di provinsi Papua yang prevalensi HIVnya sudah mencapai 2,5% (generalized epidemic). Secara nasional, angka estimasi prevalensi HIV pada populasi dewasa adalah 0,2%. Sejumlah 12 provinsi telah dinyatakan sebagai daerah prioritas untuk intervensi HIV dan estimasi jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia sekitar 190.000- 400.000. Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2.8%.

Untuk penyakit TB Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya.

Angka MDR-TB diperkirakan sebesar 2% dari seluruh kasus TB baru (lebih rendah dari estimasi di tingkat regional sebesar 4%) dan 20% dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Diperkirakan terdapat sekitar 6.300 kasus MDR TB setiap tahunnya.

Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, Indonesia merupakan negara pertama di antara High Burden Country (HBC) di wilayah WHO South-East Asian yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan pada tahun 2006. Pada tahun 2009, tercatat sejumlah sejumlah 294.732 kasus TB telah ditemukan dan diobati (data awal Mei 2010) dan lebih dari 169.213 diantaranya terdeteksi BTA+. Dengan demikian, Case Notification Rate untuk TB BTA+ adalah 73 per 100.000 (Case Detection Rate 73%). Rerata pencapaian angka keberhasilan pengobatan selama 4 tahun terakhir adalah sekitar 90% dan pada kohort tahun 2008 mencapai 91%. Pencapaian target global tersebut merupakan tonggak pencapaian program pengendalian TB nasional yang utama.

Penyakit Demam Berdarah Dengue merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Penyakit ini disebabkan infeksi Virus Dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, yang tersebar luas di daerah tropis dan subtropis. Telah diketahui terdapat 4 serotype yaitu virus dengue serotype 1, 2, 3 dan 4. Infeksi dengue sering bersifat sub klinis ataupun bersifat demam yang dapat sembuh sendiri (*self-limited febrile disease*). Walaupun demikian, jika pasien yang terinfeksi kedua kali dengan serotype virus yang berbeda, lebih berpeluang untuk menderita infeksi yang berat seperti Demam Berdarah Dengue maupun *Dengue Shock Syndrome*. Selama ini Infeksi virus Dengue didasarkan setelah kasus terdiagnosis Demam Berdarah Dengue. Diagnosis tersebut berdasarkan kriteria diagnosis klinis ditambah pemeriksaan serologi uji *haemagglutination-inhibition* untuk konfirmasi.

Program pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) membutuhkan suatu tes yang cepat, praktis dan dapat dipercaya untuk infeksi dengue primer dan sekunder. Saat ini telah dikenal Rapid Diagnosis Test (RDT) untuk mendeteksi NS1, IgG dan

IgM. NS1 adalah suatu *glycoprotein* yang muncul dengan konsentrasi tinggi pada pasien terinfeksi dengue pada tahap awal penyakit. Untuk penyakit DBD undang-undang dan pengaturan belum ada karena dokumen yang tersedia baru pada tahapan draft juknis RDT untuk penunjang diagnosis dini DBD. Pada penelitian ini ditingkat provinsi dan kota tidak ditelusuri porsesnya karena alasan di atas.

Aktor di tingkat pusat khususnya untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit HIV/AIDS focal pointnya adalah Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). Pengaturan berupa strategi penanggulangan HIV dan AIDS adalah melalui komisi penanggulangan AIDS Nasional yang dalam hal ini diketuai oleh Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat. KPAN ini dibentuk dalam rangka meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS yang lebih intensif dan menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi. Aktor di tingkat pusat untuk penyakit tubekolosis, demam berdarah dan diare adalah Kementerian Kesehatan.

#### **4.2. Tingkat Provinsi**

Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah mengubah sistem Pemerintahan di daerah dengan penguatan sistem desentralisasi (Otonomi Daerah). Perubahan tersebut merupakan implementasi dari Pasal 18 Ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara republik indonesia tahun 1945 yang mengamanatkan bahwa : "Pemerintah daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan" .

Daerah memiliki kewenangan membuat kebijakan daerah untuk mengatur urusan pemerintahannya sendiri. kewenangan daerah mencakup seluruh kewenangan dalam bidang pemerintahan, kecuali bidang politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, dan agama yang diatur dalam ketentuan Pasal 10 ayat (3) Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Secara spesifik urusan wajib yang menjadi kewenangan daerah diatur dalam ketentuan Pasal 13 dan Pasal 14 yang telah diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah kabupaten/kota. Dalam

rangka penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, Pemerintah juga telah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Untuk menjalankan urusan pemerintahan daerah sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah tersebut, Pemerintah Daerah memerlukan perangkat Peraturan Perundang-undangan.

Kedudukan Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana Pemerintah Provinsi di bidang kesehatan sesuai dengan kewenangan Pemerintah Provinsi serta perundang-undangan yang berlaku. Secara umum tugas dari Dinas Kesehatan Provinsi antara lain adalah melaksanakan sebagian kewenangan desentralisasi, tugas dekonsentrasi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan sesuai dengan lingkup tugasnya.

Di tingkat provinsi peran khusus dari dinas provinsi antara lain:

- Perencanaan program-program kesehatan dengan pendekatan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) ;
- Pembinaan manajemen Kesehatan daerah yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian kebijakan kesehatan ;
- Pembinaan, Pengawasan operasional dan Pengendalian atas pengelolaan pelayanan kesehatan pada fasilitas-fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta serta fasilitas non kesehatan yang mempunyai pengaruh kepada kesehatan masyarakat;
- Pengupayaan pemberdayaan masyarakat dalam bidang Kesehatan;
- Perencanaan dan pembinaan pelayanan kesehatan keluarga, Pelayanan Medis KB dan Gizi Masyarakat;
- Perencanaan, pembinaan, pelaksanaan, pengamatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit dan penanganan Kejadian Luar Biasa bidang kesehatan;
- Perencanaan, pembinaan dan pelaksanaan Upaya Kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan terhadap Kesehatan lingkungan;
- Perencanaan dan pengadaan obat untuk Puskesmas dan jaringannya serta pengawasan sarana dan sediaan farmasi di sarana pelayanan swasta;
- Pengawasan makanan dan minuman yang berpotensi menimbulkan masalah Kesehatan masyarakat dari proses produksi sampai dengan peredarannya;
- Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian sarana pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan baik pemerintah maupun swasta;
- Penyusunan, pelaksanaan dan pengembangan Sistem Kesehatan Daerah ;

- Pengembangan Sistem pembiayaan kesehatan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dan atau sistem lain;
- Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan
- Perencanaan, pelaksanaan dan pembinaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
- Penanggulangan masalah kedaruratan dan bencana
- Perencanaan Penyelenggaraan dan pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah;
- Perencanaan, Pengembangan dan pendayagunaan sumber daya kesehatan
- Perencanaan, pelaksanaan dan pengembangan Promosi Kesehatan.

#### **4.2.1. Undang-Undang Dan Pengaturan Bidang Kesehatan Di Provinsi Sulawesi Utara**

Provinsi Sulawesi Utara terletak di ujung utara Pulau Sulawesi dan memiliki luas wilayah 15.376,99 km<sup>2</sup> dengan ibukota Manado. Provinsi ini berbatasan dengan Laut Sulawesi, Samudra Pasifik dan Republik Filipina di sebelah utara, Laut Maluku di sebelah timur, Teluk Tomini di sebelah selatan dan Provinsi Gorontalo di sebelah barat. Provinsi ini beribukota di Manado.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara merupakan bagian dari Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Utara. Fungsi dari Dinas Kesehatan antara lain adalah pelaksanaan pembinaan umum di bidang kesehatan meliputi pendekatan peningkatan; pelaksanaan pembinaan teknis di bidang upaya pelayanan kesehatan dasar dan upaya pelayanan kesehatan rujukan berdasarkan kebijaksanaan teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan; kebijaksanaan pembinaan operasional sesuai kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Gubernur Kepala Daerah.

Di tingkat provinsi khususnya di Provinsi Sulawesi Utara pada penelitian ini penekankannya adalah pada proses implementasi dari undang-undang dan pengaturan dari penyakit HIV/AIDS, tuberkulosa, dan diare yang diturunkan dari Kementerian Kesehatan.

Dinas Kesehatan merupakan aktor utama dalam menerjemahkan kebijakan kesehatan dari pusat dan mengembangkan serta mengimplementasikan dalam bentuk program-program ditingkat provinsi. Program pemberantasan penyakit menular termasuk HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara, selain pengobatannya juga pencegahan dan penemuan kasus baru. Hal ini seperti yang diungkapkan:

*"...upaya penanggulangan penyakit HIV/AIDS ditujukan bukan saja kepada penanganan pengobatan penderita tetapi diarahkan kepada pencegahan dan penemuan kasus secara dini" (Dinkes Sulut).*

Kerjasa sama dengan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Provinsi dalam hal penanggulangan penyakit HIV/AIDS merujuk kepada strategi penanggulangan HIV/AIDS yang dibuat oleh Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Pusat. Kebijakan strategi penanggulangan merujuk kepada peningkatan cakupan dan perluasan pencegahan; peningkatan dan cakupan perluasan perawatan, dukungan dan pengobatan; pengurangan dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses ke program mitigasi sosial; penguatan kemitraan dan sistim masyarakat; peningkatan koordinasi dan mobilisasi dana; pengembangan intevensi struktural; penerapan perencanaan prioritas dan implementasi program berbasis data (KPAN AIDS, 2010).

Peran aktif dari KPAD dengan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dapat dilihat dari kerjasama dalam peningkatan dan perluasan cakupan pencegahan, perawatan, koordinasi dengan stakeholder untuk program pemberantasan penyakit HIV/AIDS di tingkat provinsi.

Untuk penyakit tuberkolis (TB) jumlah di provinsi ini pada tahun 2010 adalah 4.400 orang atau 93% dari estimasi surveilans dari 1000 penduduk. Pada tahun 2009 sekitar 91% (Dinkes Sulut, 2011)

Target pengendalian penyakit TB di provinsi ini antara lain penemuan pasien baru TB dan menyembuhkan 85% dari penemuan kasus penyakit TB ini. Rata-rata cakupan penyembuhan terhadap penderita penyakit ini telah dicapai lebih dari 85%. Hal-hal yang berpengaruh antara lain adalah adanya peningkatan akses pelayanan kesehatan, peningkatan peran serta masyarakat dan pengaktifan kader posyandu.

Untuk penyakit diare menempati urutan kedua setelah penyakit influenza di provinsi ini. Pemberantasan penyakit diare menggunakan kebijakan dan strategi yang didapatkan dari pusat antara lain diadopsi dan ditetapkan tatalaksana penderita diare sesuai standar, baik di sarana kesehatan maupun rumah tangga; menanggulangi KLB diare dengan meningkatkan kewaspadaan dini dan surveilans yang ketat secara terkoodinasi melalui lintas program dan sektor; mengembangkan dan menyebarluaskan pedoman program dan pesan tatalaksana penderita serta pencegahan penyakit diare secara hirarkis, baik lintas program dan sektor terkait; meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas dalam pengelolaan program

yang meliputi aspek manajerial dan teknis medis melalui inservice training maupun pre service training; meningkatkan kerjasama lintas program dan sektor terutama dalam meningkatkan upaya pencegahan; meningkatkan pembinaan teknis dan monitoring untuk mencapai kualitas pelaksanaan program secara maksimal dan melaksanakan evaluasi untuk mengetahui hasil kegiatan program dan sebagai dasar perencanaan selanjutnya.

*“...adapun strateginya adalah melaksanakan tatalaksana penderita diare yang standar di sarana kesehatan; meningkatkan tatalaksana penderita diare di rumah tangga yang tepat dan benar; melaksanakan manajemen KLB diare yang efektif dan efisien; melaksanakan upaya kegiatan pencegahan yang efektif dan melaksanakan upaya monitoring dan evaluasi” (Dinkes Provinsi Sulut, 2011).*

Pertimbangan aspek lingkungan sosial dalam konteks kultur, kebiasaan masyarakat setempat dalam upaya penanggulangan penyakit diare telah dilakukan sesuai dengan kebijakan yang diturunkan dari pusat dan kebijakan lokal, walaupun pertimbangan etnik, geopolitik secara terdeskripsi belum nampak dalam hal ini.

#### **4.2.2. Undang-Undang Dan Pengaturan Bidang Kesehatan Di Provinsi Kalimantan Timur**

Provinsi Kalimantan Timur memiliki luas wilayah daratan sekitar 198.441 km<sup>2</sup> dan luas pengelolaan laut sekitar 10.216.57 km<sup>2</sup> yang dibagi ke dalam 10 kabupaten dan empat kota. Dataran Provinsi Kalimantan Timur umumnya terdiri dari pegunungan dan bukit yang terdapat hampir di seluruh kabupaten. Disamping itu provinsi ini juga mempunyai ratusan sungai yang juga tersebar hampir di semua kabupaten/kota dan merupakan sarana angkutan utama disamping angkutan darat.

Mekanisme koordinasi yang dilakukan pada implementasi Undang-Undang dan pengaturan dampak sosial terhadap kesehatan masyarakat di tingkat provinsi adalah mengacu pada Peraturan Menteri dalam negeri Nomor 20 tahun 2007, ternyata pengaturan dampak sosial terhadap kesehatan masyarakat di provinsi adalah hanya memfasilitasi, mengurus dan membentuk.

Undang-Undang dan pengaturan dampak sosial terhadap kesehatan masyarakat di provinsi ini mengacu dari Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman umum pembentukan komisi penanggulangan AIDS dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.

Perihal mekanisme pelaporan rutin yang berjalan di provinsi dan yang berkaitan dengan Undang-Undang, pengaturan dampak sosial terhadap kesehatan masyarakat di provinsi adalah Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Komisi penanggulangan AIDS (KPA) tingkat Kabupaten atau Kota mempunyai tugas antara lain :

1. Melakukan koordinasi dan penyusunan kebijakan, strategi di Kabupaten atau Kota;
2. Menyebarkan informasi mengenai upaya penanggulangan HIV dan AIDS kepada aparat dan masyarakat di tingkat Kabupaten atau kota;
3. Mendorong terbentuknya LSM/keompok peduli HIV dan AIDS ditingkat Kabupaten atau Kota;
4. Melakukan fasilitasi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas Camat dan Pemerintah desa atau kelurahan dalam penanggulangan HIV dan AIDS;

Dalam pelaksanaan kebijakan, strategi dan langkah-langkah penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat Kabupaten/Kota, Bupati/Walikota menugaskan :

1. Camat, untuk memimpin, mengkoordinasi dan memobilisasi sumber daya yang ada di kecamatan;
2. Kepala desa/lurah melaksanakan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di desa/kelurahan dengan melibatkan Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) sebagai anggota masyarakat desa dan kelurahan yang memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk mengarahkan masyarakat berpartisipasi dalam hal program penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya.

Dasar pelaksanaan :

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2005 tentang Desa;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 2005 tentang Kelurahan;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
7. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional;

8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 32 Tahun 2006 tentang Pedoman Administrasi Desa;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 2007 tentang Lembaga Kemasyarakatan;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2007 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat

Pada kenyataan instansi tersebut tidak ada Undang-Undang yang mengatur, Badan tersebut hanya sebagai Penguat Kelembagaan POKJA HIV dan AIDS di Kabupaten/Kota.

Peran Komisi Penanggulangan dalam Penanggulan HIV dan AIDS di Kalimantan Timur menurut Ketua Pelaksana KPA Provinsi Kalimantan Timur Terletak pada Respon Kebijakan Nasional yaitu :

1. Peraturan
2. Pres 75/2006 (KPA Nasional)
3. Permenko Kesra (ada 4 tentang KPAN)
4. Strategi Nasional 2007 – 2010
5. Rencana Aksi Nasional 2007 – 2010
6. Permenko Kesra No 2/2007 tentang kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk penggunaan napza suntik (HR)
7. Permendagri No 20/2007 tentang Pedoman umum Pembentukan KPA dan Pemberdayaan Masyarakat.
8. Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2010-2014
9. Juknis, Juklak dan lain sebagainya.

Dasar Hukum Keberadaan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional adalah

1. Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 75 Tahun 2006 yaitu tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN).
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 yaitu tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS Di Daerah.

Implementasi terhadap kebijakan terimplisit dalam rencana pembangunan Jangka Menengah dan Jangka Panjang 2009 - 2013. Turunan dari jbaran pusat ada point

ketiga yang penting adalah untuk peningkatan sumber daya manusia. Khusus untuk tenaga medis kendalanya pada kabupaten kota ada di daerah perbatasannya dengan negara tetangga dimana tidak ada tenaga dokter yang tersedia.

*“...untuk mempercepat pemenuhan dan mempercepat kekurangan di 14 kota tenaga medis khususnya tidak semudah yang diideakan daerah terpencil yang termarginalkan untuk memenuhi kuota” (Bappeda Kaltim).*

*“...Penyakit yang ada KLB al Diare, TBC, HIV& AIDS adalah merupakan bagian kriteria kota sehat oleh SKPD dan jajaran yang terkait untuk mewujudkan KALTIM SEHAT 2012 (Dinkes Provinsi Kaltim).*

*“...Mekanisme pelaporan rutin yang berjalan di provinsi ini berkaitan dengan UU dan Pengaturan dampak sosial terhadap kesehatan masyarakat adalah adanya koordinasi lintas sektor, lintas satuan kerja perangkat daerah dengan Cipta Karya ini khusus untuk bidang perumahan, perencanaan rumah masyarakat. Bagaimana dengan lingkungan sangitasinya, irigasi, ada kumankuman (Bappeda, Kaltim).*

Terdapat kendala dalam mengalokasikan dana keuangan untuk mengkoordinasikan SKPD –SKPD yang ada di wilayah Provinsi Kalimantan Timur didekatkan dengan kesehatan masyarakat termasuk dengan program ibu dan balita dan lingkungan sehat.

#### **4.3. Tingkat Kota**

Dinas Kesehatan Kota merupakan Dinas Otonomi Daerah yang secara struktur sepenuhnya berada dalam kewenangan Pemerintah Daerah Kota, sedangkan hubungan dengan Dinas Kesehatan Propinsi adalah merupakan hubungan kerja fungsional, sehingga tugas–tugas bantuan (dekonsentrasi) dibidang kesehatan ditingkat Kota dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kota mempunyai tugas pokok dibidang kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut Dinas Kesehatan Kota berfungsi merumuskan kebijaksanaan sistem kesehatan kota dan melaksanakan kegiatan teknis operasional di bidang kesehatan, yang di laksanakan oleh Pemerintah di Kota. Dinas ini berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Walikota.

#### 4.3.1. Kota Bitung Provinsi Sulawesi Utara

Kota Bitung adalah salah satu kota dari tiga kota di Provinsi Sulawesi Utara. Kota ini memiliki perkembangan yang cepat karena terdapat pelabuhan laut yang mendorong percepatan pembangunan wilayah perkotaan.

Kota Bitung sebagai kota serba dimensi bertumbuh dan berkembang cukup pesat diberbagai bidang, termasuk bidang industri dan perdagangan, hal itu sangat mungkin terjadi, karena selain memiliki potensi sumber daya alam yang cukup baik, posisi Bitung sebagai Kota Pelabuhan sangat strategis dijalur perdagangan dunia (Profil Kota Bitung 2011). Tahun 2011 Kota Bitung mendapat penghargaan Swasti Saba Wistara dari Kementerian Kesehatan. Swasti Saba Wistara adalah merupakan penghargaan tertinggi untuk penilaian Kota Sehat.

Adapun tatanan/indikator Kota Sehat yang ditetapkan adalah kawasan pemukiman sarana dan prasarana umum; kawasan sarana lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi; kawasan hutan sehat; kawasan industri dan perkantoran sehat; kawasan pariwisata sehat; ketahanan pangan dan gizi; kehidupan masyarakat sehat yang mandiri dan kehidupan sosial yang sehat.

Tabel di bawah ini adalah indikator pokok dari pencapaian program-program kesehatan yang menjadi acuan untuk kota sehat Kota Bitung (Dinkes Kota Bitung, 2010).

**Tablel 1. Indikator Pokok Program Kesehatan di Kota Bitung**

No.	Indikator Pokok	2009	2010
1	Angka kematian bayi 34 per 1.000 kelahiran hidup	8,5/1000 (26/3526)	8,2/1000 (32/4154)
2	Angka kematian ibu melahirkan 228 per 1.000 kelahiran hidup	168/100.000 (6/3526)	192/100.000 (8/4154)
4	Prevalensi Penderita Tb Paru 235 per 100.000 penduduk	182/100.000	199/100.000
5	Prevalensi penderita HIV pada populasi dewasa 0,2%	0,015	0,012
6	Angka kesakitan DBD 55 per 100.000 penduduk	101/100.000	79/100.000
7	Kasus diare 350 per 1000 penduduk	16/1000	20/1000
8	Kecamatan Bebas Rawan Gizi	bebas	bebas
9	Presentase penduduk yang memiliki akses terhadap air minum berkualitas 62%	65,9	77,7
10	Presentasi desa yang mencapai UCI 80%	58	68
11	Adanya Perda dan lokasi kawasan bebas rokok		Perwako
12	Meningkatnya umur harapan hidup 70,7 tahun	70,35	

Dalam hal undang-undang dan pengaturan dari penyakit HIV/AIDS, tuberkulosa, dan diare yang diturunkan dari pusat dan provinsi di Kota Bitung diterapkan untuk Penyakit HIV/AIDS melalui upaya-upaya yang dilakukan antara lain dengan melibatkan lintas sektor (pemerintah, swasta, lembaga, LSM dan masyarakat). Upaya nyata yang dilakukan adalah:

1. Perda Kota Bitung No. 19 tahun 2006 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS serta IMS di Kota Bitung.
2. Pemeriksaan / Tes HIV dan pengobatan secara gratis.
3. Pelayanan Klinik VCT dan IMS
4. Sosialisasi / Penyuluhan
  - Media cetak : Leaflet, stiker
  - Kelompok masyarakat
  - Penyuluhan di sekolah-sekolah ,SMP,SMU,Pemuda.
5. Memberikan bantuan Usaha Ekonomi Produktif kepada ODHA (Tahun 2010, 2011)
6. Memberikan bantuan kepada anak yang terinfeksi HIV/AIDS.
7. Pemberian Nutrisi kepada ODHA
8. Mobile klinik pada kelompok Risti
9. Pelayanan Kolaborasi TB - HIV
10. Pengobatan Presumtif Berkala (PPB) pada kelompok ristimelalui pelayanan klinik IMS serta secara rutin melaksanakan skrining IMS
11. Set Up Layanan Alat Suntik Steril di Puskesmas bagi penasun
12. Intervensi Perubahan Perilaku pada kelompok risti (lintas sektor : LSM)
13. Penyediaan kondom gratis di Outlet Kondom.
14. Pengadaan Obat HIV-AIDS dari dana APBD II

Program pemberantasan penyakit TB di Kota Bitung baru dalam penyesuaian dan penggunaan kebijakan yang diturunkan dari tingkat pusat yaitu Strategi Nasional Pengendalian TB. Demikian juga dana yang mensupport kegiatan seperti informasi yang didapatkan dari hasil wawancara dengan penanggungjawab penyakit menular di Kota Bitung:

*Untuk penyakit TB sosialisasi kepada masyarakat tentang penyakit TB dan pencegahannya secara regular dilakukan, demikian juga dengan pengadaan obat-obat TB yang bersumber dari APBD II dan Global Fund TB (Dinkes Kota Bitung, 2011)*

Dalam pelaksanaan minum obat oleh penderita yang diberikan obat-obat TB. Tersedia pengawas minum obat dari masyarakat yang berasal dari masyarakat, dimana mereka telah dilakukan bimbingan teknik pada petugas puskesmas termasuk cara dan jumlah meminum obat setiap hari. Kegiatan ini juga ditunjang oleh sumber dana yang berasal dari APBD II. Untuk bantuan dari Global Fund TB penderita TB diarahkan untuk berobat gratis selama 6 bulan di Puskesmas. Untuk penyuluhan dilakukan di posyandu, puskesmas dan kantor camat.

Penyakit diare prioritas kegiatan yang dilakukan antara lain penyuluhan kepada masyarakat tentang PHBS; pengadaan obat diare yang bersumber dari dana APBN dan APBD II; bimbingan teknis bagi petugas puskesmas.

Wawancara pada masyarakat didapatkan informasi bahwa untuk penderita AIDS perlu dibantu karena mereka hanya hidup di tempat-tempat kos karena itu harus dibantu, baik gizi dan lain-lain.

Demikian juga bahwa lokalisasi Penjaja Seks Komersil dapat diterima oleh masyarakat di Kota Bitung seperti yang diungkapkan:

*"...Kami setuju dengan lokalisasi PSK supaya anak-anak tidak terpengaruh dan mengikuti orang tuanya (Responden Bitung)"*

Penyemprotan dan kebersihan serta pemberian abate adalah baik sekali untuk diteruskan. Selokan-selokan harus dibersihkan dan masyarakat harus mendukung semua itu supaya tetap.

*"...Pemerintah menanggulangi penyakit-penyakit tersebut seperti penyemprotan larva, pemberian abate ke rumah-rumah masing-masing berukuran besarnya halaman dan rumah" (Responden Bitung).*

Secara umum program-program kesehatan yang diberikan dan ditawarkan kepada masyarakat dapat diterima oleh masyarakat Kota Bitung, seperti pada hasil wawancara bahwa:

*"...Program yang diberikan pemerintah sudah cukup baik, hanya saja semua itu sangat tergantung pemerintah bukan dari masyarakat itu sendiri" (Responden Bitung).*

*"...Kami sangat setuju dengan program ini karena sangat membantu" (Responden Bitung).*

Informasi dari pemberi pelayanan kesehatan bahwa masyarakat kadang-kadang malas berobat walaupun sudah diinformasikan dampak dari penyakit yang mereka derita. Di sisi lain dalam hal kebutuhan berobat ke fasilitas kesehatan dan keteraturan minum obat, semuanya tergantung pada masyarakat, padahal disadari obat yang diberikan pemerintah itu kalau dibeli dengan uang sendiri harganya cukup mahal.

*"...Biaya obat harus gratis karena kami harus membeli obat walaupun harganya mahal".*

Implementasi kebijakan pengaturan dan perundang-undangan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan di Kota Bitung adalah dalam bentuk program-program kesehatan dalam hal ini kegiatan-kegiatan pemberantasan penyakit menular yang menjadi tujuan dari penelitian ini. Kebijakan yang diturunkan dari pusat dan provinsi diadopsi dan disesuaikan dengan situasi yang ada di Kota Bitung.

#### **4.3.2. Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur**

Kota Balikpapan merupakan kota tujuan urbanisasi baik dari Kalimantan Timur maupun dari wilayah Indonesia. Hal ini terjadi karena Balikpapan merupakan pintu gerbang baik lintas Kalimantan Timur dengan keberadaan berbagai fasilitas perhubungan laut, darat maupun udara. Kota Balikpapan merupakan kota perdagangan, jasa dan industri karena letak geografisnya sangat strategis dari aspek lalu lintas perekonomian dan perhubungan bagi daerah-daerah di Kalimantan Timur.

Dinas - dinas daerah adalah pelaksana otonomi daerah. Dan Dinas kesehatan adalah unsur pelaksana otonomi daerah dibidang kesehatan Kota Balikpapan. Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud di atas Dinas Kesehatan mempunyai fungsi :

- a. perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan sesuai dengan rencana strategis yang ditetapkan Pemerintah Kota;
- b. perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis di bidang kesehatan;
- c. perumusan, perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis Pelayanan Kesehatan;
- d. perumusan, perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis

- pengecehan, pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan;
- e. perumusan, perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis Bina Kesehatan Masyarakat;
  - f. perumusan, perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis Sumber Daya Kesehatan;
  - g. penyelenggaraan urusan kesekretariatan;
  - h. pelaksana Unit Pelaksana Teknis Dinas;
  - i. pembinaan kelompok jabatan fungsional; dan
  - j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.
- (Peraturan Daerah Kota Balikpapan Nomor 17 Tahun 2008 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Dinas-Dinas Daerah).

Undang-undang dan pengaturan dari penyakit HIV/AIDS, tuberkulosa, dan diare yang diturunkan dari pusat dan provinsi di Kota Balikpapan diimplementasikan dalam bentuk Peraturan Daerah. Dan untuk Penyakit HIV/AIDS diterapkan melalui upaya-upaya yang antara lain dengan melibatkan lintas sektor (pemerintah, swasta, lembaga, LSM dan masyarakat).

Insidens penyakit HIV/AIDS dari tahun 2008-2010 nampak mengalami peningkatan. (Dinkes Kota Balikpapan, 2010). Kegiatan penanggulangan Pencegahan Penyakit kelamin dan HIV/ AIDS di Kota Balikpapan dengan melaksanakan upaya – upaya kesehatan antara lain :

1. Pembinaan terhadap pramunikmat dilokalisasi
2. Pemeriksaan Vagina smear
3. Pemeriksaan HIV
4. Mobile VCT & Out Reach
5. Penyuluhan kondomisasi
6. Penjangkauan resiko tinggi

Untuk penyakit PTB paru di Kota Balikpapan masih menjadi masalah kesehatan karena:

Penemuan penderita TB dengan BTA (+) masih rendah; prosentase penularan tertinggi pada kelompok produktif; menyerang pada semua kelompok umur.

Dari gambaran pencapaian program penanggulangan TB Paru di Balikpapan tahun 2010 menunjukkan pencapaian yang belum memuaskan dan memerlukan peningkatan.

Penularan kasus TB paru cukup tinggi di daerah slum area (daerah kumuh) dengan sanitasi perumahan dan populasi penduduk yang tinggi diharapkan program aktif case finding selektif pada daerah tinggi kasus harus dilaksanakan untuk mengoptimalkan penjarangan kasus TB paru.

Kasus penyakit diare di Kota Balikpapan tergantung dengan musim dan bersifat situasional, saat musim menjelang kemarau dan menjelang hujan angka kasus cukup tinggi. Pada musim kemarau kasus diare meningkat tajam, hal tersebut dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas sarana air bersih. Penyakit diare juga dipengaruhi oleh perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) secara individu, terutama perilaku mencuci tangan saat makan dan jajan makanan yang tidak terjaga hygiene sanitasinya.

Penyakit diare di Kota Balikpapan tahun 2008-2010 dalam 3 tahun berturut-turut mengalami kenaikan walaupun tidak terlalu signifikan namun masih tetap dibawah target insiden rate (IR) nasional.

*"...ada UU dari Pusat ke Daerah, contoh faktor sosial, produk hukum, apabila terjadi bentuk Perda, akan diambil mengambil indikator dengan mempertimbangkan variable di masyarakat. Ada produk hukum yang sudah jadi mencocokkan peraturan tingkat Pusat ke Daerah. Efeknya sudah cukup banyak. Contohnya, demam berdarah, masyarakat sudah sadar walaupun rumahnya kumuh, dengan melakukan memperbaiki saluran air akan mengurangi penyakit. Untuk diare agak susah, salah makan sewaktu lebaran/undangan (BPW Balikpapan)."*

*"...untuk memastikan apakah pengaturan dan kebijakan sudah dilaksanakan untuk 4 penyakit ? Lebih banyak pada perilaku dan sudah ada peraturan-peraturan seperti SOP HIV sudah disosialisasikan. Dinas sosial ada Promkes, pencegahan sosial sedikit, rehabilitasi banyak, sudah ada peraturan (Dinas sosial, Balikpapan)".*

Fungsi dinas kesehatan baik di tingkat provinsi dan kota dan sektor-sektor terkait dengan kesehatan sangat menentukan dalam hal penerapan dan implementasi dari undang-undang dan pengaturan yang diturunkan dari tingkat pusat.

## BAB 5. PEMBAHASAN

Peraturan Perundang-undangan di bawah Undang-Undang adalah Peraturan Pemerintah. Peraturan Pemerintah adalah Peraturan Perundang-undangan yang ditetapkan oleh Presiden untuk menjalankan Undang-Undang sebagaimana mestinya. Keberadaan Pemerintah hanya untuk menjalankan Undang-Undang. Secara yuridis konstitusional tidak satupun Peraturan Pemerintah yang dikeluarkan dan/atau ditetapkan oleh Presiden di luar perintah dari suatu Undang-Undang (Handoyo, 2008).

Asas-asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik merujuk pada **I.C. van der Vlies** (1984) dalam bukunya yang berjudul "*Het wetsbegrip en beginselen van behoorlijke regelgeving*", membagi asas-asas dalam pembentukan peraturan negara yang baik (*beginselen van behoorlijke regelgeving*) ke dalam asas-asas yang formal dan yang material. Asas-asas yang formal meliputi:

- a. asas tujuan yang jelas (*beginsel van duidelijke doelstelling*);
- b. asas organ/lembaga yang tepat (*beginsel van het juiste orgaan*);
- c. asas perlunya pengaturan (*het noodzakelijkheids beginsel*);
- d. asas dapatnya dilaksanakan (*het beginsel van uitvoerbaarheid*);
- e. asas konsensus (*het beginsel van consensus*).

Asas-asas yang material meliputi:

- a. asas tentang terminologi dan sistematika yang benar;
- b. asas tentang dapat dikenali;
- c. asas perlakuan yang sama dalam hukum;
- d. asas kepastian hukum;
- e. asas pelaksanaan hukum sesuai keadaan individual.

Kebijakan pengaturan dan perundang-undangan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan merujuk pada pemahaman akan keberadaan masyarakat yang hidup di wilayah perkotaan, perekonomiannya, dan kontrol sosial yang ada di dalam masyarakat.

Wilayah perkotaan adalah merupakan area kegiatan penelitian ini. Kota secara umum adalah sebuah area urban yang berbeda dari desa ataupun kampung baik ukurannya, kepadatan penduduk, kepentingan, atau status hukum.

Pada penelitian ini Kota Sehat merupakan *entry point* untuk menganalisis undang-undang dan pengaturan tentang dampak lingkungan sosial yang berhubungan

dengan indikator pokok Program Tuberkulosis, HIV, Demam Berdarah dan Diare. Konsep Kota Sehat tidak hanya memfokuskan pada pelayanan kesehatan yang lebih ditekankan pada suatu pendekatan kondisi sehat dan problem sakit saja, tetapi juga kepada aspek menyeluruh yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, baik jasmani maupun rohani.

Ditingkat pusat khususnya untuk strategi penanggulangan HIV/AIDS merujuk kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010 – 2014 dan strategi penanggulangan HIV/AIDS. Untuk penyakit TB pengendalian TB yang berkualitas secara berkesinambungan, perlu disusun dokumen perencanaan program pengendalian TB. Sedangkan, untuk penyakit diare pengaturannya berdasarkan bahwa penyakit diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, baik ditinjau dari angka kesakitan dan angka kematian serta kejadian luar biasa yang ditimbulkan.

Pertimbangan undang-undang yang sudah ada digunakan sebagai rujukan dari masing kebijakan yang telah disusun. Misalnya untuk strategi penanggulangan HIV/AIDS pertimbangannya antara lain Undang-undang Dasar 45 kemudian undang-undang No 23 tahun 2004. Demikian juga untuk penyakit TB Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273); bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011- 2014.

Kemudian Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421). Dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700).

HIV adalah virus yang dapat menular, karena itu pencegahan dan penanggulangannya harus tunduk pada peraturan tentang pencegahan dan penanggulan penyakit menular. Indonesia telah memiliki satu gugusan peraturan perundangan tentang pencegahan penyakit menular yakni :

1. Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang No.04 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
3. Peraturan Pemerintah RI No. 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 560/Menkes/VI/1989 tentang Wabah Penyakit Menular menyebutkan bahwa jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah termasuk demam berdarah dengue. Kemudian disebutkan pula bahwa Menteri Kesehatan berwenang untuk menetapkan penyakit yang digolongkan sebagai wabah penyakit menular.

Di tingkat provinsi undang-undang dan pengaturan diberlakukan sesuai dengan keadaan setempat. Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi merupakan urusan dalam skala provinsi. Urusan pemerintahan provinsi yang bersifat pilihan meliputi urusan pemerintahan yang secara nyata ada dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi, kekhasan, dan potensi unggulan daerah yang bersangkutan.

Demikian pula di tingkat kota undang-undang dan pengaturan disesuaikan dengan kondisi daerah dengan mengkomodasikan ke dalam peraturan kota. Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah kota merupakan urusan yang berskala kabupaten. Urusan pemerintahan kota yang bersifat pilihan meliputi urusan pemerintahan yang secara nyata ada dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi, kekhasan, dan potensi unggulan daerah yang bersangkutan.

Baik provinsi dan kota memiliki kewenangan dalam hal penyusunan pengaturan – pengaturan yang disesuaikan dengan kondisi, kekhasan dan potensi unggulan masing-masing daerah yang disebut Peraturan Daerah.

Peraturan Daerah merupakan salah satu jenis Peraturan Perundang-undangan dan merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila. Pada saat ini Peraturan Daerah mempunyai kedudukan yang sangat strategis karena diberikan landasan konstitusional yang jelas sebagaimana diatur dalam Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara republik indonesia tahun 1945.

Peraturan Daerah mempunyai berbagai fungsi yaitu:

- a) sebagai instrumen kebijakan untuk melaksanakan otonomi daerah dan tugas pembantuan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara republik indonesia tahun 1945 dan Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah.

b) merupakan peraturan pelaksanaan dari Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.

Dalam fungsi ini, Peraturan Daerah tunduk pada ketentuan hierarki Peraturan Perundang-undangan. Dengan demikian Peraturan Daerah tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.

c) sebagai penampung kekhususan dan keragaman daerah serta penyalur aspirasi masyarakat di daerah, namun dalam pengaturannya tetap dalam koridor Negara kesatuan republik indonesia yang berlandaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara republik indonesia tahun 1945.

d) sebagai alat pembangunan dalam meningkatkan kesejahteraan daerah.

Undang-undang dan pengaturan apa saja yang turun dari pusat ada yang diimplementasikan secara langsung, dan ada pula yang dimasukkan/diadopsi ke dalam Peraturan-peraturan daerah. Khusus undang-undang dan pengaturan yang masuk ke dalam Perda, akan melalui tahapan-tahapan pembentukan Perda di daerah. Tahapan-tahapan tersebut adalah inisiasi, penetapan, perundangan dan penyebarluasan.

#### **5.1.1. Tahap Inisiasi**

Rencana peraturan daerah atau Raperda dapat berasal dari DPRD (Raperda Inisiatif/Prakarsa Dewan) atau dapat juga berasal dari Gubernur/Bupati/Walikota (Raperda usulan Eksekutif). Hal ini tergantung dari kondisi daerah masing-masing terutama kondisi geo-politis yang berkembang. Raperda dapat disampaikan oleh anggota, komisi, gabungan komisi, atau alat kelengkapan khusus yang menangani bidang legislasi DPRD. Ketentuan mengenai tata cara mempersiapkan Raperda yang berasal dari DPRD diatur dalam Peraturan Tata Tertib DPRD. Raperda yang telah disiapkan oleh DPRD disampaikan oleh pimpinan DPRD kepada gubernur atau bupati/walikota. Penyebarluasan Raperda yang berasal dari DPRD dilaksanakan oleh sekretariat DPRD (The USAID, 2008)

Raperda yang telah disiapkan oleh gubernur atau bupati/walikota disampaikan dengan surat pengantar gubernur atau bupati/walikota kepada DPRD oleh gubernur atau bupati/walikota. Ketentuan mengenai tata cara mempersiapkan Raperda yang berasal dari gubernur atau bupati/walikota diatur dengan Peraturan Presiden. Penyebarluasan Raperda yang berasal dari gubernur atau bupati/walikota

dilaksanakan oleh sekretariat daerah. Apabila dalam suatu masa sidang, gubernur atau bupati/walikota dan DPRD menyampaikan Raperda mengenai materi yang sama maka yang dibahas adalah Raperda yang disampaikan oleh DPRD sedangkan Raperda yang disampaikan oleh gubernur atau bupati/walikota digunakan sebagai bahan untuk disandingkan (The USAID, 2008).

Pengertian pembentukan peraturan perundang-undangan dapat ditemukan dalam Pasal 1 angka 1 UU Nomor 10 Tahun 2004, *“Pembentukan Peraturan Perundang-undangan adalah proses pembuatan peraturan perundang-undangan yang pada dasarnya dimulai dari perencanaan, persiapan, teknik penyusunan, perumusan, pembahasan, pengesahan, pengundangan dan penyebarluasan.”* Sebenarnya tahap penyebarluasan adalah tahap setelah Perda terbentuk, namun dianggap sebagai bagian proses pembentukan karena penting bagi masyarakat untuk mengerti/memahami isi dan maksud yang terkandung di dalamnya.

Ada dua instrumen perencanaan peraturan yang disusun secara terencana, terpadu, dan sistematis yaitu: Prolegnas (Program Legislasi Nasional) dan Prolegda (Program Legislasi Daerah). Perencanaan penyusunan Undang-Undang dilakukan dalam suatu Program Legislasi Nasional, sedangkan perencanaan penyusunan Peraturan Daerah dilakukan dalam suatu Program Legislasi Daerah. Tahap awal/tahap perencanaan ini sangat penting, karena instansi penggagas harus memasukkan Raperda yang nantinya terdaftar dalam Program Legislasi Daerah (Prolegda) (The USAID, 2008).

Tata cara penyusunan Prolegda mengacu pada tata cara penyusunan (Program Legislasi Nasional). Dalam penjelasannya disebutkan bahwa Prolegda dimaksudkan untuk menjaga agar produk peraturan perundang-undangan daerah tetap berada dalam kesatuan sistem hukum nasional; maka penjelasan Prolegda mengacu pada penjelasan Prolegnas adalah sebagai berikut:

- a. Prolegda memuat program penyusunan Perda (berupa Raperda)
- b. Urgensi Prolegda adalah agar dalam pembentukan peraturan perundang-undangan (dalam hal ini Perda) dapat dilaksanakan secara berencana dan untuk menjaga agar produk Peraturan Perundang-undangan Daerah (dalam hal ini Perda) tetap berada dalam kesatuan sistem hukum nasional
- c. Dalam Prolegda ditetapkan skala prioritas sesuai dengan perkembangan kebutuhan hukum masyarakat
- d. Prolegda memuat program legislasi jangka panjang, menengah, atau tahunan
- e. Dalam penyusunan Prolegda perlu ditetapkan pokok materi yang hendak diatur

serta kaitannya dengan Peraturan Perundang-undangan lainnya

- f. Prolegda disusun secara terkoordinasi, terarah, dan terpadu yang disusun bersama oleh DPRD dan Pemerintah Daerah
- g. Penyusunan Prolegda antara DPRD dan Pemerintah Daerah dikoordinasikan oleh DPRD melalui alat kelengkapan DPRD yang khusus menangani bidang legislasi
- h. Penyusunan Prolegda di lingkungan DPRD dikoordinasikan oleh alat kelengkapan DPRD yang khusus menangani bidang legislasi (Panitia Legislasi DPRD)
- i. Penyusunan Prolegda di lingkungan Pemerintah Daerah dikoordinasikan oleh biro/bagian yang tugas dan tanggung jawabnya meliputi bidang Peraturan Perundang-undangan (Biro Hukum di Provinsi, Bagian Hukum di kabupaten/kota)
- j. Ketentuan mengenai tata cara penyusunan dan pengelolaan Prolegda antara DPRD dan Pemerintah Daerah diatur dengan Peraturan Kepala Daerah

Dalam hal penyakit HIV/AIDS demi kelancaran pembentukan Perda tentang penanggulangan HIV & AIDS, instansi penggagas haruslah terlebih dulu memasukkan gagasannya berupa Rancangan Perda tentang Penanggulangan HIV/AIDS ke dalam Daftar Rancangan Perda yang ada di program legislasi daerah.

Raperda dapat berasal dari DPRD (Raperda Inisiatif/Prakarsa Dewan) atau dapat juga berasal dari Gubernur/Bupati/Walikota (Raperda usulan Eksekutif). Hal ini tergantung dari kondisi daerah masing-masing terutama kondisi geo-politis yang berkembang. Raperda dapat disampaikan oleh anggota, komisi, gabungan komisi, atau alat kelengkapan khusus yang menangani bidang legislasi DPRD. Ketentuan mengenai tata cara mempersiapkan Raperda yang berasal dari DPRD diatur dalam Peraturan Tata Tertib DPRD. Raperda yang telah disiapkan oleh DPRD disampaikan oleh pimpinan DPRD kepada gubernur atau bupati/walikota. Penyebarluasan Raperda yang berasal dari DPRD dilaksanakan oleh sekretariat DPRD (The USAID, 2008).

Raperda yang telah disiapkan oleh gubernur atau bupati/walikota disampaikan dengan surat pengantar gubernur atau bupati/walikota kepada DPRD oleh gubernur atau bupati/walikota. Ketentuan mengenai tata cara mempersiapkan Raperda yang berasal dari gubernur atau bupati/walikota diatur dengan Peraturan Presiden. Penyebarluasan Raperda yang berasal dari gubernur atau bupati/walikota dilaksanakan oleh sekretariat daerah. Apabila dalam suatu masa sidang, gubernur atau bupati/walikota dan DPRD menyampaikan Raperda mengenai materi yang sama maka yang dibahas adalah Raperda yang disampaikan oleh DPRD sedangkan

Raperda yang disampaikan oleh gubernur atau bupati/walikota digunakan sebagai bahan untuk disandingkan (The USAID, 2008).

Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri No. 16 Tahun 2006 tentang Prosedur Penyusunan Produk Hukum Daerah) menyebutkan bahwa penyusunan produk hukum daerah yang bersifat pengaturan dilakukan berdasarkan Prolegda.

### **5.1.2. Tahap Penetapan**

Raperda yang telah disetujui bersama oleh DPRD dan Gubernur/ Bupati/Walikota disampaikan oleh pimpinan DPRD kepada Gubernur/Bupati/Walikota untuk ditetapkan menjadi Perda. Penetapan Perda dilakukan oleh Gubernur/Bupati/Walikota dengan membubuhkan tanda tangan dalam jangka waktu paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak Raperda tersebut disetujui bersama.

Jika dalam waktu tersebut Raperda belum ditandatangani, maka Raperda tersebut secara otomatis dianggap sah menjadi Perda dan wajib diundangkan. Pengesahannya harus mengandung kalimat pengesahan yang baku yang harus dibubuhkan pada halaman terakhir.

### **5.1.3. Tahap Perundangan**

Setelah proses pembahasan dan penetapan, proses berikutnya adalah pengundangan. Pengundangan adalah penempatan Peraturan Perundang-undangan dalam Lembaran Negara Republik Indonesia, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia, Berita Negara Republik Indonesia, Tambahan Berita Negara Republik Indonesia, Lembaran Daerah, atau Berita Daerah. Pengundangan Peraturan Daerah dalam Lembaran Daerah dilaksanakan oleh Sekretaris Daerah. Penjelasan Perda ditempatkan dalam tambahan Lembaran Daerah (The USAID, 2008).

### **5.1.4. Tahap Penyebarluasan**

Pasal 52 UU Nomor 10 Tahun 2004 menyebutkan: *“Pemerintah Daerah wajib menyebarluaskan Peraturan Daerah yang telah diundangkan dalam Lembaran Daerah dan peraturan di bawahnya yang telah diundangkan dalam Berita Daerah.”*

Yang dimaksud dengan *“menyebarluaskan”*, adalah serangkaian kegiatan yang dilaksanakan agar khalayak ramai mengetahui peraturan perundang-undangan di

daerah yang bersangkutan dan mengerti/memahami isi serta maksud yang terkandung di dalamnya.

Dengan telah dilakukannya pengundangan dan kemudian penyebarluasan suatu peraturan daerah, maka pemerintah daerah telah memenuhi kewajibannya melakukan keterbukaan dalam pembentukan peraturan daerah.

Pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS merupakan kegiatan atau program yang dilakukan melibatkan masyarakat secara aktif meliputi masyarakat, lembaga kemasyarakatan, badan permusyawaratan desa, kader pemberdayaan masyarakat, tokoh agama, tokoh masyarakat, swadaya masyarakat (LSM), swasta, ODHA (orang dengan HIV dan AIDS/ orang yang tertular HIV) dan OHIDHA (orang yang hidup dengan pengidap HIV dan AIDS/ orang terdekat, tenaga, pikiran, dan kontribusi lainnya dalam setiap kegiatan meliputi pencegahan, penanganan dan rehabilitasi.

Dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah secara intensif, menyeluruh dan terpadu perlu dibentuk komisi penanggulangan AIDS dan pemberdayaan masyarakat mulai dari tingkat provinsi, kabupaten atau kota sampai tingkat kecamatan dan desa atau kelurahan. Pada tingkat provinsi komisi penanggulan AIDS mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

1. Mengkoordinasikan perumusan dan penyusunan kebijakan, strategi sesuai pedoman yang ditetapkan komisi penanggulangan AIDS Nasional;
2. Menyebarluaskan informasi mengenai upaya penanggulangan HIV dan AIDS kepada seluruh aparat pemerintah daerah, lembaga pendidikan, lembaga swasta, lembaga kemasyarakatan termasuk lembaga adat, lembaga keagamaan, tokoh adat, tokoh agama dan masyarakat;
3. Mendorong terbentuknya LSM/keleompok peduli HIV dan AIDS;
4. Melakukan fasilitasi monitoring dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten atau Kota.

## **5.2. Proses Undang-undang dan Pengaturan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Diare Di Provinsi Sulawesi Utara dan Kota Bitung.**

Di Provinsi Sulawesi Utara pengaturan yang berbentuk peraturan daerah (Perda) diterapkan di wilayah provinsi tersebut melalui dinas-dinas dan lembaga-lembaga teknis daerah. Dinas daerah merupakan unsur pelaksana otonomi daerah. Kepala dinas daerah bertanggung jawab kepada kepala daerah melalui Sekretaris Daerah. Lembaga teknis daerah merupakan unsur pendukung tugas kepala daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah yang bersifat spesifik berbentuk badan, kantor, atau rumah sakit umum daerah.

Peraturan daerah ditetapkan oleh kepala daerah setelah mendapat persetujuan bersama DPRD. Perda dibentuk dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah provinsi/ kabupaten/kota dan tugas pembantuan. Perda merupakan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah UU Nomor 32 Tahun 2004.

Di Kota Bitung berprosesnya undang-undang dan pengaturang tentang penyakit HIV/AIDS, tuberkulosis dan diare melalui tahap-tahap yang sama dengan tahapan pembentukan Perda di daerah secara umum.

## **5.3. Proses Undang-undang dan Pengaturan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Diare di Provinsi Kalimantan Timur dan Kota Balikpapan**

Undang-undang dan pengaturang tentang penyakit HIV/AIDS, tuberkulosis dan diare di Provinsi Kalimantan Timur berproses seperti pada tahap-tahap yang tercantum di atas. Pada tahap implementasi salah satu contoh adalah pada institusi Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa Provinsi Kalimantan Timur hanya sebagai penguat kelembagaan dalam rangka pemberantasan penyakit HIV/AIDS. Dalam hal ini penanggung jawabnya kalau di tingkat provinsi adalah Gubernur, sedangkan di tingkat Kabupaten/Kota adalah Bupati/Walikota.

Pada institusi tersebut kendala untuk implementasi yang terjadi sebenarnya tidak ada, karena selalu diadakan rapat atau koordinasi terlebih dahulu, dan kendala yang sering terjadi terdapat pada ditingkat II misalnya tentang transportasi. Namun

demikian diambil langkah-langkah yang dapat diambil dalam pemecahannya antara lain :

1. Terletak di tingkat II yaitu dengan menyediakan transportasi dan dikoordinasikan dengan baik.
2. Mengadakan sosialisasi ke masyarakat dengan baik khususnya ditingkat pedesaan.
3. Menyebarluaskan informasi mengenai upaya penanggulangan HIV/AIDS, tuberkulosis dan diare kepada seluruh lapisan masyarakat .

Proses yang berjalan di Kota Balikpapan untuk undang-undang dan pengaturang tentang penyakit HIV/AIDS, tuberkulosis dan diare melalui tahap-tahap yang sama dengan tahapan pembentukan Perda di daerah secara umum.

#### **5.4. Undang-undang dan Pengaturan Dalam Konteks Desentralisasi Kesehatan**

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit didefinisikan secara tegas.<sup>1</sup> Definisinya bersifat kontekstual karena tergantung pada konteks historis, institusional serta politis di masing- masing negara. Namun, secara umum desentralisasi dapat didefinisikan sebagai pemindahan tanggung jawab dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pembangkitan serta pemanfaatan sumber daya dan kewenangan administratif dari pemerintah pusat ke: 1) unit-unit teritorial dari pemerintah pusat atau kementerian, 2) tingkat pemerintahan yang lebih rendah, 3) organisasi semi otonom, 4) badan otoritas regional, 5) organisasi non pemerintah atau organisasi yang bersifat sukarela (Rondinelli 1983 cit Omar, 2001).<sup>2</sup> Mills, dkk<sup>3</sup> menyebutkan bahwa secara umum desentralisasi merupakan transfer kewenangan dan kekuasaan dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah dalam satu hierarki politis administratif atau territorial (Trisnantoro, 2009).

Salah satu konsekuensi dianutnya sistem desentralisasi yang menyerahkan kekuasaan pemerintahan dari pusat kepada daerah-daerah adalah perlunya pengaturan hubungan antara pemerintahan pusat dan pemerintahan daerah sehingga otonomi daerah di satu sisi dapat dijalankan, dan di sisi lain prinsip negara kesatuan tidak dilanggar. Kewenangan pemerintah merupakan dasar utama bagi setiap tindakan dan perbuatan hukum dari setiap level pemerintahan. Dengan adanya dasar kewenangan yang sah maka setiap tindakan dan perbuatan hukum

yang dilakukan oleh setiap level pemerintahan dapat dikategorikan sebagai tindakan dan perbuatan hukum yang sah. Sebaliknya, apabila tanpa ada dasar kewenangan, maka setiap tindakan dan perbuatan hukum yang dilakukan oleh setiap level pemerintah dapat dikategorikan sebagai tindakan dan perbuatan yang bertentangan dengan hukum dan dapat juga dikatakan sebagai pelanggaran terhadap asas-asas umum pemerintahan yang baik.

Kewenangan pemerintah yang diserahkan kepada daerah sebagai bentuk pelaksanaan asas desentralisasi tersebut menciptakan daerah-daerah otonom. Dengan demikian substansi otonomi daerah adalah kewenangan pemerintahan yang diserahkan kepada daerah otonom sebagai wujud asas desentralisasi dalam lingkup negara kesatuan. Pelimpahan tersebut tidak hanya kepada pemerintahan daerah, tetapi juga kepada masyarakat daerah. Oleh karena itu daerah otonom didefinisikan sebagai kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat. Adanya otonomi daerah bermakna bahwa daerah tersebut membuat perundang-undangan sendiri (peraturan daerah) serta menjalankan pemerintahan sendiri. Rakyat dalam suatu daerah otonom memiliki hak mengatur dan menjalankan rumah tangga daerah itu sendiri.

Salah satu konsekuensi dianutnya sistem desentralisasi yang menyerahkan kekuasaan pemerintahan dari pusat kepada daerah-daerah adalah perlunya pengaturan hubungan antara pemerintahan pusat dan pemerintahan daerah sehingga otonomi daerah di satu sisi dapat dijalankan, dan di sisi lain prinsip negara kesatuan tidak dilanggar. Kewenangan pemerintah merupakan dasar utama bagi setiap tindakan dan perbuatan hukum dari setiap level pemerintahan. Dengan adanya dasar kewenangan yang sah maka setiap tindakan dan perbuatan hukum yang dilakukan oleh setiap level pemerintahan dapat dikategorikan sebagai tindakan dan perbuatan hukum yang sah. Sebaliknya, apabila tanpa ada dasar kewenangan, maka setiap tindakan dan perbuatan hukum yang dilakukan oleh setiap level pemerintah dapat dikategorikan sebagai tindakan dan perbuatan yang bertentangan dengan hukum dan dapat juga dikatakan sebagai pelanggaran terhadap asas-asas umum pemerintahan yang baik.

Undang-undang hubungan kewenangan akan mengatur dan menata integrasi dan sinergi di antara pembuat dan pelaksana kewenangan yang ada di berbagai level

pemerintahan yang ada dan mengatur secara baik koordinasi dan evaluasi dari hubungan kewenangan yang terjadi di antara para pembuat dan pelaksana kewenangan tersebut. Undang-undang dan Peraturan Dalam Konteks Desentralisasi Kesehatan berhubungan dengan kewenangan tersebut sangat mempengaruhi hubungan kerja dan kerjasama antara pemerintah pusat, pemerintah regional, dan pemerintah lokal di Indonesia.

## BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

Pemerintah daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah Pusat. Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan.

Undang-undang dan pengaturan yang diinisiasi di pusat diakomodasikan di tingkat provinsi dan kota berdasarkan situasi dari daerah wilayah masing-masing. Tidak jarang pula pendapat-pendapat yang timbul selama proses pembahasan berseberangan dengan asas yang terkandung dalam materi muatan Raperda. Misalnya: pasal Raperda yang mengharuskan orang yang mengetahui dirinya terinfeksi HIV untuk memberitahukan pasangannya sebelum hubungan melakukan seksual. Pasal ini mengandung dilema, di satu sisi untuk melindungi pasangan seksual namun di sisi lain melanggar hak atas rahasia status kesehatan.

Salah satu konsekuensi dianutnya sistem desentralisasi yang menyerahkan kekuasaan pemerintahan dari pusat kepada daerah-daerah adalah perlunya pengaturan hubungan antara pemerintahan pusat dan pemerintahan daerah sehingga otonomi daerah di satu sisi dapat dijalankan, dan di sisi lain prinsip negara kesatuan tidak dilanggar.

Kebijakan Pengaturan Dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan yang diturunkan dari pusat ke provinsi dan kota hendak memperhatikan lokal spesifik dari kota masing-masing dengan mempertimbangkan aspek politik, organisasi, ekonomi, budaya dan adat istiadat setempat.

## **BAB 7. UCAPAN TERIMA KASIH**

Team peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga, atas segala masukan informasi, saran terhadap proses penelitian ini kepada team review, insitusi-institusi dari tingkat pusat, Provinsi Kalimantan dan Provinsi Sulawesi Utara dan Kota Balikpapan dan Kota Bitung. Terima kasih yang terhingga disampai kepada Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia terhadap bantuan dana dan administrasi yang telah diberikan untuk kelancaran kegiatan penelitian ini.

## BAB 8. DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Alcock, J. (1983). *Animal Behavior: An Evolutionary Approach*. Boston, MA: Sinauer.
- Baker C. (1996). *The Health Care Policy Process*. SAGE Publications. London.
- BPS, Bappenas and UNDP (2004). *Indonesia Human Development Report. The Economics of Democracy. Financing Human Development in Indonesia*.
- Broadhead E.W., Kaplan B.H., James S.A., Wagner E.H., Schoenbach V.J., Grimson R., Heyden S., Tibblin G., & Gehlbach S.H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Buse K, Mays N. and Walt G. (2005). *Making Health Policy*. Open University Press. London
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan (2011). *Profil Kesehatan Kota Balikpapan*. Balikpapan.
- Dinas Kesehatan Kota Bitung (2011). *Profil Kesehatan Kota Bitung*. Bitung.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (2011). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur*. Samarinda.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulut (2011). *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara*. Manado
- Handoyo H.C. (2008). *Prinsip-Prinsip Legal Drafting dan Desain Naskah Akademik*. Yogyakarta: Penerbit Universitas Atma Jaya Yogyakarta. hlm. 110.
- I.C. van der Vlies, *Het wetsbegrip en beginselen van behoorlijke regelgeving*, 's-Gravenhage: Vuga (1984). *hal 186 seperti dikutip oleh A. Hamid S. Attamimi, Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara, hal. 330, dalam Maria Farida Indrati, S., Ilmu Perundang-undangan, Jenis, Fungsi, dan Materi Muatan, Jakarta: Kanisius, hlm. 253-254.*
- Kementerian Kesehatan (2009). *Undang Undang Kesehatan Np. 36 Tahun 2009. Tentang Kesehatan*.
- KPAN AIDS (2010). *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010 – 2014*.
- Mochtar M.A (2010). *Kewenangan Pusat Dan Daerah Dalam Pembangunan Daerah Di Era Otonomi Oleh. Disampaikan pada Seminar "Relations between Governments at Central and Regional Level" pada Universitas Tanjungpura, Pontianak. 21 Juli 2010.*

Seeman T. E. and Crimmins E. (2001). Social Environment Effects on Health & Aging:

Integrating Epidemiological and Demographic Approaches and Perspectives.  
Division of Geriatrics School of Medicine University of California, Los Angeles

The USAID (2008). Elemen-Elemen Pokok Pembentukan Peraturan Daerah Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS Health Policy Initiative, Task Order 1

Walt G. and Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries:  
The

central role of policy analysis. Health Policy and Planning 9: 353 – 370

## 9. LAMPIRAN

### KUESIONER-KUESIONER

#### ANALISIS KEBIJAKAN PENGATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN

---

#### KUESIONER WAWANCARA MENDALAM KEMENTERIAN KESEHATAN

Sebagai penginisiasi kebijakan ini, apa yang menjadi latar belakang dan harapan oleh kementerian ini terhadap masyarakat?

##### **Konteks**

Bagaimana konteks kebijakan dan UU tersebut diinisiasi?

Bagaimana konteks kebijakan dan UU tersebut dikembangkan?

##### **Konten**

Apa saja konten kebijakan dan UU tersebut?

Konten dari kebijakan dan UU tersebut mengacu kepada apa saja?

##### **Proses**

Bagaimana kebijakan dan UU tersebut diformulasikan?

Bagaimana konteks kebijakan dan UU itu diturunkan ke level provinsi dan kabupaten/kota?

Apa yang diharapkan dari kebijakan dan UU tersebut?

Sektor-sektor yang terkait dan terlibat dalam proses implementasi kebijakan dan UU tersebut?

SWOT dari kebijakan dan UU tersebut adalah?

*Terima kasih banyak atas kesempatan, waktu dan jawab-jawaban yang telah diberikan.*

##### **Keterangan:**

Mohon dapat dikumpulkan pengaturan dan perundangan yang berkaitan dengan program kesehatan yang berhubungan dengan Lingkungan Sosial.

## ANALISIS KEBIJAKAN PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN

---

### KUESIONER WAWANCARA MENDALAM KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI

1. Apakah kebijakan yang berhubungan dengan Lingkungan Sosial masuk dalam di provinsi ini?
2. Apakah kebijakan tersebut dipengaruhi undang-undang dan peraturan-peraturan yang ada di wilayah ini?
3. Apakah kebijakan tersebut dipengaruhi dan mempengaruhi oleh keadaan sosial, ekonomi dan politik di wilayah ini?
4. Apakah kebijakan tersebut dipengaruhi oleh publik sektor lainnya?
5. Apakah kebijakan tersebut dipengaruhi oleh badan legislative?
6. Bagaimana mekanisme kebijakan tersebut berjalan di wilayah ini?
7. Bagaimana kebijakan tersebut dikomunikasikan dan desiminasikan ke sektor terkait, LSM terkait, sektor swasta, masyarakat dan individu?
8. Bagaimana outcome yang diharapkan?
9. Menurut anda berapa besar penduduk terpengaruh dengan kebijakan tersebut?
10. Bagaimana dampak dari kebijakan tersebut?
11. Apa yang diharapkan dari kebijakan tersebut untuk ke depan?
12. SWOT dari kebijakan ini pada wilayah ini?
13. Berapa besar pengaruh dari kebijakan dan UU tersebut terhadap program kesehatan?
14. Adakah PERDA yang berhubungan dengan Lingkungan Sosial?
15. Apakah program dan anggaran serta sumber daya lainnya/tenaga untuk melakukan program di atas?
16. Program dan anggaran yang sesuai dgn prioritas nasional kesehatan (desa siaga, jamkesmas dan lain lain )
17. Program dan anggaran yang merupakan inisiatif daerah
18. Adakah Perda khusus kesehatan dalam kaitan lingkungan sosial kesehatan di wilayah ini?
19. Apabila terdapat masalah dalam implementasi, faktor-faktor apa saja yang menjadi penyumbang atau menyebabkan masalah?
20. Bagaimana sektor terkait melihat hal ini?
21. Apakah struktur organisasi yang diimplementasi terdapat perubahan?
22. Apakah kebijakan dan UU tersebut berimplikasi terhadap akses, efisiensi, equity dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat?

*Terima kasih banyak atas kesempatan, waktu dan jawab-jawaban yang telah diberikan.*

Keterangan:

Dikumpulkan perda-perda yang berkaitan dengan program kesehatan yang berhubungan dengan Lingkungan Sosial dan Perda-perda yang berkaitan dengan program kesehatan. Sumber Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Sosial Provinsi (bagian hukum dan perencanaan atau lain sebagainya) atau dinas-dinas atau badan-badan lainnya yang berhubungan.

Perda kesehatan antara lain berupa dapat berupa:

- a. program dan anggaran serta sumber daya lainnya/tenaga untuk melakukan program di atas
- b. program dan anggaran yang sesuai dgn prioritas nasional kesehatan termasuk desa siaga, penanggulangan bencana, jamkesmas/jampersal dan lain lain)
- c. program dan anggaran yang merupakan inisiatif daerah

Perda-perda tersebut dilihat isinya, jenis program-program dan apa yang diatur dalam konteks lingkungan sosial a). input/ sumber daya b). proses /kegiatan c). output/ cakupan d) outcome penurunan kesakitan dan kematian

Dilihat juga apakah mengandung dan mempertimbangkan aspek lingkungan sosial yang berhubungan dengan Kota Sehat. a) perilaku individu, b) komunitas dan interpersonal c) situasi kehidupan/ kerja , sosial ekonomi, urbanisasi dan lain-lain d) kebijakan makro ditingkat provinsi dan lain-lain yang berhubungan dengan pengaruh lingkungan sosial terhadap kesehatan.

## ANALISIS KEBIJAKAN PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN

---

### KUESIONER WAWANCARA MENDALAM KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA

1. Apakah kebijakan pengaturan dan perundang-undangan tentang dampak lingkungan sosial terhadap kesehatan merupakan bagian dari kebijakan Kota Sehat di kota ini?
2. Apakah kebijakan tersebut dipengaruhi oleh publik sektor lainnya?
3. Bagaimana kebijakan tersebut berproses di badan legislative?
4. Bagaimana mekanisme kebijakan tersebut berjalan di wilayah ini?
5. Bagaimana kebijakan ini dikomunikasikan dan desiminasikan ke sektor terkait, LSM terkait, sektor swasta, masyarakat dan individu?
6. Apakah outcome yang diharapkan?
7. Bagaimana dampak dari kebijakan tersebut?
8. Menurut anda berapa besar penduduk terpengaruh dengan kebijakan tersebut?
9. Apa yang diharapkan dari kebijakan ini untuk ke depan
10. SWOT dari kebijakan ini pada wilayah ini
11. Bagaimana dengan masalah kesehatan di wilayah ini?
12. Adakah PERDA yang berhubungan dengan Lingkungan Sosial?
13. Apakah program dan anggaran serta sumber daya lainnya/tenaga untuk melakukan program di atas?
14. Program dan anggaran yang sesuai dgn prioritas nasional kesehatan (desa siaga, jamkesmas dan lain lain )
15. Program dan anggaran yang merupakan inisiatif daerah
16. Adakah Perda khusus kesehatan dalam kaitan lingkungan sosial kesehatan di wilayah ini?
17. Apabila terdapat masalah dalam implementasi, faktor-faktor apa saja yang menjadi penyumbang atau menyebabkan masalah?
18. Bagaimana sektor terkait melihat hal ini?
19. Apakah struktur organisasi yang diimplementasi terdapat perubahan?
20. Apakah struktur organisasi yang diimplementasi terdapat perubahan?
21. Apakah kebijakan dan UU tersebut berimplikasi terhadap akses (jangkauan yankes), efisiensi, equity dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat (pemberian dalam yankes)?
22. Apakah ada individu di komunitas yang peduli penderita HIV/AIDS dan mendukung kampanye pencegahan HIV/AIDS secara terbuka (ABC)
23. Faktor apa yang mendukung di keluarga, komunitas dan setting kehidupannya
24. Kebijakan sektor apa yang mendukung hal itu sehingga ada masyarakat yang aktif mengatasi stigma dan bersikap membantu penderita dan keluarganya dipandang sebagai korban
25. Di tingkat kota , tingkat kecamatan dan tingkat komunitas dan keluarga
26. Apa yang dikerjakan ,
27. Siapa yang mendukung
28. Bagaimana dengan setting kantor, tempat umum, pendidikan, rumah , dan lain lain

29. Kebijakan Lingkungan sosial ada?
30. Konteks sosial dan struktur apa yang menghambat program dan kegiatan yang berkaitan dengan tbc, diare, demam berdarah dan hiv/aids
31. Mengapa hal itu terjadi ,apa akar masalahnya
32. Konteks social dan struktur apa yang mendukung upaya program .kegiatan yang berkaitan dengan tbc, diare, demam berdarah dan hiv/aids
33. Mengapa hal itu terjadi , apa yang mendorong hal itu
34. Uraian dari segi komunitas, struktur kota dan propinsi serta nasional
35. Adakah situasi ,keadaan individu yang menyebabkan hal itu misalnya miskin, etnis tertentu , agama tertentu atau apa

*Terima kasih banyak atas kesempatan, waktu dan jawab-jawaban yang telah diberikan.*

Keterangan:

Mohon dapat dikumpulkan pengaturan dan perundangan yang berkaitan dengan program kesehatan yang berhubungan dengan Lingkungan Sosial dan Perda-perda yang berkaitan dengan program kesehatan. Sumber Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial Kota (bagian hukum dan perencanaan atau lain sebagainya) atau dinas-dinas lainnya yang berhubungan.

Perda kesehatan antara lain berupa dapat berupa:

- a. program dan anggaran serta sumber daya lainnya/tenaga untuk melakukan program di atas
- b. program dan anggaran yang sesuai dgn prioritas nasional kesehatan antara lain desa siaga, penanggulangan bencana, jamkesmas/jampersal dan lain lain)
- c. program dan anggaran yang merupakan inisiatif daerah

Perda-perda tersebut dilihat isinya, jenis program-program dan apa yang diatur dalam konteks lingkungan sosial yang berdampak pada kesehatan khususnya a). input/ sumber daya b). proses/kegiatan c). output/cakupan d). outcome

Dilihat apakah perda-perda tersebut mengandung dan mempertimbangkan aspek lingkungan sosial yang berhubungan dengan kota sehat. a) perilaku individu b). komunitas dan interpersonal c) situasi kehidupan/ kerja, sosial ekonomi, urbanisasi dan lain-lain d). kebijakan makro di tingkat kota dan lain-lain yang berhubungan dengan pengaruh lingkungan sosial terhadap kesehatan.

*Terima kasih banyak atas kesempatan, waktu dan jawab-jawaban yang telah diberikan.*

## ANALISIS KEBIJAKAN PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN

---

### KUESIONER WAWANCARA MENDALAM KEPALA PUSKESMAS (OPERASIONAL)

1. Bagaimana dengan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan lingkungan sosial yang berdampak pada kesehatan di wilayah ini?
2. Kalau ada PERDA bentuknya seperti apa?
3. Bagaimana implementasi kebijakan lingkungan sosial yang berhubungan dengan Kota Sehat di wilayah ini ?
4. Bagaimana kebijakan ini dikomunikasikan dan desiminasikan ke sektor terkait, LSM terkait, sektor swasta, masyarakat dan individu?
5. Bagaimana outcome yang diharapkan?
6. Bagaimana dampak dari kebijakan tersebut?
7. Apa yang diharapkan dari kebijakan tersebut untuk ke depan?
8. SWOT dari kebijakan ini pada wilayah ini?
9. Apakah program dan anggaran serta sumber daya lainnya/tenaga untuk melakukan program di atas?
10. Menurut saudara apakah program dan anggaran kesehatan sesuai dgn prioritas nasional dan daerah?
11. Apakah program dan anggaran tersebut merupakan inisiasi daerah?

*Terima kasih banyak atas kesempatan, waktu dan jawab-jawaban yang telah diberikan.*

**ANALISIS KEBIJAKAN PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN**

**KUESIONER WAWANCARA MENDALAM LINTAS SEKTOR TERKAIT**

1. Ada atau tidak kasus-kasus pasien yang pernah menderita TB, HIV, AIDS, DHF, Diare di wilayah ini?
2. Apakah Anda mengetahui program pemerintah yang berkaitan dengan TB, HIV, AIDS, DHF, Diare?
3. Bagaimana menurut Anda program yang diberikan pemerintah?
4. Bentuk bantuan apa yang Anda ingin dapatkan dari Pemerintah?
5. Program apa yang paling Anda inginkan (TB, HIV, AIDS, DHF, Diare) dari kebijakan pemerintah yang ada pada masyarakat? Alasannya kenapa?
6. Siapa saja yang mendapatkan pelayanan program yang ada (TB, HIV, AIDS, DHF, diare)?
7. Siapa yang bertanggungjawab terhadap kota sehat?
8. Peningkatan pelayanan jangkauan pasien seperti apa dan siapa target sasaran?
9. Apa ada masalah dalam kaitan dengan p
10. Menurut Anda kebijakan seperti apa yang harus ada?
11. Apa Anda ketahui bahwa ada kaitan undang-undang, keputusan Perda yang berkaitan dengan program TB, HIV, AIDS, DHF, di
12. Apa saja masalah-masalah dalam lingkungan sosial (kebudayaan, sosek dll)?
13. Ada tidak program yang berkaitan dengan lingkungan sosial?
14. Menurut Anda program lingkungan sosial apa yang harus ada di wilayah Anda?

*Terima kasih banyak atas kesempatan, waktu dan jawab-jawaban yang telah diberikan.*

**SURAT PEMBERITAHUAN PENELITIAN**  
**( S P P )**

NOMOR : 440.02/ 1911.DI .....

- MEMBACA** : Surat Kepala Koordinator Administrasi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pusat Humaniora, Kebljakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor LB.01.01.3.4.209 2011 Tanggal 12 September 2011 Perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
- MENGINGAT** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri;  
2. Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor SD.6/2/12 Tanggal 5 Juli 1972 tentang Kegiatan Riset dan Survel diwajibkan melapor diri kepada Gubernur Kepala Daerah atau Pejabat yang ditunjuk;  
3. Keputusan Direktur Jenderal Sosial Politik Nomor 14 Tahun 1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian (SPP).
- MEMPERHATIKAN** : Proposal Penelitian Ybs.
- MEMBERITAHUKAN BAHWA :**
- NAMA** : dr. Roy G.A. Massie, MPH., PhD, dkk
- ALAMAT** : Jl. Percetakan Negara No. 23A Jakarta 10560 Telp. (021) 4243314.
- PEKERJAAN** : Peneliti
- KEBANGSAAN** : Indonesia
- JUDUL PENELITIAN** : Analisis Kebijakan Pengaturan dan Perundang-undangan tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan.
- BIDANG** : Kesehatan
- DAERAH** : Provinsi Sulawesi Utara, Kalimantan Timur.
- LAMA PENELITIAN/ KEGIATAN** : September s.d. Februari 2012
- STATUS PENELITIAN** : Baru
- PENGIKUT PESERTA** : Terlampir
- PENANGGUNG JAWAB** : Ninda Nilawati, SKM., M. Kes.
- SPONSOR** : -
- MAKSUD DAN TUJUAN** : Untuk mengidentifikasi konteks kota sehat, kontent dan proses dari undang-undang peraturan tentang dampak lingkungan sosial untuk memastikan undang-undang tersebut diimplementasikan dalam konteks desentralisasi kesehatan pada masyarakat.

**AKAN MELAKUKAN PENELITIAN DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :**

1. Sebelum melakukan kegiatan Penelitian harus melaporkan kedatangannya kepada Gubernur c.q. Kaban Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat/ Badan Informasi, Komunikasi dan Kesbang setempat dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini.
2. Tidak dibenarkan melakukan Penelitian yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian dimaksud.
3. Harus mentaati ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
4. Apabila masa berlaku Surat Pemberitahuan ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
5. Hasil kajian agar diserahkan 1 (satu) eksemplar kepada Ditjen Kesbang dan Politik u.p. Direktorat Bina Ideologi dan Wawasan Kebangsaan.
6. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Dikeluarkan di Jakarta

Pada tanggal, 15 September 2011

a.n. MENTERI DALAM NEGERI  
DIREKTUR JENDERAL  
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
u.b.

SEKRETARIS DITJEN,



H. A. RACHMAN, M.Sc, M.Si  
Pemimpin Utama Madya (IV/d)  
NIP. 19520918 198003 1 001

Tembusan :

1. Yth. Gubernur Provinsi Sulut, Kaltim  
Up. Kaban Kesbang dan Linmas Prov.
2. Yth. Kepala Koordinator Administrasi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di Jakarta.

**LEMBAR PENGESAHAN**

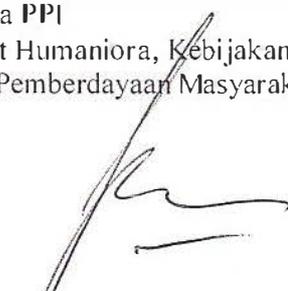
Judul Penelitian : Analisis Kebijakan Pengaturan dan Perundang-undangan  
Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan,  
Lokasi Penelitian : Kota Balikpapan dan Samarinda (Kalimantan Timur), Kota  
Manado dan Bitung (Sulawesi Utara)  
Lama Penelitian : 10 (sepuluh) bulan

**Ketua Pelaksana,**



**Dr. Roy Glen Albert Massie, MPH, Ph.D**  
NIP. 19620529 199103 1 002

**Disetujui,**  
Ketua PPI  
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan  
dan Pemberdayaan Masyarakat



**Prof. Dr. Herman Sudiman, SKM**  
NIP. 19471231 198301 1 001

**Mengetahui,**  
Kepala,  
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan  
dan Pemberdayaan Masyarakat



**drg. Agus Supranto, M.Kes**  
NIP. 196408131991011001



**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

**SURAT KEPUTUSAN**  
**KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN**  
**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

**NOMOR : HK.03.05/3/11. 119 /2011**

**TENTANG**

Pembentukan Tim Pelaksana Penelitian DIPA Tahun Anggaran 2011 Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

*Menimbang* : 1. Bahwa untuk melaksanakan kegiatan penelitian Tahun 2011 perlu dibentuk Tim Pelaksana Penelitian, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

2. Bahwa mereka yang namanya tercantum dalam surat keputusan ini dipandang cukup cakap untuk melaksanakan penelitian tersebut.

*Mengingat* : 1. Undang-undang No.10 tahun 2010 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2011

2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

3. Surat Pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun Anggaran 2011 No. 0888/024-11.2.01/15/2011 tanggal 20 Desember 2010.

4. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian (SP3) Tahun 2011.

**MENETAPKAN** :

*Pertama* : Tim Pelaksana Penelitian sebagaimana tersebut dalam lampiran surat keputusan ini untuk melaksanakan kegiatan penelitian dalam lingkup Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

*Kedua* : Menugaskan Tim Pelaksana Penelitian untuk melaksanakan penelitian dengan judul **Analisis Kebijakan Pengaturan dan Perundang-Undangan Tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan**, seperti tersebut dalam Lampiran Keputusan ini sampai selesai; dengan menyerahkan laporan kemajuan penelitian, laporan pelaksanaan penelitian dan laporan akhir hasil penelitian kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.



**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

- Ketiga** : Kepada Tim Pelaksana Penelitian yang nama-namanya tersebut dalam Lampiran Surat Keputusan ini diberikan Honorarium yang terkait dengan output kegiatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- Keempat** : Biaya untuk pelaksanaan penelitian dibebankan pada anggaran DIPA Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2011.
- Kelima** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan tanggal 31 Desember 2011 dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

**DITETAPKAN DI : SURABAYA**  
**PADA TANGGAL : 3 Januari 2011**

**Kepala**



**Tembusan Yth. :**

1. Ketua Badan Pemeriksa Keuangan
2. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
3. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
4. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
5. Kepala Kantor Perbendaharaan dan Kas Negara, Surabaya
6. Masing-masing yang bersangkutan untuk dilaksanakan



**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

---

**LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**  
**NOMOR : HK.03.05/3/1/ /19 /2011**

---

**JUDUL PENELITIAN : ANALISIS KEBIJAKAN PENGATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG DAMPAK LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN**

**TIM PENELITIAN :**

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| 1. dr. Roy G. A. Massie, MPH., Ph.D       | : | Ketua Tim Pelaksana Penelitian |
| 2. drg. Yuyus Rusiawati, MM.              | : | Anggota Tim Peneliti           |
| 3. Siti Sundari, M.Sc., MPH., D.Sc        | : | Anggota Tim Peneliti           |
| 4. Bayu Aji SE., M.Sc., PH                | : | Anggota Tim Peneliti           |
| 5. Prof. dr. Charles Surjadi, MPH., Ph.D. | : | Anggota Tim Peneliti           |
| 6. Dr. Grace D. Kandou, dr., M.Kes.       | : | Anggota Tim Peneliti           |
| 7. Susilo Handoyo, SH., MH                | : | Anggota Tim Peneliti           |
| 8. Mardiana                               | : | Pelaksana Administrasi         |

Ditetapkan di : Surabaya  
Pada tanggal : 3 JANUARI 2011  
Kepala





**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

**SURAT PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN**

Nomor : LB.01.01/3/1/ 120 /2011

Persetujuan Pelaksanaan Penelitian ini diberikan atas dasar ketentuan-ketentuan yang diatur dalam pasal-pasal dibawah ini :

**BAB I – IKHTISAR**

1. Judul Penelitian : Analisis Kebijakan Peraturan dan Perundang – undangan tentang Dampak Lingkungan Sosial Terhadap Kesehatan
2. Maksud dan Tujuan : **Tujuan Umum :**  
Menganalisis peraturan dan perundang – undangan tentang dampak lingkungan social terhadap kesehatan pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota untuk dapat menyediakan informasi berbasis bukti kepada pengambilan keputusan.  
**Tujuan Khusus :**
  1. Mengidentifikasi konteks, konten dan proses dari undang – undang dan peraturan tentang dampak lingkungan sosial.
  2. Memastikan undang – undang dan peraturan tersebut di implementasikan dalam konteks desentralisasi.
  3. Memberikan rekomendasi terhadap pengambil keputusan kesehatan pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
3. Ketua Pelaksana : dr. Roy Glenn Albert Massie, MPH, PH.D  
(NIP. 196205291991031002)
4. Waktu Pelaksanaan : Februari s/d November 2011

**BAB II – BIAYA**

1. Biaya yang disediakan untuk penelitian ini dibebankan pada DIPA Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun Anggaran 2011.
2. Biaya tersebut dirinci dalam pos pengeluaran sebagai berikut :

- Uang Honor yang terkait dengan output kegiatan	Rp. 56.643.500
- Belanja Jasa Profesi	Rp. 6.430.000
- Belanja Bahan	Rp. 16.250.500
- Belanja Non Operasional	Rp. 13.980.000
- Belanja Perjalanan	Rp. 129.253.000
Jumlah seluruhnya	Rp. 222.557.000
3. Penyediaan biaya untuk keperluan penelitian dimaksud akan diberikan sesuai rencana dan prosedur dalam Juli 2011 secara bertahap dan merupakan uang-uang yang harus dipertanggungjawabkan oleh Ketua Pelaksana.
4. Cara pertanggungjawaban harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku
5. Setiap perubahan penggunaan anggaran harus terlebih dahulu mendapat persetujuan tertulis dari Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.



**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

---

**BAB III – PELAKSANAAN**

1. Ketua Pelaksana berkewajiban mengajukan nama-nama peneliti dan petugas lainnya yang akan membantu pelaksanaan penelitian disertai penjelasan tentang tugas setiap pelaksanaan penelitian untuk ditetapkan dengan segera dalam Surat Keputusan. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian yang telah ditandatangani sebagai dasar pengeluaran biaya.
2. Ketua Pelaksana wajib menyusun dengan segera Protokol Penelitian lengkap yang menjelaskan seluruh aspek penelitian untuk digunakan sebagai pegangan dalam pelaksanaan penelitian dengan lampiran jadwal kegiatan penelitian secara rinci dan kebutuhan biaya per bulan. Protokol dikirim kepada Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
3. Mengenai pelaksanaan pembiayaan diatur sebagai berikut :
  - a. Ketua Pelaksana mengajukan Surat Permintaan Pembayaran Kepada Kuasa Pengguna Anggaran atau Pembuat Komitmen
  - b. Kuasa Pengguna Anggaran atau Pembuat Komitmen Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat memberikan persetujuan pembayaran setelah persyaratan yang dikaitkan dengan mengajukan Surat Permintaan Pembayaran dipenuhi dan adanya laporan kegiatan, serta pertanggungjawaban keuangan.

**BAB IV – PENGAWASAN**

1. Pembinaan teknis dan administratif serta pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian ini dilakukan oleh Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
2. Pembinaan teknis dan administratif serta pengawasan dilakukannya secara terus-menerus dan Ketua Pelaksana wajib memberikan keterangan-keterangan yang diminta.
3. Apabila dipandang perlu Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dapat melakukan atau menunjuk pejabat lain untuk melakukan pengawasan.

**BAB V – LAPORAN**

1. Porsekot Kerja dipertanggungjawabkan selambat-lambatnya 2 minggu sejak porsekot kerja diterima.
2. Ketua Pelaksana Penelitian wajib memberikan laporan penggunaan uang beserta tanda bukti yang sah untuk setiap bulan dan harus diterima oleh Pembuat Komitmen Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.
3. Ketua Pelaksana Penelitian wajib memberikan laporan kemajuan penelitian setiap triwulan sesuai dengan ketentuan pelaporan dan diterima oleh Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya setelah triwulan bersangkutan berakhir.
4. Ketua Pelaksana Penelitian wajib membuat dan menyampaikan laporan akhir penelitian sesuai saran dan petunjuk PPI sebanyak 25 (dua puluh lima) copy kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 30 Desember 2011.

**BAB VI – PERSYARATAN LAIN**

1. Segala penemuan dan hasil penelitian ini menjadi milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Hasil penelitian ini harus diterbitkan di dalam “ Buletin Penelitian Kesehatan “. Apabila naskah ilmiah hendak diajukan ke majalah lain, atau suatu pertemuan ilmiah supaya terlebih dahulu diminta persetujuan dari Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.



**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**  
**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

---

**BAB VIII – KETENTUAN PENUTUP**

Apabila penyelesaian penelitian ini tidak dapat dilaksanakan pada waktunya karena sesuatu hal yang berada di luar kekuasaan Ketua Pelaksana, maka Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan dapat meninjau kembali.

Surabaya, 3 Januari 2011

Ketua Pelaksana,

dr. Roy Glenn Albert Massie, MPH., Ph.D  
NIP. 196205291991031002

Mengetahui dan Menyetujui,  
Kepala,

dr. Agus Suprpto, M.Kes  
NIP. 196408131991011001