



Analisis Kebijakan Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Jati Untari¹, Elisabeth Deta Lustiyati²

^{1,2}Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana, Universitas Respati Yogyakarta
Jalan Raya Tajem Km. 1,5 Maguwoharjo, Depok, Sleman, DIY
Email: jatiuntari@gmail.com¹, elisabethdeta@respati.ac.id²

Abstrak

Masalah pembiayaan TB masih menjadi kendala besar di Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota terutama saat sumber dari pendonor semakin turun jumlahnya dan tidak menutup kemungkinan dihentikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi permasalahan dan strategi pembiayaan program TB. Rancangan penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus. Subjek penelitian 11 orang dari Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, rumah sakit dan puskesmas. Hasil analisis didapatkan bahwa sumber utama anggaran TB di Dinas Kesehatan Provinsi berasal dari pendonor lebih dari 50% *global fund*. Dinas Kesehatan wajib (1) menyusun standar, mengesahkan, dan mensosialisasikan standar alur rujukan TB yang wajib dilakukan oleh pelayanan kesehatan swasta dalam rangka penegakan diagnosis TB; (2) melakukan sosialisasi tentang tanggung jawab dan batasan pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh JKN dan pemerintah ke seluruh jajaran kesehatan dengan melibatkan pihak BPJS Kesehatan. Puskesmas dapat melakukan *lobbying*, negosiasi, dan advokasi ke pemerintah desa untuk *sharing* pembiayaan program pengendalian penyakit TB. Peran lintas sektor serta pemberdayaan masyarakat dalam bentuk Gerduda TB tetap dipertahankan. Strategi pembiayaan TB dilakukan dengan menganalisis berbagai *revenue collection* yang melibatkan *public-private mix* untuk mem-backup kegiatan yang semula dibiayai oleh pendonor sehingga tujuan prioritas kesehatan nasional dapat dicapai sesuai dengan target para pengambil kebijakan.

Kata Kunci: Kebijakan kesehatan, pembiayaan kesehatan, Tuberkulosis.

Abstract

The problem of TB financing is still a major obstacle in the provincial and district/city health offices, especially when sources from donors are declining and not closing down likely to be stopped. The purpose of this study was to identify problems and financing strategies for TB programs. The design of this study uses a qualitative quantitative mixed method with a case study design. The research subjects consisted of 11 people from various agencies namely the Health Office, BPJS Health, hospitals and health centers. The analysis found that the main source of TB budget came from donors (more than 50%), namely the global fund at the Provincial Health Office. The Health Service is required (1) to develop standards, ratify, and socialize TB referral flow standards that must be carried out by private health services in the context of establishing a TB diagnosis; (2) to conduct socialization on the responsibilities and limits of health services financed by JKN and the government to all health levels by involving the BPJS Health. Health Centers can lobby, negotiate and advocate with the subvillage government to share TB program financing and increase the role of cross-sectoral and community empowerment in TB control programs of TB Gerduda. The TB financing strategy needs to be carried out by analyzing various revenue collections that involve a public-private mix so that national health priority goals can be achieved in accordance with the targets of policy makers.

Keywords : Health policy, health financing, Tuberculosis.

Pendahuluan

Tuberkulosis merupakan penyakit yang sampai saat ini masih menjadi perhatian global. Pada tahun 2015 diperkirakan terdapat 10,4 juta kasus kejadian TB baru di seluruh dunia.¹ *World Health Organization* (WHO) memiliki target untuk menurunkan angka kematian akibat tuberkulosis sebesar 90% dan menurunkan tingkat insidensi sebesar 80% pada tahun 2030 dibandingkan dengan tahun 2015.¹

Strategi penanganan penyakit TB secara global memiliki tiga indikator utama yaitu 1) Tingkat insidensi kejadian TB, 2) Jumlah absolut kematian TB dan persentase penderita TB dan 3) Jumlah Rumah tangga yang mengalami biaya katastropik akibat penyakit TBC.¹ Strategi tersebut digunakan sebagai pencapaian target pada indikator yang telah ditetapkan untuk tahun 2030 dan 2035, dengan acuan yang menyertainya untuk tahun 2020 dan 2025.¹ Target tahun 2020 dari Strategi TB adalah 35% pengurangan jumlah absolut kematian akibat TB dan penurunan 20% tingkat kejadian TB, dibandingkan dengan tahun 2015 dan bahwa tidak ada lagi rumah tangga yang terkena dampak biaya katastropik akibat penyakit TB.¹

Pembangunan kesehatan dalam periode 2015-2019 akan difokuskan pada empat area prioritas, yakni: Pertama, Penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Kedua, Perbaikan gizi masyarakat, khususnya untuk Pengendalian prevalensi balita pendek (*Stunting*). Ketiga, Pengendalian penyakit menular, khususnya *Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV-AIDS)*, Tuberkulosis (TB), dan Malaria. Keempat, Pengendalian penyakit tidak menular, khususnya hipertensi, diabetes mellitus, obesitas, dan kanker (khususnya leher rahim dan payudara) dan gangguan jiwa.²

Indonesia merupakan negara dengan jumlah kasus baru terbanyak kedua di dunia setelah India. Sebesar 60% kasus baru terjadi di 6 negara yaitu India,

Indonesia, China, Nigeria, Pakistan dan Afrika Selatan.¹ Indonesia memiliki insidensi sebesar 395 per 100.000 penduduk, prevalensi sebesar 643 per 100.000 penduduk dan angka kematian sebesar 40 kasus per 100.000 penduduk.¹

Strategi nasional (Stranas) TB tahun 2015-2019 menekankan pada 3 pilar global TB strategi paska 2015 yang melingkupi 3 pilar. Pilar pertama, layanan TB yang berpusat pada pasien dan terintegrasi pada upaya pencegahan. Pilar kedua, kebijakan yang tegas, berani dan memiliki sistem dukungan yang jelas. Pilar ketiga, intensifikasi riset dan inovasi baru. Implementasi 3 pilar ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian akibat TB sebesar 95% dan angka insidensi TB sebesar 90% (kurang dari 10/100.000 penduduk) pada tahun 2035 dibandingkan tahun 1990.¹

Data Seksi Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan DI Yogyakarta menyebutkan bahwa pada tahun 2017 angka keberhasilan pengobatan tertinggi di Kabupaten Sleman (91,64%) dan terendah di Bantul (65%). Penemuan kasus baru BTA (+) di DIY sebanyak 992 dengan jumlah suspek sebanyak 20.260 orang.³ Jumlah insidensi di Kabupaten Bantul merupakan peringkat kedua terbesar dibandingkan dengan Kabupaten Sleman dengan angka insidensi TB sebesar 3.923 per 336/100.000 penduduk dengan jumlah penduduk sebesar 1.167.481 jiwa.³ Selain itu, berdasarkan data Pelaksana P2TB Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2015, jumlah tren kasus TB semua tipe di Kabupaten Bantul tahun 2000-2017 meningkat setiap tahun dan selalu berada pada urutan ketiga dari seluruh kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta.³

Berdasarkan data di atas, fokus penelitian ini adalah di Kabupaten Bantul sebagai lokasi utama dalam menganalisis kebijakan pembiayaan Program TB. Keberhasilan angka kesembuhan kasus TB dan penemuan kasus TB sangat tergantung dari besarnya dukungan anggaran yang

diperuntukkan untuk Program TB. Saat ini, besarnya pembiayaan kesehatan dalam era desentralisasi tergantung pada kebijakan daerah. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan dinas kesehatan setempat untuk menetapkan prioritas program kesehatan serta memiliki kemampuan advokasi kepada pemerintah daerah dan lembaga legislatif dalam upaya mendapatkan *political commitment* peningkatan alokasi anggaran. Diperlukan juga kemampuan tenaga kesehatan untuk melakukan perencanaan program dan anggaran, implementasi dan evaluasi program.⁴

Kesinambungan penanggulangan TB tergantung pada tingkat dana yang memadai. Berdasarkan data Laporan Realisasi APBD Pemerintah DI Yogyakarta tahun 2014-2017 besarnya persentase anggaran APBD provinsi yang diperuntukkan untuk bidang kesehatan di DI Yogyakarta dari tahun 2013-2016 mengalami peningkatan. Namun, dari besaran anggaran yang diperuntukkan untuk bidang kesehatan perlu ditelaah berapa persentase anggaran yang diperuntukkan khusus untuk program TB dan asal sumber dana tersebut.⁵ Menurunnya dukungan dana baik dari *Global Fund* maupun dari Pemerintah Daerah akan mempengaruhi kesinambungan penanggulangan TB. Adanya masalah kesenjangan pembiayaan program TB juga terdapat dalam penelitian mengenai pembiayaan HIV/AIDS dan Tuberkulosis yang dilakukan di Estonia bahwa terdapat adanya fragmentasi dalam pembiayaan antara strategi dan program kesehatan masyarakat sehingga menciptakan disinsentif untuk perencanaan bersama dan terutama penyatuan sumber daya.⁶ Berdasarkan uraian di atas perlu adanya analisis kebijakan secara mendalam terhadap program kesehatan terkait dengan pembiayaan program tuberkulosis (TB) berdasarkan program prioritas nasional

bidang kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

Metode

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dan desain penelitian studi kasus, dengan strategi penelitian eksplanatoris, dimana peneliti ingin menggali lebih jauh tentang strategi pengendalian kasus TB dilihat dari aspek pembiayaannya di Kabupaten Bantul, yang memiliki angka kasus kedua tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian ini melibatkan beberapa instansi yaitu Bappeda DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, BPJS Cabang Bantul, Puskesmas Banguntapan 1 dan Puskesmas Sewon 1 selaku UPT Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, dan RS PKU Muhammadiyah Bantul. *Indept interview* dilakukan pada 11 informan yang terdiri dari informan kunci (IK) yaitu BAPPEDA DI Yogyakarta (2 informan), Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul (1 informan), BPJS Kesehatan Cabang Bantul (1 informan), RSU PKU Muhammadiyah Bantul (1 informan), Pemegang Program TB Puskesmas Banguntapan 1 (1 informan) dan Puskesmas Sewon 1 (1 informan) dan informan triangulasi (IT) yaitu 4 orang pasien TB. Validitas data penelitian menggunakan triangulasi sumber, dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengumpulan data sekunder berupa jumlah kasus TB, data anggaran kesehatan dan dokumen pendukung lain.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam (*indept interview*) didapatkan karakteristik informan menurut umur, pendidikan, dan masa kerja seperti terlihat pada tabel 1.

Tabel 1. Data Informan Penelitian

No.	Informan	Umur	Pendidikan	Instansi	Jabatan	Masa Kerja
1.	IK-1	37	S1	BAPPEDA DI Yogyakarta	Bagian Perencanaan	8
2.	IK-2	35	S1	BAPPEDA DI Yogyakarta	Bagian Perencanaan	10
3.	IK-4	48	S1 Kedokteran	Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul	Ka Seksi P2 Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul	18
4.	IK-5	39	S2	BPJS Kesehatan Cabang Bantul	Kepala Cabang BPJS Bantul	14
5.	IK-6	42	S1 Profesi	RSU PKU Muhammadiyah Bantul	Programer TB RSU PKU Muhammadiyah Bantul	21
6.	IK-7	48	DIII Analisis	Puskesmas Banguntapan 1	Programer TB Puskesmas Banguntapan 1	25
7.	IK-8	45	DIII Perawat	Puskesmas Sewon 1	Programer TB Puskesmas Sewon 1	24
8.	IT-9	78	SMA	Pasien TB (sembuh) Puskesmas Banguntapan 1	Pensiun Guru	-
9.	IT-10	49	S1	Pasien TB (pengobatan) Puskesmas Banguntapan 1	Ibu Rumah Tangga	-
10.	IT-11	33	S1	Pasien TB (sembuh) Puskesmas Sewon 1	Ibu Rumah Tangga	-
11.	IT-12	35	SMA	Pasien TB (pengobatan) Puskesmas Sewon 1	Ibu Rumah Tangga	-

Tabel 2. Data Anggaran Kesehatan Per Kabupaten/Kota di DI Yogyakarta Tahun 2016-2018

Anggaran Kesehatan	Tahun 2016 (dalam rupiah)	%	Tahun 2017 (dalam rupiah)	%	Tahun 2018 (dalam rupiah)	%
Kab Bantul	301.748.311.146,00	14,14	308.159.328.210,00	14,89	347.231.515.877,00	16,42
TOTAL APBD	2.134.023.816.015,72	33,78	2.069.340.830.886,00	32,75	2.114.522.388.810,71	33,47
Kab Kulonprogo	209.401.143.268,00	14,83	179.530.246.505,00	13,07	299.721.694.869,00	20,45
TOTAL APBD	1.412.212.666.955,25	33,22	1.373.650.370.280,57	32,31	1.465.669.565.604,88	34,47
Kab Sleman	211.887.104.277,00	20,96	209.649.145.084,00	20,80	187.489.334.367,00	16,53
TOTAL APBD	1.010.750.234.755,20	32,06	1.007.920.457.345,20	31,97	1.134.021.843.854,00	35,97
Kab Gunungkidul	228.799.114.088,99	9,28	160.477.128.330,00	9,12	156.873.309.068,00	9,02
TOTAL APBD	2.466.678.312.552,38	41,35	1.760.553.827.648,07	29,51	1.738.418.678.570,61	29,14
Kota Yogyakarta	219.000.100.534,00	12,46	227.166.820.601,00	14,36	253.216.962.977,00	15,54
TOTAL APBD	1.757.740.459.671,00	35,37	1.582.299.721.267,00	31,84	1.629.237.644.912,00	32,79

Sumber: Data Anggaran APBD Bappeda DI Yogyakarta

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas informan berusia dewasa akhir atau lebih dari 35 tahun. Tingkat pendidikan mayoritas informan adalah perguruan tinggi yaitu DIII, S1, dan S2 dengan masa kerja mayoritas di atas 10 tahun.

Hasil analisis data sekunder dari BAPPEDA DI Yogyakarta didapatkan bahwa untuk besar anggaran kesehatan per kabupaten/kota di DI Yogyakarta dari tahun 2016-2018 mayoritas sudah lebih dari 10% kecuali Kabupaten Gunungkidul (**Tabel 2**). Hal tersebut sesuai dengan amanat UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 171 bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji.⁷ Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari informan di bawah ini:

“Kesehatan 10%, pendidikan 10% peran ee provinsi juga karena wakil pemerintah pusat di daerah. Gubernur di daerah juga mengawal penganggaran, seperti itu juga yang dilakukan oleh kabupaten kota nah mulai dari tahap RKPD kemudian KUAKPPS sampai APBD kita kan selalu melihat masing-masing apa ya amanah undang-undangnya dalam hal anggaran ini, kesehatan 10% harus pada setiap evaluasi dokumen RKPD Kabupaten Kota kita membuka hal itu harus 10%.” (IK-1)

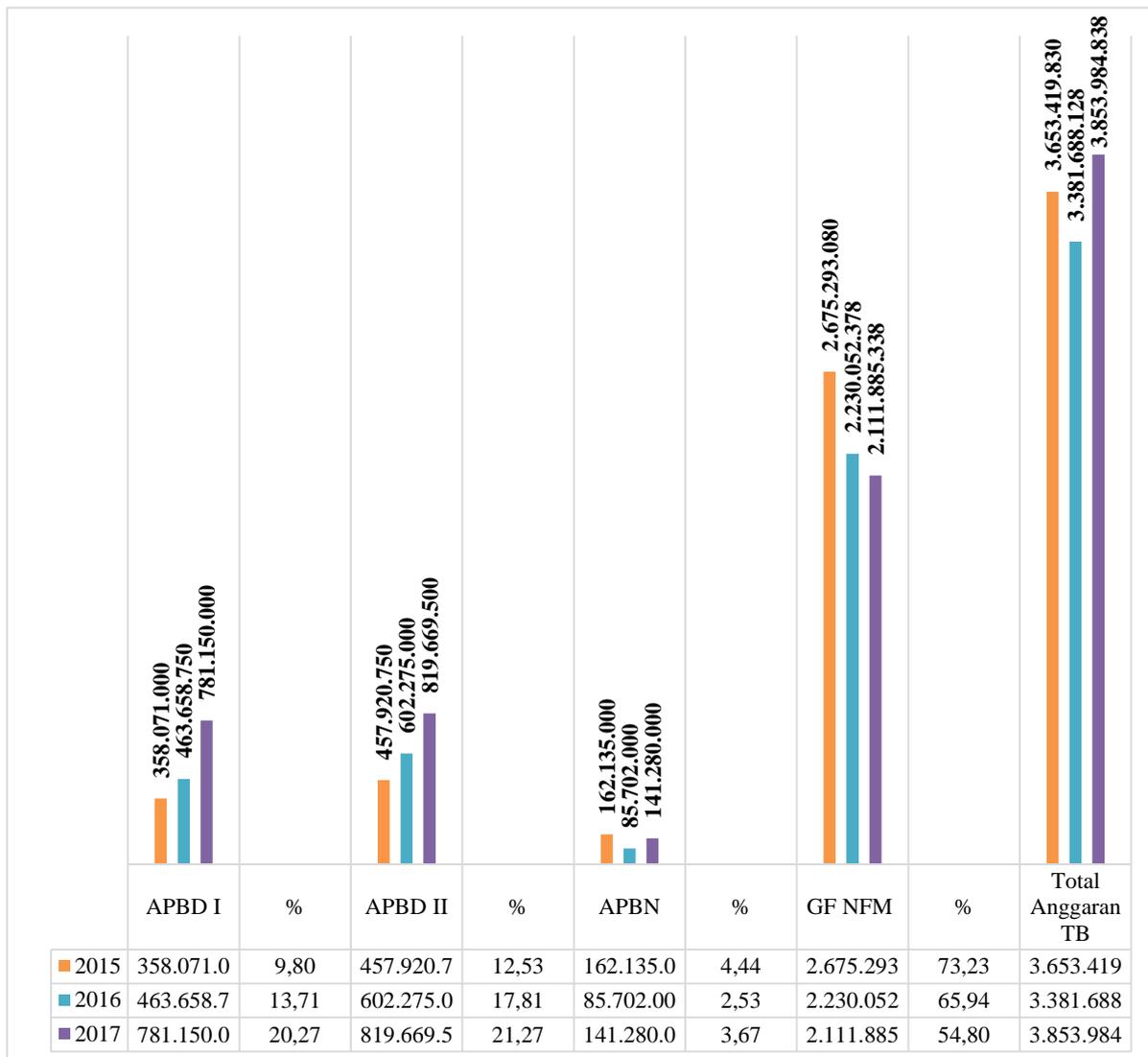
Sedangkan untuk program pengendalian penyakit TB di Bappeda DI Yogyakarta tetap menjadi fokus perhatian. Hal tersebut tergambarkan dalam pernyataan informan di bawah ini:

“...untuk penanganan penyakit menular masih menjadi apa yaa.. kewajiban untuk ditangani begitu pula penanggulangan HIVAIDS karena jumlahnya semakin hari tidak mengalami penurunan malah semakin tinggi. Kemudian jika ada kasus TBC AIDS itu yang menjadi lebih sulit. Tadi sudah disampaikan diawal bahwa untuk spesifik penanggulangan TB bisa melalui dana APBD dan melalui dana APBN. Nah untuk

APBN yang saya catat itu pada peningkatan sumber daya masyarakat TBC dan deteksi dini TBC, jadi anggaran pusat melalui dekon dan melalui DAK itu diarahkan untuk peningkatan kapasitas sumber daya masyarakatnya yang ada di hmm...di Puskesmas.” (IK-2)

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta didapatkan bahwa besaran anggaran TB DI Yogyakarta tahun 2015-2017 mencapai lebih dari Rp 3,3 M per tahun yang semuanya bersumber dari pemerintah APBN, APBD I, APBD II dan pendonor *global fund*. Hasil analisis pada gambar 1 terlihat bahwa sumber anggaran TB DI Yogyakarta masih di dominasi *Global Fund New Funding Model (Global Fund NFM)* dengan besaran persentase dari total sumber anggaran TB pada tahun 2015 (73,23%), 2016 (65,94%), dan 2017 (54,80%). Tetapi apabila dilihat dari sisi peran pemerintah dalam pembiayaan program TB maka mulai bergeser dari dominasi *Global Fund* ke arah pemerintah melalui anggaran APBN dan APBD yaitu sebesar 45,21% bersumber dari pemerintah dan sebesar 54,80% bersumber *Global Fund* pada tahun 2017. Data dari *World Health Organization* tahun 2016, bahwa sebesar US\$ 6,6 miliar tersedia untuk perawatan dan pencegahan TB di negara berpenghasilan rendah dan menengah pada tahun 2016, dimana 84% berasal dari sumber dalam negeri. Meskipun demikian, program TB nasional di negara-negara berpenghasilan rendah terus mengandalkan donor internasional untuk hampir 90% dari pembiayaan mereka.¹

Hal berbeda terjadi di Kabupaten Garut, dimana peran pemerintah dalam pola pembiayaan dan penatalaksanaan program TB masih didominasi oleh pembiayaan yang bersumber dari pemerintah, yaitu sekitar 46% pemerintah daerah, 44% pemerintah pusat, dan 10% *Global Fund*. Tetapi, jika dilihat dari gambaran komitmen daerah untuk pembiayaan kegiatan pencegahan dan



Sumber: Pelaksana P2 TB Dinas Kesehatan DI Yogyakarta

Gambar 1. Data Sumber Anggaran TB DI Yogyakarta Tahun 2015-2017

penemuan kasus, maka untuk komponen pencegahan dan penemuan kasus masih cukup rendah, yaitu sekitar 35% dari total alokasi anggaran. Sementara 65% lainnya masih bersumber dari *Global Fund*.⁷

Walaupun sudah tersedia dukungan dana bersumber dari APBN dan APBD, namun besarnya masih jauh lebih kecil. Masih bergantungnya dana program terpadu ini pada bantuan luar negeri akan berpengaruh terhadap kelangsungan atau *sustainability* program. Solusi mendapatkan *sustainable* dan inovasi pembiayaan adalah dengan melibatkan peran pemerintah dalam proses program.

Provinsi dan kabupaten menyiapkan biaya untuk kegiatan di lapangan dan diperlukan persetujuan di tingkat nasional untuk target yang akan dicapai.⁸ Kontribusi dari masyarakat di daerah juga harus mulai dikejar untuk membiayai pelayanan terpadu di masyarakat.⁹ Kontribusi masyarakat yang direncanakan adalah dengan mengaktifkan kembali Program Gerakan Terpadu Daerah (Gerduda) TB dengan melibatkan masyarakat dan lintas sektor yang diketuai oleh individu di luar kesehatan. Gerduda merupakan turunan dari Program Gerdunas di tingkat nasional.

Tabel 3. Data Kegiatan Program TB di Dinas Kesehatan DI Yogyakarta Bersumber dari *Global Fund* Tahun 2018-2020

Kegiatan	Tahun 2018 (dalam rupiah)	%	Tahun 2019 (dalam rupiah)	%	Tahun 2020 (dalam rupiah)	%
<i>TB care and prevention</i>	780.153.033,71	34,05	264.807.755,42	16,41	146.338.413,14	11,04
<i>RSSH: Health management information systems and M&E</i>	157.908.927,39	6,89	132.595.964,76	8,22	132.595.964,76	10,01
<i>TB/HIV</i>	149.774.000,00	6,54	60.750.000,00	3,77	19.260.000,00	1,45
<i>Program management</i>	584.166.242,27	25,50	589.828.423,18	36,56	613.238.702,22	46,27
<i>MDR-TB</i>	574.587.659,52	25,08	520.980.822,08	32,29	369.211.670,88	27,86
<i>RSSH: Integrated service delivery and quality improvement</i>	44.563.534,02	1,95	44.563.534,02	2,76	44.563.534,02	3,36
<i>RSSH: Procurement and supply chain management systems</i>	-	-	-	-	-	-
<i>RSSH: Community responses and systems</i>	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2.291.153.396,91	43,81	1.613.526.499,45	30,85	1.325.208.285,02	25,34

Sumber: Pelaksana P2TB Dinas Kesehatan DI Yogyakarta

Tabel 4. Data Sumber Anggaran Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2016-2019

No	Sumber Anggaran	Tahun 2016	%	Tahun 2018	%	Tahun 2019	%
1.	Pajak rokok	8,000,000,000	5.89	18,000,230,300	13.32	18,000,230,300	11.58
2.	DAK	38,301,712,000	28.18	25,413,648,000	18.81	45,857,206,592	29.50
3.	BLUD	59,350,523,915	43.67	59,732,194,802	44.20	61,029,661,200	39.26
4.	DAU	29,629,498,678	21.80	28,367,602,672	20.99	27,535,760,460	17.71
5.	DBHCHT (Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau)	-	-	3,622,516,000	2.68	3,024,476,600	1.95
6.	APBD I	228,476,700	0.17	NA	NA	NA	NA
7.	APBN	405,034,773	0.30	NA	NA	NA	NA
	Total	135,915,246,066	31.87	135,136,191,774	31.69	155,447,335,152	36.45

Secara umum pembiayaan program TB yang bersumber dari *global fund* mengalami penurunan dari tahun 2018-2020. Tetapi yang perlu dicermati adalah untuk kegiatan TB-MDR mendapatkan porsi yang cukup besar dan meningkat setiap tahunnya yaitu sebesar 25,08% pada tahun 2018, 32,29% tahun 2019, dan 27,86% pada tahun 2020. Jika dibandingkan dengan kegiatan preventif dan pengobatan TB, maka anggaran untuk TB-MDR lebih besar.

Pendanaan donor internasional untuk TB jauh dari kontribusi donor untuk HIV dan malaria. Data terbaru dari sistem pelaporan kreditor Organisasi untuk Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan (OECD) menunjukkan total US\$ 5,4 miliar untuk HIV/AIDS, US\$ 1,7 miliar untuk malaria dan US\$ 0,7 miliar untuk TB pada tahun 2014. Padahal, perkiraan terbaru (untuk 2013) dari beban penyakit dalam hal tahun kehidupan yang disesuaikan dengan kecacatan (DALY) yang hilang

karena penyakit dan kematian adalah 69 juta untuk HIV/AIDS, 50 juta untuk malaria dan 65 juta untuk TB.¹

Sumber anggaran kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul mengalami peningkatan dari sebesar 31,87% pada tahun 2016 menjadi lebih dari 36,45% pada tahun 2019 (tanpa memperhitungkan besaran anggaran yang bersumber APBD I dan APBN/NA). Dalam bidang kesehatan, berdasarkan RPJMD tahun 2016-2021 terdapat 6 permasalahan utama yang menjadi fokus perhatian dari pemerintah Kabupaten Bantul. Terdapat 10 faktor penentu keberhasilan pembangunan di Bidang Kesehatan salah satunya adalah deteksi dini penyakit penyerta TB seperti HIV, pneumonia dan *Multi Drug Resistant* (MDR), meningkatnya peran serta dari layanan kesehatan swasta dalam penemuan TB.¹⁰

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul untuk program TB termasuk dalam program prioritas di bawah Program KIA. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara kepada informan berikut ini:

“.....Kita tetap menetapkan apa kalau saat ini prioritasnya saat ini kita dibawahnya KIA prioritasnya kita dibawah KIA, KIA sekarang lagi di prioritaskan untuk stunting, dibawah stunting itu ada TB. Kalau di Nasional pun juga sama statusnya prioritas dari sembilan prioritas program nasional stunting, Angka Kematian Ibu, TB, HIV kemudian Kesehatan Lingkungan, Germas itu semuanya prioritas satulah jadi sejajar.”
(IK-4)

Bentuk nyata dukungan Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul tergambar dalam anggaran khusus untuk program TB mengalami peningkatan setiap tahunnya dari tahun 2015-2018. Tetapi selain dukungan dari pemerintah tentu saja diperlukan peran aktif masyarakat dalam program pengendalian penyakit TB ini. Hal tersebut juga dipertegas dalam pernyataan informan di bawah ini:

“.....Nah sekarang kembali ke TB, TB kita....sedang proses membentuk apa yang namanya rencana aksi daerah. Rencana aksi daerah ini melibatkan seluruh komponen yang ada di masyarakat baik itu yang pemerintah, swasta kita baru baru menyusun itu dan sudah 3, 4 tahun yang lalu kita sudah mulai mulai apa ee namanya menggugah lintas sektor untuk TB ya kita mengadakan ee kampanye TOS, Temukan Obat sampai Sembuh kampanye dua tahun berturut-turut 2015, 2016 terus kita setiap tahun kita selalu melakukan ee apa namanya pertemuan lintas sektor. Menyampaikan hasil TB ini kendalanya itu setiap tahun tahun sekali mesti ada kemudian tahun 2017 kita juga sudah mulai menggerakkan gerakan terpadu daerah gerduda. Kalau di nasional namanya gerdunas kan itu kan sudah mulai tahun 2009 itu tapi kan terus apa ya mati suri yaitu di daerah daerah mati suri, dulu ada gerduda terus mati suri nah 2017 kita sudah mulai menggerakkan gerduda. Gerduda itu adalah suatu forum untuk apa namanya peran serta dari masyarakat lintas sektor di dalam suatu wilayah dengan koordinatornya yang dipegang oleh non kesehatan gitu.”
(IK-4)

Analisis data sekunder berupa data anggaran TB di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul diluar gaji dari tahun 2015-2018 mengalami fluktuasi, tetapi terlihat bahwa jumlah penemuan kasus mengalami kenaikan seiring dengan kenaikan jumlah anggaran (**Gambar 2**), sehingga asumsinya bahwa alokasi anggaran untuk TB sangat penting dalam kegiatan penemuan kasus TB di lapangan. Oleh karena itu, dukungan dana dibutuhkan tidak hanya dari sumber pemerintah berupa APBN ataupun APBD saja, melainkan juga dari pihak di luar pemerintah.

Berdasarkan perhitungan dari hasil pelatihan yang dilakukan bekerjasama dengan Magister Asuransi Kesehatan FK UGM didapatkan bahwa untuk biaya program pengendalian penyakit TB diperlukan biaya kurang lebih Rp 6 M seperti yang dinyatakan oleh informan di bawah ini:



Sumber: Data pemegang TB Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul

Gambar 2. Data Anggaran TB dan Angka Penemuan Kasus TB di Kabupaten Bantul Tahun 2015-2018

“Nah itu saya dibimbing 3 hari untuk ngitung-ngitung tapi belum fasih sih cuman dikasih aplikasinya suruh dimasuk-masukin gitu. Nah kemarin saya hitung saya sampaikan ke BKAD juga total biaya untuk TB itu sekian milyar kalau mau, kalau mau diampu sendiri...gambaran kasar hitungan itu yaa gambaran kasar sekitar 6,5 -7M pertahun sudah termasuk dari preventif sampai kuratifnya, jadi saya ngitungnya disana mulai preventif itu ya dari yang paling dasar kader itu transportnya kii piro sampai dengan nanti obat TB RO resisten obat itu sekian ratus itu masukan semua.” (IK-4)

Tetapi tentunya yang menjadi perhatian utama pemerintah adalah menyusun *exit strategi* pendonor. Kebijakan dan strategi kesehatan perlu mencakup penyediaan layanan dan pembiayaan swasta serta pendanaan dan kegiatan negara. Hanya dengan cara ini, sistem kesehatan secara keseluruhan dapat berorientasi pada pencapaian tujuan yang menjadi kepentingan umum. Penatalayanan mencakup tugas-tugas untuk menentukan visi dan arah kebijakan kesehatan, menggunakan pengaruh melalui regulasi dan advokasi serta mengumpulkan dan menggunakan informasi.¹¹

Bertentangan dengan apa yang mungkin diharapkan, porsi pembiayaan kesehatan swasta cenderung lebih besar di negara-negara yang memiliki tingkat pendapatan lebih rendah. Tetapi negara-

negara miskin, jarang memiliki garis kebijakan yang jelas terhadap sektor swasta. Dengan demikian mereka memiliki langkah besar yang harus diambil dalam mengenali dan berkomunikasi dengan berbagai kelompok penyedia swasta, semakin baik untuk mempengaruhi dan mengatur mereka.¹¹

Hasil penelitian studi kasus di 4 kabupaten/kota di Pulau Sumatera dan Banten didapatkan bahwa pelaksanaan program TB di setiap wilayah terkendala oleh beberapa faktor, antara lain tatalaksana kasus tidak standar, *underestimated data*, temuan kasus baru masih kurang, terbatasnya SDM program TB, kontribusi CSR sangat rendah, kurangnya upaya promotif dan preventif tentang TB, stigma buruk TB, kesulitan monitoring dan evaluasi kasus serta survei kontak, dan permasalahan pasien dari kelompok miskin dan kelompok pekerja. Oleh karena itu, direkomendasikan kepada para pimpinan daerah untuk membuat suatu kebijakan tingkat kabupaten/kota (dalam bentuk Peraturan Daerah atau Peraturan Bupati/Walikota) yang mampu memberikan kepastian anggaran pengendalian TB dengan mengalokasikan APBD untuk program TB. Dengan adanya kebijakan ini kerjasama lintas sektor pun dapat lebih mudah dilakukan.¹²

Puskesmas sebagai salah satu unit

pelaksana teknis dinas kesehatan bertanggung jawab menyusun perencanaan dan kebutuhan sumber daya puskesmas termasuk anggaran untuk program pengendalian penyakit TB. Pendanaan puskesmas berdasarkan peraturan pemerintah bersumber dari pemerintah berupa APBN dan APBD, serta sumber-sumber lain.¹³

“kalau anggaran kita ada dari BOK, iya terus dari UKM itu dari APBD 2 itu terus untuk kedepannya kita juga kemarin ada anggaran dari dana desa ADD desa kita kan juga dimintain mengajukan.” (IK-7)

Sumber-sumber penganggaran yang masuk ke puskesmas tersebut dipergunakan untuk melakukan berbagai intervensi yang terkait dengan program pengendalian penyakit TB di puskesmas berdasarkan data mencakup upaya preventif, promotif, kuratif, serta rehabilitatif. Intervensi tersebut antara lain penyuluhan tentang TB ke masyarakat, pelatihan skrining kader untuk penemuan kasus, sarasehan TB yang menghadirkan lintas sektor termasuk tokoh masyarakat, penyelidikan epidemiologi dan lain sebagainya seperti yang dinyatakan oleh informan di bawah ini:

“...dari APBN itu ada untuk penyuluhan kemudian mengadakan workshop jadi kita melatih kader-kader nanti untuk skrining untuk penemuannya terus ada ee sarahsehan nah sarahsehan itu kita menghadirkan tokoh masyarakat juga kemudian lintas sektor dan disitu kita menghadirkan mantan-mantan penderita TB yang sudah selesai pengobatan dan PMOnya....itu yang dari BOK, kemudian untuk PE (Penyelidikan Epidemiologi) jadi kalau ada yang positif kita terjun ke penderita nanti dilihat orang yang selain satu rumah dicari kalau ada apa ya penularan atau tidak atau ada suspek nah seperti itu juga dari BOK, kalau ada yang mangkir kita lakukan kunjungan ke rumah juga didanai dari BOK juga kemudian yang dari APBD dua yang UKM itu ada untuk active cash finding kemudian ada untuk pemberian makanan tambahan, kalau PMT masih kurang dananya itu kita ajukan ke ADD Desa nah itu.” (IK-7)

Data kepesertaan JKN di Kabupaten Bantul berdasarkan BPJS Kesehatan sampai dengan Juni 2019 adalah sebesar 903.538 orang atau 96,15% dari jumlah penduduk Kabupaten Bantul terjadi peningkatan kepesertaan setiap tahunnya dari tahun 2017-2019.

“dalam peraturan pemerintah bahwa memang sudah masuk di dalam program, dia tidak masuk di e... apa namanya konsep dari JKN, maksudnya dia tidak masuk di dalam JKN... Kecuali misalnya e... TB parunya dia misalnya karena ada penyulitnya, ada DM nya jadi lebih ke DM-nya, hipertensi, jantung atau apa-apanya gitu.” (IK-5)

“Karena kalau selama 4 bulan saya disini memang belum ada koordinasi (dengan Dinas Kesehatan) untuk TB tapi konsepnya harusnya sama dengan HIV sama dengan kusta, masuk di program....harusnya dikembalikan ke regulasinya gitu.” (IK-5)

Pernyataan dari informan di atas terkait dengan batasan anggaran TB yang masuk ke program pemerintah dan BPJS Kesehatan ternyata masih terdapat permasalahan di lapangan terkait dengan batasan di atas. Pemahaman petugas tentang batasan-batasan kriteria pembiayaan program dari pemerintah dengan pembiayaan dari BPJS masih rendah. Hal tersebut tergambar dalam pernyataan informan di bawah ini:

“Terus harusnya FKTP yang swasta dia punya kapitasi. Dana kapitasi itu didalamnya untuk mengelola salah satunya TB kalau dia merujuk pasien ke puskesmas maka transport ditanggung sama dia sendiri kan gitu. Itu sudah dikasih BPJS seperti itu, mereka rata-rata orang swasta tidak mau rugi mereka mintanya tidak di lebokke neng BPJS yo ra iso (dimasukan di BPJS ya tidak bisa).” (IK-4)

“...Kalau pembiayaan, rata-rata pasien itu kan pakai BPJS ya sekarang... Jadi pakai BPJS....” (IK-6)

Oleh karena itu, sangat diperlukan koordinasi antara Dinas Kesehatan, pusat pelayanan kesehatan lain (RS dan Klinik)

dan BPJS Kesehatan dalam rangka meningkatkan pemahaman para petugas kesehatan tentang standar pelayanan kesehatan yang pembiayaannya masuk dalam tanggung jawab puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bersumber dari pemerintah dengan yang bersumber dari BPJS Kesehatan. Selain permasalahan standar pelayanan kesehatan beserta pembiayaan, terdapat permasalahan lain yang terjadi di lapangan terkait dengan program pengendalian penyakit TB yaitu mengenai pola rujukan antar fasilitas kesehatan (FKTP) pemerintah dan swasta serta ke fasilitas kesehatan rujukan lanjut (FKTL) yang dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, tetapi tidak untuk pertukaran data pasien dan transparansi penggunaan dana klaim pasien TB. Seperti pernyataan informan di bawah ini:

“Nah TB itu harus selesai di tingkat pertama, diobati sampai sembuh, apalagi penemuan kalau FKTP nya itu non pemerintah, swasta kita kan sudah ngasih alur rujuklah ke puskesmas setempat gitu....ya penegakkan diagnosisnya itu efek sampingnya karna mereka tidak mau merujuk ke puskesmas atau rumah sakit terdekat akhirnya penegakkan diagnosisnya jadi nol kan tidak bisa ditegakkan.” (IK-4)

Komunikasi, koordinasi, dan regulasi yang jelas antar perujuk dan penerima rujukan wajib dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku.¹⁴ Pasien terduga suspek TB, untuk dokter praktek swasta seharusnya merujuk ke puskesmas (FKTP) untuk penegakan diagnosis yang merupakan bagian dari rujukan horizontal, tetapi kenyataan di lapangan dokter praktek swasta banyak yang langsung merujuk ke rumah sakit (FKTL). Kondisi yang terjadi di lapangan terkait dengan masalah pola rujukan juga terjadi di Kota Samarinda bahwa tidak terdapat mekanisme pelaksanaan rujukan parsial antara dokter praktek mandiri (DPM) dengan puskesmas.¹⁵

RSU PKU Muhammadiyah Bantul merupakan salah satu rumah sakit rujukan

tipe C (FKTL) yang paling banyak menjadi tujuan rujukan di wilayah Kabupaten Bantul. Data pasien TB (seluruh TB) di RSU PKU Muhammadiyah Bantul berjumlah 101 kasus pada tahun 2017, 279 kasus pada tahun 2018, dan 99 kasus sampai bulan Juni 2019 sehingga total kasus TB tahun 2017-2019 sebanyak 479 kasus.

“...kalau dulu nggak ada jenjang bisa merujuk langsung ke Sardjito misal Dokter Sumardi ada kasus yang susah TB dengan e..ekstrak paru mungkin TB otak itu langsung di rujuk ke Sardjito padahal kan ada tipe B, misalnya ke Panembahan atau ke PKU Jogja tapi dulu sebelum bisa langsung ke tipe A.” (IK-6)

Anggaran yang bersumber dari pemerintah selama ini diberikan dalam bentuk *supply* obat TB ke rumah sakit yang jumlah stok obatnya disesuaikan dengan data pasien TB yang rutin dilaporkan oleh pihak rumah sakit melalui programmer TB ke dinas kesehatan.

“E... kita memberikan laporannya rutin kalau kita laporannya rutin, nanti dinas kesehatan memberikan obatnya e...akan sesuai permintaan kita sesuaikan pasien yang telah diobati yang kemarin diobati dilaporkan ditulis, misal 10 box.” (IK-6)

Sumber anggaran selain dari pemerintah (*global fund*) untuk saat ini sudah tidak ada sehingga ada beberapa intervensi dalam program pengendalian penyakit TB yang tidak dilakukan lagi oleh pihak rumah sakit seperti *reward* pasien sembuh, *reward* petugas, *supply* vitamin imboost dan anggaran petugas kesehatan untuk kunjungan rumah bagi pasien yang mangkir. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan di bawah ini:

“Sekarang sudah nggak ada...iya, misalnya kayak vitamin imboost apa itu lho yang...dulu ada, sekarang kok nggak ada?katanya pendanaannya sudah tidak...nanti dari dinas ke sini....dulu ada untuk pasien mangkir kita kunjungan ke rumah...dulu kalau pasien BTA positif sembuh ada rewardnya....kita laporkan ada

reward. Reward untuk pasien, untuk petugas.” (IK-6)

Menurunnya anggaran yang bersumber dari donor (*global fund*) menyebabkan beberapa kegiatan ditiadakan dan terdapat kegiatan-kegiatan yang kemudian dialihkan ke puskesmas sesuai wilayah kerjanya seperti pemantauan pasien TB melalui kunjungan rumah. Sehingga dengan kata lain bahwa pola rujukan di RSUD Muhammadiyah telah terlaksana dengan baik sesuai dengan standar yang berlaku, bahwa setiap terdapat pasien positif TB maka rumah sakit menindaklanjuti dengan melakukan rujuk balik ke puskesmas.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan dalam hal pembiayaan TB bahwa anggaran yang bersumber dari *global fund* sebagian besar terserap untuk kegiatan *management program* dan TB-MDR. Terjadi permasalahan dengan alur rujukan pasien TB yang masih belum berjalan efektif antara FKTP pemerintah dengan swasta baik vertikal maupun horizontal, petugas kesehatan masih belum memahami mengenai pelayanan kesehatan yang pembiayaannya masuk dalam tanggungjawab JKN atau masuk anggaran Program TB dari pemerintah. Adanya beberapa kegiatan yang tidak dilakukan lagi oleh pihak rumah sakit pasca dihentikannya anggaran TB dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul yang bersumber dari bantuan donor (*global fund*).

Belum berjalan efektifnya alur rujukan antara pelayanan kesehatan tingkat pertama terutama dokter praktek swasta dengan puskesmas terkait dengan penegakan diagnosis pasien TB. Selain itu masih ada ketidakpahaman petugas kesehatan tentang standar pelayanan kesehatan yang pembiayaannya masuk dalam tanggung jawab puskesmas sebagai FKTP yang bersumber dari pemerintah dengan yang bersumber dari BPJS Kesehatan. Oleh karena itu Dinas

Kesehatan Kabupaten Bantul selaku regulator hendaklah melakukan komunikasi dan koordinasi dengan berbagai pelayanan kesehatan termasuk BPJS.

Ucapan Terima Kasih

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian terutama dalam mendanai "Hibah Penelitian Dosen Pemula" tahun 2019 oleh Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, Direktorat Jenderal Penguatan Penelitian dan Pengembangan, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia. Pihak-pihak yang terlibat dalam penelitian ini meliputi BAPPEDA DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, BPJS Kesehatan Cabang Bantul, Puskesmas Banguntapan 1, dan Puskesmas Sewon 1.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2016. World Health Organization; licensee Elsevier; 2016.
2. Kementerian Kesehatan RI. PMK No 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. 2016.
3. Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. Data Pelaksana Program P2TB Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta. 2017
4. Wasis Budiarto dan Ristrini. Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah di Propinsi Kalimantan Timur: Studi Kasus di Kabupaten Kutai Kartanegara dan Kota Balikpapan. *J Manaj Pelayanan Kesehat.* 2003;6(2).
5. Laporan Realisasi APBD Pemerintah Propinsi. DIY BPKAD Propinsi DIY tahun 2014, 2015, 2016 dan 2017
6. Politi Claudio and Torvand Triin. Financing HIV/AIDS And Tuberculosis Interventions In Estonia. WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark; 2007.
7. Kementerian Kesehatan RI. UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. 2009. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Profil Kesehatan Tahun 2018. 2018.
8. Setiawan E, Sucahya PK, Thabrany H,

- Komaryani K. A Comparative Budget Requirements for TB program based on Minimum standard of Services (SPM) and Budget Realization : an Exit Strategy Before Termination of GF ATM. 2016;1:12-22.
9. Partapuri T, Steinglass R, Sequeira J. Integrated Delivery of Health Services During Outreach Visits : A Literature Review of Program Experience Through a Routine Immunization Lens. 2012;205(Suppl 1).
 10. Kabupaten Bantul PDN 19 T 2018. Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 19 Tahun 2018 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 11 Tahun 2016 Tentang RPJMD Tahun 2016-2021. 2016
 11. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance. 2000
 12. Endarti AT, Suraya Izza, Muttaqien, Rachman AU. Situasi Tuberkulosis di Empat Kabupaten/Kota di Pulau Sumatera dan Banten. JURNAL MKMI, Vol. 14 No. 2, Juni 2018
 13. Kementerian Kesehatan RI. PMK RI Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014.
 14. Kementerian Kesehatan RI, Peraturan Menteri Kesehatan No 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
 15. Purwaningsih E, Trisnantoro L , Kurniawan MF. Analisis Kebijakan Pembiayaan TB di Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah di Era JKN di Kota Samarinda. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI, Vol. 07, No. 02 Juni 2018