



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN
PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
DI DINAS KESEHATAN KOTA JAYAPURA
TAHUN 2006 – 2008**

TESIS

**KENEDI SEMBIRING
0706189015**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN
PROGRAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
DI DINAS KESEHATAN KOTA JAYAPURA
TAHUN 2006 – 2008**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**KENEDI SEMBIRING
0706189015**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
EKONOMI KESEHATAN
DEPOK
JULI 2009**

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Kenedi Sembiring

NPM : 0706189015

Tanda tangan: 

Tanggal : 7 Juli 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Kenedi Sembiring

NPM : 0706189015

Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2007/2008

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

**ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS DI DINAS KESEHATAN KOTA JAYAPURA
TAHUN 2006 – 2008**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Depok, 7 Juli 2009

(Kenedi Sembiring)

PENGESAHAN

Tesis ini telah diajukan oleh

Nama : Kenedi Sembiring

NPM : 0706189015

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Kekhususan : Ekonomi Kesehatan

Judul : Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan Tuberkulosis di
Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 - 2008

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD (.....)

Penguji : DR.Drg. Mardiaty Nadjib, MPH (.....)

Penguji : Pujiyanto, SKM, M.Kes (.....)

Penguji : Budiarti Setiyaningsih, SKM, M.Kes (.....)

Di tetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Ucapan terima kasih yang tak terhingalah yang paling pantas penulis tujukan kepada Tuhan Yesus Kristus yang telah memberi berkat yang melimpah dan kekuatan serta menjadi sumber inspirasi utama dalam menyelesaikan tesis ini dengan judul "Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008".

Pengertian dan pengorbanan yang luar biasa yang telah diberikan oleh istriku tercinta, Damiati.SPd yang ditengah-tengah tugasnya selaku pendidik dan yang telah pula dengan penuh cinta kasih merawat dan membimbing buah hati kami : Karinda Angelinov Sembiring, Adam Caldipawell Sembiring dan Kevin Winta Sembiring, salutku untuk kalian semua. Mamakku, B.br.Surbakti yang telah membesarkan dan selalu mendoakanku, terima kasih yang tulus dariku, Tuhan-lah yang akan membalaskan segala kebaikan mamak.

Selama proses pendidikan dan penyelesaian tesis ini, ada banyak pihak yang berkontribusi besar dan memberi dukungan dan mereka juga berhak atas ucapan terima kasih seperti :

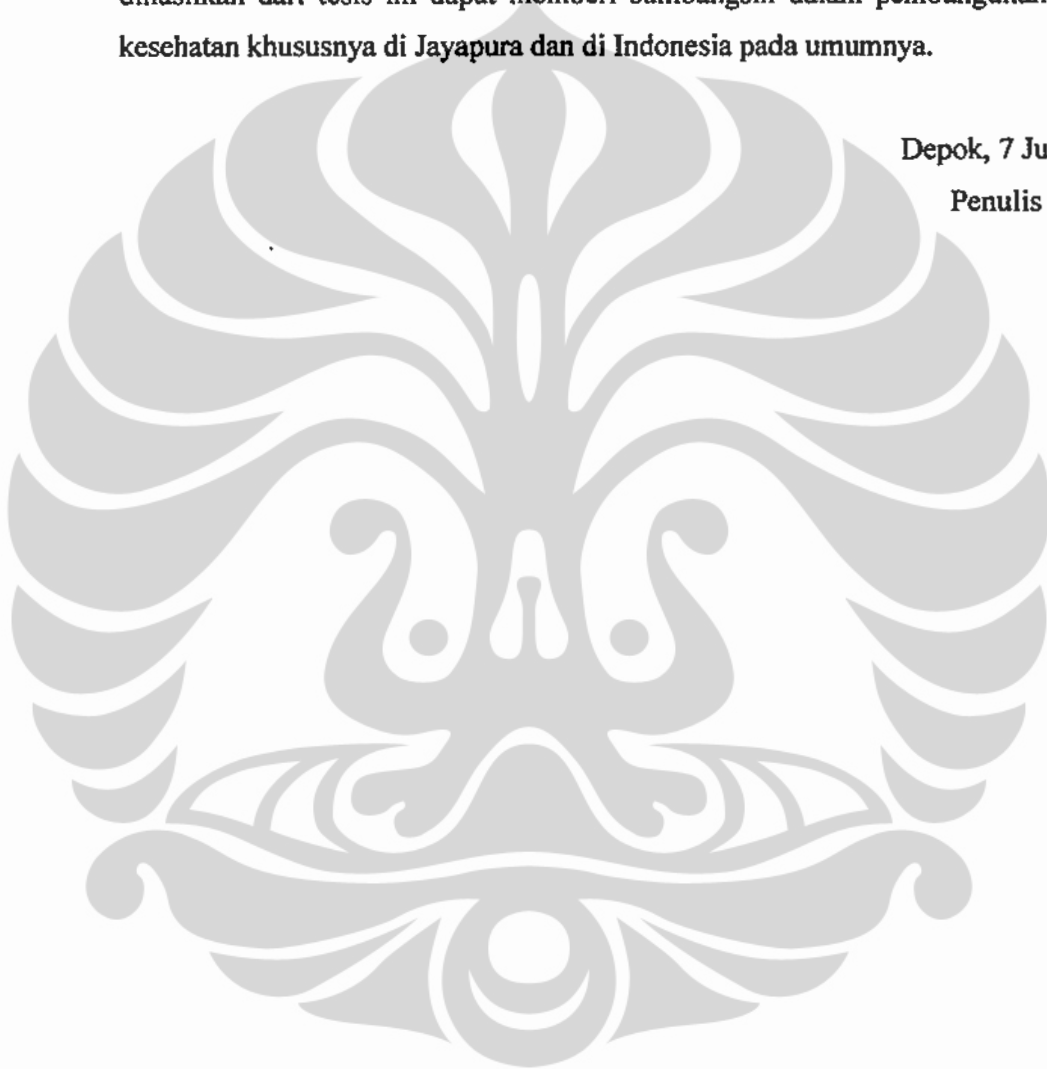
1. Ibu Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD selaku pembimbing yang luar biasa supportnya dan banyak memberi arahannya.
2. Ibu DR.drg.Mardiati Nadjib, M.S, Bapak Pujiyanto, SKM, Mkes, Ibu Budiarti Setiyaningsih, SKM, MKes yang telah bersedia menjadi penguji tesis.
3. Bapak dr.Adang Bachtiar, MPH, DrPH selaku ketua Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM-UI.
4. Seluruh staf pengajar, administrasi dan perpustakaan yang telah banyak memberi ilmu dan bantuannya selama penulis menuntut ilmu.
5. Teman-teman peminatan ekonomi kesehatan : bu Ibeth, mbak Marina, Nurbaiti, Rani, kak Prima dan mas Amir yang selalu mengingatkan dan mendukung dalam masa-masa perkuliahan dan penulisan tesis ini.
6. Dr. Bagus Sukaswara, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua yang telah memberi dukungan dana pendidikan.

7. Drg. Sujono Angkasa, MPH, Kepala Dinas Kesehatan Kota Jayapura yang memberikan izin tugas belajar.
8. Semua pihak yang telah mendukung secara langsung maupun tidak langsung yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Kesadaran akan tidak sempurnanya hasil karya ini, membuat penulis menerima dengan lapang dada terhadap saran dan kritikan yang konstruktif. Semoga apa yang dihasilkan dari tesis ini dapat memberi sumbangsih dalam pembangunan bidang kesehatan khususnya di Jayapura dan di Indonesia pada umumnya.

Depok, 7 Juli 2009

Penulis



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

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

Nama : Kenedi Sembiring
NPM : 0706189015
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 - 2008.

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan) Dengan hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia dapat menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 7 Juli 2009
Yang menyatakan

(Kenedi Sembiring)

ABSTRAK

Nama : Kenedi Sembiring
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan
Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Jayapura
Tahun 2006 – 2008

Tesis ini membahas tentang pembiayaan program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008, tujuannya mendapatkan peta dan gambaran kesenjangan sumber pembiayaan, baik yang bersumber pemerintah maupun donor. Penelitian ini adalah penelitian analitik dengan menggunakan data skunder yang berasal dari dokumen keuangan dan data primer dari wawancara mendalam dengan pembuat kebijakan. Hasil penelitian menunjukkan pembiayaan program TB bersumber dari APBN, Global Fund dan APBD Kota Jayapura yang sebagian besar untuk membayar gaji staf program TB. Pada tahun 2008 diluar perhitungan gaji, realisasi pembiayaan TB dari berbagai sumber Rp. 478.566.000,-, sedangkan dengan perhitungan KW-SPM kebutuhan normatifnya sebesar Rp.883.107.064, terdapat *funding gap* yang masih besar yaitu sebesar Rp.404.541.064,-. Komitmen para pengambil kebijakan anggaran sudah ada, namun belum tergambar dalam besarnya alokasi anggaran. Pemerintah Kota Jayapura perlu mewujudkan komitmennya dengan meningkatkan alokasi anggaran TB untuk menutupi *funding gap* dan kesinambungan program.

Kata kunci :
Pembiayaan, tuberkulosis, *funding gap* .

ABSTRACT

Name : Kenedi Sembiring
Study Program: Public Health Science
Title : Financing Analysis of Tuberculosis Programs at Jayapura
Health District in 2006 – 2008

This study focus in financing analysis of tuberculosis (TB) programs at Jayapura Health District in 2006 – 2008, that lay out financing map and identify funding gap, both budget from government and donors. This research is a analytical approach uses both primary and secondary data. In depth interview with policymakers was taken for primary data and the secondary data from the financial documents at Jayapura Health District. This study finds that financial sources of stop TB programs is coming from national budget (APBN), donor (Global Fund) and Jayapura district budget (APBD) which is mostly for TB programs staff salary. In 2008 out of staff salary, total budget realization for TB programs from all resources budget is Rp.478.566.000,-, where by using KW-SPM accounting system shows budget needed is an amount of Rp.883.107.064,- showing funding gap amount Rp.404.541.064,-. The commitment among local government providers in Jayapura district toward TB program has seemed but still not reflected in the budget allocation sufficiently. Jayapura district government should implement its commitment by increasing sufficient budget allocation for TB program in order to fill funding gap and the sustainability of the program.

Key words :
Financing, tuberculosis, funding gap

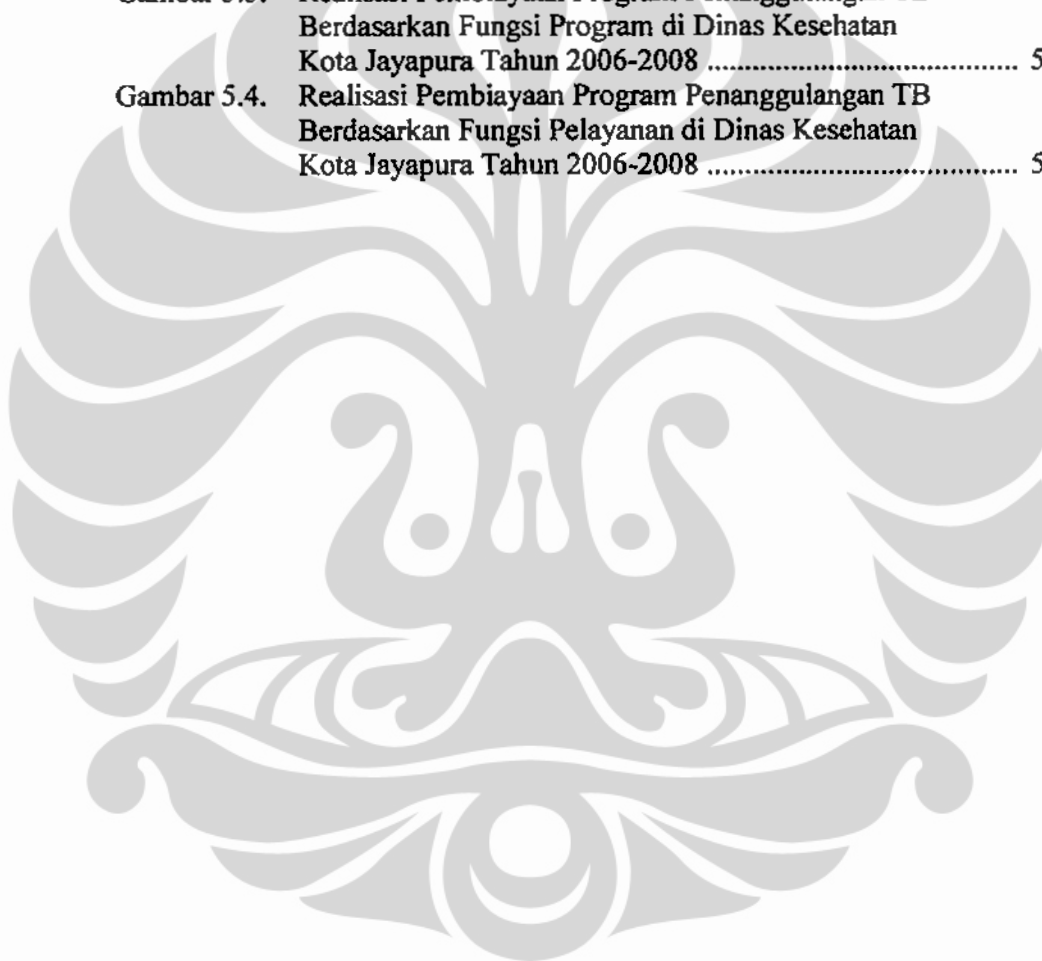
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	4
1.3. Pertanyaan Penelitian	5
1.4. Tujuan	5
1.4.1. Tujuan Umum	5
1.4.2. Tujuan Khusus	5
1.5. Manfaat Penelitian	6
1.6. Ruang Lingkup.....	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Pembiayaan Kesehatan.....	8
2.2. Sumber-sumber Pembiayaan Sektor Kesehatan	9
2.3. Konsep Biaya	11
2.3.1. Definisi.....	11
2.3.2. Klasifikasi Biaya	12
2.4. Konsep <i>National Health Account</i> (NHA)	14
2.4.1. Sumber Biaya Kesehatan	15
2.4.2. Pengelola Dana (<i>Financing Agent</i>)	16
2.4.3. Alokasi Pemanfaatan Biaya (<i>Uses</i>).....	16
2.5. <i>Provincial dan District Health Account</i>	17
2.6. Program Penanggulangan TB di Indonesia.....	19
2.7. Komitmen Politik Penanggulangan TB	20
2.8. Standar Pelayanan Minimal	21
2.9. Analisis Kesenjangan <i>Funding</i>	22
2.10. Studi Pembiayaan Kesehatan (TB)	22
3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	25
3.1. Kerangka Konsep.....	25
3.2. Definisi Operasional.....	25
4. METODOLOGI PENELITIAN	30
4.1. Desain Penelitian.....	30
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	30

4.3. Pengumpulan Data	31
4.4. Instrumen Penelitian.....	31
4.5. Teknis Pengumpulan Data	31
4.6. Analisis Data	33
5. HASIL PENELITIAN	35
5.1. Kerangka Penyajian	35
5.2. Karakteristik Informan.....	35
5.3. Prioritas Pembangunan di Kota Jayapura	36
5.4. Gambaran Pembiayaan Program Penanggulangan TB Di Kota Jayapura.....	36
5.4.1. Total Pembiayaan Program Penanggulangan TB	36
5.4.2. Pembiayaan Program Penanggulangan TB	40
5.4.2.1. Berdasarkan Sumber Pembiayaan.....	40
5.4.2.2. Berdasarkan Elemen Kegiatan	43
5.4.2.3. Berdasarkan Fungsi Program	47
5.4.2.4. Berdasarkan Fungsi Pelayanan	50
5.5. Perbandingan Realisasi Anggaran dengan Kebutuhan Biaya berdasarkan perhitungan KW-SPM	53
5.6. Perencanaan Anggaran pada Dinas Kesehatan Kota Jayapura	55
5.7. Komitmen <i>Stakeholder</i>	56
6. PEMBAHASAN	57
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	57
6.2. Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan TB.....	57
6.3. Analisis Ketersediaan Anggaran dan Sarana Pendukung	64
6.4. Analisis <i>Funding Gap</i> Program Penanggulangan TB dengan Perhitungan KW-SPM	65
6.5. Analisis Komitmen dan Peran Penentu Kebijakan Alokasi Anggaran Dalam Pembiayaan Program Penanggulangan TB	66
6.6. Analisis Perencanaan dan Implementasi Kegiatan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura	68
7. KESIMPULAN DAN SARAN	70
7.1. Kesimpulan	70
7.2. Saran	71
DAFTAR REFERENSI	73
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Aliran Keuangan dalam NHA	15
Gambar 3.1.	Kerangka Konsep Pembiayaan Penanggulangan TB Bersumber Pemerintah dan Lembaga Donor	28
Gambar 5.1.	Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008	43
Gambar 5.2.	Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Elemen Kegiatan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006-2008	47
Gambar 5.3.	Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Program di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006-2008	50
Gambar 5.4.	Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Pelayanan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006-2008	53



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Karakteristik Informan Penelitian	35
Tabel 5.2. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Bersumber Terhadap Pembiayaan P2M dan Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008	37
Tabel 5.3. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008	41
Tabel 5.4. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Elemen Kegiatan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008	45
Tabel 5.5. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Program di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008	48
Tabel 5.6. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Pelayanan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008	51
Tabel 5.7. Perbandingan Total Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB dengan Estimasi Kebutuhan Anggaran KW-SPM di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2008	55

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: Aquired Immuno Defficiency Syndrome
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
BAPPEDA	: Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BLN	: Bantuan Luar Negeri
BTA	: Basil Tahan Asam
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DASK	: Daftar Anggaran Satuan Kerja
DAU	: Dana Alokasi Umum
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DHA	: District Health Account
DIK	: Daftar Isian Kegiatan
DIP	: Daftar Isian Proyek
DOTS	: Directly Observed Treatment Shortcourse
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
GF	: Global Fund
GERDUNAS	: Gerakan Terpadu Nasional
HIV	: Human Immuno Defficiency Virus
KW SPM	: Kewenangan Wajib Standar Pelayanan Minimal
MDGs	: Millenium Development Goals
MUSRENBANG	: Musyawarah Rencana Pembangunan
NHA	: National Health Account
NTB	: Nusa Tenggara Barat
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
OTSUS	: Otonomi Khusus
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
PHA	: Provincial Health Account
PLN	: Pinjaman Luar Negeri
PMD	: Pemberdayaan Masyarakat Desa
PMO	: Pengawas Minum Obat
P2KT	: Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu
PPAS	: Penetapan Plafon Anggaran Sementara
PT ASKES	: Perusahaan Terbatas Asuransi Kesehatan
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
TB	: Tuberkulosis
WHO	: World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Format Isian Data Informan
- Lampiran 2 Pedoman wawancara mendalam dengan komisi C DPRD Kota Jayapura
- Lampiran 3 Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda Kota Jayapura
- Lampiran 4 Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 5 Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 6 Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 7 Pedoman wawancara mendalam dengan Wasor Tb Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 8 Hasil Wawancara Mendalam Ketua Komisi C DPRD Kota Jayapura
- Lampiran 9 Hasil Wawancara Mendalam Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda Kota Jayapura
- Lampiran 10 Hasil Wawancara Mendalam Kepala Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 11 Hasil Wawancara Mendalam Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 12 Hasil Wawancara Mendalam Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 13 Hasil Wawancara Mendalam Wasor TB Dinas Kesehatan Kota Jayapura
- Lampiran 14 Estimasi Kebutuhan Anggaran KW-SPM di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2008
- Lampiran 15 Perhitungan Gaji Staf Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008
- Lampiran 16 Perhitungan Pemakaian OAT Untuk Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 - 2008

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tuberculosis (TB) adalah suatu penyakit menular kronik yang disebabkan oleh infeksi *mycobacterium tuberculosis*, (Aditama, 2002), dengan estimasi jumlah kasus baru sebanyak 8,6 juta dan mengakibatkan kematian sebanyak 1,6 juta di seluruh dunia pada tahun 2005. TB merupakan penyebab utama kematian pada orang dewasa di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah serta penyebab kematian ketiga pada golongan usia 15 – 59 tahun, setelah HIV dan penyakit jantung iskemik (Floyd & Pantoja, 2008). TB mempunyai dampak multi dimensi, mulai dari tingkat rumah tangga sampai tingkat negara, *World Health Organization* (WHO) menyatakannya sebagai masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia karena jumlah kasus dan peningkatan resistensi terhadap obat TB, (WHO, 2003).

Masalah TB sendiri merupakan salah satu dari delapan isu pokok *Millennium Development Goals* (MDGs). Dari delapan butir MDGs yang telah disepakati, enam butir diantaranya yang akan dicapai pada tahun 2015 berkaitan erat dengan bidang kesehatan, dimana target dan indikator telah ditetapkan. Dalam butir ke-6 dari target tersebut adalah memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya, termasuk TB di dalamnya. Strategi yang efektif untuk memberantas TB ada 5 komponen yaitu diagnosis, pengobatan, obat-obatan, informasi dan komitmen politik (WHO, 2002). Pada tahun 2005 WHO telah mengembangkan pedoman untuk program kontrol TB yang lebih luas lagi berdasarkan *Stop TB Strategy. Global Plan to Stop TB, 2006 – 2015* didasarkan atas *Stop TB Strategy*, dimana intervensinya dikelompokkan ke dalam 5 kategori utama yaitu : (i) ekspansi *Directly Observed Treatment Short course* (DOTS); (ii) kolaborasi program TB/HIV; (iii) pengobatan *multi drugs resistance* TB; (iv) advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial; (v) bantuan teknis untuk program TB Nasional, (Floyd & Pantoja, 2008; Maher, et al., 2007).

Diperkirakan kebutuhan pembiayaan program TB di seluruh dunia untuk 10 tahun ke depan (tahun 2006 – 2015) adalah sebesar US\$ 56 milyar. Terjadi peningkatan pembiayaan tiap tahunnya, dimana tahun 2006 sebesar US\$ 3,50 milyar menjadi US\$ 6,70 milyar di tahun 2015. Hampir sebagian besar dana ini (US\$ 52 milyar) dipakai untuk mengimplementasikan program intervensi TB yang direkomendasikan WHO di tingkat negara, selebihnya, hampir US\$ 3,80 milyar (7 %) dibutuhkan oleh lembaga internasional untuk melakukan bantuan teknis kepada program TB nasional. Biaya terbesar tiap tahunnya (US\$ 3 milyar) dibutuhkan untuk mendiagnosa dan pengobatan kasus TB yang masih sensitif dengan obat TB dalam program DOTS (Floyd & Pantoja, 2008).

TB masih merupakan salah satu masalah kesehatan besar di Indonesia, menempati urutan ketiga setelah China dan India dalam jumlah kasusnya. Insiden TB diprediksi meningkat kira-kira 0,4 % per tahun, dari 8,8 juta kasus di tahun 1995 menjadi 10,2 juta pada tahun 2000, dan 11,9 juta kasus pada tahun 2005. Menurut perkiraan WHO, prevalensi suspek TB di Indonesia sebesar 271 per 100.000 penduduk, dan prevalensi untuk TB BTA positif sekitar 122 per 100.000 penduduk (WHO, 2005). Berdasarkan hasil riskesdas 2007, prevalensi nasional TB paru (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) adalah 0,99 % dan merupakan penyebab kematian kedua pada semua golongan umur setelah stroke.

Di Indonesia, program pencegahan TB telah dimulai setelah Simposium Eradikasi TB yang dilaksanakan di Ciloto pada tahun 1969. Indonesia mengadopsi program DOTS untuk TB seperti yang direkomendasikan oleh WHO. Menurut Basir (2000), pada tahun 1995 program ini telah tumbuh dan berkembang sejalan dengan terbentuknya Gerakan Terpadu Nasional Pemberantasan TB (GERDUNAS TB), (Aditama, 2002). Data WHO selama periode 1997 – 2004 menunjukkan temuan kasus TB telah meningkat secara konsisten, hal ini sejalan dengan peningkatan dalam kapasitas dan teknologi dalam mendeteksi kasus TB. Ada tiga hal yang mempengaruhi epidemiologi TB setelah tahun 1990, yaitu perubahan strategi pengendalian, infeksi HIV, dan pertumbuhan populasi yang cepat (Kartasasmita & Basir, 2008)

Penyakit menular masih menjadi masalah prioritas dalam pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia. Dalam daftar Standard Pelayanan Minimal (SPM) misalnya (SK Menkes No. 1457, 10 Oktober 2003), ada 14 jenis penyakit menular yang dimasukkan ke dalamnya, yang salah satunya adalah TB. Dimana daerah wajib melaksanakannya kecuali terbukti masalah tersebut memang tidak ada di daerah yang bersangkutan (Depkes RI, 2004a).

Anggaran kesehatan di Indonesia relatif kecil bila dibandingkan dengan negara-negara lain, bahkan untuk lingkup Asia Tenggara. Pada masa sebelum krisis rata-rata pembiayaan kesehatan nasional adalah US\$ 12 per kapita per tahun. Pada awal krisis tahun 1999, pembiayaan kesehatan di Indonesia berkisar US\$ 18 per kapita per tahun (Thabrany, 2005). Setelah terjadinya krisis, anggaran kesehatan semakin memburuk. Tahun 2001 alokasi anggaran kesehatan nasional hanya berkisar US\$ 1,50 – 2,50 per kapita per tahun. Padahal WHO mensyaratkan pembiayaan kesehatan yang ideal adalah sekitar US\$ 12 per kapita per tahun (Gani, 2008).

Hasil studi analisis pembiayaan TB yang dilakukan di provinsi Lampung, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Timur, Banten dan tujuh kabupaten pada tahun 2006 mendapatkan kurang dari 0,1 % dari keseluruhan anggaran kesehatan baik tingkat provinsi dan kabupaten yang dipakai untuk program stop TB (Soewondo, dkk., 2006).

Dari studi alokasi anggaran program penanggulangan TB di Kabupaten Bogor mendapatkan hasil bahwa alokasi anggaran program penanggulangan TB tahun 2004 sebesar 0,17 % dari total anggaran kesehatan, atau sekitar 15,5 % dari perhitungan kecukupan anggaran menurut KW-SPM (Kewenangan Wajib – Standar Pelayanan Minimal), (Kustomi, 2005). Hasil penelitian Itdalina (2007), alokasi anggaran program penanggulangan TB di Kabupaten Solok Selatan terdapat *funding gap* yang besar jika dibandingkan dengan perhitungan KW-SPM (Rp.445.544.336) dengan alokasi anggaran yang terealisasi yaitu sebesar Rp. 301.412.462,- dan bila dihitung diluar gaji personil maka selisihnya menjadi lebih besar lagi yaitu Rp.354.339.378,-.

Ada sebanyak 17 provinsi di Indonesia yang mempunyai prevalensi TB paru diatas prevalensi nasional (0,99 %), Provinsi Papua termasuk salah satu diantaranya (Riskesdas, 2007).

Kota Jayapura sebagai ibu kota Provinsi Papua mempunyai cakupan program penanggulangan TB tahun 2006, 2007 dan 2008 yang menunjukkan tren semakin menurun. Hal ini dapat dilihat dari beberapa indikator program seperti *conversion rate* yang berguna untuk mengetahui keberhasilan pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar, pada tahun 2006,2007 dan 2008 berturut-turut adalah 84 %, 84 % dan 66 % (angka minimal yang harus dicapai 80 %). Begitu pula angka *cure rate* yang berguna untuk mengetahui keberhasilan pengobatan, pada tahun 2006,2007 dan 2008 berturut-turut adalah 72 %, 55 % dan 71 % (angka minimal yang harus dicapai 85 %), (Dinkes Kota Jayapura, 2008). Data diatas menunjukkan bahwa program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura belum optimal. Dari hasil wawancara peneliti dengan Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan (PMK) Dinas Kesehatan Kota Jayapura, alokasi dana program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006, 2007, dan 2008 adalah berturut-turut 42 juta rupiah, 56 juta rupiah dan 60 juta rupiah yang bersumber dari APBD Kota Jayapura serta yang bersumber dari lembaga donor Global Fund (GF) tahun 2007 sebesar 65 juta rupiah, tahun 2008 sebesar 70 juta rupiah.

1.2. Perumusan Masalah Penelitian

Masih tingginya prevalensi TB dan cakupan program penanggulangan TB di Kota Jayapura yang belum optimal, seperti *conversion rate* dan *cure rate* serta dalam mencapai target global program TB, maka masalah pembiayaan dan komitmen yang kuat dari pemerintah lokal terhadap program TB perlu diketahui agar dapat mencegah bahaya yang lebih serius lagi yang diakibatkan oleh penyakit TB. Dalam melakukan advokasi pembiayaan untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura dan untuk memahami kompleksitas pembiayaan program TB, maka dibutuhkan informasi tentang pembiayaan

kesehatan dan peta pembiayaannya untuk mendapatkan jumlah dan distribusi anggaran program TB dari berbagai sumber di Kota Jayapura.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapa total pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008 ?
2. Dari mana sumber pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008 ?
3. Dialokasikan untuk apa saja pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008 ?
4. Bagaimana kecukupan alokasi dana yang ada dibandingkan dengan estimasi perhitungan KW-SPM program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008 ?
5. Bagaimana komitmen para pemangku kepentingan (*stakeholder*) terhadap upaya penanggulangan TB di Kota Jayapura ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Umum

Mendapatkan peta pembiayaan dan gambaran kesenjangan sumber pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura dari tahun 2006 – 2008.

1.4.2. Khusus

1. Diketuainya total pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008.
2. Diketuainya sumber pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008.
3. Diketuainya alokasi pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008.

4. Diketuainya kecukupan alokasi dana yang ada dibandingkan dengan estimasi perhitungan KW-SPM program penanggulangan TB di Kota Jayapura tahun 2006 – 2008.
5. Diketuainya komitmen para pemangku kepentingan/*stakeholder* terhadap upaya penanggulangan TB di Kota Jayapura.

1.5. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

1. Dinas Kesehatan Kota Jayapura
 - a. Sebagai bahan referensi untuk perencanaan anggaran program penanggulangan TB di waktu depan
 - b. Sebagai acuan untuk advokasi anggaran program penanggulangan TB kepada para pembuat keputusan anggaran
 - c. Sebagai bahan untuk evaluasi tingkat keberhasilan program penanggulangan TB dan peta pembiayaan
2. Pemerintah dan DPRD Kota Jayapura

Sebagai bahan masukan atau dasar untuk pengalokasian anggaran bagi program penanggulangan TB
3. Pemerhati Masalah TB atau penelitian selanjutnya

Sebagai bahan referensi untuk penelitian pada tempat dan waktu yang lain.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini melakukan analisis pembiayaan program penanggulangan TB tahun 2006 - 2008 dari perspektif pemerintah selaku provider layanan kesehatan. Unit analisis adalah Dinas Kesehatan Kota Jayapura. *Stakeholder* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah para pemangku kepentingan dari unsur

eksekutif dan legislatif, tidak termasuk yang berasal dari lembaga donor. Waktu pelaksanaan penelitian ini yaitu bulan Mei dan Juni 2009.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pembiayaan Kesehatan

Menurut Depkes (2002), pembiayaan kesehatan adalah sekumpulan dana dan penggunaan dana untuk pembiayaan secara langsung dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Menurut *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), pembiayaan kesehatan adalah semua pembiayaan yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan individu yang ditangani oleh tenaga kesehatan profesional dengan mempergunakan alat-alat yang menggunakan teknologi modern, tanpa memperhitungkan pembiayaan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan tradisional dan pelayanan kesehatan masyarakat umum (Ristrini,dkk., 2005).

Dalam Sistem Kesehatan Nasional 2004, pembiayaan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

WHO pada tahun 2003 telah memberi batasan umum sebagai prinsip dasar untuk penetapan definisi pembiayaan kesehatan yaitu semua pembiayaan untuk aktifitas yang mempunyai tujuan meningkatkan derajat kesehatan, baik yang ada di dalam atau luar departemen kesehatan dalam kurun waktu tertentu. Pengeluaran biaya untuk kesehatan ini benar-benar didasarkan pada tujuan peningkatan kesehatan tanpa melihat siapa yang memberikan pelayanan tersebut (bisa profesional dan non profesional, bisa dalam institusi kesehatan maupun non kesehatan), (WHO, 2003).

Pendanaan kesehatan merupakan kunci utama dalam suatu sistem kesehatan di berbagai negara, laporan WHO tahun 2000 menunjukkan bahwa *fairness in health care financing* memiliki korelasi yang kuat terhadap kinerja sistem kesehatan di suatu negara. Salah satu ukuran terpenting dari sistem pendanaan yang adil adalah beban biaya kesehatan dari kantong perorangan tidak memberatkan penduduk. Secara tradisional pendanaan kesehatan di Indonesia

masih bergantung pada mekanisme campuran pendanaan dari sumber anggaran pemerintah dan biaya kantong sendiri (Thabrany, 2005).

Model apapun yang dikembangkan, tujuan akhir sistem pembiayaan adalah (Gani,dkk., 2008b) :

- (i) Meningkatkan pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan
- (ii) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- (iii) Meningkatkan efisiensi pembiayaan kesehatan
- (iv) Meringankan beban finansial masyarakat (rumah tangga) dalam membayar pelayanan kesehatan

2.2. Sumber-sumber Pembiayaan Sektor Kesehatan

Sumber biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yaitu : (Azwar, 1996)

1. Seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah

Beberapa negara menjadikan pembiayaan kesehatan sepenuhnya menjadi tanggungan dari pemerintah. Pada negara seperti ini, tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan dilaksanakan secara cuma-cuma. Contohnya adalah negara Inggris dan beberapa negara *common wealth* lainnya.

2. Sebagian ditanggung oleh Masyarakat

Pada banyak negara, sumber pembiayaan kesehatan selain berasal dari negara juga dari masyarakat. Pada negara seperti ini, masyarakat ikut berperan dalam pembiayaan kesehatan. Baik dalam penyelenggaraan upaya kesehatan maupun pada saat pembayaran dari penggunaan manfaat jasa pelayanan kesehatan. Artinya, masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya. Contohnya adalah Indonesia. Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan sumber utama pembiayaan yang digunakan oleh rumah tangga untuk rawat inap adalah dari kantong sendiri (71,0 %), Askes/Jamsostek (15,6 %), dan Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (14,3 %) sedangkan sumber utama pembiayaan yang digunakan oleh rumah tangga untuk rawat jalan adalah dari kantong sendiri (74,5 %),

Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (10,8 %), dan Askes/Jamsostek (9,8 %), (Risksdas, 2007).

Menurut Gani (2008a), sumber pembiayaan kesehatan khususnya yang berasal dari pemerintah terdiri dari :

1. Pemerintah Pusat ; melalui APBN dan bantuan/pinjaman luar negeri
2. Pemerintah Propinsi ; melalui APBD Propinsi
3. Pemerintah Daerah ; melalui APBD Kabupaten/Kota, penerimaan fungsional seperti dari Dinas Kesehatan, BKKBN, Dinas PMD, dan lain-lain

Masih menurut Gani (1999), biaya kesehatan yang bersumber dari pemerintah dapat dimobilisasi dari (1) penerimaan pajak, baik pajak penjualan maupun pajak pendapatan, (2) cukai, seperti cukai minuman keras dan rokok, (3) keuntungan usaha dari BUMN, (4) asuransi sosial yang bersifat wajib, seperti PT Askes, dan (5) bantuan atau pinjaman luar negeri.

Sedangkan mobilisasi dana dari sumber swasta dapat berasal dari perorangan yang bersifat *out of pocket*, yaitu membayar secara tunai setelah menerima pelayanan kesehatan dan pembiayaan dari korporasi. Pembiayaan dari korporasi dapat berupa (1) asuransi kesehatan komersial, (2) *community financing* seperti dana sehat, (3) investasi swasta dalam pelayanan kesehatan.

Menurut Depkes RI tahun 2004 dalam Konseptual Framework, sumber-sumber biaya kesehatan pemerintah terdiri dari pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah dapat diketahui dari segala bentuk dokumen keuangan negara sesuai dengan sistem penganggaran yang berlaku pada tahun berjalan. Dokumen-dokumen tersebut antara lain :

1. Sumber Pemerintah

- a. Pemerintah pusat : dari dana APBN sektoral atau dana dekonsentrasi
- b. Pemerintah daerah provinsi : dari dana APBD provinsi yang diperbantukan ke kabupaten/kota sesuai dengan kemampuan provinsi.
- c. Badan Usaha Milik Negara (BUMN)
- d. Pemerintah daerah Kabupaten/Kota yang berasal dari berbagai sumber pendapatan Kabupaten/Kota yang sah, antara lain :

A. Pendapatan Asli Daerah (PAD)

- (i) Hasil pajak daerah
- (ii) Hasil retribusi daerah
- (iii) Hasil perusahaan milik daerah dan hasil pengelolaan kekayaan daerah.
- (iv) Lain-lain pendapatan daerah yang sah

B. Dana perimbangan terdiri dari :

- (i) Dana bagian daerah dari penerimaan pajak bumi dan bangunan, bea perolehan hak atas tanah dan bangunan, dan penerimaan dari sumber daya alam.
- (ii) Dana Alokasi Umum (DAU), dana yang berasal dari APBN yang penggunaannya diserahkan kepada daerah, ditujukan untuk pemerataan kemampuan keuangan antar daerah untuk membiayai kebutuhan dan pengeluaran.
- (iii) Dana Alokasi Khusus (DAK), dana yang berasal dari APBN yang dialokasikan untuk kebutuhan khusus daerah dan untuk program yang merupakan komitmen nasional, yang diberikan kepada daerah untuk membantu membiayai kebutuhan tertentu, misalnya pembangunan bidang kesehatan.

2. Sumber masyarakat termasuk swasta

- a. Pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan (pembayaran langsung / *out of pocket*)
- b. Pengeluaran melalui prinsip asuransi
- c. Pengeluaran oleh perusahaan swasta
- d. Pengeluaran oleh badan atau lembaga swadaya masyarakat

2.3. Konsep Biaya

2.3.1. Definisi

Biaya adalah nilai sumber daya yang biasanya dinyatakan dalam nilai moneter (Wonderling, 2005). Menurut Gani (2003) dan Azwar (1996) biaya adalah sumber daya yang sengaja dikorbankan untuk mencapai suatu tujuan yang harus dibayar untuk mendapatkan barang atau jasa, dengan kata lain biaya dapat

dalam bentuk uang, barang, waktu atau kesempatan yang hilang dan bahkan kenyamanan yang terganggu.

2.3.2. Klasifikasi Biaya

Pengklasifikasian biaya secara umum dapat dilakukan atas dasar hubungannya dengan jumlah produksi dan peranannya dalam proses produksi. Menurut Mills dan Gilson (1990), biaya dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

2.3.2.1. Klasifikasi Biaya menurut hubungannya dengan jumlah produksi

- (i) Biaya tetap (*Fixed Cost / FC*) yaitu biaya yang besarnya tidak dipengaruhi oleh besaran jumlah produk/output yang dihasilkan sampai pada skala tertentu. Biaya ini harus tetap dikeluarkan terlepas ada produksi ataupun tidak. Sering disebut sebagai *overhead*. Misalnya biaya investasi gedung, pembelian mesin dan peralatan, serta pendidikan karyawan.
- (ii) Biaya variabel (*Variable Cost / VC*) yaitu biaya yang nilainya dipengaruhi oleh jumlah output yang dihasilkan. Misalnya; biaya obat-obatan, bahan bakar, biaya alat tulis kantor, biaya bahan habis pakai, biaya makan pasien .
- (iii) Biaya semi variabel (*Semivariable Cost / SVC*) yaitu biaya yang relatif tidak berubah walaupun produksi atau output berubah. Biasanya disebut juga sebagai biaya rutin (*recurrent*). Misalnya gaji karyawan.
- (iv) Biaya total (*Total Cost / TC*), yaitu akumulasi dari jumlah biaya tetap, biaya variabel dan biaya semivariabel.

2.3.2.2. Klasifikasi Biaya menurut hubungannya dengan proses produksi

Dalam ekonomi dikenal juga klasifikasi biaya berdasarkan peranannya pada proses produksi atau kemudahannya untuk ditelusuri (*traceability*). Menurut klasifikasi ini dibedakan antara biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tak langsung (*indirect cost*) (Cleverley, 1997). Biaya langsung adalah biaya yang langsung dapat ditelusuri asalnya (*given cost objective*) ke dalam unit organisasi atau perusahaan. Contohnya biaya investasi ruang rawat inap, pembelian obat, alat, biaya gaji dokter dan lain-lain. Sedangkan biaya tak langsung adalah biaya yang tidak dapat ditelusuri secara langsung asal timbul biayanya pada unit

organisasi atau perusahaan. Contohnya biaya tenaga administratif, biaya gaji dan biaya kantor Kepala Dinas Kesehatan, biaya telepon, air, listrik dan sebagainya.

2.3.2.3. Klasifikasi biaya menurut fungsi / kegunaannya

Menurut Gani (2008a), berdasarkan fungsi atau kegunaannya biaya dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- (i) Biaya investasi (*Investment Cost / IC*), yaitu biaya yang kegunaannya lebih dari satu tahun. Biaya investasi ini biasanya berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan infrastruktur fisik dan kapasitas produksi. Di beberapa instansi, penentuan suatu biaya dikategorikan sebagai biaya investasi atau tidak dilakukan dengan melakukan batasan harga (nilai) barang. Misalnya biaya pembangunan gedung, pembelian mesin, pembelian peralatan medis dan non medis, kendaraan, pendidikan karyawan dan lain-lain. Untuk memudahkan penghitungan biaya satuan, dihitung biaya dalam satuan tahun (biaya per tahun) dari barang investasi, yang disebut *Annualized Investment Cost (AIC)*. Rumus perhitungannya sebagai berikut :

$$AIC = \frac{IIC (1 + I)^t}{L}$$

Keterangan :

IC : *Annualized Investment Cost* (Nilai Biaya Investasi Pertahun)

IIC: *Initialized Investment Cost* (Nilai Biaya Investasi total saat pembelian/pembuatan)

I : Besaran Inflasi

t : Tahun masa pakai (tahun keberapa barang tersebut dihitung)

L : *Life time* (Perkiraan lama masa pakai barang tersebut)

- (ii) Biaya operasional (*Operational Cost*) yaitu biaya yang habis dipergunakan dalam satu tahun untuk memfungsikan atau mengoperasikan barang-barang investasi. Misalnya; biaya gaji/upah/ insentif/ biaya personil lainnya, bahan habis pakai, perjalanan, biaya listrik/air/telepon.

(iii) Biaya pemeliharaan (*Maintenance Cost*), yaitu biaya yang harus dikeluarkan untuk memelihara barang investasi agar dapat berfungsi secara optimal. Misalnya biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, mesin dan peralatan lainnya.

Biaya operasional dan pemeliharaan sering disebut juga biaya rutin (*recurrent cost*) karena secara rutin dan berulang-ulang dikeluarkan, sehingga perlu dilakukan perencanaan pembiayaan setiap tahunnya.

2.4. Konsep *National Health Account (NHA)*

National Health Account (NHA) dikembangkan untuk mengetahui besaran biaya kesehatan yang telah dikeluarkan, sumber biaya, jenis kegiatan dan untuk siapa kegiatan dilakukan dan siapa yang mengeluarkan biaya tersebut. Informasi dari NHA berguna bagi penentu kebijakan untuk memantau pola pembiayaan kesehatan sehingga kebijakan kesehatan yang dibuat dapat lebih efektif dan efisien serta dimungkinkannya memobilisasi dana dari sumber-sumber yang potensial untuk dikembangkan dan lebih memihak pada kepentingan masyarakat menurut Andayani, (Thabrany, 2005).

Masih menurut Andayani, peranan NHA dalam penetapan kebijakan kesehatan sebagai upaya perbaikan kinerja sistem kesehatan dan bagaimana data NHA dapat dipergunakan, dapat dijelaskan sebagai berikut : (Thabrany, 2005).

1. Disusunnya NHA adalah untuk mendukung pemerintah dalam penentuan kebijakannya. Maka sangatlah penting untuk memahami mengapa sebuah NHA harus dibuat dan bagaimana data tersebut dapat dipergunakan.
2. Berdasarkan data yang disajikan dalam *health account*, dapat langsung tergambar bagaimana dana dimobilisasi dan dikelola.
3. Gambaran dari matriks data NHA dapat menjawab pertanyaan *who pays and how much is paid for health care*. Hal ini dapat merefleksikan ada atau kurangnya perlindungan terhadap masalah biaya kesehatan, sehingga *fair financing* dapat dicapai.
4. Melalui uraian alokasi *expenditure* dari berbagai *provider* dan faktor produksi dalam sistem kesehatan, maka dapat diketahui '*Siapa yang menyediakan*

goods dan pelayanan kesehatan, dan dari mana sumber biaya yang dipergunakan ?

5. Data NHA menyediakan informasi lengkap tentang apa yang dihasilkan oleh sistem kesehatan dan berapa banyak yang dikeluarkan untuk membiayai berbagai hasil yang berbeda. Hal ini dapat menjawab “*Bagaimana dana kesehatan didistribusikan diantara berbagai pelayanan kesehatan, intervensi dan aktifitas yang dihasilkan sistem kesehatan ?*”

Selanjutnya, dalam struktur kerja NHA dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Dalam struktur NHA terdapat aliran keuangan (*flow of fund, where the money from, where it goes, and how it is used*) dan matriks dari aliran keuangan tersebut benar-benar menjadi pijakan informasi kebijakan.
2. Aliran keuangan NHA tersebut akan lebih bermanfaat dan berhasil bila memenuhi beberapa kriteria. Menurut Poulir dan Hernandez, setidaknya diperlukan enam kriteria penting, yaitu *policy sensitivity, comprehensiveness, consistency, standardization, accuracy* dan *timelines*.
3. Aliran keuangan tersebut menggambarkan fungsi utama dari pembiayaan kesehatan (*health financing*). Aliran keuangan dari sumber pembiayaan dipergunakan untuk mendorong peningkatan status kesehatan, dengan alur bagan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Aliran Keuangan dalam NHA

Sumber : Andayani dalam Thabrany, 2005.

2.4.1. Sumber Biaya Kesehatan (Sources)

Sources adalah sumber keuangan yang ditujukan untuk pembiayaan kegiatan kesehatan. Berdasarkan sumbernya, maka pembiayaan kesehatan dapat

diklasifikasikan sebagai ; (1) pengeluaran pemerintah; baik dari pemerintah pusat, pemerintah propinsi maupun pemerintah kabupaten, (2) pengeluaran dari perusahaan dan pemilik perusahaan, (3) pengeluaran rumah tangga dan (4) sumber lain, yang sifatnya *external sources* seperti pinjaman luar negeri (Depkes RI, 2004; Trisnantoro & Hardianto, 2005)

2.4.2. Pengelola Dana (*Financing Agent*)

Financing agent menggambarkan entitas yang mengumpulkan dan mengkoordinasikan keuangan dari berbagai sumber dalam pembiayaan kesehatan, dan mengalokasikan untuk pembelanjaan dan pembayaran pelayanan kesehatan. Karena itu *financing agent* harus jelas diuraikan dengan mengklasifikasikannya sesuai institusi yang berperan dalam pemeliharaan kesehatan. Klasifikasi pengelola dana program kesehatan mulai dari pusat sampai ke tingkat kabupaten adalah :

1. Departemen Kesehatan Pusat

Merupakan unit kantor pusat yang mengelola manajemen bidang kesehatan dan mengelola keuangan kantor pusat. Sumber pembiayaan yang dikelola dapat berasal dari APBN, PLN dan Hibah

2. Dinas Kesehatan Propinsi

Merupakan satuan kerja daerah di tingkat propinsi yang mengelola manajemen bidang kesehatan dan mengelola keuangan kantor pusat. Sumber pembiayaan yang dikelola dapat berasal dari APBN, Dana Dekonsentrasi, APBD (DAU dan DAK), PLN dan Hibah

2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Merupakan satuan kerja daerah di tingkat Kabupaten/kota yang mengelola manajemen bidang kesehatan, mengelola keuangan kantor pusat. Sumber pembiayaan dapat diperoleh dari APBN, APBD (DAU dan DAK), PLN dan Hibah.

2.4.3. Alokasi Pemanfaatan Biaya (*Uses*)

Menurut Andayani, *uses* merupakan tujuan akhir dari pembiayaan kesehatan, yaitu menjelaskan '*where the money goes and how it is used*'. Klasifikasi dari

fungsi pelayanan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu fungsi pelayanan kesehatan yang bersifat individual (yang dirasakan langsung oleh setiap individu, menyangkut masalah kesehatan pribadi) yang sering disebut sebagai *personal care* dan pelayanan kesehatan yang menyangkut masyarakat luas. Hasilnya tidak langsung dapat dinikmati oleh setiap individu sebagai jasa pelayanan kesehatan yang sering disebut sebagai *public health*, (Thabrany, 2005).

2.5. *Provincial dan District Health Account*

Provincial dan District Health Account adalah suatu bentuk *health account* yang skalanya lebih kecil. Bersifat regional (propinsi atau kabupaten/kota), dengan tetap mengacu pada kaidah NHA. Baik dari sudut batasan *health account*, klasifikasi dan sumber pembiayaan yang diperhitungkan (Depkes RI, 2004)

District Health Account merupakan proses pencatatan yang menghasilkan informasi dan analisis pembiayaan kesehatan pada tingkat kabupaten/kota. Dengan DHA dapat diketahui sumber-sumber pembiayaan kesehatan dari mana saja, berapa besar total pembiayaan kesehatan dan berapa biaya kesehatan per kapita yang tersedia dalam kurun waktu satu tahun. Selanjutnya, untuk melihat bagaimana biaya kesehatan tersebut dipergunakan, meliputi kegiatan apa saja, dan dapat dilihat keseimbangan biaya kesehatan menurut mata anggaran, berapa biaya investasi, operasional dan pemeliharaannya.

Data DHA dapat dipergunakan untuk mengukur adanya kesenjangan pembiayaan yang terjadi di Kabupaten/Kota. Sumber pembiayaan kesehatan yang dialokasikan oleh pemerintah, baik dari pusat, propinsi dan kabupaten. Dapat ditelusuri besaran biayanya yang dipergunakan untuk kegiatan langsung (*direct cost*) maupun kegiatan tidak langsung (*indirect cost*) guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Alokasi pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah saat ini dirasakan masih kurang memadai, sehingga dalam pemanfaatannya harus dilakukan lebih efektif dan efisien, baik pada tingkat pelaksana teknis diberbagai institusi maupun biaya kesehatan pada lintas sektor.

DHA membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan esensial tentang sistem kesehatan berikut :

1. Apakah sistemnya berkeadilan ? Apakah transfer dari pemerintah pusat ke daerah konsisten dengan tujuan pemerataan beban pengeluaran layanan kesehatan diantara populasi ? Apakah masyarakat pada beberapa daerah lebih terbebani dibandingkan dengan masyarakat pada daerah lain? Bersamaan dengan estimasi *income* untuk daerah, *health account* dapat menjawab pertanyaan ini secara langsung.
2. Apakah sistemnya efisien ? Apakah suatu daerah menghasilkan tingkat pelayanan yang sama dibandingkan dengan daerah lain dengan biaya yang lebih rendah ? Apakah daerah menghasilkan jumlah “kesehatan” yang lebih banyak dengan menggunakan pengeluaran yang tertentu. *Health accounts* tidak dapat menjawab pertanyaan “mengapa”, tapi dapat menunjukkan dari mana penyelidikan harus dimulai, khususnya bila disertai dengan informasi ukuran *outcome* (morbiditas dan mortalitas) dan proses pengukuran (seperti jumlah tempat tidur RS, jumlah pegawai kesehatan, jumlah hari rawat pasien).
3. Apa dampak sistem pembiayaan terhadap *outcomes* ? Dikombinasikan dengan data lain, DHA dapat membantu untuk menilai apakah mekanisme pembiayaan menghasilkan : tidak ada efek, atau disparitas atau ketidakadilan di suatu daerah. DHA dapat membantu mengenali cara agar mekanisme pembiayaan dapat mengurangi disparitas atau ketidakadilan tersebut.
4. Bagaimana keberhasilan desentralisasi pembiayaan kesehatan ? Dimana pemerintah pusat telah menyerahkan tanggung jawab dan kewenangan kesehatan kepada pemerintah daerah, bagaimana pola pembiayaan telah dikembangkan ? Apakah perbedaan-perbedaan dalam pembiayaan mempengaruhi perubahan ? DHA, khususnya dalam kaitan dengan waktu, dapat memberikan jawaban secara langsung terhadap pertanyaan ini atau pertanyaan lain yang berhubungan (WHO, 2008).

DHA idealnya dibuat dalam hubungan dengan NHA. Sehingga terjadi efisiensi waktu, pengumpulan data, kerangka kerja, dan estimasi. Jika

pembuatan NHA belum dimulai, maka harus dipertimbangkan untuk membuat keduanya secara bersamaan (WHO, 2008).

Walaupun keberadaan, fokus dan rincian DHA berbeda dengan NHA, namun sangat penting untuk menggunakan suatu kerangka kerja yang konsisten dengan NHA. Definisi, klasifikasi, kriteria inklusi dan eksklusi yang sama dipakai pada seluruh daerah dalam suatu negara. Dalam hal ini, apakah estimasi dibuat berdasarkan "top-down" yaitu berdasarkan estimasi nasional terhadap gambaran daerah atau "bottom-up" yaitu berdasarkan estimasi daerah terhadap gambaran nasional. Bukan hanya hal ini akan menghemat waktu dan upaya dari tim penyusun, juga merupakan suatu cara yang memungkinkan pengalaman suatu daerah untuk diperbandingkan dengan daerah lain dalam suatu negara (WHO, 2008).

Untuk menyusun analisis pembiayaan kesehatan, diperlukan data anggaran kesehatan yang mencakup sumber pembiayaan, agen pembiayaan, alokasi anggaran menurut jenis pelayanan dan fungsi pelayanan, sehingga DHA dapat menggambarkan data anggaran kesehatan secara lengkap, (Akhirani dan Trisnantoro, 2004).

2.6. Program Penanggulangan TB di Indonesia

Program penanggulangan TB paru telah dimulai di Indonesia sejak tahun 1995 dengan menerapkan strategi DOTS sesuai rekomendasi WHO. Kemudian berkembang sejalan dengan pembentukan GERDUNAS TBC, maka Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan target angka kesembuhan minimal 85 % dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan dan penemuan penderita secara bertahap meningkat sehingga pada tahun 2005 dapat mencapai 70 % dari semua penderita baru BTA positif. Strategi DOTS dapat memberi angka kesembuhan yang tinggi dan menurut Bank Dunia merupakan strategi kesehatan yang paling *cost effective* (Depkes, 2007).

Untuk mendukung program penanggulangan TB maka dilaksanakan kegiatan-kegiatan berikut :

- a) Tatalaksana pasien TB

- (i) Penemuan tersangka TB.
 - (ii) Diagnosis.
 - (iii) Pengobatan.
- b) Manajemen Program.
- (i) Perencanaan
 - (ii) Pelaksanaan
 - o Pencatatan dan Pelaporan
 - o Pelatihan
 - o Bimbingan Teknis
 - o Pemantapan mutu laboratorium
 - o Pengelolaan logistic
 - (iii) Pemantauan dan Evaluasi
- c) Kegiatan Penunjang.
- (i) Promosi
 - (ii) Kemitraan
 - (iii) Penelitian
- d) Kolaborasi TB HIV di Indonesia, meliputi :
- (i) Membentuk mekanisme kolaborasi
 - (ii) Menurunkan beban TB pada ODHA dan
 - (iii) Menurunkan beban HIV pada pasien TB. (Depkes, 2007)

2.7. Komitmen Politik Penanggulangan TB

Komitmen pemerintah sangat penting untuk menyukseskan program penanggulangan TB sesuai strategi DOTS yang direkomendasikan oleh WHO. Saat ini telah terjadi pembaharuan komitmen global untuk mengembangkan mutu sistem layanan kesehatan dan perlindungan sosial, dan pengobatan TB dipandang sebagai hak dasar manusia (Raviglione & Uplekar, 2006).

Penanggulangan TB telah menjadi komitmen internasional sebagai salah satu upaya penurunan angka kemiskinan (*poverty reductor*), sebagaimana tercantum dalam tujuan *Millenium Development Goals (MDGs)* yang dijabarkan melalui kegiatan GF-ATM (*Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria*). Sehingga sudah selayaknya Pemerintah Indonesia memasukan TB sebagai

masalah kesehatan prioritas dan mendapatkan alokasi anggaran yang mencukupi (Trisnantoro, 2005).

Adanya jaminan politik untuk menanggulangi TB di suatu negara menjadi hal yang sangat penting. Secara umum komitmen daerah dibangun atas dasar besarnya masalah TB dan pengetahuan yang dimiliki mengenai program penanggulangan TB yang sudah terbukti ampuh. Komitmen ini seyogyanya dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan TB sebagai prioritas penting dalam program kesehatan (Aditama, 2005).

Agar memiliki dampak yang memadai, maka komitmen politik terhadap suatu program / kebijakan harus diterjemahkan dalam tiga hal pokok, yaitu rumusan kebijakan (*policy formulation*), penggerakan sumber daya (*resources mobilization*) dan implementasi program (*program implementation*). Dalam konteks program penanggulangan TB, perlu ada suatu program nasional yang menyeluruh. Sehingga bila dasar-dasar tersebut telah diletakkan, diperlukan pendanaan serta tenaga pelaksana yang handal, untuk dapat mewujudkan program menjadi kegiatan nyata di masyarakat (Trisnantoro, 2005).

Komitmen politik untuk mendukung program penanggulangan TB di Indonesia masih belum tercermin dalam dukungan finansial, dari total pembiayaan TB di tingkat kabupaten, yang bersumber dari kabupaten kurang dari setengahnya (Soewondo,dkk, 2006).

2.8. Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/kota merupakan suatu tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh daerah. Dengan SPM bidang kesehatan, diharapkan pelayanan kesehatan yang paling mendasar dan esensial dapat dipenuhi pada tingkat yang paling minimal yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai-nilai *benchmark* (Depkes, 2004a)

Dalam penetapan SPM mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan, dimana penyusunannya berdasarkan prinsip ;

1. Ditetapkan pada urusan wajib, sehingga SPM merupakan bagian integral dari pembangunan bidang kesehatan.

2. Diberlakukan terhadap seluruh daerah kabupaten/kota. SPM mengharuskan pemberian layanan publik tanpa terkecuali (tidak hanya masyarakat miskin) dalam bentuk jenis, tingkat dan mutu pelayanan esensial dan sangat dibutuhkan masyarakat.
3. Menjamin akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar dengan mutu terjamin dan mempunyai dampak luas kepada masyarakat (*positive health externality*)
4. Merupakan indikator kinerja, bukannya standar teknis, pengelolaannya memakai manajemen profesional sehingga tercapai efisiensi, dan efektifitas penggunaan sumber dana.
5. Bersifat dinamis
6. Ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar.

Penanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM adalah bupati/walikota yang secara operasional dikoordinasikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan pembiayaan pelaksanaannya dibebankan sepenuhnya pada APBD (Depkes, 2004a)

2.9. Analisis Kesenjangan *Funding*

Analisis kesenjangan merupakan salah satu kunci perencanaan strategis. Sangat penting untuk memfokuskan perhatian pada kondisi ideal dan membandingkannya dengan kenyataan saat ini untuk mengidentifikasi adanya kesenjangan. Informasi tentang kondisi saat ini harus memusatkan perhatian pada data internal dan eksternal. Data internal termasuk informasi tentang beroperasinya suatu program dan biayanya. Data eksternal termasuk di dalamnya peraturan yang berlaku saat ini (KW-SPM). Analisis kesenjangan *funding* yang efektif dapat mengidentifikasi berbagai masalah dan menjembatani menuju keberhasilan (Rappaport, 1998).

2.10. Studi Pembiayaan Kesehatan (TB)

Menurut Wagstaff (2004) secara teoritis keterkaitan antara pengeluaran kesehatan pemerintah dan peningkatan hasil (*outcomes*) adalah suatu yang kompleks karena beberapa alasan. Pertama, peningkatan pengeluaran kesehatan

pemerintah dapat menyebabkan penurunan pengeluaran kesehatan sektor swasta, rumah tangga akan mengalihkan dana mereka untuk hal lain karena pemerintah meningkatkan belanjanya untuk kesehatan dasar. Kedua, pengeluaran inkremental kesehatan pemerintah mungkin dipakai secara tidak efektif (misalnya, anggaran dialokasikan pada alat-alat kesehatan yang canggih, atau rumah sakit sub spesialisik yang kecil pengaruhnya terhadap kesehatan masyarakat). Ketiga, walaupun dana tambahan telah dipergunakan secara tepat tapi bila tidak didukung oleh layanan pelengkap lainnya baik dari dalam atau luar sektor kesehatan, maka hanya akan menghasilkan sedikit manfaat bagi kesehatan (misalnya, jalan atau jasa transportasi menuju rumah sakit atau klinik, akses yang mudah terhadap air bersih dan sanitasi), (Gottret, Schieber, 2006).

Menurut Wagstaff dan Claeson (2004), kebijakan dan institusi yang baik merupakan faktor penting yang berpengaruh terhadap dampak dari pengeluaran kesehatan pemerintah terhadap hasil (*outcomes*). Secara khusus, bila kualitas kebijakan dan institusi meningkat maka dampak positif dari pengeluaran kesehatan pemerintah terhadap kematian ibu, gizi buruk pada balita, kematian akibat TB juga meningkat dan signifikan secara statistik (Gottret, Schieber, 2006).

Dalam Gani (2006), hasil analisis tentang pembiayaan kesehatan di Indonesia mendapatkan beberapa permasalahan, yaitu (1) jumlahnya kecil (2) kurangnya biaya untuk program promotif dan preventif, (3) kurang biaya operasional, (4) terlambat realisasi, (5) tidak dikaitkan dengan kinerja, (6) terfragmentasi (7) inefisien. Perencanaan anggaran kesehatan dilakukan secara historikal dan tergantung plafon anggaran yang tidak banyak perubahan setiap tahunnya. Setelah penerapan desentralisasi pada tahun 1999/2000, masalah tersebut diatas tidak banyak perubahan.

Dari studi pembiayaan TB yang di lakukan di 4 provinsi (Lampung, NTB, Kalimantan Timur, Banten) dan 7 kabupaten (Bandar Lampung, Lampung Tengah, Mataram, Lombok Barat, Balikpapan, Kutai Barat, Banten) pada tahun 2006, didapati hasil yang menunjukkan alokasi anggaran untuk kesehatan di tingkat kabupaten 2 % - 8 % dengan rata-rata 4,6 % dan di tingkat provinsi 3,1 %. Pembiayaan untuk program TB rata-rata kurang dari 2 % dari total anggaran kesehatan mereka baik di tingkat provinsi maupun kabupaten, secara keseluruhan

provinsi dan kabupaten hanya memakai kurang 0,1 % anggaran yang mereka miliki untuk program *stop* TB (Soewondo,dkk., 2006).

Pembiayaan operasional program TB saat ini tergantung dari dana yang berasal dari pusat dan donor. Pada tahun 2004, hanya 10 % dari dana operasional TB yang berasal dari kabupaten dan hampir 90 % dari dana tersebut dipakai untuk membayar gaji pegawai (Soewondo.,dkk, 2006).



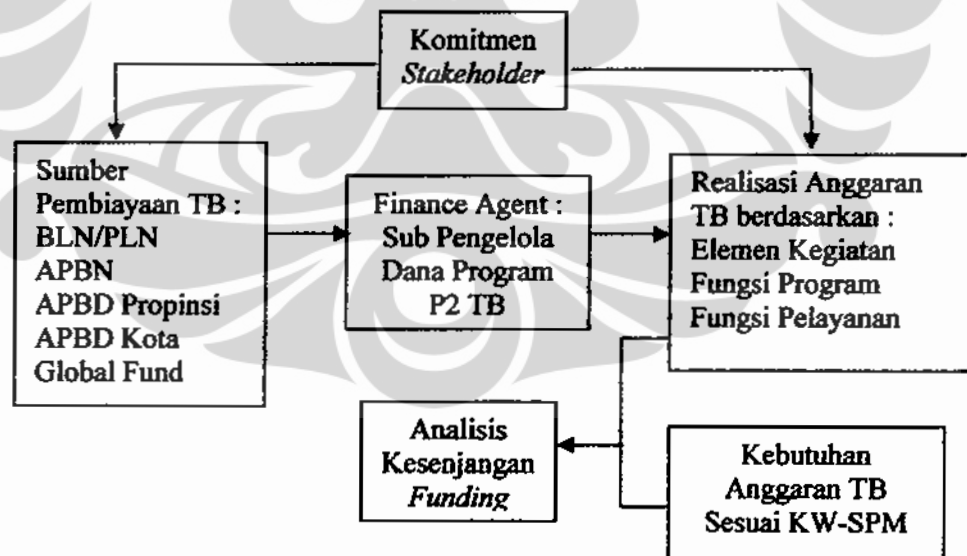
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Pengelola dana (*financing agent*) dalam pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura adalah sub pengelola dana P2TB di Dinas Kesehatan. Dukungan dan komitmen para pemangku kepentingan (*stakeholder*) terkait dengan penganggaran kesehatan, khususnya program TB, dapat terlihat dari besaran biaya yang disediakan dapat mencukupi kebutuhan. Sedangkan adanya perbedaan antara besaran biaya yang terealisasi dengan kebutuhan program menurut standar KW SPM merupakan kesenjangan *funding* (*funding gap*) yang akan dianalisis.

Realisasi anggaran untuk pembiayaan program penanggulangan TB pada tahun 2006 s/d 2008 akan dianalisis berdasarkan sumber pembiayaan, baik yang berasal dari pemerintah maupun donor serta realisasi anggaran menurut elemen kegiatan, fungsi program dan fungsi pelayanan. Secara skematis penelitian ini dapat dinyatakan dalam kerangka konsep berikut.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pembiayaan Penanggulangan TB
Bersumber Pemerintah dan Lembaga Donor

3.2. Definisi Operasional

1. Sumber Pembiayaan TB

Definisi : Semua bentuk pendanaan yang berasal dari pemerintah dan lembaga donor yang mendanai program penanggulangan TB di Kota Jayapura (BLN/PLN, APBN, APBD Propinsi, APBD Kota, Global Fund) pada tahun 2006 - 2008.

Cara Ukur : Menelaah semua dokumen keuangan pada tahun 2006 - 2008 yang berhubungan dengan program penanggulangan TB seperti DIP, DIK, RASK, DASK, DPA, laporan penyerapan dana di Dinas Kesehatan Kota Jayapura.

Alat Ukur : Daftar Isian

Hasil Ukur : Besaran dana menurut sumber pembiayaan pemerintah (BLN/PLN, APBN, APBD Propinsi, APBD Kota) dan Global Fund dalam satuan rupiah.

2. Komitmen Stakeholder

Definisi : Pernyataan para pengambil kebijakan/*stakeholder* tentang keseriusan masalah TB di kota Jayapura dan tertuang dalam dokumen daerah serta diwujudkan dalam bentuk besarnya anggaran program penanggulangan TB di Kota Jayapura yang mencukupi kebutuhan pelaksanaan program TB tahun 2008.

Cara Ukur : Melalui wawancara mendalam dan telaah dukomen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara dan dokumen realisasi APBD.

Hasil Ukur : Pernyataan dukungan stakeholder, adanya dokumen legal daerah dan realisasi dana APBD yang mencukupi sesuai perhitungan KW-SPM tahun 2008.

3. Finance Agent / Pengelola Dana

Definisi : Satuan kerja perangkat daerah tingkat kota yang mengelola dana program penanggulangan TB di Kota Jayapura.

Cara Ukur : Menelaah dokumen pengelola dana TB 2006 - 2008

Hasil Ukur : Nama Finance Agent / Pengelola Dana

4. Realisasi Anggaran TB

- Definisi** : Penggunaan aktual sumber dana untuk kegiatan program penanggulangan TB di Kota Jayapura pada tahun 2006 – 2008
- Cara Ukur** : Menelaah dokumen-dokumen pertanggungjawaban anggaran pada tahun 2006 - 2008 yang ada di dinas kesehatan Kota Jayapura
- Alat Ukur** : Daftar Isian
- Hasil Ukur** : Jumlah uang dalam rupiah

5. Realisasi Anggaran TB Menurut Elemen Kegiatan

- Definisi** : Pengkategorian sumber dana yang dipakai Dinas Kesehatan Kota Jayapura menurut elemen kegiatan untuk program penanggulangan TB berdasarkan dokumen pertanggungjawaban keuangan pada tahun 2006 - 2008.
- Cara Ukur** : Menelaah data dokumen keuangan tahun 2006 - 2008
- Alat Ukur** : Daftar Isian
- Hasil Ukur** : Besaran biaya yang terpakai dalam satuan rupiah untuk penemuan penderita (biaya pemeriksaan dahak, pemeriksaan kontak serumah), pengobatan penderita (biaya pengobatan dan cross check sediaan dahak), pencatatan, pelaporan, monitoring dan evaluasi, penyuluhan, pengelolaan logistik, pelatihan petugas dan gaji.

6. Realisasi Anggaran TB Menurut Fungsi Program

- Definisi** : Pengkategorian sumber dana yang dipakai Dinas Kesehatan Kota Jayapura menurut fungsi program berdasarkan dokumen pertanggungjawaban keuangan pada tahun 2006 - 2008.
- Cara Ukur** : Menelaah data dokumen keuangan tahun 2006 -2008
- Alat Ukur** : Daftar isian
- Hasil Ukur** :Besaran biaya yang terpakai dalam satuan rupiah untuk kegiatan promotif (penyuluhan), preventif (upaya yang

diarahkan pada pencegahan penyakit seperti pelatihan, monev, pencatatan dan pelaporan) atau kuratif (penemuan penderita, pemeriksaan dan cross check sediaan dahak serta pengobatan)

7. Realisasi Anggaran TB Menurut Fungsi Pelayanan

- Definisi** : Pengkategorian sumber dana yang dipakai Dinas Kesehatan Kota Jayapura menurut fungsi pelayanan berdasarkan dokumen pertanggungjawaban keuangan pada tahun 2006 - 2008.
- Cara Ukur** : Menelaah data dokumen keuangan
- Alat Ukur** : Daftar isian
- Hasil Ukur** : Besaran biaya yang terpakai dalam satuan rupiah untuk kegiatan *personal care* (yang dirasakan langsung oleh individu/perorangan) seperti penemuan penderita, pemeriksaan dan cross check sediaan dahak, pengobatan dan pengelolaan logistik. Pelayanan kesehatan yang bersifat *public health* (yang dirasakan masyarakat luas) seperti kegiatan penyuluhan, monev, pencatatan dan pelaporan.

8. Kebutuhan Anggaran Sesuai KW-SPM TB

- Definisi** :Estimasi kebutuhan dana normatif tahun 2008 untuk program penanggulangan TB agar dapat mencapai target sesuai dengan target pencapaian program dalam standar pelayanan minimal.
- Cara Ukur** :Menghitung anggaran normatif berdasarkan kebutuhan anggaran KW-SPM dengan memasukkan asumsi biaya atau harga – harga dan target pencapaian program sesuai dengan target SPM.
- Alat Ukur** : *Software TB Tools WHO* versi Indonesia
- Hasil Ukur** : Estimasi kebutuhan normatif anggaran dalam satuan rupiah

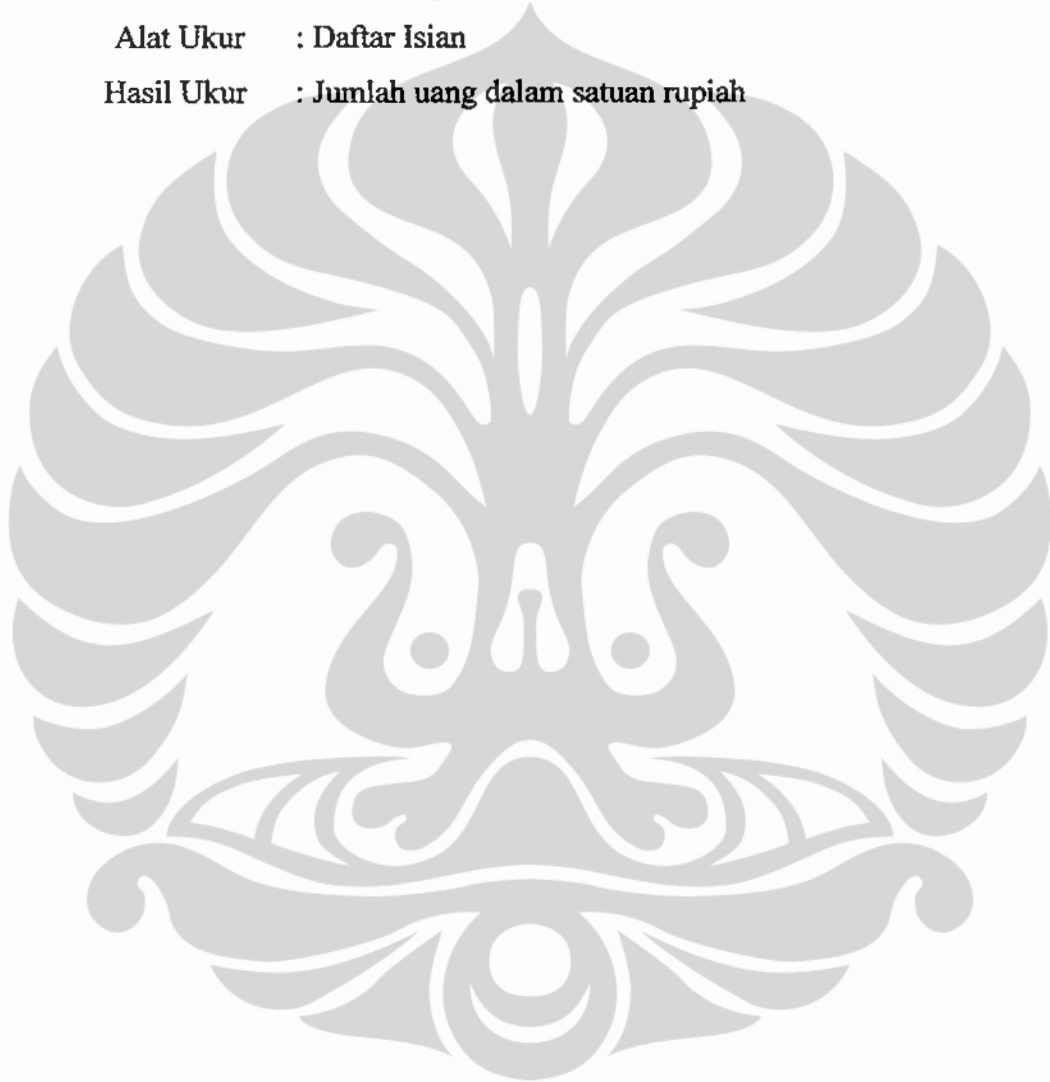
9. Analisis Kesenjangan *Funding* (*Funding Gap Analysis*)

Definisi : Kesenjangan antara pembiayaan kesehatan berdasarkan KW-SPM dengan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB pada tahun 2008.

Cara Ukur : Menghitung selisih antara anggaran normatif untuk program kesehatan yang dihitung berdasarkan kebutuhan anggaran KW-SPM dengan realisasi anggaran pada tahun 2008

Alat Ukur : Daftar Isian

Hasil Ukur : Jumlah uang dalam satuan rupiah



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan operasional riset yang menggunakan data kuantitatif dan kualitatif untuk menggali pembiayaan yang mendukung program penanggulangan TB tahun 2006 - 2008 di Kota Jayapura baik yang bersumber pemerintah maupun dari lembaga donor.

Rincian data pembiayaan untuk program penanggulangan TB diperoleh dari dokumen realisasi keuangan pemerintah yang ada di bidang Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Jayapura dan perwakilan lembaga donor yang ada di Jayapura. Total anggaran di bidang kesehatan didapat dari dokumen DASK, DPA Dinas Kesehatan Kota Jayapura.

Data kualitatif akan dikumpulkan melalui wawancara mendalam terutama tentang persepsi, sikap dan prakteknya di tingkat lapangan. Wawancara mendalam ini bertujuan untuk memperoleh informasi tentang kebijakan, komitmen dan tanggung jawab terhadap program penanggulangan TB, yang menjadi responden adalah :

1. Sektor Kesehatan

Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan, Kasie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit dan wasor TB.

2. Pembuat kebijakan atau pengambil keputusan

Ketua Komisi C DPRD dan Kasubbid Pemerintahan dan Sosial Budaya Kota Jayapura.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini berlokasi di Dinas Kesehatan Kota Jayapura dan instansi terkait lainnya selaku pengambil kebijakan (*policy maker*) dan dilaksanakan pada bulan Mei dan Juni 2009.

4.3. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan merupakan data primer dan data sekunder. Data sekundernya adalah data realisasi anggaran program penanggulangan TB mulai tahun 2006 - 2008 di Dinas Kesehatan Kota Jayapura yang berasal dari Dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK), Daftar Isian Proyek (DIP), Rencana Kerja Anggaran (RKA) dan dokumen keuangan lainnya, seperti Bantuan ataupun Pinjaman Luar Negeri (BLN/PLN) serta lembaga donor lainnya. Data yang didapatkan akan dipilah dan dicatat dalam format isian.

Data primer diperoleh dengan wawancara mendalam dengan informan, yaitu pejabat terkait mengenai komitmennya dalam program dan pengalokasian anggaran program penanggulangan TB. Data ini bertujuan untuk mendukung / sinkronisasi dengan data sekunder.

4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data primer yang dipergunakan adalah format panduan pedoman wawancara mendalam yang akan dilakukan oleh peneliti sendiri. Panduan tersebut berisi pertanyaan yang berkaitan dengan komitmen *stakeholder* dalam pembiayaan kesehatan. Wawancara mendalam dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari *stakeholder* terkait, yaitu Ketua Komisi C DPRD, Kasubbid Pemerintahan dan Sosial Budaya, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan, Kasie Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit dan Wasor TB.

4.5. Teknis Pengumpulan Data

Sebelum pelaksanaan, terlebih dulu dilakukan penyusunan format pedoman pertanyaan wawancara mendalam sesuai dengan informasi yang ingin didapatkan.

Sebagai bahan untuk menyusun pedoman wawancara mendalam adalah data sekunder mengenai kondisi penganggaran program TB tahun 2006 - 2008. Selanjutnya, dari data yang sudah dikumpulkan, dilakukan pengolahan data dengan menggunakan *software* komputer, dengan tahapan sebagai berikut:

1. Menghitung total pembiayaan program penanggulangan TB per tahun, dari tahun 2006 - 2008

2. Mengklasifikasikan pembiayaan program penanggulangan TB berdasarkan sumbernya, yaitu APBD Kabupaten, APBD Propinsi, APBN dan BLN/PLN serta lembaga donor.
3. Mengelompokkan realisasi anggaran penanggulangan TB, berdasarkan elemen kegiatan yang terdiri dari biaya penemuan penderita (mulai pengiriman suspect ke puskesmas, pemeriksaan dahak), pengobatan penderita (pengobatan, *cross check* sediaan dahak, memotivasi PMO, pemeriksaan kontak serumah), pencatatan dan pelaporan, penyuluhan, pengelolaan logistik, pelatihan, gaji, monitoring dan evaluasi.
4. Mengelompokkan realisasi anggaran program penanggulangan TB, menurut fungsi program, yaitu biaya promotif (penyuluhan), preventif (upaya pencegahan penularan seperti pemeriksaan kontak serumah) dan kuratif (pemeriksaan dahak, pengobatan, *cross check* sediaan dahak, dll)
5. Mengelompokkan realisasi anggaran penanggulangan TB berdasarkan fungsi pelayanan, yaitu besaran biaya *personal care* (yang dirasakan langsung oleh individu/perorangan) dan pelayanan kesehatan yang bersifat *public health* (dirasakan oleh masyarakat luas).
6. Menghitung estimasi biaya obat anti tuberkulosis (OAT) dengan menggunakan standar harga sesuai Kepmenkes RI 302/Menkes/SK/III/2008 tentang harga obat generik.
7. Menghitung estimasi gaji pengelola program TB berdasarkan pertimbangan penulis sesuai dengan beban kerja dan tanggung jawab masing-masing petugas di tingkat dinas kesehatan Kota Jayapura yang dikoordinir oleh wasor (pengawas supervisor) TB, yang bertanggung jawab kepada kasie pemberantasan penyakit. Estimasi beban kerja untuk pengelola program tuberkulosis ditingkat Kota adalah :
 - Wasor TB : 20 %
 - Kasie P3 : 10 %
 Sedangkan estimasi beban kerja untuk pelaksana program di tingkat Puskesmas berdasarkan pengamatan dan pengalaman penulis yaitu :
 - Pelaksana program : 40 %
 - Petugas laboratorium : 20 %

- Dokter Puskesmas : 10 %

7. Menghitung estimasi kebutuhan anggaran normatif untuk program penanggulangan TB dengan menggunakan *software TB Tools WHO* versi Indonesia sesuai dengan KW-SPM. Perhitungan kebutuhan anggaran program TB menurut KW-SPM meliputi kegiatan penemuan penderita; terdiri atas pemeriksaan dahak dan pengobatan, cross check sediaan dahak, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi, penyuluhan, pengelolaan logistik dan pelatihan.
8. Menghitung kesenjangan pembiayaan program TB antara pembiayaan normatif (hasil perhitungan KW-SPM) dengan realisasi pembiayaan tahun 2008 yang sesuai dengan dokumen pertanggungjawaban anggaran dengan cara mencari besar selisih diantara keduanya.

Dari hasil perhitungan data sekunder, didapatkan informasi sebagai dasar pembuatan pedoman wawancara untuk memperoleh data primer. Data primer yang berasal dari semua informan yang telah dikumpulkan kemudian dipilah. Untuk mengetahui dukungan dan komitmen *stakeholder* terkait penganggaran program penanggulangan TB di Kota Jayapura. Informasi tersebut dikumpulkan dengan cara ditulis dan direkam dengan *tape recorder*. Hasil catatan dan rekaman yang berhasil dikumpulkan kemudian dicocokkan (*matching*) lalu dibuatkan transkrip dan matriksnya.

4.5. Analisis Data

Data sekunder yang telah diolah, hasilnya dianalisis sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu berdasarkan klasifikasi sumber, elemen kegiatan, fungsi program, fungsi pelayanan dan kecukupannya. Selanjutnya hasil analisis data disajikan dalam bentuk tabulasi, grafik dan tekstular.

Data primer hasil wawancara mendalam, dilakukan *content analysis* dan dianalisis validitas informasinya dengan melakukan triangulasi yang meliputi : sumber, metode dan data. Analisis triangulasi sumber dilakukan terhadap kesesuaian informasi dari sumber/informan yang berbeda. Analisis triangulasi metode dilakukan untuk mendapatkan kesesuaian informasi dari cara pengumpulan data (wawancara). Sedangkan analisis triangulasi data, dengan

mengetahui kesesuaian komitmen yang disampaikan *stakeholder* dengan data sekunder pembiayaan program TB di Kota Jayapura.



BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Kerangka Penyajian

Penyajian hasil penelitian dilakukan dengan menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif sesuai dengan isu ataupun konteks penyajian hasil. Hasil penelitian kuantitatif yang berupa data realisasi anggaran program penanggulangan TB yang diperoleh dari dokumen pertanggungjawaban DASK tahun 2006 dan DPA tahun 2007 – 2008 yang ada pada Dinas Kesehatan Kota Jayapura maupun GF serta dokumen keuangan lain yang berkaitan dengan program penanggulangan TB disajikan dalam bentuk tabulasi, gambar dan narasi. Hasil penelitian kualitatif dari hasil wawancara mendalam dengan para informan disajikan dalam bentuk narasi.

5.2. Karakteristik Informan

Informan dari penentu kebijakan alokasi anggaran dalam penelitian ini terdiri dari Ketua Komisi C DPRD, Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan Kota Jayapura.

Informan dari pelaksana Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura dalam penelitian ini terdiri dari Kasie P2M dan wasor TB.

Dari tabel 5.1 di bawah ini dapat dilihat karakteristik dari informan, baik yang berasal dari penentu kebijakan alokasi anggaran maupun pelaksana kegiatan program penanggulangan TB di tingkat lapangan.

Tabel 5.1. Karakteristik Informan Penelitian

Informan	Umur	Pendidikan	Lama Bekerja
Informan 1*	49 tahun	S-1	4 tahun
Informan 2*	45 tahun	S-2	20 tahun
Informan 3*	55 tahun	S-2	29 tahun

Informan 4*	43 tahun	S-2	21 tahun
Informan 5**	56 tahun	D - 3	31 tahun
Informan 6**	42 tahun	S-1	20 tahun

* Penentu Kebijakan Alokasi Anggaran

** Pelaksana Kegiatan Penanggulangan TB di Lapangan

5.3. Prioritas Pembangunan di Kota Jayapura

Dengan diberlakukannya Undang – Undang No. 21 tahun 2001 tentang Otonomi Khusus (OTSUS) di Papua pada umumnya dan Kota Jayapura pada khususnya, maka ada empat bidang yang menjadi prioritas pembangunan yaitu pendidikan, kesehatan, ekonomi dan infrastruktur. Hal ini terungkap dari pernyataan informan berikut :

" sebenarnya kita harus mandiri apalagi di era otonomi khusus ini dan sektor kesehatan termasuk salah satu amanat yang harus dikerjakan oleh pemerintah daerah untuk kesejahteraan rakyat". Informan 1

" Program kesehatan merupakan program prioritas, dalam undang-undang OTSUS ada 4 aspek yaitu bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi dan infrastruktur". Informan 2

5.4. Gambaran Pembiayaan Program Penanggulangan TB Di Kota Jayapura

5.4.1. Total Pembiayaan Program Penanggulangan TB

Total realisasi anggaran Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura dalam tiga tahun (2006 – 2008) yang berasal dari berbagai sumber tiap tahunnya berkisar antara Rp.653.703.660,- sampai dengan Rp.855.934.865,-. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat data pada table 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.2. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Bersumber APBD Terhadap Pembiayaan P2M dan Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008

No	Tahun Anggaran	Realisasi Dana TB dari berbagai sumber (Rp)	Realisasi Dana TB dari APBD (Rp)	Realisasi Dana Dinkes (Rp)	Realisasi Dana P2M (Rp)	% Dana Program TB dari APBD terhadap Dana P2M	% Dana Program TB dari APBD Terhadap Dana Dinkes
	a	b	c	d	e	f = c/e	g = c/d
1	2006	817,801,320	112.480.740	25,848,035,100	625,000,000	18.0	0.4
2	2007	855,934,865	182.105.000	40,337,209,100	600,000,000	30.4	0.4
3	2008	653,703,660	201.287.060	51,998,609,850	600,000,000	33.5	0.3

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Jayapura (telah diolah kembali)

Proporsi pembiayaan program penanggulangan TB bersumber APBD terhadap total pembiayaan Dinas Kesehatan Kota Jayapura antara tahun 2006 – 2008 menunjukkan tren menurun yaitu 0,4 % menjadi 0,3 % yang mana hal ini diakibatkan oleh alokasi anggaran untuk dinas kesehatan yang naik tidak diikuti kenaikan alokasi dan realisasi anggaran untuk program penanggulangan TB.

Tren total realisasi pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006-2008 dari berbagai sumber dari tahun ke tahun mengalami fluktuasi yang besarnya Rp.817,801,320,- (2006), Rp.855,934,865,- (2007) dan Rp. 653,703,660,- (2008).

Para informan yang dimintai pendapatnya, semua menyatakan bahwa alokasi anggaran program yang bersumber dari APBD Kota Jayapura masih rendah. Namun para informan akan berusaha meningkatkan alokasi anggaran program TB pada tahun berikutnya dan mengefektifkan penggunaannya. Kesimpulan diatas didapat sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

“...Memang jumlah dana yang kita punya terbatas, tapi kita usahakan supaya naik lah tiap tahunnya juga untuk tbc tentunya.....” Informan 1

“ ... Kita berharap pada program-program prioritas ini bisa dipertahankan atau ditingkatkan pembiayaannya , SKPD dengan jumlah uang yang ada bisa lebih efektif “. Informan 2

"... pembiayaannya perlu ditingkatkan seoptimal mungkin, contohnya untuk yang tidak patuh berobat harus dilacak". Informan 3

"Terus terang dari segi pembiayaan kita ee...berupaya terus supaya tiap tahun terjadi peningkatan, tapi ya... terbentur pada alokasi anggaran yang memang diperuntukkan untuk membiayai program tersebut, ...". Informan 4

"Pernah sekali itu kami usul tapi yang dapat tetap segitu-gitu aja dari tahun ke tahun, ya... bikin kami malas tau, yang penting kerja baik dengan apa yang ada aja pak". Informan 5

"Kecil tra (tidak) sesuai, tapi tong tetap jalan, kasihan masyarakat. Bos diatas ngerti kah, kasih naik dana gitu kah". Informan 6

Kebijakan untuk penentuan besarnya alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura terletak pada dinas kesehatan. Kesimpulan ini diperoleh sesuai dengan pernyataan berikut :

"Untuk bidang kesehatan kita tunggu usulan mereka dan kalau mereka punya data dan bisa memberi penjelasan logis, kenapa suatu program dikerjakan, kita pasti mendukung termasuk untuk TB itu". Informan 1

"...Untuk TB itu mereka dinas yang baku atur ke dalam". Informan 2

Begitu juga ketika ada pemotongan anggaran untuk kesehatan, maka dinas kesehatan juga yang mengatur besarnya pemotongan untuk masing-masing program kesehatan secara proporsional termasuk program penanggulangan TB. Hal ini dapat disimpulkan berdasarkan pernyataan berikut :

"Pasti otomatis terpotong juga, mau enggak mau, tiap bidang punya kapling sendiri, maunya mereka proporsional". Informan 3

"Tahun-tahun sebelumnya yang diberlakukan adalah pengurangan secara makro, artinya seluruh kegiatan dikurangi berdasarkan prosentasenya, misalnya pengurangan sebesar 10 % atau 15 % maka seluruh kegiatan dikurangi secara proporsional. Di tahun sebelumnya program TB sendiri tidak dilindungi dari pemotongan anggaran". Informan 4

Sebenarnya ada beberapa upaya yang telah dilakukan oleh pihak dinas kesehatan untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan dan program penanggulangan TB seperti telah melakukan advokasi kepada para pengambil

keputusan anggaran, dan melakukan pendekatan atau lobby kepada kepala daerah.

Kesimpulan ini dirangkum dari pernyataan para informan berikut ini :

“Mengusahakan apa itu.... meningkatkan advokasi dengan pemkot, bappeda, keuangan, dpr melalui hearing,.... Yang lain pendekatan ke pimpinan tertinggi atau walikota”. Informan 3

“Ya itu tadi kita berupaya untuk ee memberikan penjelasan untuk pihak Bappeda dan juga pihak dewan ,....”. informan 4

Kesimpulan diatas diperkuat lagi oleh pernyataan informan dari pelaksana program TB di lapangan yang mengatakan :

“ Kata pimpinan akan terus memperjuangkan dana untuk TBC, tapi realisasinya tetap aja tiap tahunnya, makanya ya itulah target-target kami enggak tercapai”. Informan 5

“Ibu bilang sudah usul, kadin juga dalam rapat sering bilang gitu. Katanya dong mau cari bantuan luar kah. Tapi trada juga sampe hari ini. Tong jalan di tempat, trada perubahan dari tahun ke tahun”. Informan 6

Namun upaya untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan dan program penanggulangan TB masih mempunyai kelemahan dalam ketersediaan data yang valid serta kurangnya koordinasi. Kesimpulan ini dirangkum berdasarkan pernyataan para informan berikut ini :

“Data yang kita minta juga sering tidak lengkap mereka berikan”. Informan 1

“Kalau itu, yang pertama data yang sering tidak lengkap. Kedua, masalah koordinasi, contohnya untuk dana DAK mereka pergi sendiri ke Jakarta tanpa melapor ke kita”. Informan 2

Mekanisme dalam menentukan besaran alokasi anggaran untuk dinas kesehatan mengacu pada pagu dana atau Penetapan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) dari Bappeda dan skala prioritas merupakan dasar pertimbangan dalam penetapan alokasi anggaran menurut ketiga informan. Kesimpulan ini didapat dari rangkuman pernyataan berikut :

“... atas dasar pagu yang telah ditetapkan, lalu dibawa ke forum musrenbang, kemudian atas dasar itu mereka bawa ke rapat dengan kita

di dewan. Dasar kita dewan ya skala prioritas pembangunan...".
Informan 1

"Kita punya pagu untuk masing-masing SKPD berdasar usul masing-masing, kemudian kita kembalikan ke tiap instansi untuk disusun lagi dan dibawakan ke forum musrenbang tingkat kota". Informan 2

"....kita melihat dulu PPAS itu Penetapan Plafon Anggaran Sementara, biasanya itu kita terima dari Bappeda, sebenarnya sudah merupakan jawaban dari usulan masing-masing SKPD, kita tidak terlalu bisa berbuat banyak kalau PPAS menentukan bahwa dana untuk kegiatan misalnya untuk P2M dialokasikan sekian ya... naik turunnya tidak melebihi dari 20% karena ini terkait dengan kegiatan-kegiatan lainnya. Dari alokasi yang kita dapatkan itu kita melakukan rapat dengan seluruh pengelola program P2M, dari situ kita baru menetapkan berapa-berapa yang dialokasikan untuk masing-masing program. Yang paling berperan sebelum menjadi PPAS itu ya usulan kita melalui bagian perencanaan ke Bappeda. dasar membuat usulan adalah kegiatan-kegiatan apa saja yang selama ini kita laksanakan atau wajib dilaksanakan misalnya untuk P2TB". Informan 3

Agar mendapat prioritas dalam penganggaran, pihak DPRD dan Bappeda Kota Jayapura mempunyai pendapat yang sama yaitu tentang data yang valid, informan 1 menambahkan masalah komunikasi juga harus diperbaiki. Kesimpulan ini dirangkum dari pernyataan berikut ini :

" Itu tadi seperti diatas saya sebut pakai aja bahasa yang gampang atau sosialisasi, ditambah lagi datanya harus kuat atau valid ". Informan 1

"Yang tadi itu data harus baik atau valid, ". Informan 2

5.4.2. Pembiayaan Program Penanggulangan TB

5.4.2.1. Berdasarkan Sumber Pembiayaan

Pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006-2008 secara keseluruhan berdasarkan sumber pembiayaannya dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini.

Tabel 5.3. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Sumber Pembiayaan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008

Sumber	Realisasi Anggaran					
	2006		2007		2008	
	Jumlah (Rp)	%	Jumlah (Rp)	%	Jumlah (Rp)	%
APBD Kota diluar gaji staf TB	24,000,000,-	2.9	40,400,000,-	4.7	36,150,000,-	5,5
APBD Kota untuk gaji staf TB	88,480,740,-	10.8	141,705,560,-	16.6	175,137,060,-	26,8
APBD Provinsi	0	0.0	0	0.0	0	0.0
APBN	452,894,580,-	55.4	383,467,305,-	44.8	191,686,600,-	29.3
Global Fund	252,426,000,-	30.9	290,362,000,-	33.9	250,730,000,-	38,4
Total	817,801,320,-	100	855,934,865,-	100	653,703,660,-	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Jayapura (telah diolah kembali)

Dari tabel 5.3 diatas dapat dilihat bahwa sumber pembiayaan untuk Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura yaitu bersumber dari APBD Kota, APBN dan lembaga donor (Global Fund). Sumber utama pembiayaan Program Penanggulangan TB di Kota Jayapura pada tahun 2006 dan 2007 adalah APBN, sedangkan tahun 2008 berasal dari Global Fund yang besarnya berturut-turut Rp.452.894.580,-, Rp.383.467.305,- dan Rp.250.730.000,-. Sementara itu, APBD Kota Jayapura tahun 2006 – 2008 diluar gaji staf yang besarnya berturut-turut Rp.24.000.000,-, Rp.40.400.000,- dan Rp.36.150.000,- hanya memberi kontribusi yang relatif kecil bila dibandingkan dengan yang bersumber dari APBN dan Global Fund.

Peran Pemerintah Kota Jayapura pada tahun 2006 - 2008 dalam pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan yang bersumber dari APBD Kota Jayapura terlihat ada kecendrungan meningkat. Dimana pada tahun 2006 sebesar 13,8 %, tahun 2007 sebesar 21,3 % dan tahun 2008 menjadi 32,3 %, namun bagian terbesar kenaikannya adalah untuk gaji staf program penanggulangan TB. Peran lembaga donor (Global Fund) juga menunjukkan tren yang menaik dari tahun 2006 – 2008 yang besarnya berturut-turut adalah 30,9 %, 33,9 % dan 38,4 %. Hal yang diatas sesuai dengan pernyataan informan penentu

kebijakan anggaran yang mengatakan anggaran kesehatan harus diutamakan sesuai dengan amanat undang – undang OTSUS dan dinas kesehatan harus mengalokasikannya dengan baik, termasuk untuk program penanggulangan TB. Kesimpulan ini dirangkum dari pernyataan berikut :

*” Anggaran kesehatan harus diutamakan, karena menyangkut kepentingan orang banyak, termasuk juga anggaran untuk penyakit TB”
Informan 1*

” Kesehatan itu termasuk prioritas setelah pendidikan seperti sa (saya) bilang tadi amanat OTSUS Papua. Kitong (kita) di Bappeda konsen, tinggal dong (mereka) saja yang atur baik” Informan 2

Adapun faktor – faktor yang menentukan besarnya alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB adalah besarnya masalah dan kemampuan keuangan daerah. Hal ini disimpulkan dari pernyataan para informan berikut ini :

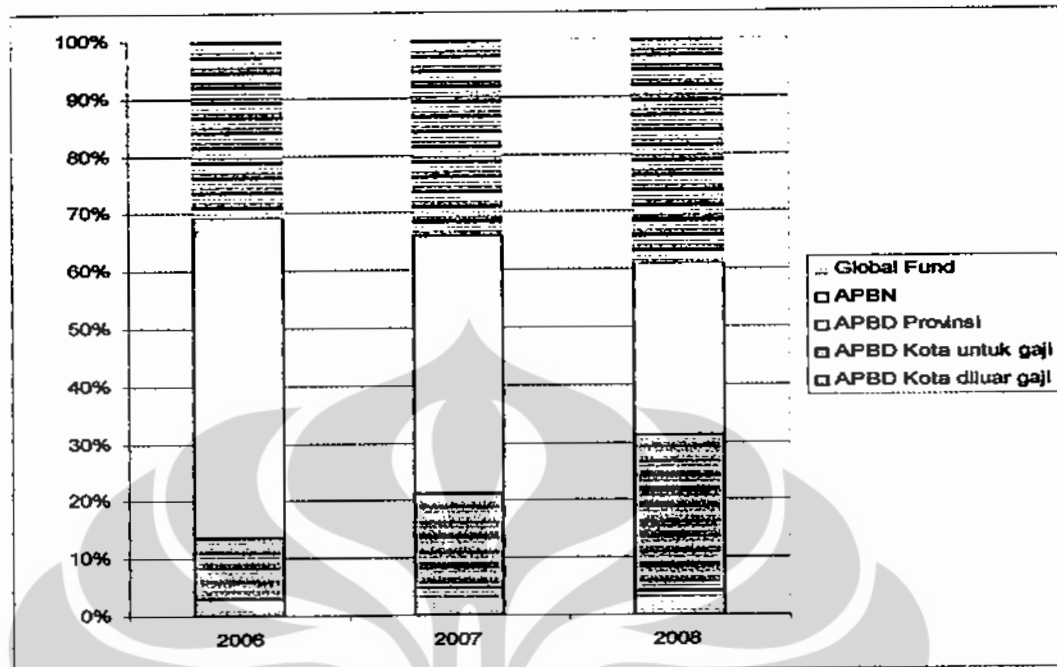
“...lalu seberapa besar jumlah orang yang sudah terserang atau jatuh sakit. Kemudian untuk rakyat atau bukan, dan ingat kita juga punya keterbatasan anggaran OTSUS yang dipakai untuk program atau kegiatan”. Informan 1

“Ya ... pasti kemampuan sumber daya daerah , skala prioritas , visi dan misi pembangunan kota kita toh”. Informan 2

*“Ya.... yang pertama besarnya masalah, kedua keberhasilan program tahun lalu... yang ketiga plafon dana yang didapat dari pemkot,..”
Informan 3*

“ee.. begini yang pertama itu adalah kita melihat dulu PPAS itu Penetapan Plafon Anggaran Sementara,...misalnya untuk P2TB seperti penjangkaran kasus, kemudian pemeriksaan laboratorium , pengawasan terhadap rutinitas mereka minum obat, termasuk monev, supervise dan kelengkapan - kelengkapan yang perlu kita sediakan seperti obat TB, reagen-reagen dsb itu kita rinci dengan basic berapa jumlah kasusnya, ...”. Informan 4

Tren proporsi pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura berdasarkan sumber biaya dapat dilihat pada gambar 5.1 di bawah ini.



Gambar 5.1. Total Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Sumber di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 - 2008

5.4.2.2. Berdasarkan Elemen Kegiatan

Pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura berdasarkan elemen kegiatan yang dibagi dalam 8 bagian yaitu penemuan penderita (mulai pengiriman *suspect* ke puskesmas, pemeriksaan dahak), pengobatan penderita (pengobatan, *cross check* sediaan dahak, memotivasi PMO, pemeriksaan kontak serumah), pencatatan dan pelaporan, penyuluhan, pengelolaan logistik, pelatihan, monitoring dan evaluasi serta gaji dapat dilihat pada tabel 5.4 dibawah ini.

Berdasarkan sumber pembiayaan untuk elemen kegiatan terlihat bahwa pengobatan tiap tahunnya mendapat porsi terbesar, yaitu dari APBN dan Global Fund yang besarnya Rp.473.9714.000,- (57,9 %) pada tahun 2006, Rp.450.929.000,- (52,7 %) tahun 2007 dan Rp.215.992.000,- (33 %) tahun 2008. APBN hanya membiayai pengobatan, sedangkan Global Fund ikut juga membiayai elemen kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dan *cross check* dahak, pencatatan dan pelaporan, pengelolaan logistik, monitoring dan evaluasi.

Anggaran APBD Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006 hanya dialokasikan untuk kegiatan penemuan penderita dan gaji staf program TB yang

totalnya Rp.112.480.000,-. Pada tahun 2007 besarnya Rp.182.105.000,- yang dialokasikan untuk kegiatan penemuan penderita, pengobatan dan gaji staf program TB, sedangkan tahun 2008 yang besarnya Rp.211.287.000,- dialokasikan untuk kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dahak, penyuluhan dan gaji staf program TB.

Menurut keterangan informan, kegiatan yang harus mendapatkan prioritas dalam penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura yaitu meningkatkan penemuan kasus baru, perhatian terhadap PMO menurut informan 5 dan informan 6. Sosialisasi ditambahkan oleh informan 5 dan pelatihan penyegaran petugas menurut informan 6. Hal diatas dirangkum dari pernyataan mereka di bawah ini :

"... seperti penemuan kasus kita yang masih perlu ditingkatkan lagi. Terus itu angka DO pasien TBC juga masih tinggi, itu apa... pengawasan minum obat atau PMO harusnya dipilih yang tanggung jawab. Kampanye bahaya TBC juga sangat perlu sekali". Informan 5

"Target penemuan kasus baru, PMO diperhatikan, insentif perlu kali ditambah itu. Pelatihan petugas lab yang banyak erornya, biar enggak salah kasi obat kategori berapa, penyegaran petugas puskesmas....". Informan 6

Tabel 5.4. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Elemen Kegiatan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008 (Dalam Ribuan Rupiah)

Elemen Kegiatan	REALISASI ANGGARAN													
	TAHUN 2006				TAHUN 2007				TAHUN 2008					
	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL	%	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL	%	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL
a	b	c	d = a+b+c	e	f	g	h	i = f+g+h	j	k	l	m	n = k+l+m	o
1. Penemuan Penderita	24,000		12,384	36,384	4.4		19,060	19,060	2.2	20,000		13,770	33,770	5.2
2. Pemeriksaan dahak dan Cross Check		452,894	54,524	54,524	6.7	4,400	61,544	65,944	7.7	5,000		42,358	47,358	7.2
3. Pengobatan			21,020	473,914	57.9	36,000	383,467	450,929	52.7		191,686	24,306	215,992	33.0
4. Pencatatan dan pelaporan			3,000	3,000	0.4		2,400	2,400	0.3			2,400	2,400	0.4
5. Monitoring & Evaluasi			159,098	159,098	19.5		173,486	173,496	20.3			165,496	165,496	25.3
6. Penyuluhan				-	0.0		-	0	0.0	11,150		-	11,150	1.7
7. Pengelolaan logistik			2,400	2,400	0.3		2,400	2,400	0.3			2,400	2,400	0.4
8. Pelatihan				-	0.0			0	0.0				-	0.0
9. Gaji	88,480			88,480	10.8	141,705		141,705	16.6	175,137			175,137	26.8
Total	112,480	452,894	252,426	817,900	100	182,105	383,467	855,934	100	211,287	191,686	250,730	653,703	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Jayapura (telah diolah kembali)

Dari gambar 5.2 di bawah ini dapat kita lihat tren pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura berdasarkan elemen kegiatan tahun 2006-2008, tidak semua elemen kegiatan dapat dilaksanakan. Elemen kegiatan yang tidak dilaksanakan tersebut adalah pelatihan petugas. Pengobatan penderita TB merupakan bagian yang mendapatkan pembiayaan terbesar, dengan tren menurun.

Dinas Kesehatan Kota Jayapura telah banyak melakukan kegiatan yang berhubungan dengan program penanggulangan TB. Seperti pernyataan kedua informan dibawah ini :

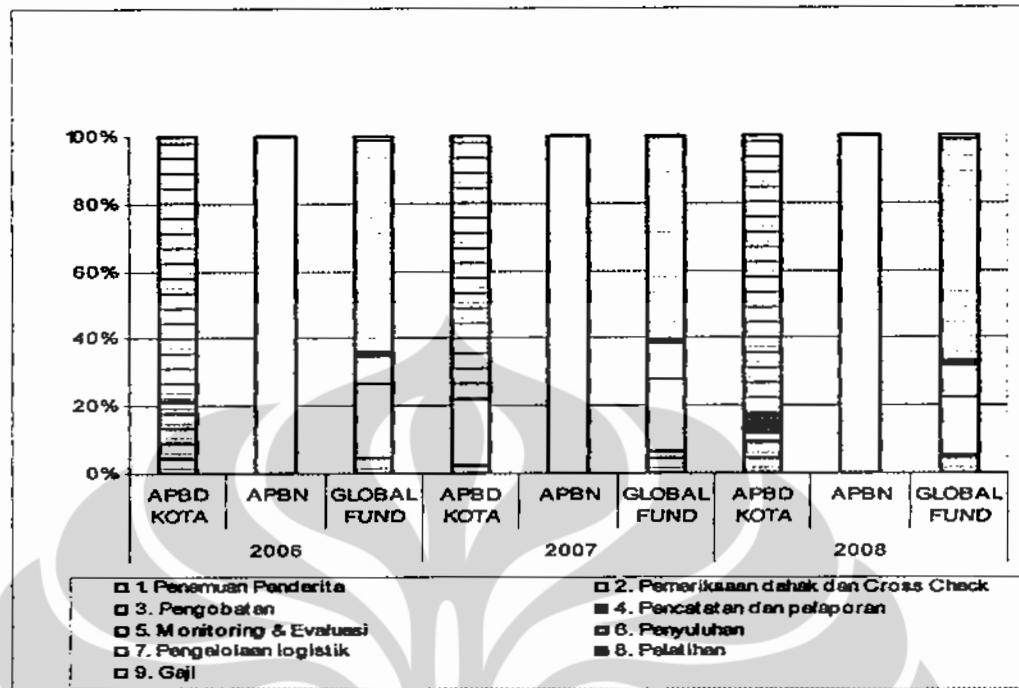
“ Semua kegiatan program sudah kami kerjakan dengan keterbatasan dana, contohnya penemuan kasus, penjarangan suspek, pemeriksaan dahak.... Truss cross check ke labkesda di dok 2, kami turun supervisi juga ke pkm, monev, pelatihan dokter sama orang lab yang didukung global fund, dan lain-lain”. Informan 5

“Tong pu kegiatan yang sudah dikerjakan sebenarnya banyak, ee... itu pengobatan, pemeriksaan dahak, cross check, pelatihan dokter dan petugas lab tahun 2004 dan 2005”.Informan 6

Walaupun banyak kegiatan telah dilaksanakan, namun ada beberapa yang belum dapat dilaksanakan dengan baik. Dari pernyataan kedua informan bahwa kegiatan sosialisasi dan kunjungan rumah penderita TB BTA positif merupakan kegiatan prioritas yang belum dapat dilaksanakan dengan baik. Kesimpulan diatas didapat dari pernyataan mereka di bawah ini :

“Menurut saya sosialisasi, untuk lebih menyadarkan pejabat dan ya pasti masyarakat juga. Kunjungan rumah untuk BTA positif untuk menjaring kontak serumah, kalau di kasi transportnya yang memadai, kawan-kawan di pkm pasti bisa, sama pelatihan PMO ditingkatkan lagi maunya”. Informan 5

“Sosialisasi itu tra punya dana, kunjungan rumah penderita BTA positif untuk jaring kontak serumah”. Informan 6



Gambar 5.2. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Berdasarkan Elemen Kegiatan Tahun 2006 - 2008

5.4.2.3. Berdasarkan Fungsi Program

Realisasi anggaran pembiayaan berdasarkan fungsi program dibagi dalam tiga kelompok yaitu kelompok program promotif (penyuluhan), program preventif (kegiatan-kegiatan upaya pencegahan penyakit) dan program kuratif (penemuan penderita, pemeriksaan dan cross check sediaan dahak serta pengobatan), di samping perhitungan gaji staf program TB. Tabel 5.5 di bawah ini menunjukkan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB berdasarkan fungsi program di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006-2008.

Tabel 5.5. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Program di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008 (Dalam Ribuan Rupiah)

Fungsi Program	REALISASI ANGGARAN														
	TAHUN 2006				TAHUN 2007				TAHUN 2008						
	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL	%	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL	%	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL	%
a	b	c	d=a+b+c	e	f	g	h	i=f+g+h	j	k	l	m	n=k+l+m	o	
1. Biaya Promotif Penyuluhan				0	0,0				0	0,0				11,150	1,7
2. Biaya Preventif Pencatatan dan Pelaporan Monitoring & Evaluasi			3,000	162,098	19,8		2,400	175,896	20,6	11,150		2,400	167,896	25,7	
3. Biaya Kuratif Penemuan Penderita Pemeriksaan dahak & Cross Check Pengobatan Pengelolaan logistik	24,000		159,098	367,222	69,4	4,400	19,060	538,333	62,9	20,000		13,770	299,520	45,8	
4. Gaji	88,480	452,894	21,020	88,480	10,8	36,000	31,482	141,705	16,6	175,137	191,686	2,400	175,137	26,8	
Total	112,480	452,894	252,426	817,800	100	182,105	290,362	855,934	100	211,287	191,686	250,730	653,703	100	

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Jayapura (telah diolah kembali)

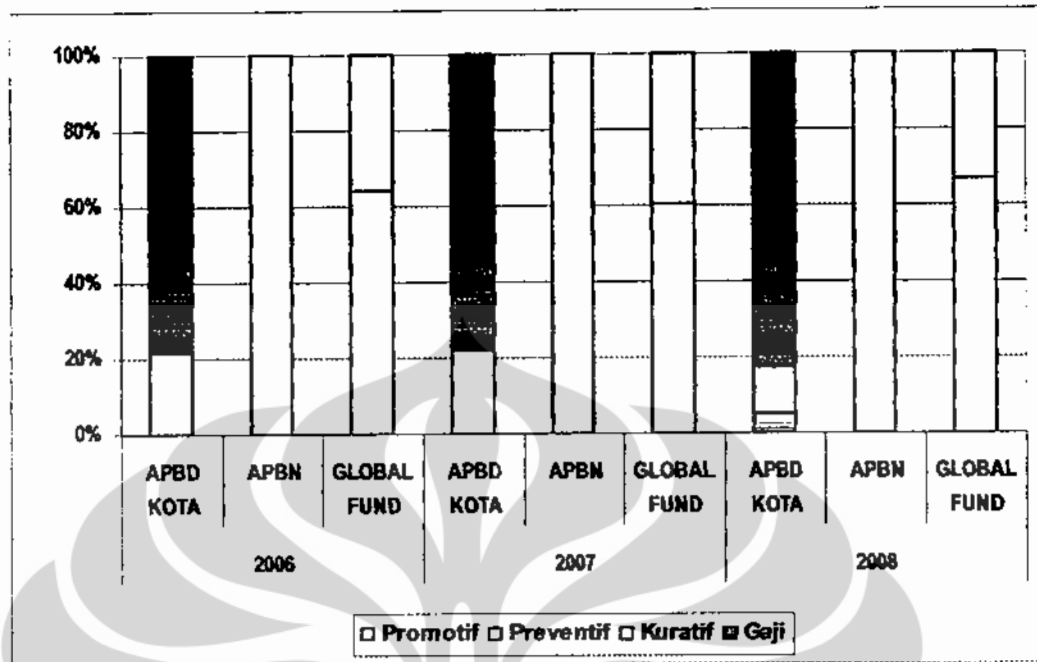
Dari ketiga kelompok fungsi program tersebut dapat dilihat bahwa anggaran untuk kuratif tiap tahunnya merupakan bagian terbesar alokasi anggaran yaitu 45,8 % - 69,4 %. Anggaran kuratif tahun 2006 sebesar Rp.567.222.000,- (69,4 %) menurun menjadi Rp.538.333.000,- (62,9 %) pada tahun 2007 dan menurun lagi menjadi Rp.299.520.000,- (45,8 %) tahun 2008. Alokasi anggaran untuk program promotif hanya ada di tahun 2008 sebesar Rp.11.150.000,- yang bersumber dari APBD Kota Jayapura. Sedangkan alokasi anggaran untuk program preventif tiap tahunnya hanya bersumber dari Global Fund yang proporsinya menunjukkan tren meningkat yaitu tahun 2006 sebesar Rp.162.098.000,- (19,8 %), tahun 2007 Rp.175.896.000,- (20,6 %) dan tahun 2008 besarnya Rp.167.896.000,- (25,7 %).

Menurut keterangan informan, kegiatan prioritas berdasarkan fungsi program yaitu kuratif (penemuan penderita, pengobatan, pemeriksaan dan cross check sediaan dahak), preventif (pelaporan dari puskesmas) dan promotif (penyuluhan atau sosialisasi). Kesimpulan diatas berdasarkan pernyataan kedua informan berikut :

"Kegiatan menemukan pasien itu penting, begitu juga pengobatannya yang sampai tuntas, laporan dari plm ke dinas supaya kita ada data lengkap. Ya yang lain penyuluhanlah....". Informan 5

" Peningkatan penemuan penderita baru, penjarangan suspek, kampanye , sosialisasi kah, pengobatan. Periksa dahak trus cross check, itu perlu untuk kontrol mutu". Informan 6

Dari gambar 5.3 di bawah ini dapat dilihat tren proporsi pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura berdasarkan fungsi program terlihat program preventif dan kuratif yang menurun, sedangkan program promotif meningkat.



Gambar 5.3. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Program di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006-2008

5.4.2.4. Berdasarkan Fungsi Pelayanan

Pembiayaan berdasarkan fungsi pelayanan dalam penelitian ini dibagi dalam dua kelompok yaitu pelayanan *personal care* dan *public health*. Pelayanan *personal care* adalah pelayanan kesehatan yang dapat dirasakan oleh individu secara langsung seperti kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dan *cross check* dahak dan pengelolaan logistik. Pelayanan *public health* adalah pelayanan kesehatan yang manfaatnya dirasakan oleh masyarakat luas, kegiatan yang termasuk di dalamnya adalah penyuluhan, pencatatan dan pelaporan, serta monitoring dan evaluasi. Pembiayaan program penanggulangan TB berdasarkan fungsi pelayanan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006-2008 dapat dilihat pada tabel 5.6 dibawah ini.

Tabel 5.6. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Pelayanan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006 – 2008 (Dalam Ribuan Rupiah)

Fungsi Pelayanan	REALISASI ANGGARAN														
	TAHUN 2006				TAHUN 2007				TAHUN 2008						
	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL d=a+b+c	% e	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL i=f+g+h	% j	APBD KOTA	APBN	GLOBAL FUND	TOTAL n=k+l+m	% o
1. Biaya Public Health Penyuluhan			3,000	162,098	19,8			2,400	175,896	20,6			0	179,046	27,4
Pencatatan dan Pelaporan Monitoring & Evaluasi			159,098				173,496					2,400	165,496		
2. Biaya Personal Care Penemuan Penderita	24,000		12,384	567,222	69,4		19,060	538,333	62,9	20,000		13,770	299,520	45,8	
Pemeriksaan dahak & Cross Check Pengobatan			54,524			4,400	61,544			5,000		42,358			
Pengelolaan logistik		452,894	21,020	88,480	10,8	36,000	383,467	2,400	141,705	16,6	191,686	24,306	175,137	26,8	
3. Gaji	88,480		2,400	817,800	100	182,105	383,467	290,362	855,934	100	211,287	191,686	653,703	100	
Total	112,480	452,894	252,426			182,105	383,467	290,362	855,934	100	211,287	191,686	653,703	100	

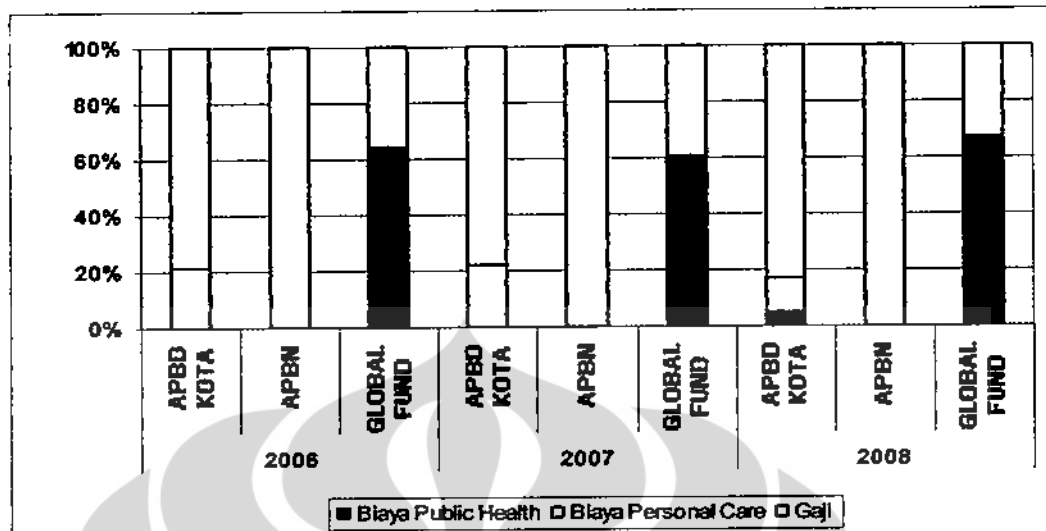
Sumber : Dinas Kesehatan Kota Jayapura (telah diolah kembali)

Setiap tahunnya realisasi pembiayaan program yang bersifat *personal care* lebih besar bila dibandingkan dengan yang bersifat *public health*. Pada tahun 2006 *personal care* realisasi anggarannya Rp.567.222.000,- yang dipergunakan untuk kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dahak dan *cross check* sediaan dahak, pengobatan dan pengelolaan logistik. Pada tahun 2007 dan 2008 realisasi anggarannya semakin menurun menjadi masing-masing Rp.538.333.000,- dan Rp.299.520.000,-. Pembiayaan program yang bersifat *public health* meningkat dari Rp.162.098.000,- pada tahun 2006 naik menjadi Rp.175.896.000,- pada tahun 2007, dan kemudian naik lagi menjadi Rp. 179.046.000,- pada tahun 2008 dimana pembiayaan ini dihitung diluar gaji staf program penanggulangan TB.

Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa kegiatan yang bersifat *personal care* (penemuan penderita, pengobatan, pemeriksaan dan *cross check* sediaan dahak) merupakan kegiatan prioritas begitu juga dengan kegiatan yang bersifat *public health* (penyuluhan, pelaporan puskesmas). Seperti pernyataan informan 5 dan informan 6 pada halaman 49 di atas.

Dari gambar 5.4. dibawah ini, dapat dilihat proporsi pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura berdasarkan fungsi pelayanan. Proporsi pembiayaan *public health*, diluar gaji staf program TB pada tahun 2006 adalah sebesar 19,8 % naik menjadi 20,6 % pada tahun 2007 dan meningkat lagi menjadi 27,4 % pada tahun 2008, sedangkan proporsi pembiayaan *personal care* cenderung menurun yaitu dari 69,4 % pada tahun 2006 menjadi 62,9 % pada tahun 2007 dan 45,8 % pada tahun 2008.

Tren proporsi pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura berdasarkan fungsi pelayanan dapat dilihat dari gambar 5.4 berikut.



Gambar 5.4. Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB Berdasarkan Fungsi Pelayanan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2006-2008

Dari data hasil penelitian didapatkan bahwa realisasi anggaran program penanggulangan TB berdasarkan fungsi pelayanan tahun 2006-2008 dapat dilaksanakan dengan baik.

5.5. Perbandingan Realisasi Anggaran dengan Kebutuhan Biaya berdasarkan perhitungan KW-SPM

Dari hasil perhitungan KW-SPM dalam penelitian ini, mendapatkan anggaran yang dibutuhkan untuk program penanggulangan TB pada tahun 2008 adalah sebesar Rp. 883.107.064,- (untuk rinciannya dapat dilihat pada lampiran). Tabel 5.7 di bawah ini menampilkan perbandingan total realisasi pembiayaan program penanggulangan TB pada tahun 2008 dari berbagai sumber diluar gaji staf TB dengan kebutuhan anggaran berdasarkan perhitungan KW-SPM di Dinas Kesehatan Kota Jayapura.

Sementara itu pelaksana program penanggulangan TB di Kota Jayapura mengatakan tidak tahu dengan pasti besarnya anggaran yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Kesimpulan diatas didapatkan dari pernyataan mereka berikut ini :

“Wah ... besar kalo itu pak, mungkin kira-kira 1 M lebihlah. Dulu waktu kami pelatihan pernah coba dihitung, itu yang saya ingat”. Informan 5

"Pastinya sa tra tau, tapi kata ibu kira-kira 1 M kah. Dong(mereka) yang punya tugas, kita dilapangan, yang penting bergerak sesuai tupoksi toh". Informan 6

Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Bidang Penanggulangan Masalah Kesehatan (PMK) adalah pejabat yang paling berperan dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk masing-masing program di P2M termasuk untuk TB. Kesimpulan ini didapat dari pernyataan mereka seperti berikut :

"Kita dengan masukan dari bidang PMK (bidang Pengendalian Masalah Kesehatan) yang secara teknis tau masalah, misalnya TB sekian, malaria sekian, HIV/AIDS sekian , kami bisa bandingkan dengan kejadian kasus yang ada, sehingga dananya digeser kesana kesini ikut yang ada di lapangan". Informan 3

" ... perlu diketahui bahwa untuk perencanaan anggaran tahun depan, sekarangpun saya sudah mulai ikut ambil bagian disitu, kita naikkan anggaran TB itu hampir mencapai 300 % dari yang sekarang". Informan 4

Sedangkan dari pihak DPRD dan Bappeda Kota Jayapura berperan sebagai mitra, menetapkan pagu dana, menilai layak tidaknya suatu program dibiayai serta mengalokasikan ke berbagai program. Kesimpulan ini dirangkum dari pernyataan berikut :

"Kita di dewan kota khususnya komisi C bermitra dengan instansi di jajaran pemkot Jayapura, untuk bidang kesehatan kita tunggu usulan mereka dan kalau mereka punya data dan bisa memberi penjelasan logis, kenapa suatu program dikerjakan, kita pasti mendukung termasuk untuk TB itu". Informan 1

"O ... itu tiap tahun kita mengeluarkan pagu dana untuk tiap-tiap SKPD, sesuai dengan usulan dinas kesehatan Kalau kurang pas kita akan coret dan kita arahkan". Informan 2

Tabel 5.7. Perbandingan Total Realisasi Pembiayaan Program Penanggulangan TB dengan Estimasi Kebutuhan Anggaran KW-SPM di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2008

Kegiatan Program	Realisasi Anggaran 2008		Estimasi KWSPM	Selisih (Rp)	
	a	b			c
Obat & manajemen obat			218,392,000	118,285,450	(100,106,550)
a. Pengobatan	215,992,000				
b. Pengelolaan Logistik	2,400,000				
Manajemen program			36,170,000	146,597,217	110,427,217
a. Penemuan Penderita	33,770,000				
b. Pencatatan dan Pelaporan	2,400,000				
c. Pelatihan	-				
Laboratorium mikroskopis			47,358,000	84,484,397	37,126,397
a. Periksa Dahak & Cross Check	47,358,000				
Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial			11,150,000	501,500,000	490,350,000
a. Penyuluhan	11,150,000				
Pertemuan Monitoring & Evaluasi			165,496,000	32,240,000	(133,256,000)
a. Monitoring & Evaluasi	165,496,000				
Total	478,566,000	478,566,000	883,107,064	404,541,064	

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Jayapura (telah diolah kembali)

Dari tabel diatas dapat dilihat selisih pembiayaan terbesar terdapat pada kegiatan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial yang besarnya mencapai Rp. 490,350,000,- dan hal yang sama terjadi pada kegiatan manajemen program yang besarnya Rp.110,427,217,-, sedangkan untuk pembiayaan kegiatan obat dan manajemen obat serta monitoring dan evaluasi terjadi kelebihan pembiayaan pada tahun 2008 yang besarnya masing - masing Rp.100,106,550,- dan Rp.133,256,000,-.

5.6. Perencanaan Anggaran pada Dinas Kesehatan Kota Jayapura

Kebijakan perencanaan anggaran di dinas kesehatan selama ini disusun berdasarkan masukan atau usulan program dari puskesmas dan besarnya masalah, namun hal tersebut bertentangan dengan pernyataan dari pelaksana kegiatan yang mengatakan perencanaan anggaran hanya dilakukan oleh orang tertentu saja. Kesimpulan ini didapat dari pernyataan berikut :

"Kita biasanya tiap tahun kumpulan kepala puskesmas untuk raker perencanaan seperti membahas program-program yang harus dikerjakan, misalnya TB, yang harus dilacak berapa". Informan3

“Untuk perencanaan itu, selama ini kami tinggal terima jadi aja, pasrah lah begitu, tapi enggak baiklah diceritakan, bapak kan tahu sendiri semua yang buat pak anu itu”. Informan 5

“Tong (kita) yang di bawah sering terima jadinya aja”. Informan 6

5.7. Komitmen Stakeholder

Sejalan dengan masuknya kesehatan dalam prioritas pembangunan di Kota Jayapura, program penanggulangan TB juga merupakan salah satu program yang dinyatakan sebagai program prioritas dan merupakan masalah kesehatan yang serius seperti dinyatakan oleh para informan berikut ini :

“.....Saya dengar jumlah penderitanya tambah banyak itu, katanya ada hubungan dengan HIV/AIDS. Jadi dinas kesehatan harus lebih perhatian kalau gitu. Itu juga kabarnya kasus HIV/AIDS kita juga tambah parah, maka dari itu kita sering ingatkan dinas kesehatan pada tiap rapat di dewan untuk lebih waspada”. Informan 1.

“...Pak dokter kan lebih tahu untuk Tbc, pasti berbahaya dan harus ditanggulangi dengan baik. Program kesehatan merupakan program prioritas, dalam undang-undang OTSUS...” Informan 2

“Jumlah kasusnya bertambah seiring dengan peningkatan kasus HIV, bukan hanya di Jayapura saja, di tempat lain juga TB HIV jumlah kasusnya meningkat, kita sebenarnya prihatin”. Informan 3

“Jadi begini, pertama kita lihat penemuan penderita baru masih tinggi, yang perlu kita garis bawahi.”Informan 4

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan seperti tertera di bawah ini :

1. Analisis pembiayaan Program Penanggulangan TB hanya menggunakan data pembiayaan yang bersumber dari pemerintah dan lembaga donor sedangkan yang berasal rumah sakit maupun layanan kesehatan swasta belum ikut diperhitungkan.
2. Data pembiayaan Program Penanggulangan TB yang dianalisis hanya yang ada di P2TB saja dan belum termasuk pembiayaan yang berasal dari lintas program yang mempunyai kaitan dengan program TB.
3. Pengarsipan dokumen keuangan dan logistik yang kurang baik di Dinas Kesehatan Kota Jayapura, sehingga peneliti harus mengupayakannya data dari arsip Dinas Kesehatan Provinsi Papua.
4. Estimasi gaji staf program TB berdasarkan penilaian dan pengalaman peneliti yang selama ini bekerja di lokasi penelitian.
5. Perhitungan estimasi harga OAT menggunakan standar harga sesuai Kepmenkes RI 302/Menkes/SK/III/2008 tentang harga obat generik dimana yang baik sebenarnya menggunakan harga pasar lokal, harga di Papua jelas lebih mahal dari harga di Pulau Jawa.
6. Dalam perhitungan costing KW-SPM TB metode yang dipakai adalah ABC (Activity Based Costing) yang dimodifikasi dengan menggunakan beberapa konsep/pemahaman : 1. Beberapa biaya langsung tidak dihitung 2. Depresiasi investasi tidak dihitung. 3. Gaji tidak dihitung.

6.2. Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan TB

Dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/kota dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang paling mendasar dan esensial wajib dilaksanakan oleh pemerintah daerah, termasuk TB dan pembiayaan pelaksanaannya dibebankan sepenuhnya pada APBD

(Depkes,2004a). Dalam Depkes 2002 disebutkan angka kesakitan dan kematian oleh karena TB harus diturunkan dengan cara memutuskan rantai penularannya melalui program penanggulangan TB nasional, yang mana untuk mencapainya dibutuhkan alokasi anggaran yang mencukupi.

Hasil penelitian pembiayaan program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Jayapura mendapatkan hasil bahwa total realisasi pembiayaan dari berbagai sumber pada dari tahun 2006 ke tahun 2007 mengalami peningkatan dan penurunan pada tahun 2008 yang besarnya Rp.817,801,320,- (tahun 2006), Rp.855,934,865,- (tahun 2007) dan Rp. 653,703,660,- (tahun 2008). Terjadi penurunan yang besar pada tahun 2008 karena anggaran yang bersumber dari lembaga donor (Global Fund) maupun APBN yang membiayai komponen obat program menurun.

Hasil diatas sesuai dengan hasil yang didapatkan oleh Soewondo, dkk (2006) pada periode 2004 - 2006 di Kabupaten Kutai Barat dan Kota Balikpapan dimana total pembiayaan program TB dari berbagai sumber juga sangat berfluktuatif, serta ketergantungan pada sumber diluar APBD yang relatif besar. Hal lain yang cukup konsisten adalah sebagian besar dari APBD II digunakan untuk gaji staf, sedangkan manajemen program dan supervisi didapat dari Global Fund (GF), untuk pembiayaan obat TB bersumber dari APBN.

Sumber pembiayaan program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Jayapura didapat dari berbagai sumber yaitu APBD Kota, APBN dan GF. Terlihat dari tabel 5.3. peran Pemerintah Kota Jayapura pada tahun 2006 - 2008 dalam pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan yang bersumber dari APBD Kota Jayapura meningkat. Dimana pada tahun 2006 sebesar 13,7 %, tahun 2007 sebesar 21,3 % dan tahun 2008 menjadi 31,3 %, namun bagian terbesar kenaikannya adalah untuk gaji staf program penanggulangan TB. Hasil diatas sesuai dengan yang didapatkan Itdalina (2007) dalam penelitian di Kabupaten Solok Selatan dengan hasil pembiayaan program penanggulangan TB pada tahun 2004 sebesar 37,47 % kemudian meningkat menjadi 53,99 % pada tahun 2006.

Sesuai dengan amanat undang-undang yang tertuang dalam UU No. 22/1999, UU No.25/1999 dan PP No. 25/2000, telah terjadi perubahan mekanisme

sumber pembiayaan dan struktur pelayanan kesehatan. Desentralisasi mengakibatkan perbedaan antar provinsi dan kabupaten/kota dalam hal status pembiayaan. Hal ini mempengaruhi kemampuan pemerintah daerah dan pusat dalam membiayai pelayanan kesehatan. Di Kota Jayapura terlihat peran atau kemampuannya meningkat dalam hal pembiayaan program penanggulangan TB, walaupun masih relatif kecil.

Demi keberlanjutan program penanggulangan TB di Kota Jayapura, pemerintah seharusnya lekas meningkatkan alokasi dan realisasi anggarannya untuk bisa menggantikan peran sumber lainnya yang selama ini masih sangat dominan, sehingga pada akhirnya nanti semua mampu dibiayai sendiri oleh pemerintah daerah.

Harapan ini sesuai dengan pernyataan salah satu informan penelitian yang merupakan ketua Komisi C DPRD Kota Jayapura yang mengatakan pemerintah harus mandiri dan akan mendukung pembiayaan program-program kesehatan. Tentunya komitmen ini sangat dibutuhkan dalam menjaga *sustainability* program penanggulangan TB dan harusnya diwujudkan dalam bentuk kecukupan alokasi anggaran seperti yang dikatakan oleh Gani (2001) dan Trisnantoro (2005).

Adanya peningkatan realisasi pembiayaan yang bersumber APBD, namun masih sangat kecil perannya dalam mendukung program penanggulangan TB, baik itu dilihat dari elemen kegiatan, fungsi program dan fungsi pelayanan.

Berdasarkan elemen kegiatan realisasi anggaran untuk program penanggulangan TB yang bersumber dari APBD Kota Jayapura hanya dipakai untuk kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dahak, pengobatan dan gaji staf program TB, tidak ada yang dialokasikan untuk cross check sediaan dahak, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi, penyuluhan, pengelolaan logistik dan pelatihan. Tahun 2006 biaya penemuan penderita Rp.24.000.000,-, tahun 2008 besarnya Rp.20.000.000,-, sedangkan tahun 2007 tidak ada yang dialokasikan untuk kegiatan penemuan penderita TB. Walaupun ada pembiayaan untuk beberapa elemen kegiatan, namun porsinya masih sangat kecil.

Bank Dunia menganjurkan biaya untuk penemuan penderita Rp.271,- per kapita pada tahun 2004. Dalam Proyek PHP II tahun 2006, Bank Dunia menetapkan standard biaya penemuan penderita per kapita adalah Rp.319,-

(berdasarkan angka inflasi 8,5 %). Dari realisasi pembiayaan tahun 2006 yang besarnya Rp.36.384.000,- dan jumlah penduduk Kota Jayapura 218.027 jiwa, maka biaya penemuan penderita hanya Rp.167,- per kapita. Jumlah penduduk Kota Jayapura tahun 2007 yang berjumlah 225.331 jiwa dengan realisasi dana penemuan penderita sebesar Rp.19.060.000,- maka biaya per kapitanya hanya Rp.85,- (standar Bank Dunia Rp.346,-). Pada tahun 2008 realisasi dana untuk penemuan penderita TB Rp.33.770.000,- dengan jumlah penduduk 236.456 jiwa, biaya per kapitanya hanya sebesar Rp.143,- (standar Bank Dunia Rp.375,-). Jelas terlihat bahwa biaya penemuan penderita per kapita dari tahun 2006-2008 masih sangat jauh dari standar yang ditetapkan oleh Bank Dunia akan sangat mempengaruhi kinerja program secara keseluruhan, dimana penemuan penderita merupakan kunci awal dan utama dari keberhasilan program serta sangat mempengaruhi capaian indikator keberhasilan program penanggulangan TB yang lainnya.

Hal serupa (terjadi *funding gap* dalam pembiayaan kegiatan penemuan penderita) juga didapatkan oleh Itdalina dalam penelitiannya di Kabupaten Solok Selatan pada tahun 2007 dan Kustomi pada penelitiannya tahun 2005 di Kabupaten Bogor.

Penemuan penderita TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis merupakan cara yang paling *cost effective* menurut Aditama (2005) dan sangat penting untuk memutuskan rantai penularan penyakit sesuai dengan tujuan program penanggulangan TB nasional. Penemuan penderita merupakan salah satu kegiatan prioritas dan sangat penting seperti yang telah disebut oleh beberapa informan dalam penelitian ini.

Berdasarkan fungsi program, yang dalam penelitian ini dibedakan menjadi fungsi promotif, preventif dan kuratif, terlihat bahwa dari total pembiayaan terbanyak ditujukan untuk fungsi kuratif 69,4 % pada tahun 2006 yang kemudian menurun menjadi 62,9 % pada tahun 2007 dan menurun lagi menjadi 45,8 % pada tahun 2008. Penyebab menurunnya anggaran untuk kegiatan kuratif adalah karena alokasi biaya untuk obat anti tuberkulosis (OAT) berkurang karena penemuan penderita juga berkurang. Hal sebaliknya terjadi pada fungsi preventif yang mempunyai tren menaik dari tahun 2006-2008, berturut-turut proporsinya adalah

19,8 %, 20,6 % dan 25,7 %, penyebabnya adalah total pembiayaan TB yang menurun, sementara nilai anggaran absolut untuk preventif relatif tetap. Untuk fungsi promotif baru mendapat porsi pembiayaan pada tahun 2008, sementara pada tahun-tahun sebelumnya tidak ada sama sekali. Walaupun proporsi program preventif meningkat namun besaran absolutnya masih kecil.

Sumber dana yang berasal dari APBD kota belum ada yang dialokasikan untuk program preventif, sebagian besar tiap tahunnya dialokasikan untuk fungsi program kuratif, sedangkan program promotif baru mendapat porsi anggaran pada tahun 2008. Besarnya realisasi dana bersumber APBD Kota untuk program kuratif yang digunakan untuk penemuan penderita dan pemeriksaan dahak dan pengobatan masing-masing adalah Rp.24.000.000,- pada tahun 2006, Rp.40.400.000,- pada tahun 2007 dan Rp.25.000.000 pada tahun 2008. Pembiayaan untuk program promotif (penyuluhan) yang termasuk dalam komponen kegiatan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial, hanya ada pada tahun 2008 sebesar Rp.11.150.000,- sehingga bila dibandingkan dengan hasil perhitungan KW-SPM yang besarnya 501.500.000,- maka terdapat *funding gap* yang sangat besar, yaitu Rp.490.350.000,-.

Realisasi anggaran untuk fungsi program promotif yang kecil ini sesuai dengan hasil studi analisis pembiayaan kesehatan di Indonesia oleh Gani,dkk dalam Gani (2006) dan pernyataan informan penelitian ini, yang mengatakan kegiatan prioritas yang belum baik atau maksimal dilaksanakan yaitu kampanye, penyuluhan atau sosialisasi. Perlu sekali merubah cara pikir dan pandang para pengambil kebijakan alokasi anggaran, agar menyesuaikan dengan paradigma sehat yang lebih mengutamakan kegiatan promotif dan preventif dengan tidak melupakan juga kegiatan kuratif apalagi saat ini menurut Raviglione dan Uplekar (2006), pengobatan TB dipandang sebagai hak dasar manusia.

Departemen Kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004, menyebutkan bahwa selama ini sektor kesehatan belum efektif dalam mengelola sumber dana yang berasal dari pemerintah. Soltan, et al (2008) dalam studi mereka di Republik Moldova mendapatkan hasil bahwa kampanye dengan siaran televisi, radio dan media cetak tentang kewaspadaan akan bahaya TB telah berhasil meningkatkan angka kunjungan pasien dengan gejala TB sebesar 10 %.

Kenyataannya dana pemerintah lebih banyak dialokasikan untuk program kuratif dibandingkan dengan alokasi dana untuk program promotif dan preventif.

Berdasarkan fungsi pelayanan, proporsi pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura diluar perhitungan gaji, maka yang paling besar dialokasikan untuk pengobatan dalam program *personal care* yang berkisar 70 % - 83 %. Pada fungsi pelayanan yang bersifat *public health* sebagian besar alokasi dananya dipakai untuk kegiatan monitoring dan evaluasi yang besarnya 90 % - 98 % dari total pembiayaan untuk fungsi pelayanan yang bersifat *public health*. Hal diatas sesuai dengan temuan Itdalina (2007) di Kabupaten Solok Selatan dimana 39,4 %-58,4 % dana untuk program *personal care* dipakai untuk pengobatan dan 40,6 % - 86,3 % dari total dana *public health* dipergunakan untuk kegiatan monitoring dan evaluasi.

Berdasarkan fungsi pelayanan, dana APBD Kota telah membiayai *personal care* dan *public health*, tapi jumlah masih sangat kecil bila dibandingkan dengan sumber lainnya. Untuk fungsi *personal care* APBD Kota Jayapura telah membiayai kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dahak dan pengobatan, namun dalam jumlah yang kecil dan belum ada pembiayaan untuk kegiatan pengelolaan logistik. Untuk fungsi *public health*, dana APBD Kota hanya membiayai kegiatan penyuluhan dan tidak mengalokasikan dana untuk kegiatan monitoring dan evaluasi.

Hal tersebut diatas bertentangan dengan paradigma sehat dari departemen kesehatan dalam SKN (2004) yang menyatakan upaya kesehatan yang bersifat *public health* harus lebih diutamakan. Dalam perjalanan pembangunan kesehatan ke depan, pemerintah harus memberi penekanan yang lebih besar pada upaya yang bersifat *public health* untuk mencegah munculnya masalah kesehatan masyarakat yang lebih parah lagi.

Sekitar 77 % - 82 % realisasi anggaran program penanggulangan TB yang bersumber dari APBD Kota Jayapura dipergunakan untuk membayar gaji staf program TB. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian pembiayaan TB di berbagai kabupaten/kota pada empat provinsi oleh Soewondo, dkk (2006), dimana anggaran program penanggulangan TB yang bersumber dari APBD yang dipakai untuk membayar gaji staf program TB di Kabupaten Kutai Barat sekitar 70 %, di

Kota Balik Papan dan Bandar Lampung sekitar 85 %, di Kabupaten Pandeglang sekitar 89 %, yang paling besar yaitu di Kabupaten Lampung Tengah dan Kota Mataram sekitar 94 %.

Sumber pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura yang berasal dari pusat atau APBN yang dipergunakan untuk biaya OAT program TB cenderung menurun yaitu 55,4 % pada tahun 2006, 44,8 % pada tahun 2007 dan 29,8 % pada tahun 2009. Penurunan tersebut diakibatkan oleh penemuan penderita baru yang turun yang menyebabkan permintaan akan obat turun juga.

Hal di atas sesuai dengan hasil penelitian Soewondo, dkk (2006) di Kota Mataram alokasi anggaran bersumber APBN untuk program penanggulangan TB juga cenderung menurun tiap tahunnya, dari 27,4 % pada tahun 2004, 3,0 % pada tahun 2005 dan menjadi 2,1 % pada tahun 2006.

Peran bantuan lembaga donor dalam pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura yang dalam hal ini GF terlihat naik dalam proporsinya dari tahun 2006 – 2008 yang besarnya berturut-turut adalah 30,9 %, 33,9 % dan 39 % namun dalam nilai absolute realisasinya sebenarnya menurun bila dibandingkan tahun 2006 yang besarnya Rp.252.426.000 menjadi Rp. 250.730.000 pada tahun 2008, walaupun dalam jumlah yang kecil. Bantuan dari GF dipergunakan untuk membiayai kegiatan penemuan penderita, pemeriksaan dahak, pencatatan dan pelaporan, pengelolaan logistik, monitoring dan evaluasi. Peran dari GF sebenarnya begitu vital untuk keberhasilan program disamping penyediaan OAT dan logistic program yang disediakan melalui dana APBN, yang mana dalam hal ini perlu diantisipasi oleh pemerintah daerah bila suatu saat nanti GF menghentikan bantuannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Soewondo, dkk (2006) di Kabupaten Lombok Barat yang mendapatkan proporsi anggaran program TB yang bersumber GF adalah 30,2 % di tahun 2004, 38,7 % di tahun 2005 dan 29,2 % di tahun 2006. Begitu juga hasil penelitian Itdalina (2007) di Kabupaten Solok Selatan mendapatkan hasil kontribusi Bantuan Luar Negeri (BLN) sebesar 42,6 % di tahun 2004 dan 26,9 % di tahun 2006. Hal yang berbeda didapatkan oleh Kustomi (2005) dalam penelitian pembiayaan TB di Kabupaten Bogor ternyata kontribusi BLN sangat dominan yaitu 69,9 %.

6.3 Analisis Ketersediaan Anggaran dan Sarana Pendukung

Sumber dana untuk semua kegiatan operasional termasuk untuk program TB di Kota Jayapura masih sangat kecil bersumber dari APBD, berasal dari dana OTSUS Papua, setiap tahun terlambat realisasinya seperti yang diutarakan oleh salah satu informan dalam penelitian ini. Keterlambatan ini tentu akan mempengaruhi pelaksanaan program TB dan perlu dipikirkan solusinya. Hal diatas sesuai dengan temuan studi pembiayaan kesehatan di Indonesia oleh Ascobat Gani, dkk dalam Gani (2006).

Pemenuhan kebutuhan OAT dan logistik laboratorium selama ini masih mengandalkan yang berasal dari APBN dan GF. Dengan penerapan strategi DOTS yang terbukti paling *cost effective* menurut Bank Dunia dalam program penanggulangan TB, maka ketersediaan OAT sebagai salah satu komponen pentingnya, perlu terus dijamin agar tidak putus dan ini harus menjadi perhatian dan tanggung jawab pemerintah daerah. WHO dalam *World Health Report 2000* menyatakan beberapa kriteria program yang perlu dibiayai dengan dana publik seperti : mempunyai eksternalitas besar, *cost effective*, ada *demand* di masyarakat. Program TB dengan strategi DOTS-nya telah memenuhi kriteria tersebut, sehingga sudah selayaknya dibiayai oleh APBN maupun APBD.

Hasil wawancara dengan para pengambil kebijakan anggaran, mereka mengatakan mempunyai komitmen dalam mendukung program penanggulangan TB. Adanya komitmen ini membuka peluang bagi program penanggulangan TB untuk mendapatkan alokasi anggaran yang bersumber dari APBD dan dapat menjadi mandiri dalam hal pembiayaan. Namun pernyataan komitmen tersebut belum tercermin dari alokasi anggaran program penanggulangan TB yang selama ini telah berjalan, hal yang sama didapatkan oleh Soewondo, dkk, (2006). Begitu pula bila terjadi pemotongan anggaran maka alokasi anggaran untuk TB ikut dipotong juga. Menurut Aditama (2005), setelah komitmen terbangun perlu ditindaklanjuti dengan dukungan dana agar suatu program menjadi kegiatan yang nyata di masyarakat.

Salah satu strategi DOTS yang penting dan harus mendapat prioritas yaitu penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak mikroskopis, dimana hal ini

sesuai dengan pernyataan informan yang merupakan pelaksana program di lapangan. Di Kota Jayapura penemuan penderita TB merupakan salah satu prioritas program yang harus ditingkatkan. Terutama penemuan penderita secara aktif melalui kunjungan rumah untuk mencari kontak serumah dengan penderita BTA positif. Untuk melakukan pemeriksaan mikroskopis perlu didukung dengan petugas laboratorium yang handal dengan *error rate* yang rendah sehingga diusulkan melakukan pelatihan penyegaran bagi petugas yang masih tinggi *error rate*-nya, begitu juga dukungan sarana dan prasarana lainnya. Kota Jayapura memiliki sembilan buah puskesmas yang sudah dapat melakukan pemeriksaan mikroskopis sendiri oleh petugas terlatih dengan *error rate* rata-rata di bawah 5 %, walaupun ada dua puskesmas masih di atas 5 % *error rate*-nya yang membutuhkan pelatihan penyegaran seperti dikatakan salah satu informan. Masing – masing puskesmas telah memiliki 2 buah mikroskop binokuler yang merupakan standar pemeriksaan sediaan dahak untuk pemeriksaan BTA. Sementara regensia pemeriksaan BTA masih bersumber dari APBN, pemerintah daerah harus dapat menjamin agar selalu tersedia dalam jumlah yang mencukupi.

6.4. Analisis *Funding Gap* Pembiayaan Program Penanggulangan TB dengan Perhitungan KW-SPM

Dinas Kesehatan Kota Jayapura belum menggunakan perhitungan pembiayaan TB berdasarkan KW-SPM dalam menghitung kebutuhan pembiayaan, selama ini hanya menggunakan pengalaman tahun sebelumnya atau *historical budget*. SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota merupakan suatu tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh daerah. Dengan SPM bidang kesehatan, diharapkan pelayanan kesehatan yang paling mendasar dan esensial dapat dipenuhi pada tingkat yang paling minimal (Depkes,2004a), TB termasuk salah satu pelayanan esensial, jadi seharusnya Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahu persis berapa dana yang dibutuhkan dan berupaya memenuhinya dan bukannya seperti yang diungkapkan oleh informan dalam penelitian ini yang mengatakan tidak tahu berapa besar kebutuhan dana.

Analisis realisasi pembiayaan program penanggulangan TB di Kota Jayapura yang berasal dari berbagai sumber pada tahun 2008 adalah

Rp.642,553,660,- termasuk gaji. Jika gaji tidak ikut diperhitungkan, maka totalnya adalah Rp. 478,566,000,- . Bila kita hitung dengan dengan metode perhitungan KW-SPM maka didapatkan estimasi kebutuhan anggaran sebesar Rp. 883.107.064,- angka ini tentunya masih sangat besar perbedaannya, sehingga belum dapat dikatakan sesuai ataupun cukup. Perhitungan estimasi kebutuhan anggaran ini belum termasuk komponen gaji staf program TB, biaya penyusutan investasi dan biaya administrasi lainnya. Jika dibandingkan dengan total realisasi pembiayaan TB di Kota Jayapura yang berasal dari berbagai sumber, maka terdapat *funding gap* yang sangat besar yaitu sebesar Rp.404.541.064,-. Sehingga sangat wajar bila pencapaian target program belum tercapai karena realisasi anggaran selama ini hanya lebih kurang setengah dari kebutuhan yang seharusnya disediakan oleh pemerintah daerah.

Menurut Rappaport (1998), analisis kesenjangan *funding* yang efektif dapat mengidentifikasi berbagai masalah dan menjembatani menuju keberhasilan. Analisis kesenjangan merupakan salah satu kunci perencanaan strategis.

Hal diatas terjadi karena dalam proses perencanaannya, Dinas Kesehatan Kota Jayapura hanya berdasarkan perkiraan besarnya masalah dan *historical budget* serta tidak melibatkan orang paham atau berkompeten ditambah lagi program TB harus bersaing dengan program lain untuk mendapat alokasi anggaran yang menuntut pembagian secara proporsional, dan juga kurangnya advokasi, kesimpulan diatas diperoleh berdasarkan pernyataan dari informan penelitian.

Sesuai dengan Gani (2006), yang mengatakan pembiayaan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kemampuan dalam hal perencanaan dan advokasi pihak dinas kesehatan kepada tim anggaran.

Dukungan data yang akurat sebagai bukti besarnya masalah TB sangat diperlukan untuk menyakinkan para penentu anggaran seperti yang disampaikan oleh informan.

6.5. Analisis Komitmen dan Peran Penentu Kebijakan Alokasi Anggaran Dalam Pembiayaan Program Penanggulangan TB.

TB merupakan salah satu masalah kesehatan yang mendapat prioritas di Kota Jayapura, sebagaimana ada tertuang dalam visi misi Kota Jayapura dan yang dijabarkan dalam visi misinya Dinas Kesehatan Kota Jayapura seperti yang disampaikan para informan dalam wawancara mendalam baik dari unsur legislatif dan eksekutif. Mereka semua menganggap serius permasalahan TB di Kota Jayapura.

Keseriusan yang disampaikan belum diwujudkan dalam kenyataan yang telah berlangsung selama ini, walaupun realisasi dana untuk program TB yang bersumber APBD proporsinya cenderung meningkat pada tahun 2006 (13,7 %), tahun 2007 (21,3 %) dan tahun 2008 (32,3 %), namun yang meningkat adalah pembiayaan untuk gaji sedangkan yang diperuntukkan bagi operasional kegiatan masih jauh dari kebutuhan anggaran normatif berdasarkan perhitungan KW SPM. Begitu juga pada saat terjadi pemotongan anggaran, maka anggaran TB juga ikut dipotong.

Menurut Wagstaff dan Claeson (2004), bila kualitas kebijakan dan institusi meningkat maka dampak positif dari pengeluaran kesehatan pemerintah terhadap kematian ibu, gizi buruk pada balita, kematian akibat TB juga meningkat dan signifikan secara statistik (Gottret & Schieber, 2006). Gani (2001) berpendapat, rendahnya biaya kesehatan yang bersumber dari pemerintah menunjukkan bahwa sebenarnya komitmen pemerintah terhadap kesehatan hanya merupakan pernyataan kebijakan yang belum diterjemahkan dalam bentuk komitmen anggaran. Tanpa komitmen yang nyata untuk membiayai kesehatan, maka sulit mengharapkan adanya perubahan berarti dalam pembiayaan program penanggulangan TB dan ini merupakan suatu tantangan di era desentralisasi saat ini. Menurut Trisnantoro (2005), agar memiliki dampak yang memadai, maka komitmen politik terhadap suatu program / kebijakan harus diterjemahkan dalam tiga hal pokok, yaitu rumusan kebijakan (*policy formulation*), penggerakan sumber daya (*resources mobilization*) dan implementasi program (*program implementation*). Para informan dalam penelitian ini mengatakan alokasi anggaran TB belum mencukupi dan akan berusaha meningkatkannya pada tahun-tahun berikut.

Kebijakan pengalokasian anggaran untuk program TB di Kota Jayapura ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Seperti yang dikatakan informan bahwa tim anggaran menetapkan pagu dana dan dinas kesehatanlah yang mengatur ke dalam karena lebih mengetahui secara teknis.

Peningkatan kemampuan dalam advokasi dan *lobbying* baik kepada kepala daerah, eksekutif lain maupun pihak legislatif dengan dukungan data yang valid akan sangat membantu untuk meningkatkan alokasi anggaran untuk TB. Program penanggulangan TB yang mempunyai *positive externality* yang besar, sangat perlu disosialisasikan dengan memakai istilah yang mudah dimengerti kepada para pemangku kepentingan yang diharapkan akan memunculkan komitmen yang tinggi. Perumusan kebijakan dalam bentuk dokumen legal bagi program penanggulangan TB di Kota Jayapura sangat penting diwujudkan untuk menghindari perubahan politik (pergantian kepala daerah) yang cepat, dimana akan terjadi perubahan komitmen dan skala prioritas sesuai dengan kepentingan politiknya masing-masing, sehingga program penanggulangan TB tetap terjaga *sustainability* - nya.

6.6. Analisis Perencanaan dan Implementasi Kegiatan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura.

Mekanisme perencanaan di Dinas Kesehatan Kota Jayapura selama ini belum berjalan baik karena didominasi oleh sebagian kecil pegawai dan tidak menguasai program TB seperti dikatakan oleh salah satu informan pelaksana kegiatan dan bertentangan dengan yang disampaikan oleh informan penentu kebijakan yang mengatakan perencanaan disusun oleh puskesmas yang terdiri dari perencanaan kegiatan dan anggaran yang kemudian digabung menjadi rencana kerja tahunan. Perencanaan program penanggulangan TB di Jayapura belum menggunakan tehnik penyusunan anggaran berbasis kinerja sesuai SK Mendagri No.29/2002 yang sudah diintegrasikan dalam modul Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT). Peran perencanaan yang baik sangat penting dalam mengalokasikan anggaran TB yang sesuai kebutuhan.

Perencanaan program penanggulangan TB masih mengandalkan cara *historical budget*, karena pagu dana yang berasal dari tim anggaran juga

demikian, pagu dana yang ada itu kemudian dibagi secara proporsional kepada masing-masing pengelola program, seperti yang disampaikan informan 3 dan informan 4. Hal diatas sesuai dengan hasil studi Gani, dkk dalam Gani (2006).

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan dalam penelitian ini dengan informan pelaksana program mengatakan bahwa program TB belum menjadi program prioritas karena alokasi dana yang masih kecil dari APBD, begitu juga bila terjadi pemotongan anggaran maka anggaran program penanggulangan TB termasuk juga yang dipotong menurut informan lainnya.

Mekanisme perencanaan yang berdasarkan *historical budget*, belum dianggap program yang harus dilindungi, belum didukung oleh data yang valid, sosialisasi dan advokasi kepada *stakeholder* yang sangat kurang sehingga mengakibatkan masih belum mencukupinya alokasi anggaran untuk program TB dan masih ada beberapa kegiatan prioritas yang belum dapat dilaksanakan dengan baik.

Hampir seluruh kegiatan program penanggulangan TB sudah dilaksanakan di Kota Jayapura seperti penemuan penderita, pemeriksaan dahak dan *cross check*, monitoring dan evaluasi, supervisi, pencatatan pelaporan, dan kegiatan penyuluhan baru ada di tahun 2008. Kegiatan pelatihan petugas belum pernah lagi dilaksanakan lagi dalam tiga tahun terakhir ini. Hal tersebut seperti dikatakan oleh pengelola program penanggulangan TB Dinas Kesehatan Kota Jayapura.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis pembiayaan program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006-2008 ini dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Total realisasi pembiayaan program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Kota Jayapura tahun 2006-2008 mengalami fluktuasi atau naik turun yang besarnya Rp.817,801,320 pada tahun 2006, Rp.855,934,865 pada tahun 2007 dan Rp.642,553,660 pada tahun 2008.
2. Pembiayaan program penanggulangan TB berasal dari berbagai sumber yaitu APBD Kota, APBN dan Global Fund. APBD Kota Jayapura tahun 2006 – 2008 diluar gaji staf yang besarnya berturut-turut Rp.24.000.000,-, Rp.40.400.000,- dan Rp.25.000.000,- hanya memberi kontribusi yang relatif kecil bila dibandingkan dengan yang bersumber dari APBN dan Global Fund. Peran APBD Kota Jayapura meningkat dalam pembiayaan Program Penanggulangan TB di Dinas Kesehatan pada tahun 2006 sebesar 13,7 % , tahun 2007 sebesar 21,3 % dan tahun 2008 menjadi 31,3 %, namun bagian terbesar kenaikannya adalah untuk gaji staf program penanggulangan TB.
3. Berdasarkan elemen kegiatan, realisasi anggaran untuk program penanggulangan TB yang bersumber dari APBD Kota Jayapura yang terbanyak dialokasikan untuk membayar gaji staf program penanggulangan TB yang besarnya Rp.88.480.740,- (78,6 %) pada tahun 2006, Rp.141.705.560,- (77,8 %) pada tahun 2007 dan Rp.175.137.060,- (82,8 %) pada tahun 2008.
4. Berdasarkan fungsi program, bila dihitung diluar gaji maka program kuratif mendapatkan alokasi yang terbesar tiap tahunnya yaitu tahun 2006 sebesar Rp.596.222.000,- (69,4 %), Rp.5358.999.000,- (63 %) pada tahun 2007 dan Rp.288.202.000,- (47 %) tahun 2008. Alokasi anggaran untuk program promotif yang terendah dan baru ada dialokasikan pada tahun 2008, yaitu sebesar Rp.11.150.000,- (1,7 %).

5. Berdasarkan fungsi pelayanan, diluar perhitungan gaji selama tahun 2006 – 2008 *personal care* mendapatkan alokasi anggaran terbesar pada tahun 2006 Rp.569.222.000,- (77,7 %) pada tahun 2007 dan 2008 masing-masing Rp.538.999.000,- (75,5 %) dan Rp.313.202.000,- (63,8 %).
6. Dengan perhitungan KW-SPM terdapat *funding gap* yang masih sangat besar pada tahun 2008, yaitu sebesar Rp.404.541.064,- diluar perhitungan gaji staf program TB. Perhitungan dengan KW-SPM untuk mengestimasi kebutuhan pembiayaan program penanggulangan TB di Dinas Kesehatan Jayapura tahun 2008 diperoleh hasil Rp.883.107.064,- sementara realisasi dari berbagai sumber sebesar Rp.478.566.000,- (diluar perhitungan gaji).
7. Komitmen para pengambil kebijakan anggaran sudah ada, namun belum tergambar dalam besarnya alokasi anggaran dan perlindungan anggaran program penanggulangan TB dari bahaya pemotongan anggaran.

7.2. Saran

1. Untuk DPRD dan Bappeda Kota Jayapura

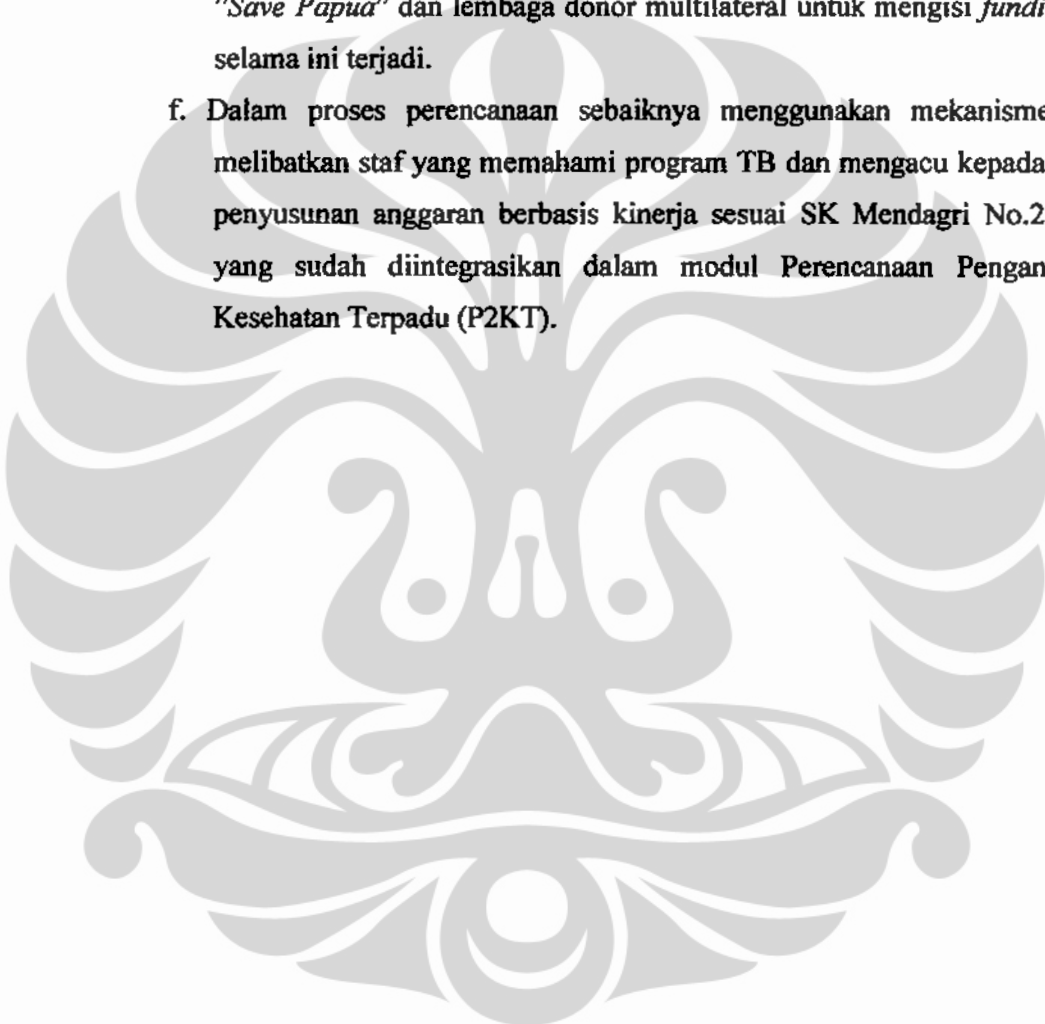
- a. Hendaknya menggunakan skala prioritas, pertimbangan komitmen global (MDG's) dan nasional dalam penentuan alokasi anggaran untuk bidang kesehatan.
- b. Perlunya meningkatkan alokasi anggaran untuk pembiayaan program penanggulangan TB agar menjadi mandiri dalam pembiayaan dan demi kesinambungan program TB dengan tetap mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah.

2. Untuk Dinas Kesehatan Kota Jayapura

- a. Hendaknya meningkatkan advokasi dan sosialisasi kepada pengambil kebijakan anggaran agar mendapatkan alokasi anggaran yang mencukupi untuk program penanggulangan TB.
- b. Perlunya melindungi alokasi anggaran TB dari pemotongan anggaran dan terus meningkatkan alokasi anggarannya untuk mendukung MDG's.
- c. Perlunya mengintensifkan kegiatan penemuan penderita TB dengan dukungan dana yang mencukupi sesuai standar Bank Dunia agar dapat

meningkatkan indikator keberhasilan program penanggulangan TB yang lainnya.

- d. Perlunya menggunakan cara perhitungan kebutuhan biaya berdasarkan metode KW-SPM untuk mengetahui besarnya estimasi kebutuhan dana yang akurat untuk proses perencanaan.
- e. Perlunya melakukan upaya mobilisasi dana baik bersumber APBD Kota maupun Provinsi (Dana OTSUS), pemerintah pusat melalui program "Save Papua" dan lembaga donor multilateral untuk mengisi *funding gap* selama ini terjadi.
- f. Dalam proses perencanaan sebaiknya menggunakan mekanisme yang melibatkan staf yang memahami program TB dan mengacu kepada tehnik penyusunan anggaran berbasis kinerja sesuai SK Mendagri No.29/2002 yang sudah diintegrasikan dalam modul Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT).



DAFTAR REFERENSI

- Aditama, T.Y. (2002). *Tuberkulosis, Diagnosis, Terapi & Masalahnya*. Edisi IV, Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta.
- _____, (2005). *Tuberkulosis Dan Kemiskinan*, Majalah Kedokteran Indonesia , vol.55, no.3, 2005 hal. 254-256.
- Akhirani dan Trisnantoro,L. (2001). *Analisis Pembiayaan Kesehatan Yang Bersumber dari Pemerintah Melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vo.7 No. 01 Maret 2004.
- Azwar, Azrul. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : PT Bina Aksara.
- Balitbang Depkes RI.(2008). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*, Jakarta.
- BPS Kota Jayapura. (2008). *Jayapura Dalam Angka Tahun 2008*, BPS.
- Cleverly, William O. 1997. *Essentials of Health Care Finance*. Fourth Edition. Ohio : An Aspen Publication.
- Depkes,R.I.(2004a). *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan* Jakarta.
- _____. (2004b). *Provincial Health Account and National Health Account*. Jakarta.
- _____. (2004c). *Sistem Kesehatan Nasional* , Jakarta.

- _____ (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2 Cetakan ke 1. Jakarta .
- Dinas Kesehatan Kota Jayapura. (2008). *Profil Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2008*. Jayapura .
- Floyd, K., Pantoja,A.(2008). *Financial Resources Required for Tuberculosis Control to Achieve Global Target Set for 2015*. Bulletin of WHO.
- Gani, A, dkk.(1999). *Modul Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Seri Bahan Pendidikan PS KARS UI 1998/1999. Program Studi KARS Program Pascasarjana FKM-UI. Cetakan Ke-1.
- Gani, A. (2001). *Desentralisasi Pembangunan Bidang Kesehatan, FKM -UI*
- _____ (2002a). *Aplikasi Indikator Kesehatan dan IPM Dalam Alokasi Anggaran Kesehatan Masyarakat*. FKM-UI.
- _____ (2002b). *Implikasi Ekonomi Penyakit Tuberkulosis Paru*. Bahan Bacaan untuk Advocacy TB-Paru. Disampaikan dalam rangka World TB Days, Koalisi Indonesia Sehat. PKEK. FKM-UI. Jakarta : 21 Maret 2002
- _____ (2006). *Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota Dalam Sistem Desentralisasi*, Disampaikan pada Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan, Bandung 6-8 Juni 2006.
- _____ (2008a). *Menghitung Biaya Program Berbasis Kinerja*. Ekonomi Kesehatan. Program Pascasarjana FKM-UI.
- _____ dkk. (2008b). *Laporan Awal Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten dan Kota*, PKEK FKM-UI.

- Gottret,P and Schieber,G. (2006). *Health Financing Revisited : A Practitioner's Guide*, The World Bank.
- Itidalina. (2007). *Analisis Pembiayaan Publik Untuk Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Solok Selatan Tahun 2004 – 2006*. Tesis. Program Pascasarjana IKM. FKM-UI. Depok, 2007.
- Kartasasmita.C.S. dan Basir.D.(2008). *Buku Ajar Respilogi Anak*, IDAI.
- Kustomi, Endang R.A. (2005). *Analisis Anggaran Program Penanggulangan TBC Paru di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2002 – 2004*. Tesis. Program Pascasarjana IKM. FKM-UI. Depok, 2005.
- Maher, D., et al (2007). *Planning to Improve Global Health: The Next Decade of Tuberculosis Control, Bulletin of WHO, May 2007*.
- Mills, Anne dan Lucy Gilson. (1990). *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-negara Sedang Berkembang*. Jakarta : Dian Rakyat Bekerjasama dengan Unit AKEK, Biro Perencanaan Depkes RI. Cetakan Pertama.
- Rappaport, A.M.(1998). *Gap Analysis and Bussiness Solution*, ACA News; Accounting & Tax Periodicals.
- Raviglione, M.C. and Uplekar, M.W. (2006). *WHO's New Stop TB Strategy*, Lancet, vol. 367.
- Ristrini, Dkk.(2005,Agustus) *Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah di Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Timur*. Medika Vol. XXXI, No. 8.

Soewondo, P ,dkk (2006). Report : *Health Financing Analysis of The TB Programs in 7 Districts of 4 Provinces in Indonesia 2006*, supported by USAID.

Soltan,V.,et al. (2008). *Increasing Tuberculosis Case Detection: Lessons from Republic of Moldova*, *Bulletin of WHO*, January 2008.

Thabrany, Hasbullah (Ed.). (2005). *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Jakarta : PT. RajaGrafindo Persada.

Trisnantoro, L. dan Harbianto, D.(2005). *Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran*. www.desentralisasi-kesehatan.net. (pdf)

Trisnantoro, L. (2006). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Cetakan Ketiga. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press, Oktober 2006

WHO, (2000) *World Health Report 2000, Health System : Improving Performance*, WHO.

_____, (2002). *The Millennium Development Goals for Health : A Review of the Indicator*, WHO, Indonesia.

_____, (2003). *Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing : WHO Report 2003*, Geneva, WHO.

_____, (2006). *Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing : WHO Report 2006*, Geneva, WHO.

_____, (2008). *Guide To Producing Regional Health Accounts Within National Health Accounts Framework*, WHO.

Wonderling,D., Given,R.,and Black,N.,(2005).*Introduction To Health Economics*,
England ; London School Of Higiene and Tropical Medicine.



DATA INFORMAN

Nama :

Tempat/ tgl lahir :

Alamat :

Pendidikan terakhir :

Unit kerja :

Riwayat pekerjaan :

1.

2.

3.

4.

5.

Pelaksanaan wawancara:

Hari :

Tanggal :

Tempat :

Pewawancara :

Pedoman wawancara mendalam dengan komisi C DPRD Kota Jayapura

1. Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Bapak tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?
2. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jayapura, angka keberhasilan pengobatan dan pengawasan langsung minum obat (conversion rate) tahun 2006 – 2008 adalah 84 % , 84 % , dan 66 % , dimana target 80 % . Cure rate (keberhasilan pengobatan) adalah 72 % , 55 % , 71 % , dimana target 85 % . bagaimana pendapat Bapak ?
3. Alokasi dana bersumber APBD kota Jayapura tahun 2006 – 2008 untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) adalah 26 juta, 40,4 juta 36,25 juta, sedangkan yang bersumber dari donor (Global Fund) adalah 257.426.500, 145.467.000 dan 201.673.500. Bagaimana pendapat Bapak tentang hal ini ?
4. Bagaimana pendapat Bapak tentang kebijakan alokasi anggaran kesehatan (termasuk program penanggulangan TB) di kota Jayapura ?
5. Bagaimana peran Bapak dalam pengalokasian anggaran untuk program penanggulangan TB ?
6. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB, menurut Bapak faktor apa saja yang menjadi dasar pertimbangannya ?
7. Bagaimana mekanisme penentuan anggaran untuk dinas kesehatan ?
8. Menurut Bapak apa saja kelemahan Dinas Kesehatan Kota Jayapura dalam upaya mendapatkan anggaran pembangunan di bidang kesehatan ?
9. Agar ke depannya program penanggulangan TB mendapatkan prioritas dalam penganggaran, apa saran Bapak untuk Dinas Kesehatan Kota Jayapura?

Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda Kota Jayapura

1. Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Ibu tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?
2. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jayapura, angka keberhasilan pengobatan dan pengawasan langsung minum obat (conversion rate) tahun 2006 – 2008 adalah 84 % , 84 % , dan 66 % , dimana target 80 % . Cure rate (keberhasilan pengobatan) adalah 72 % , 55 % , 71 % , dimana target 85 % . bagaimana pendapat Ibu ?
3. Alokasi dana bersumber APBD kota Jayapura tahun 2006 – 2008 untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) adalah 26 juta, 40,4 juta 36,25 juta, sedangkan yang bersumber dari donor (Global Fund) adalah 257.426.500, 145.467.000 dan 201.673.500. Bagaimana pendapat Ibu tentang hal ini ?
4. Bagaimana pendapat Ibu tentang kebijakan alokasi anggaran kesehatan (termasuk program penanggulangan TB) di kota Jayapura ?
5. Bagaimana peran Ibu dalam pengalokasian anggaran untuk program penanggulangan TB ?
6. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB, menurut Ibu faktor apa saja yang menjadi dasar pertimbangannya ?
7. Bagaimana mekanisme penentuan anggaran untuk dinas kesehatan ?
8. Menurut Ibu apa saja kelemahan Dinas Kesehatan Kota Jayapura dalam upaya mendapatkan anggaran pembangunan di bidang kesehatan ?
9. Agar ke depannya program penanggulangan TB mendapatkan prioritas dalam penganggaran, apa saran Ibu untuk Dinas Kesehatan Kota Jayapura?

Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Dinas Kesehatan

Kota Jayapura

1. Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Bapak tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?
2. Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Bapak masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?
3. Bagaimana kebijakan dinas kesehatan dalam membuat perencanaan anggaran kesehatan ?
4. Bagaimana peran Bapak dalam penentuan besar alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB ?
5. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk masing-masing program kesehatan, menurut Bapak faktor apa saja yang mempengaruhinya ?
6. Upaya apa saja yang telah ditempuh oleh dinas kesehatan untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan ?
7. Apa saran Bapak agar Dinas Kesehatan Kota Jayapura mendapatkan anggaran yang mencukupi ?
8. Bila terjadi pemotongan anggaran kesehatan, bagaimana dengan anggaran program penanggulangan TB ?

**Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Bidang
Pengendalian Masalah Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Jayapura**

1. Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Bapak tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?
2. Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Bapak masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?
3. Bagaimana peran Bapak dalam penentuan besar alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB ?
4. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk masing-masing program P2M, menurut Bapak faktor apa saja yang berperan ?
5. Upaya apa saja yang telah Bapak tempuh untuk meningkatkan alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB ?
6. Bila terjadi pemotongan anggaran kesehatan, bagaimana dengan anggaran program penanggulangan TB ?

**Pedoman wawancara mendalam dengan Kepala Seksi
Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Jayapura**

A. Perencanaan Program

1. Bagaimana mekanisme perencanaan anggaran untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) yang selama ini berlangsung ?
2. Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Ibu masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?
3. Menurut Ibu berapa besar anggaran yang dibutuhkan untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura ?
4. Menurut Ibu, apakah besar anggaran tersebut cukup rasional ?
5. Menurut Ibu, bagaimana realisasi dari usulan anggaran untuk program penanggulangan TB ?

B. Pelaksanaan Kegiatan

1. Menurut Ibu, bagaimana upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Jayapura untuk mendukung pelaksanaan program penanggulangan TB ?
2. Kegiatan apa saja yang sudah dilaksanakan ?
3. Menurut Ibu, kegiatan apa saja yang menjadi prioritas dalam program penanggulangan TB ?
4. Menurut Ibu, apa saja kegiatan prioritas yang belum dapat dilaksanakan dengan baik atau maksimal ? Kira – kira apa penyebabnya ?

**Pedoman wawancara mendalam dengan Wasor Tb Dinas
Kesehatan Kota Jayapura**

A. Perencanaan Program

1. Bagaimana mekanisme perencanaan anggaran untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) yang selama ini berlangsung ?
2. Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Bapak masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?
3. Menurut Bapak berapa besar anggaran yang dibutuhkan untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura ?
4. Menurut Bapak, apakah besar anggaran tersebut cukup rasional ?
5. Menurut Bapak, bagaimana realisasi dari usulan anggaran untuk program penanggulangan TB ?

B. Pelaksanaan Kegiatan

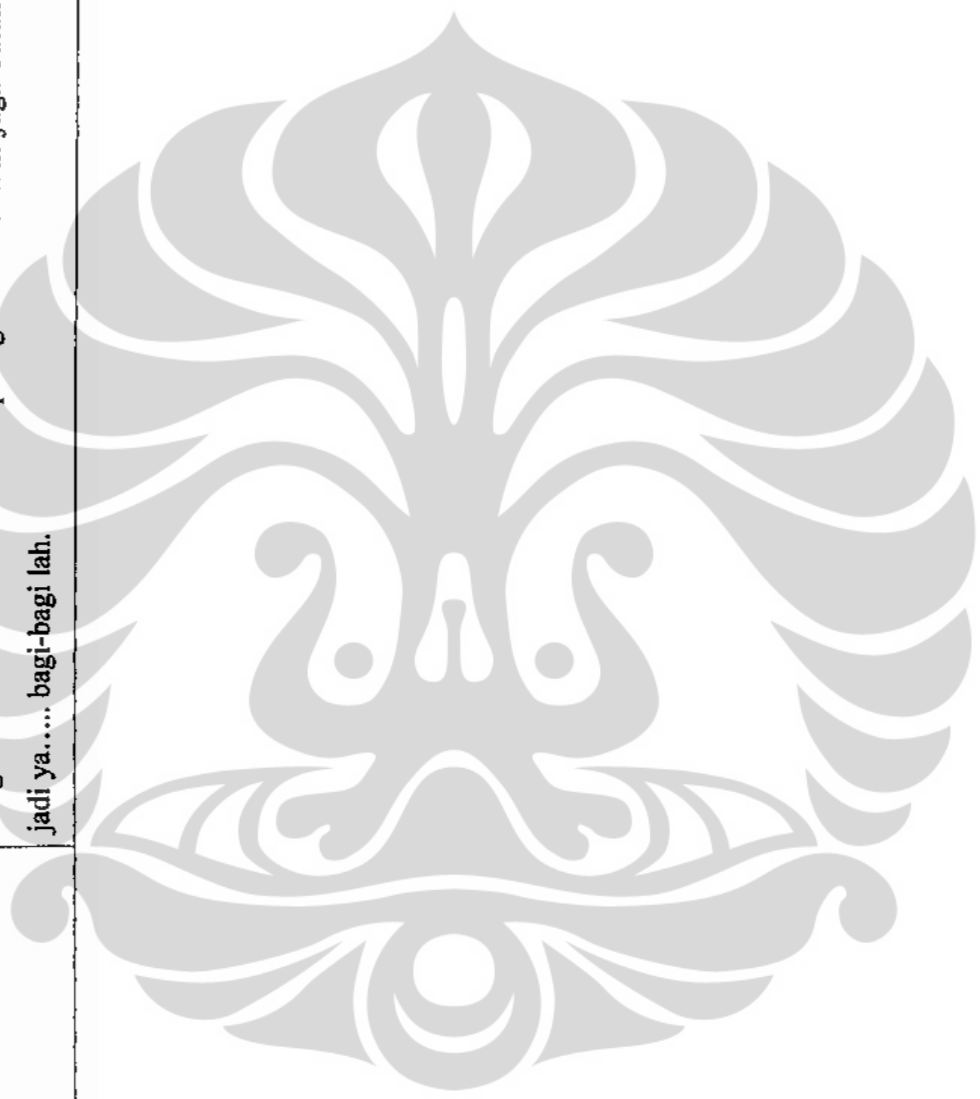
1. Menurut Bapak, bagaimana upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Jayapura untuk mendukung pelaksanaan program penanggulangan TB ?
2. Kegiatan apa saja yang sudah dilaksanakan ?
3. Menurut Bapak, kegiatan apa saja yang menjadi prioritas dalam program penanggulangan TB ?
4. Menurut Bapak, apa saja kegiatan prioritas yang belum dapat dilaksanakan dengan baik atau maksimal ? Kira – kira apa penyebabnya ?

NO	PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN
1.	<p>Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Bapak tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?</p>	<p>Ya begini... instansi yang ada di jajaran Pemkot Jayapura harus menyesuaikan dengan visi dan misi Pemkot Jayapura termasuk dinas kesehatan. Saya dengar jumlah penderitanya tambah banyak itu, katanya ada hubungan dengan HIV/AIDS. Jadi dinas kesehatan harus lebih perhatian kalau gitu. Itu juga kabarnya kasus HIV/AIDS kita juga tambah parah, maka dari itu kita sering ingatkan dinas kesehatan pada tiap rapat di dewan untuk lebih waspada.</p>
2.	<p>Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jayapura, angka keberhasilan pengobatan dan pengawasan langsung minum obat (conversion rate) tahun 2006 – 2008 adalah 84 % , 84 % , dan 66 % , dimana target 80 % . Cure rate (keberhasilan pengobatan) adalah 72 % , 55 % , 71 % , dimana target 85 % . bagaimana pendapat Bapak ?</p>	<p>O itu tandanya mereka belum kerja dengan maksimal, dan ini bahaya kalau tak diperhatikan, kan TBC ini banyak yang mati kalau enggak betul berobatnya. Dana untuk kesehatan itu besar, tapi koq belum mencapai target ya... nanti saya tanyakan mereka dalam rapat selanjutnya.</p>
3.	<p>Alokasi dana bersumber APBD kota Jayapura tahun 2006 – 2008 untuk program</p>	<p>Ya itu semua tergantung mereka dinas kesehatan yang tau persis berapa kebutuhan dana untuk program-program kesehatan, termasuk itu untuk TBC.</p>

<p>penanggulangan Tuberculosis (TB) adalah 24 juta, 40,4 juta 26,150 juta, sedangkan yang bersumber dari donor (Global Fund) adalah Rp.252.426.000, Rp.290.362.000, dan Rp.250.730.000. Bagaimana pendapat Bapak tentang hal ini ?</p>	<p>Memang jumlah dana yang kita punya terbatas, tapi kita usahakan supaya naik lah tiap tahunnya juga untuk fbc tentunya. Kalau ada donor yang bantu kita bagus itu, tapi sampai kapan mereka bantu kita , sebenarnya kita harus mandiri apalagi di era otonomi khusus ini dan sektor kesehatan termasuk salah satu amanat yang harus dikerjakan oleh pemerintah daerah untuk kesejahteraan rakyat. Jadi kita tidak boleh tergantung orang dari luar dalam hal pendanaan.</p>
<p>4. Bagaimana pendapat Bapak tentang kebijakan alokasi anggaran kesehatan (termasuk program penanggulangan TB) di kota Jayapura ?</p>	<p>Anggaran kesehatan harus diutamakan, karena menyangkut kepentingan orang banyak, termasuk juga anggaran untuk penyakit TB yang sangat berbahaya itu. Itu begini, karena keterbatasan dana maka tiap dinas atau SKPD harus bagi-bagi porsi anggaran, e... jadi mereka harus pintar-pintar mengalokasikan untuk hal – hal yang urgen lah.</p>
<p>5. Bagaimana peran Bapak dalam pengalokasian anggaran untuk program penanggulangan TB ?</p>	<p>Kita di dewan kota khususnya komisi C bermitra dengan instansi di jajaran pemkot Jayapura, untuk bidang kesehatan kita tunggu usulan mereka dan kalau mereka punya data dan bisa memberi penjelasan logis, kenapa suatu program dikerjakan, kita pasti mendukung termasuk untuk TB itu.</p>
<p>6. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB, menurut Bapak faktor apa saja yang menjadi dasar</p>	<p>Itu tadi seperti bahaya tidaknya penyakit itu, lalu seberapa besar jumlah orang yang sudah terserang atau jatuh sakit. Kemudian untuk rakyat atau bukan, dan ingat kita juga punya keterbatasan anggaran OTSUS yang dipakai untuk</p>

	<p>pertimbangannya ?</p> <p>7. Bagaimana mekanisme penentuan anggaran untuk dinas kesehatan ?</p> <p>8. Menurut Bapak apa saja kelemahan Dinas Kesehatan Kota Jayapura dalam upaya mendapatkan anggaran pembangunan di bidang kesehatan ?</p> <p>9. Agar ke depannya program penanggulangan TB mendapatkan prioritas dalam penganggaran, apa saran Bapak untuk Dinas Kesehatan Kota Jayapura?</p>	<p>program atau kegiatan. Ditambah lagi bisa enggak dikerjakan oleh mereka dinas kesehatan dengan teknologi atau sumber daya yang kita punya. Jadi jangan asal usul tapi enggak bias dikerjakan dengan baik, malah jadi boros.</p> <p>Itu ... yang saya tahu mereka usul ke Bappeda kota atas dasar pagu yang telah ditetapkan, lalu dibawa ke forum musrenbang, kemudian atas dasar itu mereka bawa ke rapat dengan kita di dewan. Dasar kita dewan ya skala prioritas pembangunan di Kota Jayapura dan kemampuan keuangan yang ada pada kita, begitu saya kira.</p> <p>Saya lihat dinas kesehatan itu sering bicara tentang program kesehatan yang dengan bahasa kesehatan yang kita di dewan payah ngertinya, maunya pakai istilah yang umum aja supaya semua orang jadi mengerti. Terus banyak usulannya untuk kegiatan fisik seperti kendaraan dan bangunan. Dana banyak tapi banyak pula target yang belum memuaskan yang capai. Data yang kita minta juga sering tidak lengkap mereka berikan.</p> <p>Supaya dapat anggaran yang memadai mereka harus hitung baik-baik perlunya berapa dan dipakai dengan efisien. Itu tadi seperti diatas saya sebut pakai aja bahasa yang gampang atau sosialisasi, ditambah lagi datanya harus kuat atau valid. Kalau bisa tunjukkan dengan bukti apa yang sudah mereka buat di</p>
--	---	---

tahun-tahun sebelumnya dan apalagi yang masih kurang atau harus dibuat dengan keterbatasan dana kita. Tapi ingat instansi lain juga butuh anggaran jadi ya..... bagi-bagi lah.



NO	PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN
1.	<p>Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Ibu tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?</p>	<p>e... pertama kita mengikuti perkembangan berdasarkan RJPM kota jayapura , visi kota beriman , mengarah kepada renstra 5 tahun , SKPD harus menjabarkan misi kota jayapura. Khusus untuk dinas kesehatan harus menjabarkan renstra dalam misi SKPD nya, sebenarnya upaya untuk penanganan pemberantasan penyakit menular sudah ada. Kalau saya pelajari di RJPM kota Jayapura 5 tahun terakhir, dinas kesehatan masih dalam kategori bagus. Pak dokter kan lebih tahu Tbc untuk pasti berbahaya dan harus ditangani dengan baik. Program kesehatan merupakan program prioritas,dalam undang-undang OTSUS ada 4 aspek yaitu bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi dan infrastruktur.</p>
2.	<p>Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jayapura, angka keberhasilan pengobatan dan pengawasan langsung minum obat (conversion rate) tahun 2006 – 2008 adalah 84 % , 84 % , dan 66 % , dimana target 80 % . Cure rate (keberhasilan pengobatan) adalah 72 % , 55 % , 71 % , dimana target 85 % , bagaimana pendapat Ibu</p>	<p>Kita disini kan berbicara berdasarkan data, berarti kita kategorinya masih di bawah ya , secara khusus kami di Bappeda ini bicara bagaimana implementasi program untuk mengejar target visi misi kota Jayapura kota yang sehat tahun 2010. Kalau bicara kesehatan harus didukung oleh dinas PU,kebersihan, pendidikan . Rata-rata program penyakit menular belum mencapai target. Upaya kita di Bappeda mem back up banyak program terkait visi misi kota kita. Renstra di kota jayapura berpulang kepada SKPD untuk membuat benang</p>

<p>?</p> <p>3. Alokasi dana bersumber APBD kota Jayapura tahun 2006 – 2008 untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) adalah 24 juta, 40,4 juta 26,150 juta, sedangkan yang bersumber dari donor (Global Fund) adalah Rp.252.426.000, Rp.290.362.000, dan Rp.250.730.000. Bagaimana pendapat Ibu tentang hal ini ?</p> <p>4. Bagaimana pendapat Ibu tentang kebijakan alokasi anggaran kesehatan (termasuk program penanggulangan TB) di kota Jayapura ?</p> <p>5. Bagaimana peran Ibu dalam pengalokasian anggaran untuk program penanggulangan TB ?</p>	<p>merah dari RJPM kota.</p> <p>Defisit anggaran di pemda kota akibat dampak dari pemekaran wilayah dan berdampak pada program-program prioritas , kita sangat prihatin dengan kinerja dari provinsi untuk mendukung atau mem back up kota, kita dianggap di kota ini sudah cukup begitu pemikirannya. Kita berharap pada program-program prioritas ini bisa dipertahankan atau ditingkatkan pembiayaannya , SKPD dengan jumlah uang yang ada bisa lebih efektif . Usulan –usulan yang ada di dinas kesehatan kita ikut mendukung karena dia penting bagi rakyat Papua.</p> <p>Kesehatan itu termasuk prioritas setelah pendidikan seperti sa (saya) bilang tadi amanat OTSUS Papua. Kitong (kita) di Bappeda konsen, tinggal dong (mereka) saja yang atur baik.</p> <p>O ... itu tiap tahun kita mengeluarkan pagu dana untuk tiap-tiap SKPD, sesuai dengan usulan dinas kesehatan sesuai dengan asmara (aspirasi masyarakat). Nanti mereka susun lagi rencana program dan dikembalikan ke kita. Tugas kita di Bappeda menilai layak atau patumya suatu program dikerjakan. Kalau kurang pas kita akan coret dan kita arahkan. Untuk TB itu mereka dinas yang baku atur ke dalam.</p>
--	--

<p>6. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB, menurut Ibu faktor apa saja yang menjadi dasar pertimbangannya ?</p> <p>7. Bagaimana mekanisme penentuan anggaran untuk dinas kesehatan ?</p>	<p>Ya ... pasti kemampuan sumber daya daerah , skala prioritas , visi dan misi pembangunan kota kita toh. Aturan main juga atau peraturan pusat ataupun daerah ee.. kepala daerah.</p> <p>Kita punya pagu untuk masing-masing SKPD berdasar usul masing-masing, kemudian kita kembalikan ke tiap instansi untuk disusun lagi dan dibawakan ke forum musrenbang tingkat kota. Nanti kita bawakan hasilnya ke musrenbang tingkat provinsi. Yang hasilnya kalau pak wali setuju lalu dibawakan ke forum dengan dewan kota nanti kita sama-sama bahas untuk kemudian ditetapkan jadi keputusan anggaran, itu yang selama ini kita jalankan pak</p>
<p>8. Menurut Ibu apa saja kelemahan Dinas Kesehatan Kota Jayapura dalam upaya mendapatkan anggaran pembangunan di bidang kesehatan ?</p> <p>9. Agar ke depannya program penanggulangan TB mendapatkan prioritas dalam penganggaran, apa saran Ibu untuk Dinas Kesehatan Kota Jayapura?</p>	<p>Kalau itu , yang pertama data yang sering tidak lengkap. Kedua , masalah koordinasi, contohnya untuk dana DAK mereka pergi sendiri ke Jakarta tanpa melapor ke kita. Dana DAK yang mereka dapat banyak dipakai untuk bangunan fisik dan beli kendaraan dinas kah.</p> <p>Yang tadi itu data harus baik atau valid, yang diangkat ya isu yang sedang berkembang di masyarakat dan memang menjadi perhatian pemkot. Jangan asal usul-usul aja, terutama kendaraan tiap tahun diusul terus untuk apa banyak-banyak.</p>

NO	PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN
1.	<p>Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB). Bagaimana pendapat Bapak tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?</p>	<p>Jumlah kasusnya bertambah seiring dengan peningkatan kasus HIV, bukan hanya di Jayapura saja, di tempat lain juga TB HIV jumlah kasusnya meningkat, kita sebenarnya prihatin. Masalah lain, apa itu... kepatuhan minum obat belum optimal, kemudian e.e.. supervisi atau monitoring harus ditingkatkan. Dana operasional juga perlu ditingkatkan.</p>
2.	<p>Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Bapak masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?</p>	<p>Kerja sama dengan lintas sektor terkait, termasuk pemberdayaan masyarakat, pelatihan petugas, pertemuan, monitoring. Khusus untuk yang tidak mampu perlu gizi yang bagus, kalau tidak mampu kita bantu, agar masyarakat kenal secara dini gejalanya TB. Itu pembiayaannya perlu ditingkatkan seoptimal mungkin, contohnya untuk yang tidak patuh berobat harus dilacak.</p>
3.	<p>Bagaimana kebijakan dinas kesehatan dalam membuat perencanaan anggaran kesehatan ?</p>	<p>Kita biasanya tiap tahun kumpulkan kepala puskesmas untuk raker perencanaan seperti membahas program-program yang harus dikerjakan, misalnya TB, yang harus dilacak berapa. Kendala dalam dana muncul di musrenbang yang berdasarkan historical budget, enggak selalu pas dengan kondisi epidemiologi, misalnya DBD tahun lalu sampai dengan sekarang tidak sama tidak sama biaya foggingnya. Itu lagi.... Kebijakan pemotongan dana</p>

<p>4. Bagaimana peran Bapak dalam penentuan besar alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB ?</p>	<p>OTSUS (otonomi khusus) yang tahun 2008 6,5 milyar dipotong 2 M pada tahun 2009. Ya kita harus ikut kebijakan.</p> <p>Kita dengan masukan dari bidang PMK (bidang Pengendalian Masalah Kesehatan) yang secara teknis tau masalah, misalnya TB sekian, malaria sekian, HIV/AIDS sekian , kami bisa bandingkan dengan kejadian kasus yang ada, sehingga dananya digeser kesana kesini ikut yang ada di lapangan.</p>
<p>5. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk masing-masing program kesehatan, menurut Bapak faktor apa saja yang mempengaruhinya ?</p>	<p>Ya... yang pertama besarnya masalah, kedua keberhasilan program tahun lalu... yang ketiga plafon dana di dapat dari pemkot seperti tahun ini diturunkan 2 M, ya diturunkan semua. Ada yang boleh dipotong, ada yang tidak boleh tergantung kebijakan pemkot misalnya untuk puskesmas 24 jam.</p>
<p>6. Upaya apa saja yang telah ditempuh oleh dinas kesehatan untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan ?</p>	<p>Mengusahakan apa itu.... meningkatkan advokasi dengan pemkot, bappeda, keuangan, dpr melalui hearing, kita dipanggil atau mereka turun lapangan. Bisa dijelaskan ke mereka, o.. ini biasanya karena back ground mereka tak sama. Yang lain pendekatan ke pimpinan tertinggi atau walikota. Didukung data, misalnya HIV, DB, TB.</p>
<p>7. Apa saran Bapak agar Dinas Kesehatan Kota Jayapura mendapatkan anggaran yang mencukupi</p>	<p>Begini.. kalau bisa untuk pembiayaan program jangan bersumber dari OTSUS, DAU karena turnunya di akhir tahun belum lagi dipakai untuk dana</p>

?	<p>8. Bila terjadi pemotongan anggaran kesehatan, bagaimana dengan anggaran program penanggulangan TB ?</p>	<p>pendamping DAK maunya DAU diperbesar, lobi ke pemerintah pusat ditingkatkan, susahny orang bilang harus ada embel - embelnya.</p> <p>Pasti otomatis terpotong juga, mau enggak mau, tiap bidang punya kapling sendiri, maunya mereka proporsional. Di PMK bisa dirumuskan mana yang lebih banyak (dipotong). Misalnya TB lebih penting, TB lebih sedikit dipotong. Dari data misalnya malaria turun sedangkan DB meningkat, maka dalam pemotonganya malaria lebih besar daripada DB.</p>
---	---	---

NO	PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN
1.	<p>Pemberantasan penyakit menular adalah salah satu misi Dinas Kesehatan Kota Jayapura, termasuk Tuberculosis (TB) . Bagaimana pendapat Bapak tentang permasalahan TB di Kota Jayapura ?</p>	<p>Jadi begini, pertama kita lihat penemuan penderita baru masih tinggi, yang perlu kita garis bawahi. Di semua puskesmas sudah ada juru TB kemudian dinas sendiri ada wasor TB yang sudah dilatih di Makasar. Kedua, penganggaran dari APBD khusus yang menunjang kegiatan P2TB masih belum sesuai dengan sasaran yang akan kita kerjakan, mau tak mau capaian kinerjanya masih kurang. Pencatatan dan pelaporan dari pkm cukup baik, dan mereka sudah melakukan kegiatan sesuai dengan standar prosedur. Keempat, kalau saya lihat dari sisi koordinasinya . Saya masih baru, e... ya kalau saya evaluasi selama ini koordinasi tingkat dinas, pkm, pustu perlu ditingkatkan .</p>
2.	<p>Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Bapak masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?</p>	<p>Kita tau bahwa salah satu strategi yang digunakan dalam penanggulangan TB adalah DOTS , jadi ee.. seluruh puskesmas harus melaksanakan termasuk PPK yang lain baik milik pemerintah atau swasta. Dari pelaksanaan yang sekarang perlu peningkatan intensitas, rutinitas pertemuan tentang validasi data, untuk pengungkapan kasus mangkir perlu ditingkatkan sehingga didapat data yang valid, dalam setiap triwulannya itu berapa tingkat kesembuhannya, kemudian per tahunnya berapa. Kita melakukan evaluasi dan melakukan tindakan yang pasti , seluruh penderita TB tercover kemudian diobati sampai sembuh, seperti</p>

itu. Terus terang dari segi pembiayaan kita ee...berupaya terus supaya tiap tahun terjadi peningkatan, tapi ya... tergantung pada alokasi anggaran yang memang diperuntukkan untuk membiayai program tersebut, kita tau bahwa salah satu sumber pembiayaan yang bisa dipergunakan untuk program itu hanya anggaran dari otsus, tetapi kecenderungannya tiap tahun itu kenaikannya tidak terlalu banyak, malah belakangan ini pengurangan terus yang ada, sehingga kalau kita kalkulasi sangat tidak mencukupi dan anggaran itu dipakai untuk pembiayaan seluruh program yang ada di dinas ini termasuk puskesmas. Nah upaya kita yaitu dengan mendapatkan dana alokasi umum atau DAU, memang kita juga mendapat bantuan dari Global Fund TB komponen tetapi itupun sifatnya hanya sebatas masalah yang meningkat manajemen dan capacity building misalnya seperti untuk money, supervise, obat dan sebagainya.

Mungkin kalo untuk tahun anggaran yang sudah berjalan ini ya terus terang saya masih belum punya andil dalam masalah itu, perlu diketahui bahwa untuk perencanaan anggaran tahun depan, sekiranya saya sudah mulai ikut ambil bagian disitu, kita naikan anggaran TB itu hampir mencapai 300% dari yang sekarang. Tapi itu pun menurut saya masih belum ideal, namun demikian kita tidak boleh mengutamakan program yang satu kemudian mendiskreditkan program yang lain, kita sesuaikan dengan alokasi biaya kemudian kita bagi merata berdasarkan skala prioritas. Upaya yang saya lakukan juga adalah

3. Bagaimana peran Bapak dalam penentuan besar alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB ?

<p>4. Dalam penentuan besarnya alokasi anggaran untuk masing-masing program kesehatan, menurut Bapak faktor apa saja yang mempengaruhinya ?</p>	<p>mengajukan usulan anggaran kepada pemerintah daerah cq Bappeda, idealnya anggaran untuk program TB setahun itu sekian sesuai dengan sasaran, wilayah, jumlah penduduk dsb.</p> <p>ee.. begini yang pertama itu adalah kita melihat dulu PPAS itu Penetapan Plafon Anggaran Sementara, biasanya itu kita terima dari Bappeda, sebenarnya sudah merupakan jawaban dari usulan masing-masing SKPD, kita tidak terlalu bisa berbuat banyak kalau PPAS menentukan bahwa dana untuk kegiatan misalnya untuk P2M dialokasikan sekian ya... naik turunnya tidak melebihi dari 20 % karena ini terkait dengan kegiatan-kegiatan lainnya. Dari alokasi yang kita dapatkan itu kita melakukan rapat dengan seluruh pengelola program P2M, dari situ kita baru menetapkan berapa-berapa yang dialokasikan untuk masing-masing program. Yang paling berperan sebelum menjadi PPAS itu ya usulan kita melalui bagian perencanaan ke Bappeda. dasar membuat usulan adalah kegiatan-kegiatan apa saja yang selama ini kita laksanakan atau wajib dilaksanakan misalnya untuk P2TB seperti penjarangan kasus, kemudian pemeriksaan laboratorium, pengawasan terhadap rutinitas mereka minum obat, termasuk monev, supervise dan kelengkapan - kelengkapan yang perlu kita sediakan seperti obat TB, reagen-reagen dsb itu kita rinci dengan basic berapa jumlah kasusnya, jumlah tenaga puskesmas dan juru Tb yang akan melaksanakan, merupakan komponen-komponen untuk</p>
---	---

<p>5. Upaya apa saja yang telah Bapak tempuh untuk meningkatkan alokasi anggaran untuk program penanggulangan TB ?</p> <p>6. Bila terjadi pemotongan anggaran kesehatan, bagaimana dengan anggaran program penanggulangan TB ?</p>	<p>menghitung alokasi anggaran. Biasanya setelah jadi dana akan membengkak dan yang diacc hanya lebih kurang 50 % kadang-kadang 25 % karena keterbatasan anggaran.</p> <p>Ya itu tadi kita berupaya untuk ee memberikan penjelasan untuk pihak Bappeda dan juga pihak dewan , itu kita lakukan pada saat hearing . ada kalinya beberapa waktu tertentu pihak dewan mengundang dinas kesehatan untuk menyampaikan unek-unek mereka , disitulah kita sedikit banyak berupaya menyinggung beberapa masalah, termasuk program TB .</p> <p>Contohnya untuk tahun ini ada pemotongan dana OTSUS dari yang 6,7 M dipotong sekitar 2 M atau sekitar 30 % , namun demikian saya tidak mengurangi dana untuk TB dan kusta, saya pikir itu sudah terlalu minim kalau dikurangi lagi berarti semakin tidak memiliki daya ungkit lagi untuk kita bisa bergerak di bidang P2TB , jadi TB dan kusta tidak kita kurangi jadi pengurangan hanya kita lakukan kepada hal-hal yang sifatnya tidak terlalu prinsip seperti perjalanan kita kurangi , kegiatan-kegiatan kesling yang memang tidak terlalu berpengaruh. Tahun-tahun sebelumnya yang diberlakukan adalah pengurangan secara makro, artinya seluruh kegiatan dikurangi berdasarkan prosentasenya , misalnya pengurangan sebesar 10 % atau 15 % maka seluruh kegiatan dikurangi secara proporsional. Di tahun sebelumnya program TB sendiri tidak dilindungi dari pemotongan anggaran.</p>
--	---

NO	PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN
1.	Bagaimana mekanisme perencanaan anggaran untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) yang selama ini berlangsung ?	Untuk perencanaan itu, selama ini kami tinggal terima jadi aja, pasrah lah begitu, tapi enggak baiknya diceritakan, bapak kan tahu sendiri semua yang buat pak anu itu. Jadi kami ya tinggal kerja gitu, dengan dana yang diberikan.
2.	Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Ibu masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?	Sebenarnya banyak, seperti penemuan kasus kita yang masih perlu ditingkatkan lagi. Terus itu angka DO pasien TBC juga masih tinggi, itu apa... pengawasan minum obat atau PMO harusnya dipilih yang tanggung jawab. Kampanye bahaya TBC juga sangat perlu sekali. Kalo tentang pembiayaannya untuk aja ada global fund, tapi itupun masih kurang.
3.	Menurut Ibu berapa besar anggaran yang dibutuhkan untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura ?	Wah ... besar kalo itu pak, mungkin kira-kira 1 M lebihlah. Dulu waktu kami pelatihan pernah coba dihitung, itu yang saya ingat.
4.	Menurut Ibu, apakah besar anggaran tersebut cukup rasional ?	Iya , kalo mau dikerjakan dengan benar ya harus sediakan dana segitu, baru program ini bias sesuai target dari pusat.
5.	Menurut Ibu, bagaimana realisasi dari usulan	Pernah sekali itu kami usul tapi yang dapat tetep segitu-gitu aja dari tahun ke

<p>anggaran untuk program penanggulangan TB ?</p> <p>6. Menurut Ibu, bagaimana upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Jayapura untuk mendukung pelaksanaan program penanggulangan TB ?</p> <p>7. Kegiatan apa saja yang sudah dilaksanakan ?</p> <p>8. Menurut Ibu, kegiatan apa saja yang menjadi prioritas dalam program penanggulangan TB ?</p> <p>9. Menurut Ibu, apa saja kegiatan prioritas yang belum dapat dilaksanakan dengan baik atau maksimal ? Kira – kira apa penyebabnya ?</p>	<p>tahun, ya... bikin kami malas tau, yang penting kerja baik dengan apa yang ada aja pak.</p> <p>Kata pimpinan akan terus memperjuangkan dana untuk TBC, tapi realisasinya tetap aja tiap tahunnya, makanya ya itulah target-target kami enggak tercapai.</p> <p>Semua kegiatan program sudah kami kerjakan dengan keterbatasan dana, contohnya penemuan kasus, penjangkaran suspek, pemeriksaan dahak.... Truss cross check ke labkesda di dok 2, kami turun supervise juga ke pkm, money, pelatihan dokter sama orang lab yang didukung global fund, dan lain-lain.</p> <p>Kegiatan menemukan pasien itu penting, begitu juga pengobatannya yang sampai tuntas, laporan dari pkm ke dinas supaya kita ada data lengkap. Ya yang lain penyuluhanlah biar masyarakat kita sadar dan tau gejala TBC itu bagaimana, supaya mereka cepat-cepat ke pkm.</p> <p>Menurut saya sosialisasi, untuk lebih menyadarkan pejabat dan ya pasti masyarakat juga. Kunjungan rumah untuk BTA positif untuk menjangring kontak serumah, kalau di kasi transportnya yang memadai, kawan-kawan di pkm pasti bisa, sama pelatihan PMO ditingkatkan lagi maunya. Kenapa ya.... Itu dananya kurang atau enggak apa pos anggarannya. Kami mau pakai uang dari mana ?</p>
---	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN INFORMAN
1.	<p>Bagaimana mekanisme perencanaan anggaran untuk program penanggulangan Tuberculosis (TB) yang selama ini berlangsung ?</p>	<p>Itu pak , jelasnya Tanya bos aja. Menurut sa kira-kira begini, kita hitung kita punya berapa kebutuhannya sesuai perkiraan jumlah kasus, terus masukkan ke perencanaan baru dong (mereka) bawa ke Bappeda kah, dewan kah. Tong (kita) yang di bawah sering terima jadinya aja.</p>
2.	<p>Untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura, menurut Bapak masalah apa saja yang harus diprioritaskan dan bagaimana dengan pembiayaannya ?</p>	<p>Target penemuan kasus baru, PMO diperhatikan, insentif perlu kali ditambah itu. Pelatihan petugas lab yang banyak erornya, biar enggak salah kasi obat kategori berapa, penyegeran petugas puskesmas supaya enggak salah terutama pencatatan dan pelaporannya ke dinas.</p>
3.	<p>Menurut Bapak berapa besar anggaran yang dibutuhkan untuk program penanggulangan TB di Kota Jayapura ?</p>	<p>Pastinya sa tra tau, tapi kata ibu kira-kira 1 M kah. Dong yang punya tugas, kita dilapangan, yang penting bergerak sesuai tupoksi toh.</p>
4.	<p>Menurut Bapak, apakah besar anggaran tersebut cukup rasional ?</p>	<p>Iya toh, ini program besar jadi perlu dana besar supaya capai target. AIDS tambah banyak, jadi kasus TB akan naik juga di Jayapura.</p>
5.	<p>Menurut Bapak, bagaimana realisasi dari usulan</p>	<p>Kecil tra (tidak) sesuai, tapi tong tetap jalan, kasihlan masyarakat. Bos diatas</p>

<p>6. anggaran untuk program penanggulangan TB ?</p> <p>Menurut Bapak, bagaimana upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Jayapura untuk mendukung pelaksanaan program penanggulangan TB ?</p>	<p>ngerti kah, kasih naik dana gitu kah.</p> <p>Ibu bilang sudah usul, kadin juga dalam rapat sering bilang gitu. Katanya dong mau cari bantuan luar kah. Tapi trada juga sampe hari ini. Tong jalan di tempat, trada perubahan dari tahun ke tahun.</p>
<p>7. Kegiatan apa saja yang sudah dilaksanakan ?</p>	<p>Tong pu kegiatan yang sudah dikerjakan sebenarnya banyak, ee... itu pengobatan, pemeriksaan dahak, cross check, pelatihan dokter dan petugas lab tahun 2004 dan 2005.</p>
<p>8. Menurut Bapak, kegiatan apa saja yang menjadi prioritas dalam program penanggulangan TB ?</p>	<p>Peningkatan penemuan penderita baru, penjarangan suspek, kampanye , sosialisasi kah, pengobatan. Periksa dahak trus cross check, itu perlu untuk kontrol mutu.</p>
<p>9. Menurut Bapak, apa saja kegiatan prioritas yang belum dapat dilaksanakan dengan baik atau maksimal ? Kira – kira apa penyebabnya ?</p>	<p>Sosialisasi itu tra punya dana, kunjungan rumah penderita BTA positif untuk jaring kontak serumah. Kira – kira sebabnya trada dana atau terlalu kecil.</p>

Lampiran 14: Rincian Estimasi Kebutuhan Anggaran TB

**Estimasi Kebutuhan Anggaran Program TB berdasarkan KW-SPM
di Dinas Kesehatan Kota Jayapura Tahun 2008**

Total biaya obat & manajemen obat	118,285,450
Total biaya petugas TB Kota	210,761,035
Total biaya manajemen program	146,597,217
Total biaya laboratorium mikroskopis	84,484,397
Total biaya advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial	501,500,000
Total biaya pertemuan Monitoring & Evaluasi	32,240,000
Total Biaya Program TB	1,093,868,099

Total Biaya Program TB diluar gaji petugas 883.107.064,-

**Biaya Petugas TB Tingkat Kota
Manajemen Program**

Wasor	14,489,760	1
Sub-Wasor	9,585,600	1
Petugas kesehatan tingkat Puskesmas	11,976,000	9
Petugas P2M		
Lainnya <dokter>	2,865,533	9
Biaya petugas manajemen program		148,063,555
PRM	2,331,720	25
Biaya petugas laboratorium		58,293,000
GFK	4,404,480	1
Biaya petugas logistik/Gudang obat		4,404,480

Total biaya petugas TB Kota 210,761,035

Pertemuan Monev Triwulan, Kota Jayapura

Jumlah pertemuan		4
Lama pertemuan (rata-rata jumlah hari)		1
Total hari (termasuk perjalanan)		1
Jumlah peserta		36
Per Diem (rata-rata perorang dan per hari efektif)	110,000	15,840,000.00
Transport (per orang)	100,000	14,400,000.00
Akomodasi / Alat tulis Kantor (per pertemuan)	500,000	2,000,000.00
Total Biaya pertemuan Monitoring & Evaluasi		32,240,000.00

Advokasi

Biaya kontrak produksi TV, radio dan cetak program (bila ada)	150,000,000
Biaya2 lain untuk produksi program TB	
Biaya kampanye 'udara' (siaran) - radio (total)	15,000,000
Biaya kampanye 'udara' (siaran)- TV (total)	225,000,000
Biaya cetak (koran) kampanye (total)	32,000,000
Total biaya untuk kampanye mass media	422,000,000
Jumlah Konfransi Pers	2
Jumlah peserta	30
Jumlah peserta yang membutuhkan per diems	15
Per diems per peserta	150,000
Biaya perjalanan per peserta	100,000
Biaya penyegaran/ makan siang per peserta	30,000
Jumlah peserta yang membutuhkan hotel	
Jumlah hari tinggal di hotel	
Biaya hotel per hari/orang	75,000
Biaya sewa ruang untuk konfransi Pers	750,000
Biaya ATK (total)	500,000
Total biaya pertemuan/rapat :	11,800,000
Training Journalists in TB Issues	
Jumlah kali pertemuan	1
Lama pertemuan (rata2 jumlah hari)	1
Total hari (termasuk hari perjalanan kedatangan dan pulang)	1
Jumlah peserta (e.g., # of puskesmas)	10
Per diem (rata2 per hari efektif per orang)	150,000
Per Diem (hari kedatangan dan pulang)	300,000
Akomodasi (per orang per hari)	75,000
Transport (per orang per pertemuan)	100,000
Fasilitator (jumlah)	
Per diem (rata2 per hari efektif per orang)	150,000
Per Diem (hari kedatangan dan pulang)	300,000
Transport (per orang per pertemuan)	100,000
Instruktur (Lab/lapangan) (jumlah)	
Per diem (rata2 per hari efektif per orang)	150,000
Per Diem (hari kedatangan dan pulang)	300,000
Transport (per orang per pertemuan)	100,000
Narasumber (jumlah)	2
Jasa ahli (per narasumber per pertemuan)	350,000
Per Diem (average per person and per effective day)	150,000
Per Diem (arrival and departure days)	0
Transport (per person per meeting)	50,000
Komite lokal/panitia (jumlah)	5
Per diem (rata2 per hari efektif per orang)	150,000
Per Diem (hari kedatangan dan pulang)	300,000
Transport (per orang per pertemuan)	100,000
Praktek lapangan, per training	100,000
Copy Modul, per peserta	25,000
ATK (per pertemuan)	1,000,000
Sewa ruang, dll. per pertemuan	1,500,000
Blaya training	10,400,000

Pengembangan Informasi, Edukasi dan Material Komunikasi untuk Advokasi	
Biaya sewa/kontrak untuk produksi material KIE (bila ada)	
Biaya2 lain untuk produksi material KIE	20,000,000
Biaya sewa/kontrak untuk produksi material promosi World TB day (bila ada)	
Biaya2 lain untuk material promosi World TB day	10,000,000
Biaya produksi poster	10,000,000
Jumlah perbanyak (copy) material KIE	
Biaya Printing/cetak per copy material KIE	
Jumlah copy material promosi yang di cetak/print	
Biaya Printing/cetak material promosi	
Jumlah poster yang di print/cetak	
Biaya Printing/cetak per poster	
Total biaya pengembangan /cetak petunjuk dan material KIE untuk CTBC	40,000,000
Advokasi kepada Pengambil Keputusan untuk pendanaan lokal	
Jumlah kali pertemuan	2
Lama pertemuan (rata2 jumlah hari)	1
Total hari (termasuk hari perjalanan kedatangan dan pulang)	1
Jumlah peserta	20
Per diem (rata2 per hari efektif per orang)	300,000
Per Diem (hari kedatangan dan pulang)	300,000
Transport (per orang per pertemuan)	100,000
Narasumber (jumlah)	2
Jasa ahli (per narasumber per pertemuan)	500,000
Per Diem (average per person and per effective day)	150,000
Per Diem (arrival and departure days)	150,000
Transport (per person per meeting)	100,000
Komite lokal/panitia (jumlah)	8
Per diem (rata2 per hari efektif per orang)	300,000
Per Diem (hari kedatangan dan pulang)	300,000
Transport (per orang per pertemuan)	100,000
Biaya sewa ruang (per hari)	1,000,000
Biaya ATK (total)	500,000
Biaya2 lain (total)	-
Total biaya advokasi	17,300,000
Total biaya advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial	501,500,000
Laboratorium Mikroskopis	
Jumlah mikroskop	1
Biaya satu mikroskop	13,000,000
Jumlah Pot Sputum	7,438
Biaya satu Pot sputum	1,800
Jumlah Reagen Ziehl Neelsen	27
Biaya satu paket/kotak	150,000
Jumlah Ose	18
Biaya satu ose	50,000
Jumlah Emersi Oli	10
Biaya satu Emersi Oil	25,000
Jumlah Slide	100
Biaya satu Box	33,000
Jumlah Xylene	18
Biaya satu Btl	40,000
Jumlah Kit Lab	9
Biaya satu Kit	137,000
Total biaya perlengkapan mikroskop	35,353,800
Jumlah kebutuhan perawatan lab penghubung/pendukung (peripheral)	
Biaya perlengkapan pemeliharaan dan perbaikan mikroskop lab	4,500,000
Estimasi jumlah kasus baru BTA (+) yang diobati tiap tahun	177
Slides per kasus BTA (+)	42
Estimasi jumlah sediaan per tahun	7,438
Petugas Diagnostik (Insentif per slide preparat)	3,000
Petugas Diagnostik (Insentif per slide uji/examined)	3,000
Total biaya sediaan/smears	44,830,597
Total biaya laboratorium mikroskopis	84,484,397

BIAYA DAN MANAJEMEN OBAT

Untuk penderita kategori I & III	
Estimasi total jumlah kasus BTA (+) yang ditangani/diobati oleh Program TB/NTP	177
Estimasi total jumlah kasus BTA (-)/EP yang diobati oleh Program TB/NTP	62
1. Nama sediaan/regimen: <FDC>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	239
Biaya satuan sediaan ini per penderita	299,200
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	71,536,471
2. Nama sediaan/regimen: <Kombipak>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	12
Biaya satuan sediaan ini per penderita	399,600
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	4,777,068
3. Nama sediaan/regimen: <Sisipan>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	9
Biaya satuan sediaan ini per penderita	66,000
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	584,448
Total biaya obat TB kategori I & III	76,897,987
Untuk penderita kategori II	
Estimasi jumlah total penderita dengan peobatan ulang yang ditangani tiap tahun	12
1. Nama sediaan/regimen: <FDC>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	12
Biaya satuan sediaan ini per penderita	378,500
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	4,500,918
2. Nama sediaan/regimen: <Kombipak>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	1
Biaya satuan sediaan ini per penderita	1,200,000
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	1,200,000
3. Nama sediaan/regimen: <Sisipan>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	1
Biaya satuan sediaan ini per penderita	66,000
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	66,000
Total biaya obat TB kategori II	5,766,918
Untuk anak (penderita dengan usia kurang dari 15 tahun)	
Estimasi jumlah total anak penderita TB yang diobati tiap tahun	60
1. Nama sediaan/regimen: <FDC>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	60
Biaya satuan sediaan ini per penderita	127,200
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	7,603,141
2. Nama sediaan/regimen: <Kombipak>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	3
Biaya satuan sediaan ini per penderita	50,000
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	149,433
3. Nama sediaan/regimen: <Buffer stock FDC Anak>	
Jumlah penderita dengan sediaan/regimen ini	6
Biaya satuan sediaan ini per penderita	127,200
Total biaya sediaan/regimen <sebutkan>	760,314
Total cost of drugs for children	8,612,888
Buffer stock	
Estimasi jumlah buffer stock untuk penderita kategori I dan III	24
Rata-rata biaya obat TB per penderita	299,200
Estimasi jumlah buffer stock untuk penderita kategori II	9
Rata-rata biaya obat TB per penderita	378,500
Total biaya buffer stock	10,487,859
Manajemen Obat/farmasi & biaya penanganan (Handling Costs)	
Biaya penyimpanan tingkat kab/kota	1,000,000
Distribusi	
Biaya distribusi untuk tingkat kab/kota	15,620,000
Total biaya manajemen obat TB	16,620,000
Ringkasan biaya	
Total biaya obat TB kategori I & III	76,897,987
Total biaya obat TB kategori II	5,766,918
Total cost of drugs for children	8,612,888
Total biaya buffer stock	10,487,859
Total biaya manajemen obat TB	16,620,000
TOTAL BIAYA DAN MANAJEMEN OBAT	118,285,460

Supervisi di tingkat Kota Jayapura	
Kunjungan Tim TB Kab/Kota ke	
UPK/Puskesmas	
Jumlah kunjungan supervisi dalam 1 tahun (normal)	284
Lama kunjungan supervisi (hari)	1
Jumlah petugas per kali perjalanan supervisi	1
Per diem (rata-rata per petugas)	150,000
Biaya transport (rata-rata per perjalanan)	100,000
Total biaya supervisi di tingkat Kota Jayapura	71,000,000

Insentif petugas TB untuk penemuan kasus/Case Finding	Insentive per case (Rp)	
Jumlah kasus		177
Wasor TB	5,000.0	885,528
Petugas Puskesmas	8,000.0	1,416,844
Petugas Lain	7,500.0	1,328,292

Insentif petugas TB untuk Penanganan kasus/Case Holding	Insentif per kasus (Rp)	
Pengobatan/treatment Success Rate		0.9
Jumlah kasus		159
Wasor TB	5,000.0	796,975
Petugas TB	17,000.0	2,709,715
Petugas lain		0

Insentif Konversi untuk petugas TB untuk		
Angka konversi dalam keberhasilan pengobatan pasien TB		0.8
Jumlah kasus		142
Wasor TB		0
Petugas Puskesmas	15,000.0	2,125,267
Petugas lain	7,500.0	1,062,633
Total biaya penguatan supervisi		10,325,253

Transport untuk kontak/pelacakan penderita/contact tracing	177
Persentase kasus yang dilacak	0.1
Jumlah kasus yang perlu di lacak	18
Insentif per kasus	25,000

Biaya tahunan pelacakan penderita	
Biaya pelacakan penderita	442,764

Transport pengawasan penderita minum obat	239
Persentase kasus yang dikunjungi	0
Jumlah kasus yang perlu pengawasan minum obat	24
Insentif per kasus	30,000

Biaya tahunan pengawasan penderita minum obat		
Biaya pengawasan minum obat		717,277
Total biaya transportasi		1,160,041
Ruang kantor dan perlengkapan tingkat Kota		
Biaya tahunan ATK	12,000,000.0	12,000,000
Biaya administrasi tahunan di Propinsi (perangko, materai, surat, fax, dll)	2,400,000.0	2,400,000
Biaya tahunan untuk telepon dan fax	18,000,000.0	18,000,000
Biaya tahunan untuk administrasi Kab/Kota	400,000.0	1,600,000
Biaya tahunan ruang kantor		34,000,000
Perlengkapan kantor		
	Unit cost	
Komputer (masa pakai)	9,500,000.0	9,500,000
Biaya email (tahunan)	2,500,000.0	2,500,000
Biaya perlengkapan kantor (pembelian dan pemeliharaan)		12,000,000
Total biaya kebutuhan kantor, ruang, perlengkapan dan pemeliharaan di tingkat Kota		46,000,000
Form Pencatatan & Pelaporan		516
Jumlah TB-01	1,500	2,603
Jumlah TB-02	1,000	2,603
Jumlah TB-03 UPK	30,000	142
Jumlah TB-04	15,000	50
Jumlah TB-05	15,000	156
Jumlah TB-06	15,000	142
Jumlah TB-07		
Jumlah TB-08		
Jumlah TB-09	250	100
Jumlah TB-10	250	100
Jumlah TB-11		
Jumlah TB-12	15,000	26
Jumlah TB-13		
Total Biaya form pencatatan & pelaporan		5,922
Biaya <TB 01>		3,904,500
Biaya <TB 02>		1,301,500
Biaya <TB 03 UPK>		3,550,000
Biaya <TB 04>		1,250,000
Biaya <TB 05>		3,900,000
Biaya <TB 06>		3,550,000
Biaya <TB 12>		650,000

Total biaya item lainnya	18,111,922
Total biaya supervisi di tingkat Kab/Kota	71,000,000
Total biaya penguatan supervisi	10,325,253
Total biaya transportasi	1,160,041
Total biaya kebutuhan kantor, ruang, perlengkapan dan pemeliharaan di tingkat Kota	46,000,000
Total biaya item lainnya	18,111,922
Total biaya manajemen program	146,597,217



Baseline NTP Budget in 2008

Kota Jayapura
KTI

	2008
TAHUN ANGGARAN 2008 (tahun anggaran dimulai tahun kalender 2008)	
Mulainya tahun anggaran 2008 (hari, bulan, tahun)	1-Jan-08
Perkiraan cakupan jumlah BTA (+) baru yang akan diobati dengan anggaran ini	177
Perkiraan cakupan jumlah penderita BTA (-)/extra-pulmonary yang akan diobati dengan anggaran ini	62
Total Kebutuhan anggaran 2008 berdasarkan kelompok anggaran	
	Rp
Obat TB: Lini Pertama	191,686,600
Obat TB: Lini kedua (untuk MDR-TB)	
	Rp
Petugas TB, bekerja secara khusus untuk program TB	131,859,360
	Rp
Inisiatif untuk peningkatan penemuan kasus dan cure rates	35,460,000
	Rp
Kegiatan kolaborasi TB/HIV	-
	Rp
Gedung, kendaraan, peralatan (lab/ perlengkapan kantor. dll.)	-
	Rp
Lainnya (kelengkapan lab, bensin untuk supervisi, training)	223,100,000
	Rp
TOTAL	582,105,960
	Biaya per
Anggaran per pasien berdasarkan komponen biaya (line item)	pasien pada
	tahun 2008
	Rp
Obat TB: lini pertama/pilihan pertama	127,200
	Rp
Petugas TB, yang bekerja khusus untuk Prog TB	551,499
	Rp
Kegiatan dalam rangka peningkatan case detection dan cure rates	148,311
	Rp
Lainnya (perlengkapan lab, bensin/transport supervisi, training)	933,112

Referensi Anggaran :

Nilai inflasi tahunan	9%
Tahun mulai (Tahun pertama perhitungan proyeksi anggaran)	2008

Peserta (Kab/Kota)

	Rp
Per diem ke propinsi (rata-rata per orang per hari)	300,000
	Rp
Per diem, antar kab (rata-rata per orang per hari)	110,000
	Rp
Transport ke Propinsi (per orang)	100,000
Transport ke Propinsi (per orang dari daerah terpencil)	
Transport antar kab (per orang)	
Transport antara kab (per orang dari/ke daerah terpencil)	

Peserta (Propinsi)

	Rp
Per diem (rata-rata per orang per hari)	300,000
	Rp
Transport (per orang)	100,000

Narasumber

	Rp
Jasa Tenaga Ahli (per narasumber per kali pertemuan)	500,000
	Rp
Per diem (rata-rata per orang per hari)	150,000
	Rp
Transport (per orang)	100,000

Komite lokal/ Panitia

	Rp
Per diem (rata-rata per orang per hari)	300,000
	Rp
Transport (per orang)	100,000

Biaya sewa ruang (per hari, propinsi)

	Rp
Biaya sewa ruang (per hari, propinsi)	1,000,000
	Rp
Biaya ATK (total, pertemuan tingkat propinsi)	500,000
Biaya lain2 untuk pertemuan (per peserta, pertemuan tingkat propinsi)	Rp
	-

Biaya sewa ruang (per hari, kabupaten)

	Rp
Biaya sewa ruang (per hari, kabupaten)	750,000
	Rp
Biaya ATK (total, pertemuan tingkat kabupaten)	500,000

Petugas Propinsi	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	Rp 350,000
Transport (per orang)	Rp 100,000
Petugas propinsi ke daerah terpencil	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	
Transport (per orang)	
Biaya2 lain untuk kunjungan supervisi Petugas PTO	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	Rp -
Transport (per orang)	Rp -
PTO ke daerah terpencil	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	Rp -
Transport (per orang)	Rp -
Biaya2 lain untuk kunjungan supervisi PTO Petugas Tim TB Kab/kota	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	Rp 150,000
Transport (per orang)	Rp 100,000
Tim TB Kab/Kota ke daerah terpencil	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	
Transport (per orang)	
Biaya2 lain untuk kunjungan supervisi kab/kota	Rp 15,000
Petugas Puskesmas	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	Rp 300,000
Akomodasi (per orang per hari)	Rp 75,000
Transport (per orang)	Rp 100,000
Petugas Puskesmas (daerah terpencil)	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	
Accomodation (per orang per hari)	
Transport (per person)	
NGO Staff	
Per diem (rata-rata per orang per hari)	Rp -
Accomodation (per orang per hari)	Rp

	-
	Rp
Transport (per person)	-
Facilitator	Rp
Per diem (rata-rata per orang per hari)	300,000
	Rp
Transport (per person)	100,000
Resource Person	Rp
Expert Fee (per resource person per meeting)	500,000
	Rp
Per diem (rata-rata per orang per hari)	-
	Rp
Transport (per person)	-
Local Committee	Rp
Per diem (rata-rata per orang per hari)	300,000
	Rp
Accomodation (per orang per hari)	75,000
	Rp
Transport (per orang)	100,000
Biaya lain2	Rp
Praktek lapangan per training	100,000
	Rp
Fotocopy Modul, per peserta	25,000
	Rp
ATK (per training)	1,000,000
	Rp
Sewa ruang, dll. per training	1,500,000
Jumlah slide tiap pasien BTA (+)	42
	Rp
Biaya per slide (exame, preparation, transport)	3,000
	Rp
Biaya transport Cross Check	250,000
	Rp
Jasa Cross Check	3,000
Jumlah slide yang telah di 'cross-check' (2006)	1,335
	Rp
Total biaya ATK	12,000,000
Annual cost of Admin (Stamp, materai, letter exp,dll)	Rp

	2,400,000	
	Rp	
Annual Costs for Telephone and fax expenses	18,000,000	
	Rp	
Administrasi kab/kota	400,000	
Lab packages	Value	
	1	0
Biaya pengadaan dan distribusi persediaan/perlengkapan lab dan reagen per satu kultur	27,435	
Biaya perlengkapan pemeliharaan dan perbaikan per lab kultur	9,145,100	
Biaya pemeliharaan dan perbaikan peralatan per lab DST	9,145,100	
Biaya pemeliharaan dan perbaikan peralatan per lab mikroskop Cost of equipment maintenance and repair per microscopy lab	1,829,020	
Cost of establish new centres at central level (microscopy + culture + DST)	548,706,000	
Cost of establish new centres at intermediate level (microscopy + culture)	274,353,000	
Cost of establishing new existing microscopy centres at peripheral level	137,176,500	
Biaya pengadaan dan distribusi dari kebutuhan lab dan reagen per DST	137,177	
Biaya pengadaan dan distribusi kebutuhan lab dan reagen per satu sediaan	9,145	
Biaya kebutuhan peralatan standar untuk tiap satu lab kultur	1,007,058,412	
Biaya kebutuhan peralatan standar untuk tiap lab DST	1,103,045,382	
Biaya kebutuhan peralatan standar untuk lab mikroskopis tingkat bawah], untuk pelayanan sekitar 100 000 populasi	219,482,400	
Biaya peningkatan/ perbaikan mikroskop yang ada di tingkat bawah	500,000	