



**ANALISIS PEMBIAYAAN DALAM PROGRAM PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS (TB) DENGAN PENDEKATAN *HEALTH ACCOUNT*
(HA) DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh :

**Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara
NIM 162110101097**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2021**



**ANALISIS PEMBIAYAAN DALAM PROGRAM PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS (TB) DENGAN PENDEKATAN *HEALTH ACCOUNT*
(HA) DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara
NIM 162110101097**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2021**

PERSEMBAHAN

Penulis bersyukur kepada Allah S.W.T atas nikmat dan karunia yang telah diberikan, sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember”. Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orangtua saya, Ibu Mira Herawati dan Bapak Suntoro S.H. yang telah senantiasa mengiringi perjalanan saya, mendukung dengan sekuat jiwa dan raga. Terima kasih atas segala dedikasi, kasih sayang, dan hidup yang telah diberikan kepada saya. Saya bangga menjadi anak kalian.
2. Adik saya, Emirta Shania Pramesti yang telah menjadi adik yang baik. Terima kasih sudah mau menerima cerita-cerita saya selama ini.
3. Keluarga besar saya, terima kasih telah memberikan dorongan dan semangat hingga saya sampai di titik ini.
4. Guru dan dosen saya mulai dari TK Dewi Sartika, SD Semen Gresik, SMP N 1 Gresik, SMAN 1 Gresik, dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Terima kasih telah mendidik dan membimbing saya serta membekali saya dengan berbagai ilmu dan pengetahuan.
5. Teman-teman yang telah ikhlas memberikan dukungan, bantuan, motivasi yang tiada hentinya.

MOTTO

Seorang terpelajar harus juga berlaku adil sudah sejak
dalam pikiran, apalagi dalam perbuatan
(Pramoedya Ananta Toer)^{1*)}



^{1*)} Pramoedya Ananta Toer. 2005. Bumi Manusia. Jakarta: Lentera Dipantara

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara

NIM : 162110101097

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Analisis Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan Health Account (HA) di Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 19 Oktober 2021

Yang menyatakan,



Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara

NIM 162110101097

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**ANALISIS PEMBIAYAAN DALAM PROGRAM PENANGGULANGAN
TUBERKULOSIS (TB) DENGAN PENDEKATAN HEALTH ACCOUNT
(HA) DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh :

**Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara
NIM 162110101097**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Analisis Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan Health Account (HA) di Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 19 Oktober 2021
Tempat : Zoom Meeting (<https://unej-id.zoom.us/j/96239441438>)

Pembimbing Tanda Tangan

1. DPU : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.
NIP. 197810162009122001 (.....)
2. DPA : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.
NIP. 198207232010121003 (.....)

Penguji

1. Ketua : Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002 (.....)
2. Sekretaris : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.
NIP. 198204162010122003 (.....)
3. Anggota : Kaspar, AMG, S.Psi, MPH. AAK.
NIP. 197307202000031004 (.....)

Mengesahkan
Dekan,

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.
NIP. 19801009200512002

PRAKATA

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena atas rahmat, taufik, hidayah serta karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Analisis Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan Health Account di Kabupaten Jember* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Penulis mengucapkan terima kasih dan apresiasi setinggi-tingginya kepada Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah tanpa henti memberikan bimbingan, ilmu, masukan, serta kritik maupun saran pada penulisan skripsi ini. Terima kasih dan apresiasi juga penulis sampaikan sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. Selaku Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus Sekretaris Penguji yang bersedia meluangkan waktu dan memberikan masukan bagi kesempurnaan penulisan skripsi.
3. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. Selaku Ketua Penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukan bagi kesempurnaan penulisan skripsi ini.
4. Kaspar, AMG, S.Psi, MPH. AAK. Selaku Penguji Anggota yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukan bagi kesempurnaan penulisan skripsi ini.
5. Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan nasehat dan motivasi kepada saya selama menjadi mahasiswa.

6. Kedua orang tua saya, Mira Herawati dan Suntoro S.H. Ibu dan Ayah yang selalu menjadi tempat saya untuk pulang, memberikan dukungan, perhatian dan kasih sayang tanpa batas kepada saya.
7. Kakek dan nenek saya, R.M. Hartono dan Murni Asmarawati. Terima kasih atas semua kasih sayang yang kalian berikan.
8. Teman terdekat saya, Taufan Fairus Majid, yang sudah kebersamaian saya sejak SMP hingga saat ini dan selalu memberikan bantuan serta mau mendengarkan keluh kesah saya.
9. Sahabat-sahabat saya selama kuliah, Rifda, Risda, Gati, Mbom, dan Mahrus, yang selalu menemani saya sejak semester dua dan memberikan dukungan serta semangat kepada saya.
10. Teman-teman Ciwawa Kelompok 7 PBL Cindogo Tapen yang selama 40 hari melakukan kegiatan PBL bersama-sama.
11. Seluruh teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat khususnya peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2016 yang selalu kompak dalam menuntut ilmu bersama.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya penulis sampaikan terima kasih.

Jember, Oktober 2021

Penulis

RINGKASAN

Analisis Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan Health Account (HA) di Kabupaten Jember; Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara; 2021; 86 halaman; Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Pada tahun 2018, jumlah kasus tuberkulosis (TB) di Indonesia yang ditemukan sebanyak 566.623 kasus. Alokasi dana dari APBD yang dimiliki Kabupaten Jember untuk program penanggulangan TB adalah sebesar Rp 618.030.000 sementara dana yang bersumber dari *Global Fund* sebesar Rp 65.877.500. Namun pada tahun 2019 terjadi penurunan alokasi biaya yang bersumber dari APBD Kabupaten Jember yaitu sebesar Rp 748.825.000 dan terjadi peningkatan dari *Global Fund* sebesar Rp 469.076.000, yang mana tiga kali lipat lebih besar dari alokasi anggaran *Global Fund* pada tahun sebelumnya. Hal ini membuktikan bahwa saat ini dana dari mitra internasional masih mendominasi dalam program penanggulangan TB di Kabupaten Jember. Alokasi anggaran yang sedemikian besar rupanya tidak cukup signifikan dalam upaya penanggulangan TB, dibuktikan dengan makin bertambahnya jumlah kasus TB tiap tahunnya baik kasus baru maupun kasus kambuh. Proses identifikasi anggaran pada program penanggulangan TB dapat dilakukan dengan *Health Account*. Pendekatan ini akan menelusuri sumber serta aliran dana sebuah sistem kesehatan. Untuk mengetahui keadaan pembiayaan kesehatan pada program penanggulangan TB secara menyeluruh, maka perlu dilakukan analisis pembiayaan dalam program penanggulangan Tuberkulosis (TB) melalui metode *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Unit analisis pada penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, RSD dr. Soebandi, RSD Balung, RSD Kalisat. Adapun untuk instansi dari sektor swasta yaitu Organisasi TB Care Aisyiyah. Variabel dalam penelitian ini adalah sembilan dimensi dari Health Account, yaitu sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, dan penerima manfaat. Teknik pengumpulan data yang

digunakan yaitu wawancara dan studi dokumen. Analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

Hasil dari penelitian ini adalah sumber biaya dalam program penanggulangan Tuberkulosis sebagian besar berasal dari APBD (63,42%). Kemudian pengelola anggaran terbesar adalah dinas kesehatan (84,97%) sedangkan penyedia pelayanan terbesar adalah puskesmas (54,59%). Fungsi kesehatan didominasi oleh program deteksi dini penyakit (47,11%), dan untuk program kesehatan difokuskan pada program tuberkulosis (75,21). Kegiatan yang paling banyak dilakukan adalah kegiatan yang bersifat tidak langsung (59,43%) berupa manajerial dan koordinasi serta pengadaan dan pelatihan kader yang mendominasi anggaran kegiatan, dikarenakan dalam penanggulangan tuberkulosis difokuskan pada kegiatan penemuan kasus di tiap-tiap kecamatan sehingga memerlukan biaya yang banyak. Pembiayaan untuk belanja pada program penanggulangan tuberkulosis semuanya dilakukan untuk kegiatan operasional di tingkat kabupaten (44,69%) dan kecamatan (55,31%). Adapun penerima manfaat dalam program penanggulangan tuberkulosis mayoritas adalah masyarakat dengan rentang usia 19-64 tahun (76,84%) dalam arti rentang usia yang lain secara bersamaan menerima manfaat suatu kegiatan (23,16%).

Saran yang dapat diberikan untuk dinas kesehatan yaitu menyusun anggaran yang lebih efektif dan efisien pada saat tahap perencanaan. Pemerintah Kabupaten Jember juga harus mulai memikirkan sumber biaya lainnya sebagai bentuk antisipasi saat berakhirnya dukungan dana dari pihak *Global Fund*. Pemerintah Kabupaten Jember beserta dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dapat mulai melaksanakan *District Health Account* di tingkat kabupaten dengan tujuan melihat kecukupan, ketepatan alokasi, serta efektifitas pembiayaan kesehatan sebagai dasar penetapan prioritas kebijakan pembiayaan pada tahun-tahun anggaran selanjutnya.

SUMMARY

Analysis of Financing on Tuberculosis Program Using Health Account (HA) Approach in Jember; Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara; 162110101097; 2021; 86 pages ; Health Policy and Administration Studies, Undergraduate Programme of Public Health, Faculty of Public Health, University of Jember.

In 2018, the number of tuberculosis (TB) cases in Indonesia was found to be 566,623 cases. The allocation of funds from the APBD owned by Jember Regency for the TB control program is Rp. 618,030,000 while the funds from the Global Fund are Rp. 65,877,500. However, in 2019 there was a decrease in the allocation of costs sourced from the Jember Regency APBD, which amounted to Rp. 748,825,000 and an increase from the Global Fund of Rp. 469,076,000, which was three times larger than the Global Fund budget allocation in the previous year. This proves that currently funds from international partners still dominate the TB control program in Jember Regency. Such a large budget allocation is apparently not significant enough in the effort to control TB, as evidenced by the increasing number of TB cases each year, both new cases and relapse cases. The process of identifying the budget for the TB control program can be done with a Health Account. This approach will track the sources and flows of funds for a health system. To find out the state of health financing in the TB control program as a whole, it is necessary to analyze the financing in the Tuberculosis (TB) control program through the Health Account (HA) method in Jember Regency.

This study uses a descriptive type of research. The unit of analysis in this study was the Jember District Health Office, RSD dr. Soebandi, Balung Hospital, Kalisat Hospital. As for institutions from the private sector, namely the TB Care Aisyiyah Organization. The variables in this study are nine dimensions of the Health Account, namely source of funds, budget manager, service provider, health function, type of program, type of activity, budget line, activity level, and beneficiaries. Data collection techniques used are interviews and document studies. The analysis used in this research is univariate analysis and bivariate analysis.

The results of this study are the source of funds in the Tuberculosis prevention program mostly comes from the APBD (63.42%). Then the largest

budget manager is the health office (84.97%) while the largest service provider is the puskesmas (54.59%). The health function is dominated by the disease early detection program (47.11%), and the health program is focused on the tuberculosis program (75.21). The activities that were mostly carried out were indirect activities (59.43%) in the form of managerial and coordination as well as procurement and training of cadres which dominated the activity budget, because tuberculosis control was focused on case finding activities in each sub-district so that it required a lot of costs. All of the financing for spending on the tuberculosis control program was carried out for operational activities at the district (44.69%) and sub-district (55.31%). The majority of beneficiaries in the tuberculosis control program are people with an age range of 19-64 years (76.84%) in the sense that other age ranges simultaneously receive the benefits of an activity (23.16%).

Suggestions that can be given to the health office are to prepare a more effective and efficient budget at the planning stage. The Jember Regency Government must also start thinking about other sources of funding as a form of anticipation when the end of funding support from the Global Fund. The Jember Regency Government along with the Jember District Health Office can start implementing the District Health Account at the district level with the aim of seeing the adequacy, accuracy of allocation, and effectiveness of health financing as the basis for setting priorities for financing policies in the following fiscal years.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO.....	iv
PERNYATAAN	v
PEMBIMBINGAN	vi
PENGESAHAN.....	vii
PRAKATA.....	viii
RINGKASAN	x
<i>SUMMARY</i>	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Sistem Kesehatan.....	9

2.2	Pembiayaan Kesehatan	11
2.2.1	Definisi Pembiayaan Kesehatan.....	11
2.2.2	Unsur-unsur Pembiayaan	12
2.2.3	Prinsip Pembiayaan Kesehatan	12
2.2.4	Jenis-jenis Pembiayaan	13
2.2.5	Masalah Pembiayaan Kesehatan	14
2.2.6	Sumber Pembiayaan Kesehatan	15
2.3	Tuberkulosis.....	16
2.4	<i>Health Account</i>	18
2.4.1	<i>System of Health Account</i>	18
2.4.2	Konsep <i>Health Account</i>	20
2.4.3	Dimensi <i>Health Account</i>	21
2.5	Kerangka Teori.....	35
2.6	Kerangka Konsep	36
BAB 3.	METODE PENELITIAN	38
3.1	Jenis Penelitian	38
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
3.3	Unit Analisis dan Responden.....	38
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	39
3.5	Data dan Sumber Data.....	44
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	45
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data	45
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data	45
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	46
3.7.1	Teknik Penyajian Data	46
3.7.2	Teknik Analisis Data.....	46
3.8	Alur Penelitian	48
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
4.1	Hasil	49

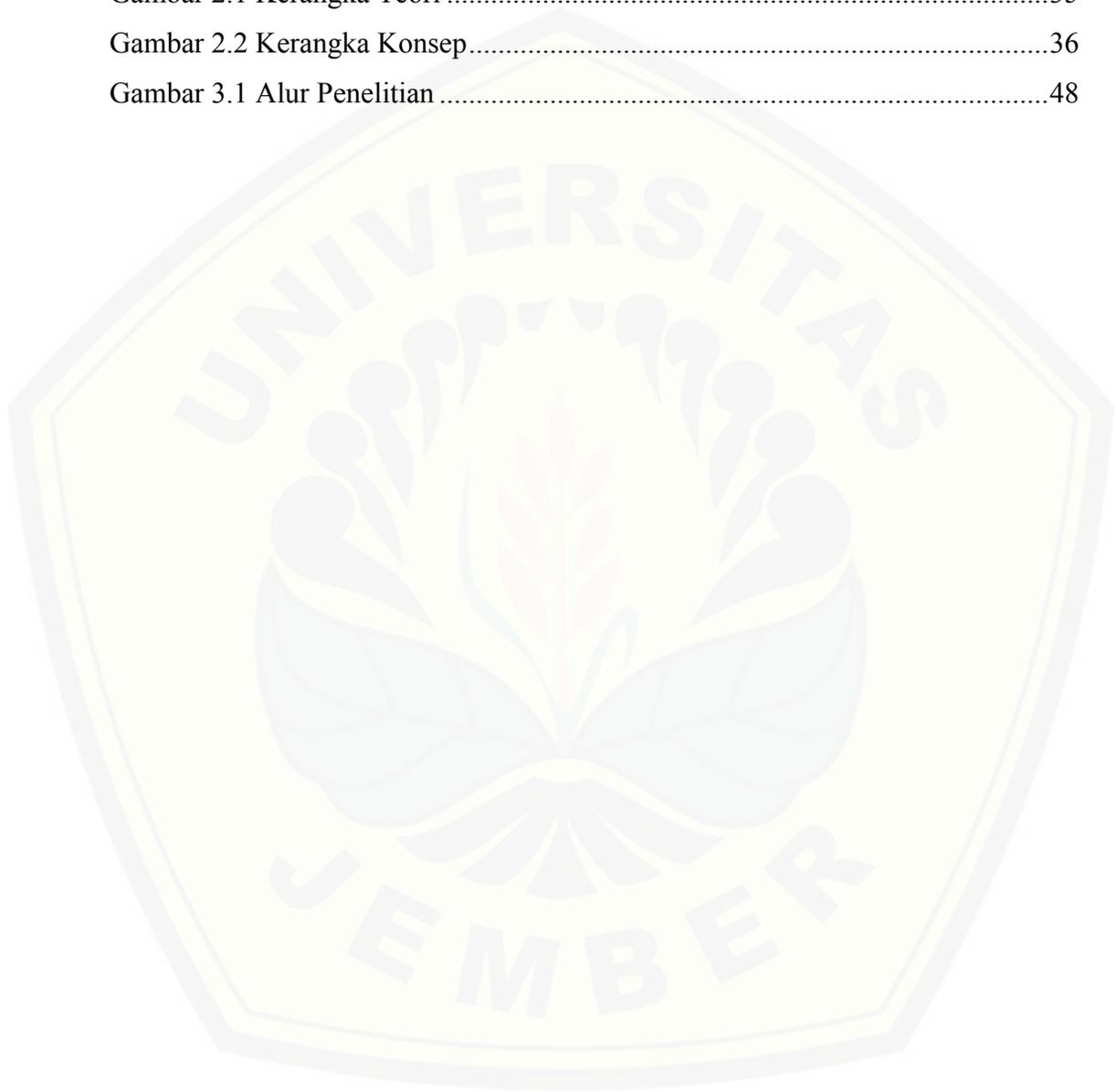
4.1.1	Gambaran Komponen Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember.....	49
4.1.2	Analisis Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember.....	56
4.1.3	Analisis Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Pelayanan dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember	56
4.1.4	Analisis Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Pengelola Anggaran dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember	58
4.2	Pembahasan	58
4.2.1	Komponen Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember.....	58
4.2.2	Analisis Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember.....	68
4.2.3	Analisis Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Pelayanan dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember	69
4.2.4	Analisis Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Pengelola Anggaran dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember	70
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	72
5.1	Kesimpulan.....	72
5.2	Saran	73
DAFTAR PUSTAKA.....		75
LAMPIRAN		80

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	39
Tabel 4. 1 Sumber Biaya Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember.....	49
Tabel 4. 2 Pengelola Anggaran Program Pembiayaan TB Kabupaten Jember	50
Tabel 4. 3 Penyedia Pelayanan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember	51
Tabel 4. 4 Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember...	51
Tabel 4. 5 Program Kesehatan Penanggulangan TB Kabupaten Jember	52
Tabel 4. 6 Jenis Kegiatan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember.....	53
Tabel 4. 7 Mata Anggaran Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember	54
Tabel 4. 8 Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember ...	55
Tabel 4. 9 Penerima Manfaat Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember..	55
Tabel 4. 10 Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan Program Penanggulangan Tuberkulosis Kabupaten Jember.....	56
Tabel 4. 11 Penyedia Pelayanan dan Jenis Kegiatan Program Penanggulangan TB	57
Tabel 4. 12 Jenis Kegiatan dan Pengelola Anggaran Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember.....	58

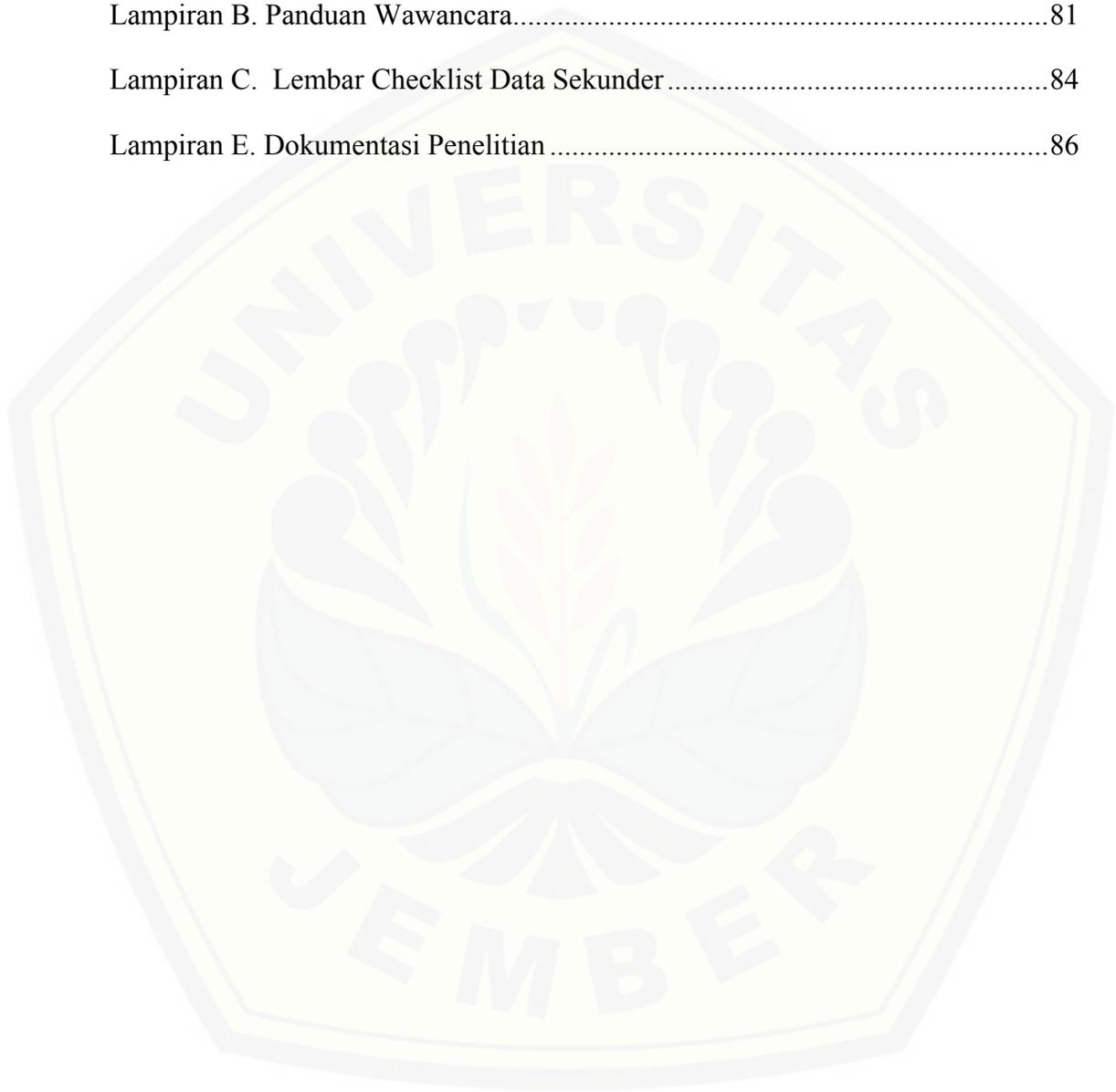
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	35
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	36
Gambar 3.1 Alur Penelitian	48



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan (Informed Consent)	80
Lampiran B. Panduan Wawancara.....	81
Lampiran C. Lembar Checklist Data Sekunder	84
Lampiran E. Dokumentasi Penelitian	86



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis atau biasa dikenal dengan TB, merupakan suatu jenis penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang organ seperti paru-paru, tetapi dapat menyerang organ tubuh lain dan dapat menyebabkan gangguan pada sistem pernafasan. Pasien yang terserang penyakit TB memiliki gejala utama yaitu batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk tersebut juga dapat diiringi dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, sesak nafas, batuk darah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, badan lemas, malaise, berkeringat pada malam hari meskipun tidak melakukan kegiatan fisik, dan demam yang berlangsung lebih dari satu bulan. (Kemenkes, 2018). Menurut *World Health Organization* (WHO), tuberkulosis paru merupakan salah satu dari 10 penyebab kematian di dunia dengan total kematian karena tuberkulosis pada tahun 2018 secara global sebesar 1,4 juta. Berdasarkan laporan dari WHO, pada tahun 2018 secara global diperkirakan terdapat kasus tuberkulosis (TB) sebanyak 10 juta kasus. Kasus TB terbanyak ditemukan di Asia Tenggara sebanyak 44%, Afrika 24%, dan Pasifik Barat 18%. Negara Indonesia adalah salah satu negara yang mempunyai beban tuberkulosis yang terbesar diantara 8 negara di dunia yaitu India sebesar 27%, China sebesar 9%, Indonesia sebesar 8%, Philippina sebesar 6%, Pakistan sebesar 5%, Nigeria sebesar 4%, Bangladesh sebesar 4% dan Afrika Selatan sebesar 3%. Persentase tersebut menunjukkan bahwa Indonesia berada pada peringkat ketiga dunia dengan jumlah kasus TB terbanyak di tahun 2018 (WHO, 2019). Hal ini pula yang menempatkan Indonesia kedalam daftar 10 negara dengan beban TB tertinggi sedunia.

Pada tahun 2018, jumlah kasus tuberkulosis (TB) di Indonesia yang ditemukan sebanyak 566.623 kasus. Hal ini menandakan bahwa terjadi peningkatan dibandingkan dengan total seluruh kasus tuberkulosis yang

ditemukan pada tahun 2017 yang sebesar 446.732 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu provinsi Jawa Barat sebanyak 107.803 kasus, Provinsi Jawa Timur sebanyak 73.835 kasus dan Provinsi Jawa Tengah sebanyak 67.941 kasus. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 44% dari jumlah seluruh kasus tuberkulosis di Indonesia (Kemenkes, 2019). Berdasarkan jumlah kasus TB yang ditemukan tersebut, maka Jawa Timur pada tahun 2018 menjadi peringkat kedua dengan kasus TB tertinggi di Indonesia. Laporan data Dinas Kesehatan Jawa Timur menyebutkan bahwa tiga kabupaten/kota di Jawa Timur pada tahun 2018 dengan jumlah kasus TB terbanyak adalah Kota Surabaya sebanyak 7.007 kasus, Kabupaten Jember sebanyak 3.397 kasus, dan Kabupaten Sidoarjo sebanyak 3.127 kasus (Dinkes Jatim, 2019).

Jumlah penduduk Kabupaten Jember Tahun 2018 berdasarkan proyeksi penduduk sasaran program kesehatan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebesar 2.440.714 jiwa (Dinkes Jember, 2019). Tingkat kepadatan penduduk berhubungan dengan tingginya prevalensi TB dan menyebabkan cepatnya penyebaran penyakit di wilayah tersebut (Ramadhan, H., & Ainurrafiq, 2017). Berdasarkan laporan angka penemuan dan pengobatan TB dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, jumlah kasus TB dalam 3 tahun terakhir cenderung meningkat. Pada tahun 2017 jumlah kasus penderita TB sebanyak 3.583 kasus, pada tahun 2018 sebanyak 3.816 kasus, dan pada tahun 2019 sebanyak 4.257 kasus (Dinkes Jember, 2019). Hal ini menandakan belum optimalnya pelaksanaan penanggulangan TB. Kondisi ini ditambah pula dengan meningkatnya kasus TB Resisten Obat (RO). Pada tahun 2013 ditemukan 6 kasus TB RO, kemudian dalam kurun waktu empat tahun telah bertambah jumlahnya menjadi sebanyak 225 kasus di tahun 2017 (Dinkes Jember, 2018). Penatalaksanaan TB RO membutuhkan waktu lama dan biaya yang mahal. Biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan TB Kebal Obat mencapai kurang lebih 100 kali lipat dari biaya pengobatan TB reguler, dan sejauh ini besarnya biaya pengobatan tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah.

Pemerintah Indonesia telah mencanangkan program pengendalian tuberkulosis (TB) nasional yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Dalam Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tersebut menyatakan, bahwa sumber pembiayaan program TB didapatkan melalui anggaran pemerintah, hibah, jaminan kesehatan serta sektor swasta. Hingga saat ini, sebagian besar pembiayaan untuk program AIDS, TB, dan malaria di Indonesia secara umum masih didukung oleh donor internasional terutama dari *Global Fund* (GF).

Pembiayaan kesehatan di Indonesia pada era otonomi daerah sangat bergantung pada komitmen pemerintah daerah, oleh karena itu sejak diberlakukannya desentralisasi dalam urusan pemerintahan maka sektor kesehatan menjadi urusan daerah begitupun dengan pembiayaannya. Oleh karena itu urusan pembiayaan kesehatan terutama yang bersumber dari pemerintah pusat menjadi tanggung jawab pemerintah daerah (Lestari, 2003). Kabupaten Jember merupakan salah satu pemerintahan yang memiliki otonomi daerah sehingga membuat Kabupaten Jember memiliki wewenang untuk mengatur sendiri penanganan di sektor kesehatan beserta pula pembiayaannya. Oleh karena itu dibutuhkan sumber-sumber pembiayaan yang memadai agar otonomi daerah di Kabupaten Jember bisa berlangsung dengan baik. Namun Jember menjadi satu-satunya daerah di Indonesia yang belum memiliki Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun 2020 (Kompas, 2020). Hal ini tentu akan mempengaruhi pelaksanaan pembiayaan di berbagai sektor termasuk di sektor kesehatan.

Dalam upaya penanggulangan tuberkulosis (TB), pemerintah Kabupaten Jember telah berkomitmen dengan mengeluarkan Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TB Tahun 2018-2022. Di samping itu, beberapa strategi percepatan eliminasi TB di Kabupaten Jember yakni melalui komitmen kepala daerah, anggaran, perbaikan sarana dan prasarana, peran aktif tenaga kesehatan, pemberdayaan keluarga (PIS-PK) serta koalisi dengan swasta dan lintas sektor (Dinkes Jember, 2018). Selain itu alokasi anggaran kesehatan di Jember menunjukkan peningkatan dari Rp 504.900.000.000 pada TA 2015 menjadi Rp 691.200.000.000 pada TA 2017. Proporsi anggaran yang disediakan tersebut

sudah memenuhi alokasi minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah diluar gaji (Pattiro, 2017). Dalam program penanggulangan TB di Kabupaten Jember terdiri dari beberapa sumber biaya yang telah ditetapkan yaitu dari APBD Kabupaten, Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT), serta dana hibah dari *Global Fund*.

Alokasi dana dari masing-masing sumber tersebut cenderung meningkat tiap tahunnya. Pada tahun 2017 alokasi dana dari APBD Kabupaten Jember untuk program penanggulangan TB sebesar Rp 618.030.000 sementara dana yang bersumber dari *Global Fund* sebesar Rp 65.877.500. Pada tahun 2018 terjadi peningkatan alokasi dana yang cukup besar dari APBD Kabupaten Jember sebanyak Rp 1.660.265.000 dan begitu pun dari *Global Fund* sebesar Rp 144.294.000 dan bertambah pula sumber pembiayaan dari DBHCHT sebesar Rp 750.000.000. Namun pada tahun 2019 terjadi penurunan alokasi biaya yang bersumber dari APBD Kabupaten Jember yaitu sebesar Rp 748.825.000 dan terjadi peningkatan dari *Global Fund* sebesar Rp 469.076.000, yang mana tiga kali lipat lebih besar dari alokasi anggaran *Global Fund* pada tahun sebelumnya. Hal ini membuktikan bahwa saat ini dana dari mitra internasional masih mendominasi dalam program penanggulangan TB di Kabupaten Jember. Alokasi anggaran yang sedemikian besar rupanya tidak cukup signifikan dalam upaya penanggulangan TB, dibuktikan dengan makin bertambahnya jumlah kasus TB tiap tahunnya baik kasus baru maupun kasus kambuh. Apabila dukungan dana dari *Global Fund* tersebut berakhir, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Jember perlu mengoptimalkan efektifitas dan efisiensi pengalokasian anggaran untuk program penanggulangan TB.

Menurut Azwar (2010:133), terdapat beberapa syarat pokok yang harus dimiliki dalam pembiayaan kesehatan yang baik, syarat tersebut yaitu biaya kesehatan yang disediakan harus dalam jumlah yang cukup, syarat berikutnya adalah penyebaran dana kesehatan yang harus sesuai dengan kebutuhan. Apabila dana yang tersedia tidak dilakukan pengalokasian dengan baik tentu akan mengakibatkan kesulitan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Selaras dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Armahedi *et al.*, (2020). Syarat terakhir

dalam pembiayaan kesehatan adalah pemanfaatan dari biaya kesehatan harus diatur dengan seksama dan efektif (Azwar, 2010:133).. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa kinerja suatu program sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran untuk belanja operasional dan anggaran kegiatan langsung (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016). Oleh karena itu selama ini sebagian besar anggaran untuk penanggulangan TB di Kabupaten Jember masih berharap pada pendanaan dari pihak ketiga, yang berasal dari donor maupun organisasi masyarakat sipil (Pattiro, 2017). Berdasarkan hal tersebut maka perlu ada alat yang digunakan untuk dapat memantau maupun mengelola dari pembiayaan kesehatan tersebut.

Pemerintah Indonesia mengadopsi instrumen *Health Account* atau HA, yang merupakan suatu cara pemantauan yang sistematis, komprehensif serta konsisten yang terkait dengan pemanfaatan aliran dana atau biaya pada sektor kesehatan (*health spending*). Kelebihan pendekatan *Health Account* dibanding analisis pembiayaan lain, seperti misalnya Analisis Anggaran Daerah (AAD), adalah HA dapat digunakan untuk melihat arus pembiayaan kesehatan secara keseluruhan baik yang berasal dari pemerintah maupun swasta serta memberikan data yang spesifik terkait berbagai aspek pembiayaan sehingga hal ini sangat diperlukan untuk melacak tren dalam belanja kesehatan, yang dapat digunakan sebagai asumsi pertumbuhan pada masa yang akan datang (OECD, 2017:37). Sedangkan AAD hanya berfokus menganalisis kesehatan anggaran daerah dalam skala makro tanpa memberikan gambaran rinci anggaran tersebut dimanfaatkan untuk belanja apa saja.

Pendekatan *Health Account* pada mulanya dicetuskan oleh *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), yang merupakan sebuah organisasi internasional dengan anggota yang terdiri dari 35 negara yang saling bekerjasama dalam pembangunan ekonomi. OECD mengembangkan *System of Health Account* (SHA) yang didalamnya memuat kode akun belanja kesehatan dikenal dengan sebutan *International Classification of Health Account* (ICHA). *Health Account* menjadi alat untuk membahas tiga pertanyaan dasar yaitu dari mana uang itu berasal, kemana uang itu pergi, dan layanan apa yang dilakukan dan jenis barang apa yang dibeli. Sehingga *Health Account* diatur dalam sistem

tri-aksial dalam proses perekaman pembiayaan kesehatan yaitu (ICHA-HC) pendefinisian perawatan kesehatan berdasarkan fungsi, (ICHA-HP) pendefinisian intansi penyedia pelayanan perawatan kesehatan, dan (ICHA-HF) pendefinisian sumber pendanaan perawatan kesehatan (OECD, 2017:53).

Health Account (HA) bersifat independen dan tidak terikat, sehingga tidak dapat terpengaruh oleh salah satu struktur keuangan pemeliharaan kesehatan karena semua detail dari analisis pada aspek-aspek pemerintah maupun swasta. Pada tingkat kabupaten/kota instrumen yang digunakan adalah *District Health Account* (DHA) yang dapat digunakan untuk memberikan gambaran yang lengkap terkait status pendanaan, potret kondisi ketersediaan dana dan bagaimana dana tersebut dimanfaatkan secara faktual, apakah telah sesuai prioritas dan efisien di tingkat kabupaten atau kota (Indrayathi & Hardy, 2018). DHA tetap menggunakan prinsip *Health Account* (HA) yaitu mengidentifikasi akun-akun pembiayaan dalam suatu program kesehatan yang kemudian dianalisis dan digunakan sebagai gambaran dan bahan evaluasi dalam pengalokasian dan pemanfaatan biaya kesehatan pada suatu wilayah.

Pendekatan *Health Account* (HA) dapat digunakan dalam proses pencatatan arus dana kesehatan yang dituliskan secara komprehensif, sistematis, dan konsisten dalam suatu sistem kesehatan pada suatu wilayah. Pendekatan ini akan menelusuri sumber serta aliran dana sebuah sistem kesehatan pada tahun serta wilayah tertentu (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016). Mengingat besarnya peran pembiayaan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB), maka perlu digunakan pendekatan *Health Account* untuk mengetahui bagaimana aliran keuangan secara keseluruhan yang berfokus pada anggaran di tingkat kabupaten, sehingga perlu dilakukan penelitian mengenai pembiayaan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) dengan pendekatan *Health Account* di Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pembiayaan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) dengan pendekatan *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah menganalisis pembiayaan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) dengan pendekatan *Health Account* di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi komponen pembiayaan berdasarkan sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, dan penerima manfaat program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.
- b. Menganalisis mata anggaran menurut jenis kegiatan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis penyedia pelayanan menurut jenis kegiatan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis jenis kegiatan menurut pengelola anggaran dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmu pengetahuan di bidang Adminisistrasi dan Kebijakan Kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan pembiayaan program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi tambahan informasi dan referensi untuk penelitian lebih lanjut terkait pembiayaan program penanggulangan tuberkulosis.

b. Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan informasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember selaku pembuat program untuk dapat menganalisis serta mengoptimalkan alokasi dan pemanfaatan pembiayaan dalam program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.

c. Bagi Pemerintah Daerah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi Pemerintah Kabupaten Jember selaku pemegang kebijakan, terkait komitmen pemerintah dalam segi anggaran sehingga dapat mengoptimalkan upaya pemerintah dalam perbaikan kebijakan selanjutnya terutama dalam pembiayaan pada program penanggulangan tuberkulosis (TB) di Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan merupakan gabungan dari pengertian sistem dengan pengertian kesehatan. Sistem menurut Azwar (2010:24), merupakan satu kesatuan yang utuh dan terpadu yang terdiri dari berbagai elemen yang saling berhubungan dan memengaruhi yang secara sadar dipersiapkan untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Pengertian kesehatan menurut WHO (1947) menunjuk pada keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan (Azwar, 2010:25). Sehingga salah satu pengertian dari sistem kesehatan yang dikemukakan oleh WHO (1984) dalam Azwar (2010:25), adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan baik perseorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan.

Bentuk pokok sistem kesehatan antar negara terdapat berbagai variasi dan perbedaan, hal ini ditentukan dari faktor-faktor yang memengaruhi sistem kesehatan itu sendiri. Azwar (2010:35) mengungkapkan beberapa faktor-faktor terpenting, antara lain :

a. Peranan unsur pembentuk sistem kesehatan

Sistem kesehatan pada dasarnya terbentuk dengan ditentukan oleh tiga unsur utama, yaitu :

1) Pemerintah

Pemerintah di sini adalah pihak yang bertanggung jawab dalam proses perumusan berbagai kebijakan pemerintahan termasuk di dalamnya kebijakan masyarakat (*policy maker*)

2) Masyarakat

Masyarakat merupakan mereka yang memanfaatkan atau menggunakan jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*)

3) Penyedia pelayanan kesehatan

Penyedia pelayanan kesehatan adalah pihak yang bertanggung jawab secara langsung dalam proses penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan (*health provider*)

b. Pemanfaatan sumber, tata cara dan kesanggupan

Sistem kesehatan yang ditinjau dari pemanfaatan sumber, tata cara dan kesanggupan dapat dibedakan menjadi tiga bentuk yaitu :

- 1) Sistem kesehatan yang sering ditemukan di negara maju, yaitu sistem kesehatan yang telah dapat memanfaatkan suatu kemajuan dari ilmu dan teknologi.
- 2) Sistem kesehatan yang masih ditemukan di negara berkembang, yaitu sistem kesehatan yang baru saja terjamah oleh kemajuan ilmu dan teknologi.
- 3) Sistem kesehatan yang mungkin masih ditemukan di negara-negara yang tertinggal, yaitu sistem kesehatan yang masih belum tersentuh oleh kemutakhiran ilmu dan teknologi.

c. Unsur pokok sistem kesehatan

Terdapat tiga unsur utama yang harus dimiliki oleh suatu sistem kesehatan yaitu sebagai berikut :

- 1) Organisasi pelayanan, yaitu terdapat kejelasan dari tugas pokok dan fungsi dalam suatu organisasi.
- 2) Organisasi pembiayaan, yaitu terdapat kejelasan dalam proses pengorganisasian pembiayaan kesehatannya yang merujuk pada jumlah, penyebaran, pemanfaatan serta mekanisme pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku
- 3) Mutu pelayanan dan pembiayaan, di sini ialah sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan dan juga sesuai dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat

d. Subsistem dalam sistem kesehatan

Subsistem dalam sistem kesehatan dibedakan menjadi dua, yaitu :

1) Subsistem pelayanan kesehatan

Subsistem di sini merujuk kepada suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari upaya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam suatu negara.

2) Subsistem pembiayaan kesehatan

Subsistem ini merujuk kepada suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari bentuk pembiayaan kesehatan yang diselenggarakan dalam suatu negara.

2.2 Pembiayaan Kesehatan

2.2.1 Definisi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan merupakan salah satu subsistem yang terdapat dalam sistem kesehatan. Pengertian pembiayaan kesehatan tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yakni pengelolaan dari berbagai bentuk upaya penggalan, pengalokasian, serta pembelanjaan dana kesehatan guna mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan demi mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Azwar (2010:129), menyebutkan bahwa biaya kesehatan dapat dilihat dari dua sudut pandang, yakni dari sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan dan dari sudut pandang pemakai jasa pelayanan.

Terkait dengan jenis biaya kesehatan, secara umum biaya kesehatan dibagi menjadi dua macam (Azwar, 2010:131), yakni :

- a. Biaya pelayanan kedokteran, yaitu biaya yang dibutuhkan dalam proses penyelenggaraan dan pemanfaatan pelayanan kedokteran. Dengan tujuan utamanya untuk upaya mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.
- b. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu biaya yang dibutuhkan dalam rangka penyelenggaraan dan pemanfaatan upaya kesehatan masyarakat. Dengan tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit.

2.2.2 Unsur-unsur Pembiayaan

Menurut Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, terdapat tiga unsur dalam pembiayaan kesehatan yakni:

a. Dana

Dana yang digali dari sumber pemerintah, pemerintah daerah baik dari sektor kesehatan maupun sektor-sektor lain yang terkait, dari masyarakat, maupun sektor swasta serta sumber lainnya yang dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Adapun dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan.

b. Sumber daya

Sumber daya dari subsistem pembiayaan kesehatan, meliputi: sumber daya manusia pengelola, sarana dan prasarana, standar, regulasi, serta kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya program pembangunan kesehatan.

c. Pengelolaan dana kesehatan

Prosedur atau mekanisme dari pengelolaan dana kesehatan ialah seperangkat aturan yang dibuat dan disepakati serta secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh pemerintah, pemerintah daerah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalian, pengalokasian, pembelanjaan dana kesehatan, dan mekanisme pertanggungjawabannya.

2.2.3 Prinsip Pembiayaan Kesehatan

Prinsip dalam pembiayaan kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional terdiri dari tiga aspek yaitu :

a. Kecukupan

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan sebuah tanggung jawab bersama antara pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, serta pihak swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah dan pemerintah daerah untuk pengelolaan kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran

pendapatan dan belanja baik pusat maupun daerah (APBN/APBD) harus selalu diupayakan untuk peningkatan dan kecukupannya sesuai kebutuhan menuju besaran persentase yang sebagaimana ditentukan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah. Dana kesehatan dapat diperoleh dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, maupun sektor swasta yang harus digali dan dikumpulkan serta terus dilakukan peningkatan guna menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai dengan kebutuhan, kemudian dikelola secara adil, transparan, akuntabel, berhasil guna dan berdaya guna, dan tersalurkan secara tepat dengan memperhatikan subsidiaritas dan fleksibilitas, harus berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.

b. Efektif dan Efisien

Sebagai upaya dalam menjamin efektifitas dan efisiensi penggunaan anggaran kesehatan, maka pembelanjaan yang dilakukan harus melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran, dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.

c. Adil dan Transparan

Seluruh anggaran kesehatan yang terhimpun baik yang berasal dari pemerintah, pemerintah daerah, maupun masyarakat harus dimanfaatkan secara adil dalam rangka menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Dana kesehatan tersebut harus digunakan secara bertanggung jawab dan bertanggung gugat berdasarkan prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*), transparan, dan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2.2.4 Jenis-jenis Pembiayaan

Menurut Calundu (2018:43), secara umum di Indonesia pembiayaan kesehatan terbagi menjadi dua yakni :

a. *Fee For Service (Out of Pocket)*

Sistem *Out of Pocket* merupakan suatu sistem yang umum dipakai dimana pembayaran dari layanan kesehatan langsung dilakukan oleh pasien kepada penyedia pelayanan kesehatan secara penuh atas layanan yang telah diterima. Dokter akan menerima pendapatan sebesar dengan pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien.

b. *Health Insurance*

Pendekatan asuransi dalam suatu sistem pembiayaan memiliki sebuah perbedaan utama, dimana pasien disini tidak menanggung biaya langsung dari suatu pelayanan kesehatan yang dilakukannya. Konsep asuransi ini memiliki dua karakteristik khusus yaitu yang pertama adalah adanya suatu pengalihan risiko kesakitan pada satu individu pada satu kelompok serta adanya *sharing losses* secara adil. Sehingga dapat dijelaskan secara sederhana bahwa satu kelompok individu mempunyai risiko kesakitan yang telah diperhitungkan mulai dari jenis, frekuensi dan besaran biayanya. Keseluruhan besaran risiko tersebut kemudian diperhitungkan dan dibagi dalam sesama anggota kelompok sebagai suatu premi yang harus wajib dibayarkan. Sehingga apabila terdapat anggota kelompok yang membutuhkan pelayanan kesehatan maka, keseluruhan biaya pelayanan kesehatan tersebut akan ditanggung dari dana yang telah dikumpulkan bersama-sama. Besaran premi dan jenis pelayanan yang ditanggung serta mekanisme pembayaran ditentukan oleh lembaga yang melakukan pengelolaan dana asuransi (Setyawan, 2017).

2.2.5 Masalah Pembiayaan Kesehatan

Menurut Azwar (2010:135), masalah-masalah dalam pembiayaan kesehatan dapat disimpulkan sebagai berikut :

a. Kurangnya dana yang tersedia

Alokasi anggaran khususnya dalam anggaran kesehatan di beberapa negara, terutama negara-negara berkembang selama ini dinilai tidak memadai. Hal ini dilandasi rendahnya kesadaran dari pihak pengambil keputusan (*policy maker*) akan pentingnya pelayanan kesehatan. Pengambil kebijakan cenderung

menganggap bahwa pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif sehingga tidak menjadi hal yang diprioritaskan dalam pengalokasian anggaran.

b. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Di negara-negara berkembang yang banyak memiliki daerah pedesaan, penyebaran dana terutama dana kesehatan sering kali tidak merata. Penyebaran dana sering kali hanya berpusat pada daerah perkotaan saja.

c. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Dana kesehatan lebih banyak digunakan dan cenderung lebih besar dimanfaatkan pada biaya kedokteran saja dibanding dengan biaya pelayanan kesehatan masyarakat.

d. Biaya kesehatan yang meningkat

Hal lain yang menjadi masalah dalam pembiayaan kesehatan adalah naiknya biaya kesehatan. Biaya kesehatan selalu meningkat dikarenakan berbagai faktor yaitu tingkat inflasi, tingkat permintaan, perubahan pola penyakit, perubahan pola pelayanan kesehatan hingga lemahnya mekanisme pengendalian biaya.

2.2.6 Sumber Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota berasal dari sumber pemerintah dan non pemerintah, yang terbagi sebagai berikut (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016) :

a. Anggaran kesehatan pemerintah

Khusus anggaran kesehatan dari pemerintah pusat, penyalurannya ke kabupaten/kota dilakukan mengikuti kebijakan desentralisasi. Hal ini menyebabkan banyak kabupaten/kota di Indonesia yang sangat bergantung pada dana dari pusat karena Pendapatan Asli Daerah (PAD) kabupaten/kota tersebut kecil.

- 1) Pemerintah pusat, dana yang berasal dari APBN sektoral atau dana dekonsentrasi.
- 2) Pendapatan Asli Daerah (PAD)
- 3) Dana Perimbangan yang terdiri dari:
 - a) Dana Bagi Hasil (DBH)

- b) Dana Alokasi Umum (DAU)
 - c) Dana Alokasi Khusus (DAK)
- b. Anggaran Kesehatan Non Pemerintah
- 1) Belanja kesehatan perusahaan swasta
Sesuai Undang-undang Nomor 4 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, perusahaan diwajibkan untuk mengeluarkan biaya kesehatan untuk karyawannya.
 - 2) Belanja kesehatan milik swasta
 - 3) Belanja kesehatan rumah tangga
 - 4) Yayasan/ LSM/ Donor

2.3 Tuberkulosis

Berdasarkan Depkes (2011), tuberkulosis atau yang sering dikenal dengan TB adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri TB yang bernama *Mycobacterium Tuberculosis*. Sebagian besar bakteri TB menyerang paru, tetapi tidak menutup kemungkinan dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Proses penularan TB dapat bersumber dari pasien TB BTA positif yang pada waktu batuk atau bersin, pasien tersebut menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Biasanya penularan tersebut terjadi di dalam ruangan yang mana percikan dahak tersebut dapat bertahan waktu yang lama. Sehingga diperlukan upaya untuk mengurangi jumlah percikan dahak tersebut, salah satunya dengan ventilasi yang baik. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan dahak di dalam ruangan, sementara percikan dahak tersebut dapat bertahan beberapa jam dalam keadaan gelap sehingga dibutuhkan sinar matahari langsung yang dapat membunuh kuman. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Diperkirakan terdapat sebanyak satu pertiga penduduk di dunia telah terinfeksi oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan terdapat 9 juta pasien TB baru dan total kematian akibat TB sebesar 3 juta di seluruh dunia. Negara-negara berkembang diperkirakan mengalami 95%

kasus TB dan 98% kematian akibat TB dari total seluruh dunia. Demikian pula dengan kematian wanita akibat TB lebih banyak dibandingkan dengan kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas (Depkes, 2011). Berdasarkan laporan dari WHO, pada tahun 2018 secara global diperkirakan terdapat kasus tuberkulosis (TB) sebanyak 10 juta kasus. Kasus TB terbanyak ditemukan di Asia Tenggara sebanyak 44%, Afrika 24%, dan Pasifik Barat 18%. Indonesia merupakan salah satu negara yang mempunyai beban tuberkulosis yang terbesar diantara 8 negara yaitu India (27%), China (9%), Indonesia (8%), Philippina (6%), Pakistan (5%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) dan Afrika Selatan (3%). Indonesia menempati peringkat ketiga dunia dengan jumlah kasus TB 845.000 kasus di tahun 2018 (WHO, 2019). Hal ini menempatkan Indonesia dalam daftar 10 negara dengan beban TB tertinggi sedunia.

Berdasarkan Kemenkes (2016) dalam Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis, terdapat berbagai hal yang menjadi pengaruh beban TB, yaitu antara lain :

- a. Pelaksanaan dalam program TB selama ini dinilai belum optimal dikarenakan kurangnya komitmen dari pelaksana pelayanan, pengambil kebijakan serta masih kurangnya pendanaan dalam program penanggulangan TB yang juga meliputi bahan serta sarana prasarana.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan masih belum menerapkan layanan TB yang sesuai dengan standar yang tercantum dalam pedoman nasional dan ISTC, yang meliputi penemuan kasus atau diagnose yang tidak baku, paduan obat yang tidak baku, pemantauan pengobatan yang tidak dilakukan, serta pencatatan dan pelaporan yang tidak dilakukan sesuai standar.
- c. Keterlibatan lintas program dan lintas sektor dinilai masih kurang dalam program penanggulangan TB baik dari segi kegiatan maupun segi pendanaan.
- d. Masyarakat masih ada yang tidak dapat mengakses layanan TB, terutama masyarakat yang berada di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DPTK), serta masyarakat yang berada di daerah risiko tinggi masih belum mengakses layanan TB.

- e. Tatalaksana TB belum memadai yang sesuai dengan standar, baik dalam penemuan kasus maupun diagnosis, paduan obat, pemantauan pengobatan, pencatatan dan pelaporan.
- f. Terdapat masalah kesehatan lain yang lebih besar, dan berpengaruh terhadap risiko TB secara signifikan seperti HIV, gizi buruk, diabetes mellitus, merokok, dan keadaan lain yang dapat menurunkan daya tahan tubuh
- g. Jumlah masalah kesehatan lain yang cenderung besar juga sangat berpengaruh terhadap risiko terjadinya TB secara signifikan seperti permasalahan HIV, gizi buruk, diabetes mellitus, merokok, serta keadaan lain yang menyebabkan penurunan daya tahan tubuh.
- h. Jumlah kasus TB Resisten Obat atau dikenal dengan TB-RO yang selalu meningkat sehingga menyebabkan pembiayaan program TB juga meningkat
- i. Faktor-fakto sosial lain seperti angka pengangguran yang tinggi, tingkat pendidikan yang masih minim, serta pendapatan per kapita masyarakat juga masih rendah, ditambah pula dengan kondisi sanitasi yang buruk, papan, sandang dan pangan yang tidak memadai yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit tuberkulosis.

2.4 Health Account

2.4.1 System of Health Account

Organization for Economic Cooperation and Development mengembangkan *System of Health Account* (SHA) yang di dalamnya memuat kode akun belanja kesehatan yang dikenal dengan sebutan *International Classification of Health Account* (ICHA). *Health Account* menjadi alat untuk membahas tiga pertanyaan dasar tentang pembiayaan kesehatan yaitu dari mana uang itu berasal, kemana uang itu pergi, dan layanan apa yang dilakukan dan jenis barang apa yang dibeli. Sehingga *Health Account* diatur dalam sistem klasifikasi tri-aksial dalam proses perekaman pembiayaan kesehatan (OECD, 2017:53). Berikut adalah klasifikasi SHA :

- a. *International Classification for Health Accounts-Health Care Function* (ICHA-HC)

Tujuan utama ICHA-HC adalah melakukan pengelompokan barang dan jasa kesehatan berdasarkan tujuan. Pendekatan ini memiliki kerangka kerja yaitu melakukan pengukuran yang dilakukan setiap terdapat kontak dengan sistem kesehatan, bukan keseluruhan perjalanan penyakit ataupun kondisi kesehatan. Kategori konsumsi perawatan kesehatan pada klasifikasi ini memiliki tujuan untuk mendistribusikan konsumsi kesehatan sesuai dengan jenis kebutuhan konsumen seperti perawatan kuratif, perawatan rehabilitasi, perawatan jangka panjang, layanan penunjang, bahan medis, pelayanan pencegahan, tata kelola dan administrasi sistem kesehatan dan pembiayaan kesehatan, serta pelayanan kesehatan lainnya. Urutan ini disesuaikan dengan jenis perawatan yang sesuai berdasarkan kebutuhan individu seperti, dalam hal pencegahan hal ini dapat mencakup pemantauan kondisi sehat, menentukan gaya hidup sehat, menetapkan deteksi kasus dini melalui diagnosa, uji laboratorium dan fungsional, dan dalam beberapa kasus, melalui resep barang medis (OECD, 2017:72).

b. *International Classification for Health Accounts-Health Care Provider (ICHA-HP)*

Klasifikasi ICHA-HP adalah bentuk identifikasi pada penyedia layanan kesehatan mencakup organisasi dan aktor yang memberikan barang dan layanan perawatan kesehatan sebagai kegiatan utama. Klasifikasi ICHA-HP bertujuan untuk memperkenalkan klasifikasi penyedia layanan kesehatan dan menjelaskan elemen- elemen utamanya. Hal ini dilakukan untuk melacak pengeluaran perawatan kesehatan berdasarkan kategori penyedia pelayanan. Klasifikasi penyedia layanan kesehatan pada pendekatan ini harus bersifat menyeluruh. Banyaknya organisasi yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan menyebabkan semuanya masuk dalam cakupan, terlepas perawatan kesehatan yang disediakan bersifat primer maupun sekunder. Kategori penyedia pelayanan yang dilakukan pada klasifikasi ini seperti rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, penyedia layanan rawat jalan, penyedia layanan penunjang, penyedia alat kesehatan serta bahan medis, penyedia layanan pencegahan, penyedia administrasi kesehatan dan pembiayaan, serta penyedia layanan kesehatan (OECD, 2017:122).

c. *International Classification for Health Accounts-Health Care Financing*

Schemes (ICHA-HF)

Klasifikasi ICHA-HF merupakan pendekatan yang mencakup *Financing Sources* (FS) yaitu institusi yang berfungsi sebagai penyedia sumber biaya serta *Financing Agents* (FA) yaitu institusi yang melakukan pengelolaan dan menerima dana untuk melakukan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut ICHA-HF dapat dijelaskan bahwa terdiri dari dua jenis entitas yaitu skema pembiayaan (seperti layanan kesehatan nasional, asuransi kesehatan sosial dan asuransi sukarela, dan sebagainya) dan unit institusional (agen pembiayaan, seperti unit pemerintah, jaminan sosial agensi, perusahaan asuransi swasta dan sebagainya) yang dalam praktiknya mengoperasikan skema pembiayaan. Kerangka kerja SHA pada ICHA-HF memungkinkan untuk menganalisis beberapa isu berikut, antara lain: bagaimana skema pembiayaan tertentu mengumpulkan pendapatannya, dari unit kelembagaan ekonomi manakah pendapatan dari skema pembiayaan tertentu dimobilisasi, bagaimana layanan atau barang perawatan kesehatan tertentu dibiayai, serta kemana uang mengalir (OECD, 2017:155).

2.4.2 Konsep *Health Account*

Health Account (HA) merupakan penggambaran dari aliran pembiayaan atau belanja kesehatan yang dicatat dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, yaitu tindakan monitoring semua transaksi pada tingkat sumber dana sampai dengan pemanfaatannya di wilayah. Tujuannya adalah untuk mengetahui situasi pembiayaan kesehatan secara komprehensif. Pencatatan arus dana dan klasifikasi data pembiayaan kesehatan pada pendekatan *Health Account* dilakukan secara konsisten, komprehensif, dan sistematis. *Health Account* dapat dilakukan pada ruang lingkup nasional yaitu *National Health Account* (NHA), pada ruang lingkup provinsi yaitu *Provincial Health Account* (PHA), serta pada ruang lingkup kabupaten/kota yaitu *District Health Account* (DHA) (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016).

ICHA (*International Classification of Health Account*) merupakan metode perhitungan yang digunakan pada *National Health Account* (NHA) yang mengelompokkan berbagai jenis pembiayaan kesehatan ke dalam kode mata

anggaran sesuai dengan kode akunnya. Hasil dari NHA dapat digunakan sebagai alat membandingkan pembiayaan kesehatan antar negara sehingga dapat mengetahui kinerja pembangunan kesehatan pada masing-masing Negara, serta menjadi landasan dalam menyusun kebijakan pembiayaan kesehatan nasional (Indrayathi & Hardy, 2018).

Provincial Health Account dan *District Health Account* adalah bentuk pelaksanaan *Health Account* yang memiliki ruang lingkup di wilayah provinsi atau kabupaten/kota. DHA sangat diperlukan pada tingkat kabupaten/kota mengingat Indonesia telah menerapkan desentralisasi ke tingkat kabupaten/kota. DHA dapat memberikan gambaran jumlah belanja kesehatan rumah tangga yang digunakan dalam pembayaran pelayanan kesehatan baik menggunakan asuransi ataupun secara langsung, serta juga memberikan perbaikan terhadap kekurangan pada sistem pembiayaan kesehatan dan bahan advokasi (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016).

2.4.3 Dimensi *Health Account*

Dalam *Health Account* terdapat sembilan dimensi yang menggambarkan ciri dari suatu belanja kesehatan (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016). Masing-masing dimensi tersebut adalah sebagai berikut :

a. Sumber Biaya/*Financing Sources* (FS)

Sumber pembiayaan merupakan institusi/unit yang menyediakan biaya kesehatan. Sumber pembiayaan dapat ditelaah melalui dua sumber yaitu dana publik serta dana non publik yang dijabarkan sebagai berikut :

1) Dana Publik

a) Dana Pemerintah Berdasarkan Sumber Kewilayahan

(1) Dana Bersumber Pemerintah Pusat

(a) Kementerian Kesehatan

(b) Kementerian Lainnya (dana kesehatan di Kabupaten)

I. Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar Menengah

II. Kementerian Dalam Negeri

III. Kementerian Sosial

- IV. Kementerian Hukum dan HAM
- V. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
- VI. Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
- VII. Kementerian Hankam : Pelayanan Kesehatan TNI
- VIII. Badan Narkotika Nasional (BNN)
- IX. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak
- X. Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM)
- XI. Badan Nasional Penanggulangan Bencana
- XII. Kementerian/ lembaga lainnya
 - (c) APBN: Donor Pinjaman
 - (d) APBN: Donor Hibah
 - (2) Dana Bersumber Pemerintah Daerah
 - (a) Pemerintah Provinsi (PAD)
 - (b) Pemerintah Kabupaten/Kota (PAD, DBH, DAU, DAK)
 - b) Dana Publik Lain
 - (1) Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) oleh sektor publik
 - (2) Dana Publik Lain-Lainnya
 - (a) Dana BUMN (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
 - (b) Dana BUMD (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
 - (c) Sumber Publik Lainnya
 - 2) Dana Non Publik (Non Pemerintah)
 - a) Biaya Pelayanan Kesehatan Perusahaan Swasta (Kesehatan Karyawan)
 - b) Belanja Kesehatan Rumah Tangga
 - (1) Pengeluaran tambahan (*Cost-sharing*) Rumah Tangga
 - (2) *Out of Pocket* (OOP) Rumah Tangga
 - c) Lembaga Sosial/Yayasan
 - d) Dana Non-publik Lainnya
 - (1) Penerimaan Negara Bukan Pajak oleh Badan Swasta
 - (2) Lain-lain Dana Swasta
 - (a) Donor: Hibah kepada swasta
 - (b) Dana Swasta lainnya diluar donor kepada swasta

b. Pengelola Anggaran/*Financing Agents* (FA)

Pengelola Anggaran merupakan unit atau institusi maupun lembaga yang melakukan pengelolaan dan menerima dana untuk membeli ataupun membayar jasa dan barang kesehatan. Pengelola anggaran dalam sistem kesehatan antara lain adalah:

1) Pemerintah

a) Pemerintah Pusat

- (1) Kementerian Kesehatan
- (2) Kementerian/Lembaga/BadanLainnya
 - (a) Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar Menengah
 - (b) Kementerian Dalam Negeri
 - (c) Kementerian Sosial
 - (d) Kementerian Hukum dan HAM
 - (e) Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
 - (f) Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
 - (g) Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
 - (h) Badan Narkotika Nasional (BNN)
 - (i) Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak
 - (j) Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM)
 - (k) Badan Nasional Penanggulangan Bencana
 - (l) Kementerian/lembaga lainnya

b) Pemerintah Daerah

- (1) Pemerintah Provinsi
- (2) Pemerintah Kabupaten/Kota
 - (a) Pemkab:DinasKesehatan
 - (b) UPT Puskesmas
 - (c) RSUD Kabupaten/Kota (Jika PPK BLUD RS)
 - (d) Pemda Kabupaten/Kota (Jika PPKRS Non BLUD)
 - (e) Dinas Pendidikan
 - (f) Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan KB
 - (g) Dinas Sosial

- (h) Bagian Kesra Setda Kabupaten/Kota
 - (i) Bappeda Kabupaten/Kota:Bidang Sosial Budaya
 - (j) SKPD Pemerintah Kabupaten/Kota lainnya
- 2) Perusahaan Asuransi
 - a) Perusahaan Asuransi Komersial
 - b) Perusahaan Asuransi Non Profit (Nirlaba)
 - 3) Perusahaan Swasta (diluar Perusahaan Asuransi Swasta)
 - 4) LSM/Yayasan/Lembaga Sosial
 - a) LSM/Yayasan/Lembaga Sosial Nasional
 - b) LSM/Yayasan/Lembagas Sosial Asing
 - 5) Rumah Tangga
 - a) OOP diluar *cost sharing*
 - b) OOP *cost sharing*
 - c) Lainnya
- c. Penyelenggara Pelayanan/*Health Providers* (HP)

Penyelenggara Program merupakan unit atau institusi yang mendapatkan dana dan memanfaatkan dana untuk upaya melakukan produksi barang serta jasa pelayanan kesehatan. Penyelenggara pelayanan adapun daftarnya adalah sebagai berikut:

- 1) Rumah Sakit
 - a) Rumah Sakit Umum
 - (1) Rumah Sakit Umum Pemerintah (Vertikal)
 - (2) Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi
 - (3) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota
 - (4) Rumah Sakit Polri
 - (5) Rumah Sakit TNI
 - (6) Rumah Sakit Umum Lainnya
 - b) Rumah Sakit Jiwa
 - (1) Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Pusat (Vertikal)
 - (2) Rumah Sakit Jiwa Propinsi
 - c) Rumah Sakit Khusus (selain RS Jiwa)

- (1) Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO)
 - (2) Rumah Sakit Mata
 - (3) Rumah Sakit Ibu dan Anak
 - (4) Rumah Sakit Paru
 - (5) Rumah Sakit Khusus Lainnya
- 2) Fasilitas Perawatan Jangka Panjang (Panti Perawatan Jangka Panjang)
 - a) Panti Perawatan Jangka Panjang
 - b) Panti Kejiwaan dan Rehabilitasi Ketergantungan Obat
 - 3) PPK Rawat Jalan
 - a) Praktek Dokter
 - (1) Praktek Dokter Umum
 - (2) Praktek Dokter Spesialis
 - b) Praktek Dokter Gigi
 - c) Praktek Tenaga Kesehatan Lainnya
 - d) Klinik Rawat Jalan
 - (1) Klinik Pelayanan KB
 - (2) Klinik Rehabilitasi Pecandu Narkoba dan Gangguan Jiwa
 - (3) Klinik Pelayanan Bedah untuk Rawat Jalan
 - (4) Klinik Pelayanan Dialisis
 - (5) Klinik Pelayanan Rawat Jalan Spesialis Lainnya
 - (6) Klinik Pelayanan Reintegrasi Lainnya
 - e) PPK Home Care
 - 4) PPK Penunjang
 - a) Layanan Jasa Transportasi Pasien dan Kedaruratan
 - b) Laboratorium Diagnosa Medis
 - c) PPK Penunjang Lainnya
 - 5) Penyedia Alat Kesehatan dan Bahan Medis (Retail)
 - a) Penyedia/ Toko Obat
 - b) Penyedia/ Toko Bahan Medis Habis Pakai
 - c) Penyedia Alkes dan Bahan Medis Lainnya
 - 6) Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan (*Prevention*)

- a) PPK Dasar (*Primary Health Care*)
 - (1) Puskesmas
 - (2) PPK Dasar Lainnya
- b) Penyedia Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat
 - (1) Desa Siaga
 - (2) Posyandu
 - (3) Posbindu
 - (4) Poskestren
 - (5) Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat Lainnya
- 7) Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan
 - a) Penyedia Administrasi Kesehatan Pemerintah
 - (1) Kementerian Kesehatan
 - (2) Dinas Kesehatan Provinsi
 - (3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - (4) Kementerian Pendidikan
 - (5) Dinas Pendidikan Provinsi
 - (6) Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota
 - (7) Kementerian Sosial
 - (8) Dinas Sosial Provinsi
 - (9) Dinas Sosial Kabupaten/Kota
 - (10) Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
 - (11) Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
 - (12) Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota
 - (13) Kementerian Lingkungan Hidup
 - (14) Badan Lingkungan Hidup Provinsi
 - (15) Badan Lingkungan Hidup Kabupaten/Kota
 - (16) Penyedia Layanan Administrasi Pemerintah Lainnya
 - b) Badan Penyelenggara Asuransi Sosial: BPJS
 - c) Penyelenggara Asuransi Swasta
 - d) Penyelenggara Administrasi Lainnya
- 8) Penyedia Layanan Kesehatan (*Rest of Economy*): RT dan Industri

d. Fungsi Kesehatan/*Health Care Function* (HC)

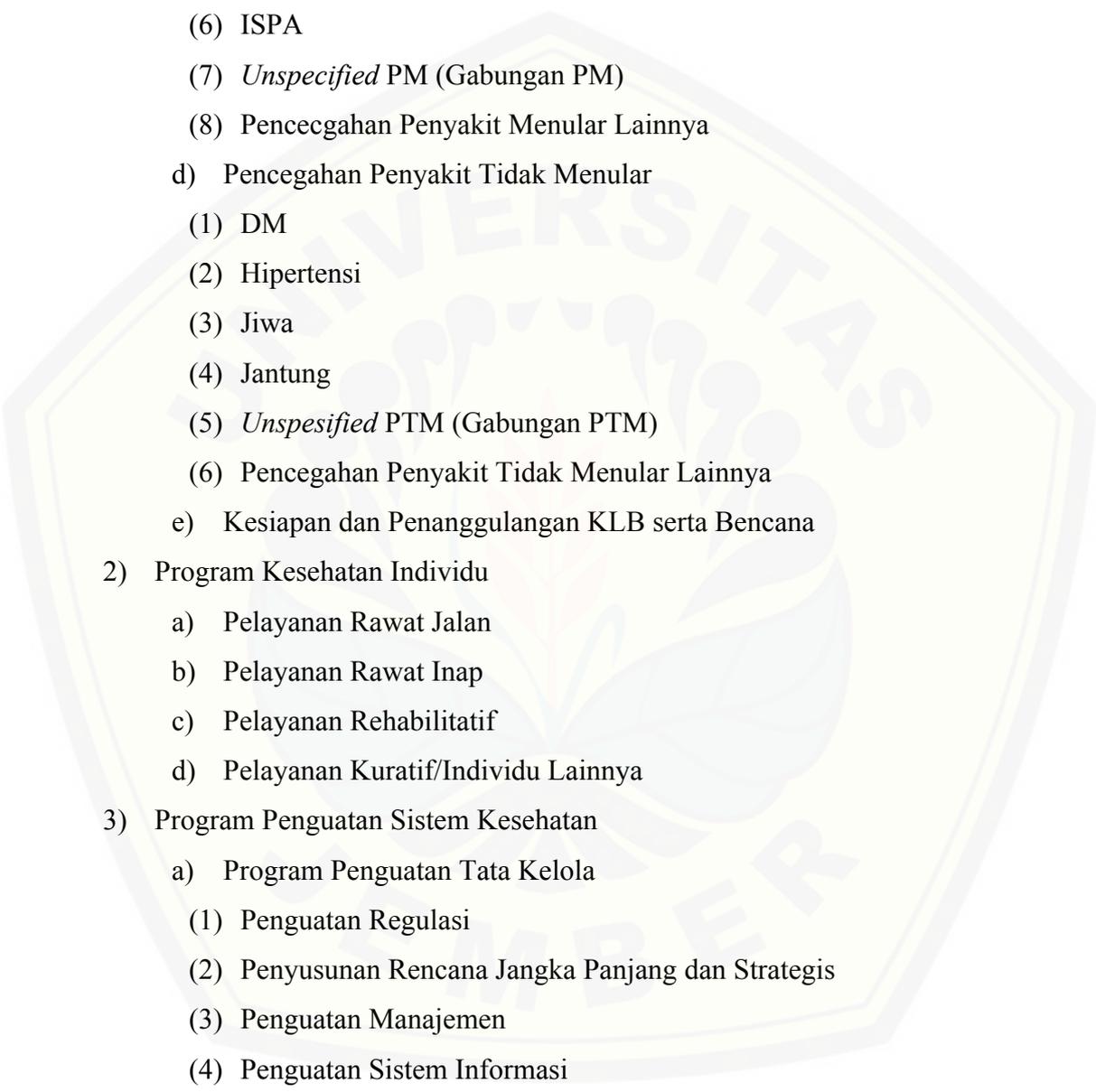
Dimensi Fungsi Kesehatan pada DHA merupakan hasil adopsi dimensi fungsi pada SHA 2011 yang tujuannya adalah untuk memperbaiki, meningkatkan, dan mempertahankan status kesehatan. Fungsi Kesehatan secara umum dapat dibagi sebagai berikut :

- 1) Pelayanan Kuratif
 - a) Pelayanan Kuratif Rawat Inap
 - b) Pelayanan Kuratif Rawat Jalan
 - c) Pelayanan Kuratif Rawat Rumah
- 2) Pelayanan Rehabilitatif
- 3) Pelayanan Rawat Jangka Lama
- 4) Layanan Penunjang
 - a) Laboratorium Klinis
 - b) Radiologi Diagnostik (Sinar X, MRI, *nuclear*)
 - c) Transportasi Pasien dan Kedaruratan
 - d) Pelayanan Pendukung Lainnya
- 5) Alat-alat/Bahan Medis
 - a) Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai
 - (1) Resep Obat
 - (2) Pembelian Obat di luar yang disediakan penyediaan pelayanan kesehatan
 - (3) Obat tidak tahan lama lainnya
 - b) Alat Terapis dan Alat Medis tahan lama lainnya
 - (1) Kacamata dan produk optik lainnya
 - (2) Alat ortopedi dan produk prosthetik lainnya
 - (3) Alat bantu dengar
 - (4) Alat medis teknis, termasuk kursi roda
 - (5) Alat medis tahan lama lainnya
- 6) Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat
 - a) Program Konseling Informasi dan Edukasi (KIE)
 - b) Program Imunisasi

- c) Program Deteksi Dini Penyakit
 - d) Program Pemantauan Status Kesehatan
 - e) Surveilans Epidemiologi dan Pengendalian Penyakit Menular
 - f) Program Kesiapan Penanganan KLB
- 7) Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan
- a) Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan
 - b) Administrasi Pembiayaan Kesehatan
- 8) Layanan Kesehatan di luar fungsi di atas
- a) Program Pemberdayaan Masyarakat
 - b) Layanan Kesehatan Lain Selain Pemberdayaan Masyarakat
- e. Program Kesehatan (PR)

Dimensi Program Kesehatan yaitu menggambarkan jenis program yang dibiayai dengan belanja dari pengelola anggaran. Program Kesehatan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Program Kesehatan Masyarakat
- a) Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi dan Keluarga Berencana (KB)
 - (1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - (2) Gizi
 - (3) Imunisasi
 - (4) KB
 - b) Pelayanan Promosi Kesehatan dan Pencegahan
 - (1) Ibu dan Anak
 - (2) Upaya Kesehatan Sekolah
 - (3) Kesehatan Remaja
 - (4) Kesehatan Kerja
 - (5) Kesehatan Lansia
 - (6) Pengawasan Obat, Makanan, Minuman dan Hygiene
 - (7) Kesehatan Lingkungan
 - c) Pencegahan Penyakit Menular
 - (1) TB

- 
- (2) Malaria
 - (3) HIV/AIDS
 - (4) Diare
 - (5) DBD
 - (6) ISPA
 - (7) *Unspecified* PM (Gabungan PM)
 - (8) Pencegahan Penyakit Menular Lainnya
 - d) Pencegahan Penyakit Tidak Menular
 - (1) DM
 - (2) Hipertensi
 - (3) Jiwa
 - (4) Jantung
 - (5) *Unspecified* PTM (Gabungan PTM)
 - (6) Pencegahan Penyakit Tidak Menular Lainnya
 - e) Kesiapan dan Penanggulangan KLB serta Bencana
- 2) Program Kesehatan Individu
 - a) Pelayanan Rawat Jalan
 - b) Pelayanan Rawat Inap
 - c) Pelayanan Rehabilitatif
 - d) Pelayanan Kuratif/Individu Lainnya
 - 3) Program Penguatan Sistem Kesehatan
 - a) Program Penguatan Tata Kelola
 - (1) Penguatan Regulasi
 - (2) Penyusunan Rencana Jangka Panjang dan Strategis
 - (3) Penguatan Manajemen
 - (4) Penguatan Sistem Informasi
 - (5) Penguatan Tata Kelola Sistem Kesehatan Lainnya
 - b) Sumber Daya Manusia Kesehatan
 - (1) Perencanaan dan Pengadaan SDM Kesehatan
 - (2) Pendayagunaan/Penempatan SDM Kesehatan
 - (3) Pembinaan/Peningkatan Kapasitas SDM Kesehatan

- (4) Penguatan SDM Kesehatan Lainnya
- c) Farmasi, Alat Kesehatan dan Mamin
 - (1) Perencanaan dan Pengadaan
 - (2) Logistik dan Distribusi
 - (3) Jaga Mutu dan Penggunaan Rasional
 - (4) Penguatan Sub-sistem Farmasi, Alkes dan Mamin Lainnya
- d) Pemberdayaan Masyarakat
 - (1) Pelatihan dan Pembinaan Kader
 - (2) Kerjasama Lintas Sektor, Swasta dan Modal Sosial
 - (3) Pemberdayaan Masyarakat Lainnya
- e) Penguatan Sistem Pembiayaan Kesehatan
 - (1) Penguatan Tata Kelola Keuangan untuk UKM
 - (2) Penguatan Tata Kelola Keuangan untuk UKP
 - (3) Penguatan Tata Kelola Pembiayaan Kesehatan Lainnya
- f) Upaya Kesehatan: Penguatan Infrastruktur
 - (1) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur UKP
 - (2) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur UKM
 - (3) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur di Unit Penunjang
 - (4) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Lainnya
- f. Jenis Kegiatan/ *Health Activity* (HA)

Dimensi Jenis Kegiatan merupakan kegiatan yang dilaksanakan oleh penyelenggara kesehatan dimana secara umum terbagi menjadi dua kegiatan yaitu kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung atau penunjang. Kegiatan langsung merupakan kegiatan yang dapat secara langsung memberikan keluaran program dan berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan. Adapun kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang memberikan keluaran secara tidak langsung terhadap program dan tidak digunakan secara langsung pada proses pelayanan kesehatan.

Pembagian jenis kegiatan ini tidak terdapat dalam SHA-1/ICHA akan tetapi sangat diperlukan di Indonesia, utamanya di kabupaten/kota. Adapun klasifikasi jenis kegiatan adalah sebagai berikut:

- 1) Kegiatan Tidak Langsung
 - a) Manajerial dan Koordinasi
 - b) Pengadaan dan Peningkatan Kapitasi Personil (Pendidikan dan Pelatihan)
 - c) Perencanaan dan Penganggaran Program
 - d) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
 - e) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis
 - f) Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
 - g) Supervise dan Bimbingan Teknis
 - h) Peningkatan Kesejahteraan Pegawai
 - i) Kegiatan Tidak Langsung Lainnya
- 2) Kegiatan Langsung
 - a) Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat
 - (1) Promosi dan Penyuluhan Kesehatan
 - (2) Pemeriksaan Mutu Air
 - (3) Pengendalian Vektor (*Vector Control*)
 - (4) Pendataan Sasaran
 - (5) Pengambilan Sampel
 - (6) Survei TTU
 - (7) Surveilans Epidemiologi dan KLB
 - (8) Penemuan dan Pemantauan Kasus
 - (9) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
 - (10) Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan
 - (11) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis
 - (12) Kegiatan Kesehatan Masyarakat Langsung Lainnya
 - b) Kegiatan Program Kesehatan Individu
 - (1) Diagnosis dan Pengobatan
 - (2) Laboratorium dan Dukungan Diagnosis Lainnya
 - (3) Tindakan Medis
 - (4) Rehabilitasi Medik
 - (5) Pelayanan Tranfusi Darah

(6) Penyuluhan Individu

(7) Kegiatan Individu Langsung Lainnya

g. Mata Anggaran/*Health Input* (HI)

Dimensi Mata Anggaran adalah pendataan jenis input yang dibeli oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Jenis input tersebut dapat berupa investasi barang modal, belanja operasional serta belanja pemeliharaan. Dimensi Mata Anggaran memiliki perbedaan dengan SHA-1/ICHA. Hal ini untuk mengidentifikasi penggunaan anggaran yang disesuaikan dengan kebijakan “anggaran berbasis kinerja” yaitu untuk mengetahui apakah belanja yang dilakukan cukup untuk kegiatan operasional, serta tidak dihabiskan untuk membelanjakan pada keperluan barang modal. Adapun klasifikasinya adalah sebagai berikut:

- 1) Investasi
 - a) Pembelian Tanah
 - b) Bangunan/Konstruksi
 - c) Pengadaan Alat Non Medis
 - d) Pengadaan Alat Medis (Alat Kesehatan dan Kedokteran)
 - e) Fellowship untuk Pegawai
 - f) Investasi Lainnya
- 2) Operasional
 - a) Kompensasi untuk pegawai
 - (1) Gaji
 - (2) Honorarium
 - (3) Kontribusi Sosial
 - (4) Biaya Lain Terkait Pegawai
 - b) Remunerasi Tenaga Profesional Mandiri
 - c) Bahan dan Jasa yang Digunakan
 - (1) Belanja Pelayanan Kesehatan ke Pihak ke-3
 - (2) Obat dan Bahan Medis
 - (a) Obat-Obatan
 - (b) Bahan Medis (BMHP, termasuk reagen)

- (3) Belanja Non-Medis (ke Pihak ke-3)
 - (a) Perjalanan
 - (b) Akomodasi
 - (c) Utilities (telepon, air dan listrik)
 - (d) Belanja Jasa Non-Medis Lainnya
- (4) Bahan Non-Medis
 - d) Biaya Operasional Lainnya
- 3) Pemeliharaan
 - a) Pemeliharaan Lahan
 - b) Pemeliharaan Gedung/ Konstruksi
 - c) Pemeliharaan Alat Non-Medis
 - d) Pemeliharaan Alat Medis
 - e) Pelatihan Personil
 - f) Pemeliharaan Lainnya

h. Jenjang Kegiatan/*Level of Activity* (HL)

Dimensi Jenjang Kegiatan adalah jenjang administratif dimana kegiatan dilakukan. Sebuah kegiatan dapat dilaksanakan sekaligus pada berbagai jenjang. Jenjang kegiatan secara umum diklasifikasikan sebagai berikut:

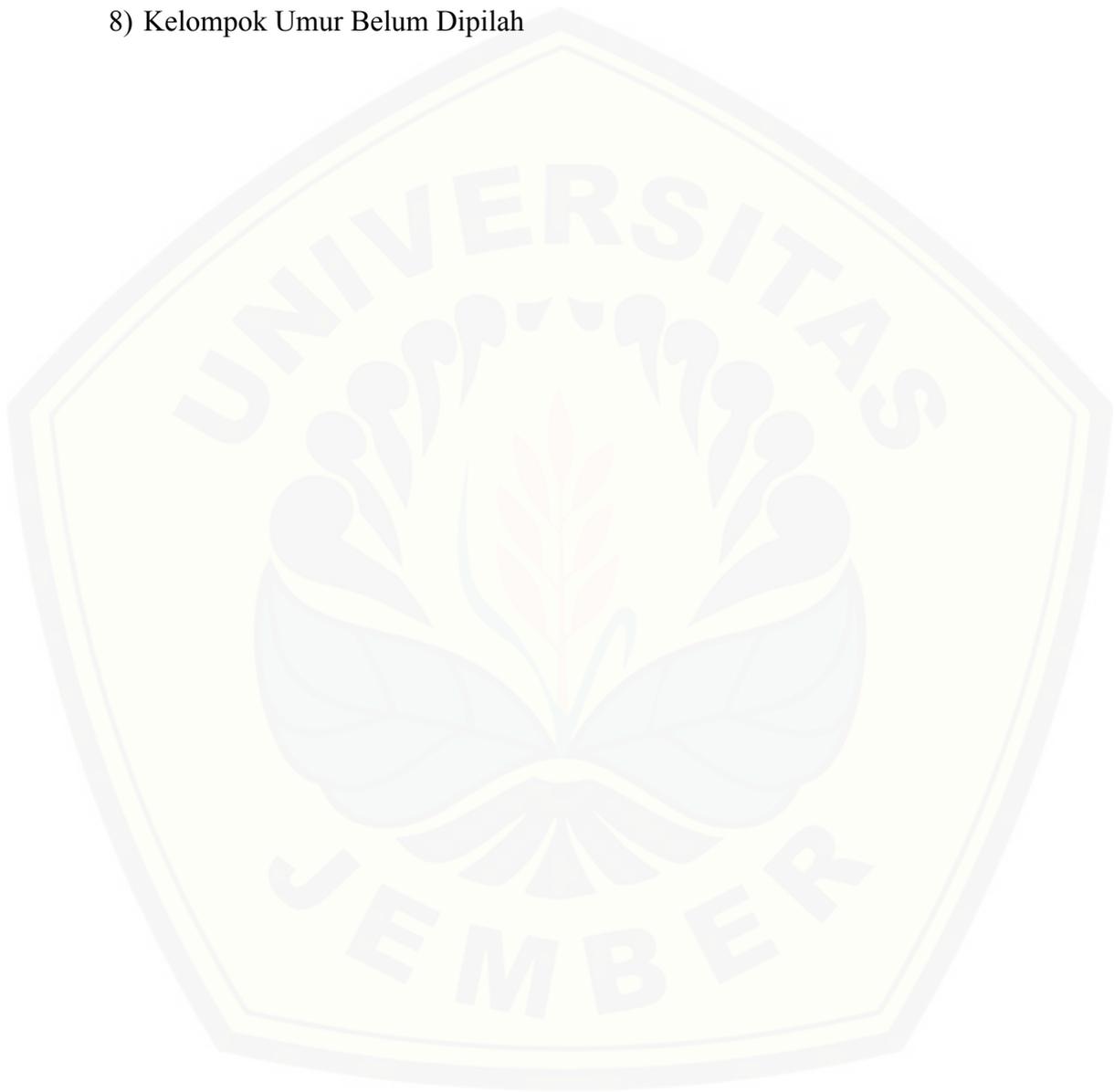
- 1) Pusat
- 2) Provinsi
- 3) Kabupaten
- 4) Kecamatan/Puskesmas
- 5) Desa/Kelurahan/Masyarakat

i. Penerima Manfaat/ *Health Beneficiaries* (HB)

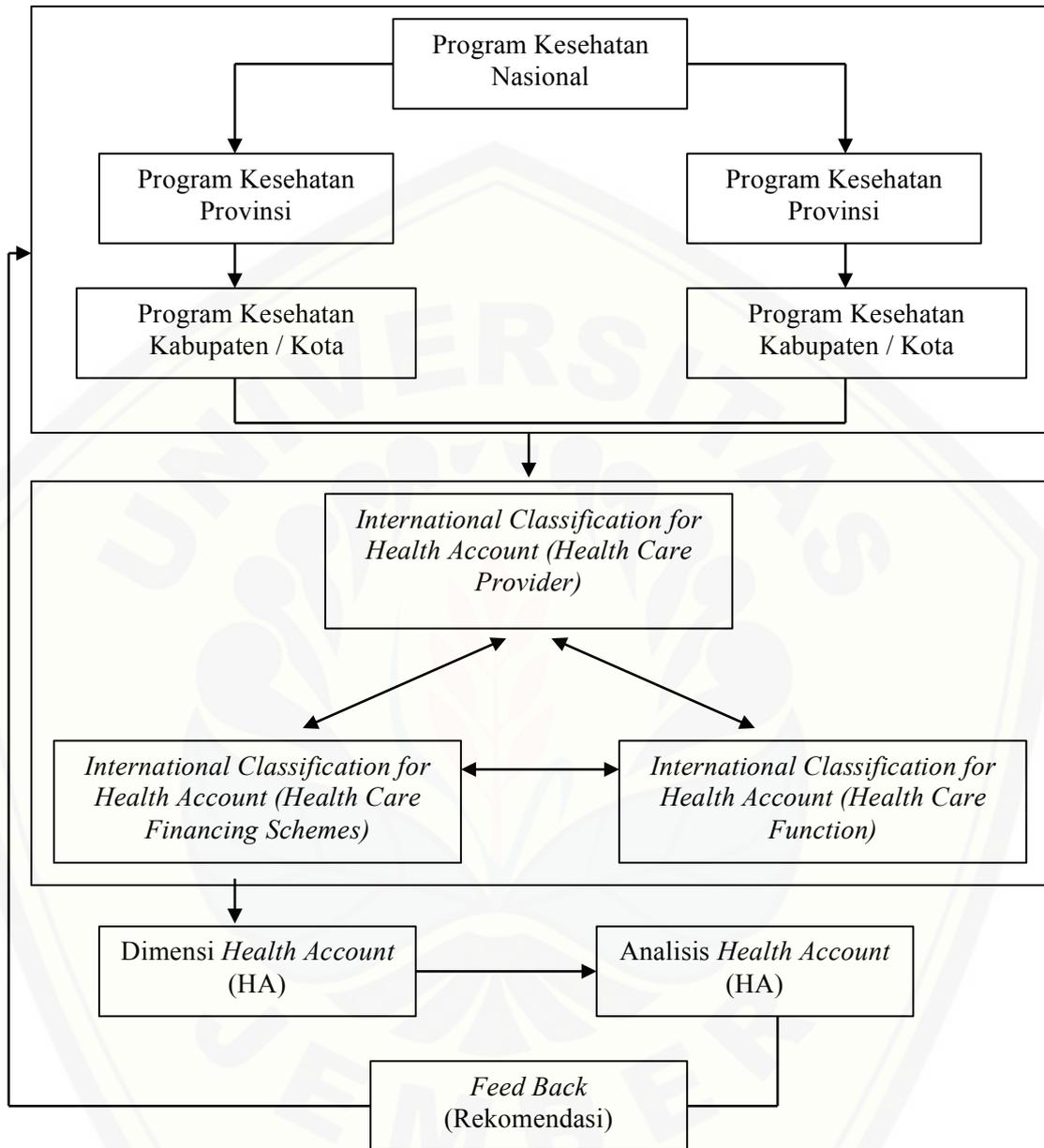
Dimensi Penerima Manfaat merupakan sekelompok orang atau masyarakat yang menerima manfaat secara langsung maupun tidak langsung dari suatu program/kegiatan kesehatan. Adapun kelompok dari penerima manfaat adalah sebagai berikut:

- 1) 0 - <1 Tahun (Bayi)
- 2) 1 - 4 Tahun (Balita)
- 3) 5 – 12 Tahun (Anak Sekolah)

- 4) 13 - 18 Tahun (Remaja)
- 5) 19 - 64 Tahun (Usia Produktif)
- 6) 65+ Tahun (Lansia)
- 7) Semua Kelompok Umur (Semua Penduduk)
- 8) Kelompok Umur Belum Dipilah



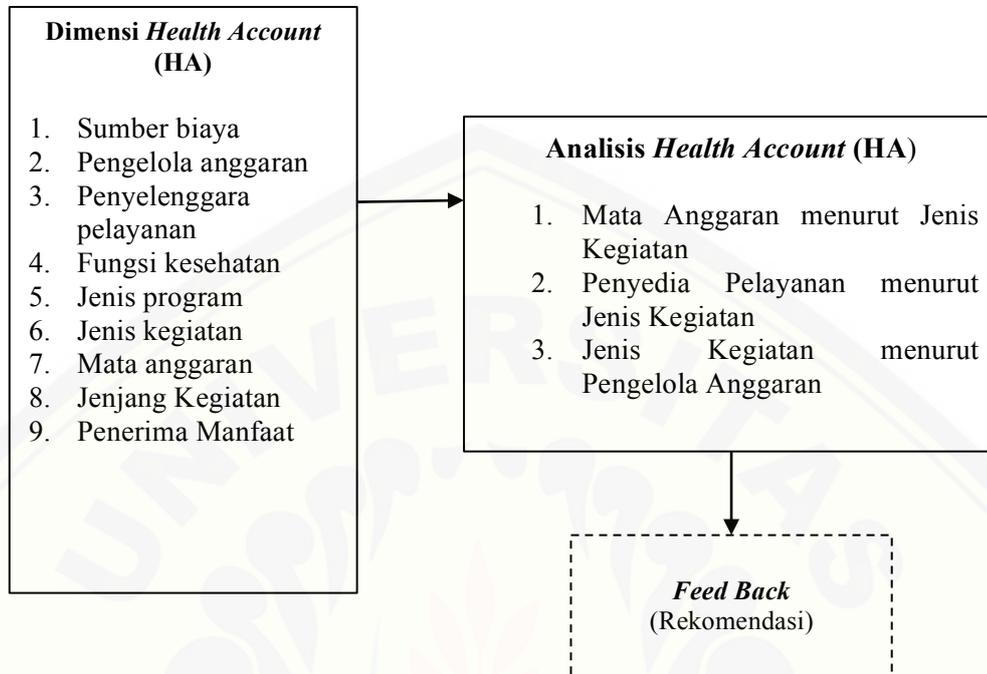
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Teori *Health Account* PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI (2016), Teori *System of Health Account* OECD (2017)

2.6 Kerangka Konsep

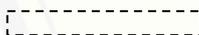


Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :



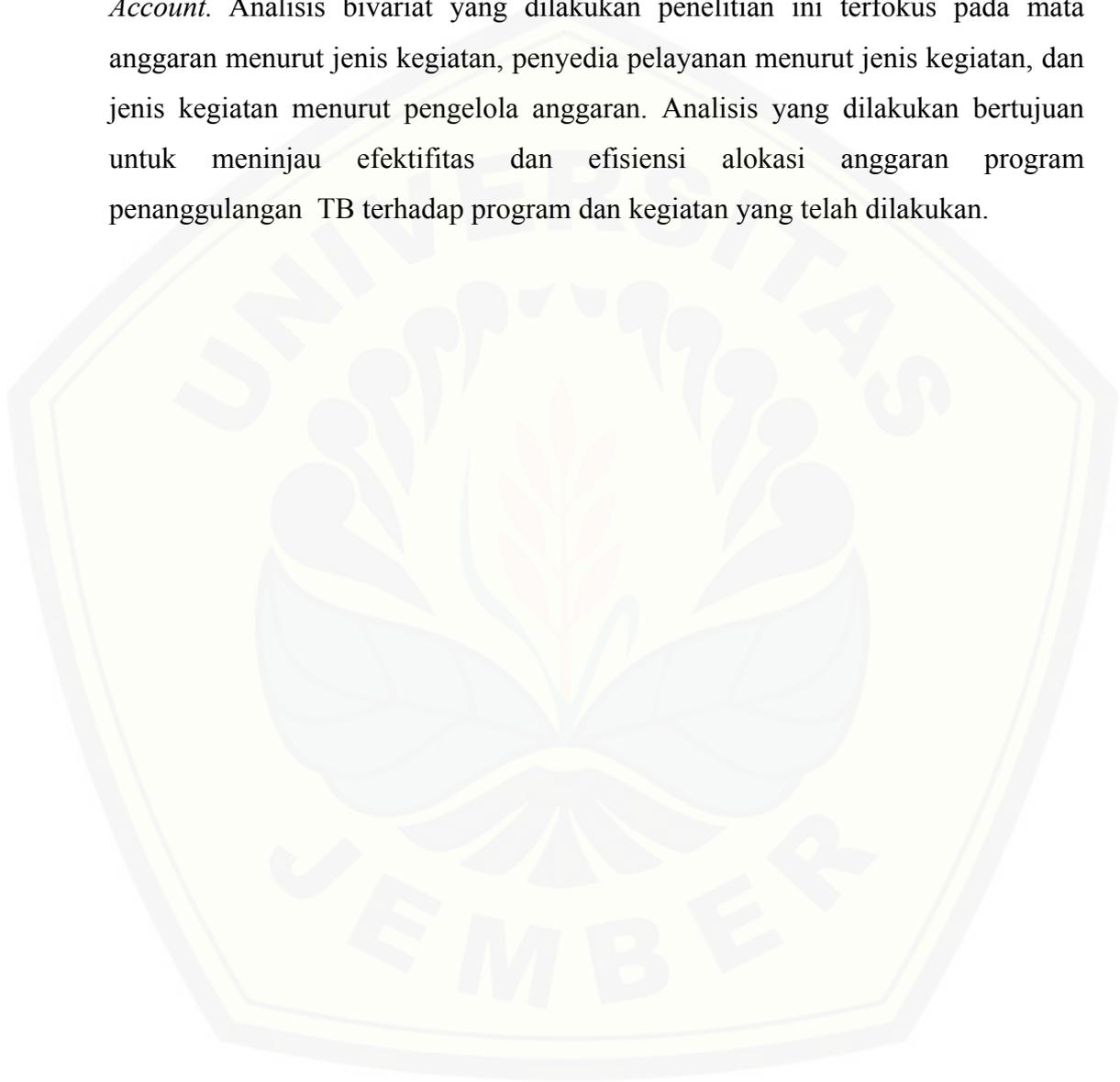
: Variabel diteliti



: Variabel tidak diteliti

Penelitian ini menggunakan pendekatan sistem sebagai upaya untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan yang telah dibahas pada penelitian ini. Peneliti melakukan modifikasi terhadap teori sistem kesehatan dengan memasukkan perspektif *Health Account* yang digunakan untuk menganalisis pembiayaan kesehatan dalam program penanggulangan TB dikarenakan perspektif ini dianggap mampu untuk memecahkan permasalahan yang ada pada rumusan masalah penelitian ini. *Health Account* memiliki sembilan dimensi yang terdiri dari sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, dan

penerima manfaat. Selanjutnya adalah menganalisis pembiayaan program penanggulangan TB dengan perspektif *Health Account* yang meliputi setiap dimensinya dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat yang dilakukan ialah analisis tabulasi silang terhadap dua dimensi *Health Account*. Analisis bivariat yang dilakukan penelitian ini terfokus pada mata anggaran menurut jenis kegiatan, penyedia pelayanan menurut jenis kegiatan, dan jenis kegiatan menurut pengelola anggaran. Analisis yang dilakukan bertujuan untuk meninjau efektifitas dan efisiensi alokasi anggaran program penanggulangan TB terhadap program dan kegiatan yang telah dilakukan.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif, yaitu suatu penelitian yang dilaksanakan guna melihat suatu gambaran dari sebuah fenomena yang terjadi pada populasi tertentu. Penelitian deskriptif secara umum digunakan untuk memberikan penilaian terhadap suatu kondisi serta penyelenggaraan suatu program yang sedang berlangsung yang kemudian hasil penilaiannya dimanfaatkan untuk penyusunan perencanaan perbaikan program tersebut di masa mendatang. Penelitian deskriptif dalam bidang kesehatan dijadikan metode untuk memotret permasalahan kesehatan juga permasalahan yang terkait suatu kelompok yang berada pada komunitas tertentu (Notoatmodjo, 2018:35) Penelitian ini digunakan untuk menggambarkan pembiayaan program penanggulangan TB dengan pendekatan *Health Account* di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jember. Waktu penelitian ini yaitu bulan November 2020 hingga September 2021, dimulai dengan penyusunan proposal penelitian, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian hingga penyusunan laporan hasil penelitian dan presentasi hasil penelitian.

3.3 Unit Analisis dan Responden

Unit analisis pada penelitian ini adalah seluruh instansi yang melakukan kegiatan langsung maupun tidak langsung terkait program penanggulangan tuberkulosis pada tahun 2019 dengan fokus anggaran yang berada pada tingkat daerah. Instansi maupun lembaga yang dimaksud adalah instansi dari sektor pemerintahan dan swasta dengan pertimbangan bahwa instansi tersebut memiliki program dan kegiatan yang berkaitan dengan pengeluaran terkait TB. Instansi dari sektor pemerintahan yaitu meliputi, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, RSD dr. Soebandi, RSD Balung, RSD Kalisat. Adapun untuk instansi dari sektor swasta

yaitu Organisasi TB Care Aisyiyah. Adapun responden dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Penanggung jawab program penanggulangan TB Dinas Kesehatan Jember
- b. Kepala Bidang P2 Dinas Kesehatan Jember
- c. Kepala Sub Bagian Program dan Informasi Dinas Kesehatan Jember
- d. Ketua organisasi TB Care Aisyiyah
- e. Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi
- f. Ketua Tim TB DOTS RSD Kalisat
- g. Ketua Tim TB DOTS RSD Balung

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian-uraian yang berisikan batas dari tiap-tiap variabel yang akan diteliti, maupun hal-hal yang akan diukur oleh variabel yang akan diteliti. Variabel dalam sebuah penelitian perlu dibatasi atau diberikan definisi operasional yang membuat variabel tersebut dapat diukur menggunakan alat bantu ukur maupun menggunakan instrumen (Notoatmodjo, 2018:111-112)

Berikut adalah variabel dan definisi operasional pada penelitian ini :

Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
1.	Sumber Biaya / <i>Financing Source</i> (FS)	Unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan. a) Dana Publik b) Dana Non Pemerintah c) Rest of The World	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua LSM TB Aisyiyah e) Ketua Tim TB DOTS RSD dr.	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
			Seobandi, RSD Balung, RSD Kalisat. dan studi dokumentasi	
2.	Pengelola Anggaran / <i>Financing Agent</i> (FA)	Unit/institusi yang menerima dan mengelola dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan. a) Pemerintah b) Perusahaan Asuransi c) Perusahaan d) Yayasan / Lembaga Sosial (Nirlaba) e) Rumah Tangga f) Rest of The World	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua LSM TB Care Aisyiyah e) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Seobandi, RSD Balung, RSD Kalisat dan studi dokumentasi	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB
3.	Penyedia Pelayanan / <i>Health Provider</i> (HP)	Unit/ institusi yang menerima dan memanfaatkan dana dalam upaya memproduksi barang dan jasa pelayanan kesehatan atau melaksanakan program kesehatan. a) Rumah Sakit b) Fasilitas Perawatan Jangka Panjang c) PPK Rawat Jalan d) PPK Penunjang e) Penyedia alat kesehatan dan bahan medis f) Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan	Wawancara kepada a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua LSM TB Aisyiyah e) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi, RSD Kalisat, RSD Balung, dan studi	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		g) Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan	dokumentasi	
		h) Industri Penyedia Layanan Kesehatan		
		i) Rest of the world		
4.	Fungsi Kesehatan / <i>Health Care Function (HC)</i>	Segala aktivitas yang memiliki tujuan untuk meningkatkan, memperbaiki, dan mempertahankan status kesehatan. a) Pelayanan Kuratif b) Pelayanan Rehabilitatif c) Pelayanan Rawat Jangka Lama d) Pelayanan Penunjang e) Alat-alat/Bahan Medis f) Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat g) Tata Kelola Sistem Kesehatan dan Administrasi Pembiayaan Kesehatan h) Pelayanan Kesehatan Lainnya	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi, RSD Kalisat, RSD Balung. e) Ketua LSM TB Care Aisyiyah dan studi dokumentasi	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB
5.	Program / <i>Programs (PR)</i>	Program kesehatan yang dibiayai dengan belanja dari pengelola anggaran. a) Program Kesehatan Masyarakat b) Program Kesehatan Individu c) Program	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		Penguatan Sistem Kesehatan	c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi, RSD Kalisat, RSD Balung. e) Ketua LSM TB Care Aisyiyah dan studi dokumentasi	
6.	Jenis Kegiatan / <i>Health Activity</i> (HA)	Segala kegiatan yang dilakukan oleh penyelenggara kesehatan. a) Kegiatan Tidak Langsung b) Kegiatan Langsung	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi, RSD Kalisat, RSD Balung. e) Ketua LSM TB Care Aisyiyah dan studi dokumentasi	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB
7.	Mata Anggaran / <i>Health Input</i> (HI)	Jenis input yang dibeli oleh penyelenggara pelayanan / program untuk melaksanakan kegiatan kesehatan. a) Investasi	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		b) Operasional c) Pemeliharaan	TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi, RSD Kalisat, RSD Balung. e) Ketua LSM TB Care Aisyiyah dan studi dokumentasi	program penanggulangan TB
8.	Jenjang Kegiatan / <i>Level of Activities</i> (HL)	Jenjang administratif dilaksanakannya kegiatan kesehatan. a) Jenjang Pusat b) Jenjang Provinsi c) Jenjang Kabupaten d) Jenjang Kecamatan/ Puskesmas e) Jenjang Desa/ Kelurahan/ Masyarakat	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ Program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag PI Dinkes Jember d) Ketua Tim TB DOTS RSD dr. Soebandi, RSD Kalisat, RSD Balung e) Ketua LSM TB Care Aisyiyah dan studi dokumentasi	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB
9.	Penerima Manfaat / <i>Health Beneficiary</i> (HB)	Sekelompok orang atau masyarakat yang menerima secara langsung maupun tidak langsung dari suatu kegiatan / program kesehatan. a) 0-1 Tahun (bayi) b) 1-5 Tahun	Wawancara kepada : a) Kabid P2 Dinkes Jember b) PJ program TB Dinkes Jember c) Ka. Subbag	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		(balita)	PI Dinkes	
		c) 6-12 Tahun (anak sekolah)	Jember	
		d) 13 – 18 Tahun (remaja)	d) Ketua Tim TB DOTS RSD dr.	
		e) 19-64 Tahun (usia produktif)	Soebandi, RSD Kalisat,	
		f) 65+ (lansia)	RSD Balung.	
		g) Semua kelompok umur	e) Ketua LSM TB Care	
		h) Kelompok umur belum terpilah	Aisyiyah dan studi dokumentasi	

3.5 Data dan Sumber Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan dari sumber data pertama atau sumber asli di lokasi penelitian atau objek penelitian (Bungin, 2005:132). Data primer pada penelitian ini dikumpulkan dengan cara bertanya langsung kepada responden dengan menggunakan panduan wawancara. Hasil wawancara yang dilakukan terhadap responden menjadi data primer pada penelitian ini.

Adapun hasil wawancara yang dilakukan terkait dengan sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara layanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan serta penerima manfaat. Wawancara yang dilakukan terhadap responden merupakan bentuk dari demarkasi biaya program penanggulangan TB di Kabupaten Jember.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang sumbernya berasal dari selain dokumen langsung dari objek yang diteliti. Data sekunder berasal dari sumber data kedua dari data yang dibutuhkan (Bungin, 2005 : 132). Data sekunder pada penelitian ini dikumpulkan dengan cara studi dokumentasi terhadap Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan Laporan Realisasi Anggaran (LRA) pada program penanggulangan TB. Data yang diambil antara lain nama program, kegiatan, rincian kegiatan, serta jumlah belanja pada masing-masing unit analisis.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiyono, 2011:224). Proses pengumpulan data pada penelitian ini dikumpulkan dengan teknik sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara merupakan sebuah metode yang digunakan pada pengumpulan data. Peneliti akan mendapatkan informasi ataupun keterangan secara lisan dari responden atau dengan bertatap muka serta berbicara dengan responden (Notoatmodjo, 2018:139). Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti ketika peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden secara mendalam (Sugiyono, 2011:231). Adapun data-data yang akan dikumpulkan dalam wawancara adalah sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara anggaran, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan dan penerima manfaat.

b. Studi Dokumen

Dokumen adalah catatan kejadian yang telah terjadi yang dapat berbentuk gambar, tulisan, atau sebuah karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2011:240). Penelitian ini melakukan studi dokumentasi dengan mempelajari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan TB di Kabupaten Jember.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan instrumen untuk mengumpulkan data yang menjadi alat ukur fenomena alam ataupun sosial yang akan diamati (Sugiyono, 2011:222). Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara, *checklist*, serta alat perekam suara berupa telepon seluler sebagai instrumen penelitian.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data ditujukan untuk membantu peneliti dalam menyajikan informasi dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Tata cara dalam penyajian data penelitian dilakukan dengan beragam bentuk. Penyajian data pada penelitian ini disajikan dalam tiga bentuk yakni dalam bentuk teks, tabel, serta grafik (Notoatmodjo, 2018:188). Perolehan data pada penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel dengan disertai penjelasan dalam bentuk narasi dengan tujuan memberikan gambaran dari hasil tabel tersebut.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data menjadi hal penting pada sebuah penelitian, data yang sudah diolah tidak akan memperoleh makna jika tidak dilakukan analisis. Melakukan analisis data bukan sekadar menginterpretasikan dan mendeskripsikan data yang sudah diolah. Akan tetapi keluaran akhir dari analisis data adalah peneliti dapat memperoleh makna dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018:180). Analisis yang digunakan pada penelitian ini antara lain :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat memiliki tujuan untuk memberikan penjelasan atau menggambarkan karakteristik pada setiap variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2018:182). Analisis univariat pada penelitian ini digunakan untuk melakukan identifikasi pada 9 dimensi *Health Account* (PPJK Kemenkes & PKEKK FKM UI, 2016).

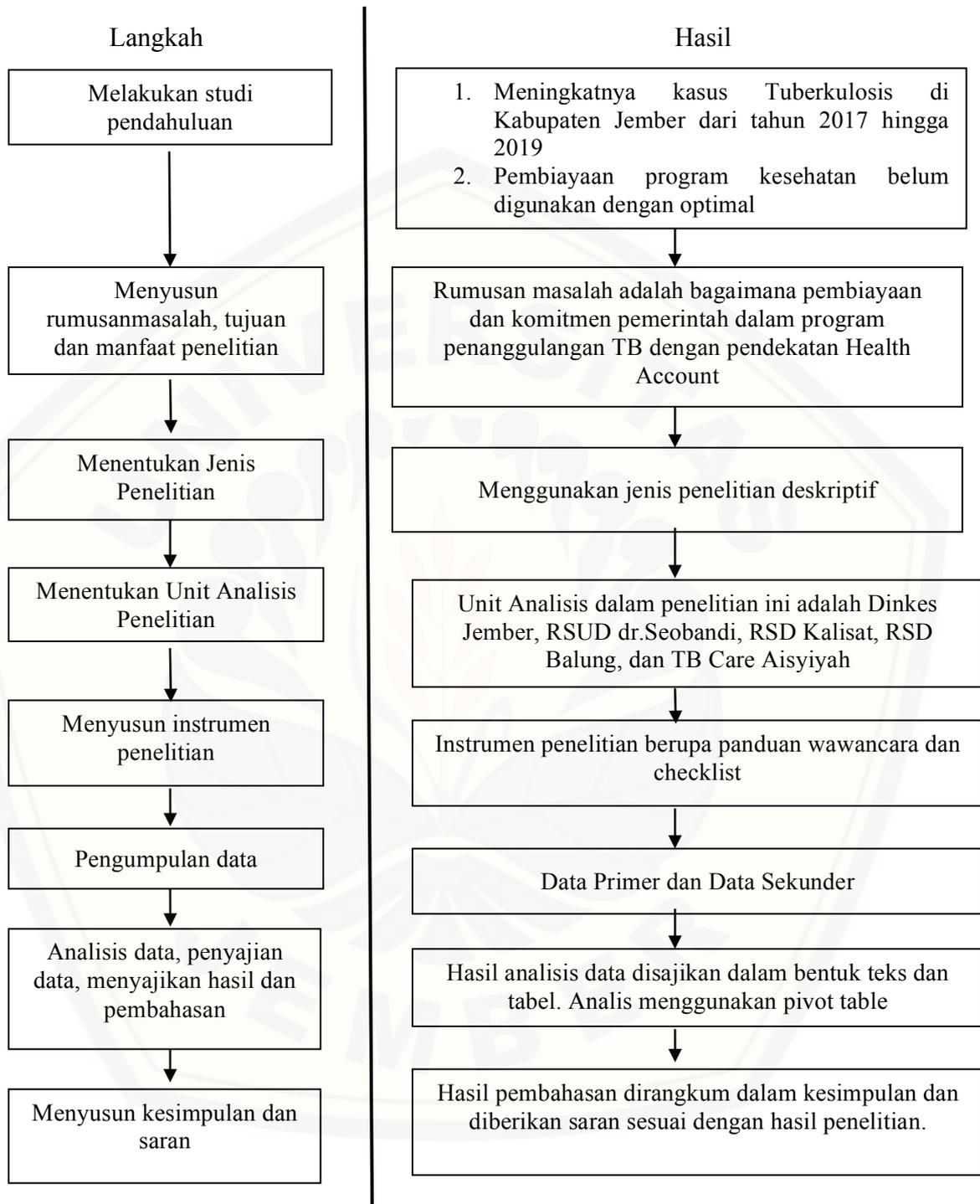
b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga memiliki kolerasi (Notoatmodjo, 2018:183). Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan *pivot table* yang dilakukan di *Microsoft Excel*. Dalam *pivot table* akan dilakukan tabulasi silang antara mata anggaran dan jenis kegiatan yang akan menghasilkan gambaran porsi belanja untuk kegiatan langsung atau tidak langsung serta alokasi belanja operasional, investasi dan pemeliharaan. Tabulasi silang selanjutnya adalah antara penyedia pelayanan dan jenis kegiatan yang bertujuan menghasilkan gambaran penyedia pelayanan dalam masing-masing

jenis kegiatan, baik langsung maupun tidak langsung. Tabulasi silang terakhir adalah antara jenis kegiatan dan pengelola anggaran yang dilakukan untuk melihat gambaran tentang jenis kegiatan yang dikelola oleh pemerintah maupun dikelola oleh pihak lain.



3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Komponen Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

a. Gambaran Sumber Biaya Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Sumber pembiayaan merupakan institusi/unit yang menyediakan biaya kesehatan. Sumber pembiayaan dapat ditelaah melalui dua sumber yaitu dana publik serta dana non publik. Adapun sumber pembiayaan pada program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Sumber Biaya Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Sumber Biaya	Jumlah Belanja (Rp)	%
FS.1.1.2.2.1	APBD Kab/Kota (DBH, DAU, DAK, PAD)	1.478.198.000	63,42
FS.2.2.2	Out of Pocket (OOP) Rumah Tangga	35.593.500	1,53
FS.2.4.2.1	Donor: Hibah kepada Swasta	816.992.073	35,05
	Grand Total	2.330.783.573	100,00

Berdasarkan pada tabel 4.1 tentang sumber biaya, dapat diketahui bahwa sumber biaya dalam program penanggulangan TB di Kabupaten Jember berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) kabupaten, *Out of Pocket* (OOP) Rumah Tangga, serta donor hibah dari swasta. Adapun pembiayaan terbesar bersumber dari APBD kabupaten sebesar 63,42%. Kemudian dilanjutkan dengan donor hibah kepada swasta yang bersumber dari *Global Fund* sebagai sumber pembiayaan terbesar kedua, sedangkan pembiayaan program penanggulangan TB yang berasal dari rumah tangga hanya sebesar 1,53% yang diperoleh dari biaya yang dikeluarkan pasien saat membayar karcis untuk keperluan administrasi di rumah sakit.

b. Gambaran Pengelola Anggaran Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Pengelola Anggaran merupakan unit atau institusi maupun lembaga yang melakukan pengelolaan dan menerima dana untuk membeli ataupun membayar jasa dan barang kesehatan. Adapun pengelola anggaran program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 2 Pengelola Anggaran Program Pembiayaan TB Kabupaten Jember

Kode	Pengelola Anggaran	Jumlah Belanja (Rp)	%
FA.1.2.2.1	Dinas Kesehatan	1.980.439.073	84,97
FA.4	Yayasan/Lembaga Sosial (Nirlaba)	314.751.000	13,50
FA.5	Rumah Tangga	35.593.500	1,53
Grand Total		2.330.783.573	100,00

Berdasarkan pada tabel 4.2 tentang pengelola anggaran, dapat diketahui bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menjadi pengelola anggaran terbesar dalam program penanggulangan Tuberkulosis yaitu sebesar 84,97%, untuk dana yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember berasal dari dana APBD sebesar Rp 1.478.198.000 dan dana hibah dari *Global Fund* sebesar Rp 502.241.073. Kemudian Yayasan / Lembaga Sosial Nirlaba yaitu TB Care Aisyiyah yang mengelola anggaran dari *Global Fund* sebesar 13,50%. Rumah tangga menjadi pengelola pembiayaan terkecil yaitu hanya sebesar 1,53%.

c. Gambaran Penyedia Pelayanan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Penyelenggara Program merupakan unit atau institusi yang mendapatkan dana dan memanfaatkan dana untuk upaya melakukan produksi barang serta jasa pelayanan kesehatan. Adapun penyedia pelayanan program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 3 Penyedia Pelayanan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Penyedia Pelayanan	Jumlah Belanja (Rp)	%
HP.1.1.3	Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota	116.906.573	5,01
HP.6.1.1	Puskesmas	1.272.301.000	54,59
HP.7.1.5.1	Dinas Kesehatan	626.825.000	26,90
HP.7.4	Penyelenggara Administrasi lainnya	314.751.000	13,50
Grand Total		2.330.783.573	100,00

Berdasarkan tabel 4.3 tentang penyedia pelayanan, dapat diketahui bahwa puskesmas merupakan lembaga yang dominan berperan sebagai penyedia pelayanan dalam program penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember dengan persentase sebesar 54,59%. Di posisi kedua terdapat Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang turut serta berperan sebagai penyedia pelayanan dengan persentase sebesar 26,90%. Selanjutnya terdapat penyelenggara administrasi lainnya yaitu TB Care Aisyiyah dengan persentase 13,50% serta Rumah Sakit Umum Kabupaten/ Kota sebesar 5,01%.

d. Gambaran Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Fungsi kesehatan bertujuan sebagai upaya untuk peningkatan, perbaikan dan mempertahankan status kesehatan Adapun fungsi kesehatan program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 4 Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Fungsi Kesehatan	Jumlah Belanja (Rp)	%
HC.1.3	Pelayanan Kuratif Rawat Jalan	297.091.073	12,75
HC.6.3	Program Deteksi Dini Penyakit	1.098.033.000	47,11
HC.6.4	Program Pemantauan Status Kesehatan	230.485.000	9,89
HC.7.1	Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan	105.566.500	4,52
HC.7.2	Administrasi Pembiayaan Kesehatan	2.580.000	0,11
HC.9.1	Program Pemberdayaan Masyarakat	597.028.000	25,62
Grand Total		2.330.783.573	100,00

Berdasarkan pada tabel 4.4 tentang fungsi kesehatan, dapat dilihat bahwa fungsi kesehatan terbesar dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember merupakan fungsi kesehatan untuk program deteksi dini penyakit dengan persentase sebesar 47,11%. Adapun fungsi kesehatan terbesar kedua adalah program pemberdayaan masyarakat yaitu sebesar 25,63%. Selanjutnya adalah fungsi kesehatan untuk pelayanan kuratif rawat jalan dengan persentase sebesar 12,27%, program pemantauan status kesehatan 9,89%, serta tata kelola dan administrasi sistem kesehatan sebesar 4,52%. Administrasi pembiayaan kesehatan merupakan fungsi kesehatan terkecil dengan persentase 0,11%

e. Gambaran Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Dimensi Program Kesehatan yaitu menggambarkan jenis program yang dibiayai dengan belanja dari pengelola anggaran. Adapun program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 5 Program Kesehatan Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Program	Jumlah Belanja (Rp)	%
PR.1.3.1	TBC	1.753.009.073	75,21
PR.3.1.1	Penguatan Regulasi	5.787.000	0,25
PR.3.1.3	Penguatan Manajemen (termasuk gaji)	102.359.500	4,39
PR.3.5.1	Pelatihan dan Pembinaan Kader, Toma, Toga	469.628.000	20,15
Grand Total		2.330.783.573	100,00

Berdasarkan pada tabel 4.5 tentang program kesehatan penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember, program terbesar adalah program TBC dengan alokasi sebesar 75,21%, kemudian program pelatihan dan pembinaan kader, tokoh masyarakat serta tokoh agama memiliki persentase sebesar 20,15%. Dilanjutkan dengan program penguatan manajemen 4,39% dan yang terakhir penguatan regulasi sebesar 0,25%.

f. Gambaran Jenis Kegiatan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Dimensi Jenis Kegiatan merupakan kegiatan yang dilaksanakan oleh penyelenggara kesehatan dimana secara umum terbagi menjadi dua kegiatan yaitu kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung atau penunjang. Adapun jenis jenis kegiatan program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 6 Jenis Kegiatan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Jenis Kegiatan	Jumlah Belanja (Rp)	%
HA.2	Kegiatan Langsung	945.584.073	40,57
HA.2.1.8	Penemuan dan Pemantauan Kasus	443.343.000	19,02
HA.2.2.1	Diagnosis dan Pengobatan	502.241.073	21,55
HA.1	Kegiatan Tidak Langsung	1.385.199.500	59,43
HA.1.1	Manajerial dan Koordinasi	824.178.000	35,36
HA.1.2	Pengadaan dan Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	469.628.000	20,15
HA.1.4	Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan	53.800.000	2,31
HA.1.6	Pengadaan Alat Kantor dan Alat Non Medis	37.593.500	1,61
	Grand Total	2.330.783.573	100,00

Berdasarkan tabel 4.6 tentang jenis kegiatan, dapat diketahui jenis kegiatan langsung dan tidak langsung dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah seperti tertera di atas. Jenis kegiatan tidak langsung memiliki jumlah belanja terbesar yaitu 59,43% dengan rincian kegiatan manajerial dan koordinasi 35,36% yang digunakan untuk honorarium petugas serta akomodasi dan transportasi, untuk pengadaan dan peningkatan kapasitas personil sebesar 20,15%, monitoring, evaluasi dan pelaporan 2,31% dan pengadaan alat kantor dan alat non medis 1,61%. Adapun jenis kegiatan langsung memiliki persentase jumlah belanja yang lebih sedikit yaitu sebesar 40,57% dengan jenis kegiatan penemuan dan pemantauan kasus 19,02% serta kegiatan diagnosis dan pengobatan sebanyak 21,55%.

g. Gambaran Mata Anggaran Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Dimensi Mata Anggaran adalah pendataan jenis input yang dibeli oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Jenis input tersebut dapat berupa investasi barang modal, belanja operasional serta belanja pemeliharaan. Adapun mata anggaran program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 7 Mata Anggaran Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Mata Anggaran	Jumlah Belanja (Rp)	%
HI.1	Investasi	0	0
HI.2	Operasional	2.330.783.573	100,00
HI.2.1.2	Honorarium	861.225.000	36,95
HI.2.3.4	Bahan Bahan Medis Habis Pakai	417.978.000	17,93
HI.2.3.6	Bahan ATK dan Perkantoran habis pakai	37.593.500	1,61
HI.2.3.7	Perjalanan	405.328.000	17,39
HI.2.3.8	Akomodasi	527.346.000	22,63
HI.2.5	Biaya Operasional Lainnya	81.313.073	3,49
HI.3	Pemeliharaan	0	0
	Grand Total	2.330.783.573	100,00

Berdasarkan pada tabel 4.7 tentang mata anggaran, dapat diketahui bahwa 100% jumlah belanda pada program penanggulangan tuberkulosis dialokasikan untuk biaya operasional. Persentase paling besar adalah untuk honorarium sebesar 36,95%, kemudian akomodasi untuk kegiatan seperti makan dan minum untuk rapat sebesar 22,63%, dan bahan medis habis pakai sebesar 17,93%. Adapun persentase untuk biaya perjalanan selama operasional program penanggulangan tuberkulosis sebesar 17,39%, serta biaya operasional lainnya yaitu tindakan-tindakan untuk pasien tuberkulosis yang tercantum pada *baseline Global Fund* sebesar 3,49%. Sedangkan persentase terkecil adalah belanja ATK dan perkantoran habis pakai sebesar 1,61%

h. Gambaran Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Jenjang kegiatan adalah jenjang administratif dimana kegiatan dilakukan. Sebuah kegiatan dapat dilaksanakan sekaligus pada berbagai jenjang. Adapun

jenjang kegiatan program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 8 Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Jenjang Kegiatan	Jumlah Belanja (Rp)	%
HL.3	Kabupaten	1.041.696.573	44,69
HL.4	Kecamatan/Puskesmas	1.289.087.000	55,31
Grand Total		2.330.783.573	100,00

Berdasarkan tabel 4.8 tentang jenjang kegiatan, dapat diketahui bahwa program penanggulangan tuberkulosis paling banyak dilaksanakan di tingkat kecamatan/puskesmas dibandingkan di tingkat kabupaten. Kegiatan yang diadakan di kecamatan/puskesmas sebesar 55,31% sedangkan kegiatan di tingkat kabupaten sebesar 44,69%

i. Gambaran Penerima Manfaat Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Penerima manfaat merupakan sekelompok orang atau masyarakat yang menerima manfaat secara langsung maupun tidak langsung dari suatu program/kegiatan kesehatan. Adapun penerima manfaat program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 9 Penerima Manfaat Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Kode	Penerima Manfaat	Jumlah Belanja (Rp)	%
HB.5	19 - 64 tahun (usia produktif)	1.790.949.000	76,84
HB.7	Semua Kelompok Umur	539.834.573	23,16
Grand Total		2.330.783.573	100,00

Berdasarkan pada tabel 4.9 tentang penerima manfaat, dapat diketahui bahwa penerima manfaat terbesar dalam program penanggulangan tuberkulosis adalah kelompok usia produktif (19-64 tahun) sebesar 76,84% dan sisa penerima manfaat adalah semua kelompok umur sebesar 23,16%.

4.1.2 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember.

Analisis antara mata anggaran dan jenis kegiatan akan menghasilkan gambaran porsi belanja untuk kegiatan langsung atau tidak langsung serta alokasi belanja operasional, investasi dan pemeliharaan. Adapun analisis antara mata anggaran dan jenis kegiatan pada program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 10 Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan Program Penanggulangan Tuberkulosis Kabupaten Jember

Mata Anggaran/Jenis Kegiatan	Kegiatan Langsung	%	Kegiatan Tidak Langsung	%	Jumlah Biaya (Rp)
Operasional	945.584.073	40,57	1.385.199.500	59,43	2.330.783.573
Grand Total	945.584.073	40,57	1.385.199.500	59,43	2.330.783.573

Berdasarkan pada tabel 4.10 tentang mata anggaran dan jenis kegiatan dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember, dapat diketahui bahwa gambaran pembiayaan untuk kegiatan operasional secara tidak langsung adalah sebesar 59,43% sedangkan pembiayaan untuk kegiatan operasional langsung hanya sebesar 40,57%.

4.1.3 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Pelayanan dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Analisis antara penyedia pelayanan dan jenis kegiatan yang bertujuan menghasilkan gambaran penyedia pelayanan dalam masing-masing jenis kegiatan, baik langsung maupun tidak langsung. Adapun analisis antara penyedia pelayanan dan jenis kegiatan dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 11 Penyedia Pelayanan dan Jenis Kegiatan Program Penanggulangan TB
Kabupaten Jember

Penyedia Pelayanan/Jenis Kegiatan	Kegiatan Langsung	%	Kegiatan Tidak Langsung	%	Jumlah Biaya (Rp)
HP.1.1.3 Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota	81.313.073	3,49	35.593.500	1,53	116.906.573
HP.6.1.1 Puskesmas	707.471.000	30,35	564.830.000	24,23	1.272.301.000
HP.7.1.5.1 Dinas Kesehatan	0	0	626.825.000	26,89	626.825.000
HP.7.4 Penyelenggara Administrasi lainnya	156.800.000	6,73	157.951.000	6,78	314.751.000
Grand Total	945.584.073	40,57	1.385.199.500	59,43	2.330.783.573

Berdasarkan pada tabel 4.11 tentang penyedia pelayanan dan jenis kegiatan program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember, dapat dilihat bahwa penyedia pelayanan untuk kegiatan langsung terbesar dipegang oleh puskesmas dengan persentase sebesar 30,35%, sedangkan untuk kegiatan tidak langsung jumlah belanja terbesar disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dengan persentase sebesar 26,89%. Adapun Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota menjadi penyedia pelayanan terkecil baik pada kegiatan langsung 3,49% maupun kegiatan tidak langsung 1,53%.

4.1.4 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Pengelola Anggaran dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Tabel 4. 12 Jenis Kegiatan dan Pengelola Anggaran Program Penanggulangan TB Kabupaten Jember

Jenis Kegiatan/Pengelola Anggaran	Dinas Kesehatan	%	Yayasan/Lembaga Nirlaba	%	Rumah Tangga	%
Kegiatan Langsung	788.784.073	33,84	156.800.000	6,73	0	0
Kegiatan Tidak Langsung	1.191.655.000	51,13	157.951.000	6,78	35.593.500	1,53
Grand Total	1.980,439.073	84,97	314.751.000	13,50	35.593.500	1,53

Berdasarkan pada tabel 4.12 tentang jenis kegiatan dan pengelola anggaran, dapat diketahui bahwa pengelola anggaran terbanyak untuk kegiatan langsung maupun tidak langsung dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember dikelola oleh Dinas Kesehatan sebesar 33,84% untuk kegiatan langsung, dan 51,13% untuk kegiatan tidak langsung

4.2 Pembahasan

4.2.1 Komponen Pembiayaan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

a. Sumber Pembiayaan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Menurut Azwar (2010:133) salah satu syarat pokok yang wajib dimiliki dalam pembiayaan kesehatan yang memiliki kualitas yang baik adalah biaya kesehatan yang disediakan harus dalam jumlah yang cukup, dalam artian biaya kesehatan tersebut dapat digunakan untuk membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkan pelayan kesehatan. Biaya kesehatan tersebut didapatkan dari sumber pemerintah yaitu APBN, APBD, dan dana publik lain. Sedangkan untuk

sumber non pemerintah meliputi donor atau hibah dari pihak swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat, maupun belanja rumah tangga (PPJK & PKEKK FKM UI, 2016).

Dalam program penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember, sumber pembiayaan terbesar merupakan anggaran dari APBD kabupaten dengan persentase sebesar 63,42% dengan total belanja sebesar Rp 1.478.198.000. APBD kabupaten tersebut berasal dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) non fisik yang digunakan sebagai kegiatan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di puskesmas. Hal ini sudah sesuai dengan Permenkes Nomor 12 Tahun 2021 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2021 bahwa DAK non fisik yang di dalamnya terdapat BOK, digunakan untuk upaya pendanaan kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah yang sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional.

Sumber pembiayaan yang berasal dari pihak non pemerintah berasal dari bantuan luar negeri serta belanja rumah tangga. Sumber pembiayaan yang berasal dari bantuan luar negeri merupakan bentuk Pemerintah Kabupaten Jember yang bekerjasama dengan *Global Fund* sebagai pihak yang menyalurkan bantuan pembiayaan. *Global Fund* menjalin kerja sama antara pemerintah, masyarakat, sektor swasta serta berbagai komunitas yang bergerak di bidang penanggulangan tuberkulosis. *Global Fund* telah memberikan bantuan berupa dana hibah yang cukup besar. Dilandasi dengan adanya kontrak, bantuan dana tersebut menjadikan kedua belah pihak menempatkan salah satu pihaknya menjadi pemilik sumber daya (*principal*) yaitu *Global Fund*, serta pihak selanjutnya yaitu pemerintah menjadi pihak pengelola sumber daya (*agent*). Dalam prinsip bantuan tersebut, pihak *Global Fund* meminta pemerintah untuk dapat melakukan pengelolaan sumber dana dengan seefektif mungkin. Hal tersebut diharapkan karena pemerintah ditugaskan melaksanakan kegiatan-kegiatan kesehatan, khususnya penanggulangan penyebaran tuberkulosis (Tajem, Fasisaka, & Parameswari, 2015).

Dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember, *Global Fund* merupakan sumber biaya kedua dengan persentase 35,05% atau sejumlah Rp 816.992.073.

Dana yang berasal dari *Global Fund* ini digunakan untuk pemeriksaan diagnosis kasus TB Resisten Obat (RO) serta kegiatan-kegiatan penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan oleh TB *Care Aisyiyah* selaku *Sub-sub Recipient* (SSR) TB dari *Global Fund*. Sedangkan untuk belanja rumah tangga yang memiliki persentase sebesar 1,53% merupakan biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk keperluan administrasi saat melakukan kunjungan ke rumah sakit.

b. Pengelola Anggaran Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa total biaya yang dimanfaatkan dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebesar Rp 2.330.783.573 dengan pengelola anggaran terbesar dalam penanggulangan tuberkulosis dilakukan oleh dinas kesehatan sebesar 84,97% dengan belanja sebesar Rp 1.980.439.073. Adapun pengelola anggaran selanjutnya adalah yayasan / lembaga sosial nirlaba yang dalam penelitian ini adalah Aisyiyah dengan dana kelolaan sebesar Rp 314.751.000 atau 13,50%.

Dana yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tersebut berasal dari APBD serta dana hibah dari *Global Fund* yang kemudian dilaporkan melalui Sekretariat *Global Fund* yang berada di dinas kesehatan. Dana yang dikelola tersebut digunakan untuk kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan baik di tingkat kabupaten maupun kecamatan atau puskesmas. Dana tersebut juga disalurkan oleh dinas kesehatan untuk pembiayaan dalam pelayanan pasien tuberkulosis serta penegakan diagnosis di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan penyelenggaraan sistem kesehatan nasional yang tertuang dalam Lampiran Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menyebutkan bahwa dinas kesehatan kabupaten memiliki tanggungjawab dalam penyelenggaraan kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di daerah masing-masing yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain.

Untuk yayasan/lembaga sosial nirlaba yang mengelola anggaran yang juga berasal dari *Global Fund* digunakan untuk keperluan investigasi kontak, pelatihan

dan *reward* untuk kader, serta pemantauan status kesehatan dan pendampingan pasien maupun suspek tuberkulosis. Mengingat pentingnya peran kader dalam kegiatan penanggulangan tuberkulosis, maka yayasan/lembaga sosial nirlaba tersebut memfokuskan peran serta masyarakat dalam hal ini adalah memberdayakan kader agar turut membantu mempercepat penemuan kasus-kasus tuberkulosis. Program pengendalian tuberkulosis membutuhkan peran aktif kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan penderita tuberkulosis (Kemenkes, 2016).

c. Penyedia Pelayanan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Penyedia pelayanan ialah institusi atau unit yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan. Dalam penelitian ini, penyedia pelayanan program penanggulangan Tuberkulosis terbesar adalah puskesmas dengan persentase 54,59% atau sebesar Rp 1.272.301.000. Hal ini menunjukkan bahwa puskesmas telah melaksanakan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial. Karena berdasarkan pada Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas, menjelaskan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian penyakit yang termasuk ke dalam UKM esensial merupakan tanggung jawab puskesmas.

Penyedia pelayanan selanjutnya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dengan persentase 26,90% dengan jumlah belanja Rp 626.825.000. Adapun untuk pelayanan yang dipegang oleh Dinas Kesehatan adalah honorarium tim PPM serta tim pelaksana kegiatan tuberkulosis seperti penemuan suspek, pendampingan pasien serta pengolahan data tuberkulosis di kabupaten. Adapun untuk penyelenggara administrasi lainnya yang merupakan yayasan atau lembaga sosial nirlaba yang dalam penelitian ini adalah Aisyiyah, jumlah pelayanan yang diberikan adalah Rp 314.751.000 atau 13,50%. Peran serta yayasan sosial dalam menyediakan pelayanan kesehatan dalam program penanggulangan tuberkulosis meliputi pendampingan pasien tuberkulosis (*patient supporter*) serta dukungan komunikasi. Penelitian dari Hilmawan & Lutfi (2021) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara peran kader kesehatan sebagai penemu suspek, pemberi dukungan motivasi serta pendampingan terhadap kesembuhan

pasien tuberkulosis. Oleh sebab itu, yayasan atau lembaga yang menyediakan pelayanan berfokus melakukan kegiatan-kegiatan penanggulangan tuberkulosis melalui kader-kader yang telah dibina oleh yayasan tersebut.

d. Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Fungsi kesehatan bertujuan sebagai upaya untuk peningkatan, perbaikan dan mempertahankan status kesehatan. Fungsi kesehatan yang telah dilakukan oleh Rumah Sakit Daerah, Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Yayasan/ Lembaga nirlaba untuk penanggulangan tuberkulosis mencakup pelayanan kuratif rawat jalan, program deteksi dini penyakit tuberkulosis, pemantauan status kesehatan pasien tuberkulosis, pemberdayaan masyarakat dan tata kelola dan administrasi sistem pembiayaan kesehatan serta program pemberdayaan masyarakat. Program deteksi dini penyakit tuberkulosis merupakan fungsi kesehatan yang mempunyai alokasi dana terbesar yaitu sebanyak 47,11% atau jika dirupiahkan sebesar Rp 1.098.033.000. Hal ini harus didukung dengan upaya pemerintah Kabupaten Jember untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat terkait deteksi dini tuberkulosis dan pencegahannya sehingga dapat merangsang masyarakat untuk dapat memutus tali penyebaran tuberkulosis, yang dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga serta lingkungan terdekat. Disarankan pula kepada masyarakat untuk melakukan pemeriksaan dahak sehingga bila ditemukan bakteri tuberkulosis langsung dilakukan pengobatan (Kusuma, 2019).

Fungsi kesehatan berikutnya yang juga memiliki porsi anggaran yang besar adalah program pemberdayaan masyarakat, dalam hal ini penting dilakukan mengingat pentingnya peran serta masyarakat dalam program penanggulangan tuberkulosis. Pada penelitian yang dilakukan oleh Reviono, Sulaeman, & Murti (2013) di Kabupaten Karanganyar, menunjukkan bahwa keberhasilan penanggulangan tuberkulosis berhubungan erat dengan partisipasi masyarakat dalam proses penemuan kasus tuberkulosis. Selain itu program pemberdayaan masyarakat yang mendapat dukungan finansial yang baik akan menunjukkan peningkatan dalam keberhasilan penemuan kasus penyakit menular (Kasmel & Andersen, 2011).

Selanjutnya terdapat program pemantauan status kesehatan yang memiliki porsi anggaran dalam program penanggulangan tuberkulosis sebesar 9,89%. Pentingnya dilakukan upaya pemantauan kesehatan untuk mendukung percepatan kesembuhan pasien tuberkulosis agar tidak putus dalam berobat. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohmah, Rahayu, & Indrawati (2019) bahwa dengan adanya pemantauan pengobatan pasien tuberkulosis terutama pendampingan menelan obat akan meningkatkan kepatuhan pengobatan. Selain pemantauan, dukungan komunikasi juga perlu dilakukan guna mempercepat hal tersebut.

e. **Pembiayaan Program Kesehatan Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember**

Program penanggulangan tuberkulosis merupakan salah satu program kesehatan yang erat kaitannya dengan produktivitas penduduk. Dampak sosial dan psikologis yang dialami oleh penderita tuberkulosis yaitu timbulnya rasa tidak percaya diri penderita tuberkulosis untuk bersosialisasi, penderita tidak dapat bekerja secara maksimal, menjadi beban keluarga, dan mendapatkan stigma negatif dari masyarakat. Di samping itu juga ada dampak ekonomi yang dialami oleh penderita yaitu kehilangan pendapatan dalam jangka waktu tertentu (Chomaerah, 2020). Oleh sebab itu, program penanggulangan tuberkulosis termasuk dalam program kesehatan yang memerlukan anggaran yang tinggi.

Total anggaran dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember adalah sebesar Rp2.330.783.573 yang di dalamnya terdapat beberapa program yang saling berkaitan, yaitu yang pertama adalah program TBC yang meliputi semua kegiatan dari pemantauan, pemeriksaan, hingga investigasi kontak dan penemuan kasus tuberkulosis dengan jumlah belanja terbesar yaitu 75,21%. Lalu kemudian ada program pelatihan dan pembinaan kader, tokoh masyarakat serta tokoh agama yang dialokasikan sebesar 20,15% dari total anggaran. Pelatihan dan pembinaan ini cukup penting dilakukan mengingat peran serta masyarakat sangat penting dalam upaya penanggulangan tuberkulosis. Selanjutnya adalah program penguatan manajemen yang meliputi gaji serta honorarium pelaksana program penanggulangan tuberkulosis, kemudian yang

terakhir adalah penguatan regulasi berupa *focus group discussion policy review* yang dilakukan untuk membahas tentang peraturan dan kebijakan mengenai penanggulangan tuberkulosis.

Besaran alokasi anggaran tersebut dapat berfungsi sebagai alat pemantauan komitmen kontribusi pendanaan pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah. Saat ini informasi terkait pembiayaan dalam program kesehatan masih terkendala dalam hal ketersediaan dan kualitas data. Sistem pelaporan anggaran dan belanja pemerintah yang ada selama ini kurang bisa menjawab kebutuhan program. Hal ini penting sekali agar program tuberkulosis memiliki kajian penggunaan data pendanaan kesehatan dengan mengacu kepada sistem *Health Account* mengingat HA ini sangat tergantung dari data keuangan yang ada (Kemenkes, 2020:57).

f. Jenis Kegiatan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Jenis kegiatan program penanggulangan tuberkulosis di kabupaten Jember terdiri dari kegiatan langsung dan tidak langsung. Kegiatan langsung terdiri dari kegiatan penemuan dan pemantauan kasus serta kegiatan diagnosis dan pengobatan. Sedangkan untuk kegiatan tidak langsung terdiri dari manajerial dan koordinasi, pengadaan dan peningkatan personil melalui pendidikan dan pelatihan, monitoring, evaluasi dan pelaporan, serta pengadaan alat kantor dan alat non medis.

Berdasarkan hasil penelitian pembiayaan program penanggulangan tuberkulosis pada jenis kegiatan menunjukkan bahwa proporsi terbesar penggunaan dana digunakan untuk jenis kegiatan tidak langsung sebesar 59,43% sedangkan persentase belanja untuk kegiatan langsung sebesar 40,57%. Sebagian besar dana yang diserap jenis kegiatan tidak langsung untuk manajerial dan koordinasi dimana penggunaannya banyak dialokasikan untuk honorarium dan gaji yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember selaku perencana program. Sedangkan untuk kegiatan langsung digunakan sebagian besar digunakan untuk keperluan diagnosis serta pengobatan dan penemuan pemantauan kasus yang berasal dari pemerintah dan donor hibah.

Pendanaan untuk kegiatan tidak langsung merupakan upaya untuk mendukung terselenggaranya kegiatan langsung. Akan tetapi, hal ini sangat

disayangkan karena mengingat pembiayaan jenis kegiatan secara langsung yang manfaatnya dapat langsung dirasakan oleh masyarakat. Jika menilik dari sudut pandang anggaran berbasis kinerja maka banyaknya biaya yang digunakan untuk kegiatan tidak langsung menunjukkan bahwa adanya ketidaksesuaian alokasi biaya dengan prinsip penyusunan anggaran yang menuntut adanya efektivitas penggunaan biaya.

Anggaran berbasis kinerja (ABK) memang dirancang sebagai upaya menciptakan efisiensi, efektivitas dan akuntabilitas dalam pemanfaatan suatu anggaran belanja publik dengan *output* dan *outcome* yang jelas sesuai dengan prioritas daerah, hal ini diharapkan agar semua anggaran yang dikeluarkan dapat dipertanggungjawabkan secara transparan kepada masyarakat luas (Rahmiyati, 2009). Melihat berdasarkan perspektif anggaran berbasis kinerja, sebagian besar anggaran yang terpakai untuk kegiatan-kegiatan tidak langsung, maka program tidak menghasilkan *output*. Ada kemungkinan bahwa peningkatan kasus tuberkulosis di tahun 2019 dikarenakan oleh adanya pola pembelanjaan yang lebih banyak dialokasikan untuk kegiatan tidak langsung. Namun di sisi lain, besarnya pengeluaran untuk kegiatan tidak langsung dalam program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember juga sebagai bentuk upaya untuk penemuan kasus yang lebih merata di daerah-daerah, mengingat Kabupaten Jember sendiri memiliki wilayah yang luas sehingga membutuhkan lebih banyak sumber daya untuk melakukan penemuan kasus tuberkulosis. Maka oleh sebab itu perlu dilakukan perencanaan berdasarkan anggaran berbasis kinerja yang lebih akurat. Hal ini dikarenakan akurasi perencanaan kinerja sangat menentukan tingkat keberhasilan pelaksanaan anggaran karena perencanaan yang baik kemungkinan besar akan menghasilkan kinerja yang sesuai dengan harapan (Ditjen Perbendaharaan, 2014).

g. Mata Anggaran Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Mata anggaran merupakan suatu barang atau jasa yang dibeli oleh pelaksana program untuk mendukung dalam pelaksanaan program dan kegiatan. Dalam pembiayaan program penanggulangan tuberkulosis digunakan sepenuhnya untuk operasional yaitu sebesar Rp2.330.783.573. Dana anggaran tersebut lebih banyak

digunakan untuk honorarium serta akomodasi dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan. Pencapaian target suatu program juga dapat diketahui dari belanja operasional, karena dengan dilaksanakannya rencana yang matang dalam setiap kegiatan operasionalnya, maka akan memudahkan instansi untuk mencapai tujuan yang optimal (Herlianto, 2011:15).

Belanja operasional dalam program penanggulangan tuberkulosis meliputi honorarium yang menyerap anggaran sebesar 36,95%. Pemberian honorarium dalam pelaksanaan kegiatan bertujuan untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan yang dapat meningkatkan prestasi dan produktivitasnya dalam upaya mencapai tujuan-tujuan organisasi (Dekas, 2018). Kemudian terdapat akomodasi dalam tiap kegiatan sebesar 22,63%, pengadaan bahan medis habis pakai sebesar 17,93% serta biaya untuk perjalanan sebesar 17,39%. Biaya untuk akomodasi dan perjalanan menjadi cukup besar dikarenakan fokus kegiatan penanggulangan tuberkulosis banyak dilakukan untuk kegiatan pelacakan dan penemuan kasus di tiap-tiap kecamatan sehingga membutuhkan biaya perjalanan yang cukup banyak. Penelitian dari Syamruth (2014) menyatakan bahwa kegiatan-kegiatan yang dilakukan lebih banyak di daerah-daerah akan menimbulkan konsekuensi biaya akomodasi dan perjalanan yang lebih besar.

Belanja operasional selanjutnya adalah biaya operasional lainnya berupa kegiatan-kegiatan yang tercantum dalam *Baseline* yang ditetapkan oleh *Global Fund* untuk kegiatan operasional pelayanan tuberkulosis di rumah sakit yang dialokasikan sebesar 3,49%. Untuk bentuk rincian dari alokasi *baseline* tiap rumah sakit tidak berhasil didapatkan dalam penelitian ini dikarenakan untuk laporan rincian kegiatan yang tercantum di *Baseline* berupa total dari semua rumah sakit yaitu sebesar Rp 81.313.073. Biaya operasional terkecil adalah belanja bahan alat tulis kantor dan penggandaan yaitu sebesar 1,61%.

Adapun untuk biaya investasi, pihak LSM mendapatkan pengadaan barang inventaris berupa laptop untuk keperluan kegiatan, namun untuk besaran biayanya tidak dapat diketahui.

h. Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Jenjang kegiatan merupakan merupakan tingkat administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember lebih banyak dilakukan di tingkat kecamatan atau puskesmas. Hal tersebut dilakukan karena pihak puskesmas merupakan kepanjangan tangan dari Dinas Kesehatan untuk menjangkau dan menemukan kasus lebih awal. Meskipun kegiatan sudah berfokus di tingkat kecamatan/puskesmas, namun belanja kegiatan dalam pembiayaan pogram penanggulangan masih belum efektif untuk meningkatkan kinerja program karena sebagian besar dihabiskan untuk kegiatan tidak langsung seperti rapat koordinasi, pelatihan dan lain sebagainya.

Puskesmas merupakan sebuah unit pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan berupa upaya kesehatan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif. Dapat diketahui juga bahwa puskesmas saat ini menjadi ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, sehingga pemegang kebijakan perlu merumuskan prioritas program kesehatan di puskesmas melalui *evidence base policy* yang bertujuan menyelesaikan permasalahan kesehatan masyarakat (Wardani, 2014).

i. Penerima Manfaat Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Penerima manfaat kesehatan merupakan sekelompok orang yang dapat merasakan manfaat dari program kesehatan yang dibiayai oleh pemerintah tanpa memandang kelompok usia. Sebagian besar kegiatan program penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Yayasan/ Lembaga nirlaba ditujukan untuk kelompok umur produktif atau yang berusia 19-60 Tahun sebesar 76,84%. Hal ini dikarenakan kelompok umur tersebut didominasi oleh kader maupun petugas yang melakukan pelacakan dan penemuan kasus tuberkulosis.

Program penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan penerima manfaatnya bersamaan antara semua kelompok umur. Sehingga belum dapat dipastikan anggaran sebenarnya untuk kelomok umur anak-anak, remaja, hingga lansia. Hal ini sangat disayangkan, mengingat kasus tuberkulosis anak di Kabupaten Jember

pada tahun 2019 ditemukan sebesar 263 kasus dan perlu diberikan perhatian khusus karena kelompok umur tersebut memiliki peranan penting dalam pembangunan di masa depan, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ananta (2013) bahwa pengeluaran pemerintah terhadap fungsi kesehatan berhubungan positif dengan peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sehingga perlu diperhatikan untuk pembiayaan pada kelompok umur anak-anak yang merupakan generasi penerus bangsa.

Berdasarkan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis, anak-anak di bawah usia lima tahun yang melakukan kontak dengan pasien TB perlu diberikan pengobatan pencegahan dengan memberikan Terapi Pencegahan Tuberkulosis atau TPT agar anak-anak tersebut tidak menderita tuberkulosis. Pemberian TPT ini terbukti aman bagi anak-anak yang kontak dengan pasien tuberkulosis serta tidak dikhawatirkan dapat menyebabkan resistensi. Bentuk kegiatan yang dapat dirasakan manfaatnya untuk kelompok usia tertentu bisa berupa kegiatan penemuan aktif pada kondisi khusus di masyarakat yang dilakukan kepada orang-orang yang memiliki risiko tuberkulosis seperti anak-anak usia < 5 tahun, orang dengan gangguan sistem imunitas, malnutrisi, lansia, wanita hamil, perokok dan mantan pasien tuberkulosis yang mengakses layanan di Posyandu, Posbindu, Polindes dan Poskesdes. Kegiatan penemuan aktif ini juga dapat dilaksanakan dengan pendekatan investigasi kontak pada seluruh anak di bawah 5 tahun yang ditemukan berada di sekitar pasien tuberkulosis harus dipastikan mendapatkan pemeriksaan di Puskesmas, untuk selanjutnya ditetapkan mendapatkan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau TPT (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

4.2.2 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember.

Analisa pada jenis kegiatan dan mata anggaran memiliki tujuan untuk mengklasifikasi jenis input yang dibeli pada setiap jenis kegiatan yang dilaksanakan. Hal ini bertujuan untuk melihat efektifitas belanja dan kegiatan yang

dilakukan. Anggaran seharusnya dialokasikan untuk kegiatan dan intervensi yang lebih *cost effective* seperti belanja operasional untuk upaya kegiatan langsung (Indrayathi & Hardy, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan realisasi pembiayaan untuk program penanggulangan tuberkulosis dialokasikan untuk belanja operasional tidak langsung yaitu sebesar Rp 1.385.199.500 atau sebesar 59,43% dari total pembiayaan program penanggulangan tuberkulosis. Sedangkan persentase operasional untuk belanja langsung sebesar 40,55% Dilihat dari hal tersebut dapat diketahui bahwa pembiayaan yang dilakukan belum dirasakan secara langsung oleh masyarakat. Dapat diketahui bahwa besarnya biaya operasional tidak langsung digunakan untuk honorarium dan gaji. Tidak ada biaya investasi dikarenakan di lembaga/yayasan nirlaba yang dalam penelitian ini adalah Aisyiyah, mendapatkan jatah pengadaan laptop langsung dari Aisyiyah Pusat, sehingga besaran belanjanya tidak diketahui.

Pembiayaan kesehatan dapat dikatakan efektif ketika kebutuhan anggaran kegiatan operasional langsung telah dipenuhi. Akan tetapi, saat ini pembiayaan penanggulangan tuberkulosis untuk operasional tidak langsung masih lebih banyak dibandingkan dengan operasional langsung. Hal tersebut akan menyebabkan hasil yang dicapai tidak optimal.

4.2.3 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Pelayanan dan Jenis Kegiatan dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa puskesmas merupakan penyedia pelayanan pada kegiatan langsung terbanyak dengan jumlah belanja 30,35%. Hal ini menunjukkan bahwa peran puskesmas dalam program penanggulangan tuberkulosis sudah dioptimalkan. Sebagian besar kegiatan langsung yang dilakukan oleh puskesmas bersumber dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan DAK non fisik serta donor hibah dari swasta yang digunakan untuk kegiatan langsung seperti penemuan dan pemantauan kasus serta diagnosis dan pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa puskesmas telah

melaksanakan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial sesuai pada Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas. Sedangkan untuk kegiatan tidak langsung yang dikelola oleh puskesmas adalah sebanyak 24,23%. Kegiatan tidak langsung tersebut meliputi kegiatan pengolahan data tuberkulosis tingkat kecamatan serta kegiatan transportasi untuk pengiriman sampel.

Dinas Kesehatan menjadi instansi yang menyediakan pelayanan kesehatan tidak langsung terbesar yaitu 26,89%. Hal ini dikarenakan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember lebih memfokuskan pada kegiatan manajerial dan koordinasi. Adapun penyedia pelayanan selanjutnya adalah Penyelenggara Administrasi lainnya yang melakukan kegiatan langsung dan tidak langsung hampir secara seimbang yaitu 6,73% untuk kegiatan langsung dan 6,78% untuk kegiatan tidak langsung. Hal ini dinilai cukup baik karena fokus anggarannya dapat terbagi menjadi seimbang. Penyedia pelayanan terakhir adalah rumah sakit kabupaten/kota yang melakukan kegiatan langsung sebesar 3,49% yang meliputi semua kegiatan yang tercantum dalam *baseline* yang sudah ditetapkan oleh *Global Fund*, sedangkan untuk kegiatan tidak langsung yang disediakan oleh rumah sakit adalah untuk keperluan pengadaan barang non medis dan alat tulis kantor habis pakai.

4.2.4 Analisis Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Pengelola Anggaran dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember

Berdasarkan hasil analisis antara jenis kegiatan dan pengelola anggaran pada program penanggulangan tuberkulosis dapat diketahui bahwa mayoritas anggaran untuk kegiatan baik langsung maupun tidak langsung dipegang oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, dengan rincian anggaran kegiatan langsung sebesar 33,84% dan kegiatan tidak langsung sebesar 51,13%. Untuk yayasan/lembaga nirlaba mengelola dana sebesar 6,78% untuk kegiatan langsung dan 6,73% untuk kegiatan tidak langsung, dana tersebut bersumber dari *Global Fund* yang dikelola oleh Aisyiyah sebagai *Sub-sub Recipient* pada program TB

Care. Sedangkan rumah tangga mengelola dana untuk program penanggulangan tuberkulosis sebesar 1,53% untuk kegiatan tidak langsung berupa administrasi.

Besarnya anggaran yang dikelola Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk kegiatan tidak langsung dapat menunjukkan bahwa dana yang dikelola tersebut masih belum dimanfaatkan untuk optimalisasi kinerja yang menghasilkan output langsung. Dapat dimungkinkan bahwa penurunan yang tidak signifikan pada kasus tuberkulosis dikarenakan pola belanja yang lebih banyak untuk kegiatan tidak langsung. Pola belanja pada kegiatan-kegiatan yang bersifat tidak langsung dapat menyerap anggaran secara cepat akan tetapi tidak segera meningkatkan kinerja program kesehatan (Indrayathi & Hardy, 2018).

Dalam perencanaan suatu kegiatan secara perspektif anggaran berbasis kinerja yang menitikberatkan pada kegiatan yang dapat secara langsung menghasilkan keluaran yang diharapkan (*output*) serta manfaat atau hasil nyata dari keluaran (*outcome*). Kegiatan-kegiatan yang sifatnya tidak langsung kurang dapat menghasilkan keluaran dan hasil nyata yang optimal, sehingga perlu adanya evaluasi dengan tujuan lebih banyak merencanakan kegiatan yang bersifat langsung (Khusaini & Nurkholis, 2019).

Permasalahan pada pola belanja yang lebih banyak digunakan untuk kegiatan tidak langsung tersebut sebenarnya dapat dideteksi dan diketahui apabila Pemerintah Kabupaten Jember bersama dengan Dinas Kesehatan selaku pengelola anggaran melaksanakan *District Health Account* (DHA) di tingkat kabupaten. Hal tersebut berguna agar Pemerintah Kabupaten Jember dapat menyusun kebijakan pembiayaan kesehatan daerah lebih efektif dan efisien dari tahun-tahun anggaran sebelumnya. DHA akan menghasilkan berbagai data yang dapat dipergunakan sebagai bahan advokasi kepada pengambil kebijakan dengan tujuan memperbaiki segala bentuk kekurangan sistem pembiayaan seperti contohnya meningkatkan alokasi anggaran kesehatan, mengarahkan alokasi biaya pada masalah kesehatan prioritas serta mengarahkan dana pada belanja investasi dan operasional serta kegiatan yang lebih *cost effective* (Nugraheni, 2012).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- a. Sumber biaya dalam program penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember sebagian besar berasal dari APBD. Donor hibah dari swasta yang berasal dari *Global Fund* untuk pembiayaan TB Resisten Obat. Kemudian pengelola anggaran terbesar adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sedangkan penyedia pelayanan terbesar adalah puskesmas. Fungsi kesehatan didominasi oleh program deteksi dini penyakit, dan untuk program kesehatan difokuskan pada program tuberkulosis. Kegiatan yang paling banyak dilakukan adalah kegiatan yang bersifat tidak langsung. Pembiayaan untuk belanja pada program penanggulangan tuberkulosis semuanya dilakukan untuk kegiatan operasional di tingkat kabupaten dan kecamatan. Adapun penerima manfaat dalam program penanggulangan tuberkulosis mayoritas adalah masyarakat dengan rentang usia 19-64 tahun (usia produktif) dalam arti rentang usia yang lain secara bersamaan menerima manfaat suatu kegiatan.
- b. Mata anggaran program penanggulangan tuberkulosis sepenuhnya diprioritaskan untuk belanja operasional dengan jenis kegiatan tidak langsung berupa manajerial dan koordinasi serta pengadaan dan peningkatan kapasitas personil.
- c. Penyedia pelayanan terbesar dalam program penanggulangan tuberkulosis dipegang oleh puskesmas selaku pelaksana operasional dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang sebagian besar melaksanakan kegiatan langsung.
- d. Jenis kegiatan terbesar yang dilakukan dalam program penanggulangan tuberkulosis merupakan kegiatan tidak langsung yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember selaku pengelola anggaran terbesar, sehingga perlu dilaksanakan *District Health Account* di tingkat kabupaten agar anggaran yang digunakan lebih efektif.

5.2 Saran

- a. Dinas kesehatan Kabupaten Jember seharusnya dapat menyusun anggaran yang lebih efektif dan efisien pada saat tahap perencanaan sehingga sebagian besar alokasi dana kegiatan penanggulangan tuberkulosis dapat digunakan untuk kegiatan operasional langsung dibandingkan dengan operasional tidak langsung. Kegiatan operasional langsung merupakan kegiatan yang dapat dirasakan langsung manfaatnya oleh masyarakat seperti, penemuan dan pemantauan kasus tuberkulosis, promosi kesehatan, serta diagnosis dan pengobatan.
- b. Pemerintah Kabupaten Jember harus mulai memikirkan sumber biaya lainnya terutama untuk program penanggulangan TB RO yang selama ini pembiayaannya mendapat donor dari swasta, sebagai bentuk antisipasi saat berakhirnya dukungan dana dari pihak *Global Fund*. Hal ini bertujuan agar Kabupaten Jember lebih mandiri dalam proses pembiayaan program kesehatan dengan tidak terlalu menggantungkan pembiayaan pada pihak swasta.
- c. Pembiayaan dalam program penanggulangan tuberkulosis harusnya dapat dirasakan pula manfaatnya oleh tiap-tiap kelompok umur mulai anak-anak hingga lansia mengingat masing-masing kelompok umur berbeda dalam penatalaksanaan pengobatan tuberkulosis. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan adalah penemuan kasus serta investigasi kontak tuberkulosis yang diperuntukan untuk anak-anak yang berada di sekitar penderita tuberkulosis, serta pemberian TPT untuk mencegah terjadinya tuberkulosis pada anak-anak.
- d. Pemerintah Kabupaten Jember beserta dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dapat melaksanakan *District Health Account* di tingkat kabupaten dengan tujuan melihat kecukupan, ketepatan alokasi, serta efektifitas pembiayaan kesehatan sebagai dasar penetapan prioritas kebijakan pembiayaan pada tahun-tahun anggaran selanjutnya.
- e. Untuk penelitian selanjutnya disarankan dapat memasukan unit analisis dari instansi sektor-sektor lain sebagai lokasi penelitian seperti Dinas Pendidikan

Kabupaten Jember dan Dinas Pemerintahan Desa Kabupaten Jember yang turut mengeluarkan pembiayaan untuk program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Jember.



DAFTAR PUSTAKA

- Ananta, P. 2013. Determinants Of Human Development In Lampung Province. *Jurnal Ekonomi Pembangunan* , 2(3): 243-257.
- Armahedi, G., & Witcahyo, E., & Utami, S. 2020. Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(1): 1-14.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Bungin, B. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana.
- Calundu, R. 2018. *Manajemen Kesehatan*. Makassar: Sah Media.
- Chomaerah, S. 2020. Program Pencegahan dan Penanggulangan Tuberkulosis di Puskesmas. *Higeia Journal Of Public Health Research And Development*, 4(3), 398-410.
- Dekas, R. 2018. Pengaruh Pemberian Motivasi Dalam Bentuk Honorarium Terhadap Peningkatan Kinerja Karyawan Pada Dinas Sosial Kota Prabumulih. *Jurnal Manajemen dan Bisnis Sriwijaya*, 16(4), 237-251.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2019. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2018*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Dukungan Daerah dalam Program Percepatan Eliminasi TB di Kabupaten Jember - Jawa Timur*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2019. *Profil Kesehatan Jember Tahun 2018*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Direktoral Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2020. *Panduan Peringatan Hari Tuberkulosis Sedunia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Direktorat Jendral Perbendaharaan. 2014. *Bagaimana Pendekatan Penganggaran Berbasis Kinerja (PBK) Diimplementasikan Agar Meningkatkan Kualitas Anggaran Publik*. <https://djp.kemenkeu.go.id/direktorat/ppkblu/id/data-publikasi/artikel/57-bagaimana-pendekatan-penganggaran-berbasis-kinerja-pbk-diimplementasikan-agar-meningkatkan-kualitas-anggaran-publik.html> [diakses pada 10 Agustus 2021].

Herlianto, D. 2011. *Teknik Penyusunan Anggaran Operasional Perusahaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Hilmawan, R. G., & Lutfi, B. 2021. Peran Kader Puskesmas terhadap Kesembuhan Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Sukalaksana Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada : Jurnal Ilmu Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan dan Farmasi*, 21(1), 126-133.

Indrayathi, P. A., & Hardy, P. K. 2018. *District Health Account dalam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*. Denpasar: Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

Kasmel, A., & Andersen, P. T. 2011. Measurement of Community Empowerment in Three Community Programs in Rapla (Estonia). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(3), 799-817.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Infodatin : Tuberkulosis Temukan Obati Sampai Sembuh*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khusaini, M., & Nurkholis. 2019. *Penganggaran Sektor Publik*. Malang: UB Press.
- Kompas. 2020. Jember Jadi Satu-satunya Kabupaten yang Belum Punya APBD 2020. <https://regional.kompas.com/read/2020/02/18/16064981/jember-jadi-satu-satunya-kabupaten-yang-belum-punya-apbd-2020?page=all> [diakses pada 12 Maret 2020]
- Kusuma, S. A. 2019. Deteksi Dini Tuberkulosis Sebagai Upaya Pencegahan Penularan Penyakit Tuberkulosis Dan Pengolahan Herbal Antituberkulosis Berbasis Riset . *Dharmakarya: Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat*, 8(2), 124-129.
- Lestari. 2003. Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Pemerintah di Kabupaten Tanggerang tahun 2003,. *Tesis*. Depok: Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraheni, W. P. 2012. *Studi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat Propinsi Maluku*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- OECD, Eurostat and World Health Organization. 2017. *A System Of Health Account 2011: Revised Editon*. Paris: OECD Publishing
- Pattiro. 2017. Telaah Eksekutif : Percepatan Penanggulangan TB ; Telaah Atas Kebijakan dan Anggaran Kabupaten Jember. https://issuu.com/pattiro/docs/telaah_eksekutif_kebijakan_dan_ang [diakses pada 12 Maret 2020]
- PPJK, & PKEKK FKM UI. 2016. *Edisi 4. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/Kota*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI.

- Rahmiyati, N. 2009. Pelaksanaan Anggaran Berbasis Kinerja di Provinsi Jawa Timur Tantangan Dan Hambatan. *DIA : Jurnal Administrasi Publik* , 6(2), 150-163.
- Ramadhan, S., H., J., & Ainurrafiq. 2017. Pola Spasial Distribusi Penyakit TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu Tahun 2013-2015 Kota Kendari. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat* , 2(6), 1-11.
- Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.
- Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.
- Republik Indonesia. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.
- Republik Indonesia. 2021. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2021 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2021*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara.
- Reviono, Sulaeman, E. S., & Murti, B. 2013. Modal Sosial dan Partisipasi Masyarakat dalam Penemuan Penderita Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* , 7(11), 495-501.
- Rohmah, N. S., Rahayu, R. R., & Indrawati, F. 2019. Pengaruh Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) Terhadap Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Dalam Mengikuti Program Pengobatan DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse). *Media Ilmu Kesehatan*, 8(2), 116-125.
- Setyawan, F. E. 2017. Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Jurnal Sainika Medika*, 11(2), 119-126.

Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Syamruth, Y. K. 2014. Pivot Table Analisis Biaya Program Gizi Dengan Perspektif District Health Account (DHA) (Studi Di Kabupaten Sumba Timur Tahun 2013). *Jurnal Info Kesehatan*, 13(2), 748-758.

Tajem, P. I., Fasisaka, I., & Parameswari, A. A. 2015. Strategi Pemerintah Indonesia Untuk Pencapaian Target Ke-6 MDGs Melalui Bantuan The Global Fund Tahun 2003 - 2013. *Jurnal Hubungan Internasional* , 1(03), 1-8.

Wardani, R. K. 2014. Analisis Penetapan Prioritas Program Upaya Kesehatan Dasar (Puskesmas) Pada Tingkat Pemerintah Daerah (Studi Eksploratif di Kota Bogor Tahun 2013). *Jurnal Analisis Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 03(04), 199-212.

WHO. 2019. *Global Tuberculosis Report*. WHO.

LAMPIRAN**Lampiran A. Lembar Persetujuan (Informed Consent)*****INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Instansi :

No. Telp :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini:

Nama : Sri Pramiraswari Hayuning Ishtara

NIM : 162110101097

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Judul : Analisis Pembiayaan dan Komitmen Pemerintah dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan Health Account di Kabupaten Jember.

Persetujuan ini saya buat dengan sukarela dan tanpa tekanan atau paksaan dari pihak manapun untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap responden, karena semata mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban panduan wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember,.....2021

Informan,

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara

Judul : Analisis Pembiayaan dan Komitmen Pemerintah dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB) dengan Pendekatan Health Account di Kabupaten Jember.

Tanggal Wawancara :

Panduan Wawancara :

- j. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjaawab seluruh pertanyaan yang ada.
- k. Mohom agar menjawab pertanyaan dengan hati nurani dan jujur.

1. Sumber biaya (FS = Financing Sources)

- a. Siapa saja agen penyedia biaya program penanggulangan TB?
- b. Berapa ketersediaan biaya program penanggulangan TB?
- c. Apakah ketersediaan biaya program penanggulangan TB sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
- d. Apakah ketersediaan biaya program penanggulangan TB cukup dalam memenuhi kebutuhan?

2. Pengelola Anggaran (FA = Financing Agents)

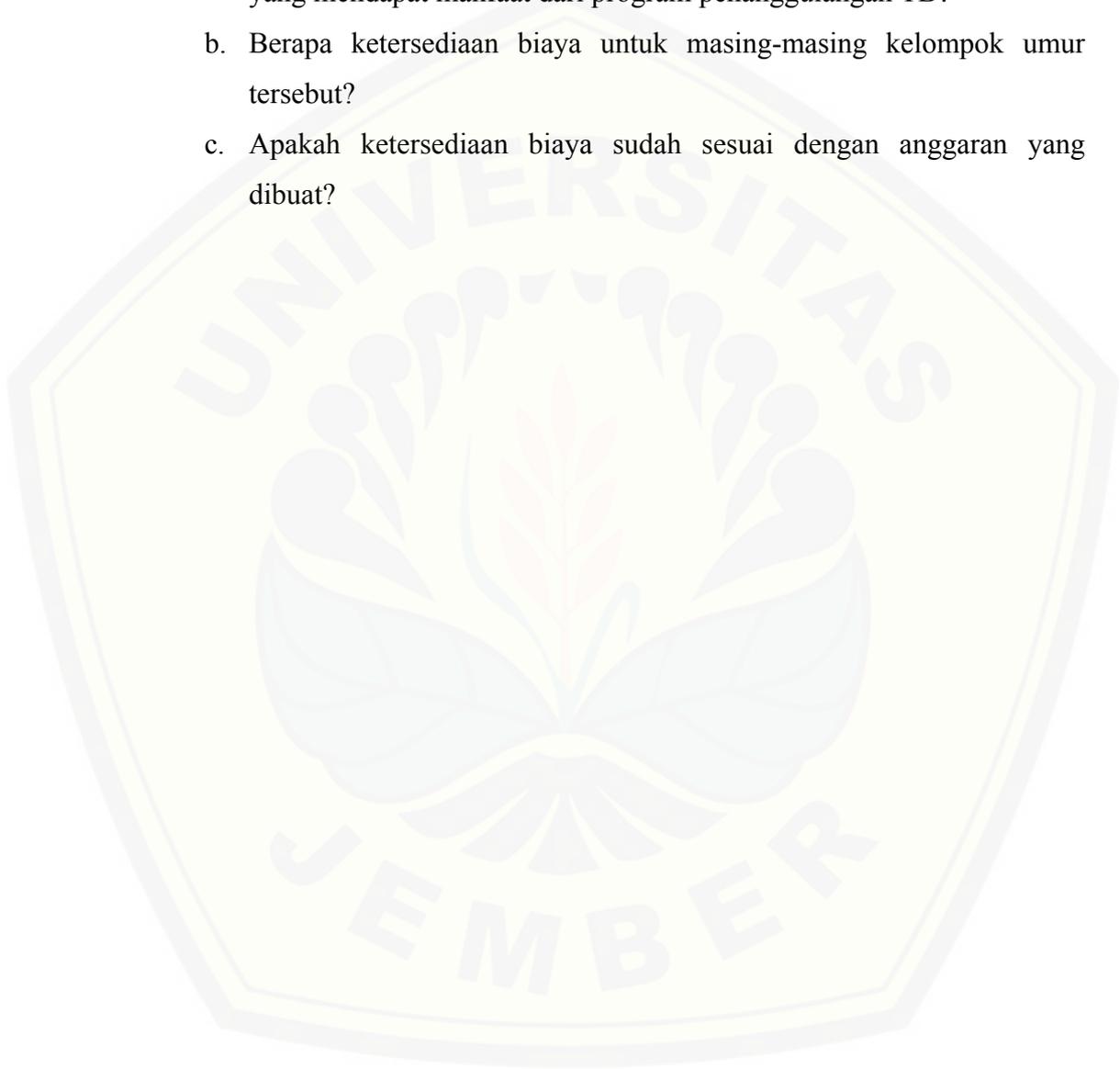
- a. Siapa pengelola sumber dana untuk program penanggulangan TB?
- b. Berapa ketersediaan biaya program penanggulangan TB di masing-masing pengelola anggaran?
- c. Apakah ketersediaan biaya program penanggulangan TB sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat oleh masing-masing pengelola anggaran?

3. **Penyelenggara Pelayanan/Program (HP = Health Providers)**
 - a. Siapa penyelenggara pelayanan untuk program penanggulangan TB?
 - b. Berapa ketersediaan biaya program penanggulangan TB di masing-masing penyelenggara pelayanan?
 - c. Apakah ketersediaan biaya program penanggulangan TB sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat oleh masing-masing penyelenggara pelayanan?
4. **Fungsi Kesehatan (HC = Health care Function)**
 - a. Fungsi kesehatan apa yang dihasilkan dari masing-masing kegiatan yang dilaksanakan untuk program penanggulangan TB?
5. **Program Kesehatan (PR = Program)**
 - a. Program apa sajakah yang dilaksanakan untuk program penanggulangan TB?
 - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing program?
 - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
6. **Jenis Kegiatan (HA = Health Activity)**
 - a. Jenis kegiatan apa saja yang dilaksanakan untuk program penanggulangan TB?
 - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing kegiatan?
 - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?
7. **Mata Anggaran (HI = Health Input)**
 - a. Apa saja mata anggaran (barang investasi, biaya operasional, biaya pemeliharaan) yang dibeli untuk program penanggulangan TB?
 - b. Berapa total biaya untuk pembelian mata anggaran program penanggulangan TB?
8. **Jenjang Kegiatan (HL = Level of Activity)**
 - a. Pada jenjang apa kegiatan program penanggulangan TB dilaksanakan

- b. Berapa biaya yang dikeluarkan untuk masing-masing jenjang kegiatan program penanggulangan TB?

9. Penerima Manfaat (HB = Health Beneficiaries)

- a. Siapa sajakah kelompok masyarakat berdasarkan kelompok umur yang mendapat manfaat dari program penanggulangan TB?
- b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing-masing kelompok umur tersebut?
- c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?



Lampiran C. Lembar Checklist Data Sekunder**CHECKLIST DATA SEKUNDER**

Karakteristik Responden

Nama :

Instansi :

Jabatan :

No. Telp :

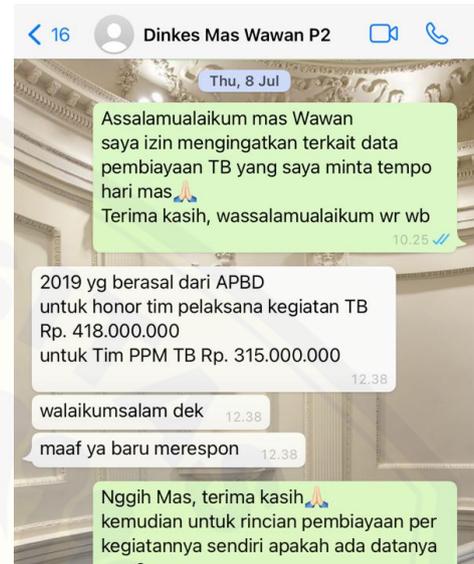
Program			
Kegiatan			
Rincian Kegiatan			
Jumlah Belanja (Rp)			
Sumber Pembiayaan (FS)			
Pengelola Anggaran (FA)			
Penyelenggara Pelayanan (HP)			
Fungsi Kesehatan (HC)			

Program (Pr)			
Jenis Kegiatan (HA)			
Mata Anggaran (HI)			
Jenjang Kegiatan (HL)			
Penerima Manfaat (HB)			

Lampiran E. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Perizinan Wawancara dengan Bagian Perencanaan Bidang Program dan Informasi Dinas Kesehatan Jember



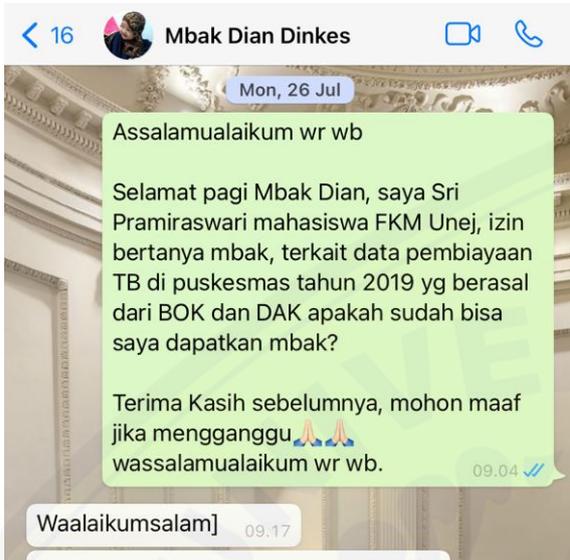
Gambar 2. Wawancara dengan PJ Program Tuberkulosis Dinas Kesehatan Jember



Gambar 3. Perizinan Wawancara dengan Koordinator Program TB Aisyiyah Jember



Gambar 4. Perizinan Wawancara dengan Sekretariat Global Fund Dinkes Jember



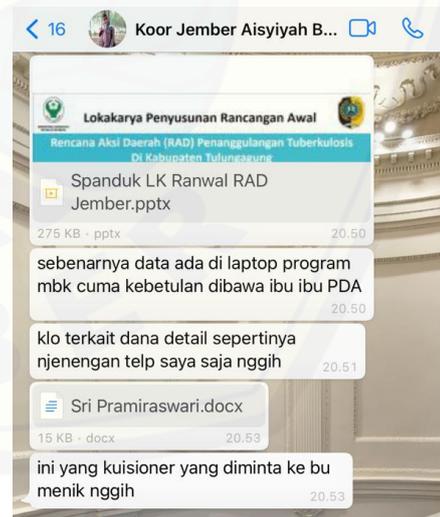
Gambar 5. Wawancara dengan Sekretariat BOK Dinas Kesehatan Jember



Gambar 6. Wawancara dengan Sekretariat BOK Dinas Kesehatan Jember



Gambar 7. Wawancara dengan Koordinator Program TB Aisyiyah Jember



Gambar 8. Wawancara dengan Koordinator Program TB Aisyiyah Jember



Gambar 7. Wawancara dengan Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Jember



Gambar 8. Wawancara dengan Kepala Klinik TB RSD Balung Jember



Gambar 8. Wawancara dengan Bagian Mobilisasi Dana dan Kepala Poli Paru RSD dr. Soebandi Jember



Gambar 9. Wawancara dengan Bagian Keuangan RSD Kalisat Jember