DINAMIKA KEBIJAKAN PEMANFATAAN DANA DESA UNTUK PERCEPATAN ELIMINASI TBC DI INDONESIA

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 tahun 2002 tentang Hak Cipta Lingkup Hak Cipta

Pasal 2

1. Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak Ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut peraturan perudang-undangan yang berlaku.

Ketentuan pidana

Pasal 72

1. Barangsiapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

DINAMIKA KEBIJAKAN PEMANFATAAN DANA DESA UNTUK PERCEPATAN ELIMINASI TBC DI INDONESIA

Retna Hanani
Laila Kholid Alfirdaus
Widi Nugroho

DINAMIKA KEBIJAKAN PEMANFATAAN DANA DESA UNTUK PERCEPATAN ELIMINASI TBC DI INDONESIA

©2022, Retna Hanani, Laila Kholid Alfirdaus, Widi Nugroho Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

xxii + 114 hlm; 15,5 cm x 23,5

ISBN: 978-623-6386-50-7

Cetakan Pertama, Juli 2022

Penulis : Retna Hanani
Laila Kholid Alfirdaus
Widi Nugroho

Tata Letak Isi : Rasyid Hidayat

Desain Sampul : Ahmad Hanin Lathif

Diterbitkan oleh:

Lembaga Ladang Kata

Jl. Garuda, Gang Panji 1, No. 335

RT 7 RW 40 Kampung Kepanjen, Banguntapan,

Bantul Email: cetakbukudiladangkata@gmail.com

Instagram: @cetakbuku.ladangkata

www.cetakbukumurah.id

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada Danardono Siradjudin, M. Syofi'i dan Ella C. Maghfuroh, segenap tim manajemen di Pattiro, para asisten teknis, dan para informan yang telah berkenan meluangkan waktu untuk wawancara.

Disclaimer: Pandangan dan pendapat yang disampaikan dalam buku monograf ini adalah tanggungjawab para peneliti dan tidak merefleksikan kebijakan resmi maupun sikap dari Stop TB Partnership Indonesia, para donor, maupun partnernya.

KATA SAMBUTAN

dr. Henry Diatmo, MKM

Direktur Eksekutif Stop TB Partnership Indonesia (STPI)

Upaya penanggulangan TBC di Indonesia, telah mendapatkan komitmen serius dari pemerintah yang diwujudkan dalam Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 oleh Kementerian Kesehatan. Komitmen ini diperkuat dengan telah diterbitkannya Peraturan Presiden No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, yang menjadi payung untuk mempererat koordinasi dan menguatkan kolaborasi lintas sektor antar Kementerian dan Lembaga dalam upaya percepatan eliminasi TBC di Indonesia. Salah satunya adalah keterlibatan dari Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi. Desa, sebagai entitas terkecil dalam struktur pemerintahan Republik Indonesia, memiliki potensi untuk berperan penting dalam upaya pencapaian target eliminasi TBC di Indonesia 2030. Peran desa dalam konteks ini mengacu pada Undang-Undang No. 6/2014 tentang Desa dalam pasal 74 yang mengamanatkan bahwa belanja desa diprioritaskan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan dan sesuai dengan prioritas pemerintah kabupaten/kota, provinsi, dan nasional. Kebutuhan pembangunan tidak terbatas pada pemenuhan kebutuhan primer seperti pangan, sandang, dan papan, namun juga untuk pelayanan dasar, antara lain pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur dasar. Hal ini merupakan faktor penentu tingkat keberhasilan upaya penanggulangan TBC di Indonesia. Implementation Organization Private Public Mix atau IO PPM (dalam Kementerian Kesehatan, 2020: 49) menyebutkan bahwa 41% pasien yang tidak memulai pengobatan

dan 52% pasien yang putus berobat berkaitan erat dengan faktor internal pasien, yakni masalah sosial-ekonomi dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan pasien. Fuady et al. menyampaikan (dalam STPI, 2020: 2), meskipun biaya pengobatan TBC ditanggung oleh pemerintah, ¾ dari total biaya pengobatan pasien TBC Resisten Obat (RO) mencakup biaya transportasi, suplemen, dan bahan pangan yang tidak ditanggung oleh pemerintah dan menjadi beban biaya katastropik jika pasien merupakan tulang punggung pendapatan rumah tangga.

Sebagai lembaga pemerintahan yang paling dekat dengan masyarakat, Desa dapat memberikan peran penting dalam mendukung upaya testing, tracing dan treatment oleh pemerintah dengan mendorong keterlibatan masyarakat (participatory approach) melalui skema pendanaan yang berasal dari sumber daya desa. Dengan demikian, penguatan peran desa melalui kerangka kebijakan dan capacity building menjadi penting dan mendesak untuk dilakukan untuk penanggulangan TBC. Berkaitan dengan hal di atas, Stop TB Partnership Indonesia (STPI) bekerjasama dengan PATTIRO Semarang melalui pendanaan dari Stop TB Partnership Global melakukan kajian Kebijakan Pemanfaatan Dana Desa untuk Mempercepat Eliminasi TBC di Indonesia dan menyusun policy brief guna memastikan desa memiliki payung hukum dan panduan yang memadai dalam menyelenggarakan upaya penanggulangan TBC di desa.

Temuan dalam buku ini menunjukkan adanya beragam tantangan untuk melakukan akselerasi penanggulangan TBC di desa dengan menggunakan dana desa, antara lain: lemahnya pemahaman pemerintah desa tentang TBC, keterbatasan fiskal desa hingga rendahnya akses data orang dengan TBC. Namun demikian, masih ada kesempatan dan peluang penggunaan dana desa untuk penanggulangan TBC. Peluang itu, bisa dilihat dari ragam regulasi yang mendukung penggunaan dana desa untuk penanggulangan TBC dan ketersediaan peta jalan eliminasi TBC di Indonesia.

Terakhir, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dan membantu penyusunan buku ini, baik dari sektor pemerintah, organisasi internasional, lembaga swadaya

masyarakat, maupun kelompok pasien TBC yang berada di pusat, daerah, maupun desa di seluruh Indonesia. Semoga buku ini dapat membantu dalam perumusan kebijakan perencanaan dan penganggaran penanggulangan tuberkulosis oleh semua stakeholder baik di tingkat pusat, daerah dan desa. Kami berharap seluruh pemangku kepentingan dapat mendukung dan berkontribusi dalam mencapai eliminasi tuberkulosis di Indonesia 2030.

KATA PENGANTAR

Penanganan TBC adalah salah satu agenda kebijakan internasional yang mendesak untuk dilakukan. Indonesia sebagai negara dengan jumlah penderita TBC terbesar ketiga di dunia juga terus berupaya melakukan terobosan kebijakan dan intervensi kesehatan untuk menurunkan jumlah penderita TBC. Dalam konteks itulah buku ini dilahirkan. Penulis berusaha menjadi bagian dari percakapan kebijakan dengan menganalisis dan merumuskan rekomendasi kebijakan yang relevan dengan ambisi pemerintah untuk mencapai Indonesia Bebas TBC 2030.

Sebagai upaya untuk berkontribusi dalam upaya eliminasi TBC di Indonesia, buku ini melihat isu TBC dari lensa peran strategis pemerintah desa. Penulis berargumen bahwa pemerintah desa adalah unit pemerintahan yang memiliki potensi jangkauan dan *impact* luas dalam percepatan eliminasi TBC di Indonesia. Desa sebagai unit pemetintahan terendah memiliki potensi besar sebagai perencana sekaligus implementor kebijakan eliminasi TBC. Harapan kami buku ini bisa menjadi panduan bagi pembuat kebijakan untuk melihat peran strategis desa dalam menyokong upaya untuk menurunkan jumlah penderita TBC di Indonesia.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Stop TB Partnership Indonesia yang telah mendukung proses penerbitan buku ini.

Semarang, Mei 2022

Penulis

PRAKATA

Desa memiliki peran strategis dalam pembangunan. Undang-undang Desa No. 6 Tahun 2014 memberi kewenangan dan dukungan alokasi anggaran salah satunya dalam bentuk dana desa. Data menunjukkan sebagian besar penggunaan dana desa digunakan untuk pembangunan infrastruktur, gaji dan operasional pemerintahan desa, dan sebagian kecil untuk kesehatan dan pendidikan.[1] Infrastruktur desa semakin baik, demikian juga dengan pelayanan kepada masyarakat. Namun demikian, terdapat kelemahan yang perlu mendapatkan perhatian, di antaranya, masih minim orientasi dana desa untuk mendukung aspek non-fisik, seperti pendidikan dan kesehatan. Salah satu hal penting di sektor kesehatan adalah penurunan kasus Tuberkulosis (TBC).

Upaya penurunan kasus TBC telah menjadi prioritas komitmen pemerintah dengan diterbitkannya Peraturan Presiden 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Secara spesifik, Perpres ini memberikan arahan tentang tanggung jawab bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga kajian, pihak swasta maupun masyarakat. Untuk menelaaah peran desa dalam penanggulangan TBC, Pattiro Semarang bekerjasama dengan Stop TB Partnership Indonesia (STPI) melakukan kajian kebijakan pemanfaatan dana desa untuk percepatan eliminasi TBC yang mendasari penerbitan buku ini.

---

1 World Bank. 2021. Village Public Expenditure Management in Indonesia : Towards Better Budgeting and Spending. World Bank, Washington, DC. https:// openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36128

Dalam buku ini penulis menegaskan pentingnya kepala desa agar memiliki akses terhadap data kondisi TBC di daerahnya. Ketiadaan akses pemerintah desa terhadap data TBC secara langsung maupun tidak berdampak pada lemahnya *sense of urgency* penanggulangan penyakit ini. Di sisi masyarakat, pemahaman terhadap penyakit ini masih rendah dan diperburuk dengan situasi pendemi tidak memungkinkan dilakukan pendataan. Masih banyak yang menganggap TBC adalah penyakit keturunan atau bahkan terjadi karena faktor mistis. Banyak kebutuhan pasien TBC yang tidak terfasilitasi pemerintah desa, pemerintah daerah maupun pemerintah pusat. Tanpa kesadaran tentang kegentingan, maka isu TBC tidak masuk menjadi prioritas dalam perencanaan, alokasi anggaran, maupun pelaksanaan program kegiatan di desa. Alokasi belanja kesehatan di desa banyak ditujukan untuk kebutuhan rutin. Situasi Covid-19 menambah kondisi ruang fiskal desa yang semakin sempit, karena ada *earmarked* untuk BLT-Dana Desa pada tahun 2022.

Buku ini ingin mendorong agar stakeholders terkait khususnya Kementerian Desa dan PDTT untuk : 1) menyusun peraturan di Kementerian Desa dan PDTT tentang pemanfaatan dana desa untuk penanggulangan TBC sesuai dengan Peraturan Presiden Penanggulangan Tuberkulosis; 2) menyusun peraturan tentang prioritas penggunaan dana desa mulai tahun 2023 (per 2022) yang secara spesifik memberikan pendanaan pada penanganan TBC terutama untuk desa-desa yang memiliki beban TBC tinggi; 3) menyusun buku saku Desa Peduli Kesehatan yang secara eksplisit menjelaskan tentang penanganan TBC.

DAFTAR ISI

Ucapan Terima Kasih.....v

Kata Sambutan vi

dr. Henry Diatmo, MKM

Direktur Eksekutif Stop TB Partnership Indonesia (STPI)

Kata Pengantar ix

Prakata x

Daftar Isi xii

Daftar Tabel xiv

Daftar Gambar.....xv

Daftar Bagan.....xvi

Daftar Istilah xvii

BAB I
DINAMIKA SITUASI TBC DAN KEBIJAKAN
PENANGAN TBC DI INDONESIA..... 1

- Senarai Tata Kelola Pemerintahan dalam
. Penanganan TBC..... 1
- Kondisi TBC di Indonesia..... 4
- Terobosan Kebijakan Nasional dalam Penanganan TBC 7

BAB II
POTENSI PEMANFAATAN DANA DESA DALAM
KEBIJAKAN ELIMINASI TBC..... 13

- Konteks Kelembagaan Eliminasi TBC dalam
. Konteks Desentralisasi dan Otonomi Desa 14

• Regulatory Framework dan Skema Perencanaan
. Pembangunan Penanganan TBC..... 20
• Skema Perencanaan Pembangunan..... 28
• Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan TBC
. sebagai Terobosan Kebijakan..... 33
• Peraturan Dana Desa Saat Ini dan Implikasinya pada
. Agenda Eliminasi TBC..... 42
• Jendela Kebijakan..... 63

BAB III
DINAMIKA IMPLEMENTASI REGULASI PENANGANGAN TBC DI DESA..... 65
• TBC dan Desa..... 65
• Perangkat regulasi dan kelembagaan di tingkat pusat . 72
• Implementasi 86
• Peluang Advokasi dalam Isu TBC di Tingkat Desa..... 96

BAB IV
IDENTIFIKASI *POLICY WINDOW* UNTUK ADVOKASI KEBIJAKAN PEMANFAATAN DANA DESA DALAM UPAYA MENDUKUNG PERCEPATAN ELIMINASI TB..... 97

EPILOG
PERAN STRATEGIS DESA DALAM PENANGANAN TBC: SEBUAH REKOMENDASI..... 106

Daftar Pustaka..... 110
Indeks..... 112
Biografi Penulis..... 113

DAFTAR TABEL

Tabel 7 Susunan Keanggotaan Tim Percepatan Penanggulangan TBC (Pasal 27) 40
Tabel 8 Identifikasi Tantangan dan Alternatif Solusi 99

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. Sebaran Kasus TBC di Indonesia 66
Gambar 3 Prinsip Utama Fasilitasi Desa Peduli Kesehatan 77
Gambar 4 Langkah-langkah Fasilitasi Desa Peduli Kesehatan.. 78
Gambar 5 Bidang-Bidang Dana Desa 81
Gambar 6 Contoh Format Laporan Village Score Card Sebagai Syarat Pencairan Dana Desa Tahap III 84
Gambar 7 Analisis Implementasi Desa Siaga TBC di Kabupaten Garut 85
Gambar 8 Rekomendasi Penanggulangan TBC di Desa sesuai Kewenangan Desa 107

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 Sistem Kesehatan di dalam Sistem Desentralisasi di Indonesia 15

DAFTAR ISTILAH

AIDS	*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*
APBD	Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara
Apdesi	Asosiasi Pemerintah Desa Seluruh Indonesia
ASFR	*Age Specific Fertility Rate*
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BLT	Bantuan Langsung Tunai
BLT DD	Bantuan Langsung Tunai Dana Desa
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPD	Badan Permusyawaratan Desa
BPJS PB	Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran
BPMPD	Badan Pemberdayaan Masyarakat Dan Pemerintahan Desa
BPNT	Bantuan Pangan Non Tunai
BPS	Badan Pusat Statistik
BUMDes	Badan Usaha Milik Desa
BUMDesma	Badan Usaha Milik Desa Bersama
BUMN	Badan Usaha Milik Negara

CBO	*Community-Based Organization*
Covid-19	*Coronavirus Disease*
CSO	*Civil Society Organization*
CSR	*Corporate Social Responsibility*
Dinkes	Dinas Kesehatan
Dispermades Provinsi	Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa Provinsi
DIY	Diy Daerah Istimewa Yogyakarta
DPMD	Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DS-TB	*Drug-Sensitive Tuberculosis*
Fasker	Fasilitas Kesehatan
FGD	*Focus Group Discussion*
Gakin	Keluarga Miskin
GD	*Gross Domestic Product*
Germas	Gerakan Masyarakat Sehat
HIV	*Human Imunodeficiency Viruses*
IO PPM	*Implementation Organization Private Public Mix*
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
IRE	*Institute For Research And Empowerment*
ISTC	*International Standard TB Care*
K/L	Kementerian/Lembaga
Kaur Kesra	Kepala Urusan Kesejahteraan Rakyat
KB	Keluarga Berencana
KBB	Kabupaten Bandung Barat
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri

Kemendes PDTT	Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal Dan Transmigrasi
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
Kemenkeu	Kementerian Keuangan
Kemenko	Kementerian Koordinasi
Kemenko PMK	Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia Dan Kebudayaan
KIE	Komunikasi, Informasi Dan Edukasi
KII	Key Informant Interviews
KOPI TB	Koalisi Organisasi Profesi Untuk Penanggulangan TBC
KPBU	Kerjasama Pemerintah Dan Badan Usaha
KPMD	Kader Pemberdayaan Masyarakat Desa
KSP	Kantor Staf Presiden
LPMD	Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa
MCK	Mandi, Cuci, Kakus
MDR-TB	*Multi Drug Resistant Tuberculosis*
Mendagri	Menteri Dalam Negri
MoU	*Memorandum Of Understanding*
Musdes	Musyawarah Desa
NAPZA	Narkotika, Psikotropika Dan Zat
NGO	*Non-Governmental Organization*
NSPK	Norma, Standar, Prosedur, Dan Kriteria
NTT	Nusa Tenggara Timur
OAT	Obat Anti TB
OM SPAN	*Online Monitoring* Sistem Perbendaharaan Anggaran Negara

OPD	Organisasi Perangkat Daerah
P2P	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
P2PML	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung
Papdesi	Aparatur Pemerintah Desa Seluruh Indonesia
PATTIRO	Pusat Telaah Dan Informasi Regional
PEN	Pemulihan Ekonomi Nasional
Permendagri	Peraturan Menteri Dalam Negeri
Permendesa PDTT	Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal Dan Transmigrasi
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
Permenko	Peraturan Kementeriaan Koordinator
Perpres	Peraturan Presiden
Perpu	Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang
PHBS	Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat
pHLN	Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri
PKD	Pos Kesehatan Desa
PKK	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
PMK	Peraturan Menteri Keuangan
PMO	Pengawasan Menelan Obat
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
PNBP	Pendapatan Nasional Bukan Pajak
POB	Perhimpunan Organisasi Pasien
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Poslansia	Pos Lansia
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu

PP	Peraturan Pemerintah
PPKM	Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat
PPTI	Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia
PSN	Pemberantasan Sarang Nyamuk
PTM	Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RAD	Rencana Aksi Daerah
RDS	Rumah Desa Sehat
Renstra	Rencana Strategis
RI	Republik Indonesia
RKPDes	Rencana Kerja Pemerintah Desa
RO	Resisten Obat
RPJMDes	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa
RPJMN	Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah
RS	Rumah Sakit
RTHL	Rumah Tidak Layak Huni
SDGs	*Sustainable Development Goals*
Seknas FITRA	Sekretariat Nasional FITRA
SITT	Sistem Informasi TB Terpadu
SK	Surat Keputusan
SPM	Standart Pelayanan Minimal
STPI	Stop TB Partnership Indonesia
Stranas	Strategi Nasional
TB	*Tuberculosis*/Tuberkulosis
TB-RO	TBC Resisten Obat
TB-SO	TBC Sensitif Obat

TBC	*Tuberculosis*/Tuberkulosis
TBC-TPT	Terapi Pencegahan
TFR	*Total Fertility Rate*
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat
UKS	Unit Kesehatan Sekolah
UU	Undang-Undang
WHO	World Health Organization

BAB I
DINAMIKA SITUASI TBC DAN KEBIJAKAN PENANGAN TBC DI INDONESIA

Senarai Tata Kelola Pemerintahan dalam Penanganan TBC

Salah satu kajian penting terkait dengan urgensi penanganan TBC di Indonesia adalah kajian Collins, Hafidz dan Mustikawati (2017)[2] dimana TBC disebut memiliki keterkaitan yang erat dengan peningkatan kemiskinan. Pertama, TBC dapat menggerus pendapatan kelompok masyarakat miskin. Kedua, TBC dapat menurunkan produktivitas masyarakat (hlm. 1041). Secara global, TBC telah menyerap US$ 12 juta dengan kehilangan produktivitas yang setara dengan 4-7% *Gross Domestic Product* (GDP) secara secara global (WHO, 2016 dan TB Alliance, 2017).[3]

Di Indonesia sendiri, konteks sosial ekonomi yang penting untuk didiskusikan adalah penurunan kemiskinan yang relatif lambat dalam kurun waktu 2007-2011. Dalam catatan Collins, dkk (2017,

---

2 D. Collins, F. Hafidz, dan D. Mustikawati 2017, "The economic burden of tuberculosis in Indonesia", INT J TUBERC LUNG DIS 21(9):1041–1048. DOI: http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.16.0898

3 World Health Organization. Global tuberculosis report, 2016. WHO/HTM/ TB/2016.13. Geneva, Switzerland: WHO, 2016 dan TB Alliance. Pathway to patients: charting the dynamics of the global TB drug market. Pretoria, South Africa: TB Alliance, 2007. http://www.tballiance.org/downloads/publications/ Pathway_to_ Patients_Overview_FINAL.pdf, disarikan dari Collins, dkk, 2017.

hlm. 1041), tingkat kemiskinan hanya mengalami penurunan 1% per tahun, dan sejak 2011 penurunan tersebut semakin mengecil di angka 0.3% per tahun. Dengan kondisi pandemi, kemiskinan secara nasional mengalami kenaikan sekitar 0.51% di perkotaan dan 0.29% di pedesaan. Data tersebut dihitung per Maret 2021 dibandingkan dengan kemiskinan pada 2020 (BPS, 2021). Sepakat dengan argumentasi Collins, dkk (2017), kemiskinan tidak berdiri sendiri sebagai fungsi ekonomi. Ia berkelindan dengan kondisi kesehatan masyarakat, karena bagaimanapun, produktivitas masyarakat yang kelak menghasilkan kenaikan pendapatan, sangat dipengaruhi derajat kesehatan masyarakat. TBC adalah salah satu penyakit yang rentan berpengaruh terhadap produktivitas masyarakat. Oleh karena itu, penanganannya menjadi sangat urgen, terlebih dengan melihat target pertumbuhan ekonomi yang tinggi yang ingin dicapai oleh pemerintah.

Di Indonesia, kerugian material yang dihasilkan dari penyakit TBC juga cukup signifikan. Hasil temuan Collins, dkk (2017) menyebutkan bahwa perkiraan biaya perawatan kesehatan untuk penyakit TBC adalah 156 juta dollar AS (dengan harga satuan perawatan adalah 242 dollar AS (DS-TB atau TB sensitif obat) dan 10.707 dollar AS (untuk MDR-TB atau TB Resisten Obat). Pengeluaran rumah tangga sebesar 74 juta dollar AS baik untuk DS-TB maupun MDR-TB. Sementara itu, produktivitas yang hilang karena sakit setara dengan 700 juta dollar AS untuk penduduk berusia 15-60 tahun, dan karena kematian yang prematur setara dengan 6 juta dollar AS. Total beban ekonomi dari keempat komponen di atas adalah 6.9 milyar dollar AS. Dengan estimasi penghitungan di atas, tentu menjadi urgen mendorong penanggulangan TBC sesegera mungkin. Penanggulangan dan perawatan, dengan demikian, menjadi jalan keluar yang harus diupayakan.

Dalam beberapa studi kasus, juga disebutkan bahwa kondisi beberapa penyakit, seperti HIV, TBC, dan malaria, akan semakin memburuk dengan adanya Covid-19.[4] Mengingat, penyakit-penyakit tersebut sangat

---

4 https://www.voaindonesia.com/a/covid-19-bisa-naikkan-angka-kematian-penderita-hiv-tb-dan-malaria/5501954.html

tergantung pada perawatan dan pengobatan yang intensif dan tuntas. Di tengah krisis yang diakibatkan pandemi, sumber daya manusia maupun pembiayaan diarahkan secara terfokus pada penanganan Covid-19. Hal tersebut menyebabkan prioritas pada pasien HIV, TBC, dan malaria, dan penyakit-penyakit *hazardous* (berbahaya) yang lain, seperti darah tinggi, jantung, diabetes, dan penyakit tidak menular lainnya, menjadi prioritas kedua. Togun, et. al (2020)[5] menjelaskan, Covid-19 membawa dampak bagi pasien TBC yang sudah terkonfirmasi positif, karena perawatan menjadi tidak optimal.

Covid-19 juga menyebabkan *screening* tidak optimal menghasilkan penderita-penderita TBC yang tidak terdiagnosa (halaman 1), dan akhirnya berisiko tidak mendapatkan pengobatan. Dengan demikian, mengupayakan urgensi penanganan TBC yang komprehensif tidak terhindarkan. Dalam konteks Indonesia, Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan TBC yang lahir di tengah pandemi Covid-19 menjadi pengingat bahwa penanganan TBC mestinya berjalan beriringan dengan penanganan pandemi Covid-19. Pendekatan multi-pihak dan pendekatan multi-disiplin sebagaimana yang digariskan oleh Perpres merupakan petunjuk pelaksanaan yang cukup memadai dalam mendorong penanggulangan TBC yang menyeluruh.

Mengkonfirmasi apa yang dijelaskan Fair, Hopewell, dan Pai (2007), penanganan TBC perlu dilakukan dengan memahami konteks sosial kemasyarakatan untuk menentukan pendekatan yang tepat.[6] Pemahaman konteks sosial ini mengarahkan penanganan TBC dalam tataran edukasi, pendampingan, atau fasilitasi. Edukasi diperlukan untuk masyarakat yang belum memiliki pemahaman penyakit TBC dan penanganannya yang belum memadai. Pendampingan diperlukan untuk

---

5 Togun *et al. (2020), "*Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control Programmes", *Ann Clin Microbiol Antimicrob Vol. 19, No. pp. 1-6. Doi: 21* https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1

6 Elizabeth Fair, Philip C Hopewell & Madhukar Pai (2007) International Standards for Tuberculosis Care: revisiting the cornerstones of tuberculosis care and control, Expert Review of Anti-infective Therapy, 5:1, 61-65, DOI: 10.1586/14787210.5.1.61

masyarakat yang telah memiliki kemauan untuk melakukan *screening* dan menerima perawatan. Dan, fasilitasi diberikan kepada masyarakat yang pengetahuan dan kesadarannya telah terbentuk dan memerlukan bantuan penanganan. Terlebih, sebagaimana Covid -19, TBC rentan dengan ketidakadilan dan diskriminasi sosial. Dalam studi Muniyandi dan Ramachandran (2008),[7] prevalensi TBC lebih rentan terjadi pada penduduk miskin, dan sebagian besar penduduk miskin, seperti dalam konteks Indonesia, lebih banyak muncul di pedesaan.

Dalam hal ini standar global membantu mengkondisikan penanganan TBC sesuai kondisi yang dihadapi melalui mekanisme surveilans, *screening/testing*, dan *treatment* (pengawasan, pengetesan, dan perawatan), sesuai dengan *International Standard TB Care* (ISTC) (Fair, dkk, 2007, hlm. 62). Persoalannya, penanganan TBC tidak berdiri sendiri. Ia tidak hanya melibatkan isu kesehatan. Lebih luas lagi, yakni sebagai isu nasional. TBC melibatkan berbagai pemangku kepentingan dari level pusat sampai level daerah. Di dalamnya, terdiri dari sektor pemerintah, swasta, maupun kemasyarakatan. Dengan demikian, pelibatan pemangku kepentingan mulai dari tingkat paling bawah di pedesaan menjadi tidak terhindarkan. Entitas pemerintahan di desa ini turut ambil bagian dalam edukasi terkait TBC dan pemberdayaan masyarakat. Tujuannya agar secara kolektif turut ambil bagian dalam penanggulangan TBC.

Kondisi TBC di Indonesia

Kasus Tuberculosis (TBC) di Indonesia diperkirakan masih terus mengalami peningkatan. Hal tersebut memerlukan perhatian untuk penanggulangannya. Per 2020, jumlah ternotifikasi TBC adalah 357.199 dengan estimasi keseluruhan 845.000,[8] dimana didalamnya terdapat

---

7 M Muniyandi† & Rajeswari Ramachandran 2008,"**Socioeconomic inequalities of tuberculosis in India", Informa Helathcare,** *Expert Opin. Pharmacother.* Vol. **9**, No. 10, pp. 1623-1628.

8 https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/dashboard-tb/

sekitar 24.000 kasus TB resisten,[9] dan meninggal 98.000 atau setara dengan 11 kematian per jam pada 2020 (Kementerian Kesehatan 2021 dan WHO Global TB Report, 2020). Dengan demikian, hanya 42% penderita TBC yang memperoleh intervensi. Sisanya tidak mendapatkan intervensi yang memadai disebabkan oleh alasan seperti tidak terdeteksi, tidak melaporkan, tidak terjangkau fasilitas kesehatan.

Situasi pandemi menyebabkan deteksi TBC menjadi terhambat, sehingga persentase jumlah ternotifikasi di bawah 50%, dengan kasus TBC resisten obat (TB-RO) yang ternotifikasi di bawah 1,000 (860). Tentu saja ini bukan berita yang menggembirakan, karena artinya pandemi ini menyebabkan penanganan kasus yang semakin sulit. Keterbatasan mobilitas karena resiko transmisi Covid-19, juga sumber daya manusia dan pendanaan yang difokuskan pada penanganan Covid-19 menjadi penjelas utama persoalan ini. Dalam beberapa waktu yang akan datang, diperkirakan keparahan kasus TBC akan meningkat. Sebab kasus yang secara laten tidak dapat ditangani secara optimal. Ini belum menyebut kasus TBC yang berkelindan dengan penyakit menular lainnya, khususnya HIV.

Jika melihat statistik lebih jauh, penyakit TBC juga memiliki irisan sosial ekonomi. Sebagaimana data Kementerian Kesehatan (2021),[10] prevalensi TBC semakin tinggi pada penduduk laki -laki dibandingkan perempuan. Prevalensi TB juga lebih tinggi pada usia lansia, dibandingkan usia produktif (dengan catatan bahwa kasus TBC di usia anak juga sudah cukup signifikan). Terakhir, prevalensi TBC ini juga paling tinggi pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Dengan kondisi yang demikian, persoalan tersebut memerlukan perhatian yang serius. Terlebih secara global, di beberapa wilayah, seperti Eropa dan Afrika, dengan penanganan yang maksimal, kasus

---

9 https://www.kemkes.go.id/article/view/21032400001/cara-sama-tanggulangi-tbc-dan-covid-19.html

10 https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/informasi/tentang-tbc/situasi-tbc-di-indonesia-2/

TBC terus mengalami penurunan.[11] Melihat hal tersebut, penanganan TBC juga terkait dengan keberpihakan terhadap penduduk dengan status sosial marjinal.

Dalam kaitannya dengan penanggulangan TBC, pada dasarnya telah terdapat komitmen pemerintah yang semakin baik. Penanggulangan TBC telah menjadi bagian dari Strategi Nasional 2020-2024 dari Kementerian Kesehatan. Untuk memperkuat hal tersebut, presiden mengeluarkan Peraturan Presiden No. 67 tahun 2021, untuk mendorong semua pihak terlibat dalam percepatan penurunan TBC.

Salah satu pihak yang turut dianggap penting oleh pemerintah adalah desa. Meskipun data statistik yang rinci menginformasikan sebaran kasus TBC dan kasus TBC yang tertangani berdasarkan wilayah geografis (desa kota, Jawa, dan luar Jawa), ketersediannya belum mencukupi. Namun diyakini, desa merupakan entitas yang dapat memainkan peranan penting didalamnya. Hal ini dikarenakan, kasus TBC di desa memiliki kemungkinan tidak terdeteksi yang besar. Mengingat, akses Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang terbatas dibandingkan masyarakat perkotaan.

Kemudian, dalam kaitannya dengan penanggulangan TBC, dan tentu saja penanganan berbagai penyakit menular dan tidak menular lainnya, tidak cukup hanya dilakukan pemerintah. Desa, sebagai lembaga pemerintahan yang paling bawah, merupakan entitas yang paling dekat dengan masyarakat. Desa dapat memainkan peran penting dalam mendukung upaya *testing*, *tracing*, dan *treatment* oleh pemerintah dengan mendorong keterlibatan masyarakat (*participatory approach*) melalui skema dana desa. Dengan demikian, memperkuat peran desa melalui kerangka kebijakan dan *capacity building* menjadi mendesak untuk dilakukan.

Di sisi lain, tata kelola dana desa selama ini sebagian besar masih terpancang pada pembangunan fisik. Memang, hasilnya dapat dilihat

---

11 https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/informasi/tentang-tbc/situasi-tbc-di-indonesia-2/

melalui infrastruktur desa yang semakin baik saat ini. Tetapi, aspek-aspek non-fisik yang sifatnya kependudukan, seperti penanggulangan masalah kesehatan masih memerlukan penguatan. Sejauh ini, beberapa isu kesehatan dan kesejahteraan sudah mulai mendapat perhatian, antara lain isu *stunting* dan lapangan kerja melalui pemberdayaan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes).[12] Tetapi, isu-isu lain, seperti isu kesehatan yang sifatnya *infectious* (menular) tetapi laten, seperti TBC, belum mendapatkan prioritas.

Dari kajian berbagai pihak, desa sendiri masih memerlukan pembimbingan dan pengarahan dalam mengelola dana tersebut. Supaya, penggunaannya tidak sekedar untuk penyerapan. Di Indonesia, melalui Kementerian Keuangan, pemerintah mengeluarkan aturan yang dapat menjadi acuan pemerintah desa dalam penggunaan dana desa setiap tahunnya. Per 2021, Kementerian Keuangan memberikan arahan pada tiga prioritas utama, yaitu Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) sesuai kewenangan desa, seperti penyediaan listrik desa, pengembangan ekonomi produktif, program padat karya tunai, dan revitalisasi BUMDes/ BUMDesma; pengembangan potensi desa (pendataan, pemetaan, pengembangan teknologi informasi dan komunikasi, ketahanan pangan, pencegahan *stunting* dan desa inklusif); serta adaptasi kebiasaan baru Desa Aman Covid-19 melalui Bantuan Langsung Tunai (BLT) Dana Desa.

Terobosan Kebijakan Nasional dalam Penanganan TBC

Seiring dengan dikeluarkannya Perpres No. 67 Tahun 2021, tentu saja diperlukan advokasi di level kementerian. Khususnya, Kementerian Desa dan Kementerian Keuangan. Keduanya menjadi penting, karena bisa berperan untuk mengarahkan penggunaan dana desa untuk mendukung penanganan TBC sesuai kewenangan desa. Basis utama advokasi ini, jika merujuk pada UU No. 6/2014 tentang Desa, adalah Pasal 74 yang menyebutkan bahwa belanja dana desa ditujukan

---

12 https://tirto.id/bank-dunia-kritik-penyaluran-dana-desa-sebabkan-ketimpangan-wilayah-evTF

untuk memenuhi kebutuhan desa yang sesuai dengan pembangunan kabupaten, provinsi, dan nasional. Kebutuhan itu, dalam penjelasan UU tersebut mengacu pada kebutuhan primer, pelayanan dasar, lingkungan, dan pemberdayaan. Kebutuhan primer meliputi pangan, sandang, dan papan. Sedangkan pelayanan dasar meliputi pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur dasar. Kesehatan, sejauh ini, masih terbatas pada Posyandu, tetapi belum mengarah pada isu-isu kesehatan lain yang tidak kalah serius di desa, seperti TBC.

Presiden Joko Widodo telah menegaskan komitmen pemerintah untuk mendukung eliminasi TBC pada 2030 di Indonesia melalui Peraturan Presiden (Perpres) No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberculosis. Perpres ini merupakan respon konkret negara atas persoalan TBC di masyarakat, yang sekaligus menjadi perhatian serius secara global. Melalui Perpres tersebut, pemerintah menargetkan penurunan kasus orang yang menderita TBC pada 2030 menjadi 65 per 100.000 penduduk (dari 319 per 100.000 penduduk pada 2017), dan kasus kematian akibat TBC menjadi 6 per 100.000 penduduk (dari 42 per 100.000 penduduk pada 2017).

Pemerintah, melalui Perpres No. 67 Tahun 2021, secara umum menggarisbawahi pendekatan *multi-stakeholder* dan multi-sektor dalam penanggulangan TBC. Secara spesifik, pemerintah telah memberikan arahan tentang tanggung jawab bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga kajian, pihak swasta maupun masyarakat, dalam penanganan TBC. Sebagaimana Perpres No. 61/2021, peran Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (Kemendesa PDTT) menjadi sangat penting untuk mengarahkan keterlibatan masyarakat desa dalam eliminasi TBC. Sebagai entitas pemerintahan paling bawah, dan paling dekat dengan masyarakat, desa dapat mendukung upaya *testing*, *tracing*, dan *treatment* dengan mendorong keterlibatan masyarakat (*participatory approach*). Desa juga dapat berpartisipasi dalam peran-peran promotif, preventif, bahkan kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan kewenangan desa melalui skema Dana Desa.

Dari 5 (lima) Strategi Nasional Percepatan Penanggulangan TBC di Indonesia, sebagaimana diamanatkan dalam Perpres No. 67/2021, Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal termasuk dalam Strategi Nomor 5, yaitu "Peningkatan Peran Serta Komunitas, Pemangku Kepentingan, dan Multisektor Lainnya dalam Penanggulangan TBC." Proses bisnis yang ditekankan dalam Strategi Nomor 5 bagi Kemendes PDTT adalah adalah dengan Mendorong Keterlibatan dalam Penanggulangan TBC.

Tentu saja, advokasi di level nasional memerlukan dukungan advokasi lintas sektoral dan advokasi di level sub-nasional, termasuk pemerintah desa sendiri. Untuk itu, diperlukan pemetaan kebijakan dan analisis *stakeholder*/aktor, sebagai basis untuk menyusun advokasi kebijakan dana desa untuk percepatan eliminasi TBC.

Gambaran awal pemetaan terkait regulasi, *stakeholder*, dan peran desa adalah sebagai berikut:

(I) Kerangka Regulasi Penanganan TBC di Desa

Pemetaan regulasi penting untuk dilakukan dengan tujuan mengidentifikasi regulasi apa saja yang dapat dijadikan dasar bagi penguatan peran desa dalam eliminasi TBC, sebagaimana amanat Perpres No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan TBC. Saat ini setidaknya, telah ada regulasi-regulasi penting tentang penanangan TBC di desa yang mencakup:

1. UU No. 6/2014 tentang Desa disertasi Peraturan Pemerintah 47/2015 tentang Perubahan atas PP 43/2014 tentang Peraturan Pelaksanaan UU 6/2014, Peraturan Pemerintah 8/2016 tentang Perubahan Kedua atas PP 60/2014 tentang Dana Desa yang bersumber dari APBN dan berbagai turunan kebijakan yang lain.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang

Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa.

4. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.
5. Peraturan Presiden Nomor 104 Tahun 2021 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2022.
6. Peraturan Presiden No. 67/2021 tentang Penanggulangan TB.
7. Peraturan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi No. 1/2015 tentang Pedoman Kewenangan Berskala Desa, Peraturan No. 2/2015 tentang Musyawarah Desa, No. 3/2015 tentang Pendampingan Desa, No. 6/2020 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa tahun 2021, No. 13/2020 tentang Pengggunaan Dana Desa tahun 2021 untuk Pencapaian SDGs, dan No. 7/2021 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa tahun 2022, Perpres No. 104/2021 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, serta regulasi lain terkait.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kewenangan Desa.
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa.
10. Peraturan Menteri Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 7 tahun 2021 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2022.
11. Strategi Nasional tentang Penanggulangan TB tahun 2020-2024 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan TB.
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 113/2014 tentang Pengelolaan Keuangan Desa dan No. 114/2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa.

13. Peraturan Menteri Keuangan No. 69/2021 tentang Pengelolaan Dana Desa untuk Penanggulangan Covid-19.

(II) *Stakeholders* Kunci dalam Penanganan TBC di Desa

Selain melakukan pemetaan regulasi, pemetaan *stakeholders* penting untuk mengidentifikasi aktor yang berperan penting dalam mendukung keterlibatan desa dalam upaya eliminasi TBC di Indonesia. Saat ini setidaknya aktor-aktor penting yang tercakup adalah sebagai berikut:

1. Kementerian: Kementerian Badan Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat), Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal (Direktur Pelayanan Sosial Dasar), Kementerian Dalam Negeri (Direktorat Jenderal Pembangunan Daerah), Kementerian Keuangan, dan Kementerian Kesehatan (Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung).
2. Pemerintah Daerah: Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten, khususnya Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa di Kabupaten, Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Pemberdayaan Masyarakata Desa Provinsi, dan Dinas Kesehatan Provinsi.
3. Pemerintah Desa, dan elemen-elemen didalamnya.
4. Organisasi Masyarakat Sipil.
5. Asosiasi Pemerintah Desa: Asosiasi Pemerintah Desa Seluruh Indonesia (APDESI).
6. Kelompok kepentingan: Asosiasi Pasien TBC.

(III) Pemetaan Peran Desa dalam Penanganan TBC

Pemetaan kewenangan desa dilakukan untuk mengidentifikasi kewenangan-kewenangan yang sesuai dengan kapasitas dan tanggungjawab pemerintah desa. Kaitanya dengan upaya eliminasi TBC, agar tidak terjadi tumpang tindih dengan entitas pemerintahan yang lain. Peran-peran tersebut dapat mencakup:

1. Menentukan prioritas upaya penanggulangan tuberkulosis di tingkat desa yang menjadi bagian dari daftar kewenangan lokal berskala desa, yang didalamnya mencakup *testing*, *tracing* dan *treatment*, serta promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
2. Memastikan kegiatan prioritas upaya penanggulangan tuberkulosis tingkat desa menjadi bagian dari dokumen perencanaan pembangunan desa (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa/RPJMDes, Rencana Kerja Pemerintah Desa/RKPDes) untuk keberlanjutan program dan dibiayai melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes) termasuk Dana Desa secara bertahap sampai 2030 (sesuai dengan masa RPJMDes);
3. Memastikan pendampingan oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD), pendamping profesional dan pendamping teknis termasuk upaya peningkatan kapasitas masyarakat dalam pengelolaan kegiatan penanggulangan tuberkulosis secara berkelanjutan;
4. Koordinasi untuk pembinaan dan pengawasan dengan OPD kabupaten/kota;
5. Melakukan evaluasi kegiatan penanggulangan tuberkulosis oleh Desa dan supra Desa secara berkala.

Kajian ini disusun untuk membantu pemetaan kebijakan dan aktor guna menghasilkan rekomendasi advokasi berbasis regulasi dan bukti dalam percepatan eliminasi TBC melalui pelibatan pemerintah dan masyarakat desa.

BAB II
POTENSI PEMANFAATAN DANA DESA DALAM KEBIJAKAN ELIMINASI TBC

Bagian ini mendiskusikan telaah kebijakan eliminasi TBC dan identifikasi kesempatan dukungan dengan skema dana desa, sesuai dengan kerangka regulasi dan kelembagaan yang ada. Sebagaimana telah diketahui, kerangka kebijakan eliminasi TBC telah cukup lengkap. Seperti misalnya, Perpres No. 67/2021 yang sudah secara rinci menjelaskan peran lintas sektor, termasuk didalamnya mencakup peran dan kewenangan pemerintah desa, dan kementerian terkait (Kementerian Desa dan Pembangunan Desa Tertinggal). Perpres tersebut hanya memerlukan tindak lanjut melalui peraturan turunan yang lebih mengikat bagi implementasi kebijakan melalui lembaga kementerian terkait.

Tetapi, bagaimana keterhubungan regulasi dan implikasi pada kesempatan pendanaan eliminasi TBC melalui dana desa masih perlu kajian lebih mendalam. Telaah kebijakan ini menjadi langkah awal yang penting bagi advokasi kebijakan eliminasi TBC berbasis bukti (*evidence-based policy advocacy*), sebagaimana tujuan utama dari riset aksi ini.

Bab ini disusun berdasarkan metode kajian "*desk study*", dimana dokumen-dokumen perencanaan dan regulasi/kebijakan menjadi sumber informasi utama dalam penyusunan laporan. Bagian ini dibagi ke dalam beberapa sub-bagian tujuannya untuk memudahkan pemahaman secara mendalam konteks regulasi dan kelembagaan kebijakan eliminasi TBC. Sub-bagian awal mendiskusikan kebijakan desentralisasi sesuai

UU Pemerintah Daerah dan Otonomi Desa. Sesuai UU Desa, sebagai kerangka kelembagaan tata kelola pemerintahan di Indonesia yang mencakup didalamnya urusan kesehatan.

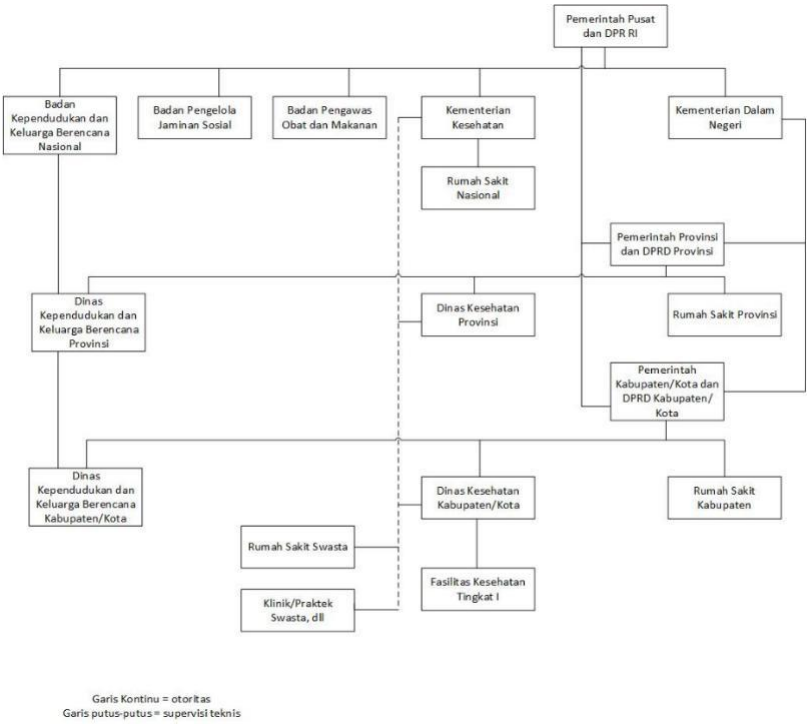
Diskusi tentang desentralisasi dan pemerintahan desa menjadi penting karena ia menjadi pintu masuk tata kelola eliminasi TBC di level bawah (akar rumput). Kegagalan memahami konteks desentralisasi dan tata kelola pemerintahan desa ini akan membawa kita pada kegagalan pemahaman sejumlah persoalan kemacetan kebijakan eliminasi TBC di Indonesia secara menyeluruh.

Diskusi kemudian dilanjutkan dengan menjelaskan berbagai kerangka regulasi peraturan perundang-undangan dan skema perencanaan pembangunan yang menyentuh agenda eliminasi TBC. Sub-bagian berikutnya, mendiskusikan terobosan bagi hambatan kebijakan yang terkait dengan skema desentralisasi melalui Perpres No. 67/2021. Bagian berikutnya memetakan kebijakan tatakelola dana desa. Bagian terakhir menjabarkan identifikasi kesempatan dukungan pendanaan eliminasi TBC melalui dana desa.

Konteks Kelembagaan Eliminasi TBC dalam Konteks Desentralisasi dan Otonomi Desa

Sejak Undang-Undang No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dikeluarkan, penataan ulang desentralisasi tidak terhindarkan lagi. Mengingat, beberapa urusan ditarik ke provinsi dan pusat, termasuk didalamnya kehutanan, kelautan dan pertambangan. Urusan dasar masih menjadi domain pemerintahan daerah. Dua urusan dasar itu adalah pendidikan dan kesehatan. Terdapat konsekuensi kelembagaan atas peletakan dua urusan dasar ini di pundak pemerintah daerah. Pelayanan kesehatan kemudian menjadi domain pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota, dibawah pembinaan dan koordinasi Kementerian Dalam Negeri. Ini tidak terlepas dari posisi Kementerian Dalam Negeri, sebagai penanggungjawab tata kelola desentralisasi.

Untuk memahami tata kelola kesehatan dalam konteks desentralisasi, bisa merujuk di bagan di bawah ini, yang ini dijelaskan dengan baik oleh Mahendradata (2017).



Bagan 1 Sistem Kesehatan di dalam Sistem Desentralisasi di Indonesia

Sumber:Mahendradata, 2017

Sebagaimana telah dipaparkan di bagan di atas, kita bisa melihat bahwa tanggung jawab perencanaan dan manajemen pelayanan di Indonesia bergeser dari Kementerian Kesehatan ke Dinas Kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota, yang berada di bawah pembinaan dan pengawasan hierarkis dari Kementerian Dalam Negeri. Tanggung jawab Kementerian Kesehatan hanya mencakup aspek-aspek regulasi terkait sumber daya manusia, penyediaan arahan-arahan strategis, dan standar pelayanan, termasuk pengarahan sistem kesehatan nasional. Dengan demikian, aktor kunci sektor kesehatan di Indonesia adalah Kementerian Dalam Negeri. Karena, kementerian ini memiliki tanggungjawab sebagai

pembina, pengawas, dan koordinator pelaksanaan urusan kesehatan di daerah. Kemudian Kementerian Kesehatan sebagai penyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK) pelayanan kesehatan sebagai landasan bagi arah pelayanan kesehatan di daerah.

Dengan skema di atas, pemerintah provinsi melalui Dinas Kesehatan kemudian bertanggungjawab terhadap pengelolaan Rumah Sakit (RS) provinsi, melakukan pembinaan, dan pengawasan jejaring pelayanan kesehatan lintas kabupaten/kota. Selain itu juga mengelola persoalan kesehatan lintas kabupaten/kota di dalam provinsi tersebut. Pemerintah provinsi mempertanggungjawabkan dan melaporkan kinerjanya kepada Gubernur, dan bukan kepada Menteri Kesehatan. Sementara itu, pemerintah kabupaten/kota melalui Dinas Kesehatan kabupaten/ kota bertanggungjawab terhadap pengelolaan RS kabupaten/kota, dan terhadap tata kelola Puskesmas di kecamatan, maupun unit pelayanan kesehatan terkait di kecamatan dan desa. Dinas Kesehatan di kabupaten/ kota mempertanggungjawab kinerjanya dan menyampaikan laporan kinerjanya kepada kepala daerah di kabupaten/kota (bupati/wali kota).

Dengan skema sistem kesehatan yang demikian, bagaimana konsekuensi politiknya bagi agenda eliminasi TBC? Dengan kerangka kebijakan dan kelembagaan yang didasarkan pada prinsip desentralisasi di atas, konsekuensi paling nyata bagi eliminasi TBC adalah, ketergantungannya pada kemauan politik kepala daerah. Dalam hal ini, Dinas Kesehatan memainkan peranan kunci untuk memberikan masukan kepada kepala daerah terkait prioritas kebijakan sektoral. Sehingga, pemahaman terhadap agenda nasional menjadi penting. Dalam praktiknya, kepala daerah sering kali memilih indikator utama yang berdampak luas secara politik. Misalnya, melalui pelayanan kesehatan dasar gratis, baik melalui kontribusi pemerintah daerah terhadap pembiayaan Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Penerima Bantuan Iuran (BPJS PBI), maupun melalui tarif murah pelayanan Puskesmas.

Aspek- aspek politik ini tidak terhindarkan, tetapi terkadang melahirkan konsekuensi yang juga “mahal.” Seperti, terpinggirkannya

isu-isu kesehatan yang lebih fundamental, semisal eliminasi TBC, HIV, dan Penyakit Tidak Menular (PTM) yang sifatnya degeneratif. Karenanya, perlu "memaksa" Kementerian Dalam Negeri untuk melakukan pendekatan yang lebih tegas kepada pemerintah daerah untuk memprioritaskan isu kesehatan yang lebih fundamental, karena Kementerian Kesehatan tidak terlalu mungkin untuk melakukan ini. Terlebih, secara politik, dalam kaitannya dengan desentralisasi, Kementerian Kesehatan tidak memiliki kewenangan langsung terhadap pemerintah daerah. Kementerian Dalam Negeri-lah yang justru memegang kendali, dan memegang posisi politik yang lebih kuat.

Demikian juga terkait dengan pemerintahan desa, sesuai dengan UU No. 6 Tahun 2014 tentang Desa, yang mengatur tentang otonomi desa. Pasal 1 UU Desa, sebagaimana diubah dalam UU No. 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, menyebutkan bahwa desa, desa adat, atau yang disebut dengan nama lain, selanjutnya disebut Desa, adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Dengan demikian, desa merupakan unit pemerintahan paling kecil yang mendapatkan pengakuan pengelolaan urusan-urusan yang berkenaan dengan kepentingan masyarakat sesuai kewenangan asal-usul dan tradisionalnya.

Sebagaimana UU No. 32 tahun 2014, desa merupakan bagian dari pemerintah daerah, di bawah kabupaten/kota dan menjalankan fungsi dekonsentrasi. Kepala desa yang dipilih secara langsung oleh masyarakat juga disahkan, dilantik oleh bupati, dan ditetapkan dengan Surat Keputusan (SK) Bupati (Pasal 37 dan 38). Namun demikian, pengakuan terhadap kewenangan desa tetap melekat, mengingat desa dan kepala desa merupakan bagian dari pemerintahan.

Sebagaimana Pasal 4 poin (f) UU Desa, memang di sebutkan bahwa pengaturan desa bertujuan untuk meningkatkan pelayanan publik bagi warga masyarakat desa. Guna mempercepat perwujudan kesejahteraan

umum. Poin ini dapat menjadi landasan bagi desa untuk melaksanakan program yang dapat mendukung upaya penanggulangan TBC di level desa sesuai dengan kewenangan dan urusan pemerintah desa. Lebih lanjut, terkait kewenangan desa, Pasal 18 UU Desa menyebutkan bahwa kewenangan desa meliputi bidang penyelenggaraan pemerintahan desa, pelaksanaan pembangunan desa, pembinaan kemasyarakatan desa, dan pemberdayaan masyarakat desa berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan adat istiadat desa. Pasal ini juga menjadi rujukan penting bagi penyelenggaraan program penanggulangan TBC. Sementara itu, lebih detil Pasal 19 UU Desa menyebutkan bahwa kewenangan desa meliputi:

1. Kewenangan berdasarkan hak asal usul;
2. Kewenangan lokal berskala desa;
3. Kewenangan yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota; dan
4. Kewenangan lain yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dengan pasal-pasal ini, menjadi sangat jelas, kenapa desa kemudian dapat memegang peranan penting dalam upaya penanggulangan TBC. Tujuannya untuk eliminasi TBC pada 2030 dan Bebas TBC pada 2050. Sebagaimana yang disebutkan di Perpres No. 67/2021, yang telah didiskusikan sebelumnya. Tetapi, tidak adanya aturan yang jelas sebagai rujukan pemerintah desa untuk mengambil peran secara lebih konkret dalam penanggulangan TBC, menyebabkan pengelolaan urusan ini di level desa sampai saat ini juga penuh ketidakpastian.

Beberapa desa yang tercatat aktif dalam penanggulangan TBC sangat bergantung pada dukungan Dinas Kesehatan (Dinkes) dan Puskesmas. Pihak tersebut yang membantu memfasilitasi partisipasi perangkat desa dan kader desa dalam surveilans TBC. Selain itu, pendampingan pengobatan, dan pemberian dukungan dalam bentuk lain bagi pasein

TBC dan keluarganya. Beberapa desa lain tidak melakukan kegiatan penanggulangan TBC sama sekali.

Dengan struktur kelembagaan seperti ini, dapat dipahami mengapa berbagai target nasional sering kali macet sampai daerah. Karena secara kelembagaan, urusan kesehatan adalah domain pemerintah daerah, di bawah koordinasi Kementerian Dalam Negeri. Di sisi lain, pelaksanaannya di akar rumput juga sangat tergantung kemauan, kemampuan, dan pemahaman pemerintah desa dalam mendukung penanggulangan TBC. Kecuali, Kementerian Kesehatan menurunkan dana dekonsentrasi. Akibatnya, agenda-agenda nasional seringkali tidak optimal diterjemahkan di daerah.

Mengatasi hambatan struktur kelembagaan seperti ini, terkadang dalam beberapa hal, Kementerian Kesehatan menempuh cara dengan menyusun *Memorandum of Understanding* (MoU) atau peraturan bersama dengan Kementerian Dalam Negeri, dan kementerian lain terkait, untuk memuluskan implementasi program kesehatan yang akan mendukung pencapaian target nasional. Contoh yang dapat dilihat adalah Peraturan Bersama terkait Unit Kesehatan Sekolah (UKS) yang melibatkan Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, dan Kementerian Dalam Negeri melalui Peraturan Bersama Menteri Pendidikan dan Kebudayaan; Menteri Kesehatan; Menteri Agama; dan Menteri Dalam Negeri; Nomor 6/X/PB/2014; Nomor 73/2014; Nomor 41/2014; Nomor 81/2014 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah. Namun, peraturan bersama pun sangat tergantung pada kemauan Menteri masing-masing untuk menindaklanjutinya. Tidak ada satu lembaga kementerian yang kemudian memiliki daya paksa terhadap kementerian lain untuk melaksanakan peraturan bersama tersebut.

Hal yang hampir sama, terjadi pada peraturan yang dikeluarkan oleh Kementerian Koordinasi (Kemenko), seperti Peraturan Kementeriaan Koordinator (Permenko) Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (PMK) No. 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja. Permenko ini tidak mampu memiliki daya

gigit yang akan memaksa kementerian terkait melaksanakan poin-poin perencanaan sampai tingkat daerah. Dalam hal ini, kelahiran Perpres No. 67/2021 tentang Eliminasi TBC, bisa disebut sebagai terobosan yang sangat penting guna mendukung kebijakan eliminasi TBC di daerah. Perpres ini dianggap dapat membantu mengatasi hambatan-hambatan struktural kelembagaan (*bottleneck*) yang dihasilkan dari kerangka desentralisasi yang terlalu tergantung pada Kementerian Dalam Negeri. Namun demikian, Perpres ini saja tidak cukup. Diperlukan regulasi-regulasi turunan untuk menjadi tindak lanjut implementasinya.

Bahasan terkait Perpres ini dibahas di sub-bagian tersendiri dari Bab ini. Tetapi, sebelum menelisik Perpres lebih jauh, penting untuk memeriksa berbagai skema perencanaan yang sudah coba disusun untuk merespon isu tuberkulosis.

Regulatory Framework dan Skema Perencanaan Pembangunan Penanganan TBC

Peraturan Perundang-undangan

Regulasi utama dan pertama yang perlu diketahui dalam kaitannya dengan tata kelola eliminasi TBC adalah Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Pasal yang secara khusus memiliki keterkaitan dengan TBC adalah Pasal 152 yang terkait dengan Penyakit Menular. Dalam pasal tersebut, secara jelas disebutkan bahwa pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya (ayat 1). Upaya tersebut dilakukan dengan tujuan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular (ayat 2).

Cakupan upaya terdiri dari kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat (ayat 3). Pengendalian sumber penyakit menular dilakukan terhadap lingkungan dan/atau orang dan sumber penularan lainnya (ayat 4), dan dengan harus berbasis

wilayah (ayat 5) dan lintas sektor (ayat 6). Upaya tersebut juga dapat dilakukan dengan kerja sama dengan negara lain (ayat 7).

Dari penjelasan di atas, kita bisa melihat bahwa Undang-undang ini telah memberikan acuan yang cukup dan jelas terkait tatakelola pencegahan penyakit menular, termasuk didalamnya TBC. Undang-undang ini kemudian ditindaklanjuti oleh Kementerian Kesehatan dengan mengeluarkan Peraturan Kementerian Kesehatan (Permenkes) No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan *Tuberculosis*. Poin penting dalam Permenkes ini ada di Pasal 2 dimana penanggulangan TBC dilakukan secara terpadu, komprehensif, dan berkesinambungan (ayat 1) dan melibatkan semua pihak terkait baik pemerintah (pusat dan daerah), swasta maupun masyarakat (ayat 2). Permenkes ini juga menegaskan target nasional Eliminasi TBC pada 2035 dan Bebas TBC pada 2050 (Pasal 3).

Dengan adanya target ini, Permenkes ini kemudian menjadi dasar disusunnya Strategi Nasional Penanggulangan TBC per lima tahun oleh Menteri Kesehatan. Pasal tersebut juga menyebutkan bahwa provinsi dan kabupaten/kota harus menetapkan target penanggulangan TBC di daerah berdasarkan target dan strategi nasional. Strategi Nasional Penanggulangan TBC yang dimaksud, terdiri dari (i) penguatan kepemimpinan program TBC; (ii) peningkatan akses layanan TBC yang bermutu; (iii) pengendalian faktor risiko TBC; (iv) peningkatan kemitraan TBC; (v) peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC; dan (vi) penguatan manajemen program TBC.

Sebetulnya, jika kita menilik Permenkes ini, penjelasan tentang langkah-langkah penanggulangan TBC sudah dicantumkan secara jelas. Terkait Penanggulangan TBC (Pasal 6), disebutkan bahwa ia diselenggarakan melalui kegiatan (i) promosi kesehatan; (ii) surveilans TBC; (iii) pengendalian faktor risiko; (iv) penemuan dan penanganan kasus TBC; (v) pemberian kekebalan; dan (vi) pemberian obat pencegahan. Untuk Promosi Kesehatan (Pasal 7), dilakukan untuk (i) meningkatkan komitmen para pengambil kebijakan melalui kegiatan advokasi kebijakan di tingkat pusat maupun daerah; (ii) meningkatkan

keterpaduan pelaksanaan program lintas program dan sektor antar lembaga pemerintah dan antara lembaga pemerintah dan swasta; dan (iii) memberdayakan masyarakat, dilakukan melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi, dan membantu masyarakat agar berperan aktif dalam rangka mencegah penularan TBC, meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta menghilangkan diskriminasi terhadap pasien TBC.

Sementara itu, terkait surveilans TBC (Pasal 8 dan 9), dilakukan sistematis terus menerus untuk mengumpulkan data kejadian supaya dapat dilakukan pengarahan pengambilan tindakan dan penanggulangan yang efektif dan efisien. Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) adalah pihak yang bertanggungjawab bagi pengumpulan data pasif (melalui pencatatan manual maupun elektronik) yang didapat dari pengumpulan data aktif (dari masyarakat).

Pengendalian faktor risiko TBC (Pasal 10) dilakukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit TBC, melalui (i) membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat; (ii) membudayakan perilaku etika berbatuk; (iii) melakukan pemeliharaan dan perbaikan kualitas perumahan dan lingkungannya sesuai dengan standar rumah sehat; (iv) peningkatan daya tahan tubuh; (v) penanganan penyakit penyerta TBC; dan (vi) penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TBC di Fasyankes, dan di luar Fasyankes.

Penemuan dan Penanganan Kasus TBC (Pasal 11) dilakukan secara aktif, melalui investigasi, pemeriksaan kasus kontak, dan skrining masal pada kelompok rentan dan berisiko, atau pada situasi khusus, dan secara pasif, pada pasien yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jika terjadi penemuan kasus, maka dilaksanakan Penanganan Kasus (Pasal 12) dengan Tata Laksana, yang mencakup (i) pengobatan dan penanganan efek samping di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; (ii) pengawasan kepatuhan menelan obat; (iii) pemantauan kemajuan pengobatan dan hasil pengobatan; dan/atau (iv) pelacakan kasus mangkir, sesuai dengan Pedoman Nasional Kedokteran Tuberkulosis dan Standar lain yang sesuai peraturan.

Permenkes juga secara tegas menetapkan bahwa setiap pasien TBC berkewajiban mematuhi semua tahapan dalam penanganan kasus TBC yang dilakukan tenaga kesehatan (Pasal 13), dan untuk mendukung pengendalian dan penanggulangan TB, pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib menjamin ketersediaan anggaran Penanggulangan TBC (Pasal 20). Untuk mendukung upaya tersebut, masyarakat juga dapat berperan serta (Pasal 25) melalui cara-cara yang mencakup (i) mempromosikan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan menjaga lingkungan sehat dan menjalankan etika batuk secara benar; (ii) mengupayakan tidak terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap kasus TBC di masyarakat dengan memahami dengan benar dan lengkap cara penularan dan pencegahannya, serta mengajak masyarakat untuk tidak mendiskriminasi orang terduga TBC dan pasien TBC dari segi pelayanan Kesehatan, Pendidikan, pekerjaan, dan semua aspek kehidupan; (iii) membentuk dan mengembangkan Warga Peduli Tuberkulosis; dan (iv) memastikan warga yang terduga TBC memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Dalam konteks desentralisasi, Permenkes No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan TBC ini memiliki peluang untuk diperkuat dengan menjadikan eliminasi TBC sebagai salah satu target kinerja kepala daerah. Undang-undang 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan penyelenggaraan pemerintahan daerah yang diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, dan kekhasan suatu daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Untuk itu, UU mengatur tentang urusan pemerintahan konkuren yang bersifat wajib yang diserahkan kewenangannya dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah sebagai dasar pelaksanaan otonomi daerah. Urusan pemerintahan konkuren adalah urusan pemerintahan yang dibagi antara pemerintah pusat dengan daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota.

Pelimpahan urusan tersebut didelegasikan dalam bentuk Standar Pelayanan Minimal (SPM) Provinsi dan Kabupaten/Kota, yaitu ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan untuk bidang kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Pemerintah daerah wajib menjamin 100 % penduduk memperoleh seluruh jenis layanan dasar mengacu SPM, sesuai hak konstitusional setiap warga negara.

Sesuai dengan Pasal 2 Permenkes No. 4 Tahun 2019, terdapat 12 jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, yaitu:

a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
d. Pelayanan kesehatan balita;
e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

Kebijakan penanganan TBC dalam kaitannya dengan desentralisasi ditegaskan kembali pada Strategi Nasional (Stranas) Penanggulangan TBC di Indonesia 2020-2024. Stranas ini mengidentifikasi akar

permasalahan TBC dimana orang dengan TBC tidak mengakses layanan, datang ke layanan tapi tidak terdiagnosis/tidak dilaporkan, dan orang terdiagnosis TBC tapi tidak terobati. Stranas ini juga menyebutkan target Penanggulangan TBC dimana pada 2030 Indonesia mencapai 65 per 100.000 penduduk untuk kejadian TBC. Target ini dipecah dari 319 per 100.000 insiden pada 2017 menjadi 190 per 100.000 pada 2024, dan kematian akibat TBC dari 42 per 100.000 menjadi 37 per 100.000 pada 2024. Untuk mendukung penanggulangan TBC, Stranas menekankan komitmen pembiayaan pusat dan daerah (melalui APBN dan APBD), termasuk melalui APBDes.

Dalam kaitannya dengan Dana Desa, Stranas 2020-2024 bahkan sudah mengidentifikasi cakupan penanggulangan TBC yang dapat didanai melalui APBDes, melalui kegiatan-kegiatan berikut (i) menyelenggarakan kampanye dan promosi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), gizi seimbang, dan pencegahan penanggulangan penyakit dan penyakit menular seperti HIV/AIDS dan/atau TBC; (ii) pengadaan, pembangunan, pengembangan, dan pemeliharaan sarana prasarana kesehatan tingkat desa yang bisa dipergunakan sebagai tempat preventif, promotif dan penjaringan awal terduga TBC, seperti Balai Pengobatan; Posyandu; Poskesdes/Polindes.

Stranas 2020-2024 juga mengidentifikasi peran pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Peran pemerintah pusat adalah (i) menetapkan kebijakan dan strategi program penanggulangan TBC (NSPK); (ii) melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TB dengan institusi terkait di tingkat nasional; (iii) memenuhi kebutuhan Obat Anti TB (OAT) lini 1 dan lini 2 (TB- RO) (iv) memenuhi kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia, dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TBC sebagai penyangga kegiatan atau *buffer*; (v) mengawasi dan menjamin mutu obat serta laboratorium Tuberkulosis, (vi) monitoring, evaluasi, dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TBC; (vii) menyediakan dana untuk kegiatan operasional Penanggulangan TBC yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi; (viii) menyediakan dana

untuk kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TBC terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

Sementara itu, berdasarkan Stranas, peran di tingkat provinsi adalah: (i) memastikan Program Tuberkulosis masuk dalam indikator RPJMD dan Renstra untuk Penanggulangan Tuberkulosis; (ii) memastikan pelaksanaan kegiatan penanggulangan Tuberkulosis oleh kabupaten/ kota melalui monitoring dan bimbingan teknis; (iii) melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TBC (NSPK) sesuai tugas dan fungsi; (iv) menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan, reagensia dan penunjang laboratorium lain untuk penegakan diagnosis TBC sebagai penyangga kegiatan atau *buffer*; (v) melakukan koordinasi lintas program/lintas sektor dan kemitraan untuk kegiatan Penanggulangan TBC dengan institusi terkait di tingkat provinsi; (vi) mendorong ketersediaan dan peningkatan kemampuan tenaga kesehatan Penanggulangan TBC; (vii) melakukan pemantauan dan pemantapan mutu atau *quality assurance* untuk pemeriksaan laboratorium sebagai penunjang diagnosis TBC; (viii) melaksanakan monitoring, evaluasi, dan pembinaan teknis kegiatan Penanggulangan TBC, pemantapan surveilans epidemiologi TB di tingkat kabupaten/kota; (ix) menyediakan dana untuk kegiatan operasional Penanggulangan TBC yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi; dan (x) menyediakan dana untuk kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TBC terkait dengan tugas pokok dan fungsi.

Terakhir, peran pemerintah daerah kabupaten/kota sesuai Stranas 2020- 2024 mencakup (i) memastikan Program Tuberkulosis masuk dalam indikator RPJMD dan Renstra untuk Penanggulangan Tuberkulosis; (ii) melaksanakan ketetapan kebijakan dan strategi program penanggulangan TBC (NSPK) yang telah diterbitkan oleh Kementerian;
(iii) Menjamin pelaksanaan penanggulangan Tuberkulosis; (iv) menyediakan kebutuhan perbekalan kesehatan dan bahan pendukung diagnosis; (v) menyediakan kebutuhan pendanaan untuk operasional program Penanggulangan Tuberkulosis; (vi) melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor serta jejaring kemitraan untuk kegiatan

Penanggulangan TBC dengan institusi terkait di tingkat kabupaten; (vii) menyediakan kebutuhan pendanaan kegiatan peningkatan SDM Penanggulangan TBC di wilayahnya, dan (viii) menyediakan bahan untuk promosi TBC.

Relevan dengan tujuan riset aksi ini, dimana target utama dari kajian ini adalah advokasi kebijakan untuk mendorong penggunaan skema dana desa untuk eliminasi TBC, Stranas 2020-2024 juga mengidentifikasi peran berbagai pemangku kepentingan yang terkait, termasuk didalamnya:

(i) Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal, dengan menggerakkan pelaksanaan agar kebijakan pengalokasian anggaran dana desa untuk kesehatan di seluruh desa di Indonesia mencakup pencegahan dan pengendalian tuberkulosis,

(ii) Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), dengan menggerakkan pelaksanaaan promosi tentang pencegahan dan pengendalian tuberkulosis di tingkat desa/kelurahan oleh anggota PKK

(iii) Lembaga swadaya masyarakat dengan mendukung pemerintah dalam mencapai target terhadap indikator nasional yang telah ditetapkan; mendukung inovasi-inovasi yang efektif sesuai dengan potensi dan kapasitas; mendorong harmonisasi program Tuberkulosis secara lintas sektor; Mendorong pelayanan Tuberkulosis yang sesuai standar; meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap Tuberkulosis dan dalam mencari layanan kesehatansecaraproaktif; memobilisasi dukungan, sumber daya, dan upaya dari berbagai pemangku kepentingan di tingkat nasional dan internasional melalui sebuah skema kemitraan untuk upaya pengendalian Tuberkulosis di Indonesia; dan mempengaruhi kebijakan terkait Tuberkulosis melalui advokasi kepada pemangku kepentingan,

(iv) *Civil Society Organization*/CSO (dan *Community Based Organizations.CBO*) dengan mendukung penemuan/penjangkauan terduga/suspek Tuberkulosis; merujuk ke fasilitas kesehatan; pendampingan minum obat; edukasi dan promosi Tuberkulosis; dan peningkatan kapasitas pasien Tuberkulosis

(v) Pemerintah Desa, dengan menentukan prioritas upaya penanggulangan tuberkulosis di tingkat desa yang menjadi bagian dari daftar kewenangan lokal berskala desa; memastikan kegiatan prioritas upaya penanggulangan tuberkulosis tingkat desa menjadi bagian dari dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJMDesa, RKPDesa) untuk keberlanjutan program dan dibiayai melalui APBDesa termasuk Dana Desa secara bertahap sampai 2030 (sesuai dengan masa RPJMDesa); memastikan pendampingan oleh OPD, pendamping profesional dan pendamping teknis termasuk upaya peningkatan kapasitas masyarakat dalam pengelolaan kegiatan penanggulangan tuberkulosis secara berkelanjutan; koordinasi untuk pembinaan dan pengawasan dengan OPD kabupaten/kota; dan melakukan evaluasi kegiatan penanggulangan tuberkulosis oleh Desa dan supra Desa secara berkala.

Dari segi cakupannya, UU, Permenkes, dan dokumen Stranas 2020-2024 ini sudah cukup jelas dan lengkap menyediakan landasan aturan dan tata kelola TBC. Mulai dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, bahkan sampai tingkat desa, termasuk PKK, LSM, dan CBO yang ruang geraknya dapat mencakup masyarakat desa. Tetapi, faktor kelembagaan dengan sistem desentralisasi, sebagaimana didiskusikan di atas, menyebabkan upaya untuk mendorong eliminasi TBC di daerah harus memutar dulu, melalui Kemendagri, untuk ditindaklanjuti ke daerah melalui pendanaan APBD, atau melalui dana dekonsentrasi. Sementara itu, di tingkat desa, upaya ini harus dilakukan dengan kesepakatan bersama Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal. Dalam beberapa hal, upaya memutar ini berhasil, tetapi juga tidak jarang menemui berbagai hambatan. Kelahiran Perpres memunculkan harapan baru untuk memecah kebuntuan kelembagaan bagi eliminasi TBC, sebagaimana akan dibahas pada sub-bagian berikutnya.

Skema Perencanaan Pembangunan

Dokumen perencanaan yang menjadi acuan utama bagi eliminasi TB adalah Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)

2020-2024, sebagaimana tertuang dalam Perpres No. 18 tahun 2020. RPJMN telah secara jelas menyebutkan Sasaran, Indikator, dan Target (halaman 167) terkait TB adalah Insidensi Tuberkulosis Per 100.000 penduduk pada 2019 yang mencakup 319 kejadian, bisa turun menjadi 190 kejadian pada 2024.

RPJMN ini diturunkan kedalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 yang menyebutkan TBC, HIV/AIDS, dan malaria sebagai tiga penyakit menular yang memerlukan perhatian efektif secara rutin dan terkoordinasi. Untuk TBC sendiri, Renstra ini menyebutkan bahwa 56% kasus TBC terdapat di lima negara yang mencakup India, China, Indonesia, Filipina, dan Pakistan (WHO, 2019). Renstra ini juga mengidentifikasi bahwa berdasarkan hasil Studi Inventori TBC di 2017, insiden TBC di Indonesia adalah 319 per 100.000 penduduk (sekitar 842.000 kasus), dengan kemungkinan *under-reporting* sebesar 41%, meliputi *under-reporting* di puskesmas sebesar 15%, dan pada fasyankes non-puskesmas (rumah sakit, klinik, dokter praktik mandiri dan laboratorium) sebesar 71%. Prevalensi pada kasus baru adalah sebesar 1,4% dan pada kasus lama (pengobatan ulang) sebesar 13,1% (Studi Multi Drug Resisten-MDR TB 2017).

Merespon situasi dan permasalahan di atas, Renstra ini menitikberatkan tiga strategi penanggulangan TBC, yaitu:

1. Meningkatkan cakupan deteksi kasus kelompok risiko (individu kontak dengan penderita, pasien HIV/ADS, pasien diabetes, perokok, penjara, hunian padat),
2. Memperkuat Sistem Informasi TBC Terpadu (SITT) dengan mensinergikan Puskesmas, rumah sakit (pemerintah dan swasta), klinik, dan dokter praktik mandiri. Ini diperlukan tata kelola yang kuat oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, dan
3. Meningkatkan cakupan penemuan kasus dan pengobatan pada MDR TBC.

Renstra ini juga menentukan Sasaran, Indikator Kinerja Program, dan Kegiatan Penanggulangan TBC 2020-2024 di bawah Direktorat Jenderal

Pencegahan dan Pengendalian Penyakit melalui Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Target dari Sasaran dan Indikator Kinerja dan Kegiatan mencakup Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC *succes rate*) sebesar 90% (di 34 provinsi selama 2020-2024). Untuk mencapai sasaran hasil, maka kegiatan yang akan dilakukan adalah (i) Surveilans dan Karantina Kesehatan; (ii) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik; (iii) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung. Tahapan cakupan penemuan dan pengobatan TBC (TBC *treatment coverage*) sebesar 90%, terdiri dari:

1. Tahun 2020 sebesar 80%
2. Tahun 2021 sebesar 85
3. Tahun 2022-2024 sebesar 90%

Dengan target ini, Renstra 2020-2024 merekomendasikan Rancangan Peraturan Presiden tentang Penanggulangan TBC, mengingat Penanggulangan TBC bukan masalah kesehatan saja, tetapi juga memerlukan kontribusi sektor lain dari luar sektor kesehatan. Hal ini mengingat banyaknya pasien yang tidak berobat maupun putus berobat disebabkan oleh faktor sosial ekonomi, kurangnya informasi, serta faktor non kesehatan lainnya. Oleh karena itu, “tugas” untuk melakukan eliminasi TBC sudah selayaknya tidak hanya dipikul oleh sektor kesehatan. Tetapi, secara bersama -sama oleh sektor lainnya. Seperti sektor pemerintah non-kesehatan, swasta, CSO/CBO, lembaga donor, dan sebagainya.

Tingkat kegagalan pengobatan yang tinggi juga dapat mengakibatkan pencapaian target SDGs dan peningkatan indeks pembangunan manusia (IPM) menjadi terhambat. Renstra ini juga menyebutkan *stakeholder* langsung dalam penanggulangan TBC adalah Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung sebagai unit Penanggung Jawab. Sementara, unit terkait/institusi yang berkaitan adalah Kementerian sosial, BPJS, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Agama,

Kemenko PMK, Kemendagri, Kementrian Riset dan Teknologi, dan Kementerian Perhubungan.

Renstra Kemenkes 2020-2024 ini kemudian menjadi acuan penyusunan Rencana Aksi Program P2P Kemenkes 2020-2024. Rencana Aksi ini memperkuat analisis akar masalah dan situasi dan memperkuat penegasan strategi penanggulangan TBC sebagaimana dijelaskan pada Permenkes No. 67/2016, Stranas 2020-2024, dan Renstra Kemenkes 2020-2024, yang mencakup deteksi kasus, penguatan system informasi dan cakupan penemuan kasus dan pengobatan.

Sebagai tindak lanjut dari Stranas 2020-2024 dan Renstra Kemenkes 2020-2024, Rencana Aksi ini juga menetapkan Target Indikator Kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 2020-2024 sebagai berikut:

1. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC *success rate*) sebesar 90 persen.
2. Cakupan penemuan dan pengobatan TBC (TBC *treatment coverage*) sebesar 90%.
3. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC *success rate*) dilakukan secara bertahap dimana 2020 dengan target 124.276, 2021 dengan target 205.884, 2022 dengan target 227.599, 2023 dengan target 247.383, dan 2024 dengan 252.493.

Rencana Aksi ini juga menekankan bahwa guna memenuhi kebutuhan pendanaan secara keseluruhan untuk mencapai target sasaran kegiatan sebagaimana tersebut diatas digunakan dana yang bersumber dari APBN baik yang bersumber dari Rupiah Murni, Pendapatan Nasional Bukan Pajak (PNBP), Pinjaman dan/atau Hibah Luar Negeri (PHLN), serta sumber/skema lainnya seperti Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) dan *Corporate Social Responsibility* (CSR). Hal ini dikarenakan, cakupan Rencana Aksi ini adalah Direktorat P2P Kemenkes, sehingga tidak menyebutkan sumber pendanaan daerah, baik berupa APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota maupun APBDes.

Dari penjelasan di atas, kita bisa melihat, dari segi perencanaan, upaya penanggulangan TBC sudah disiapkan dengan sangat baik. Cakupan dalam perencanaan tidak hanya mencakup tindakan (apa yang akan dan harus dilakukan), tetapi juga disertai dengan penjelasan siapa yang akan melakukan apa (analisis *stakeholder*). Analisis *stakeholder* dalam dokumen peraturan perundang-undangan dan perencanaan mencakup baik aktor pemerintah, dari tingkat pusat dan daerah, termasuk aktor pemerintah desa. Selain itu, *stakeholder* penting yang sudah dicakup oleh peraturan dan perencanaan adalah swasta dan lembaga non-profit, baik CSO maupun CBO seperti PKK, termasuk tercakup didalamnya kerjasama luar negeri.

Tetapi, yang menjadi perhatian adalah semua dokumen peraturan perundang-undangan dan perencanaan ini seperti belum mempunyai daya gigit untuk memaksa berbagai pihak melakukan perannya secara optimal. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, skema desentralisasi memaksa Kementerian Kesehatan berputar dulu melalui Kemendagri untuk mendorong Dinas Kesehatan di daerah melakukan program-program penanggulangan TBC, atau melakukan penyaluran dana dekonsentrasi yang tingkat kepastiannya tidak dapat ditentukan. Hasilnya, kemauan dan kemampuan antara daerah sangat beragam.

Ada beberapa daerah yang aktif melakukan upaya penanggulangan TBC, ada daerah yang tidak terlalu aktif. Beberapa daerah yang sempat mendapat pendampingan dari Global Fund, baik melalui STPI maupun skema proyek yang lain, sangat terbantu dalam pelaksanaan penanggulangan TBC. Untuk daerah yang tidak mendapat pendampingan, inisiatif dan kencang tidaknya penanggulangan sangat tergantung kepada kemauan dan pemahaman kepala daerah, Dinas Kesehatan, dan kepala Puskesmas masing-masing daerah atas pentingnya penanggulangan TBC.

Selain itu, upaya ini juga harus berhadapan dengan dorongan kepada pemerintah desa belum bisa maksimal dilakukan. Karena, otonomi pemerintah desa yang diamanatkan melalui UU Desa mengharuskan Kementerian Kesehatan untuk melakukan pendekatan

kepada Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal. Hasilnya, berbagai program yang diinisiasi Kementerian Kesehatan, seperti Desa Siaga TBC, belum efektif secara menyeluruh. Kemajuan antar desa sangat beragam, tergantung pada kemauan dan kemampuan kepala desa, mengingat absennya regulasi yang lebih mengikat.

Untuk itu, kelahiran Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan TBC, dapat dilihat sebagai terobosan penting. Harapannya, Perpres ini dapat mengatasi berbagai hambatan struktural, baik yang lahir dari skema desentralisasi maupun otonomi pemerintahan desa. Sub-bagian berikutnya, mendiskusikan No. Perpres 67/2021, dengan agak terperinci untuk memberikan gambaran jelas cakupan amanah pengelolaan dari Perpres, serta sektor dan aktor yang perlu turut andil didalamnya, sesuai dengan peran dan kewenangan masing-masing.

Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan TBC sebagai Terobosan Kebijakan

Mempertimbangkan bahwa penanggulangan TBC memerlukan kerjasama lintas sektor dan aktor di satu sisi, sekaligus mengatasi hambatan struktural kelembagaan di sisi yang lain. Oleh karena itu, diperlukan terobosan yang dapat mengatasi tantangan dan hambatan tersebut. Peraturan Presiden No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan TBC kemudian menyediakan tawaran solusi untuk mengatasi persoalan di atas. Dengan, memberikan titik tekan pada peran masing-masing sektor dan kementerian/lembaga, serta berbagai *stakeholder* untuk mendukung target nasional eliminasi TBC pada 2030 dan Bebas TB pada 2050. Elemen-elemen penting dalam Perpres mencakup target, strategi nasional, tanggung jawab dan pendanaan.

Target Eliminasi TBC

Sebagaimana disebutkan pada Pasal 4, Target Eliminasi TBC pada 2030 adalah seperti yang disebutkan di bawah ini:

(i) penurunan angka kejadian (*incidence rate* TBC menjadi 65 (enam puluh lima) per 100.000 (seratus ribu) penduduk; dan

(ii) penurunan angka kematian akibat TBC menjadi 6 (enam) per 100.000 (seratus ribu) penduduk.

Strategi Nasional Eliminasi TBC

Sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 5, pencapaian target dilakkan melalui implementasi Strategi Nasional Eliminasi TBC, yang mencakup:

1. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupatenlkota;
2. Peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien;
3. Intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka Penanggulangan TBC;
4. Peningkatan kajian, pengembangan, dan inovasi di bidang Penanggulangan TBC;
5. Peningkatan peran serta komunitas, pemangku kepentingan (*stakeholders*), dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TBC; dan
6. Penguatan manajemen program.

Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota (Pasal 7) dapat dilakukan melalui:

a. Penyusunan target Eliminasi TBC daerah dengan mengacu pada target Eliminasi TBC nasional;
b. Penyediaan anggaran yang memadai untuk Penanggulangan TBC;
c. Pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan yang terlatih untuk mencapai target Eliminasi TBC; dan/atau
d. Penyelenggaraan Penanggulangan TBC berbasis kewilayahan.

Sementara itu, peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien (Pasal 8) dilakukan melalui:

a. Penyediaan layanan yang bermutu dalam penatalaksanaan TBC yang diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayahnya;

b. Optimalisasi jejaring layanan TBC di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah dan swasta;
c. Pelaksanaan sistem rujukan pasien TBC mengikuti alur layanan TBC yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah;
d. Pemenuhan dan penjaminan mutu obat yang digunakan untuk pengobatan TBC
e. Pembinaan teknis dan supervisi layanan TBC untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah secara berjenjang; dan
f. Penyediaan sanatorium untuk pasien TBC.

Sedangkan intensifikasi upaya kesehatan dalam Penanggulangan TBC (Pasal 9) dilakukan melalui:

a. Promosi kesehatan;
b. Pengendalian faktor risiko;
c. Penemuan dan pengobatan;
d. Pemberian kekebalan; dan
e. Pemberian obat pencegahan.

Peningkatan peran serta komunitas, pemangku kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TBC dilaksanakan dengan berkorrdinasi dengan pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah. Peningkatan peran serta komunitas, pemangku kepentingan, dan multisektor lainnya dalam Penanggulangan TBC (Pasal 17) dilakukan melalui:

a. Pembentukan wadah kemitraan; dan
b. Mendorong keterlibatan dalam Penanggulangan TBC mulai dari perencanaan, pendanaan, dan pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi dalam rangka peningkatan sumber daya yang dibutuhkan.

Dalam kaitannya dengan pendanaan (Pasal 21), cakupannya dapat dilakukan melalui:

a. Pendanaan pelayanan kesehatan masyarakat terkait obat anti TBC, sistem transportasi spesimen, dan reagen alat diagnostik dianggarkan melalui program nasional; dan
b. Pendanaan pelayanan kesehatan perseorangan pasien TBC dibebankan kepada pendanaan jaminan kesehatan.

Sementara itu, dalam rangka meningkatkan motivasi dukungan Penanggulangan TBC (Pasal 23) dilakukan melalui pemberian penghargaan kepada:

a. Pemerintah Daerah dengan kinerja terbaik dalam Penanggulangan TBC;
b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan kader kesehatan yang berkontribusi besar terhadap Penanggulangan TBC di wilayahnya; dan
c. Lembaga non-pemerintah maupun perseorangan yang berkontribusi besar dalam pencapaian target Penanggulangan TBC.

Tanggung Jawab (Pasal 24)

Pemerintah Pusat, dalam dalam pelaksanaan Penanggulangan TBC, bertanggung jawab:

a. Menetapkan kebijakan terkait Penanggulangan TBC;
b. Melaksanakan kegiatan Penanggulangan TBC secara terintegrasi;
c. Menyediakan sumber daya yang diperlukan dalam Penanggulangan TBC;
d. Melakukan mitigasi dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TBC dan keluarganya; dan
e. Melakukan upaya perlindungan sosial dan pemberdayaan kepada pasien TBC dan masyarakat terdampak TBC.

Sedangkan pemerintah daerah memiliki tanggung jawab, seperti:

a. Mencantumkan indikator TBC dalam rencana pembangunan jangka menengah daerah dan rencana strategis Pemerintah Daerah sebagai salah satu prioritas kesehatan di daerah;

b. Mengoordinasikan keseluruhan pelaksanaan kegiatan Penanggulangan TBC di wilayahnya;
c. Menyediakan pendanaan kegiatan Penanggulangan TBC dari beberapa sumber;
d. Menyediakan dan meningkatkan sumber daya manusia untuk mencapai target standar pelayanan minimal terkait Penanggulangan TBC;
e. Melakukan penemuan kasus TBC secara aktif dan cepat dengan melibatkan masyarakat;
f. Memastikan semua orang yang terdiagnosis TBC tercatat dan terlaporkan dalam sistem informasi TBC;
g. Memberikan pengobatan pencegahan TBC kepada populasi rentan;
h. Melakukan mitigasi dampak psikososial dan ekonomi yang dihadapi pasien TBC dan keluarganya; dan
i. Menyusun dan menetapkan kebijakan dari gubernur dan bupati/ wali kota untuk mendorong pasien TBC menjalankan pengobatan sampai selesai.

Mitigasi sebagaimana dimaksud di poin h dilaksanakan dengan cara:

a. Memberikan jaminan kesehatan dan perlindungan sosial;
b. Menghilangkan diskriminasi dalam memberikan layanan dan dalam kehidupan masyarakat;
c. Menyelenggarakan program pemberdayaan untuk meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
d. Menjamin hak pasien dan penyintas TBC untuk mendapat pekerjaan yang layak; dan
e. Mengikutsertakan pasien dan penyintas TBC resisten obat dalam upaya Penanggulangan TBC sebagai sarana untuk pemberdayaan ekonomi dan sosial.

Kaitannya dengan pendanaan (Pasal 32), pelaksanaan upaya Penanggulangan TBC dibebankan pada anggaran pendapatan dan

belanja negara (APBN), anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD), serta sumber lain yang sah. Pendanaan upaya Penanggulangan TBC dipenuhi melalui komitmen pendanaan pemerintah pusat, komitmen pendanaan pemerintah daerah, dan pengelolaan pendanaan melalui mekanisme program jaminan kesehatan yang tepat sasaran, serta mobilisasi pendanaan dari sumber lain yang sah.

Koordinasi Percepatan Penanggulangan Tuberculosis

Berdasarkan Pasal 25, untuk tujuan koordinasi, dibentuk Tim Percepatan Penanggulangan TBC yang bertugas untuk mengoordinasikan, mensinergikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan percepatan Eliminasi TBC secara efektif, menyeluruh, dan terintegrasi. Tim percepatan Penanggulangan TBC terdiri atas Pengarah dan Pelaksana. Tabel berikut menjabarkan susunan Tim Percepatan Penanggulangan TBC.

a. Pengarah

Ketua : Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan.

Anggota :
1. Menteri Koordinator Bidang Politik, Hukum, dan Keamanan
2. Menteri Koordinator Bidang Perekonomian.

b. Pelaksana

Ketua : Menteri Kesehatan.

Anggota :
1. Menteri Dalam Negeri;
2. Menteri Agama;
3. Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia;
4. Menteri Keuangan;
5. Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi;
6. Menteri Sosial;
7. Menteri Ketenagakerjaan;
8. Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat;
9. Menteri Komunikasi dan Informatika;
10. Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi;
11. Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional;
12. Menteri Badan Usaha Milik Negara;

	13. Sekretaris Kabinet; 14. Kepala Badan Riset dan Inovasi Nasional; dan 15. Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan.

Tabel 7 Susunan Keanggotaan Tim Percepatan Penanggulangan TBC (Pasal 27)

Penjabaran tugas, bagi pengarah dan pelaksana, sebagaimana Pasal 26, adalah sebagai berikut.

I. Pengarah, memiliki tugas:
   a. Memberikan arahan terkait dengan kebijakan percepatan Penanggulangan TBC;
   b. Memberikan pertimbangan, saran, dan rekomendasi penyelesaian kendala dan hambatan dalam percepatan Penanggulangan TBC; dan
   c. Melaporkan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TBC kepada Presiden 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu- waktu apabila diperlukan.

II. Pelaksana, dibantu sekretariat yang secara fungsional dilakukan oleh salah satu unit kerja di lingkungan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan, memiliki tugas:
   a. Menyusun rencana kerja tahunan untuk mencapai target Eliminasi TBC;
   b. Menyediakan dan mengoptimalkan sumber daya dalam rangka percepatan Penanggulangan TBC;
   c. Mengoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TBC;
   d. Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan percepatan Penanggulangan TBC; dan

e. Melaporkan pelaksanaan percepatan Penanggulangan TBC kepada Pengarah 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu- waktu apabila diperlukan.

Peran Serta Masyarakat

Upaya penanggulangan TB tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah, tetapi juga masyarakat (Pasal 29). Peran serta masyarakat dapat dilakukan dengan:

a. Menyelenggarakan kegiatan Penanggulangan TBC untuk mendukung upaya yang dilakukan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, khususnya yang bersifat promotif, preventif, dan rehabilitatif;
b. Menyediakan dukungan untuk pasien TBC yang bersifat komplementer;
c. Mencegah terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap kasus TBC di masyarakat;
d. Memberikan masukan dalam penyusunan kebijakan terkait dengan Penanggulangan TBC; dan
e. Membantu melaksanakan mitigasi bersama pemerintah pusat dan pemerintah daerah terhadap dampak psiko-sosial dan ekonomi yang dihadapi pasien TBC resisten obat dan keluarga.

Selain elemen-elemen penting di atas, Perpres juga menyusun matrik target indikator yang menjadi tanggung jawab pengarah dan pelaksana, sebagaimana bisa dilihat didalam lampiran. Matrik target inidikator ini mendetilkan elemen-elemen target yang harus dicapai oleh para pemangku kepentingan, berdasarkan peran, kewenangan dan tanggung jawab masing-masing kementerian/lembaga. Perpres juga mendetilkan strategi nasional ke dalam proses bisnis yang lebih detil, kegiatan, keluaran dan target tahunan masing-masing kementerian. Dengan demikian, Perpres ini menjadi rujukan penyusunan aturan turunan dan implementasi secara lebih mengingat bagi lintas sektor

dan kementerian untuk menjalankan upaya penanggulangan TBC, guna mencapai target eliminasi TBC pada 2030 dan bebas TBC pada 2050.

Dalam kaitannya dengan Dana Desa, Perpres juga telah mengamanatkan Kementerian Desa untuk mengeluarkan Kebijakan terkait pemanfaatan Dana Desa untuk mendukung eliminasi TBC. Amanat tersebut dicantumkan dalam matrik Stranas sesuai dengan arahan Perpres No. 67/2021. Untuk itu, melihat lebih detil rencana strategis dan rencana bisnis penanggulangan TBC, bagian lampiran menjelaskan lebih detil bagian Perpres terkait hal tersebut.

Peraturan Dana Desa Saat Ini dan Implikasinya pada Agenda Eliminasi TBC

Dengan kelahiran Perpres No. 67 Tahun 2021, terlebih dengan amanah yang secara eksplisit disebutkan bagi Kementerian Desa untuk menyusun kebijakan pemanfaatan Dana Desa untuk mendukung kegiatan penanggulangan TBC, optimisme akan terbukanya kesempatan pendanaan penanggulangan TBC melalui skema Dana Desa tentu semakin jelas. Namun demikian, penting untuk memahami konteks regulasi dana desa, untuk melihat sejauhmana agenda eliminasi TBC di level desa sudah tercakup, kesempatan-kesempatan apa yang sudah atau belum tersedia, dan upaya advokasi dan dukungan bagi kelahiran kebijakan dana desa bagi penanggulangan TBC di level desa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Regulasi pertama yang penting dilihat adalah UU Pemerintah Daerah. Sebagimana UU 23/2014 tentang Pemerintah Daerah, Pasal 294 ayat (3) menyebutkan bahwa dana desa dialokasikan oleh pemerintah pusat untuk mendanai penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, dan pembinaan kemasyarakatan, serta pemberdayaan masyarakat desa berdasarkan kewenangan dan kebutuhan desa sesuai dengan ketentuan undang-undang mengenai desa. Dengan demikian, desa juga mesti turut ambil bagian dalam mendukung pencapaian target-target pembangunan yang ditetapkan oleh pemerintah, termasuk target eliminasi TBC pada 2030 dan Bebas TBC pada 2050.

Terkait hal ini, desa sendiri, sesuai Pasal 371, merupakan bagian pemerintah kabupaten/kota, karena pasal tersebut menyebutkan bahwa dalam kabupaten/kota dapat dibentuk desa. Desa mempunyai kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai desa. Selanjutnya, Pasal 372 menyebutkan bahwa pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/ kota dapat menugaskan sebagian urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangannya kepada Desa. Pendanaan untuk melaksanakan urusan pemerintahan yang ditugaskan kepada desa oleh pemerintah pusat dibebankan kepada APBN. Pendanaan untuk melaksanakan urusan pemerintahan yang ditugaskan kepada desa oleh pemerintah provinsi dibebankan kepada APBD provinsi. Pendanaan untuk melaksanakan urusan pemerintahan yang ditugaskan kepada desa oleh pemerintah kabupaten/kota dibebankan kepada APBD kabupaten/kota.

Untuk memiliki gambaran lebih jelas terkait pengaturan dana desa, penting melihat peraturan turunan yang disusun untuk mendukung implementasi UU Desa dan UU Pemerintah Daerah. Pertama, PP No. 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang- Undang Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa. Pasal 33 PP ini mengatur tentang Kewenangan Desa yang meliputi:

a. Kewenangan berdasarkan hak asal usul;
b. Kewenangan lokal berskala Desa;
c. Kewenangan yang ditugaskan oleh Pemerintah, pemerintah provinsi, atau pemerintah kabupaten/kota; dan
d. Kewenangan lain yang ditugaskan oleh Pemerintah, pemerintah provinsi, atau pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penjabaran tentang kewenangan tersebut, disebutkan dalam Pasal 34, dimana:

(1) Kewenangan Desa berdasarkan hak asal usul paling sedikit terdiri atas:

a. sistem organisasi masyarakat adat; b. pembinaan kelembagaan

masyarakat; c. pembinaan lembaga dan hukum adat; d. pengelolaan tanah kas Desa; dan e. pengembangan peran masyarakat Desa.

(2) Kewenangan lokal berskala Desa paling sedikit terdiri atas kewenangan: a. pengelolaan tambatan perahu; b. pengelolaan pasar Desa; c. pengelolaan tempat pemandian umum; d. pengelolaan jaringan irigasi; e. pengelolaan lingkungan permukiman masyarakat Desa; f. pembinaan kesehatan masyarakat dan pengelolaan pos pelayanan terpadu; g. pengembangan dan pembinaan sanggar seni dan belajar; h. pengelolaan perpustakaan Desa dan taman bacaan; i. pengelolaan embung Desa; j. pengelolaan air minum berskala Desa; dan k. pembuatan jalan Desa antar permukiman ke wilayah pertanian.

(3) Selain kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Menteri dapat menetapkan jenis kewenangan Desa sesuai dengan situasi, kondisi, dan kebutuhan lokal.

PP ini kemudian direvisi melalui PP No. 47 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa, dimana ayat (3) diubah menjadi, “Selain kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pemerintahan dalam negeri menetapkan jenis kewenangan desa sesuai dengan situasi, kondisi, dan kebutuhan lokal.” PP ini kemudian disusul kelahiran Permendagri Nomor 44 Tahun 2016, mengamanatkan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menetapkan Peraturan kepala daerah tentang Daftar Kewenangan Desa Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa sebagai acuan bagi Desa menetapkan Peraturan Desa tentang Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa.

Dalam kaitannya dengan pendanaan, terdapat PP No. 60/2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. PP ini menjelaskan bahwa Dana Desa digunakan untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan,

pemberdayaan masyarakat, dan kemasyarakatan dan diprioritaskan untuk membiayai pembangunan dan pemberdayaan masyarakat (Pasal 19), yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa dan Rencana Kerja Pemerintah Desa (pasal 20). Disebutkan juga bahwa Menteri yang menangani Desa menetapkan prioritas penggunaan Dana Desa paling lambat 2 (dua) bulan sebelum dimulainya tahun anggaran (Pasal 21).

Untuk mempermudah pemerintah Desa menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa, Menteri Dalam Negeri mengeluarkan Permendagri No. 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa yang memuat beberapa bidang. Pasal 6 menyebutkan bidang-bidang pembangunan desa, yang secara detil, sebagai isi utama RPJM Desa, adalah sebagai berikut.

Bidang penyelenggaraan Pemerintahan Desa, memuat antara lain:

a. Penetapan dan penegasan batas Desa;
b. Pendataan Desa;
c. Penyusunan tata ruang Desa;
d. Penyelenggaraan musyawarah Desa;
e. Pengelolaan informasi Desa;
f. Penyelenggaraan perencanaan Desa;
g. Penyelenggaraan evaluasi tingkat perkembangan pemerintahan Desa;
h. Penyelenggaraan kerjasama antar Desa;
i. Pembangunan sarana dan prasarana kantor Desa; dan
j. Kegiatan lainnya sesuai kondisi Desa.

Bidang pelaksanaan pembangunan sarana dan prasaran desa antara lain mencakup:

a. Pembangunan, pemanfaatan dan pemeliharaan infrasruktur dan lingkungan Desa antara lain: 1. tambatan perahu; 2. jalan pemukiman; 3. jalan desa antar permukiman ke wilayah pertanian; 4. pembangkit listrik tenaga mikrohidro; 5. lingkungan permukiman

masyarakat Desa; dan 6. infrastruktur desa lainnya sesuai kondisi desa.

b. Pembangunan, pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan antara lain: 1. air bersih berskala desa; 2. sanitasi lingkungan; 3. pelayanan kesehatan desa seperti posyandu; dan 4. sarana dan prasarana kesehatan lainnya sesuai kondisi desa.

c. Pembangunan, pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana pendidikan dan kebudayaan antara lain: 1. taman bacaan masyarakat; 2. pendidikan anak usia dini; 3. balai pelatihan/kegiatan belajar masyarakat; 4. pengembangan dan pembinaan sanggar seni; dan 5. sarana dan prasarana pendidikan dan pelatihan lainnya sesuai kondisi desa.

d. Pengembangan usaha ekonomi produktif serta pembangunan, pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana ekonomi antara lain: 1. pasar desa; 2. pembentukan dan pengembangan BUM Desa; 3. penguatan permodalan BUM Desa; 4. pembibitan tanaman pangan; 5. penggilingan padi; 6. lumbung desa; 7. pembukaan lahan pertanian; 8. pengelolaan usaha hutan desa; 9. kolam ikan dan pembenihan ikan; 10. kapal penangkap ikan; 11. *cold storage* (gudang pendingin); 12.tempat pelelangan ikan; 13. tambak garam; 14. kandang ternak; 15. instalasi biogas; 16. mesin pakan ternak; 17. sarana dan prasarana ekonomi lainnya sesuai kondisi desa.

e. Pelestarian lingkungan hidup antara lain: 1. penghijauan; 2. pembuatan terasering; 3. pemeliharaan hutan bakau; 4. perlindungan mata air; 5. pembersihan daerah aliran sungai; 6. perlindungan terumbu karang; dan 7. kegiatan lainnya sesuai kondisi desa.

Bidang Pembinaan Kemasyarakatan antara lain:

a. Pembinaan lembaga kemasyarakatan;

b. Penyelenggaraan ketentraman dan ketertiban;

c. Pembinaan kerukunan umat beragama;

d. Pengadaan sarana dan prasarana olah raga;

e. Pembinaan lembaga adat;
f. Pembinaan kesenian dan sosial budaya masyarakat; dan
g. Kegiatan lain sesuai kondisi desa.

Bidang Pemberdayaan Masyarakat antara lain:

a. Pelatihan usaha ekonomi, pertanian, perikanan dan perdagangan;
b. Pelatihan teknologi tepat guna;
c. Pendidikan, pelatihan, dan penyuluhan bagi kepala desa, perangkat desa, dan badan pemusyawaratan desa;
d. Peningkatan kapasitas masyarakat, antara lain: 1. Kader pemberdayaan masyarakat desa; 2. Kelompok usaha ekonomi produktif; 3. Kelompok perempuan, 4. Kelompok tani, 5. Kelompok masyarakat miskin, 6. Kelompok nelayan, 7. Kelompok pengrajin, 8. Kelompok pemerhati dan perlindungan anak, 9. kelompok pemuda; dan 10. kelompok lain sesuai kondisi Desa.

Di sisi lain, terdapat Permendes PDTT No 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa. Dalam Permendes ini, Kewenangan Berdasarkan Hak Asal-Usul diatur dalam Pasal 2-4, dimana sesuai dengan Pasal 4 Pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota harus mengakui, menghormati dan melindungi kewenangan berdasarkan hak asal usul Desa. Lebih rinci, dalam Pasal 2 dijelaskan, ruang lingkup kewenangan berdasarkan hak asal usul Desa meliputi:

a. Sistem organisasi perangkat Desa;
b. Sistem organisasi masyarakat adat;
c. Pembinaan kelembagaan masyarakat;
d. Pembinaan lembaga dan hukum adat;
e. Pengelolaan tanah kas Desa;
f. Pengelolaan tanah Desa atau tanah hak milik Desa yang menggunakan sebutan setempat;
g. Pengelolaan tanah bengkok;

h. Pengelolaan tanah pecatu;
i. Pengelolaan tanah titisara; dan
j. Pengembangan peran masyarakat Desa.

Sementara itu, Pasal 3 menyebutkan, Kewenangan berdasarkan hak asal usul desa adat meliputi:

a. Penataan sistem organisasi dan kelembagaan masyarakat adat;
b. Pranata hukum adat;
c. Pemilikan hak tradisional;
d. Pengelolaan tanah kas desa adat;
e. Pengelolaan tanah ulayat;
f. Kesepakatan dalam kehidupan masyarakat desa adat;
g. Pengisian jabatan kepala desa adat dan perangkat desa adat; dan
h. Masa jabatan kepala desa adat.

Selanjutnya, terkait dengan Kewenangan Lokal Berskala Desa, Pasal 5 menyebutkan bahwa kriteria kewenangan lokal berskala Desa meliputi:

a. Kewenangan yang mengutamakan kegiatan pelayanan dan pemberdayaan masyarakat;
b. Kewenangan yang mempunyai lingkup pengaturan dan kegiatan hanya di dalam wilayah dan masyarakat desa yang mempunyai dampak internal desa;
c. Kewenangan yang berkaitan dengan kebutuhan dan kepentingan sehari-hari masyarakat desa;
d. Kegiatan yang telah dijalankan oleh desa atas dasar prakarsa desa;
e. Program kegiatan pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota dan pihak ketiga yang telah diserahkan dan dikelola oleh desa; dan
f. Kewenangan lokal berskala desa yang telah diatur dalam peraturan perundang- undangan tentang pembagian kewenangan pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota.

Permendes PDTT ini, melalui Pasal 7, kemudian menjabarkan cakupan kewenangan lokal berskala desa, yang lebih lengkap dan terperinci dibandingkan dengan Permendagri No. 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa. Cakupan kewenangan lokal berskala desa, sesuai Permendesa ini, meliputi:

a. Bidang pemerintahan Desa,
b. Pembangunan Desa;
c. Kemasyarakatan Desa; dan
d. Pemberdayaan masyarakat Desa.

Lebih lanjut, kewenangan lokal berskala Desa di bidang pemerintahan desa, diatur dalam Pasal 8 Permendes PDTT No. 1/2015, meliputi:

a. Penetapan dan penegasan batas desa;
b. Pengembangan sistem administrasi dan informasi desa;
c. Pengembangan tata ruang dan peta sosial desa;
d. Pendataan dan pengklasifikasian tenaga kerja desa;
e. Pendataan penduduk yang bekerja pada sektor pertanian dan sektor non pertanian;
f. Pendataan penduduk menurut jumlah penduduk usia kerja, angkatan kerja, pencari kerja, dan tingkat partisipasi angkatan kerja;
g. Pendataan penduduk berumur 15 tahun ke atas yang bekerja menurut lapangan pekerjaan jenis pekerjaan dan status pekerjaan;
h. Pendataan penduduk yang bekerja di luar negeri;
i. Penetapan organisasi pemerintah desa;
j. Pembentukan Badan Permusyaratan Desa;
k. Penetapan perangkat desa;
l. Penetapan BUM Desa;
m. Penetapan APB Desa;
n. Penetapan peraturan desa;
o. Penetapan kerja sama antar-desa;
p. Pemberian izin penggunaan gedung pertemuan atau balai desa;

q. Pendataan potensi desa;
r. Pemberian izin hak pengelolaan atas tanah desa;
s. Penetapan desa dalam keadaan darurat seperti kejadian bencana, konflik, rawan pangan, wabah penyakit, gangguan keamanan, dan kejadian luar biasa lainnya dalam skala desa;
t. Pengelolaan arsip desa; dan
u. Penetapan pos keamanan dan pos kesiapsiagaan lainnya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi sosial masyarakat desa.

Kewenangan lokal berskala desa di bidang pembangunan desa, sesuai Pasal 9, meliputi:

a. Pelayanan dasar desa;
b. Sarana dan prasarana desa;
c. Pengembangan ekonomi lokal desa; dan
d. Pemanfaatan sumberdaya alam dan lingkungan desa.

Pemendesa ini juga mengatur masalah kewenangan lokal berskala desa di bidang pelayanan dasar yang dijelaskan di Pasal 10. Kewenangan lokal desa ini meliputi:

a. Pengembangan pos kesehatan desa (Pokesdes) dan Polindes;
b. Pengembangan tenaga kesehatan desa;
c. Pengelolaan dan pembinaan Posyandu melalui: 1) layanan gizi untuk balita; 2) pemeriksaan ibu hamil; 3) pemberian makanan tambahan; 4) penyuluhan kesehatan; 5) gerakan hidup bersih dan sehat; 6) penimbangan bayi; dan 7) gerakan sehat untuk lanjut usia.
d. Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan tradisional;
e. Pemantauan dan pencegahan penyalahgunaan narkotika dan zat adiktif di desa;
f. Pembinaan dan pengelolaan pendidikan anak usia dini;
g. Pengadaan dan pengelolaan sanggar belajar, sanggar seni budaya, dan
h. Perpustakaan desa; dan

i. Fasilitasi dan motivasi terhadap kelompok-kelompok belajar di desa

Secara khusus, Kewenangan lokal berskala desa di bidang sarana dan prasarana desa, dijelaskan di Pasal 11, yang di dalamnya termasuk:

a. Pembangunan dan pemeliharaan kantor dan balai desa;
b. Pembangunan dan pemeliharaan jalan desa;
c. Pembangunan dan pemeliharaan jalan usaha tani;
d. Pembangunan dan pemeliharaan embung desa;
e. Pembangunan energi baru dan terbarukan;
f. Pembangunan dan pemeliharaan rumah ibadah;
g. Pengelolaan pemakaman desa dan petilasan;
h. Pembangunan dan pemeliharaan sanitasi lingkungan;
i. Pembangunan dan pengelolaan air bersih berskala desa;
j. Pembangunan dan pemeliharaan irigasi tersier;
k. Pembangunan dan pemeliharaan lapangan desa;
l. Pembangunan dan pemeliharaan taman desa;
m. Pembangunan dan pemeliharaan serta pengelolaan saluran untuk budidaya perikanan; dan
n. Pengembangan sarana dan prasarana produksi di desa.

Selain itu terkait kewenangan pembangunan sarana dan prasarana, desa juga memiliki kewenangan lokal untuk pengembangan ekonomi lokal desa, yang dijelaskan di Pasal 12. kewenangan lokal desa untuk pengembangan ekonomi meliputi:

a. Pembangunan dan pengelolaan pasar desa dan kios desa;
b. Pembangunan dan pengelolaan tempat pelelangan ikan milik desa;
c. Pengembangan usaha mikro berbasis desa;
d. Pendayagunaan keuangan mikro berbasis desa;
e. Pembangunan dan pengelolaan keramba jaring apung dan bagan ikan;

f. Pembangunan dan pengelolaan lumbung pangan dan penetapan cadangan pangan desa;
g. Penetapan komoditas unggulan pertanian dan perikanan desa;
h. Pengaturan pelaksanaan penanggulangan hama dan penyakit pertanian dan perikanan secara terpadu;
i. Penetapan jenis pupuk dan pakan organik untuk pertanian dan perikanan;
j. Pengembangan benih lokal;
k. Pengembangan ternak secara kolektif;
l. Pembangunan dan pengelolaan energi mandiri;
m. Pendirian dan pengelolaan BUM Desa;
n. Pembangunan dan pengelolaan tambatan perahu;
o. Pengelolaan padang gembala;
p. Pengembangan wisata desa di luar rencana induk pengembangan pariwisata kabupaten/kota; q. Pengelolaan balai benih ikan;
q. Pengembangan teknologi tepat guna pengolahan hasil pertanian dan perikanan; dan
r. Pengembangan sistem usaha produksi pertanian yang bertumpu pada sumberdaya, kelembagaan dan budaya lokal.

Di Pasal 13 Permendesa ini, dibahas terkait kewenangan lokal berskala desa di bidang kemasyarakatan desa, yang meliputi:
a. Membina keamanan, ketertiban dan ketenteraman wilayah dan masyarakat desa;
b. Membina kerukunan warga masyarakat desa;
c. Memelihara perdamaian, menangani konflik dan melakukan mediasi di desa;dan
d. Melestarikan dan mengembangkan gotong royong masyarakat desa.

Lebih lanjut di Pasal 14, ditambahkan juga kewenangan lokal berskala desa bidang pemberdayaan, yang meliputi:
a. Pengembangan seni budaya lokal;

b. Pengorganisasian melalui pembentukan dan fasilitasi lembaga kemasyarakatan dan lembaga adat;
c. Fasilitasi kelompok-kelompok masyarakat melalui: 1) kelompok tani; 2) kelompok nelayan; 3) kelompok seni budaya; dan 4) kelompok masyarakat lain di desa.
d. Pemberian santunan sosial kepada keluarga fakir miskin;
e. Fasilitasi terhadap kelompok-kelompok rentan, kelompok masyarakat miskin, perempuan, masyarakat adat, dan difabel;
f. Pengorganisasian melalui pembentukan dan fasilitasi paralegal untuk memberikan bantuan hukum kepada warga masyarakat desa;
g. Analisis kemiskinan secara partisipatif di desa;
h. Penyelenggaraan promosi kesehatan dan gerakan hidup bersih dan sehat;
i. Pengorganisasian melalui pembentukan dan fasilitasi kader pembangunan dan pemberdayaan masyarakat;
j. Peningkatan kapasitas melalui pelatihan usaha ekonomi desa;
k. Pendayagunaan teknologi tepat guna; dan
l. Peningkatan kapasitas masyarakat melalui: 1) kader pemberdayaan masyarakat desa; 2) kelompok usaha ekonomi produktif; 3) kelompok perempuan; 4) kelompok tani; 5) kelompok masyarakat miskin; 6) kelompok nelayan; 7) kelompok pengrajin; 8) kelompok pemerhati dan perlindungan anak; 9) kelompok pemuda; dan 10) kelompok lain sesuai kondisi desa.

Dari pasal-pasal di atas, meskipun penanggulangan TBC belum disebutkan secara eksplisit, seperti penanganan balita, ibu hamil, dan lansia, tetapi terdapat aturan-aturan yang memiliki irisan dengan rincian kewenangan desa. Kaitan yang paling dekat adalah Kewenangan Lokal Berskala Desa di Bidang Pelayanan Dasar dan Bidang Pemberdayaan, khususnya terkait penyelenggaraan promosi kesehatan dan Gerakan Hidup Bersih dan Sehat. Tetapi, untuk menindaklanjuti pelaksanaan kewenangan di atas, tentu memerlukan pengaturan tentang Dana Desa.

Regulasi lain yang mengatur terkait dana desa sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan dan Menteri Desa dan PDT, antara lain Permendagri No. 44 Tahun 2016 tentang Kewenangan Desa. Permendagri Nomor 44 Tahun 2016, mengamanatkan pemerintah kabupaten/kota untuk menetapkan peraturan kepala daerah tentang Daftar Kewenangan Desa Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa untuk selanjutnya menjadi acuan bagi Desa menetapkan peraturan desa tentang Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa.[13]

Di Pasal 3, Permendagri ini menyebutkan pentingnya mendorong proporsionalitas pelaksanaan bidang kewenangan desa yang meliputi:

a. Penyelenggaraan Pemerintahan Desa;
b. Pelaksanaan Pembangunan Desa;
c. Pembinaan kemasyarakatan Desa; dan
d. Pemberdayaan masyarakat Desa

Lebih lanjut di Pasal 6 dijelaskan terkait jenis kewenangan desa yang meliputi:

1. Kewenangan berdasarkan hak asal usul;
2. Kewenangan lokal berskala desa;
3. Kewenangan yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota; dan
4. Kewenangan lain yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Lebih rinci, Kewenangan Desa ini diatur dalam Pasal 7 (ayat 1) regulasi ini, antara lain sebagai berikut:

1. Perincian kewenangan Desa berdasarkan hak asal-usul paling sedikit terdiri atas:

---

13 http://binapemdes.kemendagri.go.id/blog/detil/mari-memahami-regulasi-penataan-kewenangan-desa

a. Sistem organisasi masyarakat adat;
b. Pembinaan kelembagaan masyarakat;
c. Pembinaan lembaga dan hukum adat;
d. Pengelolaan tanah kas desa; dan
e. Pengembangan peran masyarakat desa.

2. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat melakukan identifikasi dan inventarisasi kewenangan berdasarkan hak asal usul lainnya dengan mengikutsertakan Pemerintah Desa.
3. Berdasarkan hasil identifikasi dan inventarisasi kewenangan, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menetapkan kewenangan hak asal usul lainnya dengan memperhatikan situasi, kondisi, dan kebutuhan.
4. Kewenangan desa berdasarkan hak asal usul diatur dan diurus oleh desa.

Lebih lanjut di Pasal 8 ayat (1), dijelaskan secara rinci kewenangan lokal berskala desa, yang paling sedikit terdiri atas:

a. Pengelolaan tambatan perahu;
b. Pengelolaan pasar desa;
c. Pengelolaan tempat pemandian umum;
d. Pengelolaan jaringan irigasi;
e. Pengelolaan lingkungan permukiman masyarakat desa;
f. Pembinaan kesehatan masyarakat dan pengelolaan pos pelayanan terpadu;
g. Pengembangan dan pembinaan sanggar seni dan belajar;
h. Pengelolaan perpustakaan desa dan taman bacaan;
i. Pengelolaan embung desa;
j. Pengelolaan air minum berskala Desa; dan
k. Pembuatan jalan desa antarpermukiman ke wilayah pertanian.

Identifikasi dan inventarisasi kewenangan lokal berskala desa yang sudah dibahas di dalam Permendesa dan Permendagri di atas, dapat membantu pemerintah kabupaten/kota ketika ingin memnformulasikan ini dalam kebijakan regulasi lokal (peraturan daerah atau peraturan bupati/walikota). Tentunya, penetapan kewenangan lokal berskala desa yang bisa diadopsi oleh kabupaten/kota bisa disesuaikan dengan situasi, kondisi, dan kebutuhan (Pasal 8 ayat 3).

Pasal 9 Permendesa ini merinci kewenangan yang ditugaskan pemerintah sebagai berikut:

1. Perincian Kewenangan yang ditugaskan dari Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota kepada Desa meliputi:
   a. Penyelenggaraan pemerintahan desa;
   b. Pelaksanaan pembangunan desa;
   c. Pembinaan kemasyarakatan desa; dan
   d. Pemberdayaan masyarakat desa.
2. Kewenangan penugasan diurus oleh desa sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Regulasi penting lainnya terkait dengan pemanfaatan dana desa adalah Permenkeu No. 69/PMK.07/2021 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan No. 222/PMK.07/2020 tentang Pengelolaan Dana Desa. Sesuai dengan Pasal 38 regulasi ini, disebutkan bahwa dana desa diprioritaskan penggunaannya untuk pemulihan ekonomi dan pengembangan sektor prioritas di Desa. Pemulihan ekonomi berupa jaring pengaman sosial, Padat Karya Tunai, pemberdayaan usaha mikro kecil dan menengah, sektor usaha pertanian, dan pengembangan potensi desa melalui Badan Usaha Milik Desa.

Untuk Jaring Pengaman Sosial, BLT Desa menjadi prioritas utama dalam penggunaan dana desa. Sedangkan untuk penanganan Covid-19, dialokasikan paling sedikit 8% dari pagu dana desa, di luar BLT Desa. Terkait penanganan Covid-19, dana desa dialokasikan antara lain untuk

Posko penanganan Covid-19 dan PPKM Mikro di Desa. Sementara itu, pengembangan sektor prioritas difokuskan pada pengembangan Desa Digital, Desa Wisata, usaha budi daya pertanian, peternakan, perikanan, ketahanan pangan dan hewani, dan perbaikan fasilitas kesehatan.

Sejalan dengan PMK ini adalah Permendesa PDTT No. 6 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Nomor 11 Tahun 2019 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2020. Sesuai Pasal 8, maka dana desa diperuntukan guna mendukung upaya-upaya seperti:

(1) Kegiatan pelayanan sosial dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) meliputi:

a. Pengadaan, pembangunan, pengembangan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana dasar untuk pemenuhan kebutuhan: 1) lingkungan pemukiman; 2) transportasi; 3) energi; 4) informasi dan komunikasi; dan 5) sosial.

b. Pengadaan, pembangunan, pengembangan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana pelayanan sosial dasar untuk pemenuhan, pemulihan serta peningkatan kualitas: 1) kesehatan dan gizi masyarakat; dan 2) pendidikan dan kebudayaan.

c. Pengadaan, pembangunan, pengembangan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana ekonomi masyarakat Desa meliputi:
1) usaha budidaya pertanian (*on farm/off farm*) dan/atau perikanan untuk ketahanan pangan; 2) usaha industri kecil dan/atau industri rumahan, dan pengolahan pasca panen; dan
3) usaha ekonomi budidaya pertanian (*on farm/off farm*) dan/atau perikanan berskala produktif meliputi aspek produksi, distribusi dan pemasaran yang difokuskan pada pembentukan dan pengembangan produk unggulan Desa dan/atau produk unggulan kawasan perdesaan.

d. Pengadaan, pembangunan, pengembangan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana lingkungan alam untuk: 1) kesiapsiagaan menghadapi bencana alam dan nonalam; 2) penanganan

bencana alam dan nonalam; dan 3) pelestarian lingkungan hidup.

e. Pengadaan, pembangunan, pengembangan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana lingkungan sosial untuk: 1) konflik sosial; dan 2) bencana sosial.

(2) Pengadaan, pembangunan, pengembangan, dan pemeliharaan, sarana dan prasarana lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan kewenangan Desa dan diputuskan melalui Musyawarah Desa.

Di antara Pasal 8 dan Pasal 9 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 8A sehingga berbunyi sebagai berikut:

(1) Bencana nonalam sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf d merupakan bencana yang terjadi sebagai akibat kejadian luar biasa seperti penyebaran penyakit yang mengancam dan/atau menimpa warga masyarakat secara luas atau skala besar, paling sedikit berupa: a. *Pandemic Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19); b. pandemi flu burung; c. wabah penyakit *Cholera*; dan/atau d. penyakit menular lainnya.

(2) Penanganan dampak pandemi COVID-19 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa BLT-Dana Desa kepada keluarga miskin di Desa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

(3) Keluarga miskin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang menerima BLT-Dana Desa merupakan keluarga yang kehilangan mata pencaharian atau pekerjaan, belum terdata menerima Program Keluarga Harapan (PKH), Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), dan kartu pra kerja, serta yang mempunyai anggota keluarga yang rentan sakit menahun/kronis.

(4) Mekanisme pemberian BLT-Dana Desa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Dengan membaca seksama regulasi dan perubahan regulasi di atas, kita bisa melihat bahwa pada 2020, prioritas utama dana desa adalah untuk penanganan Covid-19 yang merupakan bagian dari bencana nonalam. Pengaturan mengenai dana desa dimaksudkan untuk menangani dampak dari pandemi yang sangat mungkin berpengaruh pada kondisi kemiskinan di Desa. Prioritas yang sama, masih ditegaskan dalam Permendesa PDTT No. 7 Tahun 2021 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2022. Pasal 5 menjelaskan bahwa Prioritas Penggunaan Dana Desa diatur dan diurus oleh Desa berdasarkan kewenangan Desa. Ayat 2 Pasal 5, menyebutkan bahwa Prioritas Penggunaan Dana Desa diarahkan untuk program dan/atau kegiatan percepatan pencapaian SDGs Desa melalui:

a. Pemulihan Ekonomi Nasional Sesuai Kewenangan Desa;
b. Program Prioritas Nasional Sesuai Kewenangan Desa; Dan
c. Mitigasi Dan Penanganan Bencana Alam Dan Nonalam Sesuai Kewenangan Desa.

Penggunaan dana desa untuk pemulihan ekonomi nasional sesuai kewenangan desa, sesuai Pasal 6, diprioritaskan untuk pencapaian SDGs Desa:

a. Penanggulangan kemiskinan, untuk mewujudkan Desa tanpa kemiskinan;
b. Pembentukan, pengembangan, dan peningkatan kapasitas pengelolaan Badan Usaha Milik Desa/Badan Usaha Milik Desa bersama untuk pertumbuhan ekonomi desa merata; dan
c. Pembangunan dan pengembangan usaha ekonomi produktif yang diutamakan dikelola Badan Usaha Milik Desa/Badan Usaha Milik Desa bersama untuk mewujudkan konsumsi dan produksi desa sadar lingkungan.

Penggunaan Dana Desa untuk program prioritas nasional sesuai kewenangan desa, sesuai Pasal 6 ayat (2), diprioritaskan untuk pencapaian SDGs Desa:

a. Pendataan desa, pemetaan potensi dan sumber daya, dan pengelolaan teknologi informasi dan komunikasi sebagai upaya memperluas kemitraan untuk pembangunan Desa;
b. Pengembangan desa wisata untuk pertumbuhan ekonomi desa merata;
c. Penguatan ketahanan pangan nabati dan hewani untuk mewujudkan desa tanpa kelaparan;
d. Pencegahan *stunting* untuk mewujudkan desa sehat dan sejahtera; dan
e. Pengembangan desa inklusif untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat secara menyeluruh dalam pembangunan desa.

Penggunaan dana desa untuk mitigasi dan penanganan bencana alam dan nonalam sesuai dengan kewenangan desa, sesuai Pasal 6 ayat (3), diprioritaskan untuk pencapaian SDGs Desa:

a. Mitigasi dan penanganan bencana alam;
b. Mitigasi dan penanganan bencana nonalam; dan
c. Mewujudkan desa tanpa kemiskinan melalui bantuan langsung tunai dana desa;

Terakhir, sesuai Pasal 6 ayat (4), Bantuan Langsung Tunai Dana Desa (BLT DD) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Satu lagi regulasi yang tidak bisa diabaikan keberadaannya. Yaitu, penjelasan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa. Sesuai dengan Lampiran A1 pada Permendagri ini, kegiatan dan kode rekening yang dapat dilaksanakan adalah:

a. Kode rekening 2.2.01 Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa (PKD) Polindes milik desa
b. Kode rekening 2.2.03 Penyuluhan dan Pelatihan Bidang Kesehatan
c. Kode rekening 2.2.04 Penyelenggaraan Desa Siaga Kesehatan

d. Kode rekening 2.6.02 Penyelenggaraan Informasi Publik Desa
e. Kode rekening lain terkait yang mendukung upaya penanggulangan TBC di desa

Dengan penjelasan yang lebih terperinci, sesuai dengan kewenangan lokal berskala desa, dan perioritas pembangunan desa dengan menggunakan dana desa di atas, kita bisa melihat bahwa, masih diperlukan advokasi yang intensif untuk mendorong pemerintah desa agar lebih responsif dan akomodatif terhadap tujuan penanggulangan TBC di desa. Walaupun sudah tersedia pasal-pasal yang memiliki keterkaitan dengan kesehatan, yang tentu didalamnya termasuk penanggulangan TBC, diperlukan aturan yang lebih baku untuk skala multi-tahun untuk mengikat pelaksanannya secara lebih kuat dan jelas. Perpres No. 67/2021 sendiri mengamanatkan pencapaian target indikator eliminasi TBC secara bertahap, dengan Kementerian Desa dan PDTT dan pemerintah desa, termasuk pengemban amanahnya di sana.

Yang menarik, Kementerian Desa dan PDTT sendiri telah memiliki Program yang siap untuk mewadahi peran dan kontribusi secara lebih maksimal untuk mendukung penanggulangan TBC. Program itu adalah Rumah Desa Sehat (RDS).

Sesuai dengan Pedoman Teknis tentang Rumah Desa Sehat 2018 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, latar belakang disusunnya Program Rumah Desa Sehat ini adalah perlunya pembangunan kesehatan di Desa untuk diarahkan pada pengutamaan upaya peningkatan pencegahan penyakit (preventif), dan peningkatan promosi kesehatan (promotif). Namun demikian, tidak dikesampingkan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dilakukan pengobatan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), utamanya bagi penduduk miskin. Dengan Rumah Desa Sehat, pembangunan kesehatan di Desa lebih dimungkinkan untuk dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan dengan mendayagunakan potensi sumbedaya maupun layanan kesehatan yang tersedia di Desa.

Di samping itu, upaya peningkatan kesehatan masyarakat melalui tindakan *promotif* dan *preventif*, sebagai Buku Pedoman tersebut menekankan, membutuhkan adanya perubahan perilaku hidup sehat di kalangan masyarakat desa yang bersifat mendasar dan fundamental. Intinya, perubahan prilaku hidup sehat ini mensyaratkan adanya literasi kesehatan di desa yang ditopang dengan adanya penyebaran informasi kesehatan secara menyeluruh dan keberlanjutan.

RDS sendiri, sebagaimana dijelaskan Buku Pedoman, mempunyai fungsi sebagai:

a. Pusat informasi pelayanan sosial dasar di Desa khususnya bidang kesehatan;
b. Ruang literasi kesehatan di Desa.
c. Wahana komunikasi, informasi, dan edukasi tentang kesehatan di Desa;
d. Forum advokasi kebijakan pembangunan Desa di bidang kesehatan; dan
e. Pusat pembentukan dan pengembangan kader pembangunan manusia.

Untuk mewujudkan fungsi-fungsi di atas, RDS dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang mencakup:

a. Pusat Pembelajaran Masyarakat
b. Literasi Kesehatan
c. Penyebaran Informasi Kesehatan
d. Promosi Kesehatan
e. Advokasi Kebijakan Pembangunan Desa di Bidang Kesehatan

Dengan penjelasan latar belakang, fungsi, dan cakupan RDS di atas, jelas bahwa Program Rumah Desa Sehat sangat relevan untuk mewadahi kegiatan-kegiatan desa yang berkontribusi bagi penanggulangan TBC. Jika kita lihat kembali Permenkes No. 67/2016 tentang Penanggulangan TB dan Strategi Nasional, kemudian Perpres 67/2021 tentang Eliminasi TB, upaya penanggulangan TBC sifatnya menyeluruh, mulai dari

penciptaan lingkungan yang bersih dan sehat, sampai pada surveilans, *screening*, pengobatan, dan pendampingan bagi pasien MDR TB, bisa diwadahi dalam RSD. Dengan pemfungsian yang baik, RSD dapat mendukung pencapaian target eliminasi TBC pemerintah.

Disamping itu, secara psikososial, juga diperlukan lingkungan sosial yang kondusif untuk menghindari *labelling* (stigma) dan diskriminasi terhadap pasien TB dan keluarganya, mengingat sifat TBC yang menular. Disini peran Desa sesuai dengan kewenangannya, sangat dibutuhkan. Tanpanya, agenda eliminasi TB yang dicanangkan Presiden akan tersendat.

Jendela Kebijakan

Dengan penjelasan di atas, kita bisa melihat bahwa ada kesempatan yang terbuka untuk mendorong pemanfaatan dana desa guna mempercepat penanggulangan TBC menuju eliminasi TB pada 2030 dan Bebas TB pada 2050. Beberapa poin penting dari telaah kebijakan di atas adalah:

a. Amanat Perpres No. 67/2021 terkait perlunya Kementerian Desa dan PDTT mengeluarkan kebijakan pemanfaatan dana desa untuk mendukung upaya penanggulangan TB sesuai dengan kewenangan desa menyediakan kesempatan yang penting mendorong pemanfaatan dana desa untuk mendukung upaya penanggulangan TB di akar rumput melalui kewenangan berskala desa yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
b. Adanya penekanan peran pemerintah desa, sebagai bagian dari pemerintah daerah untuk menyukseskan upaya penanggulangan TB, sesuai Perpres No. 67/2021 menegaskan kesadaran akan perlunya sinergitas pemangku kepentingan pemerintah dari tingkat pusat sampai tingkat daerah termasuk desa.
c. Adanya aturan-aturan tentang kewenangan desa yang memungkinkan desa berkontribusi secara aktif bagi upaya penanggulangan TBC di desa, seperti Permendesa PDTT No. 1 Tahun 2015, dimana penanggulangan TBC dapat dijadikan *mainstreaming* di dalam

kewenangan dan urusan desa baik melalui program yang sudah ada (seperti RTLH, PHBS, PMT, pemberdayaan masyarakat untuk mendukung promosi kesehatan) maupun dengan penambahan inisiatif baru (seperti pendampingan pasien dan keluarga pasien);

d. Masih absennya poin penanggulangan TBC secara spesifik dalam Permendesa, baik yang sifatnya multi-tahun maupun yang tahunan, sebagaimana tertuang dalam Petunjuk Penggunaan Dana Desa. Perpres No. 67/2021 sebenarnya telah menegaskan secara eksplisit perlunya asistensi advokasi kebijakan yang lebih konkret. Hal ini memerlukan dorongan yang lebih kuat, supaya pemerintah desa makin memiliki kepercayaan diri untuk memasukkan berbagai program dan kegiatan untuk mendukung upaya penanggulangan TBC sebagai agenda nasional.

Melihat berbagai kesempatan yang sudah teridentifikais di atas, kemudian menjadi penting untuk melihat situasi di lapangan, terkait utamanya dengan:

1. Situasi penyakit TBC di pedesaan, setidaknya secara kualitatif
2. Program surveilans dan *screening* yang dilakukan dengan kerjasama pemerintah desa
3. Program dan kegiatan sesuai dengan kewenangan desa mendukung penanggulangan TBC
4. Kemauan politik pemerintah desa untuk merespon agenda nasional penanggulangan TBC melalui pemanfaatan dana desa
5. Prasyarat-prasyarat yang menurut pemerintah desa penting dalam pemanfataan dana desa untuk mendukung upaya penanggulangan TBC.

Untuk itu, di bagian selanjutnya buku ini akan mendiskusikan analisis empirik dari kerangka regulasi terkait eliminasi TBC di desa.

BAB III
DINAMIKA IMPLEMENTASI REGULASI PENANGANGAN TBC DI DESA

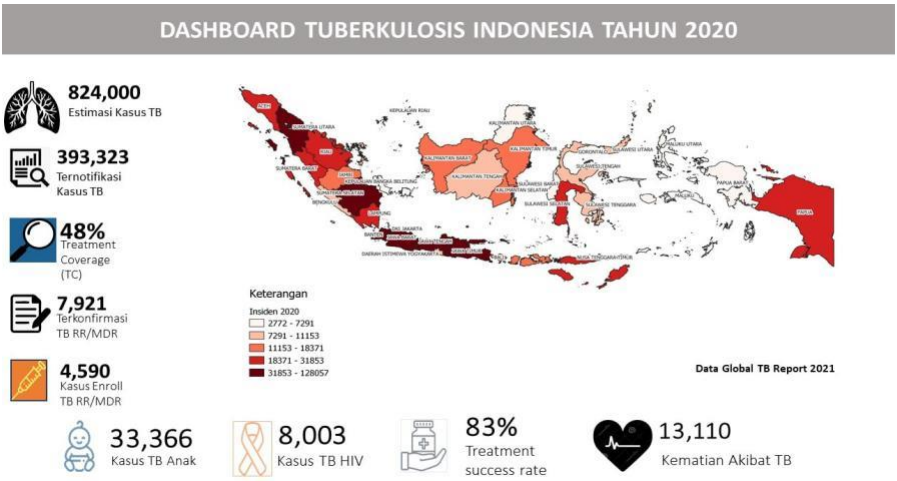
Sebagaimana telah dijelaskan pada Bab II, berbagai kerangka regulasi penanganan TBC terutama Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 telah secara spesifik menjelaskan tugas dan kewenangan Kementerian dan Lembaga (K/L) dalam mendukung upaya eliminasi TBC. Di Bab ini, peneliti melengkapi analisis regulasi tersebut dengan mengesksplorasi pengalaman empirik dan persepsi *stakeholders* dalam upaya eliminasi TBC di desa.

Pembahasan di Bab ini akan dibagi dalam empat sub-bab. Yaitu, Identifikasi Situasi Kesehatan dan TBC di Desa; Identifikasi Perangkat Regulasi dan Institusi yang saat ini dilaksanakan oleh *Stakeholders* dalam Eliminasi TBC; Eksplorasi Pengalaman Aktor dalam Melaksanakan Program dan Kegiatan yang berkaitan dengan Upaya Eliminasi TBC; dan yang terakhir, Peluang Advokasi Dana Desa untuk Eliminasi TBC.

TBC dan Desa

Data WHO Global TBC Report 2021 menunjukkan bahwa dari 9.9 juta kasus TBC dunia, Indonesia menempati urutan ketiga setelah India (2.590.000 kasus) dan China (842.00 kasus). Saat ini estimasi kasus TBC aktif di Indonesia adalah sebanyak 824.000. Dari kasus tersebut, sebanyak 393. 323 adalah kasus yang telah ternotifikasi. Kasus TBC pada anak tercatat sebanyak 33.366 kasus dan sebanyak 8003 kasus TBC HIV. Secara nasional, Kementerian Kesehatan sebagai *leading sector*

penanganan TBC di Indonesia telah meluncurkan *Dashboard* TBC Indonesia yang dapat dimanfaatkan oleh pemangku kepentingan untuk membuat kebijakan terkait penanganan TBC. Data *Dashboard* TBC Indonesia menunjukkan tingkat *coverage* penanganan sebesar 48 % dengan tingkat kesuksesan perawatan sebesar 83%. Sebaran kasus TBC tinggi secara geografis mayoritas terjadi di Pulau Jawa, Pulau Sumatra, Papua, Sulawesi, dan Nusa Tenggara (lihat Gambar 1). Namun demikian, kasus TBC di luar pulau-pulau tersebut tidak dapat dianggap remeh karena rendahnya notifikasi kasus TBC di Indonesia.



Gambar 2. Sebaran Kasus TBC di Indonesia

Secara nasional, Presiden Republik Indonesia (RI) secara eksplisit telah menyampaikan tiga arahan Presiden tentang Percepatan Eliminasi TBC. Arahan Presiden RI menunjukkan bahwa pembuat kebijakan menyadari tentang urgensi penanganan dan eliminasi TBC. Arahan Presiden RI juga mencakup pelacakan secara agresif untuk menemukan penderita TBC, stok obat-obatan TBC harus tersedia dan pengobatan TBC harus sampai tuntas, dan upaya pencegahan harus dilakukan lintas sektor. Sayangnya, kesadaran tinggi tentang urgensitas penanganan TBC di tingkat nasional tidak selalu diiringi dengan kesadaran yang sama pada level pemerintahan terendah (pemerintah desa). Situasi kesehatan terutama TBC di desa sangat dinamis yang dipengaruhi oleh persepsi

masyarakat dan ketiadaan akses terhadap data tentang kondisi TBC dan kebutuhan pasien TBC.

Lemahnya sense of urgency kepala desa tentang isu TBC

Secara empiric penulisa beragumen bahwa sebagian, besar desa di Indonesia tidak mengetahui urgensi isu TBC. Sebagian besar kepala desa menyatakan bahwa masalah TBC bukan masalah kesehatan utama di desa mereka. Studi menunjukkan bahwa kepala desa tidak mengetahui jumlah penderita TBC di daerahnya. Informasi tentang kesehatan, termasuk masalah TBC, hanya berdasarkan pada sumber informasi umum tentang situasi kesehatan di desa. Hal ini misalnya ditunjukkan oleh pendapat dari Kepala Desa PN yang menganggap bahwa permasalahan TBC hanya dilihat dari jumlah pasien per kapita:

> *"Di desa kami penderita TB kita relatif rendah. Ketika tahun ini saja kita menemukan ada dua yang masih proyeksi. Proyeksi TB ke Puskesmas, dibanding jumlah penduduk kita yang 7.000 itu berapa persen kan." (Kepala Desa PN, wawancara tanggal 7 Desember 2021, Pulau Jawa)*

Selain pandangan bahwa jumlah penderita TBC per kapita (sesuai jumlah penduduk di desa) sangat rendah, kepala desa berpendapat bahwa kondisi kesehatan di desa didominasi oleh penyakit tidak menular seperti hipertensi, *stroke*, dan diabetes. Semua kepala desa dalam studi yang menjadi dasar buku ini menyatakan bahwa isu kesehatan terbesar di desa adalah penyakit tidak menular. Ilustrasi pandangan kepala desa terhadap dominasi penyakit tidak menular disampaikan oleh kepala desa R, berikut ini:

> *"Khusus untuk kondisi kesehatan yang ada di desa kami, khususnya TBC, kita tidak terlalu banyak yang menderita itu. Hanya satu atau dua orang saja. Sementara sekarang secara keseluruhan dominan itu di tekanan darah, tensinya agak tinggi. Saya tahu karena sebelum vaksin itu ada pemeriksaan kesehatan, mereka yang mau vaksin itu kurang lebih di atas tiga puluhan orang yang tensinya meningkat. Sehingga tidak bisa dilakukan vaksinasi. Sementara dengan kondisi di desa*

*kami juga terpengaruh dengan malaria. Malaria itu juga tidak terlalu dominan karena kita dapat data yang dari Puskesmas itu di saat kita minlok (*mini lokakarya) lintas sektor di tingkat Puskesmas" (Kepala Desa R, FGD tanggal 18 November 2021, Luar Jawa)*

Pemahaman tentang sedikitnya jumlah penderita TBC dibandingkan jumlah penduduk di desa mereka membuat kepala desa tidak melihat persoalan TBC sebagai persoalan yang penting dan perlu untuk segera diselesaikan. Model pemahaman seperti ini (melihat urgensi penyakit berdasarkan jumlah per kapita) merupakan pandangan yang banyak diadopsi oleh kepala desa berdasarkan pengalaman mereka dalam melihat jumlah penyakit lain terutama penyakit tidak menular.

1. *Tidak tersedianya akses data pasien TBC bagi Kepala Desa*

Selain persolaan lemahnya pemahaman terhadap ugensi penyakit TBC di kalangan kepala desa, persoalan mendasar terkait penanggulangan TBC di desa adalah lemahnya akses data pasien TBC bagi kepala desa. Hal ini berimplikasi pada kesulitan-kesulitan yang dihadapi oleh kepala desa, untuk mengambil tindakan yang efektif dan tepat. Khususnya bagi mereka yang sudah sadar (*aware*) terhadap urgensi penangan TBC. Di sisi lain, ketiadaan akses data ini juga berimplikasi pada sulit memberikan pemahaman kepala desa terkait pentingnya penanganan TBC.

"Peta masalah TB tidak muncul di hampir seluruh musyawarah desa di wilayah kami. Pemdes juga tidak mendapatkan informasi data jumlah TB dari Puskesmas. Maka wajar jika anggaran kami tidak dialokasikan di kesehatan terutama TB," (Kepala Desa P, Jawa, wawancara tanggal 9 Desember 2021)

Berbagai hasil wawancara dan diskusi dengan Kepala Desa di Pulau Jawa dan Luar Pulau Jawa menunjukkan bahwa isu TBC tidak menjadi bagian dari perencanaan desa. Absennya isu TBC menunjukkan lemahnya kesadaran pemerintah desa tentang kegentingan TBC.

2. *Rendahnya pemahaman masyarakat desa tentang TBC*

Lemahnya *sense of urgency* tentang TBC diantara kepala desa tidak dapat dilepaskan dari pemahaman yang berkembang di masyarakat desa tentang TBC. Aparat pemerintah desa yang kami wawancarai menyebutkan bahwa masyarakat menganggap bahwa TBC bukan penyakit yang disebabkan oleh kondisi lingkungan. Masyarakat desa juga memiliki berbagai mitos tentang TBC seperti penyakit turunan. Kutipan pendapat yang disampaikan oleh Kepala Desa KJ dibawah ini kami temukan secara berulang dalam wawancara dan FGD kajian kami dan merupakan ilustrasi yang mewakili berbagai mitos dan persepsi masyarakat desa tentang TBC.

> *"Iya yang masyarakat tahu TBC itu penyakit turunan Bu. Kalau iya apa orang tuanya TBC anaknya juga TBC karena entah itu mitos atau apa apa yang pasti masyarakat begitu itu. Jadi masyarakat kaya belum apa ya menganggap bukan dari pola hidup atau itu dari apa gitu penyakit yang mereka tahu turunan" (Kepala Desa KJ, FGD tanggal 22 November 2021, Pulau Jawa)*

Minimnya pemahaman masyarakat terhadap TBC juga terjadi di seluruh wilayah kajian (Jawa dan luar Pulau Jawa). Studi kami menunjukkan bahwa masyarakat memahami TBC sebagai penyakit yang berkaitan dengan paru-paru dan saluran pernafasan. Namun demikian, masyarakat tidak mengetahui tentang penyebab TBC dan bagaimana cara penanganan TBC sebagaimana disampaikan oleh Kepala Desa KTB berikut ini:

> *"Untuk pemahaman masyarakat minim, cuman mengingat tragedi kemarin yang yang meletusnya Gunung Sinabung TBC Makin sering dibicarakan cuman untuk pemahaman tentang itu masih minim Bu. Dulu waktu meletusnya Gunung Sinabung akan debunya ke desa ini banyak jadi banyak orang batuk-batuk terus isu-isu di masyarakat pakai masker nanti kena TBC cuman pemahaman tentang apa TBC kaya gimana, penanganannya kayak gimana belum ada Bu" (Kepala Desa KTB, KII tanggal 15 Desember 2021, Luar Jawa)*

Dari semua kepala desa dalam studi ini menyampaikan bahwa masyarakat desa memiliki pemahaman yang kontradiktif tentang TBC. Di satu sisi masyarakat desa menyadari bahwa TBC adalah penyakit menular. Tetapi, karena mereka tidak mengetahui bagaimana cara penanganan TBC yang benar, masyarakat desa juga cenderung memberikan stigma terhadap pasien TBC di lingkungan mereka. Hal ini juga didukung oleh pendapat wakil pasien TBC yang kami wawancarai. Selain mengalami hambatan layanan yang akan kami jelaskan pada poin selanjutnya, pasien TBC seringkali mengalami stigma dan diskriminasi akibat kurangnya pemahaman masyarakat tentang TBC.

> *"Pandangan bahwa penyakit TBC itu masih berhubungan dengan penyakit guna-guna. Itu perlu diberikan pemahaman supaya mereka mengerti seperti apa sebetulnya penyakitnya itu." (Informan Asosiasi Pasien, FGD tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)*

Studi kami dengan kepala desa dan pasien TBC mengkonfirmasi kesimpulan bahwa masyarakat desa seringkali memiliki pemahaman yang salah terhadap penyakit TBC. Selain itu, wawancara kami juga mengkonfirmasi lapisan masalah yang dialami oleh penderita TBC sebagai akibat dari pemahaman yang buruk tentang TBC dan penanganannya.

3. *Situasi pandemi memperburuk pendataan TBC*

Pandemi Covid-19 semakin memperburuk situasi desa dan TBC. Berkelindan dengan rendahnya *sense of urgency* pemerintah desa tentang isu TBC dan rendahnya pemahaman masyarakat desa tentang TBC, situasi TBC di daerah semakin sulit dipantau sejak terjadinya pandemi Covid-19. Studi kami dengan Dinas Kesehatan di berbagai lokasi menunjukkan bahwa instansi ini mengalami kesulitan melakukan pendataan TBC karena partisipasi masyarakat untuk memeriksakan diri juga menurun drastis. Situasi ini disampaikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten R di bawah ini:

> *"Kalau saya bicara kabupaten kami, sejauh ini bagaimana deteksi kita, sampai saat ini baru sekitar 31% masih rendah ya sampai bulan sepuluh ini. Partisipasi rendah ini dikhawatirkan terkait sekali dengan situasi pandemi dimana masyarakat itu kemudian enggan untuk memeriksakan diri ke faskes karena terstigma khawatir nanti di-Covid-kan dalam bahasa mereka seperti itu. Sehingga dalam tahun ini perhatian kita terbebas tidak seperti tahun sebelumnya situasinya terbebas dalam situasi pandemi" (Dinas Kesehatan Kabupaten R, FGD tanggal 22 November 2021, Pulau Jawa)*

Menurunnya pendataan pasien TBC di Kabupaten R bukanlah peristiwa yang hanya terjadi di daerah ini, tetapi juga di daerah kajian lainnya. Wawancara kami dengan semua perwakilan Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa masyarakat takut jika mereka teridentifikasi sebagai *suspect* TBC dan kemudian harus menjalani perawatan medis. Seperti yang ditunjukkan di wawancara di atas, masyarakat takut jika mereka mendapatkan stigma terkena "Covid-19", dengan kesamaan organ yang diserang – paru-paru. Ketakutan ini juga berkaitan dengan poin kedua yaitu tentang lemahnya pemahaman masyarakat tentang tata laksana penanganan TBC yang ada saat ini.

4. *Kebutuhan pasien TBC yang terlupakan*

Selain ketiga situasi umum diatas, wawancara kami juga menunjukkan bahwa dukungan terhadap pasien TBC belum menjadi bagian dari perbincangan kebijakan di desa atau bahkan di sebagian besar kabupaten/kota di Indonesia. Studi kami dengan perwakilan berbagai asosiasi pasien TBC di Indonesia menunjukkan bahwa pasien TBC membutuhkan berbagai dukungan yang meliputi akses terhadap layanan kesehatan, dukungan ekonomi, dan dukungan psikososial.

Kebutuhan utama dari pasien TBC adalah akses terhadap layanan kesehatan. Saat ini akses terhadap layanan kesehatan masih terbatas karena ketersediaan layanan kesehatan antar wilayah yang timpang. Seperti disampaikan oleh perwakilan pasien TBC dari Sikka, kondisi pasien TBC di luar Jawa seringkali lebih buruk dari kondisi pasien TBC

di Pulau Jawa karena rendahnya ketersediaan layanan kesehatan. Jika layanan kesehatan tersediapun, pasien TBC harus menghabiskan waktu dan biaya untuk mengakses layanan kesehatan TBC terdekat.

> *"Paling pertama yang dibutuhkan teman-teman itu adalah pelayanan, pendekatan pelayanan. Pendekatan pelayanan, akses pelayanan, kalau seandainya kalau Kabupaten Sikka ini hanya ada satu rumah sakit untuk melayani pasien TBC otomatis banyak pasien TBC meninggal. Oleh karena itu akses pelayanan itu didekatkan untuk pasiennya, karena di sini NTT itu banyak pulau ya jadi untuk mengakses layanan itu amat susah sekali." (Informan Asosiasi Pasien, FGD tanggal 17 November 2021, Luar Jawa)*

Selain dukungan akses layanan kesehatan yang semakin dekat, pasien TBC juga membutuhkan dukungan ekonomi. Dukungan ekonomi sangat dibutuhkan oleh pasien TBC karena waktu pengobatan yang panjang sehingga mengakibatkan pasien TBC harus kehilangan pekerjaan dan sumber ekonomi selama masa pengobatan mereka. Perwakilan pasien TBC menunjukkan bahwa selama ini tidak ada dukungan ekonomi kepada pasien TBC

Dukungan lain yang juga sangat diperlukan oleh pasien TBC adalah dukungan psikososial. Selama masa penyembuhan penyakit, pasien TBC tidak hanya memiliki risiko kehilangan sumber penghasilan saja, tetapi mereka juga harus berhadapan dengan stigma masayarakat terhadap penderita TBC. Situasi Covid-19 memperburuk pandangan masyarakat terhadap penderita TBC karena sebagian masyarakat berpendapat bahwa TBC dan Covid-19 adalah jenis penyakit yang sama. Hasil wawancara kami menunjukkan bahwa saat ini penderita TBC tidak pernah mendapatkan dukungan psikososial secara formal apalagi rutin dari layanan kesehatan. Dukungan dari masyarakat juga sulit untuk diharapkan karena masih lemahnya pemahaman masyarakat terhadap TBC dan penanganannya.

Perangkat regulasi dan kelembagaan di tingkat pusat

Salah satu bentuk komitmen Pemerintah dalam upaya melakukan eliminasi penyakit ini adalah dengan mengeluarkan Perpres No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberculosis. Target kebijakan di Perpres adalah terjadinya penurunan kasus menjadi 65 per 100.000 penduduk pada 2030 dan angka kematian menjadi 6 per 100.000 penduduk. Perpres ini juga memandatkan seluruh level pemerintahan, baik K/L, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota untuk melakukan eliminasi kasus Tuberculosis, termasuk sampai dengan di tingkat desa.

Sayangnya, situasi pandemik Covid -19 berpengaruh terhadap pelacakan TBC di 2020. Dari 845 ribu kasus yang seharusnya ditemukan, hanya 349 ribu kasus yang bisa dideteksi dan dilaporkan. Kasus TBC resisten dari perkiraan 24 ribu kasus yang seharusnya ditemukan, kenyataanya hanya 860 kasus yang bisa ditemukan. Pelacakan kasus TBC yang kurang berjalan dengan maksimal juga mempengaruhi persentase penemuan kasus. Pada 2018 dan 2019, estimasi kasus yang ditemukan sebesar 60%, tetapi turun menjadi 30% pada 2020 (Kemenko PMK, Agustus 2021).

a. Kementerian Desa dan PDTT

Covid-19 juga berpengaruh terhadap alokasi anggaran dari K/L. Tidak terkecuali Kementerian Desa dan PDTT. Jika dilihat, program prioritas pada 2020 sesuai dengan situasi Bencana Nonalam, (Covid 19), maka penggunaan dana desa pada 2020 dan 2021 lebih banyak digunakan untuk Bantuan Langsung Tunai Dana Desa (BLT DD).

Saat ini terdapat tiga kriteria untuk Keluarga Penerima Manfaat (KPM) BLT DD, yang meliputi:

1. Keluarga yang kehilangan mata pencaharian;
2. Keluarga yang belum mendapatkan bantuan sosial (PKH, BPNT, BST);
3. Keluarga yang mempunyai anggota keluarga berpenyakit kronis (termasuk Penderita TBC).

Akan tetapi, di Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun Anggaran 2022, mulai muncul secercah harapan. Jadi, selain alokasi pada pada BLT DD, prioritas lainnya adalah untuk pelaksanaan pencapaian SDGs Desa, dalam wujud Program Desa Peduli Kesehatan.

Berkenaan dengan Perpres No. 67 Tahun 2021, dari hasil studi dengan Kementerian Desa dan PDTT, menunjukkan bahwa Kementerian ini telah mengetahui tentang amanat Perpres ini. Informan menyampaikan secara eksplisit jika Kemendesa dan PDTT harus menyediakan kebijakan agar dana bisa dimanfaatkan untuk percepatan Eliminasi TBC pada 2022. Kementerian Desa juga mengetahui persentase desa yang mengalokasikan dana desa untuk intervensi percepatan Eliminasi TBC (sebanyak 80% pada 2024) dan persentase desa yang mendapatkan pembinaan kader pembangunan kesehatan desa dari kabupaten/kota (80% pada 2024).

Oleh karena itu, bersama dengan Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa menyusun pedoman pengelolaan transfer daerah dan dana desa dalam APBD guna mendukung percepatan eliminasi TBC secara terintergrasi. Kementerian Desa juga berkoordinasi dengan K/L lain yang memiliki tanggung jawab terhadap pencapaian target eliminasi TBC seperti Bappenas, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Keuangan.

Setiap tahunnya, Kementerian Desa mengeluarkan Peraturan Menteri Desa tentang Prioritas penggunaan Dana Desa. Prioritas penggunaan Dana Desa pada 2022 telah ditetapkan pada 24 Agustus 2021 dalam Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi No 7 Tahun 2021. Tidak berbeda jauh dengan regulasi sebelumnya, prioritas alokasi disesuaikan dengan kondisi pandemi yang diperkirakan masih akan berlangsung. Dalam penetapannya, prioritas penggunaan dana desa juga menggunakan prinsip-prinsip yang meliputi kemanusiaan, keadilan, kebhinekaan, keseimbangan alam, dan kebijakan strategis nasional berbasis kewenangan desa.

Untuk merespon eliminasi TBC, dalam penyusunan kebijakannya, Kementerian Desa menggunakan Arahan Presiden Joko Widodo pada 22

Oktober 2019 tentang SDGs Desa sebagai dasar. Dalam Arahan tersebut, Presiden menyatakan bahwa dana desa harus dirasakan seluruh warga desa, terutama golongan terbawah dan dana desa harus berdampak pada peningkatan ekonomi dan Sumber Daya Manusia (SDM) desa.

Dengan dasar arahan Presiden tentang SDGs Desa, maka Kementerian Desa berupaya untuk "melokalkan" SDGs Global ke SDGs Desa untuk percepatan pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan. Implementasi SDGs Global di Indonesia telah dituangkan dalam Perpres No. 59/2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Merujuk Perpres No. 59/2017 tersebut, maka Kementerian Desa menyusun SDGs Desa dimana SDGs Desa ini akan berkontribusi sebesar 74% terhadap pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.

SDGs Desa adalah pembangunan total atas desa dimana seluruh aspek pembangunan harus dirasakan manfaatnya oleh warga desa tanpa ada yang terlewat (*no one left behind*). Pembangunan desa mengarah pada 18 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Sesuai dengan amanat SDGs Desa Tujuan Ketiga yaitu Desa Sehat dan Sejahtera, maka Kementerian Desa mencanangkan Program Desa Peduli Kesehatan. Desa Peduli Kesehatan adalah upaya yang dilakukan oleh Desa untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian serta kesiapsiagaan masyarakat Desa dalam melakukan upaya *preventif* dan *promotif* untuk penanganan masalah kesehatan di Desa demi terwujudnya Desa Sehat dan Sejahtera, Desa Layak Air Bersih dan Sanitasi serta Kawasan Pemukiman Desa Aman dan Nyaman.

Indikator dari Program Desa Peduli Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan mencapai 100% penduduk
2. Un-meet need pelayanan kesehatan mencapai 0%
3. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dan menggunakan tenaga kesehatan terampil mencapai 100%
4. Angka kematian ibu per 100 ribu kelahiran hidup mencapai 0
5. Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup mencapai 0

6. Imunisasi dasar lengkap pada bayi mencapai 100%
7. Prevalensi HIV, TBC, tekanan darah tinggi, obesitas, narkoba mencapai 0%
8. Jumlah RT yang menjalankan eliminasi malaria, kusta, filariasis (kaki gajah) mencapai 100%
9. Persentase perokok <18 tahun mencapai 0%
10. Posyandu yang menangani kesehatan jiwa pada 100% RT
11. Korban penyalahgunakan NAPZA (narkoba) 100% ditangani panti rehabitasi sosial
12. Korban mati dan luka berat akibat kecelakaan lalu lintas mencapai 0%
13. Prevalensi pemakaian kontrasepsi jangka pendek dan jangka panjang pada orang menikah usia produktif (usia 18-49 tahun) mencapai 100%
14. Angka kelahiran remaja usia 15-19 tahun (age specific fertility rate/ ASFR) mencapai 0%
15. Total Fertility Rate (TFR) di bawah 1,5

Menurut Kementerian Desa, situasi TBC terkait dengan dengan sanitasi perumahan yang tidak sehat dan tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga mendatangkan risiko seseorang mengalami penyakit-penyakit yang berbasis lingkungan. Oleh karena itu, Kementerian Desa secara eksplisit juga mengkaitkan Desa Peduli Kesehatan dengan program-program SDGs Desa lainnya, seperti Program Desa Layak Air Bersih dan Sanitasi, dan Program Kawasan Permukiman Desa Aman dan Nyaman. Tujuan program ini adalah untuk mewujudkan desa yang inklusif, aman, kuat, dan berkelanjutan, dengan beberapa target capaian kawasan permukiman yang bersih dan sehat, terciptanya keamanan lingkungan melalui swadaya masyarakat, serta terbangunnya partisipasi semua pihak dalam pembangunan desa.

Saat ini Kementerian Desa sedang melakukan kegiatan fasilitasi Desa Peduli Kesehatan. Kegiatan fasilitasi ini menekankan pada peranan

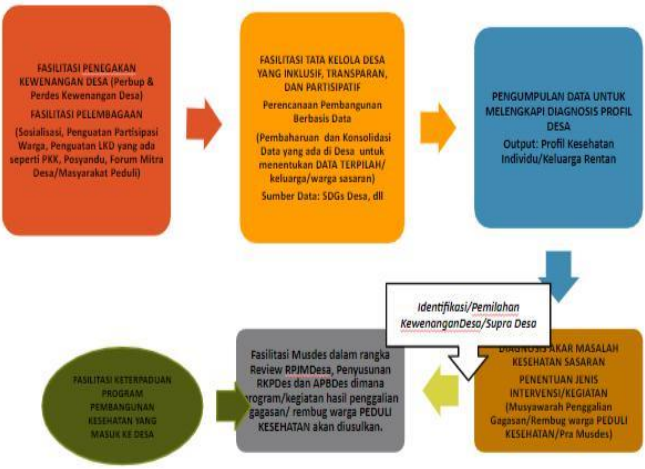
desa dalam perbaikan kualitas kesehatan masyarakat desa sesuai dengan kewenangan desa. Kementerian Desa menegaskan bahwa di luar kewenangan desa, perbaikan kualitas kesehatan masyarakat menjadi tugas pemerintah daerah dan pusat sesuai dengan pembagian urusannya. Untuk melaksanakan kegiatan sesuai dengan kewenangan desa, maka perlu keterpaduan antar Kementerian/Lembaga dalam memfasilitasi Desa Peduli Kesehatan.

Selain itu, Kementerian Desa juga menekankan pada penguatan peran dan partisipasi organisasi masyarakat atau lembaga kemasyarakatan desa dalam fasilitasi Desa Peduli Kesehatan. Penekanan pada peran dan patisipasi organisasi masyarakat ini dilakukan sebagai dasar perbaikan kualitas masyarakat dan untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat di bidang kesehatan. Secara skematis, Kementerian Desa merangkum upaya fasilitasi Desa Peduli Kesehatan sebagai berikut:

Gambar 3 Prinsip Utama Fasilitasi Desa Peduli Kesehatan

Sumber: FGD dengan Kementerian Desa, 14 Desember 2021

Kementerian Desa juga telah memiliki kerangka kegiatan yang lebih detil untuk mempercepat terbentuknya Desa Peduli Kesehatan. Langkah-langkah fasilitasi yang telah dan akan dilakukan oleh Kementerian Desa adalah sebagai berikut:



Gambar 4 Langkah-langkah Fasilitasi Desa Peduli Kesehatan

Sumber: FGD dengan Kementerian Desa, 14 Desember 2021

Secara lebih spesifik terkait isu TBC, Kementerian Desa menjabarkan bahwa isu TBC harus masuk dalam RPJMDes agar bisa mendapatkan alokasi anggaran dari pemerintah desa. Di tingkat supra desa, Kementerian Desa juga menyampaikan agar situasi TBC ditanggapi dengan melakukan *assessment* terlebih dahulu. Kementerian Desa melihat pentingnya untuk segera melakukan beberapa tindakan sebagai langkah penting dalam penanganan isu TBC di desa. Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Pemilahan kegiatan penanganan TBC di Desa yang mana yang menjadi bagian dari daftar kewenangan lokal berskala Desa (Peraturan Bupati tentang Daftar Kewenangan Desa dan Peraturan Desa tentang Daftar Kewenangan Desa)
2. Penanganan TBC menjadi kebutuhan masyarakat Desa yang dibahas di dalam Musyawarah Desa dan menjadi salah satu program prioritas Desa

3. Program dan kegiatannya harus menjadi bagian dari dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJMDesa, RKPDesa) untuk keberlanjutan program dan dibiayai melalui APBDesa termasuk Dana Desa secara bertahap sampai dengan 2030 (sesuai dengan masa RPJMDesa)
4. Pendampingan oleh OPD, pendamping profesional, dan pendamping teknis termasuk upaya peningkatan kapasitas masyarakat dalam pengelolaan kegiatan secara berkelanjutan
5. Koordinasi dlm pembinaan dan pengawasan dengan OPD kabupaten/kota

Setelah melakukan *assessment*, Kementerian desa menggambarkan tentang berbagai strategi yang bisa dilakukan untuk mendorong isu TBC di desa. Strategi tersebut adalah:

1. Sosialisasi penanganan TBC di Desa kepada Pemerintah Desa, BPD, dan masyarakat desa
2. Penguatan lembaga kemasyarakatan Desa yang peduli kesehatan khususnya penyakit TBC, LPMD maupun Kader Pemberdayaan Masyarakat Desa (KPMD)
3. Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Desa, PDT dan Transmigrasi menyusun panduan penanganan TBC di Desa sesuai dengan kewenangan lokal skala Desa
4. Memfasilitasi pemerintah kabupaten dan Desa untuk memasukkan kegiatan penanganan TBC menjadi kewenangan lokal berskala Desa dan masuk dalam Peraturan Bupati tentang Daftar Kewenangan Desa
5. Memfasilitasi proses perencanaan pembangunan Desa (penyusunan RPJMDesa, RKPDesa) sampai dengan penyusunan APBDesa memastikan dukungan APBDesa untuk kegiatan penanganan TBC

b. Kementerian Dalam Negeri

Kementerian Dalam Negeri merupakan institusi yang secara langsung mengatur memberikan arahan teknis tentang pengelolaan dana desa. Dari hasil wawancara yang kami lakukan dengan informan

dari lemvaga ini, menunjukkan bahwa Kementerian Dalam Negeri telah memahami urgensi eliminasi TBC dan telah memiliki beberapa strategi yang bisa digunakan oleh Desa untuk mengalokasikan dana desa melalui APBDes untuk mendukung eliminasi TBC.

Namun demikian, Kementerian Dalam Negeri mengingatkan bahwa *mainstreaming* eliminasi TBC tetap perlu memperhatikan Peraturan Presiden Nomor 104 Tahun 2021 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2022 Pasal 5 (Ayat
4) yang menjelaskan Dana Desa ditentukan penggunaannya pada TA 2022 untuk:

1. Program perlindungan sosial berupa bantuan angsung tunai desa paling sedikit 40%
2. Program ketahanan pangan dan hewani paling sedikit 20%
3. Dukungan pendanaan penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) paling sedikit 8%, dari alokasi Dana Desa setiap desa; dan
4. Program sektor prioritas lainnya

Berdasarkan ketentuan diatas, secara perhitungan dana desa pada 2022, sebanyak 68% alokasi sudah terkunci. Hanya tinggal 32% yang bisa dialokasikan untuk program sektor prioritas lainnya yang diatur oleh Kementerian Desa mengenai Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2022.

Selain itu, Kemendagri juga mengingatkan bahwa *mainstreaming* eliminasi TBC perlu memperhatikan kewenangan desa yang meliputi:

a. Kewenangan berdasarkan hak asal usul;
b. Kewenangan lokal berskala desa;
c. Kewenangan yang ditugaskan oleh Pemerintah, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
d. Kewenangan lain yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Jika ingin memasukkan eliminasi TBC melalui pemanfaatan dana desa pada 2023, Kemendagri mengingatkan perlu mempertimbangkan berbagai regulasi antara lain Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa; Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa; Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa; Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; Peraturan Presiden Nomor 104 Tahun 2021 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2022; Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kewenangan Desa; Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa; dan Peraturan Menteri Desa Nomor 7 tahun 2021 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2022.

Secara eksplisit, Kemendagri menyampaikan peluang penggunaan APBDesa dalam penanggulangan TBC sesuai dengan Bidang Kewenangan Desa seperti tampak pada gambar 5 berikut ini:

Gambar 5 Bidang-Bidang Dana Desa

Sumber: FGD dengan Kemendagri, 14 Desember 2021

Selain memberikan panduan Bidang Dana Desa, Kemendagri juga menyampaikan alternatif kebijakan teknis yang dapat menjadi pijakan

pendanaan bersumber pada dana desa. Sesuai dengan Lampiran A1 pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa, kegiatan dan kode rekening yang dapat dilaksanakan dalam kegiatan Percepatan Eliminasi Tuberculosis di Desa dan Kode rekeningnya adalah:

1. Kode rekening 2.2.01 Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa (PKD) Polindes milik Desa
2. Kode rekening 2.2.03 Penyuluhan dan Pelatihan Bidang Kesehatan
3. Kode rekening 2.2.04 Penyelenggaraan Desa Siaga Kesehatan
4. Kode rekening 2.6.02 Penyelenggaraan Informasi Publik Desa

c. Kementerian Keuangan

Seperti Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan melalui Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan secara eksplisit menunjukkan situasi dana desa pada masa pandemi dimana desa memiliki ruang fiskal yang terbatas. Keterbatasan ruang fiskal desa ini (32%) disebabkan karena anggaran yang sudah "dikunci" untuk sektor-sektor tertentu (*earmarked*). Akibatnya desa tidak bisa dengan bebas mengalokasikan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan. Pada masa pandemi ini, program-program lebih diprioritaskan pada program perlindungan sosial berupa BLT Desa paling sedikit 40%; program ketahanan pangan dan hewani paling sedikit 20%; dukungan pendanaan penanganan Covid-19 paling sedikit 8%, dari alokasi dana desa setiap desa, dan; program sektor prioritas lainnya.

Prioritas penggunaan dana desa ditentukan oleh Kemendesa dan sesuai Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang (Perpu) tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) dan/atau dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan. Sehingga, penyusunan prioritas penggunaan dana desa juga tidak lagi hanya ditentukan oleh Kemendesa tetapi dikoordinasikan dengan Kemenkeu

dan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR). Kementerian Keuangan kemudian menetapkan ketentuan mengenai pengelolaan dana desa dan penetapan rincian dana desa setiap desa dengan Peraturan Menteri Keuangan (PMK). Sedangkan penyaluran dana desa disalurkan dari Rekening Kas Umum Negara ke Rekening Kas Desa melalui Rekening Kas Umum Daerah.

Informan dari Kementerian Keuangan juga memberikan gambaran pelaksanaan kebijakan penurunan *stunting* yang menjadi prioritas nasional dan harus dilaksanakan oleh desa. Selama ini, pelaksanaan *stunting* tidak dilakukan dengan model *earmarked*. Sebagai gantinya, Kementerian Keuangan dapat mendorong agenda penurunan angka *stunting* dengan cara menetapkan PMK Nomor 222 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Dana Desa. Di PMK yang dilaksanakan pada 2021 ini, PMK ini memberikan penambahan persyaratan dalam penyaluran Dana Desa Tahap III, desa wajib menyediakan laporan konvergensi pencegahan *stunting* tahun anggaran sebelumnya.

Melalui PMK ini, Kementerian Keuangan mewajibkan pemerintah desa melakukan perbaikan laporan dan penambahan cakupan data *entry Village Score Card* yang merupakan laporan konvergensi intervensi gizi yang menyasar rumah tangga dengan ibu hamil dan/atau baduta (1000 hari pertama kehidupan) di desa dalam aplikasi OM SPAN Kemenkeu atau interkoneksi aplikasi eHDW Kemendes dengan OM-SPAN.

LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING TINGKAT DESA
TERHADAP SASARAN 1,000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN (HPK)

KABUPATEN : KECAMATAN :
DESA : TAHUN :

TABEL 1. JUMLAH SASARAN 1,000 HPK (IBU HAMIL DAN ANAK 0-23 BULAN)

SASARAN	JUMLAH TOTAL RUMAH TANGGA 1,000 HPK	IBU HAMIL		ANAK 0 – 23 BULAN	
		TOTAL	KEK/RESTI	TOTAL	GIZI KURANG/GIZI BURUK/STUNTING
JUMLAH					

TABEL 2. HASIL PENGUKURAN TIKAR PERTUMBUHAN (DETEKSI DINI STUNTING)

SASARAN	JUMLAH TOTAL ANAK USIA 0 – 23 BULAN	HIJAU (NORMAL)	KUNING (RESIKO STUNTING)	MERAH (TERINDIKASI STUNTING)
JUMLAH				

TABEL 3. KELENGKAPAN KONVERGENSI PAKET LAYANAN PENCEGAHAN STUNTING BAGI 1,000 HPK

SASARAN		INDIAKTOR	JUMLAH	%
IBU HAMIL	1	PERIKSA 4 KALI SELAMA KEHAMILAN		
	2	MENDAPAT DAN MEMINUM PIL FE SELAMA 90 HARI		
	3	IBU BERSALIN MENDAPAT LAYANAN PEMERIKSAAN NIFAS 3 KALI		
	4	MENGIKUTI KONSELING GIZI/KELAS IBU MINIMAL 4 KALI		
	5	IBU HAMIL (KEK/RESTI) MENDAPAT KUNJUNGAN RUMAH BULANAN		
	6	RUMAH TANGGA IBU HAMIL MEMILIKI AKSES AIR MINUM AMAN		
	7	RUMAH TANGGA IBU HAMIL MEMILIKI JAMBAN LAYAK		
	8	MEMILIKI JAMINAN KESEHATAN		
ANAK USIA 0-23 BULAN (0-2 TAHUN)	1	ANAK USIA <12 BULAN MENDAPAT IMUNISASI DASAR LENGKAP		
	2	DITIMBANG BERAT BADAN RUTIN SETIAP BULAN		
	3	DIUKUR PANJANG/TINGGI BADAN 2 KALI DALAM SETAHUN		
	4	ORANG TUA/PENGASUH MENGIKUTI KONSELING GIZI BULANAN		
	5	KUJUNGAN RUMAH BAGI ANAK GIZI BURUK/ KURANG/STUNTING		
	6	RUMAH TANGGA ANAK 0-2 TH MEMILIKI AKSES AIR MINUM AMAN.		
	7	RUMAH TANGGA ANAK 0-2 TH MEMILIKI JAMBAN LAYAK		
	8	ANAK 0-2 TH JAMINAN KESEHATAN		
	9	ANAK 0-2 TH BULAN AKTA LAHIR		
	10	ORANG TUA/PENGASUH MENGIKUTI PARENTING BULANAN (PAUD)		
ANAK >2-6 TAHUN	1	ANAK >2-6 TAHUN AKTIF DALAM KEGIATAN PAUD MINIMAL 80%		

TABEL 4. TINGKAT KONVERGENSI DESA

NO	SASARAN	JUMLAH INDIKATOR		TINGKAT KONVERGENSI
		YANG DITERIMA	SEHARUSNYA DITERIMA	
1	IBU HAMIL			
2	ANAK 0-23 BULAN			
TOTAL TINGKAT KONVERGENSI DESA				

TABLE 5. PENGGUNAAN DANA DESA DALAM PENCEGAHAN STUNTING

NO	BIDANG/KEGIATAN	TOTAL ALOKASI DANA	KEGIATAN KHUSUS PENCEGAHAN STUNTING	
			ALOKASI DANA	% (PERSEN)
1	BIDANG PEMBANGUNAN DESA			
2	BIDANG PEMBERDAYAAN MASYARAKAT			

Gambar 6 Contoh Format Laporan Village Score Card Sebagai Syarat Pencairan Dana Desa Tahap III

Sumber: wawancara DJPK, 20 Desember 2021

d. Kementerian Kesehatan

Secara umum, Kementerian Kesehatan sebagai *leading sector* penanganan TBC di Indonesia memahami dan merespon amanat Perpres No. 67 Tahun 2021 dengan pelaksanaan Program Desa/ Kelurahan Siaga TBC. Program ini memiliki tujuan menciptakan desa/ kelurahan bebas TBC dengan membentuk masyarakat desa/kelurahan yang peduli, tanggap, dan mampu mencegah serta menanggulangi TBC dalam rangka mencapai eliminasi TBC di 2030. Tujuan Khusus dari Desa Siaga TBC adalah:

1. Meningkatkan komitmen dan dukungan lintas sektor dan semua pemangku kepentingan dalam upaya mewujudkan Desa/kelurahan Bebas TBC

2. Mengoptimalkan keberadaan Poskesdes , Polindes , Posyandu , Poslansia , Pos TB desa dan fasilitas kesehatan bersumber daya masyarakat lainnya dalam pelayanan TBC
3. Mengintegrasikan kegiatan kegiatan berbasis masyarakat yang telah berjalan dengan kegiatan penemuan kasus TBC
4. Meningkatkan penemuan kasus melalui investigasi kontak
5. Meningkatkan cakupan keberhasilan pengobatan pada pasien TBC
6. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar di desa kelurahan
7. Mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) yang dapat melaksanakan survailans berbasis masyarakat
8. Meningkatkan ketersediaan sumber daya manusia, dana, maupun sumber daya lain yang berasal dari pemerintah, masyarakat, dan swasta/dunia usaha untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga TBC

Gambar 8 di bawah ini kita bisa melihat sumber masalah dari pelaksanaan Desa/Kelurahan Siaga di Kabupaten Garut yang identifikasi oleh Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan berhasil mengindentifikasi beberapa situasi ancaman, ketidakpastian, kompleksitas, dan ambiguitas implementasi Desa Siaga TBC.

Gambar 7 Analisis Implementasi Desa Siaga TBC di Kabupaten Garut

Sumber: FGD Kementerian Kesehatan, 14 Desember 2021

Dari gambar di atas, dapat dilihat bahwa salah satu masalah yang dihadapi adalah peran pihak-pihak di luar sektor kesehatan belum optimal. Hal ini nantinya akan dikonfirmasi dari hasil wawancara kami dengan para kepala desa tentang peran pemerintahan desa dalam eliminasi TBC. Rendahnya keterlibatan sektor di luar kesehatan dapat dilihat dari ketidakpastian sumber daya manusia dan sumber daya pembiayaan, regulasi kabupaten/kota yang belum mendukung, peran kader yang semakin menurun karena minim dukungan, masyarakat yang masih tidak peduli terhadap bahaya TBC, rendahnya kepatuhan pasien dalam pengobatan, dan stigma terhadap pasien sembuh yang menyulitkan pasien untuk bekerja produktif kembali.

Informan juga mengkonfirmasi bahwa saat ini Kementerian Kesehatan belum secara khusus berkoordinasi dengan Kementerian Desa untuk memanfaatkan dana desa dalam eliminasi TBC. Fokus Kementerian Kesehatan dalam penanganan TBC di desa diarahkan pada pengelolaan dan mobilisasi kader TBC yang dibina secara langsung oleh Puskesmas. Koordinasi dengan pemerintah desa dilakukan melalui koordinasi lintas sektor yang secara rutin dilakukan di kecamatan. Di luar aktivitas tersebut, semua kegiatan penanganan TBC dilakukan dengan koordinasi langsung dengan kader TBC di desa.

Implementasi

"Yang sekarang kita punya terkait dengan peraturan-peraturan cukup banyak yang sudah ada di Indonesia cuma implementasinya saja menurut saya sama pengawasan yang belum gitu ya, belum bisa diimplementasikan dengan baik." (Asosiasi Pasien, FGD tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)

Pernyataan tersebut merupakan respon umum yang diberikan oleh informan perwakilan pasien ketika peneliti menanyakan tentang implementasi regulasi terkait eliminasi TBC di tingkat nasional maupun di daerah mereka masing-masing. Berbagai regulasi yang sudah diterbitkan dan diinformasikan oleh Kementerian/Lembaga

seringkali dalam pelaksanaannya, belum ada manfaat langsung yang dirasakan oleh pasien TBC. Dari hasil temuan, memang sudah terdapat beberapa desa yang memiliki pemahaman program-program ini, dan mengimplementasikannya secara langsung dengan menyasar eliminasi TBC di desa mereka. Desa-desa tersebut bisa menjadi contoh praktik baik dalam eliminasi TBC di desa.

Namun demikian, jumlah desa yang memiliki praktik baik dalam pemanfaatan dana desa untuk eliminasi TBC bukan menjadi prioritas kajian ini, sehingga tidak akan dibahas lebih jauh di studi ini. Kajian ini berupaya mengindentifikasi permasalahan umum dalam pemanfaatan dana desa dan TBC. Pada bagian ini kami akan mengeksplorasi implementasi berbagai regulasi tentang pengelolaan dana desa dan bagaimana desa merespon isu eliminasi TBC. Sesuai dengan sub-bab sebelumnya tentang Desa dan TBC, penjelasan pada bagian ini menunjukkan dinamika penggunaan dana desa dan lemahnya komitmen desa (secara umum) dalam isu penanganan TBC.

a. Di tingkat Kabupaten/Kota

Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa (Dispermardes) sebagai pembinan pemerintah desa di lima lokasi kajian, menunjukkan bahwa isu kesehatan tidak menjadi isu utama yang patut menjadi perhatian OPD ini.

> *"Untuk penanganan eliminasi TBC memang di desa memang tidak ada pemfokusan. Karena kami secara kelembagaan di desa, untuk penanganan kesehatan ini ada posyandu, poskesdes, ada RDS. Jadi penanganan di desa memang selama ini sudah ada bidan desa yang menangani kesehatan. Kemudian ada kader-kader yang memang selama ini menjadi ujung tombak," (Dispermades Provinsi JT, FGD tanggal 22 November 2021, Pulau Jawa)*

Hal ini juga dikonfirmasi oleh Dispermardes salah satu daerah yang kami wawancarai. Isu SDGs yang saat ini menjadi isu utama instansi ini adalah kemiskinan. Tingginya jumlah desa yang memiliki tingkat kemiskinan ekstrim, membuat isu kesehatan tenggelam dan

kurang mendapatkan perhatian dari Dispermades. Isu-isu yang menjadi perhatian instansi ini adalah hal turin rutin seperti Kesehatan Ibu dan Anak, serta *stunting*.

Dari hasil KII dan FGD, terdapat beberapa kabupaten yang memiliki perhatian khusus kepada penanggulangan TBC. Ini mereka wujudkan dengan menerbitkan Peraturan Bupati ataupun membuat Rencana Aksi Daerah (RAD) untuk Penanggulangan TBC. Namun demikian, sama seperti inisiatif penanggulangan TBC di tingkat nasional, inisiatif regulasi penanganan TBC di daerah berasal dari Dinas Kesehatan dan seringkali tidak melibatkan Dispermardes. Sehingga, dalam pelaksanaannya, tetap jauh panggang dari api.

Dari perspektif pasien, pihak yang paling berperan dalam praktik penanganan TBC Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya. Peran optimal Puskesmas ini didukung oleh Dinas Kesehatan dan kader. Selain pihak-pihak ini, sektor lain belum memberikan dukungan maksimal terhadap penanganan TB. Situasi ini bisa dilihat dari pernyataan yang disampaikan oleh pasien berikut ini:

> *"Kalau di Surakarta itu sudah bagus pelayanannya, kurang tahu kenapanya yang jelas sejak saya awal pengobatan sampai sekarang saya mendampingi Pasien itu baik Puskesmas maupun dinasnya sudah bagus, jadi untuk pemenuhan PTM itu semua pasien dapat. Pasien TBC juga dapat. Juga malah di Surakarta itu pasien TBC SO dapat tambahan transport untuk mendukung supaya pasien TBC SO tidak sampai berhenti. Tapi dengan catatan terus kita dampingi jadi harus terus diawasi gitu. Itu yang saya alami, tapi untuk layanannya bagus karena semua saling mendukung," (Asosiasi Pasien, FGD tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)*

b. Di Tingkat Desa

Penggunaan Dana Desa

Sebelum membahas tentang keterlibatan pemerintah desa dalam eliminasi TBC, bagian ini akan menjelaskan tentang keterlibatan mereka dalam pemanfaatan dana desa secara umum. Secara umum, prioritas

dana desa masih cenderung digunakan untuk membiayai pembangunan yang sifatnya fisik, seperti infastruktur desa. Kondisi ini sejalan dengan temuan di tingkat Kementerian yang menunjukkan jika prioritas penggunaan dana desa pada 2020-2021 lebih banyak digunakan untuk merespon situasi pandemi terutama pemberian BLT Dana Desa.

> *"Prioritas cenderung ke pembangunan. Kedua pemberdayaan masyarakat sih. Sampai bulan November itu udah terealisasi dana desa tahap 11. Baru selesai selasa kemarin. Selebihnya kemarin pun sudah pernah dibahas oleh pendamping desa masalah BLT-DD itu. Tadinya akan dihapuskan dan ternyata akan diperlakukan lagi," (Kepala Desa CM, FGD tanggal 18 November 2021, Pulau Jawa)*

Hal ini bertolak belakang dengan situasi sebelum pandemi dimana desa lebih memiliki kelonggaran dalam anggaran desanya. Mayoritas desa mengalokasikan dana desanya untuk pemberdayaan masyarakat, kelembagaan, dan pembangunan infrastruktur. Untuk beberapa desa yang memiliki perhatian terhadap isu kesehatan, mereka bahkan terbiasa untuk mengalokasinya 10% anggaran desa untuk program kesehatan terutama yang berkaitan dengan Posyandu.

> *"Untuk dana desa sebelum Covid itu kami maksimal untuk pemberdayaan masyarakat, kelembagaan, dan pembangunan infrastruktur. Tapi dengan adanya Covid ini, titik-titik yang seharusnya dianggarkan dipangkas untuk penanganan Covid. Kalau untuk kesehatan sudah kami anggarkan paling tidak 10%-nya itu untuk kegiatan Posyandu, Posbindu, dan PKD. Kita kebetulan sudah ada gedung PKD-nya di balai desa," (Kepala Desa TRS, FGD tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)*

Penetapan program strategis nasional membuat pemanfaatan dana desa menjadi semakin terbatas. Beberapa desa menyatakan bahwa program prioritas nasional seperti KB dan *stunting* membuat desa merasa tidak memiliki kebebasan dalam mengatur keuangan desanya. Pendapat senada juga kami dapatkan dari pandangan Asosiasi

Pemerintah Desa maupun Paguyuban Perangkat Pemerintah Desa. Secara normatif, desa dapat menerima jika ada program nasional yang harus dijalankan di desa asal sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Atau, dengan kata lain memiliki *"cantolan regulasi."* Namun demikian, desa juga merasa dibebani oleh berbagai macam program yang dibuat oleh pemerintah pusat tanpa melihat kapasitas desa. Salah satu desa yang kami wawancarai menyatakan bahwa desa seperti digeruduk oleh berbagai macam program, dan pembiayaannya dibebankan pada anggaran desa.

> *"Ya kayaknya itu kita digeruduk oleh semua dinas akhirnya anggaran dibebankan ke kita. Seolah- olah uang kita itu banyak, akhirnya gitu. Jadi ketika ada ini, ini kewenangannya Desa. Perbedaan jelas antara kewenangan desa, di Kabupaten dan pusat misalnya kan juga rancu. Hampir banyak yang dibebankan ke desa padahal awalnya ini program mereka, kader yang cari mereka, yang ngangkat mereka, tapi akhirnya dilimpahkan ke kita," (Kepala Desa PN, KII tanggal 7 Desember 2021, Pulau Jawa)*

Beban anggaran yang harus ditanggung oleh dana desa juga diungkapkan dalam wawancara dengan Dispermardes dan Dinas Kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Dispermardes melihat bahwa desa, terutama di masa pandemi, harus melaksanakan berbagai macam kegiatan prioritas nasional yang bisa jadi membatasi desa untuk melakukan pembiayaan program pembangunan lainnya. Perwakilan Dinas Kesehatan di kabupaten/kota juga menekankan perlunya melihat pemisahan kewenangan antara Desa dan institusi supra desa. Desa adalah aktor pendukung yang penting dalam implementasi program kesehatan tetapi harus ada pembagian pembiayaan yang jelas sesuai dengan kewenangan desa.

Penggunaan dana desa untuk isu kesehatan

Dari semua desa yang kami wawancarai menyebutkan, bahwa penggunaan dana desa untuk kesehatan berfokus pada beberapa isu kesehatan yang sebelumnya telah masuk dalam prioritas dan kegiatan

rutin desa. Kepala desa menyampaikan bahwa alokasi anggaran APBDes untuk kesehatan berkisar antara 5%-10%. Selain alokasi untuk pandemi Covid-19, anggaran desa juga dialokasikan untuk program pemberian makanan tambahan (PMT *stunting*), yang merupakan wajib dilaksanakan. Seperti halnya seperti Posyandu, jambanisasi, dan Desa Siaga, penanggulangan *stunting* sebenarnya merupakan kegiatan kesehatan rutin di desa. Contoh lain penggunaan dana desa di isu kesehatan adalah dengan Desa Siaga. Cakupan isu di program ini lebih luas jika dibandingkan dengan program-program lainnya. Karena, selain isu TB, Desa Siaga juga menjamah isu lain seperti pemberantasan sarang nyamuk (PSN).

Prioritas anggaran kesehatan yang mayoritas ditemui di desa yang menjadi lokasi riset ini antara lain pemberian PMT, pemerikasaan lansia, Posyandu, dan penanganan *stunting*. PMT biasanya diberikan kepada lansia, ibu hamil, dan balita. Khusus lansia, selain PMT, kegiatan untuk mereka ditambah dengan latihan senam setiap pagi. Terkait Posyandu, program ini mensasar ibu hamil dan balita. Selain program-program kesehatan yang telah disebutkan, beberapa desa juga telah menggunakan dana desa untuk pengadaan *ambulance* desa.

Respon terhadap Perpres 67 tahun 2021

Dari perspektif pasien TBC dan Dinas Kesehatan, terbitnya Perpres No. 67 Tahun 2021 merupakan perkembangan baik bagi eliminasi TBC di Indonesia. Namun demikian, pasien TB mengingatkan, selain regulasi ini, sudah banyak peraturan yang bisa dimanfaatkan oleh pemerintah untuk melakukan eliminasi TBC. Menurut asosiasi pasien TBC, yang dibutuhkan saat ini adalah turunan petunjuk pelaksanaan di lapangan. Pasien TBC menengarai bahwa ketiadaan aturan petunjuk pelaksaanaan di tingkat yang lebih teknis, akan membuat desa tidak mau memenuhi mandat Perpres ini, seperti yang disampaikan oleh pasien TBC berikut:

> *"Yang kita lihat kan sekarang peraturannya sudah ada itu ya secara besar-besaran Perpres lah apa SK menteri lah, tetapi tidak ada turunan petunjuk pelaksanaan di lapangannya gitu kan sehingga ini akan membuat ambigu bagi pengambil*

keputusan di daerah. Itu loh kalau dia eksplisit kan untuk TBC takutnya itu jadi temuan gitu kan karena nggak ada petunjuk yang khusus untuk melakukan itu gitu kan. Nah ini yang membuat menurut saya semua jadi sumir gitu loh, jadi tidak tidak membuat ajeg lah istilahnya ya," (Asosiasi Pasien, FGD tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)

Persoalan minimnya alokasi dana (atau bahkan ketiadaan) alokasi dana desa untuk penanganan TBC sebenarnya adalah permasalahan umum yang terjadi di Indonesia. Asosiasi Pasien TBC mencatat bahwa jumlah daerah urban (kota) yang memiliki kesadaran tentang urgensi kasus TBC juga masih rendah. Asosiasi Pasien TBC yang mayoritas berlokasi di kota-kota besar atau ibukota provinsi, menyampaikan bahwa sampai saat ini dana yang dikucurkan oleh pemerintah kota untuk isu TBC masih sangat minim. Di tingkat kabupaten/kota, penanganan TBC sudah masuk dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang harus dicapai oleh Dinas Kesehatan di tingkat kabupaten/kota (lihat Bab II). Sayangnya, keberadaan SPM tidak memberikan jaminan bahwa pemerintah kabupaten/kota akan mengalokasikan anggaran yang cukup untuk penanganan TBC di daerah mereka masing-masing.

Lalu, bagaimana respon pemerintah desa terhadap terbitnya Perpres No. 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan TBC dan Eliminasi TBC secara umum? Dari wawancara yang dilakukan dengan kepala desa dan asosisasi pemerintahan desa, mengkonfirmasi temuan kami sebelumnya bahwa isu TBC bukan isu kesehatan prioritas di desa. Kepala desa berpendapat bahwa penganggaran desa harus sesuai dengan arahan Perbup tentang Kewenangan desa, Permendesa tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa, harus sesuai dengan hasil Musyarawan Desa (Musdes), dan RPJMDesa.

Kepala desa mengungkapkan, dalam proses Musdes mereka belum pernah mendapatkan laporan data ataupun "cantolan regulasi" yang membahas secara spesifik tentang TBC. Data SITB yang mencatat secara detil tentang jumlah penderita TBC dan status pengobatannya, tidak dapat diakses oleh pemerintah desa. Karenanya, pemerintah desa merasa

bahwa TBC bukan isu kesehatan yang penting di daerahnya. Selain itu, kader kesehatan yang ada di setiap desa, mayoritas belum pernah menginformasikan bahwa TBC harus masuk dalam penganggaran sebagaimana disampaikan oleh Kepala Desa SJ berikut:

> *"Sepertinya kader juga belum sih Bu kalau untuk sebagai inisiator ya mungkin masih belum. Kader masih sekadar apa ya penyambung lidah dari Puskesmas Bu. Dari kabupaten juga pernah sosialisasi tapi cuma itu tahun berapa ya saya lupa," (Kepala Desa SJ, FGD tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)*

Keberhasilan desa dalam *mainstreaming* isu kesehatan di desa tidak bisa dilepaskan dari peran bidan desa, perawat desa, dan tentunya kader kesehatan desa. Ini dikonfirmasi oleh hasil KII dan FGD yang dilakukan oleh peneliti. Salah satu sarana yang bisa dimanfaatkan oleh bidan desa dan para kader kesehatan terkait kesehatan di desanya adalah lewat musyawarah desa.

> *"Kita kan melakukan musyawarah desa. Disana ada gini, dari puskesmas kan punya program juga, kita berkoordinasi dengan puskesmas, kita minta programnya apa aja. Nah, yang bisa masuk ke desa, yang bisa kita laksanakan, kita ambil kegiatan itu untuk digunakan oleh dana desa," (Kepala Desa DP, FGD tanggal 18 November 2021, Luar Jawa)*

Sayangnya, terkait isu TBC, para bidan desa, perawat desa, dan para kader kesehatan (termasuk kader TBC), tidak menyampaikan informasi, terlebih memberikan masukan, secara formal kepada pemerintah desa. Untuk penanganan TBC di desa, mereka langsung melaporkan kepada petugas di Poli TBC di Puskesmas. Ilustrasi situasi tersebut disampaikan oleh Bidan Desa SN di Desa S berikut:

> *"Kalau masalah TBC sepertinya tidak ada masalah karena kadernya kan juga ada di desa ada kader TBC jadi jalannya bareng perawat dan kader desa. Nanti kader atau perawat desa mengambil dahak suspek kemudian diperiksa di Puskesmas nanti kalau hasilnya positif kemudian ada obatnya dikasih*

Puskesmas satu minggu sekali kadang orangnya ngambil ke sana kadang petugas desanya yang nganter ke rumah. Anggaran desa tidak berfungsi karena semua biaya sudah ditanggung oleh Puskesmas," (Bidan Desa SN, KII tanggal 6 Desember 2021, Pulau Jawa)

Di luar Jawa, situasi yang sama juga terjadi. Puskesmas merekrut secara langsung kader TBC di masing-masing desa, seperti yang dilihat di kutipan wawancara di bawah ini:

"Kemarin kan dari puskesmas yang mencari kader. Kebetulan dulu tiyang kan dapet pelatihan dari PPTI, nah langsung nama tiyang dipakai. Karena kebetulan tiyang lagi ngga melatih yang baru. Karena waktunya mepet, terpaksa saya aja langsung. Juga dengan masyarakat lagi satu di desa," (Kepala Desa DP, FGD tanggal 18 November 2021, Luar Jawa)

Koordinasi langsung antara kader TBC dengan Puskesmas tanpa melibatkan pemerintah desa juga dikonfirmasi oleh petugas Poli TBC dan kepala Puskesmas di lokasi kajian. Semua kader TBC di desa dibina oleh Puskesmas. Mereka dibiayai secara langsung melalui dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Dinas Kesehatan, dan dimonitoring oleh Puskesmas.

"Pembina kader TBC di desa adalah saya sendiri, dari puskesmas. Jadi didanai oleh BOK tiap tahun. Saya selalu samakan perlakuannya terhadap perawat desa. Saya lakukan monev dari kegiatan mereka. Saya juga berikan reward pada mereka yang aktif dalam penanganan TB. Saya juga selalu refresh materi terkait TB," (Poli TBC Puskesmas K, KII tanggal 7 Desember 2021, Pulau Jawa)

Untuk mendukung peran kader kesehatan, beberapa pemerintah desa telah memberikan bantuan dalam bentuk insentif berupa uang transportasi. Namun, karena kader TBC sudah dibiayai oleh BOK Puskesmas, maka insentif kader lebih banyak diperuntukkan untuk kader Posyandu.

Keterlibatan desa terhadap penanganan TBC juga dipengaruhi oleh keaktifan Puskesmas dalam mengkampanyekan penanganan TBC. Desa-desa yang berada di wilayah Puskesmas yang aktif dalam mendorong isu TBC, dapat mempengaruhi perhatian pemerintah desa dan kepala desa terhadap isu ini. Seperti yang sudah kami diskusikan sebelumnya, adanya akses data laporan resmi SITB dari Puskesmas bisa menjadi pintu masuk yang krusial untuk memberikan wawasan kepada kepala desa tentang situasi TBC di desanya. Beberapa Puskesmas yang aktif dalam isu TBC juga mendorong pemerintah desa untuk terlibat dalam proses *tracing* TBC. Contoh terjadi di Desa S di Provinsi DIY yang selalu berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas dalam berbagai isu kesehatan.

> *"Inshaallah kalau di S kondisi kesehatan penanganannya baik, Bu. Kemarin baru diadakan cek rontgen TBC atau apa gitu ya, sekitar 200 orang. Selama dua hari, baru satu minggu yang lalu," (Kepala Desa S, KII tanggal 17 November 2021, Pulau Jawa)*

Lemahnya akses data dan koordinasi antara Puskesmas dan pemerintah desa juga membuat pemerintah desa merasa cukup dengan menjalankan program yang ada. Pendapat dari Kepala Desa PN dan SN berikut menunjukkan keengganan pemerintah desa untuk berkontribusi dalam penanganan TBC karena desa merasa bahwa dana dari Dinas Kesehatan lewat Puskesmas sudah cukup.

> *"Mungkin ya kita masih seperti ini ketika kita masih optimal ya saya kira, ketika ada kader khusus yang mendampingi atau mendeteksi itu kan akhirnya sudah sudah ada yang menangani. Walaupun secara sosialisasi secara umum yang mungkin perlu, tapi ketika sudah ada orangnya nanti sekalian sosialisasi ketika ada momen-momen tertentu, di kegiatan apa mereka sosialisasi." (Kepala Desa PN, KII tanggal 7 Desember 2021, Pulau Jawa)*

> *"Kalau memang ada anggaran di Puskesmas, kita juga bisa tahu ini jangan dimasukkan di APBDes kan ada juga anggaran yang dari Puskesmas untuk posyandu. Saya kan juga ikut membuat anggaran ini jadi saya tahu ini bisa*

masuk ini bisa nggak, ini sudah dapat dari Puskesmas jadi ini jangan, kita bisa pilah-pilah disitu," (Kepala Desa SN, KII tanggal 6 Desember 2021, Pulau Jawa)

Peluang Advokasi dalam Isu TBC di Tingkat Desa

Dinamika alokasi anggaran dana desa menunjukkan bahwa setiap desa memiliki keterbatasan ruang fiskal. Selain itu, beberapa desa menunjukkan keengganan untuk memberikan alokasi dana desa secara khusus untuk isu TBC karena tidak berkorelasi secara langsung dengan program kerja kepala desa terpilih. Namun demikian, dari hasil wawancara dan FGD kami, juga menunjukkan tingkat kabupaten/ kota maupun pemerintahan desa, dapat memanfaatkan dana desa untuk penanganan TBC, sepanjang ada legitimasi regulasi. Situasi ini disampaikan oleh salah satu Dinas Kesehatan tingkat kabupaten yang telah memiliki Peraturan Bupati tentang eliminasi TBC. Desa-desa di kabupaten tersebut, secara eksplisit juga telah mengalokasikan dana desa untuk mendukung eliminasi TBC.

"Leading sector desa itu adalah BPMPD (Dispermardes-red), jadi kalau pengalaman kami memang desa itu akan lebih tunduk terhadap dinas BPMPD. Jadi nanti kami mengadvokasi dinas desa, dinas BPMPD, untuk kita sama-sama meyakinkan pihak desa bahwa kami sudah punya perbup yang secara payung hukum bisa dijadikan dasar untuk temen-temen desa menyusun penganggaran terhadap kegiatan TB," (Dinkes LB, FGD tanggal 22 November 2021, Luar Jawa)

Celah untuk terbitnya regulasi sebagai dasar/payung hukum di tingkat desa sebenarnya bisa memanfaatkan program SDGs Desa. Sebagaimana diungkapkan oleh Dispermades, dana desa bisa digunakan untuk mendukung SDGs desa yang memiliki 17 sektor. Sektor ini bisa dimanfaatkan oleh untuk eliminasi TBC. Pernyataan Dispermardes ini mengkonfirmasi masukan kebijakan yang disarankan oleh Kementrian Desa PDTT, Kementrian Dalam Negeri, dan Kementrian Keuangan.

BAB IV
IDENTIFIKASI *POLICY WINDOW* UNTUK ADVOKASI KEBIJAKAN PEMANFAATAN DANA DESA DALAM UPAYA MENDUKUNG PERCEPATAN ELIMINASI TB

Bab ini akan membahas identifikasi *policy window* advokasi kebijakan pemanfaatan dana desa untuk percepatan eliminasi TBC dari pemetaan regulasi dan *stakeholder* yang ada. Berikut dijelaskan beberapa poin penting berkaitan dengan advokasi kebijakan dimaksud.

Identifikasi Tantangan dan Alternatif Solusi

Tantangan	**Solusi**
Pemahaman Pemerintah desa terkait TBC belum merata	Peningkatan kapasitas kepada pemerintah desa tentang tata laksana penanganan TBC
Pemerintah desa tidak memiliki akses terhadap data penderita TBC di desa	Penyediaan akses data SITB untuk pemerintah desa sebagai basis *follow-up* kebijakan dan perencanaan
Koordinasi penanganan TBC antara pemerintah desa dan Puskesmas	Formalisasi koordinasi antara pemerintah desa (Kasi Urusan Kesejahteraan Rakyat selaku koordinator kader) dengan Puskesmas

Tantangan	Solusi
Keterbatasan ruang fiskal desa, terlebih dalam konteks pandemi Covid-19	Integrasi penanggulanan TBC dengan program-program yang sudah ada/berjalan (SDGs, Posyandu, *stunting*, rumah peduli kesehatan, dan sebagainya)
Pemahaman masyarakat rendah, menjadikan isu TB tidak terakomodasi di musyawarah desa	Pemberdayaan masyarakat melalui KIE TB dan melalui kader
Belum adanya dukungan untuk pasien TBC dalam sisi kuratif dalam bentuk: 1. Belum ada dukungan transportasi bagi penderita TBC untuk mengakses layanan kesehatan (Puskesmas) 2. Belum adanya dukungan nutrisi bagi pasien TBC selama pengobatan 3. Belum adanya dukungan keuangan bagi pasien TBC, sebagai dampak kehilangan pekerjaan selama pengobatan 4. Belum adanya pendamping rutin ke penderita TBC terkait Pengawas Menelan Obat (PMO) dan dukungan psikososial	1. Adanya alokasi anggaran transportasi melalui dana desa bagi penderita TBC dalam mengakses layanan kesehatan (Puskesmas) 2. Adanya penyediaan tambahan nutrisi bagi penderita TBC selama pengobatan, 3. Adanya dukungan keuangan melalui skema bantuan sosial bagi pasien TBC selama pengobatan 4. Adanya pendamping dalam proses PMO dan dukungan psikososial

Tantangan	Solusi
Belum optimalnya upaya promotif dan preventif	1. Penyelenggaraan peningkatan kapasitas kader desa. 2. Pelatihan kader dilakukan beriringan dengan aktivitas sosial warga 3. Integrasi pembangunan infrastruktur dengan penanggulangan TBC melalui kegiatan RTLH ataupun PHBS, 4. Dukungan anggaran desa untuk aktivitas *surveillance*

Tabel 8 Identifikasi Tantangan dan Alternatif Solusi

Potensi Dukungan

a. *Regulasi payung yang Memadai*

Berdasarkan kajian regulasi yang dilakukan melalui metode *desk study* dalam kajian ini, kita bisa melihat bahwa pemerintah telah menyediakan regulasi yang memadai untuk mendukung upaya penanggulangan TBC. Sebelum lahirnya Perpres Np. 67/2021, skema regulasi terkait penanggulangan TB telah cukup komprehensif. Beberapa regulasi yang sudah cukup kuat dan tegas mengatur eliminasi TBC sebagaimana tertuang dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Permenkes 67/2016 tentang Penanggulangan TB. Ini masih diperkuat dengan Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang 12 Pelayananan Dasar pada SPM Kesehatan Daerah poin k, berupa pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosis dan Strategi Nasional TB 2020-2024.

Gagasan regulatif ini makin konkret dengan ditegaskan di dalam perencanaan pembangunan nasional sebagaimana tertuang dalam Perpres No. 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024. RPJMN 2020-2024 ini

kemudian dijabarkan dengan baik dan konsisten di Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2020-2024 dan Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kemenkes 2020-2024 yang menegaskan target persentase keberhasilan pengobatan TBC di semua daerah sebesar 90%, cakupan penemuan, dan pengobatan sebesar 90%, dan target angka keberhasilan pengobatan tahunan sampai 2024 sebesar 252.493.

Rangkaian regulasi dan perencanaan pembangunan ini makin dikukuhkan dengan Perpres No. 67/2021 yang dapat membantu mengatasi hambatan lintas sektor/kementerian, mengingat posisi tatakelola kesehatan yang menjadi lokus urusan yang terdesentralisasi. Aspek yang tidak kalah penting yang dibahas di Perpres ini adalah menegaskan pelibatan desa, yang dikukuhkan melalui regulasi Kemendesa bagi pemanfaatan dana desa guna mendukung penanggulangan TBC sesuai dengan kewenangan desa.

b. *Pendekatan Multi-stakeholder dalam Kebijakan*

Selain dukungan regulasi dan perencanaan pembangunan yang menegaskan intensi positif pemerintah untuk penanggulangan TBC sebagaimana dijelaskan di atas, pendekatan *multi-stakeholder* juga dijadikan *mainstream* dalam strategi penanggulangan TBC. Hal ini menjelaskan *awareness* (kesadaran) pemerintah bahwa TBC tidak hanya tentang isu kesehatan. Tetapi juga terkait dengan isu ekonomi dan sosial di berbagai level pemerintahan. Perpres No. 67/2021 dengan sangat jelas memaparkan struktur organisasi penanggulangan TBC, di bawah arahan Kemenko PMK, dengan Kemenkes sebagai *leading sector*, untuk berkoordinasi bersama kementerian-kementerian lain dalam mendukung upaya penanggulangan TBC.

Poin penting dalam Perpres ini adalah, tiap sektor dijelaskan lingkup kerja dan target masing -masing dalam rentang waktu tertentu. Selain mengatur struktur organisasi formal pemerintahan dalam penanggulangan TBC, Perpres juga mengatur keterlibatan lembaga donor dalam dan luar negeri, lembaga riset, lembaga swadaya masyarakat (CSO dan CBO), dan lembaga swasta untuk turut serta

berkontribusi dalam penanggulangan TBC dan pencapaian target yang telah ditentukan. Pendekatan *multi-stakeholder* menegaskan kepedulian pemerintah bahwa TBC tidak bisa hanya diselesaikan sendirian oleh pemerintah. Dukungan dari sektor-sektor lain sangatlah berperan penting. Perpres ini sekaligus juga menjabarkan aspek *"how-to"* dalam turut serta didalam penanggulangan TBC bagi tiap-tiap pihak.

c. *Peta Jalan Penanganan TBC yang Cukup Jelas*

Titik masuk lain yang cukup penting dalam penanggulangan TBC adalah peta jalan yang cukup jelas, yang disusun per periode dalam pencapaian target eliminasi TBC pada 2030 dan bebas TBC pada 2050. Hal ini memudahkan penyusunan target tahunan dan lima tahunan bagi sektor terkait. Dalam upaya mencapai target eliminasi TBC 2030 dan Bebas TBC 2050, pemerintah telah Menyusun Target dan Indikator sesuai Perpres No. 67/2021. Indikator utama, disebut indikator dampak, menggarisbawahi dua target penting, yaitu: (i) penurunan kejadian TBC (*incidence rate*) menjadi 65 per 100.000 penduduk pada 2030, dan (ii) penurunan angka kematian akibat TB menjadi 6 per 100.000 2030.

Target utama ini dibagi kedalam indikator luaran pendukung, disebut dengan *indicator outcome*, yang terdiri dari: (i) Cakupan penemuan dan pengobatan TBC (95% pada 2030), (ii) Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (90% pada 2024), (iii) Cakupan penemuan dan pengobatan TBC resisten obat (80% pada 2024), (iv) Persentase Pasien TBC Resisten Obat yang memulai pengobatan (95% pada 2024), (v) Persentase Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Resisten Obat (80% pada 2024), (vi) Cakupan Penemuan Kasus TBC pada Anak (90% pada 2024), (vii) Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) (90% pada 2024), dan (viii) Persentase Pasien Mengetahui Status HIV (90% pada 2024).

Untuk mencapai target tersebut, pemerintah telah menyiapkan Strategi Nasional Penanggulangan TBC. Dalam Strategi Nasional Penanggulangan TBC sesuai Perpres No. 67/2021, pemerintah telah membagi proses bisnis penanggulangan TBC kedalam enam strategi,

yang dijabarkan kedalam kegiatan-kegiatan, target tahunan, dan penanggungjawab. Enam strategi yang dimaksud mencakup:

a. Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat dan pemerintah daerah
b. Peningkatan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien
c. Intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka penanggulangan TBC
d. Peningkatan kajian, pengembangan dan inovasi di bidang penanggulangan TBC
e. Peningkatan peran serta komunitas, pemangku kepentingan, dan multisector lainnya dalam penanggulangan TBC
f. Penguatan manajemen program

Dengan demikian, pencapaian indikator dan bagaimana mencapainya, khususnya terkait siapa melakukan apa dan kapan, cukup jelas dijabarkan peta jalannya.

d. *Kesepahaman antara Lintas Sektor dan Lintas Level Pemerintahan*

Berdasarkan hasil studi kami dengan pemangku kebijakan di pusat (kementerian) maupun daerah (provinsi, kabupaten, dan desa), pada dasarnya mereka sepakat akan pentingnya penanggulangan TBC. Semua sektor dan tingkat pemerintah setuju dengan target ini.

Terkait dengan upaya penanggulangan TBC seperti yang sudah ditegaskan di dalam Perpres No. 67/2021, berbagai kementerian yang dilibatkan sepakat bahwa bahwa penanggulangan TBC sebagai program nasional harus didukung secara bersama-sama oleh semua sektor di berbagai tingkat pemerintahan. Hanya saja, diperlukan regulasi turunan (pelaksana) di masing-masing kementerian untuk mendukung percepatan eliminasi TBC.

Kesepahaman lain yang dapat diidentifikasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, khususnya pemerintah provinsi dan kabupaten, adalah bahaya TBC dan pentingnya mendukung percepatan eliminasi TBC. Hasil observasi selama studi ini menunjukkan beberapa kabupaten

telah cukup responsif dalam eliminasi TBC yang diwujudkan dengan fasilitasi kepada Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia (PPTI). Sayangnya, kondisinya agak beragam di level desa.

Beberapa desa telah memiliki kesepahaman dengan pemerintah tentang bahaya TBC dan pentingnya melakukan eliminasi TBC. Desa-desa yang memiliki perhatian tinggi ini umumnya didukung pleh PKK cukup aktif dan kader yang cukup mapan sehingga mampu menjadi roda pendorong yang efektif dalam pelaksanaan program kesehatan.

Sementara itu, di beberapa desa yang lain, pemahaman terhadap bahaya TBC dan pentingnya eliminasi TBC masih perlu dibangun. Dalam hal ini, peran pemerinta kabupaten menjadi sangat penting. Secara teknis, upaya ini bisa dilakukan secara bersama-sama oleh Dinkes dan Dinpermades, dengan dibantu oleh Puskesmas di masing-masing kecamatan.

e. *Kemauan dan Kepatuhan Pemerintah Desa terhadap Ketentuan Regulasi*

Terlepas pemahaman pemerintah desa yang beragam terkait bahaya TBC dan pentingnya eliminasi TBC, perlu untuk ditelusuri kemauan pemerintah desa untuk mendukung penanggulangan TBC melalui dana desa. Dari hasil kajian ini penulis mengidentifikasi regulasi menjadi faktor kunci dalam mendukung kepatuhan dan kemauan pemerintah desa untuk mengalokasikan dana desa dalam rangka upaya penanggulangan TBC.

Desa-desa yang sudah cukup baik pemahaman dan kepeduliannya terhadap TBC, terkadang masih cukup kesulitan untuk mengeluarkan kebijakan karena belum adanya dasar regulasi payung yang belum eksplisit. Sebagai konsekuensi, desa-desa yang memiliki komitmen, kemudian menyisipkannya dalam bentuk biaya operasional yang diwujudkan dalam bantuan transportasi pasien TBC dan kader, maupun melalui penanggulangan Rumah Tidak Layak Huni.

Situasi seperti ini bisa kita temui di beberapa lokasi kajian seperti di Desa Mlagen, Kecamatan Pamotan, Kabupaten Rembang, dan Desa

Panggungharjo, Kecamatan Sewon, Kabupaten Bantul. Kejelasan regulasi cantolan juga diperlukan oleh desa-desa yang ingin memberikan alokasi dana desa untuk eliminasi TBC, tetapi belum melakukannya karena masih membutuhkan peningkatan kapasitas di kalangan pemerintah desa. Sayangnya, masih ada desa-desa lokasi kajian yang tidak hanya belum memiliki pemahaman memadai tentang TBC, sekaligus merasa keberatan dengan pengalokasian TBC melalui Dana Desa.

Dalam hal ini, yang penting dilakukan sebenarnya adalah dengan memperjelas lingkup/kewenangan desa untuk memastikan ia tidak tumpang tindih dengan kewenangan kabupaten. Sehingga, pemerintah desa akan bisa tahu bahwa mereka bisa melakukan alokasi dana desa untuk upaya pemberantasan TBC di wilayah mereka.

f. *Adanya Titik temu-titik Temu Upaya Penanggulangan TBC dengan Program-program Sosial dan Kesehatan di level Desa*

Terlepas dari masih adanya kesulitan untuk membuat kebijakan atau melaksanakan program-program terkait dengan eliminasi TBC di desa seperti yang sudah dibahas di bagian-bagian sebelumnya, di beberapa desa sudah menemukan beberapa program yang memiliki titik temu dengan penanggulangan TBC.

Program-program tersebut diantaranya adalah penanggulangan Rumah Tidak Layak Huni (di beberapa kasus didukung oleh dana bantuan dari pemerintah pusat ataupun pemerintah provinsi), program Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang bergizi bagi balita, lansia, dan pasien TB, dan program pemberdayaan masyarakat untuk edukasi kesehatan melalui Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE). Program-program ini dapat menjadi titik masuk bagi pemerintah desa, sehingga mereka tidak perlu membuat/mendesain program lain/baru. Sebab, belum tentu program baru tersebut akan sejalan dengan program yang sudah ada dan berjalan selama ini.

Dari pemetaan titik masuk di atas, terdapat dua hal penting yang harus diperhatikan, mencakup:

1. Pentingnya tindak lanjut Perpres No. 67/2021 berupa regulasi turunan di level Kementerian Desa dan PDT (dan Kementerian Keuangan).
2. Perlunya identifikasi peran desa yang lebih jelas sesuai kewenangan desa dalam upaya pelibatan pemerintah desa untuk mendukung percepatan eliminasi TBC melalui pemanfaatan Dana Desa.

EPILOG
PERAN STRATEGIS DESA DALAM PENANGANAN TBC: SEBUAH REKOMENDASI

Berdasarkan hasil telaah regulasi, hasil temuan empirik, serta identifikasi titik masuk advokasi pemanfaatan dana desa, ada beberapa rekomendasi yang penulis ajukan. Pertama, perlunya advokasi bagi penerbitan regulasi turunan di level Kementerian Desa dan PDTT yang secara eksplisit menekankan kontribusi desa untuk penanggulangan TBC. Regulasi ini sebisa mungkin diperkuat dengan regulasi di Kementerian Keuangan terkait pengelolaan dana desa sebagai mandat dari Perpres No. 67/2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Sebab, desa merupakan bagian tidak terpisahkan dalam pencapaian target nasional eliminasi TBC 2030 dan bebas TBC 2050. Kontribusi desa diwujudkan melalui pemanfaatan dana desa yang kebijakannya harus dikeluarkan di 2022 (strategi ke 4 Stranas Penanggulangan TBC sesuai Perpres 67/2021).

Alur pemanfaatan dana desa dalam penanganan TBC sesuai hasil temuan kajian ini (Bab II, III, dan IV) yang bisa dilakukan sebagai rekomendasi kebijakan adalah sebagai berikut:

Gambar 8 Rekomendasi Penanggulangan TBC di Desa sesuai Kewenangan Desa

Sebagaimana identifikasi tantangan di Bab IV, permasalahan utama penanggulangan TBC di desa adalah kurangnya pemahaman pemerintah desa terkait penyakit TB. Salah satu penyebab adalah ketiadaan akses data penderita TBC. Padahal, data sudah tersedia melalui SITB. Dalam penyusunan perencanaan program untuk eliminasi TBC, data adalah kunci bagi desa. Oleh karena itu, alur diatas merekomendasikan arah penguatan Puskesmas dan desa dalam penyediaan akses data penderita TBC di desa. Desa mengintegrasikan program penanggulangan TBC dengan program SDGs Desa dan Program Bantuan Sosial untuk keluarga penderita TBC. Desa, melalui Kepala Urusan Kesejahteraan Rakyat (Kaur Kesra), melakukan rekrutmen dan organisasi kader guna melakukan penanggulangan TB yang sesuai dengan standar dan kewenangan desa mencakup: 1) Promosi dan preventif lewat KIE TB; 2) Survaillans; 3) *Screening/testing*; dan 4) *Treatment*, termasuk pendampingan PMO, penyediaan PMT, dan pendampingan psikososial

Perlunya identifikasi peran desa yang lebih jelas sesuai kewenangan desa dalam upaya pelibatan pemerintah desa untuk mendukung percepatan eliminasi desa melalui pemanfaatan Dana Desa. Diantara kewenangan desa yang dapat diidentifikasi adalah sebagai berikut:

a. Promotif: pemberdayaan masyarakat, kader dan pemerintah desa untuk KIE TBC

b. Preventif: penciptaan lingkungan dan permukiman yang sehat dan gaya hidup sehat melalui RTLH, PHBS, dan Germas.
c. Kuratif: melalui dukungan dan pendampingan terhadap proses penyembuhan pasien TBC seperti penyediaan PMT, penyediaan sarana transportasi pasien ke faskes, penyediaan sarana transportasi kader ke faskes, dan penyediaan dukungan kader untuk menjangkau pasien/terduga pasien.
d. Rehabilitatif: melalui dukungan psikososial untuk membantu pasien TBC yang telah dinyatakan sembuh agar dapat kembali ke masyarakat secara produktif.
e. Dukungan *complementary* (pelengkap/komplementer) lainnya: berupa dukungan ekonomi untuk keluarga pasien TBC dan dukungan operasional terhadap kader TBC di desa.

Beberapa strategi alternatif untuk mempercepat implementasi kebijakan pemanfaatan dana desa dalam eliminasi TBC, dengan cara:

a. Mendorong Kementerian Desa dan PDTT untuk berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan dibawah koordinasi Kemenko PMK, untuk menyusun peraturan menteri keuangan turunan dari Permendes No. 7/2021.
b. Belajar dari pengalaman implementasi kebijakan penurunan *stunting*, percepatan kebijakan dapat dilakukan dengan dorongan administratif dari Kementerian Keuangan dengan bentuk kebijakan Peraturan Menteri Keuangan (PMK), dimana desa wajib melampirkan catatan pencapain program/kegiatan terkait penanggulangan stunting. Peraturan Menteri Keuangan (PMK) ini memiliki potensi untuk direplikasi dalam isu eliminasi TBC.
c. Mendorong Kementerian Desa dan PDTT berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk menyusun buku pedoman penanganan TB di desa, integratif dengan buku saku kesehatan di level desa, sebagaimana yang dilaksanakan Posyandu. Dengan demikian, TB perlu di-*insert*-kan (disisipkan) ke dalam layanan Posyandu/Posbindu yang sudah ada.

d. Sebagai tambahan strategi, dengan mendorong Kementerian Desa dan PDTT berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri untuk menginstruksikan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk *mainstreaming* isu TBC baik di Dinas Kesehatan maupun Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa. Bagaimanapun, pemerintah kabupaten, provinsi, dan pusat memiliki tanggungjawab untuk menjadi pendamping dan pengarah pemerintah desa untuk melaksanakan tugas, tanggungjawab, dan kewenangannnya.
e. Untuk memastikan implementasi Perpres No. 67/2021, Kantor Staff Presiden (KSP), khususnya Deputi II untuk berinisiatif memfasilitasi koordinasi lintas kementerian/lembaga dan melakukan monitoring target dan strategi nasional target eliminasi TBC.

DAFTAR PUSTAKA

D. Collins, F. Hafidz, dan D. Mustikawati 2017. The economic burden of tuberculosis in Indonesia", *INT J TUBERC LUNG DIS* 21(9):1041–1048. DOI: http://dx.doi. org/10.5588/ijtld.16.0898

Elizabeth Fair, Philip C Hopewell & Madhukar Pai 2007. International Standards for Tuberculosis Care: revisiting the cornerstones of tuberculosis care and control, *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 5(1), 61-65. DOI: 10.1586/14787210.5.1.61

Kementerian Kesehatan RI 2020. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024.

M Muniyandi & Rajeswari Ramachandran 2008. Socioeconomic inequalities of tuberculosis in India", Informa Healthcare, *Expert Opin. Pharmacother.* 9 (10),1623-1628.

Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J 2017. The Republic of Indonesia Health System Review. *Health Systems in Transition*, 7 (1). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254716/1/9789290225164-eng.pdf

TB Alliance 2007, *Pathway to patients: charting the dynamics of the global TB drug market.* Pretoria, South Africa. http://www. tballiance.org/downloads/publications/ Pathway_to_ Patients_ Overview_FINAL.pdf

Togun, T., Kampmann, B., Stoker, N.G. *et al.* 2020. Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB

control programmes. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 19 (21). https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1

World Bank. 2021. Village Public Expenditure Management in Indonesia: Towards Better Budgeting and Spending. Washington, DC. https://openknowledge.worldbank. org/handle/10986/36128

World Health Organization 2016, Global tuberculosis report. WHO/ HTM/TB/2016.13. Geneva, Switzerland.

Berita Daring (Online)

https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/dashboard-tb/

https://www.kemkes.go.id/article/view/21032400001/cara-sama-tanggulangi-tbc-dan-covid-19.html

https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/informasi/tentang-tbc/situasi-tbc-di-indonesia-2/

https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/informasi/tentang-tbc/situasi-tbc-di-indonesia-2/

https://tirto.id/bank-dunia-kritik-penyaluran-dana-desa-sebabkan-ketimpangan-wilayah-evTF

https://www.voaindonesia.com/a/covid-19-bisa-naikkan-angka-kematian-penderita-hiv-tb-dan-malaria/5501954.html

http://binapemdes.kemendagri.go.id/blog/detil/mari-memahami-regulasi-penataan-kewenangan-desa

INDEKS

BIOGRAFI PENULIS

Retna Hanani bekerja sebagai dosen dan peneliti kebijakan sosial di Departemen Administrasi Publik, FISIP Universitas Diponegoro. Pendidikan S1 diselesaikan di FISIP Universitas Indonesia (2005), Master of Public Policy dari Australian National University (2011), dan saat ini sedang menyelesaikan S3 di Universiteit van Amsterdam dengan topik disertasi tentang Politik Reformasi Kebijakan Kesehatan di Indonesia.

Laila Kholid Alfirdaus adalah dosen Departemen Politik dan Ilmu Pemerintahan, FISIP, Universitas Diponegoro. Menyelesaikan Pendidikan S1 di Jurusan Ilmu Pemerintahan, FISIPOL, Universitas Gadjah Mada (2004), S2 di Master of Public Policy, The Australian National University, Australia (2008), dan S3 di Inter-Religious Studies, Indonesian Consortium for Inter-Religious Studies, Universitas Gadjah Mada (2016). Memiliki fokus kajian pada analisis kebijakan publik, dengan keahlian perencanaan dan evaluasi kebijakan dan pembangunan, dan analisis gender.

Widi Nugroho adalah Direktur Eksekutif PATTIRO Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 di Administrasi Publik Universitas Diponegoro dengan kajian studi model kolaborasi stakholder dalam inovasi pelayanan publik. Memiliki pengalaman dan kepakaran dalam analisa Perencanaaan Penganggaran, keterbukaan informasi, Inovasi dan advokasi kebijakan di Indonesia. Widi merupakan inisiator pembentukan forum LSM Jawa Timur, Jawa Tengah dan DI Yogyakarta dalam mendorong perubahan layanan publik di daerah.