

## PENGELOLAAN KEUANGAN DAERAH DALAM UPAYA PENINGKATAN CAPAIAN SPM HIV: STUDI KASUS DI PUSKESMAS KOTA X TAHUN 2022

Akhmad Ghozali<sup>1\*</sup>, Mardiaty Nadjib<sup>2</sup>

Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia<sup>1,2</sup>

\*Corresponding Author : ghioza@gmail.com

### ABSTRAK

HIV/AIDS masih menjadi masalah kesehatan hampir di seluruh dunia. Di Indonesia HIV/AIDS menginfeksi masyarakat usia produktif yang dapat menyebabkan dampak sosial dan ekonomi bagi penderitanya. Pemerintah berkomitmen untuk mengeliminasi HIV/AIDS pada Tahun 2030 dengan berbagai strategi *Fast track*, *3 Zero's*, *STOP* dan Standar Pelayanan Minimal. Namun pada pelaksanaannya, pemenuhan SPM HIV di daerah masih terkendala dengan ketersediaan anggaran untuk menjangkau populasi kunci maupun untuk promosi dan sosialisasi tentang penyakit HIV/AIDS. Capaian SPM HIV di Kota X selama tahun 2019-2021 masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu sebesar 11%, 7,2%, dan 5,2% dari target sebesar 100%. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara pengelolaan keuangan publik (*public financial management*) dengan capaian kinerja SPM HIV. Pendekatan kuantitatif menggunakan data sekunder dan kualitatif menggunakan data primer yaitu wawancara mendalam. Lokasi penelitian dan informan dipilih berdasarkan kriteria tertentu (*purposive sampling*) dengan mempertimbangkan kecukupan dan kesesuaian dengan metode telaah dokumen dan wawancara mendalam. Hasil wawancara lalu dianalisis dengan melakukan *content analysis*. Untuk menjaga keabsahan digunakan triangulasi metode dan sumber. Perbandingan alokasi anggaran total dengan alokasi untuk deteksi dini HIV sebesar PKM A (3,2%), PKM B (0,24%) dan PKM C (1,08%). Pencapaian kinerja keuangan dan kinerja program masing-masing PKM A (46,67% dan 38%), PKM B (100% dan 50%), PKM C (81,67% dan 24%). Penelitian ini menyimpulkan bahwa pengelolaan keuangan publik di Puskesmas Kota X sudah dilaksanakan dengan transparan dan akuntabel, namun masih terdapat beberapa kelemahan terkait perumusan anggaran, pelaksanaan anggaran dan evaluasi anggaran.

**Kata kunci** : HIV, pengelolaan keuangan publik, PFM, puskesmas, standar pelayanan minimal

### ABSTRACT

*HIV/AIDS is still a health problem in almost all over the world. In Indonesia, HIV/AIDS infects people of productive age which can have social and economic impacts on sufferers. The purpose of this study was to determine the relationship between public financial management and HIV MSS performance outcomes. Quantitative approach uses secondary data and qualitative uses primary data, namely in-depth interviews. Research locations and informants were selected based on certain criteria (purposive sampling) taking into account the adequacy and suitability of the document review and in-depth interview methods. The results of the interviews were then analyzed by conducting content analysis. To maintain the validity, triangulation of methods and sources is used. Comparison of the total budget allocation with the allocation for early detection of HIV is PKM A (3.2%), PKM B (0.24%) and PKM C (1.08%). Achievement of financial performance and program performance respectively PKM A (46.67% and 38%), PKM B (100% and 50%), PKM C (81.67% and 24%). This study concludes that public financial management at the X City Health Center has been carried out in a transparent and accountable manner, but there are still some weaknesses related to budget formulation, budget execution and budget evaluation*

**Keywords** : HIV, public financial management, PFM, public health centre, minimum service standar

## PENDAHULUAN

HIV/AIDS masih menjadi masalah kesehatan dunia dan Indonesia menyebabkan dampak sosial, ekonomi dan psikologi tidak saja bagi penderitanya (Pardita & Sudibia, 2014), namun keluarga dan Bangsa dan Negara. Berdasarkan estimasi WHO (2021) HIV menginfeksi sekitar 38,4 juta jiwa, 1,5 juta AIDS, dan menyebabkan kematian 650.000 jiwa (WHO, 2022). Estimasi HIV di Indonesia pada tahun 2022 sebesar 526.841 jiwa, kasus baru yang ditemukan tahun yang sama sebanyak 36.665 orang. Penderita HIV/AIDS menghadapi berbagai masalah diskriminasi dan stigma sehingga sulit mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini merupakan tantangan bagi pemerintah untuk mencapai tujuan strategis eliminasi HIV/AIDS tahun 2030, Komitmen Global dalam Sustainable Development Goal's (SDG's), dan pencapaian *Universal Health Coverage*. Strategi Penanggulangan HIV/AIDS terdiri dari *Three Zeros, Fast track, STOP* (Suluh, Test, Obati, Pantau) dan Standar Pelayanan Minimal Orang dengan risiko terinfeksi HIV. Untuk menjalankan semua program penanggulangan HIV/AIDS tersebut membutuhkan pembiayaan kesehatan yang memadai. (Direktorat Jenderal P2P, 2022)

Pembiayaan kesehatan adalah merupakan sub sistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menghimpun, mengalokasikan dan membelanjakan sumber daya keuangan yang tersedia secara cukup, adil, merata, efisien dan efektif. Tekanan ekonomi membuat pembiayaan kesehatan penanggulangan HIV/AIDS menjadi menurun di negara-negara berpenghasilan rendah dan sedang dengan rata-rata 20 miliar dollar dari 29 miliar dollar sebagai acuan. Laporan NASA Indonesia (2019) menunjukkan tren penurunan pengeluaran kesehatan untuk penanggulangan HIV/AIDS sebesar \$108.607.100 pada tahun 2018 dari \$177.363.488 tahun 2016, dengan proporsi pembiayaan terbesar berasal sektor publik 68% (USD 74,322,845), Internasional \$34,284,252 lebih rendah dari tahun 2017 dimana publik sebesar 53% (USD 75,153,476) dan internasional 47% (USD 66.874.139)

Perubahan sistem pemerintahan menjadi Desentralisasi pada tahun 1999, yang mengamanatkan urusan kesehatan kepada. Penerapan Kebijakan Pemenuhan dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan mendorong Pemerintah Daerah untuk memberikan pelayanan layanan kesehatan dasar bermutu bagi setiap warga negara dimana pelayanan orang dengan risiko terinfeksi HIV menjadi salah satu indikator kinerja yang harus dicapai. SPM dilaksanakan dengan melakukan pendataan bagi orang yang akan menerima layanan, melakukan penghitungan kebutuhan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Penelitian Implementasi Penganggaran Berbasis Kinerja pada pemenuhan SPM Kesehatan di Kabupaten Bener Meriah masih terkendala oleh ketersediaan anggaran, pemahaman terkait SPM masih kurang, dan rendahnya evaluasi kinerja. (Jaswin, dkk 2018)

Pemerintah Daerah menghadapi kendala dalam pembiayaan SPM, dimana bagi daerah yang memiliki fiskal yang kecil masih mengandalkan lembaga donor (*Global Fund*) dan Dana Transfer (APBN) sebagai sumber pembiayaan utama. Pada saat yang sama, APBD dibentuk hanya berdasarkan berdasarkan item belanja (*line item*), realisasi keuangan tahun lalu (*historical budget*) dan belum menghitung kebutuhan berdasarkan indikator kinerja yang ingin capai (Anggaran Berbasis Kinerja atau ABK). Kecendrungan mengalokasikan anggaran untuk pembangunan fisik yang dapat terlihat dan mudah diukur secara nyata. Meskipun terdapat *mandatory spending* untuk sektor kesehatan 10% diluar gaji, namun pada kenyataannya banyak pemerintah daerah yang mengalokasikan dananya pada sektor kesehatan kurang dari ketentuan tersebut sehingga menyebabkan banyak program kesehatan yang tidak mendapatkan pendanaan sesuai dengan target kinerja yang ingin dicapai.

Capaian kinerja pelayanan dasar bagi orang berisiko terinfeksi HIV di Kota X belum menuncapai target kinerja 100%. Berdasarkan Profil Kesehatan Kota X Tahun 2019-2021

hanya mencapai 11%, dan turun menjadi 7,4% dan 5,2%. Capaian SPM HIV tersebut belum mencapai indikator kinerja yang ditetapkan sebesar 100%. Anggaran Kesehatan Tahun 2022 sebesar Rp. 141.585,02 juta sedangkan alokasi untuk SPM HIV pada kode rekening 1.02.02.2.02.12 berjumlah 36,57 juta.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengelolaan anggaran kinerja pelayanan SPM HIV dengan pendekatan Pengelolaan Keuangan Publik (*Public Financial Management* atau PFM) (Piatti-Fünfkirchen & Schneider, 2018) mulai dari penentuan prioritas dan alokasi anggaran (*budget formulation*), pelaksanaan anggaran (*budget execution*), serta melakukan evaluasi setiap proses untuk menjadi informasi alokasi tahun berikutnya (*budget evaluation*) dan hubungannya dengan capaian kinerja SPM HIV di Puskesmas Kota X Tahun 2022.

## METODE

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus. Lokasi penelitian adalah Dinas Kesehatan Kota X pada bulan Mei 2023. Pengumpulan data kuantitatif diperoleh dari telaah dokumen data sekunder meliputi Rencana Kerja Anggaran, Dokumen Pelaksanaan Anggaran, Profil Kesehatan, dan Laporan Kinerja SPM. Untuk pendekatan kualitatif, data primer diperoleh dari wawancara mendalam yang dilakukan menggunakan instrumen pedoman wawancara semi struktur yang bersifat terbuka (Sugiyono, 2019). Pemilihan informan dilakukan dengan kriteria tertentu dengan prinsip kesesuaian dan kecukupan (Martha & Kresno, 2017) diperoleh lima informan yang terdiri dari satu orang Staf Pengelola HIV (PH), satu orang staf program informasi dan humas (PP), tiga orang Kepala Puskesmas yang dipilih berdasarkan kriteria memiliki memiliki alokasi pelayanan HIV terbesar (PA), puskesmas rawat inap (PB) dan memiliki layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) (PC). Analisis data kuantitatif dilakukan dengan mendeskripsikan hasil perbandingan antara usulan anggaran, alokasi dan realisasi anggaran dengan pencapaian kinerja. Analisis data kualitatif dilakukan dengan membuat *reading, coding, displaying, reducing, dan interpreting* (Tolley, 2016).

## HASIL

### *Budget Formulation*

#### **Analisis Situasi**

Pada tahun 2022, Kota X memiliki jumlah penduduk sebesar 305.009 jiwa, sampai saat ini terdapat sekitar 400an orang kasus yang ditemukan dan rutin mengkonsumsi ART sebanyak 179 orang, menyebabkan 37 orang meninggal diakibatkan oleh AIDS. Kasus yang ditemukan pada tahun 2022 berjumlah 88 orang, terbesar berada dalam kelompok usia produktif 24-49 tahun sebanyak 67 orang, 20-24 tahun 13 orang, 15-19 tahun 6, dan  $\geq 50$  tahun sebanyak 2 orang. Kota X memiliki 2 layanan PDP, yakni 1 pada layanan primer dengan fasilitas VCT, dan 1 rumah sakit pemerintah. Salah satu informan menyebutkan bahwa penemuan kasus HIV seperti fenomena gunung es yang nampak kecil di permukaannya, namun jika ditelusuri lebih jauh semakin besar.

Sebagai kota transit, Kota X sering menerima pasien dari luar kota seperti dari Kabupaten Langkat dan Kabupaten Deli Serdang. Perhatian pemerintah untuk penanganan kasus HIV/AIDS di Kota X masih belum optimal. Salah satunya adalah belum ada kebijakan atau peraturan dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) maupun Peraturan Walikota tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan HIV/AIDS. Faktor lainnya adalah ketersediaan sumber dana untuk pencegahan terutama promosi kesehatan dan sosialisasi tentang penyakit

ini dimasyarakatkan. Hal ini terkait juga dengan faktor psikologis/perilaku masyarakat, pasien, maupun tenaga kesehatan terhadap stigma dan diskriminasi yang terjadi.

Tujuan penanggulangan HIV/AIDS di Kota X sesuai dengan yang tercantum dalam RPJMD maupun Renstra Dinas Kesehatan Kota X yaitu menyediakan pelayanan kesehatan dasar kepada setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV, dan memberikan pengobatan ART bagi seluruh ODHIV. Tujuan jangka menengah dan panjang, pemerintah Kota X berkomitmen pada Komitmen SDG's, program upaya eliminasi HIV/AIDS tahun 2030 dengan upaya *fast track*, 3 *Zero's* (zero infeksi baru, kematian akibat AIDS, zero diskriminasi, STOP (Suluh, Temukan, Obati, Pantau). Adapun kelompok target/sasaran pelayanan SPM HIV tahun 2022 sebanyak 9070 orang yang terdiri dari Ibu Hamil, Pasien TBC, Pasien IMS, LSL, WPS, Transgender, Penasun dan WBP.

### Prioritas dan Alokasi Anggaran

Berdasarkan hasil telaah dokumen pada usulan Bantuan Operasional Puskesmas Puskesmas diperoleh hasil sebagai berikut:

**Tabel 1. Proporsi Pagu Indikatif BOK Puskesmas terhadap Usulan Kegiatan Deteksi Dini Tahun 2022**

Puskesmas	Total Pagu	Alokasi (ribuan)	%
PKM A	Rp 935.137.800	Rp 30.000	3,21
PKM B	Rp 1.187.645.800	Rp 2.800	0,24
PKM C	Rp 554.600.000	Rp 6.000	1,08

Dari tabel dapat terlihat bahwa program deteksi HIV/AIDS, TBC, Hepatitis, Malaria dan penyakit menular lainnya pada Ibu hamil dan kelompok berisiko hanya mendapatkan alokasi anggaran sebesar tertinggi 3,21% pada PKM A dan terendah pada PKM B (0,24%).

Berdasarkan telaah dokumen SK Alokasi BOK Puskesmas, bahwa pembagian alokasi tiap puskesmas berdasarkan pada parameter jumlah posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas masing-masing dan kebutuhan program. Hasil wawancara pada masing-masing puskesmas mengungkapkan bahwa penentuan prioritas alokasi untuk tiap program berdasarkan pada besarnya masalah, keaktifan dari petugas (penanggung jawab program), skala prioritas masing-masing puskesmas dan tingkat kesulitan yang dihadapi untuk menjangkau populasi kunci. Sebagaimana diinformasikan oleh informan sebagai berikut:

*“menentukan prioritas anggaran, kalau dari seriusnya masalah itu, ...kalau dikami itu prioritas, kalau tidak tidak ditangani akan menyebar kemana-mana”* (PA)

*“karena itu kan untuk HIV ini bukan tidak prioritas, cuman eee gimana ya, kan untuk mendatakan agak sulit, ....”* (PB)

*“....masalah kesehatan karena itu penyakit menular, tapi itu masih belum prioritas”* (PC)

Penanggungjawab program HIV pada Dinas juga mengungkapkan bahwa untuk anggaran bersumber BOK Puskesmas, mereka merencanakan alokasinya sendiri tergantung pada Kepala Puskesmasnya masing-masing. Hal ini terungkap dari wawancara sebagai berikut

*“Nah yang ada juga di puskesmas dana bok, dana transportasi.... Jumlah nya tergantung kepala puskesmas masing-masing....”* (PH)

### Alokasi dan Target Kinerja

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan, bahwa alokasi anggaran belum disusun berdasarkan analisis kebutuhan biaya dengan menggunakan aplikasi *costing* SPM maupun metode lainnya. Sebagaimana hasil wawancara terhadap informan sebagai berikut:

“*analisis kebutuhan biaya belum pernah aku hitung, bendahara biasanya berapa itu nya (kebutuhannya)*” (PA)

“*kalau itu kita kan gak kita hitung sih, yang kita hitung hanya uang transport di BOK itu*” (PB)

“*belum pernah dilakukan....*” (PC)

“*terus terangnya aja analisis seperti itu tidak pernah dilakukan lagi, sedangkan anggarannya saja gak diloloskan apalagi untuk analisis untuk apa....*” (PH)

Hal ini dapat dilihat juga dari hasil telaah dokumen antara alokasi anggaran dan kinerja menunjukkan bahwa alokasi anggaran tidak berdasarkan target kinerja yang ingin dicapai.

**Tabel 2. Pagu Anggaran BOK Puskesmas dan Target Kinerja Tahun 2022**

Puskesmas	Alokasi SPM HIV	Target Kinerja	Kebutuhan Anggaran
PKM A	Rp30.000.000	1.434	Rp 80.948.900
PKM B	Rp 2.800.000	2.119	Rp102.282.200
PKM C	Rp 6.000.000	1.205	Rp 60.330.500

### Bottom Up dan Top Down

Perencanaan dan Penganggaran dilaksanakan dengan pendekatan *bottom up* dan *top down*. Namun pada akhirnya, banyak yang tidak sesuai dengan rencana kegiatan yang diusulkan, karena alokasinya ditentukan oleh Dinas Kesehatan, sehingga puskesmas hanya menyesuaikan saja dengan pagu yang diberikan. Hal ini terungkap dari wawancara sebagai berikut:

“*Kalau proses perencanaannya kita juga terlibat proses perencanaan kita juga sudah mengajukan berbagai kegiatan atau apa-apa yang harus dilakukan untuk pencapaian spm tersebut tapi terkadang kalau sudah sampai disini, ya disinilah bagian program itu tergantung dengan besar dana yang diberikan kepada dinas kesehatan*” (PH)

“*karena sumber dana untuk mereka ini Cuma dari BOK, dari JKN itu gak ada*” (PA)

Dari hasil telaah dokumen, khusus untuk kegiatan deteksi dini HIV, terdapat kesesuaian antara pagu yang diusulkan Puskesmas dengan hasil pembahasan dan penetapan rencana kerja.

### Sumber Dana

Pembiayaan SPM HIV di Dinas Kesehatan berasal APBD, dan dari DAK Nonfisik berupa BOK Dinas Kesehatan dan BOK Puskesmas namun jumlahnya dirasa sangat kurang dalam mencapai target kinerja SPM sebesar 100%, terutama untuk promosi kesehatan dan sosialisasi kepada masyarakat.

“*....Global fun ada yang bergabung itu tahun 2018 sampai sekarang masih ada.... APBD cuma pertemuan, dia itu hanya pertemuan apa namanya, emm....ya semacam evaluasi.... Nah yang ada juga di puskesmas dana bok, dana transportasi....*” (PH)

### Sinkronisasi Penganggaran

Dari hasil wawancara mendalam terhadap informan, salah satu permasalahan dalam penganggaran adalah terdapat jadwal yang berbeda antara proses penyusunan APBD dan

APBN (BOK), dimana daerah lebih dahulu menyusun, dan menetapkan anggarannya. Sementara itu, pagu anggaran DAK Nonfisik sudah harus dimasukkan kedalam dokumen RKA belum dibahas dengan Kementerian Teknis yang sangat mungkin terdapat perubahan alokasi pada menu kegiatan. Hal ini berakibat pada penyesuaian dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) pada awal tahun, dan menjadi kendala bagi proses pencairan dalam pada triwulan pertama.

*“....penyusunan APBD sudah dimulai dibulan Oktober, sementara pembahasan anggaran BOK dibulan November....” (PP)*

Pemetaan belanja juga masih menjadi kendala dalam penganggaran khususnya pada alokasi DAK Nonfisik. Dari telaah dokumen pada kode rekening 1.02.02.2.02.12 pengelolaan pelayanan orang berisiko terinfeksi HIV hanya terdapat alokasi anggaran yang bersumber dari APBD. Sementara alokasi bersumber DAK Nonfisik digabungkan pada kode rekening 1.02.02.2.025 Pelayanan Kesehatan Penyakit Menular dan Tidak Menular. Ketepatan dalam pemetaan sangat diperlukan terutama pada saat menghubungkan antara evaluasi realisasi anggaran dan realisasi kinerja.

### ***Budget Execution***

#### **Mekanisme Pelayanan SPM HIV**

Pemenuhan pelayanan dasar HIV dilakukan melalui pelayanan dalam gedung dan diluar gedung. Pada pelayanan di Puskesmas dilakukan kepada sasaran ibu hamil, pasien TBC maupun pasien IMS yang melakukan pengobatan. Pelayanan diluar gedung dilakukan melakukan pendataan dan pemeriksaan kepada populasi berisiko seperti ibu hamil yang ikut dalam program kelas ibu hamil, warga binaan pemsyarakatan. Berdasarkan Penetapan Kepala Dinas Kesehatan tentang Target SPM HIV di Kota X, ada 9070 orang yang terdiri dari Ibu Hamil sebesar 6525, Pasien TBC 320 orang, Pasien IMS 10 orang, Penjaja Seks (PS) 10 orang, Lelaki yang Berhubungan Seks dengan Lelaki (LSL) sebanyak 25 orang, Transgende/Waria sebanyak 20 orang, Pengguna Napza Suntik (Penasun) sebanyak 10 orang, dan Warga Binaan Pemsyarakatan (WBP) sebanyak 2150 orang dengan target pelayanan sebesar 100%.

Sumber dana Pelayanan SPM HIV semuanya berasal dari DAK Nonfisik Kota X, sehingga pelaksanaan kegiatan berdasarkan pada petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia PMK 2/2022 tentang Petunjuk Teknis DAK Nonfisik Bidang Kesehatan. Jenis belanja yang diperbolehkan melalui juknis tersebut salah satunya adalah transportasi petugas kesehatan. Hasil telaah dokumen pelaksanaan anggaran dan wawancara, semua anggaran yang diterima dipergunakan untuk transportasi petugas melakukan pendataan, deteksi dini pada ibu hamil dan WB, pasien TB dan penemuan kasus apabila terdapat laporan dari masyarakat tentang kasus HIV.

*“ibu hamil, ada tb nya kita cek, tb.... terus kalau mereka yang pemakai narkoba itu juga.... tapi kami kemarin ada ikut kan ee razia malam itu ke hotel-hotel itu pernah juga....” (PB)*

*“....Itulah kendala juga karena tingginya stigma dan diskriminasi tadi kita pun tidak bisa masuk ke populasi tersebut sembarangan ....karena mereka tertutup kita pun agak susah untuk menjangkau, belum ada kalau khusus untuk LSL belum ada gitu.” (PH)*

*“....kalau versi kemenkes hanya butuh skринing, tapi kalau versi mereka itu pemegang program, mereka harus mensosialisasikan....” (PA)*

Belum adanya standar tentang ketentuan pelayanan menyebabkan terjadi perbedaan dalam jumlah petugas yang turun pada pelayanan luar gedung. Dari telaah dokumen

pertanggungjawaban ditemukan petugas yang turun berjumlah 3-5 orang yang terdiri dari Dokter, Perawat, Tenaga Analis, Farmasi, dan Admin/Penanggungjawab Program HIV. Hal ini juga sesuai dengan hasil wawancara terhadap informan sebagai berikut:

“...untuk mengetes 3 orang, dokter admin sama lab, kalau dari global fun ada 5 orang...” (PH)

“...kalau enggak 4, lima sekali turun perawat, analis, dokter, farmasi dan pemegang programnya....” (PA)

### Perubahan Anggaran

Berdasarkan telaah dokumen, terjadi ada dua kali perubahan anggaran yang dilakukan, pertama pada saat bulan Maret 2022 dengan mekanisme Mendahului Perubahan (MP) tanpa mengubah jumlah anggaran dan output kinerja. Perubahan ini dilakukan untuk menyesuaikan dengan juknis BOK. Kedua pada bulan Juli 2022 terjadi perubahan juknis BOK Puskesmas yang memasukkan jenis belanja untuk insentif petugas pelaksana UKM, dengan ketentuan dana upaya pengendalian Covid-19 dan UKM primer (essensial) dengan proporsi 25% dan 75% dari total pagu yang diterima. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 Tahun 2022 ketentuan pembagian alokasi menjadi maksimal 5% untuk pengendalian Covid-19, 7,5% untuk insentif UKM, dan paling sedikit 87,5% untuk UKM primer. PKM A dan C memanfaatkan kesempatan perubahan anggaran ini dengan menambah alokasi anggaran untuk deteksi dini HIV mereka yang semula PKM A menganggarkan Rp.30.000.000,- menjadi Rp.45.000.000, dan PKM C dari Rp.6.000.000 menjadi Rp.12.000.000. Sementara itu, PKM B tidak melakukan perubahan anggaran pada kegiatan deteksi dini HIV. Perubahan kedua ini dilakukan review oleh Inspektorat Pemerintah Kota X (APIP) sebelum persetujuan oleh Kementerian Kesehatan.

“...ada dua kali perubahan, maret mengikuti sesuai juknis, juli masukkan insentif nakes....” (PP)

### Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja

Berdasarkan hasil telaah terhadap dokumen laporan keuangan maupun laporan kinerja Dinas Kesehatan dan Puskesmas, ditemukan realisasi anggaran pada PKM B mencapai 100%, sedangkan pada PKM A dan PKM C sebesar 46,67% dan 81%. Untuk hasil pencapaian kinerja SPM HIV, PKM B lebih tinggi dari pada PKM A sebesar 38% dan PKM C sebesar 24% dan belum ada yang mencapai target indikator kinerja SPM HIV yaitu 100%. Dari seluruh pemeriksaan orang berisiko HIV di Kota X ditemukan 88 kasus baru.

**Tabel 3. Realisasi Keuangan dan Kinerja Tahun 2022**

PKM	Pagu	Realisasi	%	Capaian Kinerja
PKM A	Rp45.000.000	Rp21.000.000	46,67	=550/1434 (38%)
PKM B	Rp 2.800.000	Rp 2.800.000	100	=1074/2119 (50%)
PKM C	Rp12.000.000	Rp 9.800.000	81,67	=293/1205 (24%)

Dari hasil wawancara dengan para informan, diperoleh informasi berbagai hambatan, tantangan, maupun strategi yang dilakukan oleh tiap-tiap puskesmas meliputi:

Hambatan dan tantangan Puskesmas dalam pelayanan SPM HIV mencapai target kinerja 100% adalah: 1) keterbatasan anggaran; 2) realisasi anggaran belum optimal karena kebijakan mekanisme pengajuan pencairan dana 3) sulit menjangkau populasi kunci karena mereka hanya percaya dengan petugas maupun orang yang sudah dikenal dengan baik; 4) masih tingginya stigma dan diskriminasi di masyarakat merupakan tantangan dan hambatan terbesar dalam pencapaian SPM HIV. Terduga ODHIV juga sering merasa malu apabila di

datangi oleh petugas apalagi yang belum mereka kenal dan percayai. Ketakutan akan stigma dan diskriminasi juga bukan saja dirasakan oleh pasien, namun juga masyarakat, bahkan tenaga kesehatan karena kurangnya promosi kesehatan dan sosialisasi tentang penyakit HIV/AIDS. 5) Kendala lainnya adalah peran rumah sakit swasta dan Praktek Dokter, klinik bersalin masih rendah. Penolakan untuk melakukan skrining HIV di fasilitas pelayanan kesehatan karena takut dianggap fasilitas kesehatan khusus HIV/AIDS sehingga akan berakibat pada menurunnya jumlah kunjungan pasien di faskes tersebut (sama halnya dengan kasus rumah sakit khusus covid-19). 6) Pencatatan dan Pelaporan pelayanan pada Ibu hamil/pasien yang di dapat dari jejaring maupun jaringan puskesmas tidak disertai dengan identitas diri sehingga tidak dapat dimasukkan dalam sistem aplikasi SIHA.

Walaupun seluruh informan merasakan anggaran yang dialokasikan untuk pelayanan HIV sangat terbatas, namun hal tersebut bukan menjadi penghalang untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan. Dari hasil wawancara didapatkan informasi strategi yang dilakukan oleh Puskesmas dalam upaya pencapaian target kinerja yaitu melakukan Pemeriksaan test HIV pada Kegiatan Kelas Ibu Hami, mengikuti razia pada tempat-tempat seperti hotel, tempat-tempat hiburan, menindaklanjuti laporan dari masyarakat/LSM, melakukan pelayanan/penjangkauan pada populasi kunci dengan *mobile VCT*, membuat kebijakan pemeriksaan pada setiap ibu hamil maupun TB yang berobat ke Puskesmas, Pemeriksaan pada Calon Pengantin, terutama pada pengguna narkoba, Pemeriksaan pada Warga Binaan Pemasyarakatan (Lapas), Kemitraan dengan jejaring Puskesmas meliputi Rumah Sakit, maupun klinik.

*“dikelas ibu hamil, pas pelaksanaan pelayanan, sama pas ada acara moment-moment yang bisa kita lakukan.... kalau kayak kami kan ibu hamil wajib gak bisa enggak, gk ada ditanya-tanya lagi, wajib....tapi kami kemarin ada ikut kan ee razia malam itu ke hotel-hotel itu pernah juga, diperiksa juga HIV narkoba....”* (PB)

*“Pendataan target sasaran, target HIV, orang hamil, orang yang kena TB....”* (PA)

*“....makanya kami sweeping ke Lapas, panti jompo....ibu hamil ada yang melakukan test HIV, catin (calon pengantin) ada juga”* (PC)

*“....ibu hamil banyak ke klinik swasta maupun rumah sakit. yang memungkinkan membuat kelas ibu hamil di posyandu-posyandu itu gitu, dan kerja sama dengan klinik swasta dan rumah sakit-rumah sakit. ke WBP tiap tw satu puskesmas turun....”* (PH)

### **Pengendalian (Monitoring)**

Pemenuhan SPM HIV merupakan gambaran kinerja pemerintah daerah. Untuk itu perlu dilakukan pemantauan terutama pada kinerja capaian SPM. Dari hasil wawancara, menurut para informan pencapaian SPM HIV yang masih rendah pada triwulan 3, Namun, Walikota X memberikan arahan kepada kepala dinas untuk meningkatkan target kinerja, sehingga Kepala Dinas juga menyampai kepada para staf dan Kepala Puskesmas agar meningkatkan kinerja pencapaian SPM HIV pada setiap kesempatan. Hasilnya, di triwulan 4, pencapaian SPM HIV meningkat cukup signifikan.

*“saya juga spm 2022 agak lumayan walau masih kecil juga dibawah 50%, tapi dari pusat juga sudah harus ditekan ke Pak Wali, pak wali juga ngepres ke kadis, baru kadis ke kapus jadi udah ee agak mencapai 45%”*

### **Pertanggungjawaban**

Sejak tahun 2019, pemerintah Kota X telah menerapkan sistem pembayaran menggunakan transaksi non tunai. Verifikasi dilakukan oleh Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK). Dokumen yang dilampirkan pada saat pengajuan pencairan anggaran yaitu Surat Perintah Tugas (SPT), Surat Perjalanan Dinas (SPPD), Laporan Perjalanan Dinas



(LPD) dan Dokumentasi. Hasil turun ke lapangan, kemudian ditindaklanjuti oleh penginputan data melalui Aplikasi SIHA *offline* dan *online*.

“....Disitu kalau bentuk pertanggungjawaban SPT, LPJ lengkap, sama daftar hadir...”

(PB)

....Sudah ada apanya, aplikasinya SIHA namanya Sistem Informasi HIV/AIDS secara online dilaporkan sama puskesmas....” (PH)

### **Budget Evaluation**

#### **Evaluasi Kinerja**

Dinas Kesehatan maupun pun puskesmas sudah melakukan evaluasi dalam pencapaian kinerja keuangan maupun pencapaian indikator kinerja. Di Puskesmas mekanisme evaluasi yang sering digunakan adalah pada saat melakukan minilokakarya baik lintas program maupun lintas sektor. Sedangkan Dinas Kesehatan melakukan monev ke Puskesmas per semester untuk mengetahui sejauhmana capaian kinerja di Puskesmas. Namun, sebagian besar informan menyatakan informasi hasil evaluasi tersebut belum menjadi dasar (*feedback*) bagi pembuat kebijakan untuk memberikan sanksi maupun penghargaan terhadap capaian kinerja tersebut, dan tidak menjadi dasar kebutuhan alokasi anggaran pada tahun berikutnya.

“kalau monitoring dan evaluasi dari dinas ke puskesmas ada.... Memang tetap disampaikan minta tolonglah spm gitu setiap apel, tapi kalau sampai yang ada punishment (hukuman) belum ada...” (PH)

“monev program kan setiap bulan....” (PC)

kita ada minilok tiap bulan.... Nah nanti per tiga bulan kita adakan lintas sektoral bersama semua lintas sektoral yang ada dikecamatan kita.... (PB)

“karena ini ini ini kan gitu kita cari penyebabnya, akar masalahnya apa, mungkin karena transportnya kurang misalnya, itu kita tambahkan ditahun depan, itu idealnya kenyataannya tidak seperti itu”

Informan lain berpendapat, evaluasi dilakukan untuk menilai kinerja petugas dan apabila tidak mencapai target, dicari permasalahannya dan diberikan kesempatan untuk memperbaiki kinerjanya. Namun apabila ternyata tidak tercapai juga, maka akan dipertimbangkan untuk diganti dengan yang lain.

“nanti diakhir bulan atau diakhir tahun bulan dua belas, kita akan lihat apakah sudah mencapai seratus persen, kalau sudah mencapai seratus persen berarti bisa kita pertahankan , baik itu penanggungjawabnya maupun apanya, tapi kalau tidak seratus persen kita cara tau dulu kendalanya apa” (PB)

#### **Audit Internal dan Eksternal**

Penggunaan anggaran pada puskesmas selalu dilakukan review oleh pihak internal yaitu APIP sekurangnya dua kali, pada pertengahan tahun dan akhir tahun. Untuk pengawasan eksternal, dilakukan oleh Badan Pengawasan Keuangan Daerah dan Badan Pemeriksa Keuangan yang dilakukan pada H+1 tahun anggaran untuk memeriksa kewajaran laporan dan pertanggungjawaban keuangan. Dari informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan maupun Puskesmas, untuk dana yang bersumber Bantuan Operasional Kesehatan tidak ditemukan adanya penyalahgunaan anggaran.

“audit ada, itu tetap dilakukan setahun dua kali oleh APIP (Inspektorat) sama BPKP, BPK” (PA)

“....itu ada datang dari inspektorat, BPK, (temuan) insyaAllah belum, jangan sampai....” (PB)

“Dinas, Inspektorat, BPK, ada, selalu direview itu nanti mereka ada meriksanya tu tahunan, atau setahun dua kali, kadang-kadang. Temuan selama ini belum ada temuan ya”. (PC)

## PEMBAHASAN

### *Budget Formulation*

Perumusan anggaran adalah proses penentuan prioritas, persetujuan, dan alokasi anggaran bidang kesehatan untuk melaksanakan setiap kegiatan. Robinson & Last (2009) Perumusan anggaran digunakan sebagai mekanisme menciptakan alokasi yang efisien dan operasional, meningkatkan keterkaitan tujuan prioritas, belanja dan kestabilan fiskal, meningkatkan upaya penghematan belanja dengan memastikan sumber daya langsung diberikan pada pelayanan utama (Hartati, 2022). Bagi seorang manajer, membuat skala prioritas dari setiap keputusan penyusunan anggaran berbasis bukti sangat penting mengingat bahwa sumber daya yang ada terbatas (Putri dkk., 2022). Seorang manajer harus memiliki kemampuan dalam mengalokasikan anggaran untuk kegiatan yang memberikan daya ungkit pada pencapaian kinerja. Manajer kesehatan perlu menggunakan berbagai kriteria dalam membentuk anggaran agar menciptakan transparansi dan rasional sehingga dapat diterima oleh semua pihak (Baltussen & Niessen, 2006). Terwind, Rajan dan Soucat (2016) menyebutkan lima kriteria yang dapat dipakai oleh pembuat kebijakan dalam hal membuat skala prioritas intervensi kesehatan disuatu negara dengan bobot yang berbeda meliputi: 1) *Burden of the health issue* (besaran masalah kesehatan); 2) *effectiveness of the intervention* (efektivitas intervensi); 3) *Cost of the intervention* (Biaya intervensi); 4) *acceptability of the intervention* (penerimaan terhadap intervensi); dan 5) Fairness (keadilan) (Putri dkk., 2022).

Dari analisis situasi kondisi penyakit HV/AIDS di Kota X Tahun 2022, diperlukan prioritas anggaran yang cukup untuk melakukan tindakan pencegahan terutama menjangkau pada populasi kunci sehingga memiliki kesadaran untuk melakukan pemeriksaan baik secara mandiri, difasilitas kesehatan maupun ke fasilitas pelayanan pemeriksaan mobile (Dokling/Mobil VCT). Promosi dan sosialisasi kepada masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS dengan berbagai media juga sangat efektif dalam meningkatkan pemahaman tentang penyakit ini. Diharapkan dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat akan mendorong penurunan stigma dan diskriminasi terhadap kelompok berisiko yang pada akhirnya penyebaran penyakit HIV dapat ditekan.

Dari hasil penelitian ini, perumusan anggaran untuk mendukung SPM HIV terdapat variasi dalam alokasinya. Perencanaan dan penganggaran juga belum berbasis bukti (*evidence based*). Perencanaan yang tidak menggunakan informasi kinerja masa lalu, analisis Situasi tentang ketersediaan sumber daya, analisis kebutuhan anggaran yang disesuaikan dengan target kinerja belum dijadikan dasar perhitungan alokasi anggaran. Kondisi ini dapat menyebabkan pemberian layanan kurang efisien, efektif dan akuntabel karena terputusnya antara perencanaan dan kebutuhan anggaran riil (Piatti-Fünfkirchen & Schneider, 2018).

Partisipasi staf (*bottom up*) dalam perencanaan dan penganggaran sangat diperlukan karena lebih mengetahui akar permasalahan yang ada namun memakan waktu yang lebih lama untuk mengumpulkan setiap kebutuhan, sehingga perlu dikombinasikan dengan pendekatan *top down* dimana para pemangku kebijakan membuat peraturan yang harus dipenuhi oleh staf sehingga anggaran yang diberikan menjadi tepat sasaran.

Sumber pembiayaan pelayanan SPM HIV di Kota X berasal dari DAK Nonfisik dan dana donor *Global Fund*. Keterbatasan fiskal pemerintah daerah untuk pelayanan spesifik seperti HIV menjadi hambatan dalam pemenuhan anggaran. Anggaran bersumber APBD untuk kesehatan di fokuskan pada prioritas lain sesuai dengan tujuan strategis daerah seperti

bantuan pembiayaan jaminan kesehatan nasional bagi masyarakat miskin, operasional puskesmas maupun rumah sakit daerah dan peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Sinkronisasi perencanaan dan penganggaran Pusat dan Daerah perlu diperkuat agar proses pembahasan dan penetapan anggaran dapat selaras. Akibat dari tidak selarasnya perencanaan dan penganggaran ini menyebabkan daerah tidak bisa langsung menggunakan anggarannya diawal tahun karena harus menunggu petunjuk teknis yang biasanya keluar di bulan februari-maret dan merubah dokumen pelaksanaan anggaran karena harus menyesuaikan dengan petunjuk teknis yang ada. Kedua faktor tersebut menyebabkan pelaksanaan dan realisasi anggaran diawal tahun sering tidak bisa dibuat pertanggungjawabannya.

### ***Budget Execution***

Pemenuhan pelayanan SPM HIV dilaksanakan berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Indikator kinerja yang ditetapkan untuk SPM HIV adalah memberikan pelayanan kepada setiap warga negara yang berisiko terinfeksi HIV sebesar sesuai standar. Kelompok sasaran SPM HIV meliputi ibu hamil, pasien TBC, Pasien IMS, Penjaja Seks, LSL, Transgender, Pengguna Napza suntik, dan Warga Binaan. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa pemenuhan SPM HIV di Kota X sebagian besar terdiri dari Test Ibu hamil yang diintegrasikan dengan Pelayanan ANC di fasilitas kesehatan maupun di kelas ibu hamil. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan, Melahirkan Kontrasepsi dan Seksual yang memasukkan pemeriksaan HIV, Hepatitis B dan IMS pada pelayanan ANC. Pendataan dan pemeriksaan skrining HIV dilakukan terhadap pasien TB, dan IMS yang berobat. Pemeriksaan WPS dilakukan setiap triwulan dengan bekerjasama dengan pihak lembaga pemasyarakatan Kota X.

Namun pelayanan kesehatan kepada populasi kunci di Kota X masih rendah. Penyebabnya adalah sulitnya melakukan petugas kesehatan dalam pendataan pada kelompok tersebut. Stigma dan diskriminasi yang akan diterima menyebabkan populasi kunci biasanya tertutup karena tidak ingin diketahui identitasnya. Sehingga dibutuhkan penjangkauan yang intensif dengan melibatkan LSM maupun teman sebaya (Peer Grup) sehingga kelompok tersebut mendapatkan konseling dan mau untuk diperiksa dengan menjamin kerahasiaan identitas mereka. Kejadian seperti ini tidak hanya terjadi di Kota X, namun secara umum di Indonesia bahkan seluruh dunia yang memiliki program HIV yang lebih baik kinerjanya (UNAIDS, 2021). Apalagi, biaya yang digunakan untuk melakukan penjangkauan kepada populasi kunci ini tidak sedikit. Studi yang dilakukan oleh Health Policy Plus (HP+) di Jakarta menyebutkan biaya rata-rata yang diperlukan untuk menjangkau populasi kunci perorang sebesar Rp. 239.984,- atau setara US\$17,94, sedangkan untuk tes dan konseling HIV menggunakan layanan mobile (dokling) rata-rata 129.928 (US\$9,71), dan di fasilitas kesehatan sebesar Rp. 233.861 (US\$17,48) (Cantelmo dkk., 2019).

Peran pemerintah daerah sangat diperlukan dalam mengatasi permasalahan HIV/AIDS terutama dalam menyediakan pelayanan dasar bagi orang yang berisiko terinfeksi HIV dengan membuat kebijakan tentang rencana aksi daerah pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS maupun dukungan anggaran yang dipergunakan untuk promosi dan sosialisasi penyakit HIV meningkatkan pengetahuan masyarakat, meningkatkan kapasitas SDM kesehatan dan pelayanan HIV/AIDS, meminimalkan stigma dan diskriminasi bagi orang dengan HIV/AIDS, sehingga meningkatkan akses pelayanan kepada populasi kunci ke fasilitas pelayanan kesehatan maupun dengan penjangkauan untuk diperiksa secara suka rela.

Capaian kinerja keuangan maupun kinerja SPM HIV yang belum mencapai target yang ditetapkan (100%) harus menjadi perhatian pihak para pejabat yang berwenang. Menurut

Mardiasmo (2018) setidaknya ada tiga pengendalian yang harus dilakukan yaitu pada saat perencanaan (pengendalian preventif), pengendalian pada saat pelaksanaan (pengendalian operasional) dan pengendalian kinerja berdasarkan target kinerja yang ditetapkan. Pengendalian digunakan sebagai tindakan korektif dari pimpinan kepada staf terhadap pelaksanaan yang dibandingkan pada saat perencanaan. Apabila terjadi kesenjangan, pimpinan harus segera mencari solusi yang terbaik sehingga hasil akhir pelaksanaan dapat mencapai target yang ditetapkan.

Pertanggungjawaban anggaran merupakan kewajiban bagi setiap entitas pemerintahan termasuk puskesmas untuk mempertanggungjawabkan setiap pengeluaran yang dilakukan secara transparan dan akuntabel (Mardiasmo, 2018). Salah satu faktor pendukung pertanggungjawaban adalah sistem informasi keuangan daerah dan sistem pengendalian manajemen. Sejak 2019 pemerintah sudah memulai penggunaan aplikasi Sistem Informasi Pembangunan Daerah (SIPD) yang telah mengintegrasikan seluruh tahap mulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pelaporan dan akuntansi secara elektronik. Namun pengembangan aplikasi ini belum sempurna saat digunakan, salah satu permasalahan penggunaan SIPD yaitu hilangnya kode rekening pada saat terjadi pergeseran belanja, sehingga menyebabkan keterlambatan dalam proses pertanggungjawaban belanja.

### ***Budget Evaluation***

Evaluasi Kinerja menurut Whittaker (1993) adalah alat manajemen untuk meningkatkan akuntabilitas dan kualitas dari setiap keputusan yang dibuat. Evaluasi Anggaran dan Kinerja adalah kegiatan mengukur sejauhmana pencapaian hasil kinerja anggaran dengan perencanaannya. Hasil evaluasi menghasilkan informasi keberhasilan maupun kegagalan yang dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan organisasi untuk keputusan anggaran yang akan datang (Bastian, 2006). Evaluasi juga dapat digunakan sebagai alat pemberian penghargaan maupun hukuman sebagai konsekuensi tidak tercapainya hasil yang diharapkan. Evaluasi anggaran maupun kinerja yang ada di lokasi penelitian hanya sebatas laporan dan belum digunakan sebagai umpan balik perencanaan anggaran tahun berikutnya. Penelitian yang dilakukan oleh Jaswin (2018) menyatakan bahwa penggunaan evaluasi kinerja program SPM sangat rendah sebagai bahan masukan, pertimbangan, pembinaan, pengawasan dan pemberian penghargaan dan sanksi. Perlu analisis lebih lanjut tentang belanja yang telah dilakukan untuk menjamin efisiensi maupun efektivitas pengelolaan anggaran.

Penggunaan anggaran di lokasi penelitian juga telah menjalankan prinsip akuntabel dalam pelaksanaannya. Akuntabel berarti setiap belanja dapat dipertanggungjawabkan dengan bukti dari setiap transaksi yang dilakukan disertai dokumen pendukungnya. Hasil review dari pengawas internal (APIP) maupun lembaga eksternal seperti BPK dan BPKP juga mendapatkan hasil yang baik tanpa ada temuan. Penggunaan transaksi non tunai juga meminimalisir penyalahgunaan anggaran oleh penyelenggara. Namun demikian, Para pimpinan diharapkan dapat memastikan anggaran yang dipergunakan dapat mengungkit prestasi kerja dari setiap staf untuk mencapai target kinerja yang masih rendah.

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, pengelolaan keuangan daerah di lokasi penelitian telah dilaksanakan dengan transparan dan akuntabel karena pertanggungjawaban anggaran sudah disusun sesuai dengan peraturan yang berlaku, dan telah di review oleh instansi internal maupun eksternal. Namun, terdapat beberapa kekurangan dalam hal merumuskan anggaran yang tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan anggaran, skala prioritas dan menggunakan informasi kinerja masa lalu, ini dapat menyebabkan alokasi anggaran tidak efisien. Pada saat

pelaksanaan, realisasi anggaran dan capaian kinerja tidak optimal karena sulit untuk menjangkau populasi kunci, dan kendala dalam merealisasikan anggaran. Pada fase evaluasi, hanya sebatas laporan realisasi anggaran dan capaian kinerja. Informasi yang diperoleh dari evaluasi tersebut tidak digunakan sebagai pertimbangan pemberian penghargaan maupun sanksi atas pencapaian kinerja. Hasil evaluasi juga tidak digunakan oleh para manajer untuk merumuskan anggaran yang akan datang.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kami ucapkan civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat UI dan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota X serta para informan yang telah memberikan izin dan dukungannya kepada penelitian ini, sehingga dapat berjalan dengan lancar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baltussen, R., & Niessen, L. (2006). Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*.
- Bastian, I. (2006). *Akuntansi Sektor Publik: Suatu Pengantar*. Penerbit Erlangga.
- Cantelmo, C., Soehoed, R., Lee, B., & Ross, R. (2019). *Biaya Memperkuat Cascade Pengobatan HIV di Jakarta, Indonesia*.
- Direktorat Jenderal P2P. (2022). *Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) triwulan III Tahun 2022*. <https://siha.kemkes.go.id/portal/laporan-hasil-survey#>
- Hartati, A. (2022). *Pengukuran Kinerja Sektor Publik: Teori dan Aplikasi*.
- Jaswin, E., Basri, H., & Fahlevi, H. (2018). Implementasi Penganggaran Berbasis Kinerja Dalam Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bener Meriah. *Jurnal Perspektif Ekonomi Darussalam (Darussalam Journal of Economic Perspec*, 4(2), 284–299.
- Mardiasmo. (2018). *Akuntansi Sektor Publik* (Edisi Terbaru). ANDI.
- Martha, E., & Kresno, S. (2017). *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Bidang Kesehatan*. Rajawali Pers.
- Pardita, D. P. Y., & Sudibia, I. K. (2014). Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, Dan Psikologis Penderita Hiv Aids Di Kota Denpasar. *Jurnal Buletin Studi Ekonomi*, 19(02), 193–199.
- Piatti-Fünfkirchen, M., & Schneider, P. (2018). From Stumbling Block to Enabler: The Role of Public Financial Management in Health Service Delivery in Tanzania and Zambia. *Health Systems & Reform*, 4(4), 336–345. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1513266>
- Putri, A. D. J. J., Suwantika, A. A., Setiawan, D., Gunawan, H., Putri, S., Halilintar, D., & Atika, N. (2022). *Evaluasi Ekonomi dan Penilaian Teknologi Kesehatan: Kosep dan Best Practice*. Kementerian Kesehatan RI.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Tolley, E. E. (2016). *Qualitative methods in public health: A field guide for applied research* (Second edition). Wiley.
- UNAIDS. (2019). *Laporan NASA Nasional 2017-2018*.
- UNAIDS. (2021). *2021 UNAIDS Global AIDS Update—Confronting inequalities—Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
- WHO. (2022). *HIV*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>