



**ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN
AIDS MELALUI PENDEKATAN HEALTH ACCOUNT (HA)
DI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2017**

SKRIPSI

Oleh

**Hasianda Eka Lestari
NIM 142110101015**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN
AIDS MELALUI PENDEKATAN HEALTH ACCOUNT (HA)
DI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2017**

SKRIPSI

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

Oleh

Hasianda Eka Lestari
NIM 142110101015

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, teriring dengan ucapan syukur atas kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

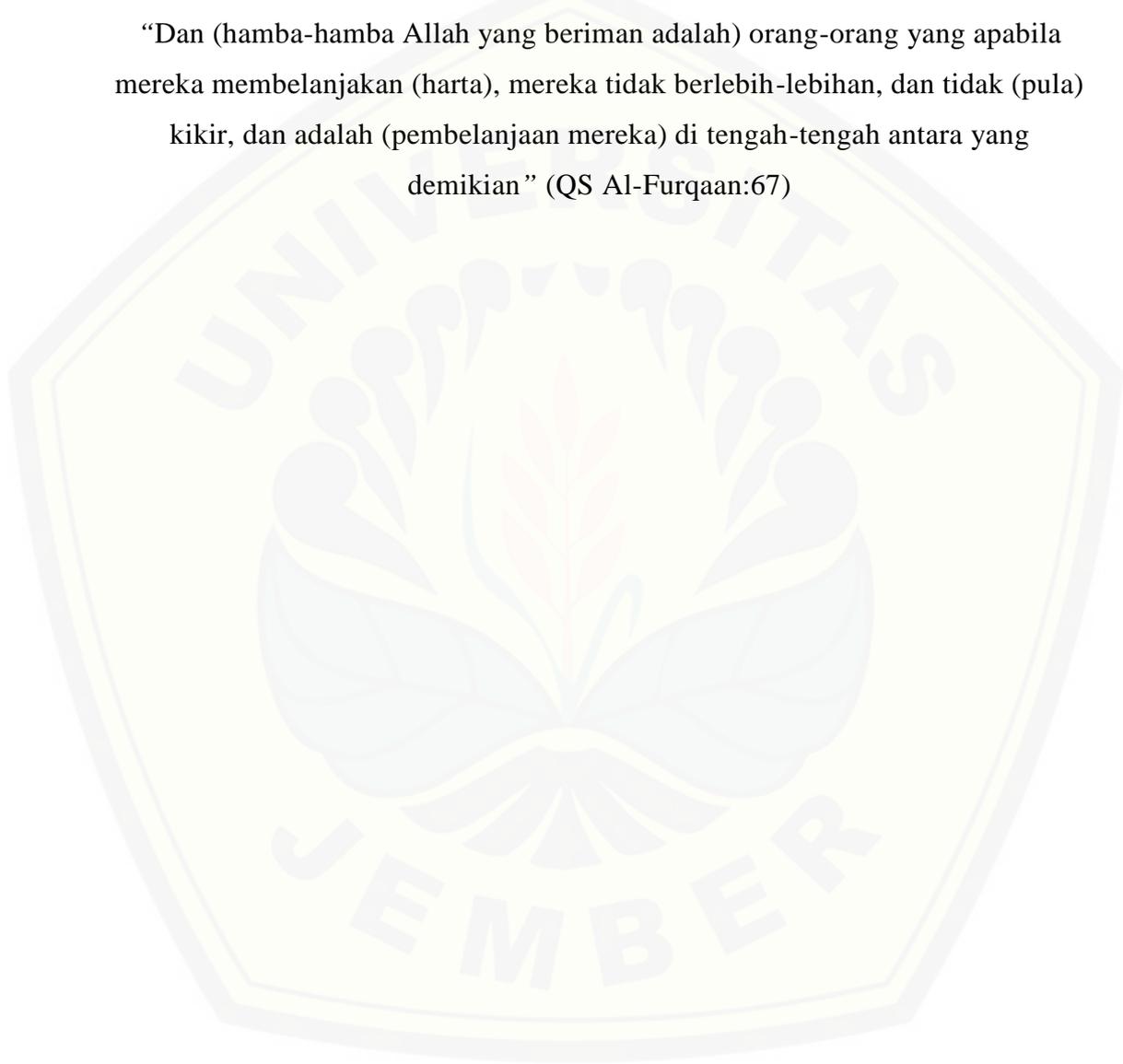
1. Kedua orang tua saya yaitu Bapak Nianto dan Ibu Suhastini yang selalu memberikan kasih sayang, doa, dan dukungan untuk selalu semangat pada penulis dalam menyelesaikan pendidikan perguruan tinggi.
2. Kakek dan nenek, Saniman (Alm), Abbul (Alm), Djuma'ati dan Nirati yang selalu memberikan perhatian, doa dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Adik tersayang yaitu Tegar yang selalu menjadi salah satu motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
4. Keluarga besar penulis yang selalu memberikan dukungan dalam balutan doa.
5. Seluruh pengajar dan pendidik penulis dari sejak dini hingga saat ini yang telah memberikan banyak ilmu dan pengalaman yang sangat berharga.

MOTTO

“Sesungguhnya sembahyangku, ibadahku, hidupku dan matiku hanyalah untuk Allah, Tuhan semesta alam”

(QS. Al-An'am: 162)

“Dan (hamba-hamba Allah yang beriman adalah) orang-orang yang apabila mereka membelanjakan (harta), mereka tidak berlebih-lebihan, dan tidak (pula) kikir, dan adalah (pembelanjaan mereka) di tengah-tengah antara yang demikian” (QS Al-Furqaan:67)



*) Kementerian Agama RI. 2014. *AL-Qur'anul Karim Dengan Terjemah Tematik*. Bandung: Cordoba

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hasianda Eka Lestari

NIM : 142110101015

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi yang berjudul “*Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV Dan AIDS Melalui Pendekatan Health Account (HA) Di Kabupaten Jember Tahun 2017*” adalah benar- benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disertakan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan hasil penjiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar dan sebenar- benarnya, tanpa ada tekanan dan pengaruh maupun paksaan dari pihak lain serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember.....

Yang menyatakan,

(Hasianda Eka Lestari)

NIM 142110101015

SKRIPSI

**ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN
AIDS MELALUI PENDEKATAN HEALTH ACCOUNT (HA) DI
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2017**

Oleh

Hasianda Eka Lestari

NIM. 142110101015

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

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

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Pendekatan Health Account (HA) di Kabupaten Jember Tahun 2017* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 7 Juni 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU: Christyana Sandra, S.KM, M. Kes.
NIP. 198204162010122003

(.....)

2. DPA: Eri Witcahyo S.KM., M.Kes.
NIP. 198207232010121003

(.....)

Penguji

1. Ketua: Ni'mal Baroya S.KM., M.PH.
NIP. 197701082005012004

(.....)

2. Sekretaris: Mury Ririanty, S.KM., M.Kes
NIP. 198310272010122003

(.....)

3. Anggota: Kaspar, AMG, S.Psi, M.PH, AAAK
NIP. 197307202000031004

(.....)

Mengesahkan

Dekan FKM UNEJ,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 198005162003122002

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi yang berjudul *Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Pendekatan Health Account (HA) di Kabupaten Jember Tahun 2017* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini saya sampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada Christyana Sandra, S.KM., M.Kes dan Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Eri Witcahyo, S.KM.,M.Kes selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Tim Penguji Ni'mal Baroya, S.KM.,M.PH, Mury Ririanty, S.KM., M.Kes, Kaspar, AMG., S.Psi., M.PH., AAAK yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukan untuk penyempurnaan skripsi ini
4. Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si dan dr. Pudjo Wajudi, M.S selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah mendampingi dan membimbing penulis selama duduk di bangku perkuliahan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
5. Riza Herwanto, S.KM selaku staf Sub Bagian Program dan Informasi Dinas Kesehatan Jember yang telah membantu penulis dalam studi dokumen Dokumen Pelaksanaan Anggaran Program Penanggulangan HIV dan AIDS

6. Ucik Murbandiyah, S.E selaku Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Jember yang telah membantu penulis dalam studi dokumen Laporan Realisasi Anggaran Program Penanggulangan HIV dan AIDS
7. Solehuddin selaku staf Sub Bagian Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Jember yang telah membantu penulis dalam studi dokumen Laporan Realisasi Anggaran Promosi Kesehatan Penanggulangan HIV dan AIDS
8. Diah Kusworini, S.KM., M.Si selaku Kepala Bidang P2KL yang telah memberikan informasi terkait aliran dana Program Penanggulangan HIV dan AIDS
9. Lusi dan Herjuno selaku penanggung jawab Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
10. Haryati, S.KM selaku sekretaris harian Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Kabupaten Jember yang telah memberikan informasi terkait aliran dana Program Penanggulangan HIV dan AIDS
11. Yuli selaku penanggung jawab Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Dinas Sosial Kabupaten Jember
12. Ernawati selaku kepala poli VCT dan CST RSD dr. Soebandi, Krista Yoan selaku kepala poli VCT dan CST RSD Balung, Catur selaku penanggung jawab VCT RSD Kalisat yang telah memberikan informasi terkait pendanaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS
13. Khamid dan Essy selaku ketua dan bendahara Yayasan Laskar Jember yang telah memberikan informasi terkait pendanaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS
14. Isa selaku ketua LSM KDS Pelangi Jember yang telah memberikan informasi terkait pendanaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS
15. Seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dan banyak pengalaman tanpa pamrih
16. Temanku tersayang, Anisnus, Lailatul Qadriyah, Sandra Noermala, Noviantika, Hasritatun, Ashri, Aniszatus, Nufa, Mashita terimakasih telah mau repotkan selama aku menjadi mahasiswa

17. Azizah, Yuni, dan Shofikz yang telah membantu tanpa pamrih dalam terselesaikannya skripsi ini
18. Teman- teman ISMKMI periode 2015-2017 dan 2017-2019, BEM FKM UNEJ periode 2016 dan 2017, UKM Lentera periode 2016 terimakasih telah menjadi tempat untuk mengukir banyak cita dan cerita sehingga bisa menikmati keindahan bumi pertiwi
19. PBL Kelompok IX Desa Gesang Kecamatan Tempeh telah menjadi wadah untuk belajar berbagi kepada masyarakat
20. Teman – teman seperjuangan peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2014, atas kebersamaan dalam mendapatkan gelar S.KM
21. Segenap civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah banyak membantu dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, oleh sebab itu penulis mengharap kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis sampaikan terima kasih.

Jember, Juni 2018

Penulis

RINGKASAN

Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Pendekatan Health Account (HA) di Kabupaten Jember Tahun 2017; Hasianda Eka Lestari; 142110101015; 2018; 92 Halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan dari berbagai gejala penyakit yang disebabkan oleh retrovirus yaitu *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sehingga menyebabkan sistem imun menurun. Permasalahan penyakit HIV dan AIDS merupakan masalah kesehatan masyarakat luas yang menjadi tanggungjawab bersama dan bukan hanya terbatas sebagai masalah kesehatan penyakit menular. Pihak pemerintah mempunyai tanggungjawab dalam penanggulangan HIV dan AIDS baik dari segi kebijakan dan pengalokasian anggaran. Indonesia merupakan negara yang termasuk dalam kategori *Upper lower middle income country* yang wajib hukumnya untuk melakukan pengembangan strategi pembiayaan yang lebih masif sebagai upaya untuk menyelesaikan permasalahan kekurangan sumber dana kesehatan penanggulangan HIV dan AIDS pasca GF.

Pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS pada tahun 2016 berasal dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan dana hibah *Global Fund* (GF) sebesar Rp. 481.925.250,00, dengan rincian 70% dari total pembiayaan tersebut dibiayai oleh dana hibah *Global Fund* (GF). Hal ini membuktikan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Jember masih bergantung pada mitra internasional. Oleh sebab itu, Pemerintah Kabupaten Jember harus berbenah. Strategi yang ditempuh dalam mengatasi hal ini adalah pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti. Pemerintah dalam hal ini telah membuat sebuah alat atau instrument *Health Account* (HA) yang dapat memberikan gambaran pengeluaran pembiayaan kesehatan berdasarkan bukti dan menganalisa pengeluaran kesehatan terkini. Mengingat besarnya peranan pembiayaan kesehatan program HIV dan AIDS, maka perlu dilakukan penelitian yang bertujuan untuk menganalisis pembiayaan

program penanggulangan HIV dan AIDS melalui pendekatan *Health Account (HA)* di Kabupaten Jember.

Penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jember. Responden dalam penelitian ini adalah Penanggungjawab program penanggulangan HIV dan AIDS Dinkes Jember, Kepala Bidang Pengelolaan dan P2 Dinkes Jember, Kepala Bidang Program dan Informasi Dinkes Jember, Kepala Bagian Keuangan Dinkes Jember, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Jember, Ketua Komisi Penanggulangan AIDS, Penanggungjawab program penanggulangan HIV dan AIDS Dinsos Jember, Ketua Yayasan LASKAR, Ketua LSM Ogawa, Ketua LSM KDS Pelangi, Kepala Poli VCT dan CST RSD Balung, Kepala Poli Interna RSD Kalisat, Kepala Poli VCT dan CST RSD dr. Soebandi. Data pada penelitian ini dikumpulkan dengan cara wawancara dan studi dokumen kemudian dianalisis menggunakan *pivot table* dalam *Microsoft Excel*.

Hasil penelitian diketahui bahwa pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS sebagian besar bersumber dari dana APBD yang dikelola oleh Dinas Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah. Fungsi kesehatan pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS digunakan untuk program deteksi dini penyakit HIV dengan alokasi dana sebesar 1.031.883.170. Program penanggulangan HIV dan AIDS menyerap dana sebesar 1.976.277.470. Akan tetapi jenis kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS lebih banyak digunakan untuk operasional tidak langsung dan dilakukan di tingkat kabupaten/kota yang sebagian besar penerima manfaat pembiayaan adalah kelompok usia produktif. Kelompok usia produktif tersebut sebagian besar adalah lesbian, gay, biseksual, transgender, dan wanita pekerja seks.

Saran untuk pengelola pembiayaan seharusnya dapat menyusun anggaran yang lebih efektif, efisien dan akuntabel. Pembiayaan kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS seharusnya dapat dikelola secara optimal untuk menjangkau masyarakat hingga ke desa. Selain itu, pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS dapat memberi manfaat untuk anak-anak dan remaja sebagai upaya investasi generasi penerus bangsa.

SUMMARY

Analysis of Financing Program for Resolving HIV and AIDS by Health Accounts (HA) in Jember 2017; Hasianda Eka Lestari; 142110101015; 2017; 92 Pages; Health Policy and Administration Departement, Public Health Faculty, University of Jember

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a syndrome consist of many symptoms caused by a retrovirus called Human Immunodeficiency Virus (HIV) that causing decrease the immune system. The issues of HIV-AIDS is a widespread public health concern which becomes a shared responsibility and not just limited to being a health issues as an infectious disease. The Government has a responsibility to cope the HIV and AIDS both in terms of policy and budget allocation. Indonesia is one of the countries that are included in the category of upper lower middle income country who have to make a financing strategy development into more massive strategy as an attempt to resolve the problem of the lacking health funds in preventing HIV AIDS after GF (UNAIDS, 2014).

The financial program for resolving HIV AIDS in 2016 come from general allocation funds and Global Fund (GF) amounting to Rp. 481.925.250.00, with details of 70% of the total financing of the Fund is financed by a Global Fund (GF). Based on evidence that the Public Health Office of Jember is still relying on the Global Fund (GF). Therefore, the Government should make a move to improve the matters by making a strategy. One of the stategy that can be used is using evidence-based health policy. The Government in this case has made a tool or instrument Health Accounts (HA) that can provide an overview of the expenses in financial health based on evidence and by analyzing the spending of the current system. As the financial health of HIV AIDS program has a big role within the system, therefore, a research that aims to analyse the financial program for resolving HIV AIDS problem is needed using an approach called Health accounts (HA) in Jember.

This study was descriptive approach. The place of research in Jember. The respondents in this study is coordinator resolving HIV and AIDS program of the public health office Jember, coordinator management, prevent and control of the public health office Jember, coordinator program and information of the public health office Jember, coordinator finance of the public health office Jember, coordinator publichealth of the public health office Jember, coordinator of the the regional AIDS Prevention Commission, coordinator resolving HIV and AIDS program of social services , coordinator of LASKAR, coordinator of Ogawa, coordinator of KDS Pelangi, the head of VCT and CST at Balung, the head of Interna Poly Kalisat, the head of VCT and CST at Dr. Soebandi. The study on data collected by means of interviews and document study then analyzed using a pivot table in Microsoft Excel.

The results of the study showed that the financial program for resolving HIV AIDS problem is largely sourced from the Global funds that are administered by the Department of health and the regional AIDS Prevention Commission. The function of health financing program for resolving HIV AIDS is used for early detection of HIV disease program has allocation of 1.031.883.170. Program for resolving HIV AIDS absorbing fund 1.976.277.470. However, it is also known that the projects of program in resolving HIV AIDS problem are more widely used as undirectly operational and mostly done at the district/city level and mostly received by people in their productive age. The productive age group most are lesbian, gay, bisexual, transgender, and women sex workers.

The recommendation that can be given for the health provider of Jember should be able to make more effectively, efficiently and accountably budget. The financial projects of the program for resolving HIV AIDS program should be managed optimally to be able reaching out to the community until the village level. In addition, program for resolving HIV AIDS program can be of benefit for children and youth as the next generation of the nation's investment efforts.

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
PEMBIMBING SKRIPSI.....	vi
PENGESAHAN.....	vii
PRAKATA	viii
RINGKASAN	xi
SUMMARY	xiii
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Pembiayaan Kesehatan	8
2.1.1 Definisi Pembiayaan Kesehatan.....	8
2.1.2 Unsur- Unsur Pembiayaan Kesehatan.....	9
2.1.3 Prinsip Sistem Pembiayaan Kesehatan.....	10
2.1.4 Jenis-Jenis Sistem Pembiayaan Kesehatan.....	11

2.1.5 Masalah Pembiayaan Kesehatan	12
2.1.6 Sumber Pembiayaan Kesehatan	13
2.2 HIV AIDS	14
2.3 Konsep <i>District Health Account</i>	16
2.4 Sistem Kesehatan	35
2.5 Unsur Sistem.....	36
2.6 Kerangka Teori	39
2.7 Kerangka Konsep.....	40
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	42
3.1 Jenis Penelitian	42
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	42
3.3 Unit Analisis dan Responden	42
3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	43
3.5 Data dan Sumber Data	46
3.5.1 Data Primer	46
3.5.2 Data Sekunder	47
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	48
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	48
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	49
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	49
3.7.1 Teknik Penyajian Data	49
3.7.2 Teknik Analisis Data	49
3.8 Alur Penelitian	51
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	51
4.1 Hasil.....	52
4.1.1 Gambaran Sumber Biaya Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	52
4.1.2 Gambaran Pengelola Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	53

4.1.3	Gambaran Penyedia Layanan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	53
4.1.4	Gambaran Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	54
4.1.5	Gambaran Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	55
4.1.6	Gambaran Jenis Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	56
4.1.7	Gambaran Mata Anggaran Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	57
4.1.8	Gambaran Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	58
4.1.9	Gambaran Penerima Manfaat Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	58
4.1.10	Gambaran Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan Dan Penerima Manfaat Dalam Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	59
4.1.11	Gambaran Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran Dan Jenis Kegiatan Dalam Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	60
4.1.12	Gambaran Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan Dan Penerima Manfaat Dalam Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	61
4.2	Pembahasan.....	62
4.2.1	Sumber Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	62
4.2.2	Pengelola Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember	64

4.2.3	Penyedia Layanan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	65
4.2.4	Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	66
4.2.5	Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	67
4.2.6	Jenis Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	68
4.2.7	Mata Anggaran Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	69
4.2.8	Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	70
4.2.9	Penerima Manfaat Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.....	71
4.2.10	Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember Berdasarkan Jenjang Kegiatan dan Penerima Manfaat	73
4.2.11	Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember Berdasarkan Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan	74
4.2.12	Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember Berdasarkan Jenis Kegiatan dan Penerima Manfaat	75
BAB 5.	PENUTUP.....	77
5.1	Kesimpulan	77
5.2	Saran	78
DAFTAR PUSTAKA		78
Lampiran		85

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	43
Tabel 4.1	Biaya Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember....	52
Tabel 4.2	Pengelola Biaya Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	53
Tabel 4.3	Biaya Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	54
Tabel 4.4	Fungsi Kesehatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	55
Tabel 4.5	Jenis Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	56
Tabel 4.6	Mata Anggaran Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	57
Tabel 4.7	Jenjang Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	58
Tabel 4.8	Penerima Manfaat Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	58
Tabel 4.9	Jenjang Kegiatan dan Penerima Manfaat Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	59
Tabel 4.10	Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	60
Tabel 4.11	Jenis Kegiatan dan Penerima Manfaat Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kab. Jember.....	61

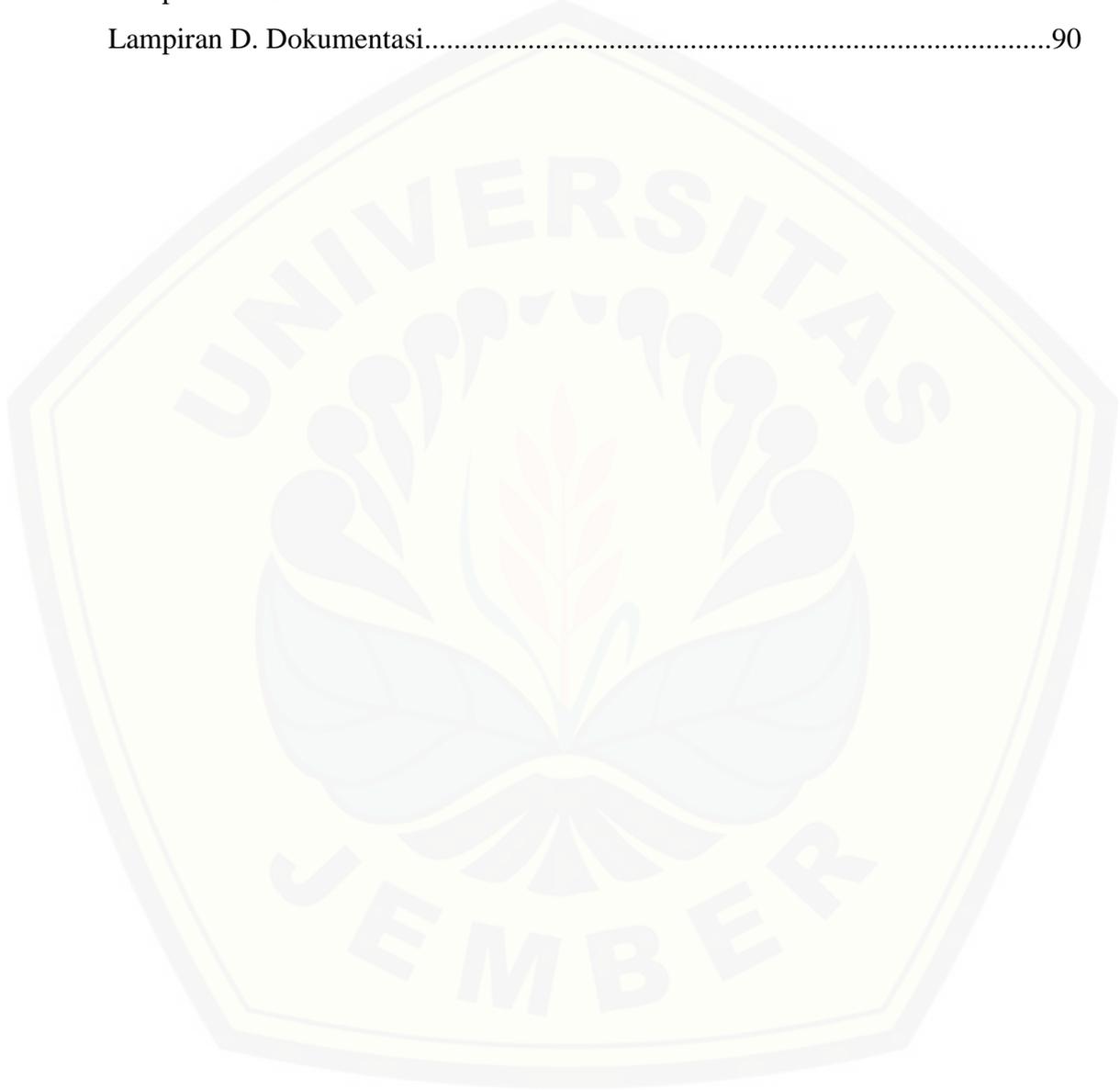
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....39
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....51



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	85
Lampiran B Pedoman Wawancara.....	86
Lampiran C. <i>Checklist</i> Data Sekunder.....	89
Lampiran D. Dokumentasi.....	90



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan dari berbagai gejala penyakit yang disebabkan oleh retrovirus yaitu *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sehingga menyebabkan sistem imun menurun. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan retrovirus dimana virus tersebut memiliki enzim *reverse transkriptase* yang kemungkinan besar akan dirubah dalam bentuk deoksibonukleat (DNA). Bentuk deoksibonukleat (DNA) berasal dari ribonukleat (RNA) yang didalamnya terdapat informasi genetik (Widyanto dan Triwibowo, 2013: 33).

Berdasarkan *United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS) *Global Statistics* , bahwa setiap tahun prevalensi HIV dan AIDS di dunia terus mengalami peningkatan dan hingga tahun 2017 mencapai 36,7 juta penderita. Afrika menjadi salah satu negara dengan prevalensi tertinggi sebanyak 26,9 juta penderita. Kemudian disusul oleh Asia sebanyak 5,3 juta penderita HIV/AIDS. Menurut laporan WHO dan UNAIDS, Afrika dan Asia-Pasifik merupakan negara yang secara berurutan mempunyai beban terberat dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Salah satu negara di Asia yaitu Indonesia telah ditetapkan sebagai *the fastest growing epidemic in Asia* (UNAIDS, 2017).

Kasus HIV dan AIDS tertinggi di Indonesia secara berurutan adalah Jawa Timur, Papua, DKI Jakarta, Bali, Jawa Barat, Jawa Tengah, Papua Barat, Sulawesi Selatan, Kalimantan Barat, dan Sumatra Utara. Provinsi Jawa Timur menduduki urutan pertama dalam penemuan kasus HIV dan AIDS terbanyak di Indonesia. Berdasarkan laporan data Dinas Kesehatan Jawa Timur hingga Desember 2016 terdapat, 39.034 orang penderita HIV dan 17.314 penderita AIDS dari kasus HIV. Kasus HIV dan AIDS ditemukan merata pada seluruh daerah Jawa Timur. Dalam lima tahun terakhir, peningkatan kasus HIV di Jawa Timur sekitar 2 hingga 3 persen. Dinas Kesehatan Jawa Timur memprediksi bahwa kasus HIV akan mencapai sebanyak 57.321 kasus. Tiga kabupaten/ kota di Jawa Timur pada tahun 2016 dengan penemuan kasus baru HIV terbanyak adalah Kota

Surabaya sebanyak 954 pengidap, Kabupaten Jember 639 pengidap, dan Kabupaten Tulungagung 410 pengidap.

Jumlah penduduk riil Kabupaten Jember tahun 2015 adalah sebesar 2.407.115 jiwa. Tingkat kepadatan penduduk yang tinggi masih didominasi oleh kecamatan yang terletak di wilayah kota. Laporan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menyebutkan bahwa awal kasus HIV dan AIDS di Jember pertama kali ditemukan pada tahun 2004, yaitu sebesar 1 kasus, kemudian terus menerus mengalami peningkatan dengan tinggi dan cepat setiap tahun. Pada tahun 2017 bulan Maret jumlah kumulatif kasus HIV dan AIDS di Kabupaten Jember mencapai 2.809 kasus.

Permasalahan penyakit HIV dan AIDS merupakan masalah kesehatan masyarakat luas yang menjadi tanggungjawab bersama dan bukan hanya terbatas sebagai masalah kesehatan penyakit menular. Pihak pemerintah mempunyai tanggungjawab dalam penanggulangan HIV dan AIDS baik dari segi kebijakan dan pengalokasian anggaran. Hal ini sejalan dengan Permenkes RI No. 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 48 yang mengatakan bahwa, tersedianya alokasi anggaran yang cukup dari pemerintah dan pemerintah daerah sebagai upaya pendanaan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS.

Menurut Thabrany (2014:14), suatu sistem kesehatan berbagai negara mempunyai kunci utama yaitu pendanaan kesehatan. Pendanaan tersebut harus adil dan merata. Adil berarti bahwa beban biaya kesehatan tidak memberatkan pengeluaran dari kantong perorangan, sedangkan merata berarti bahwa setiap orang berhak menerima pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan kebutuhan medis dan membayar berdasarkan kemampuan yang dimiliki.

Kesinambungan program penanggulangan HIV dan AIDS saat penyusunan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan AIDS 2015-2019 dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain peraturan dan kelembagaan serta anggaran belanja. Dalam upaya pencapaian penyelenggaraan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan AIDS 2015-2019 dibutuhkan alokasi anggaran yang sekitar Rp.6.248.374.000.000 (USD 568.034.000). Prediksi dana yang dapat dikumpulkan hingga tahun 2019 hanya sebesar

Rp.4.419.470.000.000 (USD 401.770.000) dimana separuhnya merupakan keterlibatan pembiayaan oleh hibah luar negeri. Perhitungan mengenai perkiraan ketersediaan dana diasumsikan dengan memasukkan pertumbuhan dana dalam negeri sebesar 20% per tahun pada dana pusat, dan 20% peningkatan dari dana daerah (PKMK FK UGM, 2015).

Mitra internasional masih mendominasi dalam pembiayaan program pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia. Sepanjang tahun 2006-2012 dana lokal cenderung terus meningkat sebagai sumber dana belanja program HIV dan AIDS kemudian diikuti *Global Fund* (GF) dan *Department Foreign Affairs Trade* (DFAT) Australia. Total anggaran yang telah dikeluarkan oleh *Global Fund* sampai tahun 2015 sebesar USD 56.878.927. Sedangkan, *Department Foreign Affairs Trade* (DFAT) pada tahun 2014 memberikan bantuan sebesar USD 27.816.495. Pendanaan dari donor sebagian besar dialokasikan untuk upaya pencegahan dan penelitian sedangkan dana lokal dialokasikan untuk perlindungan social dan pengobatan. Indonesia merupakan negara yang termasuk dalam kategori *upper lower middle income country* oleh karena itu wajib hukumnya untuk melakukan pengembangan strategi pembiayaan yang lebih masif sebagai upaya dalam menyelesaikan permasalahan kekurangan sumber dana kesehatan penanggulangan HIV dan AIDS pasca GF (UNAIDS, 2014).

Pembiayaan kesehatan di Indonesia belum mencapai efisiensi dan efektivitas yang optimal karena diduga pengalokasian yang tidak sesuai prioritas masalah kesehatan, alokasi dana belum mencukupi, dan kecenderungan pola belanja pada investasi barang dan kegiatan tidak langsung, sehingga mengakibatkan berkurangnya pembiayaan secara operasional dan biaya kegiatan tidak langsung. Kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung dapat menentukan kinerja suatu program (PKEKK FKM UI, 2015).

Indonesia telah menerapkan desentralisasi dalam urusan pemerintahan. Salah satu tujuannya adalah agar sektor kesehatan menjadi urusan rumah tangga daerah. Selain itu, pemerintahan di level daerah dapat menjalankan kegiatan tanpa ada paksaan dan sesuai dengan kebutuhan daerah masing-masing serta tidak melibatkan urusan pemerintahan yang berkaitan dengan kepentingan daerah.

Harapan pelaksanaan desentralisasi adalah terjadi peningkatan APBD untuk kesehatan dan daerah dapat melaksanakan *ownership* tanpa harus bergantung pada pemerintah pusat.

Kabupaten Jember merupakan salah satu pemerintahan yang mempunyai otonomi daerah. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Otonomi Daerah yang menyatakan bahwa dalam salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah adalah penanganan bidang kesehatan. Diperlukan sumber-sumber pembiayaan yang memadai untuk mencapai penyelenggaraan otonomi daerah secara baik dan optimal.

Saat ini penanganan bidang kesehatan khususnya penanggulangan HIV dan AIDS menjadi salah satu program prioritas Kabupaten Jember. Pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS pada tahun 2016 berasal dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan dana hibah *Global Fund* (GF) sebesar Rp. 481.925.250,00, dengan rincian 70% dari total pembiayaan tersebut dibiayai oleh dana hibah *Global Fund* (GF). Hal ini membuktikan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Jember masih bergantung pada mitra internasional, sedangkan pada bulan Maret 2018 merupakan akhir dukungan pendanaan mitra internasional dari *Global Fund* (GF) untuk penanggulangan AIDS. Oleh sebab itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember harus berbenah untuk mengalokasikan dana secara efektif dan berbasis pada data. Strategi yang ditempuh dalam mengatasi hal ini adalah pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti.

Pemerintah dalam hal ini telah membuat sebuah alat atau instrument *Health Account* (HA) yang dapat memberikan gambaran pengeluaran pembiayaan kesehatan berdasarkan bukti dan menganalisa pengeluaran kesehatan terkini. *Health Account* (HA) merupakan sebuah proses yang dapat menggambarkan aliran dana dan catatan belanja dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan, yang merupakan monitoring semua transaksi sumber dana sampai pemanfaatannya di tingkat wilayah, kelompok penduduk, dan dimensi sosial ekonomi serta epidemiologi (masalah kesehatan) (Than Sien dan Waheed, 2003). *Health Account* (HA) terdiri dari pencatatan arus dana kesehatan secara sistematis, kompherensif dan konsisten dalam suatu sistem kesehatan di suatu negara atau

wilayah. *Health Account* (HA) menelusuri semua sumber dana serta aliran dana tersebut dalam suatu sistem kesehatan dalam satu tahun tertentu di suatu negara atau wilayah tertentu (Poullier et al. WHO, 2002 dalam PKEK FKM UI, 2015). *Health Account* (HA) mempunyai sifat independen, tidak terpengaruh oleh salah satu struktur keuangan pemeliharaan kesehatan karena semua detail analisis dari aspek pemerintah maupun swasta dikerjakan bersama-sama antara pihak-pihak yang berkompetensi di masing-masing unsur dan dapat dijalankan dimanapun dalam keadaan apapun (Thabrany, 2005:203). Berdasarkan permasalahan yang telah dijabarkan di atas, serta mengingat besarnya peranan pembiayaan kesehatan program HIV dan AIDS, maka perlu dilakukan penelitian terkait pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS melalui pendekatan *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, permasalahan pada penelitian ini adalah bagaimana pembiayaan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS melalui pendekatan *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember Tahun 2017?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pembiayaan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember Tahun 2017.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi sumber biaya program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- b. Mengidentifikasi pengelola anggaran program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- c. Mengidentifikasi penyelenggara pelayanan program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember

- d. Mengidentifikasi fungsi kesehatan program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- e. Mengidentifikasi jenis program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- f. Mengidentifikasi jenis kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- g. Mengidentifikasi mata anggaran pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- h. Mengidentifikasi jenjang kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- i. Mengidentifikasi penerima manfaat program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- j. Menganalisis pembiayaan berdasarkan jenjang kegiatan dan penerima manfaat dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- k. Menganalisis pembiayaan berdasarkan mata anggaran dan jenis kegiatan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember
- l. Menganalisis pembiayaan berdasarkan jenis kegiatan dan penerima manfaat dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan, khususnya dalam lingkup Administrasi dan Kebijakan Kesehatan terkait gambaran pembiayaan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan dan menambah pengetahuan peneliti mengenai kebijakan – kebijakan dalam bidang kesehatan, serta menerapkan ilmu dan teori yang telah di dapatkan selama masa kuliah.

b. Bagi Kabupaten Jember

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan salah satu bahan masukan dan informasi bagi Kabupaten Jember dan dapat menganalisis serta meningkatkan dengan baik pembiayaan program HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.

c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Penelitian ini dapat menambah referensi dan literatur pembiayaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember sehingga dapat menambah ilmu dan wawasan mahasiswa, khususnya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pembiayaan Kesehatan

2.1.1 Definisi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah alokasi besaran dana yang dianggarkan oleh pemerintah maupun masyarakat sebagai upaya untuk memanfaatkan upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan keluarga, kelompok, dan masyarakat. Demi mencapai pembiayaan kesehatan yang bercukupan (*adequacy*), merata (*equity*), efisiensi (*efficiency*), dan efektifitas (*effectiveness*) maka diperlukan upaya untuk menjaga kestabilan dan kesinambungan (Azwar, 2010: 123). Berdasarkan definisi pembiayaan kesehatan diatas, maka pengelompokkan pembiayaan kesehatan terdiri dari dua jenis biaya yaitu:

- a. Biaya pelayanan kedokteran adalah besaran dana yang ditujukan untuk pengobatan dan pemulihan kesehatan dalam penyelenggaraan dan atau pemanfaatan dan pelayanan kedokteran.
- b. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat yaitu besaran dana yang ditujukan untuk pemeliharaan, peningkatan kesehatan, dan kegiatan pencegahan penyakit.

Syarat pokok yang harus dipenuhi pembiayaan kesehatan dalam memberikan pelayanan bidang kesehatan yang terdiri dari (Azwar,2010: 127):

a. Jumlah

Jumlah nominal yang harus tersedia dalam pembiayaan kesehatan mempunyai arti bahwa alokasi dana tersebut dapat digunakan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan yang dibutuhkan tanpa menyulitkan masyarakat untuk mengaksesnya.

b. Penyebaran

Penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan ketika dana yang telah dianggarkan tidak dapat dialokasikan dengan baik, maka hal tersebut dapat menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

c. Pemanfaatan

Pemanfaatan alokasi dana harus tepat sasaran dan membuat masyarakat dapat memanfaatkannya secara langsung. Pemanfaatan yang kurang terarah dapat memicu timbulnya masalah dalam penyediaan pembiayaan kesehatan. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk mencukupi dan mengalokasikan anggaran dana secara adil dan digunakan secara baik demi menjamin ketercapaian daya guna dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (UU Nomor 36, 2009).

2.1.2 Unsur- Unsur Pembiayaan Kesehatan

Menurut Depkes RI (2009) unsur- unsur pembiayaan kesehatan terdiri dari:

a. Dana

Dana dapat berasal dari sumber pemerintah dan swasta dan sumber lainnya. Dimana dana yang bersumber dari pemerintah dapat berasal dari dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait. Dana tersebut digunakan untuk mencukupi dalam rangka mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Selain itu, dana yang telah dianggarkan harus dapat dipertanggung jawabkan kepada pihak terkait.

b. Sumber daya

Sumber daya pembiayaan kesehatan harus mempunyai nilai guna dan daya guna sebagai upaya dalam menggali, mengalokasikan dan membelanjakan dana kesehatan untuk mencapai pelaksanaan pembangunan kesehatan. Sumber daya tersebut terdiri dari beberapa komponen yaitu standarisasi, regulasi, sumber daya manusia pengelola dan kelembagaan.

c. Pengelolaan Dana Kesehatan

Prosedur atau mekanisme pengelolaan dana kesehatan adalah kumpulan dari berbagai regulasi ataupun aturan yang kemudian disepakati oleh para pelau subsistem pembiayaan kesehatan. Pengelolaan dana kesehatan secara berkelanjutan dilaksanakan oleh Pemerintah secara lintas sektor, swasta, maupun

masyarakat. Cakupan dalam pengelolaan dana kesehatan harus memenuhi penggalian dana kesehatan, pengalokasian dana kesehatan dan pembelanjaan dana kesehatan.

2.1.3 Prinsip Sistem Pembiayaan Kesehatan

Menurut Depkes RI (2009) Prinsip sistem pembiayaan kesehatan terdiri dari:

- a. Pada dasarnya pembiayaan kesehatan bukan hanya menjadi tanggungjawab pemerintah, masyarakat maupun sektor swasta juga turut andil dalam hal ini. Salah satu tanggungjawab pemerintah adalah pembiayaan kesehatan untuk orang miskin dan tidak mampu. Dana kesehatan didapatkan dari berbagai sumber yaitu pemerintah, masyarakat dan swasta. Pengalokasian dana yang bersumber dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan berdasarkan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik Pusat ataupun daerah menganggarkan minimal 5% dari Pendapatan Domestik Bruto atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja pada setiap tahunnya. Dana kesehatan yang didapatkan harus terus dikelola dengan baik mulai dari penggalian dan pengumpulan yang harus ditingkatkan untuk menjamin kecukupan agar nantinya jumlah yang didapat sesuai dengan kebutuhan, dapat digunakan secara adil, transparan, akuntabel, mempunyai nilai dan daya guna guna, menggunakan prinsip subsidiaritas dan fleksibilitas, berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.
- b. Dana Pemerintah digunakan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat ataupun upaya kesehatan perorangan sebagai upaya untuk pembangunan kesehatan dengan mendahulukan kebutuhan masyarakat rentan dan keluarga miskin, di daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta wilayah yang tidak diminati swasta. Prioritas pembiayaan kesehatan yang menjadi fokus perhatian adalah program-program peningkatan derajat kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi.. Selain itu, sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan harus mulai berbenah menjadi pembayaran secara prospektif demi tercapainya efektivitas dan efisiensi

penggunaan dana kesehatan. Pembelanjaan dana kesehatan yang bertujuan untuk pembangunan kesehatan dilakukan berdasarkan penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran, perencanaan pembiayaan kesehatan, dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.

- c. Pengembangan sistem jaminan kesehatan sosial merupakan salah satu bentuk pembiayaan kesehatan dalam upaya kesehatan perorangan dan masyarakat, sehingga masyarakat mendapat jaminan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Penggunaan dana kesehatan harus dilakukan dengan sebaik-baiknya dan tanggungjawab sesuai dengan regulasi yang ada dan memegang prinsip pengelolaan pemerintahan yang baik dan transparan.
- d. Pembiayaan kesehatan dalam pemberdayaan masyarakat diupayakan pemanfaatan dana masyarakat yang telah dihimpun untuk kepentingan kesehatan dan melalui penghimpunan dana sosial secara aktif untuk kesehatan (misal: dana sehat) .
- e. Pada dasarnya pemerintah daerah mempunyai tanggungjawab untuk melakukan penelusuran pengambilan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah . Namun sebagai bentuk pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah menyediakan dana bagi daerah yang kurang mampu yaitu dana perimbangan.

2.1.4 Jenis-Jenis Sistem Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan Indonesia secara umum terbagi dalam 2 sistem yaitu (Thabrany:2014, 152):

- a. *Fee for Service (Out of Pocket)*

Sistem pembayaran berdasarkan layanan dikenal sebagai *Fee for Service (Out of Pocket)* , dimana seseorang yang sedang mencari pelayanan kesehatan akan berobat dan membayar secara langsung kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). PPK (dokter atau rumah sakit) mendapatkan pendapatan yang berbanding lurus dengan pelayanan yang diberikan..

- b. *Health Insurance*

Sistem *health insurance* merupakan sistem pembayaran dimana pihak ketiga akan membayarkan biaya yang mendapatkan layanan kesehatan. Sistem ini dapat berupa sistem kapitasi dan sistem *Diagnose Related Group*. Sistem kapitasi adalah pembayaran yang diterima dimuka oleh PPK atas jasa pelayanan kesehatan melalui sebuah lembaga dengan jumlah dana sesuai dengan satuan biaya (*unit cost*) dikalikan per orang. Sistem metode pembayaran ini dilakukan untuk jasa pelayanan kesehatan dimana PPK akan tetap menerima pendapatan sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar dan telah ditentukan per periode waktu. Suatu negara biasanya menghadapi dua masalah pokok dalam model pembiayaan kesehatan yang diterapkan yaitu: (1) upaya untuk menekan biaya pelayanan kesehatan yang mengalami peningkatan secara drastis, (2) mutu pelayanan kesehatan yang tidak sebanding dengan pembiayaan kesehatan (Sulastomo, 2000: 208).

2.1.5 Masalah Pembiayaan Kesehatan

Masalah pembiayaan kesehatan yang dihadapi antara lain (Azwar, 2010: 120) :

a. Alokasi Anggaran Kesehatan

Alokasi anggaran kesehatan dalam sistem desentralisasi didapatkan dari antara lain:

- 1) Anggaran Pemerintah Daerah (APBD)
 - 2) Anggaran Pemerintah Pusat (APBN)
 - 3) Bantuan luar negeri
- b. Besaran anggaran dana kesehatan tergantung beberapa kondisi (Gani, 2014):
- 1) Jumlah dana dari pendapatan daerah (DAU, DAK, DBH dan PAD)
 - 2) Kemampuan Rumah Sakit dalam penyusunan program dan pengalokasian anggaran yang sesuai dengan kebutuhan
 - 3) Visi Pemda dan DPRD yang cenderung relatif terhadap kesehatan
 - 4) Kemampuan advokasi pihak Rumah Sakit kepada Pemda dan DPRD

Dalam era desentralisasi penggunaan anggaran dana untuk sektor kesehatan sebagian besar bersumber dari Dana Alokasi Umum (DAU). Seperti

yang diketahui bahwa penggunaan DAU cukup kecil untuk kegiatan pengembangan karena masih banyak dialokasikan untuk gaji atau rutin. Apabila daerah tergantung pada DAU untuk pelayanan kesehatan, maka pembangunan kesehatan tidak akan optimal kecuali pada daerah yang kaya (Harbianto & Trisnantoro, 2004).

c. Pemanfaatan Dana yang Tidak Efisien

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih terbatas, dimana pemanfaatan dana masih kurang efisien. Dalam hal ini diketahui ada ketimpangan alokasi dana antar setiap program kesehatan. Pemanfaatan dana yang tidak efisien terlihat dari rangkaian birokrasi yang panjang sehingga menyebabkan penurunan jumlah dana pada tingkat operasional (Brotowasisto, 2000).

d. Beban Pembiayaan Kesehatan yang Semakin Meningkat

Semakin hari beban pembiayaan kesehatan di Indonesia semakin meningkat dan berat karena beberapa faktor yaitu (Gani, 2014) :

- 1) Pertumbuhan jumlah penduduk secara terus- menerus
- 2) Pertumbuhan jumlah penduduk usia lebih tua, sehingga terjadi peningkatan penyakit kardiovaskuler dan penyakit kronis degeneratif
- 3) Adanya peningkatan dan perkembangan teknologi kesehatan

e. Pengelolaan Dana yang Belum Baik

Pendanaan yang bersumber dari pemerintah sering dikeluhkan oleh daerah karena ketidaksesuaian kebutuhan daerah dengan pengalokasian dana yang direncanakan oleh pusat.

2.1.6 Sumber Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan kesehatan dalam lingkup pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota yaitu :

- a. Pemerintah pusat, berasal dari dana APBN sektoral atau dana dekonsentrasi.
- b. Pendapatan Asli Daerah (PAD), berasal dari hasil pajak daerah, hasil retribusi daerah, hasil perusahaan milik daerah, dan hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan, lain-lain pendapatan daerah yang sah dan tidak melanggar hukum.

- c. Dana pertimbangan, terdiri dari (Thabrany, 2005: 229):
- 1) Pajak bumi dan bangunan
 - 2) Bea perolehan hak atas tanah dan bangunan
 - 3) Penerimaan dari sumber daya alam
 - 4) Dana Alokasi Umum
 - 5) Dana Alokasi Khusus

2.2 HIV AIDS

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* secara fisiologis adalah virus yang menyerang sistem imun seseorang. Sel darah putih (limfosit/ sel-sel T4) merupakan salah satu sel yang bertugas menangkal infeksi. Kerusakan sistem kekebalan tubuh akan semakin parah karena replikasi virus yang terus menerus sehingga akan berakhir dengan kematian (Brunner & Suddarth, 2002: 109). Bedanya virus HIV dengan virus lain, HIV dapat memproduksi selnya sendiri dalam cairan darah manusia, yaitu pada sel darah putih. Sel-sel darah putih yang biasanya dapat melawan segala virus, lain halnya dengan virus HIV, virus ini justru dapat memproduksi sel sendiri untuk merusak sel darah putih (Harahap, 2008). Kemampuan HIV untuk tetap tersembunyi adalah yang menyebabkannya virus ini tetap ada seumur hidup, bahkan dengan pengobatan yang efektif (Gallant, 2010: 16).

AIDS atau *Acquired Immunodeficiency Syndrom* disebut sebagai sindrom yang merupakan kumpulan gejala-gejala berbagai penyakit dan infeksi akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh virus (HIV). AIDS adalah tahap akhir dari HIV, di mana perjalanan HIV menuju AIDS membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 13 tahun (Brunner, 2002).

Penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko kelompok-kelompok masyarakat. Pencegahan dilakukan kepada kelompok-kelompok masyarakat sesuai dengan perilaku kelompok dan potensi ancaman yang dihadapi. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk penyuluhan, promosi hidup sehat, pendidikan sampai kepada cara penggunaan alat pencegahan yang efektif dikemas

sesuai dengan sasaran upaya pencegahan. Program- program pencegahan pada kelompok sasaran meliputi:

a. Kelompok Tertular (*Infected People*)

Kelompok tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.

b. Kelompok Berisiko Tertular Atau Rawan Tertular (*High-Risk People*)

Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penjaja seks, penyalahguna narkoba suntik dan pasangannya, waria penjaja seks dan pasangannya, serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.

c. Kelompok Rentan (*Vulnerable People*)

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfusi darah dan petugas pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV (menghambat menuju kelompok berisiko).

d. Masyarakat Umum (*General Population*)

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu. Pencegahan ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya.

Infeksi HIV/AIDS merupakan suatu penyakit dengan perjalanan yang panjang. Sistem imunitas menurun secara progresif sehingga muncul infeksi-

infeksi oportunistik yang dapat muncul secara bersama dan berakhir pada kematian. Sementara itu belum ditemukan obat maupun vaksin yang efektif, sehingga pengobatan HIV/AIDS dapat dibagi dalam tiga kelompok antara lain:

a. Pengobatan Suportif

Adalah pengobatan untuk meningkatkan keadaan umum penderita. Pengobatan ini terdiri dari pemberian gizi yang baik, obat simptomatik, vitamin, dan dukungan psikososial agar penderita dapat melakukan aktivitas seperti semula/seoptimal mungkin.

b. Pengobatan Infeksi Oportunistik

Adalah pengobatan yang ditujukan untuk infeksi oportunistik dan dilakukan secara empiris.

c. Pengobatan Antiretroviral (ARV)

ARV bekerja langsung menghambat perkembangbiakan HIV. ARV bekerja langsung menghambat enzim reverse transcriptase atau menghambat enzim protease. Kendala dalam pemberian ARV antara lain kesukaran ODHA untuk minum obat secara langsung, dan resistensi HIV terhadap obat ARV (Depkes RI, 2006: 30).

2.3 Konsep *District Health Account*

Health Account (HA) adalah sebuah instrument yang dapat memantau aliran pemanfaatan pembiayaan pada sistem kesehatan (*health spending*) secara sistematis, komprehensif dan konsisten. *Health Account* merupakan sebuah proses pencatatan belanja kesehatan, analisis dan pelaporan. *Health Account* dapat dilaksanakan ditingkat nasional (NHA = *National Health Account*), ditingkat Provinsi (PHA = *Provincial Health Account*) dan ditingkat Kabupaten/Kota (DHA= *District Health Account*). *National Health Account* (NHA) merupakan sebuah kerangka akuntansi selama satu tahun si sebuah negara yang dapat memberikan gambaran keseluruhan pengeluaran belanja kesehatan (pemerintah/publik, swasta dan donor). *International Classifications For Health Accounts* (ICHA) merupakan perhitungan kesehatan secara internasional yang digunakan oleh NHA dengan menggunakan konsep standar dalam membuat

batasan pengeluaran belanja kesehatan sebagai bentuk klasifikasi transaksi dengan karakteristik yang sama (PKEK FKM UI, 2015).

PHA/DHA merupakan suatu bentuk yang lebih kecil dari *Health Account* yang bersifat regional (provinsi/kabupaten/kota) dengan tetap menyesuaikan konsep NHA yang telah disepakati secara nasional, baik dari segi batasan *Health Account*, klasifikasi, dan sumber daya yang diperhitungkan. DHA akan memberikan gambaran besaran belanja kesehatan rumah tangga yang biasa digunakan untuk pembayaran pelayanan kesehatan melalui asuransi ataupun secara langsung. Selain itu DHA dapat digunakan untuk bahan advokasi sebagai upaya untuk memperbaiki sistem pembiayaan di tingkat daerah. (PKEK FKM UI, 2015).

District Health Accounts (DHA) dilakukan guna meninjau kecukupan, keakuratan dari alokasi anggaran serta meninjau keefektifan pembiayaan kesehatan yang dilakukan daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya (PKEK FKM UI, 2015). Dalam Permenkes 971 Tahun 2009 juga disebutkan bahwa dalam rangka mengupayakan kemampuan dasar untuk menyusun perencanaan anggaran yang efektif dalam lingkungan Dinas kesehatan, Kepala Dinas kesehatan penting untuk memahami konsep akuntansi kesehatan atau *Health Account*. *Health Accounts* didefinisikan sebagai sebuah kemampuan berpikir secara analitis, konseptual dan teknikal yang dapat digunakan sebagai acuan dasar dalam merumuskan perencanaan strategis di sektor kesehatan. *District Health Accounts* (DHA) didesain dengan tujuan untuk menginput seluruh informasi terkait aliran dana dan menggambarkan akan fungsi pendanaan kesehatan mulai dari fungsi mobilisasi, alokasi, pooling dan asuransi, penggunaan pelayanan kesehatan, dan pendistribusian manfaat. *District Health Accounts* (DHA) memungkinkan para pemangku kepentingan (stakeholder) di Kabupaten/Kota untuk mengidentifikasi kebijakan yang tepat dalam perencanaan anggaran (PKEK FKM UI, 2015).

Trisnantoro (2009: 309) menambahkan bahwa DHA dibutuhkan di era desentralisasi karena kebijakan desentralisasi telah berdampak dalam beberapa hal:

- a. pengalokasian anggaran bersumber pemerintah
- b. pembelanjaan anggaran untuk berbagai sektor oleh pemerintah daerah setempat
- c. pembelajaan uang untuk pemenuhan kebutuhan masing-masing masyarakat, sehingga kelengkapan data pembiayaan kesehatan semakin dibutuhkan.

Akhirani, *et al* (2004) menyebutkan bahwa informasi terkait pembiayaan kesehatan bermanfaat dalam menunjang pengalokasian anggaran oleh pemerintah untuk segala bidang pemerintahannya, hal ini berkaitan dengan besarnya manfaat memiliki data anggaran kesehatan yang lengkap. Data anggaran yang lengkap ini sulit diperoleh apabila daerah tersebut tidak memiliki *District Health Accounts* (DHA). DHA juga mencakup data anggaran kesehatan yang tersebar di instansi atau departemen lainnya di kabupaten/kota, sehingga ini akan sangat memudahkan dalam hal menganalisis pembiayaan kesehatannya.

Dalam Modul Pengembangan *Provincial/District Health Account* yang dikeluarkan oleh Biro keuangan dan Perlengkapan Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa alur pembiayaan dalam DHA dapat ditelusuri dengan menanyakan 4 pertanyaan berikut, yaitu:

- a. siapa pihak-pihak yang membiayai penyelenggaraan pelayanan kesehatan?
- b. berapakah jumlah biaya yang dikeluarkan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut?
- c. kemana saja aliran dana kesehatan tersebut dialirkan?
- d. siapa saja yang mendapat keuntungan dari hasil pembiayaan kesehatan tersebut?

Pada mulanya, aliran dana dimulai dari sumber darimana uang tersebut berasal (*resource*), selanjutnya aliran dana tersebut ditempatkan di institusi-intisusi yang menampung dan mengelola dana (*financing agent*), setelah itu baru dana dialirkan ke unitunit penyedia jasa layanan kesehatan serta untuk kegiatan lainnya sesuai dengan tujuan dari institusi pengelola (*uses*). Poulir dan Hernandez dalam Thabrany (2005:198) menyebutkan bahwa agar aliran dana (*where the money from, and where it goes, and how it is used*) dapat diandalkan sebagai pijakan dasar membuat kebijakan dan perencanaan diperlukan enam kriteria

penting didalamnya, yaitu *policy sencitivity, comprehensiveness, concistency standardization, accuracy, dan timelines*. Alur pendanaan kesehatan berdasarkan konsep DHA dapat dijabarkan lebih rinci sebagai berikut berikut:

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

Unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan disebut sumber biaya. Sumber biaya dapat berasal pemerintah yang mengelola dana berasal dari pajak dan jaminan sosial. Sumber biaya adalah seluruh sumber keuangan sebagai dana awal yang diperuntukkan untuk tujuan kesehatan, dapat ditelusuri dengan melihat pengeluaran 3 sektor berikut, yaitu:

- 1) Dana Publik berasal dari Dana Pemerintah Berdasarkan wilayah
 - a) Dana Bersumber Pemerintah Pusat
 - (1) Kementerian Kesehatan
 - (a) APBN Kementerian Kesehatan: Dekonsentrasi (DK)
 - (b) APBN Kementerian Kesehatan: Tugas Pembantuan
 - (c) APBN Kementerian Kesehatan: JKN (PBI)
 - (d) APBN Kementerian Kesehatan: BOK/DAK -non fisik
 - (e) APBN Kementerian Kesehatan: selain DK, TP, JKN, BOK
 - b) Dana Publik berasal dari Kementerian/Lembaga/Badan Lainnya (dana kesehatan di Provinsi)
 - (1) APBN: Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar dan Menengah
 - (2) APBN: Kementerian Dalam Negeri
 - (3) APBN: Kementerian Sosial
 - (4) APBN: Kementerian Hukum dan HAM: Pelayanan Kesehatan LAPAS
 - (5) Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
 - (6) Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
 - (7) Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
 - (8) Badan Narkotika Nasional (BNN)
 - (9) Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan
 - (10) Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM)
 - (11) Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)
 - (12) APBN: Kementerian Lainnya

- (13) APBN: Donor Pinjaman
- (14) APBN: Donor Hibah
- c) Dana Publik berasal dari dana bersumber Pemerintah Daerah
 - (1) Pemerintah Provinsi
 - (a) APBD Provinsi
 - (b) APBD Provinsi (Pinjaman/PHLN)
 - (2) Pemerintah Kabupaten/ Kota
 - (a) APBD Kabupaten/ Kota
 - (b) APBD Kabupaten/ Kota (Pinjaman/PHLN)
 - (3) Dana Publik Lain
 - (a) Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) oleh Badan Publik
 - (b) Dana Publik Lain-lainnya
 - I. Dana BUMN (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
 - II. Dana BUMD (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
 - III. Sumber Publik Lainnya
 - 2) Dana Non Publik (Non-Pemerintah)
 - a) Dana Pelayanan Kesehatan Perusahaan Swasta (Kesehatan Karyawan dan CSR Kesehatan)
 - b) Belanja Kesehatan Rumah Tangga
 - 1) Pengeluaran tambahan (Cost-sharing) Rumah Tangga
 - 2) *Out of Pocket* (OOP) Rumah Tangga
 - c) Lembaga Sosial Masyarakat/ Yayasan
 - d) Dana Non-publik Lainnya
 - 1) Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) oleh Badan Swasta
 - 2) Dana Swasta Lainnya
 - (a) Donor: Hibah kepada Swasta
 - (b) Dana Swasta Lainnya Diluar Donor kepada Swasta

Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut :

- 1) Bersumber dari anggaran pemerintah

Dalam hal ini pemerintah menanggung sepenuhnya pembiayaan penyelenggaraan kesehatan. Pemerintah memberikan pelayanan secara gratis oleh

pemerintah karena pihak swasta jarang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Akan tetapi, kondisi keuangan negara yang belum cukup baik, sistem ini masih sulit untuk diterapkan karena membutuhkan alokasi dana yang cukup banyak. Misalkan pendaan dari pemerintah pusat dan provinsi

2) Bersumber dari anggaran masyarakat

Bersumber dari anggaran masyarakat merupakan sumber biaya yang berasal dari individual atau perusahaan. Hal ini merupakan dampak pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta dengan menggunakan fasilitas berteknologi tinggi sehingga terjadi peningkatan biaya dalam pemanfaatan ataupun penggunaannya. Selain itu, sistem ini mengharapkan peran aktif dan kemandirian dari masyarakat (swasta). Contoh dari hal tersebut adalah CSR atau (*Corporate Social Responsibility*) dan pengeluaran rumah tangga dimana pembayaran dilakukan secara tunai atau melalui sistem asuransi.

3) Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan yang didapatkan dari pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Pembiayaan tersebut digunakan untuk penatalaksanaan penyakit tertentu seperti HIV dan virus H5N1. Bantuan WHO merupakan salah satu pihak yang menyalurkan bantuan biaya kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).

4) Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Banyak dari negara- negara di dunia yang menerapkan sistem gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat. Sistem ini dapat mengakomodasi kekurangan pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Pemerintah melaksanakan layanan kesehatan bersubsidi karena biaya kesehatan yang cukup besar, sehingga tidak menutup kemungkinan untuk menuntut peran serta masyarakat untuk mengeluarkan biaya tambahan.

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

Lembaga yang mengumpulkan, mengelola dan menyalurkan dana dari sumber-sumber yang berperan dalam pembiayaan kesehatan ke tujuan akhir pembiayaan. Agen pembiayaan antara lain:

- 1) Pemerintah
 - a) Pemerintah Pusat
 - 1) Kementerian Kesehatan
 - (a) Rumah Sakit Umum Pusat
 - (b) Rumah Sakit Khusus
 - (c) BUK Kementrian Kesehatan
 - (d) Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP)
 - (e) Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BTKL-PP)
 - (f) UPT Kementerian Kesehatan Lainnya
 - (g) Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar dan Menengah
 - (h) Kementerian Dalam Negeri
 - (i) Kementerian Sosial
 - (j) Kementerian Hukum dan HAM: Pelayanan Kesehatan LAPAS
 - (k) Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
 - (l) Kepolisian: Pelayanan Kesehatan Polisi
 - (m) Kementerian Hankam: Pelayanan Kesehatan TNI
 - (n) Badan Narkotika Nasional (BNN)
 - (o) Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
 - (p) Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM)
 - (q) Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)
 - (r) Diluar Kementerian Kesehatan Lainnya
 - (s) Penyelenggara SJSN
 - b) Pemerintah Daerah Provinsi
 - 1) Dinas Kesehatan Provinsi
 - 2) Balai Pelatihan Tenaga Kesehatan Masyarakat (BPTKM)
 - 3) Balai Kesehatan Paru
 - 4) Balai Kesehatan Mata
 - 5) Balai Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda)
 - 6) Balai Kesehatan Daerah Lainnya
 - 7) Rumah Sakit Umum Provinsi

- 8) Rumah Sakit Khusus Provinsi
- 9) KPD Dinas Sosial Provinsi
- 10) SKPD Dinas Pendidikan Dasar dan Menengah Provinsi
- 11) SKPD Badan Lingkungan Hidup Daerah
- 12) SKPD Dinas Pertanian dan Ketahanan Pangan
- 13) Badan Narkotika Provinsi (BNP)
- 14) Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD)
- 15) Komando Daerah Militer (Kodam)
- 16) Badan Narkotika Provinsi (BNP)
- 17) Kepolisian Daerah (Polda)
- 18) Biro Pelayanan Sosial Setda
- 19) Bappeda Provinsi: Bidang Sosial Budaya
- 20) Unit di Pemerintahan Provinsi Lainnya
 - c. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
 - 1) SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - 2) UPT Puskesmas
 - 3) RSUD Kabupaten/ Kota (jika PPK BLUD RS)
 - 4) Pemda Kabupaten/ Kota (Jika PPK RS Non BLUD)
 - 5) Dinas Pendidikan
 - 6) Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan KB
 - 7) Dinas Sosial
 - 8) Bagian Kesra Setda Kabupaten/Kota
 - 9) Bappeda Kabupaten/ Kota: Bidang Sosial Budaya
 - 10) SKPD Pemerintah Kabupaten/Kota lainnya
 - 2) Swasta
 - a) perusahaan swasta/BUMN
 - b) Perusahaan asuransi swasta
 - c) Yayasan/ Lembaga non profit
 - d) Rumah tangga
 - c. Penyelenggara Pelayanan/Program (HP = *Health Providers*)

Instansi atau unit yang mendapatkan sejumlah dana dan menggunakannya untuk dapat memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan. Contoh instansi sebagai penyelenggara pelayanan/ program misalnya Dinas Kesehatan, RS milik pemerintah, RS swasta, klinik, puskesmas, praktek dokter (swasta), dll. Dalam DHA, penyelenggara pelayanan/ program dibagi sebagai berikut:

- 1) Rumah Sakit
 - a) Rumah Sakit Umum
 - (1) Rumah Sakit Umum Pemerintah (Vertical)
 - (2) Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi
 - (3) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/ Kota
 - (4) Rumah Sakit Polri
 - (5) Rumah Sakit TNI
 - (6) Rumah Sakit Umum Swasta
 - (7) Rumah Sakit Umum Lainnya
 - b) Rumah Sakit Jiwa
 - (1) Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Pusat (Vertical)
 - (2) Rumah Sakit Jiwa Provinsi
 - (3) Rumah Sakit Jiwa Swasta
 - c) Rumah Sakit Khusus (selain RS Jiwa)
 - (1) Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO)
 - (2) Rumah Sakit Mata
 - (3) Rumah Sakit Ibu dan Anak
 - (4) Rumah Sakit Paru
 - (5) Rumah Sakit Khusus Lainnya
- 2) Fasilitas Perawatan Jangka Panjang (Panti Perawatan Jangka Panjang)
 - (a) Panti Perawatan Jangka Panjang
 - (b) Panti Kejiwaan dan Rehabilitasi Ketergantungan Obat
- 3) PPK Rawat Jalan
 - (a) Praktek Dokter
 - (b) Praktek Dokter Gigi

- (c) Praktek Tenaga Kesehatan Lainnya
- (d) Klinik Rawat Jalan
- (1) Klinik Pelayanan KB
- (2) Klinik Rehabilitasi Pecandu Narkoba dan Gangguan Jiwa
- (3) Klinik Pelayanan Bedah untuk Rawat Jalan
- (4) Klinik Pelayanan Dialisis
- (5) Klinik Pelayanan Rawat Jalan Spesialis Lainnya
- (6) Klinik Pelayanan Terintegrasi lainnya
- 4) PPK *Home Care*
- 5) PPK Penunjang
 - (a) Layanan Jasa Transportasi Pasien dan Kedaruratan
 - (b) Laboratorium Diagnosa dan Medis
 - (c) Layanan Penyedia Darah
 - (d) PPK Penunjang Lainnya
- 6) Penyedia Alat Kesehatan dan Bahan Medis (Retail)
 - (a) Penyedia/ Toko Obat
 - (b) Penyedia/ Toko Bahan Medis Habis Pakai
 - (c) Penyedia Alkes dan Bahan Medis Lainnya
- 7) Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan (*Prevention*)
 - (a) PPK Dasar (*Primary Health Care*)
 - (1) Puskesmas
 - (2) PPK Dasar Lainnya
 - (b) Penyedia Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat
 - (1) Desa Siaga
 - (2) Posyandu
 - (3) Posbindu
 - (4) Poskestren
 - (5) Pelayanan Kesehatan oleh masyarakat Lainnya
- 8) Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan
 - (a) Penyedia Administrasi Kesehatan Pemerintah
 - (1) Kementerian Kesehatan

- (2) Dinas Kesehatan Provinsi
- (3) Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
- (4) Kementerian Pendidikan
- (5) Dinas Pendidikan Provinsi
- (6) Dinas Pendidikan Kabupaten/ Kota
- (7) Kementerian Sosial
- (8) Dinas Sosial Provinsi
- (9) Dinas Sosial Kabupaten/ Kota
- (10) Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
- (11) Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
- (12) Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten
- (13) Kementerian Lingkungan Hidup
- (14) Badan Lingkungan Hidup Provinsi
- (15) Badan Lingkungan Hidup Kabupaten/ Kota
- (b) Penyedia Layanan Administrasi Pemerintah Lainnya
- (c) Badan Penyelenggara Asuransi Sosial : BPJS
- (d) Penyelenggara Asuransi Swasta
- (e) Penyelenggara Administrasi Lainnya

d. Program Kesehatan (PR = Program)

Program kesehatan dapat menggambarkan belanja yang dibiayai oleh pengelola anggaran untuk setiap jenis. Secara umum program kesehatan dapat dibagi menurut klasifikasi sebagai berikut :

- 1) Pelayanan/ program promotif
- 2) Pelayanan/ program preventif
- 3) Pelayanan kuratif
- 4) Pelayanan rehabilitatif
- 5) Pelayanan penunjang
- 6) Pelayanan farmasi dan bahan medis

Di Indonesia, pengelompokan jenis program tersebut dapat dilihat pada kebijakan yakni:

- 1) SPM (Permenkes No.741 / 2008)
 - a) ANC
 - b) Penanganan kasus komplikasi obstetrik
 - c) Linakes
 - d) Pelayanan postpartum
 - e) Penanganan komplikasi neonatal
 - f) Kunjungan bayi sehat
 - g) Cakupan desa UCI
 - h) Cakupan pelayanan balita
 - i) MP ASI anak ke 6-24 bulan KK miskin
 - j) Penanganan balita kurang gizi
 - k) Skrining anak sekolah
 - l) Current User (CPR) KB
 - m) Deteksi dan penanganan penyakit : AFP, Pneumonia balita, TBC, Th/ kasus DBD dan deteksi diare
 - n) Pelayanan kesehatan dasar penduduk miskin
 - o) Pelayanan rujukan
 - p) Rujukan kasus pasien miskin
 - q) Pelayanan emergency oleh RSUD
 - r) Surveilans epidemiologi dan penanganan KLB
 - s) Response surveilans < 24 jam ditingkat desa yang ada KLB
 - t) Cakupan desa dengan desa siaga
- 2) Permendagri No.59/2007 (Perubahan atas Permendagri No.13/2006)
 - a) Program obat dan pembekalan kesehatan
 - b) Program upaya kesehatan masyarakat
 - c) Program pengawasan obat dan makanan
 - d) Program promkes dan pemberdayaan masyarakat
 - e) Program perbaikan gizi masyarakat
 - f) Perogram pengembangan lingkungan sehat
 - g) Perogram pencegahan dan penanggulangan penyakit menular
 - h) Program standarisasi pelayanan kesehatan

- i) Program pelayanan penduduk miskin
 - j) Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya
 - k) Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit/ RS jiwa/ RS Paru / RS mata
 - l) Program pemeliharaan sarana dan prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya
 - m) Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan
 - n) Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita
 - o) Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia
 - p) Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan
 - q) Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak, dst
- 3) PP No.38/2007
- a) Upaya Kesehatan, seperti Program Surveilans, Penyelidikan KB, Penyakit menular, penyakit tidak menular, bencana, wabah, pencemaran, kesling, surveilans gizi buruk, gizi keluarga, kesehatan haji, PKD, rujukan sekunder, pelayanan kesehatan daerah sulit/kepulauan, registasi, akreditasi, sertifikasi serkes, rekomendasi perizinan, perizinan RS C/D/swasta dan praktek.
 - b) Pembiayaan Kesehatan, seperti pengelolaan jaminan kesehatan lokal dan penyelenggaraan kamkes nasional
 - c) SDM Kesehatan, seperti pemanfaatan, pendayagunaan, pelatihan teknis, registasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan dan pemberian izin praktek
 - d) Obat dan pembekalan kesehatan, seperti penyediaan dan pengelolaan obat/pembekalan dasar, sampling dan pengujian, pemeriksaan sarana produksi, pengawasan dan registasi makan minum produk rumah tangga, sertifikasi alat kesehatan, izin apotik dan toko obat.
 - e) Pemberdayaan masyarakat, seperti promosi kesehatan
 - f) Manajemen Kesehatan, seperti penyelenggaraan operasional bidang kesehatan, Litbangkes, surkesdas, penapisan IPTEK kesehatan, KLN skala Kabupaten atau Kota, monitoring dan evaluasi, pengawasan dan SIK
- 4) MDGs

- a) Peningkatan gizi masyarakat
 - b) Penurunan kematian ibu
 - c) Penurunan kematian anak
 - d) Pemeberantasan TBC
 - e) Pemberantasan Malaria
 - f) Penanggulangan HIV/AIDS
 - g) Menjamin akses terhadap air bersih menjamin akses terhadap obat essensial
- e. Fungsi Kesehatan (HC = *Health care Function*)

System of Health Accounts (SHA) 2011 merupakan dimensi fungsi yang diadopsi oleh DHA. Fungsi Kesehatan merupakan seluruh kegiatan yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan. *System of Health Accounts* (SHA) 2011 melacak semua pengeluaran kesehatan di negara tertentu selama jangka waktu tertentu terlepas dari entitas atau institusi yang membiayai dan mengelola pengeluaran tersebut. Ini menghasilkan data yang konsisten dan komprehensif mengenai pengeluaran kesehatan di suatu negara, yang pada gilirannya dapat berkontribusi pada pembuatan kebijakan berbasis bukti.

Dalam klasifikasi *Health Account* yang dikembangkan oleh WHO/OECD, fungsi kesehatan ini terus mengalami perubahan – perubahan karena banyaknya variasi klasifikasi diantara banyak negara. Secara umum fungsi kesehatan dapat dibagi menurut klasifikasi sebagai berikut :

- a) Pelayanan Kuratif
 - 1) Pelayanan Kuratif Rawat Inap
 - 2) Pelayanan Kuratif Rawat Jalan
 - 3) Pelayanan Kuratif Rawat Rumah
- b) Pelayanan Rehabilitatif
- c) Pelayanan Rawat Jangka Lama
- d) Layanan Penunjang
 - 1) Laboratorium Klinis

- 2) Radiologi Diagnostik (Sinar X, MRI, nuclear)
- 3) Transportasi Pasien dan Kedaruratan
- 4) Pelayanan Pendukung Lainnya
- e) Alat-alat/Bahan Medis
 - 1) Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai
 - (a) Obat yang diresepkan
 - (b) Pembelian Obat di luar (over-the-counter)
 - (c) Obat Tidak tahan lama lainnya
 - 2) Alat Terapi dan Alat Medis tahan lama Lainnya
 - (a) Kacamata dan produk optik lainnya
 - (b) Alat ortopedi dan produk prosthetic lainnya
 - (c) Alat Bantu dengar
 - (d) Alat bantu gerak terkait medis, termasuk kursi roda dan tongkat
 - (e) Alat Medis tahan lama Lainnya
 - f) Pelayanan Pencegahan dan Kesehatan Masyarakat
 - 1) Program Konseling Informasi dan Edukasi (KIE)
 - 2) Program Imunisasi
 - 3) Program Deteksi Dini Penyakit
 - 4) Program Pemantauan Status Kesehatan
 - 5) Surveilans Epidemiologi dan Pengendalian Penyakit Menular
 - 6) Program Kesiapan Penanganan KLB
 - g) Tata Kelola Sistem Kesehatan dan Administrasi Pembiayaan Kesehatan
 - 1) Tata Kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan
 - 2) Administrasi Pembiayaan Kesehatan
 - h) Pelayanan Kesehatan Diluar Klasifikasi Di Atas
 - 1) Program Pemberdayaan Masyarakat
 - 2) Layanan Kesehatan Lain selain Pemberdayaan Masyarakat
- f. Jenis Kegiatan (HA = *Health Activity*)

Jenis kegiatan merupakan pelaksanaan sebuah aktivitas yang dilaksanakan oleh provider, yaitu (a) kegiatan langsung dan (b) kegiatan tidak langsung atau disebut juga kegiatan penunjang. Salah satu bentuk kegiatan langsung adalah temuan kasus HIV dan AIDS dan pengobatan ARV pada ODHA, sedangkan kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang dapat menunjang kegiatan langsung, misalnya kegiatan administrasi dan manajemen, monitoring, evaluasi, supervisi dan lain sebagainya. Secara umum jenis kegiatan dalam klasifikasi DHA dapat dibagi sebagai berikut :

- 1) Kegiatan Tidak Langsung
 - a) Manajerial dan Koordinasi
 - b) Pengadaan dan Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)
 - c) Perencanaan dan Penganggaran Program
 - d) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
 - e) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis
 - f) Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
 - g) Supervisi dan Bimbingan Teknis
 - h) Peningkatan Kesejahteraan Pegawai
 - i) Kegiatan Tidak Langsung Lainnya
- 2) Kegiatan Langsung
 - a) Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat
 - (1) Promosi dan Penyuluhan kesehatan
 - (2) Pemeriksaan Mutu Air
 - (3) Vector Control (Pengendalian Vector)
 - (4) Pendataan Sasaran
 - (5) Pengambilan sampel
 - (6) Survey TTU
 - (7) Surveilans Epidemiologi dan KLB
 - (8) Penemuan dan Pemantauan Kasus
 - (9) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
 - (10) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis Kesehatan Masyarakat
 - (11) Kegiatan Kesehatan Masyarakat Langsung Lainnya

b) Kegiatan Program Kesehatan Individu

- (1) Diagnosis dan Pengobatan
- (2) Laboratorium dan Dukungan Diagnosis Lainnya
- (3) Tindakan Medis
- (4) Rehabilitasi Medik
- (5) Pelayanan Transfusi Darah
- (6) Penyuluhan Individu
- (7) Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis Kesehatan Individu

Berdasarkan perspektif anggaran berbasis kinerja, kinerja suatu program ditentukan oleh alokasi anggaran kegiatan langsung. Program tidak akan menghasilkan output (kinerja) ketika sebagian besar anggaran digunakan untuk kegiatan tidak langsung.

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

Mata anggaran merupakan jenis input yang "dibeli" oleh *provider* (pelaksana program/pelayanan) sebagai upaya untuk melaksanakan jenis kesehatan. Mata Anggaran mencakup hal-hal berikut:

- 1) Investasi
 - a) Pembelian Tanah
 - b) Bangunan/ Konstruksi
 - c) Pengadaan Alat Non Medis
 - d) Pengadaan Alat Medis (Alat Kesehatan dan Kedokteran)
 - e) Pengadaan Kendaraan
 - f) Fellowship untuk Pegawai
 - g) Investasi Lainnya
- 2) Operasional
 - a) Kompensasi untuk pegawai
 - (1) Gaji
 - (2) Honorarium
 - (3) Kontribusi Sosial/Jaminan Kesehatan
 - (4) Biaya Lain Terkait Pegawai

- b) Remunerasi Tenaga Profesional Mandiri
- c) Belanja Bahan dan Jasa
 - (1) Belanja Pelayanan Kesehatan ke Pihak ke-3
 - (2) Belanja Obat-obatan
 - (3) Bahan Medis (BMHP, termasuk reagen)
 - (4) Belanja ATK dan Perkantoran habis pakai
 - (5) Perjalanan
 - (6) Akomodasi
 - (7) Utilities (telepon, listrik dan air)
 - (8) Belanja Jasa
 - (9) Belanja Bahan dan Jasa Lainnya
- d) Belanja Hibah atau Bantuan Sosial
- e) Biaya Operasional Lainnya
 - 3) Pemeliharaan
 - a) Pemeliharaan Lahan
 - b) Pemeliharaan Gedung/Konstruksi
 - c) Pemeliharaan Alat Non-Medis
 - d) Pemeliharaan Alat Medis
 - e) Pelatihan Personil
 - f) Pemeliharaan Kendaraan
 - g) Pemeliharaan Lainnya

Berdasarkan perspektif anggaran berbasis kinerja, kinerja suatu program ditentukan oleh alokasi anggaran operasional. Program tidak menghasilkan output (kinerja) ketika sebagian besar anggaran digunakan untuk belanja barang modal.

h. Jenjang kegiatan (HL = *Health Level of Activity*)

Jenjang kegiatan merupakan tingkatan administratif pelaksanaan kegiatan. Untuk DHA, jenjang kegiatan dibagi menjadi (a) Propinsi, (b) Kabupaten, (c) Kecamatan dan (d) Desa atau masyarakat. Berikut contoh-contoh jenis kegiatan menurut jenjangnya.

- 1) Jenjang Propinsi : pelatihan staff Dinas kesehatan di ibu kota

propinsi, dan lain sebagainya.

- 2) Jenjang Kabupaten/kota : rawat jalan di RSUD, pelatihan kader HIV/AIDS, dan lain sebagainya.
- 3) Jenjang kecamatan : tes dan pengobatan HIV di Puskesmas
- 4) Jenjang desa/ masyarakat : penyuluhan HIV dan AIDS di masyarakat, tes VCT di lingkup desa, dan lain sebagainya.

Berdasarkan perspektif anggaran berbasis kinerja, kinerja cakupan program ditentukan oleh besaran belanja untuk pelayanan di masyarakat. Cakupan program akan sulit ditingkatkan ketika sebagian besar anggaran lebih banyak untuk kegiatan pada jenjang kabupaten dan propinsi sehingga berdampak ketidakcukupan untuk kegiatan/intervensi di masyarakat.

i. Penerima manfaat (HB = *Health Beneficiaries*)

Sekelompok masyarakat yang merasakan manfaat dari pembiayaan yang digunakan untuk belanja barang dan jasa kesehatan. Kelompok penerima manfaat (*beneficiary*) berdasarkan struktur umur penduduk, yaitu:

- a) 0 – <1 tahun : bayi
- b) 1 – 5 tahun : balita
- c) 6 - 12 tahun : anak sekolah
- d) 13 – 18 tahun : anak sekolah/remaja
- e) 19 – 64 tahun : usia produktif
- f) 65 + tahun : lanjut usia
- g) Semua umur : semua kelompok umur

Tahap akhir dari analisis pembiayaan kesehatan dengan pendekatan *District Health Accounts (DHA)* kabupaten/kota yang tidak kalah pentingnya adalah merumuskan rekomendasi. Rekomendasi ini akan sangat berguna nantinya selain sebagai bahan untuk penyusunan *National Health Accounts (NHA)* juga sebagai bahan masukan untuk para pengambil kebijakan (*policy maker*) dalam hal perencanaan anggaran kesehatan di tahun berikutnya (PKEKK FKM UI, 2015). Hasil analisis data pembiayaan kesehatan dengan pendekatan DHA dapat dijadikan sebagai *evidence based* untuk bahan advokasi kepada para pemangku

kebijakan seperti Kepala Dinas kesehatan, Bappeda atau Pemerintah Daerah dan Pihak DPRK.

2.4 Sistem Kesehatan

Menurut John McManama (1975) menyatakan bahwa sistem adalah upaya untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien berdasarkan struktur konseptual (Azwar, 2010:17). Menurut WHO (1947) kesehatan adalah keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan (Azwar, 2010 : 19). Sistem kesehatan menurut WHO (1984) adalah sekumpulan dari berbagai faktor yang saling berhubungan satu dengan yang lain dan kompleks dalam suatu negara, yang dibutuhkan dalam memenuhi kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan dan masyarakat (Azwar,2010:19).

Faktor yang memengaruhi bentuk pokok sistem kesehatan suatu negara sangat bervariasi diantaranya yaitu (Azwar, 2010:30):

a. Peranan unsur pembentuk sistem kesehatan

Sistem kesehatan dibentuk oleh tiga unsur utama :

- 1) Pemerintah, merupakan pihak yang bertanggungjawab dalam merumuskan berbagai kebijakan termasuk kebijakan kesehatan
- 2) Masyarakat, sekumpulan orang yang mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Penyedia pelayanan, instansi atau unit yang bertanggungjawab langsung dalam menyelenggarakan berbagai pelayanan kesehatan.

b. Pemanfaatan sumber daya, tata cara dan kesanggupan

Sistem kesehatan ditinjau dari pemanfaatan sumber, tata cara, dan kesanggupan maka sistem kesehatan dapat dibedakan atas :

- 1) Sistem kesehatan di suatu negara maju yang memanfaatkan kemajuan ilmu dan teknologi secara optimal.
- 2) Sistem kesehatan di suatu negara berkembang yang baru saja disentuh oleh kemajuan ilmu dan teknologi.
- 3) Sistem kesehatan di suatu negara terbelakang yang sama sekali belum disentuh oleh kemajuan ilmu dan teknologi.

c. Unsur pokok sistem kesehatan

Tiga syarat pokok sistem kesehatan adalah :

- 1) Organisasi pelayanan, yaitu kejelasan tugas pokok dan fungsi suatu organisasi
- 2) Organisasi pembiayaan, yaitu adanya kejelasan pembiayaan sesuai dengan jumlah alokasi dana, mobilisasi dana, dan sumber dana.
- 3) Mutu pelayanan dan pembiayaan, kepastian dalam terjaminnya mutu pelayanan dan pembiayaan kesehatan (*quality of service and finance*).

d. Subsistem dalam sistem kesehatan

Subsistem dalam sistem kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu:

1) Subsistem pelayanan kesehatan

Subsistem pelayanan kesehatan adalah kesatu paduan yang utuh untuk upaya kesehatan suatu neagara.

2) Subsistem pembiayaan kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah kesatu paduan pembiayaan yang utuh dalam upaya kesehatan suatu negara.

2.5 Unsur Sistem

Menurut Azwar (2010:28) dalam sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan terdiri dari :

a. Masukan (input)

Masukan (input) adalah kumpulan berbagai elemen yang berada dalam sistem dan diperlukan untuk dapat menjalankan sistem tersebut (Azwar, 2010: 22).

Menurut Muninjaya (2004: 111) sumber daya manajemen kesehatan terdiri dari *man, money, material, method, machine dan market* disingkat dengan 6M.

- 1) *Man* (Manusia) memiliki peran yang sangat penting dalam melakukan beberapa aktivitas, karena manusia yang menjalankan semua program yang direncanakan. Tanpa adanya manusia, manajer tidak akan mungkin mencapai tujuannya (Manullang, 2005:5-6).
- 2) *Money* (uang) merupakan sarana manajemen dan harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan bisa tercapai dengan baik dan tidak memerlukan uang yang begitu besar. Kegagalan atau ketidaklancaran proses manajemen sedikit banyak ditentukan atau dipengaruhi oleh perhitungan atau

ketelitian dalam menggunakan uang (Manullang, 2005:6).

- 3) *Material* merupakan bahan atau data dan informasi yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan digunakan sebagai pelaksana fungsi – fungsi dari manajemen serta dalam mengambil keputusan oleh pimpinan (Manullang, 2005:6). Menurut Sulaiman (2013 :54) material dapat berupa obat, alat kesehatan, alat administrasi perkantoran, pencatatan dan pelaporan sarana kesehatan swasta, saran promosi kesehatan, mebeler, sarana transportasi, dan komunikasi.
- 4) *Method* yaitu cara atau pendekatan yang dipergunakan untuk mengubah masukan menjadi keluaran, yakni berupa metoda atau cara pelaksanaan, dan metode pergerakan (Sulaiman, 2013 : 54 -55). Menurut Manullang (2005 : 6) *method* merupakan sarana atau alat manajemen, karena untuk mencapai tujuan harus menggunakan metode atau cara yang efektif dan efisien. Namun, metode – metode yang ada harus disesuaikan dengan perencanaan yang sudah dibuat agar metode tersebut tepat sasaran. Pelaksanaan suatu program jika tidak ada metode sebagai acuan, maka dalam pelaksanaan program besar kemungkinan terjadi salah persepsi, sehingga metode dalam suatu program sangat penting keberadaannya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Damang (2011) dalam bahwa metode yang sesuai akan menghasilkan suatu program yang sesuai dengan tujuan sebelumnya atau keberhasilan suatu program begitupun sebaliknya.
- 5) *Machine* menurut Manulang (2005:6) adalah jenis alat yang digunakan sebagai proses pelaksanaan kegiatan manajemen dengan menggunakan teknologi atau alat bantu berupa mesin. *Machine* digunakan untuk memberikan kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. *Machine* dapat berupa sarana prasarana. Sarana merupakan fasilitas yang dipakai langsung, sedangkan prasarana merupakan alat atau fasilitas yang menunjang prasarana (Muninjaya, 2004: 89). Sarana prasarana yang lengkap dan mendukung akan memperlancar jalannya suatu program, sebaliknya jika sarana dan prasarana yang dibutuhkan tidak atau kurang memadai akan menghambat berlangsungnya

suatu program (Tampubolon, 2009).

6) *Market* menurut Kotler dalam Sulaiman (2013 : 55) merupakan suatu proses sosial untuk mendapatkan apa yang dibutuhkan dan diinginkan dengan cara menciptakan, menawarkan, dan mempertukarkan nilai suatu produk atau pelayanan yang bernilai dengan pihak lain.

b. Proses (*process*)

Proses merupakan kumpulan berbagai elemen yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran sesuai yang direncanakan. Proses dalam penelitian ini adalah kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS.

c. Keluaran (*output*)

Keluaran adalah kumpulan berbagai elemen yang dihasilkan dari pelaksanaan proses dalam sistem. Keluaran pada penelitian ini adalah prevalensi HIV dan AIDS mengalami penurunan dan penderita HIV dan AIDS mendapatkan pengobatan.

d. Dampak (*outcome*)

Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

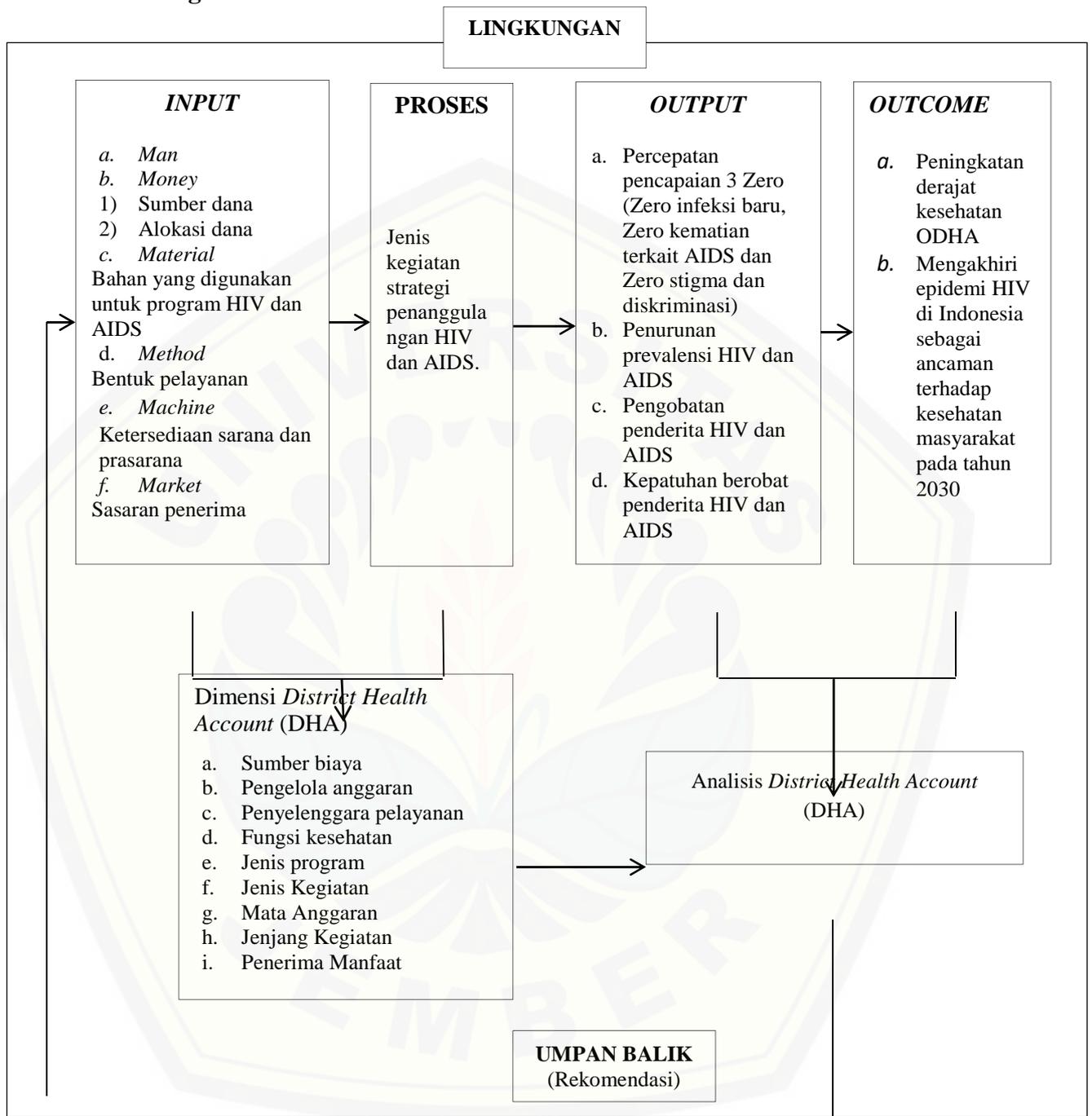
e. Umpan balik

Umpan balik adalah kumpulan berbagai elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan dapat digunakan sebagai perbaikan masukan bagi sistem tersebut.

f. Lingkungan

Lingkungan adalah lingkup diluar sistem yang mempunyai pengaruh besar akan tetapi tidak dikelola oleh sistem.

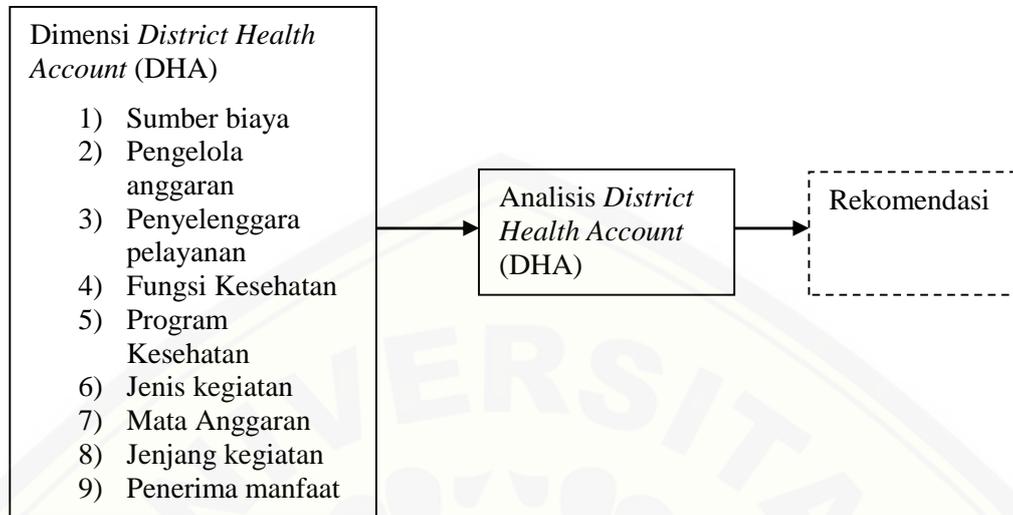
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

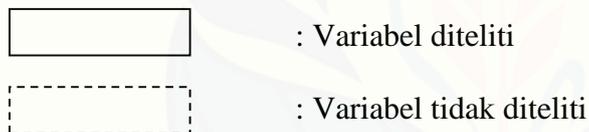
Sumber : Modifikasi Kerangka Teori Sistem Azwar (2010), Poulir dan Hernadez (dalam Thabrany, 2005)

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan:



Berdasarkan pendekatan sistem yang dapat digunakan sebagai upaya dalam hal menyelesaikan masalah kesehatan. Pada teori sistem kesehatan akan dimasukkan komponen dan langkah – langkah perhitungan *District Health Account* (DHA) karena peneliti akan menganalisis pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS. *District Health Account* (DHA) dalam program penanggulangan HIV dan AIDS terdiri dari sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara pelayanan, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan, penerima manfaat. Kemudian menganalisis pembiayaan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS melalui *District Health Account* (DHA) yang dilakukan guna meninjau kecukupan, keakuratan dari alokasi anggaran serta meninjau keefektifan pembiayaan kesehatan yang dilakukan oleh instansi yang melaksanakan kegiatan langsung ataupun tidak

langsung dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Hasil dari *District Health Account* (DHA) dalam program penanggulangan HIV dan AIDS yaitu rekomendasi yang dapat menjadi bahan masukan dan sumber informasi untuk dinas kesehatan Kabupaten Jember dalam hal perencanaan anggaran program penanggulangan HIV dan AIDS di tahun berikutnya. Pada penelitian ini rekomendasi tersebut tidak diteliti, peneliti hanya meneliti terkait dimensi dan analisis pembiayaan melalui *District Health Account* (DHA) sesuai dengan konsep dasar dana aliran kesehatan menurut Poullir dan Hernandez dalam Thabrany (2005:198) menyebutkan bahwa aliran dana (*where the money from, and where it goes, and how it is used*).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif, yang bertujuan untuk membuat gambaran atau lukisan kondisi objek yang alamiah secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta (Sugiyono,2012:118). Penelitian deskriptif dapat digunakan untuk menilai suatu keadaan dan penyelenggaraan suatu program yang sedang dilaksanakan, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut Notoatmodjo (2012:35). Penelitian deskriptif diarahkan untuk memberikan gambaran atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat (Notoatmodjo, 2012:138). Penelitian ini digunakan untuk menggambarkan pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Jember. Waktu penelitian ini adalah bulan Desember 2017 – Juni 2018, dimulai dari penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian hingga penyusunan laporan.

3.3 Unit Analisis dan Responden

Unit analisis penelitian ini adalah instansi yang mempunyai kegiatan langsung maupun tidak langsung terkait penanggulangan HIV dan AIDS. Instansi tersebut terdiri dari sektor pemerintah dan swasta. Instansi sektor pemerintah yaitu, Dinas Kabupaten Kabupaten Jember, Dinas Sosial Kabupaten Jember, Rumah Sakit Daerah Balung, Rumah Sakit Daerah Kalisat, dan Rumah Sakit Umum Daerah dr.Sobeandi. Sedangkan untuk instansi swasta yaitu, Yayasan LASKAR, LSM Ogawa, LSM KDS Pelangi. Responden adalah seseorang yang mengetahui informasi tentang suatu fakta atau pendapat yang dapat disampaikan secara lisan maupun tulisan ketika menjawab pertanyaan wawancara (Arikunto, 2006: 145). Responden dalam penelitian ini adalah:

- a. Penanggungjawab program penanggulangan HIV dan AIDS Dinkes Jember
- b. Kepala Bidang Pengelolaan dan P2 Dinkes Jember

- c. Kepala Bidang Program dan Informasi Dinkes Jember
- d. Kepala Bagian Keuangan Dinkes Jember
- e. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Jember
- f. Ketua Komisi Penanggulangan AIDS
- g. Penanggungjawab program penanggulangan HIV dan AIDS Dinsos Jember
- h. Ketua Yayasan LASKAR
- i. Ketua LSM Ogawa
- j. Ketua LSM KDS Pelangi
- k. Kepala Poli VCT dan CST RSD Balung
- l. Kepala Poli VCT RSD Kalisat
- m. Kepala Poli VCT dan CST RSD dr. Soebandi

3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan pemberian arti yang diberikan pada variabel atau konstruk dengan cara menspesifikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk dapat mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2013:126). Variabel dan definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
1.	Sumber Biaya (FS= <i>Financing Sources</i>)	unit/institusi sebagai penyedia biaya kesehatan. a) Dana Publik b) Dana Non Publik c) <i>Rest Of The World</i>	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS
2.	Pengelola Anggaran (FA= <i>Financing Agents</i>)	Institusi atau unit yang mendapatkan dan mengelola dana dari sumber biaya untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan. a) Pemerintah	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		b) Perusahaan Asuransi c) Perusahaan Swasta d) LSM/ Lembaga Sosial e) Rumah Tangga f) <i>Rest Of The World</i>		
3.	Penyelenggara Pelayanan Program (HP = <i>Health Providers</i>)	Institusi atau unit yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan atau melaksanakan program kesehatan a) Rumah Sakit b) Fasilitas Perawatan Jangka Panjang c) PPK Rawat Jalan d) PPK Penunjang e) Penyedia Alat Kesehatan dan Bahan Medis f) Unit Pelayanan Kesehatan Pencegahan g) Penyedia Administrasi Kesehatan dan Pembiayaan h) Penyedia Layanan Kesehatan i) <i>Rest Of The World</i>	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS
4.	Fungsi Kesehatan (HC = <i>Health care Function</i>)	Semua aktivitas yang bertujuan untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan a) Pelayanan Kuratif b) Pelayanan Rehabilitatif c) Pelayanan Rawat Jangka Lama d) Layanan Penunjang	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
		e) Alat/ Bahan Medis f) Pelayanan dan Pencegahan Kesehatan Masyarakat g) Tata kelola dan Administrasi Sistem Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan h) Layanan kesehatan lainnya		
5.	Program Kesehatan (PR= Program)	Dimensi program bertujuan untuk menggambarkan jenis program kesehatan yang dibiayai dengan belanja dari pengelola anggaran a) Program Kesehatan Masyarakat b) Program Kesehatan Individu c) Program Penguatan Sistem Kesehatan	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS
6.	Jenis Kegiatan (HA= <i>Health Activity</i>)	Jenis kegiatan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh provider a) Kegiatan Tidak Langsung b) Kegiatan Langsung	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS
7.	Mata Anggaran (HI= <i>Health Input</i>)	Mata anggaran adalah jenis input yang "dibeli" oleh provider (pelaksana program/pelayanan) untuk melaksanakan jenis-jenis kesehatan a) Investasi b) Operasional c) Pemeliharaan	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS
8.	Jenjang kegiatan	Jenjang kegiatan	Wawancara dan	Dokumen Pelaksanaan

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Pengumpulan Data
	(HL= <i>Level of Activity</i>)	adalah jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. a) Pusat b) Provinsi c) Kabupaten d) Kecamatan/ Puskesmas e) Desa/ Kelurahan/ Masyarakat	studi dokumen	Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS
9.	Penerima manfaat (HB = <i>Health Beneficiaries</i>)	Penerima manfaat adalah kelompok penduduk yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai a) 0 – <1 tahun: bayi b) 1 – 5 tahun : balita c) 6 - 12 tahun: anak sekolah d) 13 – 18 tahun: anak sekolah/remaja e) 19 – 64 tahun: usia produktif f) 65+ tahun: lanjut usia g) Semua umur: semua kelompok umur h) Kelompok Umur Belum Terpilah	Wawancara dan studi dokumen	Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan/ atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah perolehan data yang berasal dari sumber data pertama. Data primer yang diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2012:156). Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan bertanya kepada responden menggunakan panduan wawancara. Data primer pada penelitian ini

adalah hasil wawancara dengan masing-masing responden terkait sumber pembiayaan, pengelola pembiayaan, penyedia layanan, fungsi kesehatan, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan dan penerima manfaat. Wawancara dilakukan dengan beberapa responden sebagai bentuk demarkasi biaya program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember. Responden dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Penanggungjawab program penanggulangan HIV dan AIDS Dinkes Jember
- b. Kepala Bidang Pengelolaan dan P2 Dinkes Jember
- c. Kepala Bidang Program dan Informasi Dinkes Jember
- d. Kepala Bagian Keuangan Dinkes Jember
- e. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Jember
- f. Ketua Komisi Penanggulangan AIDS
- g. Penanggungjawab program penanggulangan HIV dan AIDS Dinsos Jember
- h. Ketua Yayasan LASKAR
- i. Ketua LSM Ogawa
- j. Ketua LSM KDS Pelangi
- k. Kepala Poli VCT dan CST RSD Balung
- l. Kepala Poli VCT RSD Kalisat
- m. Kepala Poli VCT dan CST RSD dr. Soebandi

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah perolehan data primer dari pihak lain atau perolehan data primer yang pada umumnya telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain. Data sekunder dapat juga berupa data yang diperoleh dari buku literatur, arsip, dan dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media yang lain (Sugiyono, 2012:156). Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan melalui studi dokumentasi mengenai Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS. Data yang diambil yaitu, nama program, kegiatan, rincian kegiatan, dan jumlah belanja dari masing-masing unit analisis.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan prosedur sistematis dan standar untuk mendapatkan data yang diperlukan oleh peneliti. Penentuan keberhasilan suatu penelitian berdasarkan instrumen teknik pengumpulan data (Nazir, 2013:175). Data pada penelitian ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode yang digunakan dalam pengumpulan data, dimana seseorang sasaran penelitian (responden) dapat memberikan informasi baik secara lisan maupun tulisan, atau berbicara kepada responden dengan cara berhadapan muka (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012 : 139). Wawancara adalah tahapan mendapatkan keterangan dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* atau panduan wawancara untuk dapat menjawab tujuan penelitian (Nazir, 2013:170). Wawancara dalam penelitian ini dilakukan sebagai tahapan demarkasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS melalui pendekatan *Health Account* (HA) di Kabupaten Jember. Data-data tersebut antara lain sumber biaya, pengelola anggaran, penyelenggara program, fungsi kesehatan, jenis program, jenis kegiatan, mata anggaran, jenjang kegiatan dan penerima manfaat.

b. Studi Dokumen

Studi dokumen adalah suatu cara dalam pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat, dan sebagainya (Arikunto, 2006:135). Dokumen merupakan catatan kejadian yang telah berlalu baik dalam bentuk tulisan, gambar, atau karya – karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2015:240). Ada dua macam sumber dokumen, yaitu dokumen resmi dan dokumen tidak resmi. Dokumen resmi terdiri dari surat keputusan, surat instruksi, dan surat bukti kegiatan yang dikeluarkan dari kantor atau organisasi yang bersangkutan. Sedangkan dokumen tidak resmi berupa nota, surat pribadi yang dapat memberikan informasi terhadap suatu kejadian (Darmadi, 2011:266). Penelitian ini melakukan studi dokumentasi dengan mempelajari

Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan atau laporan realisasi pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah suatu instrumen pengumpul data sebagai alat ukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (Sugiyono, 2012: 92). Penggunaan instrumen penelitian yaitu untuk mendapatkan informasi yang lengkap tentang sebuah permasalahan, fenomena alam maupun sosial. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa panduan wawancara, *checkklist* dan alat perekam suara berupa telepon selular.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data merupakan pembuatan laporan hasil penelitian yang dapat dipahami, analisis tujuan dan penerikan kesimpulan sehingga dapat memberikan gambaran penelitian. Teknik penyajian data pada penelitian ini dikelompokkan menjadi tiga, yaitu teks (tekstular), tabel, dan grafis (Notoatmodjo, 2012:188). Data yang diperoleh dari hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan dalam bentuk narasi agar dapat memberikan gambaran tentang hasil tabel tersebut.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data adalah bagian penting dalam sebuah penulisan ilmiah karena dapat memberikan arti dan makna yang sangata bermanfaat dalam memecahkan sebuah masalah. Keluaran akhir dari analisis data harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012:180). Analisis data yang dilakukan antara lain:

a. Analisis Univariat

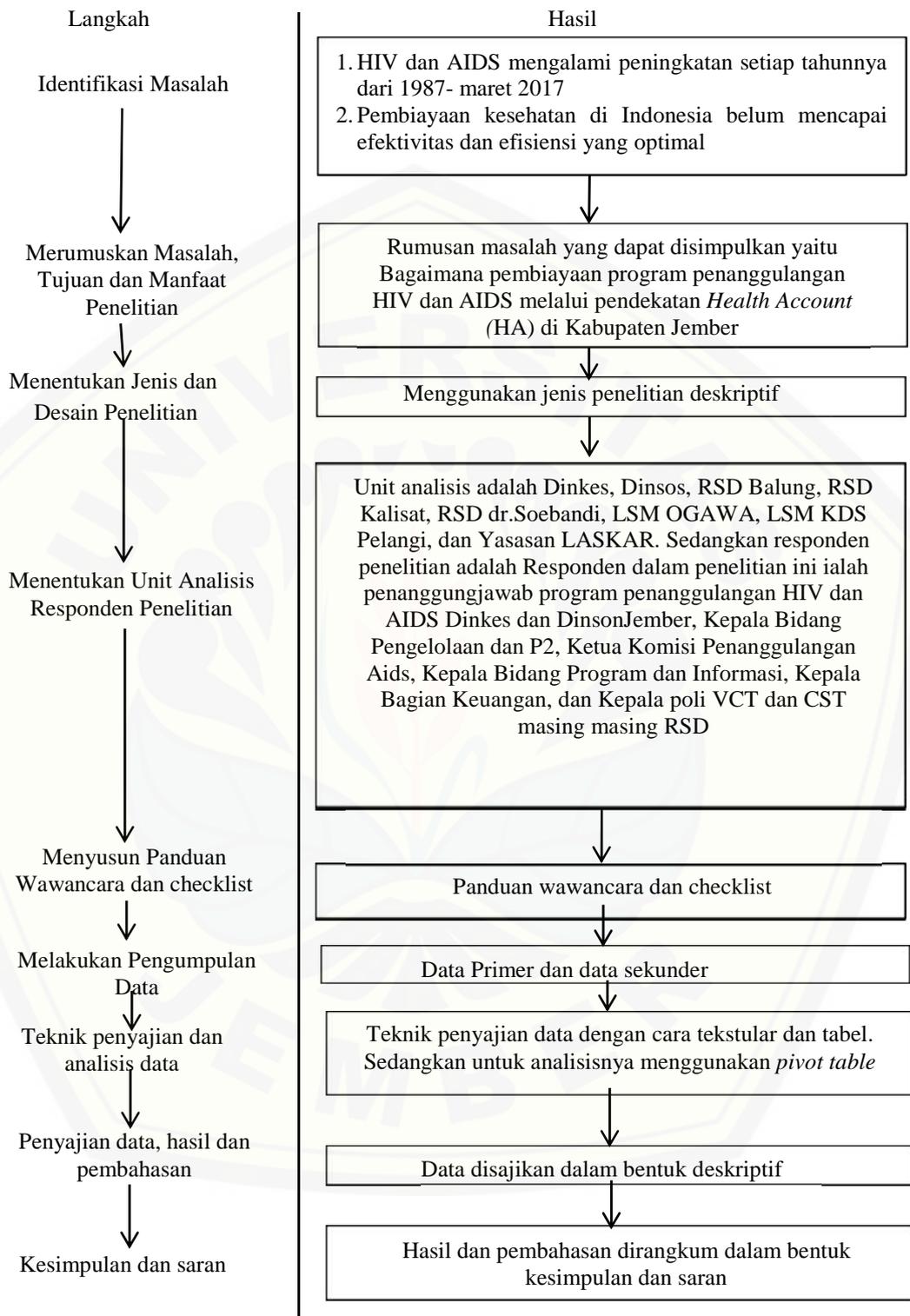
Analisis univariat bertujuan untuk memberikan penjelasan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diteliti (Notoatmodjo,

2012:182). Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengidentifikasi 9 dimensi *District Health Account* (DHA).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap variabel yang diduga mempunyai hubungan ataupun korelasi (Notoatmodjo, 2012:183-184). Analisis pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS berdasarkan jenjang kegiatan terhadap penerima manfaat dan berdasarkan mata anggaran terhadap jenis kegiatan dengan menggunakan *pivot table* dalam *Microsoft Excel*. *Cross tab* dimensi DHA mata anggaran terhadap jenis kegiatan akan menghasilkan gambaran tentang porsi belanja untuk kegiatan langsung dan tidak langsung serta porsi belanja untuk belanja investasi, operasional dan pemeliharaan, sedangkan *cross tab* dimensi DHA jenjang kegiatan terhadap penerima manfaat akan menghasilkan gambaran tentang kinerja program telah menunjukkan kepedulian terhadap kesejahteraan ODHA. *Cross tab* dimensi DHA jenis kegiatan terhadap penerima manfaat akan menghasilkan gambaran tentang jenis kegiatan yang diterima oleh masyarakat berdasarkan kelompok umur.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Sumber pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS sebagian besar berasal dari dana APBD sebanyak Rp 1.022.817.000, dimana sebagian besar dana APBD merupakan dana perimbangan DAU dan PAD pajak rokok.
- b. Dua pengelola pembiayaan dan penyedia layanan/ program penanggulangan HIV dan AIDS terbesar adalah Dinas Kesehatan sebanyak Rp 656.986.100 dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Rp 767.902.000.
- c. Pembiayaan untuk fungsi kesehatan sebagian besar digunakan untuk program deteksi dini penyakit HIV dan AIDS sebanyak Rp 1.031.883.170.
- d. Program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Jember menyerap dana baik dari pemerintah maupun swasta sebesar Rp 1.976.277.470.
- e. Pembiayaan untuk jenis kegiatan tidak langsung menyerap dana sebanyak 1.261.780.670 dan kegiatan langsung sebanyak Rp 724.496.800 sehingga belum efektif untuk meningkatkan kinerja program penanggulangan HIV dan AIDS.
- f. Pembiayaan untuk mata anggaran sebesar (99,01%) digunakan untuk pembiayaan anggaran operasional sebanyak Rp 1.974.527.470.
- g. Pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS lebih banyak dilakukan di tingkat kabupaten/ kota dengan alokasi dana sebesar Rp 1.596.605.270 sedangkan di tingkat puskesmas sebesar Rp 379.672.200.
- h. Penerima manfaat untuk kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS sebagian besar merupakan kelompok usia produktif dengan alokasi dana sebanyak Rp 1.466.880.670.
- i. Realisasi alokasi belanja belum tepat tempat dan sasaran dimana sebagian besar anggaran dana digunakan untuk kelompok usia produktif di tingkat kabupaten/ kota sebanyak Rp 1.286.050.670.
- j. Realisasi alokasi belanja untuk program penanggulangan HIV dan AIDS masih belum berbasis kinerja dimana sebagian besar anggaran digunakan

untuk mata anggaran oprasional dan kegiatan tidak langsung sebanyak Rp 1.250.030.670.

- k. Penerima manfaat kategori usia produktif lebih banyak digunakan untuk jenis kegiatan tidak langsung yaitu manajerial dan kordinasi sebanyak Rp 1.067.252.670.

5.2 Saran

- a. Pengelola pembiayaan dapat menyusun anggaran yang lebih efektif, efisien dan akuntabel. Pembiayaan program penanggulangan HIV dan AIDS usia anak-anak dan remaja mendapatkan alokasi dana yang sebanding dengan usia produktif. Hal ini karena kelompok usia anak-anak dan remaja merupakan investasi agar dapat mencetak generasi penerus yang tangguh, sehat dan cerdas.
- b. Penyedia layanan dapat mengalokasikan sebagian besar dana kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS untuk operasional langsung dibandingkan dengan operasional tidak langsung. Kegiatan operasional langsung merupakan kegiatan yang dapat dirasakan langsung manfaatnya oleh masyarakat seperti, penemuan dan pemantauan kasus HIV dan AIDS, pemberdayaan masyarakat, promosi kesehatan, diaagnosis dan pengobatan.
- c. Pembiayaan kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS seharusnya dapat dikelola secara optimal sehingga dapat menjangkau pemantauan status kesehatan ODHA dan OHIDA hingga tingkat desa.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifuddin & Soebari. 2009. *Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Pustaka Setia
- Akhirani *et.al.* 2004. Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber Dari Pemerintah Melalui District Health Accounts di Kabupaten Sinjai. Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 07 (1 Maret 2004). *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan
- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Arpadi, S. M. 2011. *Growth Failur in HIV- Infected Children*. Durban: WHO.
- Arumsari, W. 2014. Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Pada Balita BGM Tahun 2013. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Brotowasisto. 2000. *Pembiayaan Kesehatan dan Permasalahannya di Indonesia*. Jakarta: Pusat Informasi Penanggulangan krisis Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Brunner and Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi. 8 Volume 2*. Jakarta : EGC
- Damang, S. 2011. *Program Kesehatan Gratis Belum Sesuai dengan Ketentuan dalam Perundang-Undangan*.<http://www.damang.web.id/2011/06/program-kesehatan-gratis-belumsesuai.html>. [7 Desember 2017]
- Darmadi, H. 2011. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.

- Departemen Kesehatan. 2000. *Implikasi Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan. 2006. *Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1987-2006*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan. 2009. *Modul Pengembangan Provincial/ District Health Accounts*. Jakarta: Biro Keuangan dan Perlengkapan
- Departemen Kesehatan. 2009. *Pembiayaan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Keputusan Menteri Kesehatan No.4 tahun 2003 *Tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Desmawati. 2013. *Sistem Hematologi dan Imunologi*. Jakarta : In Media
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. *Laporan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Kabupaten Jember Tahun 2016*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2016. *Laporan Program Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2010. *Tes dan Konseling HIV Terintegrasi di Sarana Kesehatan/PITC*. Jakarta: Kemenkes RI
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2016. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI
- PKEK FKM UI, 2015. *Modul Dan Pedoman Pelatihan District Health Account (DHA)*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Dan Kebijakan Kesehatan FKM UI
- Gallant, J. 2010. *100 Tanya- Jawab mengenai HIV dan AIDS*. Jakarta: PT. Indeks

- Gani, A. 2010. *Bahan Perkuliahan Pembiayaan Kesehatan: Dimensi Supply Side (Teori Jaring laba-laba)*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Gani, A. 2014. *Bahan Perkuliahan Pembiayaan Kesehatan: Anggaran Berbasis Kinerja*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Hamilton & Morgan. 2009. *Infeksi Menular Seksual (IMS)*. Jakarta : Universitas Indonesia
- Harahap, J. 2008. Pengaruh Peer Education Terhadap Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Dalam Menanggulangi HIV dan AIDS Di Universitas Sumatera Utara. *Jurnal FKM USU*. [Serial Online]. library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-juliandi.pdf. Diakses 13 Desember 2017
- Harbianto & Trisnantoro L. 2004. Desentralisasi pembayaran Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran. *Paper pada Seminar Nasional "Tiga Tahun Desentralisasi Kesehatan di Indonesia"*. Jakarta.
- Herlianto. 1995. *AIDS dan Perilaku Seksual*. Bandung: Kalam Hidup Komisi Penanggulangan AIDS. 2015. *Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019*. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS
- Jama, A.D. 2010. Assessment of Dietary Intake and Nutritional Status of Children (Under Five Years) Who are HIV Positive Attending the AIDS Support Organization (TASO) Entebbe. *Dissertation*. Uganda: Makerere University.
- Junadi, P. 2014. *Menguatkan UKM melalui SPM*. Depok: Universitas Indonesia.
- Manullang, M. 2005. *Dasar-Dasar Manajemen*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Muninjaya. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC

Nazir. 2013. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.

Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

PKMK FK UGM, 2015. *Integrasi Upaya Penanggulangan HIV DAN AIDS Ke Dalam Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Republik Indonesia. 2009. Peraturan Menteri Kesehatan 971 tahun 2009 *Tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan*. Jakarta : Sekretariat Kabinet Negara

Republik Indonesia. 2009. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 *Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta : Sekretariat Kabinet Negara

Sarwono, S. 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.

Subramanyam, K. R. 2005. *Analisis Laporan Keuangan*. Jakarta: Salemba Empat

Sudoyo, et al. 2009. *Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam*. Edisi 5, Jilid 1. Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI

Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama

Sulaiman, E. S. 2013. *Manajemen Kesehatan : Teori dan Praktik di Puskesmas*. Ed.3. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Thabrany, H, 2005. *Pedoman Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Thabrany, H. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Edisi Kedua. Jakarta: Rajawali Pers

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2011. Public Sector Integrity in Brazil. Case Study 3 National STD/AIDS Programme, Federal Ministry of Health. *International Journal of Policy, Administration and Institutions*. [Serial Online] <http://www.oecd.org/gov/ethics/49019887.pdf> Diakses 15 Mei 2018.

Trisnantoro L. 2009. *Desentralisasi Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press

Sein, U. Than, Waheed, A. 2003. National health accounts: Policy brief on concepts and approaches, regional health forum, WHO south-east Asia region.

UNAIDS. 2014. *The Gap Report*. Swiss: UNAIDS

UNAIDS. 2017. *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2017*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

Undang-Undang Nomor 36. 2009. Kesehatan

Undang-Undang Nomor 32. 2004. Otonomi Daerah

Usman, H., Akbar, P.S. 2009. *Metodologi Penelitian Sosial*. Jakarta : PT Bumi Aksara

Widyanto, F. C dan Triwibowo, C. 2013. *Trend Disease Trend Penyakit Saat Ini*. Jakarta: Trans Info Media

Yuyun *et.al.* 2013. Faktor-Faktor Pendukung Kepatuhan Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) Dalam Minum Obat Antiretroviral di Kota Bandung dan Cimahi. *Penelitian Kesehatan*, Volume 41 No.2 (13 Agustus 2013). *Jurnal Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI



Lampiran A. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian (informan) dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Hasianda Eka Lestari

NIM : 142110101015

Judul : Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan
HIV dan AIDS Melalui Pendekatan *Health
Account (HA)* Di Kabupaten Jember Tahun 2017

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada subjek penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah, serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini dan saya bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember,2018

Responden

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara Penelitian

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Judul : Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan HIV DAN AIDS Melalui Pendekatan *Health Account* (HA) Di Kabupaten Jember Tahun 2017

Tanggal wawancara :

Panduan wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
 - b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.
-

1. Sumber Biaya (FS = *Financing Sources*)

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

2. Pengelola Anggaran (FA = *Financing Agents*)

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

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

kegiatan program penanggulangan HIV dan AIDS?

9. Penerima manfaat (HB = *Health Beneficiaries*)
 - a. Siapa sajakah kelompok masyarakat berdasarkan kelompok umur yang mendapat manfaat dari program penanggulangan HIV dan AIDS?
 - b. Berapa ketersediaan biaya untuk masing- masing kelompok umur tersebut?
 - c. Apakah ketersediaan biaya sudah sesuai dengan anggaran yang dibuat?



Lampiran D. Dokumentasi

Gambar 1. Wawancara dengan penanggung jawab program penanggulangan HIV dan AIDS di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember



Gambar 2. Wawancara dengan penanggung jawab program penanggulangan HIV dan AIDS di Dinas Sosial Kabupaten Jember



Gambar 3. Wawancara dengan Ketua KPA Kabupaten Jember



Gambar 4. Wawancara dengan ketua LSM KDS Pelangi Kabupaten Jember



Gambar 5. Wawancara dengan ketua Yayasan LASKAR Kabupaten Jember



Gambar 6. Wawancara dengan kepala poli VCT dan CST RSD Balung Kabupaten Jember