

DANA ALOKASI KHUSUS DAN CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL DIABETES MELITUS DI INDONESIA

Mugi Wahidin^{1,2,3*}, Alfons Maryono Latelay¹, Mayumi Nitami²

¹Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jakarta, Indonesia

²Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia

³Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia, Jakarta, Indonesia
Jl. Arjuna Utara No. 9 Duri Keba Kebon Jeruk Jakarta Barat 11510

*Korespondensi E-Mail: wahids.wgn@gmail.com

Submitted: 30 Januari 2023, Revised: 14 Maret 2023, Accepted: 15 Maret 2023

Abstract

Background: Diabetes Mellitus (DM) health services was one of the indicators in Minimum Services Standards (SPM) in Indonesia. Specific Allocation Fund (DAK) in health sector might be used to increase the achievement of the SPM. **Objective:** The study aims to know the overview of SPM of DM and the relationship between DAK and the SPM. **Methods:** This was a cross-sectional study using secondary data from the Ministry of Health and the Ministry of Finance. The study population was all districts/cities with 334 out of 514 as sample. The variables included absorption of physical and non-physical DAK and the achievement of the SPM. Data analysis was performed descriptively, comparatively with the Mann Whitney and Kruskal-Wallis Tests, and associative with the Spearman Correlation test. **Result:** The results showed the median SPM of DM was 77.2%. There were differences in the SPM between districts and cities ($p 0.034$), between remote, border, and archipelago areas (DTPK) and non-DTPK ($p 0.000$), and between eastern and western regions ($p 0.009$). There was no difference in SPM between the very low-low, medium, and high-very high fiscal index. There was no correlation between physical DAK in 2018, 2019, and 2020 and non-physical DAK in 2018, 2019, and 2020 with SPM of 2020. **Conclusion:** The achievement of SPM of DM is high and there were differences between districts/cities, DTPK, and regions, and no relationship between DAK with SPM. **Recommendation:** Efforts were needed to increase the achievement of the SPM in districts, DTPK, and eastern Indonesia and increase DAK allocation for activities related to DM services.

Keyword: Diabetes, DM, DAK, SPM

Abstrak

Latar Belakang: Pelayanan kesehatan Diabetes Melitus (DM) menjadi salah satu indikator dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Indonesia. Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan dapat digunakan untuk meningkatkan capaian SPM. **Tujuan:** Penelitian bertujuan untuk mengetahui gambaran capaian SPM pelayanan DM dan hubungan DAK dengan capaian SPM pelayanan DM di Indonesia. **Metode:** Desain penelitian adalah *cross sectional* study menggunakan data sekunder dari Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan. Populasi penelitian yaitu seluruh kabupaten/kota dengan sampel 334 dari 514 kabupaten kota. Variabel yang diteliti yaitu serapan DAK fisik dan DAK non fisik dan capaian SPM pelayanan DM. Analisis data dilakukan secara deskriptif, komparatif dengan Uji Mann Whitney dan Kruskal-Wallis, dan asosiatif dengan uji Korelasi Spearman. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan median capaian SPM DM sebesar 77,2%. Terdapat perbedaan capaian SPM antara kabupaten dan kota ($p 0,034$), antara daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) dan non DTPK ($p 0,000$), dan antara Kawasan timur dan barat Indonesia ($p 0,009$). Tidak terdapat perbedaan capaian SPM DM antara indeks fiskal sangat rendah-rendah, sedang, dan tinggi-sangat tinggi. Tidak terdapat korelasi antara serapan DAK fisik 2018, 2019, dan 2020 serta serapan DAK non fisik 2018, 2019, dan 2020 dengan capaian SPM DM 2020. **Kesimpulan:** Capaian SPM DM cukup tinggi dan terdapat perbedaan antar kabupaten/kota, DTPK, dan kawasan, serta tidak ada hubungan antara DAK dengan SPM DM. **Rekomendasi:** Diperlukan upaya untuk meningkatkan capaian SPM DM di kabupaten, DTPK, dan kawasan Indonesia timur serta peningkatan alokasi DAK untuk kegiatan terkait pelayanan DM.

Kata Kunci: Diabetes, DM, DAK, SPM

Pendahuluan

Diabetes melitus (DM) menjadi masalah kesehatan utama yang terus meningkat di Indonesia. Prevalensi DM di Indonesia tahun 2007 sebesar 5,7% meningkat menjadi 6,9% tahun 2013 dan 8,5% tahun 2018 (Kemenkes, 2008, 2013b, 2019). DM menjadi penyebab kematian tertinggi ketiga di Indonesia setelah stroke dan penyakit jantung iskemik dengan proporsi sebesar 7,8% dari seluruh penyebab kematian (Kemenkes, 2015a). Angka ini meningkat dari 5,7% di peringkat ke lima tahun 2007 (Kemenkes, 2008). Data lain menunjukkan bahwa kematian akibat DM tahun 2017 menempati posisi ke-3 di Indonesia dari sebelumnya nomor 9 di tahun 1990, dengan peningkatan terbesar dari seluruh penyebab kematian lainnya, yaitu 162% (IHME, 2018; Kemenkes, 2018).

Pencegahan dan pengendalian DM meliputi pencegahan, deteksi dini, pengobatan, dan rehabilitasi. Pelayanan kesehatan bagi penyandang DM menjadi salah satu indikator dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Pemerintah Kabupaten/Kota mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penyandang Diabetes Melitus (DM) usia 15 tahun ke atas, dengan target 100% setiap tahun. (Kemenkes RI, 2019).

Untuk mendukung pencapaian SPM bidang kesehatan, diperlukan berbagai dukungan termasuk pembiayaan yang memadai. Pembiayaan melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) dapat digunakan dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit, termasuk DM. Menurut PP No. 55 tahun 2005 DAK termasuk dalam dana perimbangan daerah. Dana Alokasi Khusus bidang kesehatan meliputi DAK fisik dan DAK non fisik. Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus fisik yang merupakan urusan kesehatan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. DAK fisik Bidang Kesehatan meliputi DAK fisik reguler bidang kesehatan, DAK fisik penugasan bidang kesehatan, dan DAK fisik afirmasi bidang kesehatan. DAK fisik reguler meliputi pelayanan dasar, pelayanan rujukan; dan pelayanan kefarmasian. DAK fisik penugasan meliputi penurunan angka kematian ibu dan bayi, penguatan intervensi stunting, peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit, penguatan rumah sakit rujukan nasional/provinsi/regional, pariwisata, pembangunan RS pratama, puskesmas pariwisata, dan balai pelatihan kesehatan. Adapun DAK fisik afirmasi meliputi penguatan Puskesmas daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, dan penguatan prasarana dasar Puskesmas. (Kementerian Kesehatan RI, 2019a).

DAK non fisik Bidang Kesehatan meliputi Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), jaminan persalinan, akreditasi Puskesmas, dan pengawasan obat dan makanan. BOK diutamakan untuk upaya kesehatan bersifat promotif dan preventif. BOK meliputi BOK provinsi, BOK kabupaten/kota, BOK puskesmas, BOK stunting, dan BOK kefarmasian (Kementerian Kesehatan RI, 2019b). DAK Non fisik umumnya untuk kegiatan operasional (proses) pelaksanaan program kesehatan. Secara garis besar, kabupaten/ kota masih berpotensi meningkatkan efisiensi dalam mencapai output kesehatan dengan menggunakan sumber daya kesehatan yang dimilikinya (Mukhlisa et al., 2020).

Alokasi DAK di Indonesia sangat besar dan ini memerlukan penilaian dampaknya terhadap capaian program kesehatan, termasuk capaian SPM bidang kesehatan. Pada 2018 serapan DAK fisik sebesar Rp 88 triliun dan menjadi Rp 69 triliun tahun 2019, dan tahun 2020 dialokasikan Rp 53 triliun. Adapun DAK non fisik tahun 2018 sebesar Rp 115 triliun, meningkat menjadi Rp 128 triliun tahun 2019 dan tahun 2020 dialokasikan Rp 128 triliun. (Kemenkeu, 2020). Pemanfaatan DAK fisik dan Non fisik akan mendukung daerah dalam mencapai target standar pelayanan minimal (SPM) pelayanan kesehatan DM perlu diketahui, mengingat besarnya beban DM di masyarakat. Akan tetapi, penelitian terkait hal ini masih terbatas. Distribusi capaian SPM pelayanan kesehatan DM dan hubungan DAK kesehatan dengan capaian SPM tersebut perlu diketahui sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian DAK terkait DM di masa depan. Penelitian bertujuan untuk mengetahui gambaran capaian SPM pelayanan kesehatan DM dan hubungan serapan DAK dengan capaian SPM pelayanan kesehatan DM di Indonesia

Metode

Penelitian ini dilaksanakan dengan desain *cross sectional study* menggunakan data sekunder dari Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan. Populasi penelitian yaitu seluruh kabupaten/kota dengan sampel 334 dari 514 (65%) kabupaten/kota yang mempunyai data lengkap. Unit analisis adalah kabupaten/kota. Variabel yang diteliti yaitu serapan DAK fisik dan DAK non fisik tahun 2018, 2019, dan 2020, wilayah, indeks fiskal, dan capaian SPM pelayanan kesehatan DM tahun 2020.

Analisis data dilakukan secara deskriptif, komparatif, dan asosiatif. Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui distribusi dan nilai tengah dari variabel yang diteliti. Uji komparasi untuk mengetahui perbedaan capaian SPM antar wilayah (kabupaten/kota, regional, terpencil, perbatasan, dan kepulauan/DTPK), dan indeks fiskal. Sedangkan uji asosiatif dilakukan untuk mengetahui hubungan/korelasi antara serapan DAK fisik dan DAK non fisik tahun 2018, 2019, dan 2020 dengan capaian SPM pelayanan kesehatan DM tahun 2020. Sebelum melakukan analisis, dilakukan pemeriksaan normalitas data untuk variabel SPM pelayanan kesehatan DM. Berdasarkan uji Kolmogorov-Smirnov, nilai p sebesar 0,000 ($<0,05$) sehingga disimpulkan distribusi data tidak normal. Oleh karena itu, uji komparasi yang digunakan adalah Uji Mann Whitney untuk 2 katagori dan Kruskal-Wallis untuk lebih dari 2 katagori. Sedangkan uji asosiasi menggunakan uji Korelasi Spearman

Penelitian ini merupakan analisis lanjut dari Studi Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan di Indonesia. Penelitian tersebut telah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor LB 02.01/2/KE.337/2021 tanggal 17 Juni 2021.

Hasil

Table 1. Disribusi Standar Pelayanan Minimal Pelayanan DM dan DAK Bidang Kesehatan

Variabel	Median	Min	Max	SD	Range
Capaian SPM Yankes DM	77,21	1,72	170,55	30,79	168,83
Serapan DAK Fisik 2018	90,76	7,23	99,52	19,22	92,29
Serapan DAK fisik 2019	89,37	12,00	99,80	13,55	87,80
Serapan DAK fisik 2020	90,54	1,87	99,49	20,87	97,62
Serapan DAK Non fisik 2018	82,78	8,41	99,99	17,97	91,58
Serapan DAK Non fisik 2019	85,03	17,86	99,85	14,69	81,99
Serapan DAK Non fisik 2020	74,84	2,90	133,92	20,93	131,02

Median capaian SPM DM per kabupaten/kota tahun 2020 sebesar 77,2%, minimal 1,72% dan maksimal 168,8% dengan standar deviasi 30,8. Serapan DAK fisik 2018-2020 sekitar 90% sedangkan serapan DAK non fisik 74%-85%.

Table 2. Disribusi wilayah lokasi penelitian

Variabel	Jumlah	%
Wilayah		
a. Kab	269	80,5
b. Kota	65	19,5
c. Total	334	100,0
DTPK		
a. DTPK	49	14,7
b. Non DTPK	285	85,3
c. Total	334	100,0
Kawasan		
a. Barat	257	76,9
b. Timur	77	23,1
c. Total	334	100,0
Indeks fiskal		
a. Sangat rendah-rendah	143	42,8
b. Sedang	90	26,9
c. Tinggi-sangat tinggi	101	30,2

d. Total	334	100,0
----------	-----	-------

Berdasarkan wilayah, distribusi data sebagian besar adalah kabupaten (80,5%), daerah non terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) (85,3%), kawasan Indonesia barat (76,9%), dan daerah dengan fiskal sangat rendah-rendah (42,8%).

Tabel 3 Analisis Perbedaan SPM Pelayanan DM menurut Wilayah dan Indeks Fiskal

Variabel	Katagori	N	Mean Rank	Nilai p
Wilayah	a. Kab	269	161,99	0,034*
	b. Kota	65	190,29	
DTPK	a. DTPK	49	118,33	0,000*
	b. Non DTPK	285	175,95	
Kawasan	a. Barat	257	175,02	0,009*
	b. Timur	77	142,42	
Indeks fiskal	a. Sangat rendah-rendah	143	166,47	0,905**
	b. Sedang	90	165,22	
	c. Tinggi-sangat tinggi	101	171,00	

*Mann-Whitney test

**Kruskal Wallis test

Pada analisis komparasi, terdapat perbedaan capaian SPM antara kabupaten dan kota (p 0,034), antara daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) dan non DTPK (p 0,000), dan antara Kawasan timur dan barat Indonesia (p 0,009). Tetapi tidak terdapat perbedaan capaian SPM DM antara indeks fiskal sangat rendah-rendah, sedang, dan tinggi-sangat tinggi.

Table 4. Korelasi antara Serapan DAK Kesehatan dengan SPM Pelayanan Kesehatan DM

Variabel	Nilai p	r	Kesimpulan
Serapan DAK fisik 2018	0,506	-0,037	Tidak berkorelasi
Serapan DAK fisik 2019	0,019	-0,128	Tidak berkorelasi
Serapan DAK fisik 2020	0,864	0,010	Tidak berkorelasi
Serapan DAK non fisik 2018	0,463	0,041	Tidak berkorelasi
Serapan DAK non fisik 2019	0,212	0,069	Tidak berkorelasi
Serapan DAK non fisik 2020	0,799	0,014	Tidak berkorelasi

Hasil analisis asosiasi menunjukkan bahwa tidak terdapat korelasi antara serapan DAK fisik 2018, 2019, dan 2020 serta serapan DAK non fisik 2018, 2019, dan 2020 dengan capaian SPM DM 2020.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa capaian SPM DM per kabupaten/kota tahun 2020 sebesar 77,2%, serapan DAK fisik sekitar 90% dan serapan DAK non fisik 74%-85%. Capaian SPM DM ini masih lebih rendah dari target yaitu 100% setiap tahun. Penelitian di Kota Bandung menunjukkan bahwa realisasi capaian SPM kasus DM di Kota Bandung ialah 115,35% (Aliyah, 2020), sedangkan penelitian di Kabupaten Jember menunjukkan capaian SPM kasus DM di Puskesmas antara 4,4% sampai 49,18% (Zahro, 2019). Penelitian lain di Kota Semarang menunjukkan bahwa capaian SPM penderita DM di Puskesmas Pandanaran mencapai 89% (Rahmadani et al., 2021).

Capaian SPM bidang kesehatan dapat dipengaruhi oleh berbagai hal, antara lain ketersediaan sarana, sumber daya manusia, pencatatan dan pelaporan, dan administrasi. Penelitian Aliyah (2020) di Kota Bandung menunjukkan bahwa penyebab belum tercapainya target SPM pelayanan kesehatan DM adalah kendala sarana dan prasarana seperti belum ada Posbindu PTM Kit, terbatasnya anggaran, kurangnya tenaga terlatih untuk melakukan kegiatan Pandu PTM, rendahnya pencatatan dan pelaporan serta pelaporan (Aliyah, 2020). Sedangkan penelitian di Jember menunjukkan keterlambatan dalam pengurusan dokumen pertanggungjawaban, hambatan rujukan, kurangnya pelatihan teknis pelayanan kesehatan

DM dan pelatihan surveilans DM mempengaruhi capaian SPM DM (Zahro, 2019). Sumber daya manusia, peralatan HbA1C, ketersediaan obat insulin di Puskesmas juga berpengaruh terhadap capaian SPM DM (Rahmah & Parinduri, 2020). Demikian juga menurut (Rahmadani et al., 2021), capaian SPM DM dipengaruhi oleh SDM, sarana prasarana dan sumber dana, SOP dalam pelaksanaan SPM bagi penderita DM, dan pengetahuan masyarakat.

Capaian target SPM juga dipengaruhi oleh proses perencanaan di tingkat daerah. Salla, Zulkifli dan Palutturi (2018) menyatakan bahwa penyusunan Renja SKPD belum berjalan dan hanya berpedoman pada indikator SPM yang telah ditentukan dari Kementerian Kesehatan. Perencanaan tingkat Puskesmas belum melibatkan tenaga ahli maupun stakeholder lain di bidang kesehatan. Perencanaan menjadi bagian penting dalam keberhasilan program dan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan (Salla et al., 2019). Untuk meningkatkan cakupan SPM pelayanan kesehatan DM, disarankan agar SDM, sarana, dan perencanaan sampai evaluasi program pencegahan dan pengendalian DM dipenuhi sesuai kebutuhan.

Serapan DAK fisik cukup tinggi tetapi serapan DAK non fisik lebih rendah. Untuk itu, diperlukan berbagai upaya untuk meningkatkan serapan DAK non fisik, terutama yang terkait pencapaian SPM. Kegiatan mulai dari pemilihan menu yang sesuai untuk upaya promotif dan preventif, termasuk deteksi dini, dan pemberian layanan kesehatan penderita DM. DAK bidang kesehatan hendaknya dapat mendukung kabupaten/kota dalam mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan dan prioritas nasional. Akan tetapi, penelitian yang dilakukan Karlina, *et al* menunjukkan bahwa pemanfaatan dana DAK sampai saat ini masih terbatas sebagai penambah aset daerah, belum dimanfaatkan sebagai penunjang program kesehatan, misalnya untuk promotif dan preventif (Karlina, Turniani L., Asep K., 2017).

Pada uji komparasi, hasil penelitian ini memperlihatkan terdapat perbedaan capaian SPM antara kabupaten dan kota (p 0,034), antara daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) dan non DTPK (p 0,000), dan antara Kawasan timur dan barat Indonesia (p 0,009). Akan tetapi, tetapi tidak terdapat perbedaan capaian SPM DM antara indeks fiskal sangat rendah-rendah, sedang, dan tinggi-sangat tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa perlu upaya meningkatkan serapan di daerah, terutama di kabupaten, DTPK, dan wilayah Indonesia timur. Untuk itu, diperlukan monitoring capaian SPM tersebut secara terus menerus. Penelitian Dewi, *et al* (2020) menunjukkan bahwa saat ini belum terdapat mekanisme monitoring dan evaluasi belanja kesehatan yang kuat untuk menilai keefektifan alokasi anggaran dalam mencapai output program kesehatan yang diinginkan. (Dewi A. S., Sidayu A., Prastuti S., 2020). Sedangkan penelitian (Astuti & Soewondo, 2020) di Kota Depok memperlihatkan bahwa Kota Depok mampu melaksanakan SPM untuk Pelayanan Dasar Hipertensi, Diabetes Melitus dan Gangguan Jiwa menggunakan 1,38% APBD Kesehatan belanja langsung (non gaji).

Pada hasil uji korelasi, hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat korelasi antara serapan DAK fisik 2018, 2019, dan 2020 serta serapan DAK non fisik 2018, 2019, dan 2020 dengan capaian SPM DM 2020. Hal ini mengindikasikan bahwa kontribusi DAK baik fisik maupun non fisik untuk meningkatkan capaian SPM pelayanan kesehatan DM belum optimal. Untuk itu, disarankan agar usulan dana DAK kesehatan sesuai dengan usulan dan kebutuhan daerah. Dalam hal pencapaian SPM DM, usulan hendaknya mencakup program pencegahan dan pengendalian DM seperti Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM dan Prohgram Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) (Kemenkes RI, 2016). Penelitian (Fajri R. et al 2020) memperlihatkan terkadang ada ketidaksesuaian antara yang diusulkan dengan yang ditetapkan. Pemerintah daerah perlu aktif untuk mengusulkan kegiatan untuk mencapai SPM dan melakukan sinkronisasi dan pemantauan agar realisasi sesuai usulan. Terlebih saat ini banyak daerah masih tergantung pada dana DAK sebagai sumber dana utama dalam mendukung program dan kegiatannya.

Usulan DAK hendaknya mendukung program pencegahan dan pengendalian DM, secara lebih luas seperti Gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) dan pembatasan konsumsi gula, garam, dan lemak (Kemenkes, 2013a, 2015b) selain untuk mencapai SPM pelayanan kesehatan DM (Kemenkes RI, 2019). Dukungan DAK untuk program pencegahan dan DM akan menjadi bagian dalam mencapai target dalam Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 yaitu peningkatan pengendalian penyakit melalui pencegahan dan pengendalian faktor risiko, deteksi dini, pengobatan, dan pemberdayaan masyarakat (Presiden Republik Indonesia, 2020) dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, yaitu meningkatnya kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sebanyak 514 kabupaten/kota (Kemenkes RI, 2020).

Kesimpulan

Capaian SPM DM cukup tinggi dan terdapat perbedaan antar kabupaten/kota, DTPK, dan kawasan, serta tidak ada hubungan antara DAK fisik dan DAK Non Fisik dengan SPM DM, Diperlukan upaya untuk meningkatkan capaian SPM DM di kabupaten, DTPK, dan kawasan Indonesia timur serta peningkatan penyediaan alokasi DAK untuk kegiatan terkait pelayanan DM di Indonesia.

Ucapan Terimakasih

Terima kasih kepada Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan, Kepala Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan, dan Direktur Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan yang telah mendukung penelitian ini dengan menyediakan data yang dibutuhkan.

Daftar Pustaka

- Aliyah, Y. A. N. (2020). Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kasus Hipertensi Dan Diabetes Mellitus Di Kota Bandung Tahun 2020. *Jurnal Ilmu Pemerintahan Widya Praja*, 46(2), 355–368. <https://doi.org/10.33701/jipwp.v>
- Astuti, T. S. R., & Soewondo, P. (2020). Analisis Kesiapan Pembiayaan Hipertensi , Diabetes Melitus dan Gangguan Jiwa dalam Mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) Tahun 2018-2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 2018–2020.
- Dewi Amila Solikha. Sidayu Ariteja. Prastuti Soewondo. (2020). *Bedah Anggaran Kesehatan* (Pungkas Bahjuri Ali. (ed.); 1st ed.). Kementerian Bapenas.
- Fajri Ramadhan. Achmad Yugo Pidhegso. Teuku Surya Darma. Arfan Rizaldi. (2020). *Akuntabilitas kinerja keuangan pusat dan daerah* (1st ed.). Sekretariat Jendral DPR RI.
- IHME. (2018). *Global Burden of Disease 2017*.
- Karlina. Turniani Laksmiarti. Asep Kusnali. (n.d.). KABUPATEN TAPIN DAN BANJAR PROVINSI KALIMANTAN SELATAN The Contribution of Special Allocation Fund (DAK) on Community Health Development Index (IPKM) for Health Development in Tapin and Banjar Districts , South Kalimantan Province. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(2), 73–81.
- Kemenkes. (2008). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. *Laporan Nasional 2007*.
- Kemenkes. (2013a). *Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam, dan Lemak Serta Pesan Kesehatan Untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji*.
- Kemenkes. (2013b). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*.
- Kemenkes. (2015a). *Laporan Sample Registration System*.
- Kemenkes. (2015b). *Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam, dan Lemak Serta Pesan Kesehatan Untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji*.
- Kemenkes. (2018). *Analisis Beban Penyakit Nasional dan Sub Nasional Indonesia 2017*.
- Kemenkes. (2019). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Umum Pencegahan dan Pengendalian DM Tipe 2*.
- Kemenkes RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenurhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.
- Kemenkes RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024*.
- Kemenkeu. (2020). *Laporan Keuangan Dana Transfer Ke Daerah 2018-2020*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019a). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 85 Tahun 2019*

- tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan tahun Anggaran 2020.*
- Kementerian Kesehatan RI. (2019b). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 86 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan tahun Anggaran 2020.*
- Mukhlisa, M. N., Haryani, W., Yoga, I., Estetika, R., & Nugraheni, W. P. (2020). The Assessing Promotive and Preventive Programs Efficiency in Indonesia: A Data Envelopment Analysis and Qualitative Approach. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(2), 108–114. <https://doi.org/10.22435/hsr.v23i2.2632>
- Presiden Republik Indonesia. (2020). *Perpres RI Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020 - 2024.* September, 1–2. [http://www2.pom.go.id/public/hukum_perundangan/pdf/Pengamanan rokok bagi kesehatan.pdf](http://www2.pom.go.id/public/hukum_perundangan/pdf/Pengamanan_rokok_bagi_kesehatan.pdf)
- Rahmadani, A. N., Surjoputro, A., & Budiyantri, R. T. (2021). Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 9(2), 149–156.
- Rahmah, L., & Parinduri, K. (2020). Evaluasi Standar Pelayanan Minimal Pengendalian Diabetes Melitus Di Puskesmas Bogor Utara Kota Bogor Tahun 2019. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 3(3).
- Salla, S. T., Zuklifli, A., & Palutturi, S. (2019). Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Mamberamo Tengah Pada Program Kesehatan Ibu Dan Anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 1(1), 63–72. <https://doi.org/10.30597/jkmm.v1i1.8696>
- Zahro, F. (2019). *Kajian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Silo 1 Dan Puskesmas Kencong Tahun 2017.* Universitas Jember.