



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL
TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP
DI INDONESIA**

SKRIPSI

**AMRIZA NITRA WARDANI
1006810340**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM EKSTENSI AKUNTANSI
JAKARTA
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL
TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP
DI INDONESIA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi

**AMRIZA NITRA WARDANI
1006810340**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM EKSTENSI AKUNTANSI
JAKARTA
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Amriza Nitra Wardani

NPM : 1006810340

Tanda Tangan : 

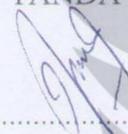
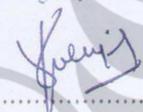
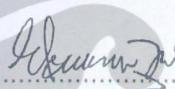
Tanggal : 9 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Amriza Nitra Wardani
NPM : 1006810340
Program Studi : Akuntansi
Judul Skripsi
-- Indonesia : Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia
-- Inggris : *Impact of Fiscal Decentralization on Life Expectancy Rate in Indonesia*

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi pada Program Studi S1 – Ekstensi Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

	NAMA	TANDA TANGAN
KETUA	: Ayuningtyas Hertianti, S.E., M.M.	
PEMBIMBING	: Deddi Nordiawan, S.E., M.M.	
ANGGOTA PENGUJI	: Eko Wisnu Warsitosunu, S.E., M.M.	

Ditetapkan di : Jakarta
Tanggal : 9 Juli 2012

KPS Ekstensi Akuntansi

SRI NURHAYATI, M.M., S.A.S.
NIP.196003171986022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah swt. atas segala rahmat dan hidayah yang telah diberikan sehingga skripsi yang berjudul “Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia” dapat diselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi Jurusan Akuntansi pada Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu proses pembuatan skripsi ini karena tanpa bantuan mereka, sangatlah sulit untuk menyelesaikan penulisan skripsi ini. Ucapan terima kasih penulis haturkan kepada pihak-pihak sebagai berikut.

1. Bapak Deddi Nordiawan, S.E., M.M., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan masukan yang berharga dalam proses pembuatan skripsi ini. Terima kasih atas bimbingan dan waktu yang telah diberikan.
2. Ibu Ayuningtyas Hertianti, S.E., M.M. dan Bapak Eko Wisnu W., S.E., M.M., selaku dewan penguji yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukan yang berharga dalam penyempurnaan skripsi ini.
3. Untuk semua dosen atas transfer ilmu pengetahuan yang telah diberikan, dengan hormat, penulis haturkan terima kasih yang sedalam-dalamnya.
4. Pihak DJPK, BPS, dan Kementerian Kesehatan yang telah membantu pengumpulan data-data untuk penelitian ini.
5. Orang tua tercinta atas doa dan dukungannya, baik moril maupun materil terima kasih atas segalanya.
6. Saudara-saudara tersayang atas doa dan kasih sayang yang selalu tercurah.
7. Baskara Pandam Primawan atas segala dukungan yang telah diberikan selama penulisan skripsi ini.
8. Rekan-rekan TU dan Keuangan STAN yang selalu mewarnai kehidupan di kantor atas segala dukungan dan toleransinya.
9. Teman dan sahabat, atas semua cerita yang telah dirangkai, semua kenangan indah, dan perjuangan bersama selama ini.

Terima kasih untuk semua pihak yang telah membantu dan tidak bisa disebut satu persatu, Terima kasih ya Allah atas semua inspirasi yang telah Engkau limpahkan. Semua perjuangan, semoga menjadi amal ibadah yang berbuah kebajikan. Aamiin.

Penulis tentunya menyadari banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, untuk itu penulis terbuka untuk masukan dan saran yang bersifat membangun dan positif. Akhirnya, penulis berharap studi penelitian ini bisa bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan di Indonesia, dan semoga studi penelitian ini bisa berkontribusi sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

Jakarta, 9 Juli 2012

Amriza Nitra Wardani

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Amriza Nitra Wardani

NPM : 1006810340

Program Studi : Akuntansi

Departemen : Akuntansi

Fakultas : Ekonomi

Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Rights*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 9 Juli 2012

Yang menyatakan


Amriza Nitra Wardani

ABSTRAK

Nama : Amriza Nitra Wardani
Program Studi : Akuntansi
Judul : Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia

Skripsi ini meneliti secara empiris pengaruh desentralisasi fiskal terhadap Angka Harapan Hidup yang merupakan salah satu indikator *outcomes* bidang kesehatan. Indikator desentralisasi fiskal yang digunakan adalah indikator dari segi pengeluaran, yaitu persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja pemerintah daerah di masing-masing provinsi. Selain itu penelitian ini juga meneliti faktor-faktor determinan yang juga mempengaruhi Angka Harapan Hidup, yaitu PDRB per kapita, rasio puskesmas per 100.000 penduduk, rasio tenaga medis per 100.000 penduduk, dan angka melek huruf. Penelitian ini menggunakan data panel 31 provinsi di Indonesia tahun 2005-2009 dengan pendekatan *Fixed Effect Model*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persentase realisasi belanja fungsi kesehatan berpengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Faktor determinan PDRB per kapita, rasio puskesmas per 100.000 penduduk, dan angka melek huruf juga memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup, sedangkan rasio tenaga medis per 100.000 penduduk tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Kata kunci: desentralisasi fiskal, belanja fungsi kesehatan, Angka Harapan Hidup

ABSTRACT

Name : Amriza Nitra Wardani
Study Program : Accounting
Title : **Impact of Fiscal Decentralization on Life Expectancy Rate
in Indonesia**

This study examines the impact of fiscal decentralization on life expectancy rate, one of health outcomes indicator. This research uses portion of health expenditure on total expenditure for each provinces as fiscal decentralization indicator. This study also examines the impact of determinant factors on life expectancy rate, those are GRDP per capita, ratio of *puskesmas* per 100.000 population, ratio of medical practitioners per 100.000 population, and illiteracy rate. This study uses panel data from 31 provinces in Indonesia for 2005-2009 with Fixed Effect Model approach. The results showed that percentage of health expenditure affect life expectancy rate significantly positive. Determinant factors, GRDP per capita, ratio of *puskesmas* per 100.000 population, and illiteracy rate also affect life expectancy rate significantly positive, while ratio of medical practitioners per 100.000 population affect life expectancy rate not significantly.

Keywords: fiscal decentralization, health expenditure, life expectancy rate

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Ruang Lingkup.....	5
1.4. Tujuan Penelitian.....	5
1.5. Manfaat Penelitian.....	5
1.6. Sistematika Penulisan.....	6
2. LANDASAN TEORI	
2.1. Desentralisasi Fiskal.....	8
2.2. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).....	11
2.2.1. Pengertian dan Fungsi APBD.....	11
2.2.2. Pendekatan Penganggaran.....	12
2.2.3. Struktur APBD.....	13
2.2.4. Anggaran Belanja Daerah.....	15
2.3. Pengukuran Kinerja, <i>Outcomes</i> , dan Indikator Bidang Kesehatan.....	16
2.4. Belanja Daerah dan Angka Harapan Hidup.....	22
2.5. Faktor-faktor Determinan yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup.	25
2.5.1. Faktor Sumber Daya Ekonomi.....	25
2.5.2. Faktor Sumber Daya Kesehatan.....	27
2.5.3. Faktor Pendidikan.....	28
2.6. Hipotesis Penelitian.....	29
3. METODOLOGI PENELITIAN	
3.1. Model Penelitian.....	32
3.2. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	33
3.2.1. Variabel Penelitian.....	33
3.2.2. Definisi Operasional Variabel.....	34
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	35
3.4. Jenis Data.....	36
3.5. Instrumen Pengumpulan Data.....	36
3.6. Pengolahan Data.....	37
3.7. Pengujian Asumsi Klasik.....	38
3.8. Pendekatan Model Regresi Data Panel.....	39

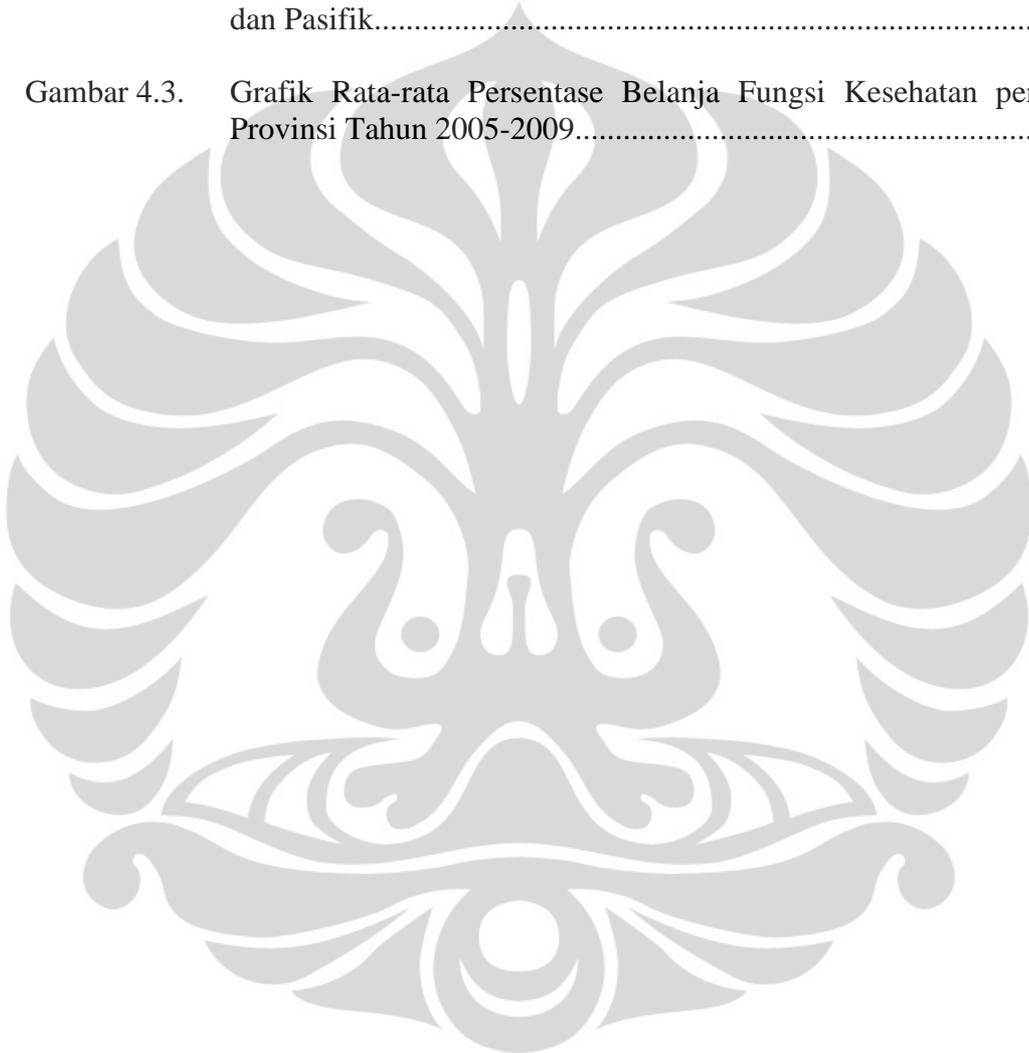
3.9.	Pemilihan Model.....	41
3.9.1.	<i>Likelihood Ratio Test (Chow Test)</i>	41
3.9.2.	<i>Hausman Test</i>	41
3.9.3.	Pemilihan Estimator Struktur Varians-Covarians Residual Homokedastisitas atau Heteroskedastisitas dengan Uji <i>Lagrange Multiplier (LM)</i>	42
3.10	Pengujian Hipotesis.....	42
3.10.1	Uji Statistika F.....	43
3.10.2	Koefisien Determinasi.....	43
3.10.3	Uji Statistika t.....	44
3.11	Uji Regresi Palsu (<i>Spurious Regression</i>).....	44
4.	ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN	
4.1.	Analisis Statistika Deskriptif.....	45
4.1.1.	Angka Harapan Hidup di Indonesia.....	46
4.1.2.	Persentase Realisasi Belanja Fungsi Kesehatan Pemerintah Daerah di Indonesia.....	47
4.1.3.	PDRB per Kapita, Rasio Puskesmas, Rasio Tenaga Medis, dan Angka Melek Huruf.....	48
4.2.	Analisis Statistika Inferensial.....	49
4.2.1.	Pemilihan Model.....	49
4.2.1.1.	<i>Likelihood Ratio Test (Chow Test)</i>	49
4.2.1.2.	<i>Hausman Test</i>	50
4.2.1.3.	Pemilihan Estimator Struktur Homokedastisitas atau Heteroskedastisitas dengan Uji <i>Lagrange Multiplier (LM)</i>	51
4.2.2.	Pengujian Hipotesis.....	53
4.2.2.1.	Uji Signifikansi Model (Uji F-stat).....	53
4.2.2.2.	Koefisien Determinasi.....	53
4.2.2.3.	Uji Signifikansi Variabel Bebas (Uji t-stat).....	54
	Pengujian Regresi Palsu (<i>Spurious Regression</i>).....	57
4.3.	Pembahasan.....	58
5.	KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1.	Kesimpulan Penelitian.....	63
5.2.	Saran Penelitian.....	64
5.3.	Keterbatasan Penelitian.....	65
	DAFTAR REFERENSI.....	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Indikator Hasil Akhir (<i>Long-Term Outcomes</i>).....	18
Tabel 2.2.	Indikator Hasil Antara (<i>Intermediate Outcomes</i>).....	19
Tabel 2.3.	Indikator Proses dan Masukan (<i>Initial Outcomes</i>).....	20
Tabel 4.1.	Hasil Statistika Deskriptif Variabel Penelitian.....	45
Tabel 4.2.	Hasil <i>Likelihood Ratio Test</i>	50
Tabel 4.3.	Hasil <i>Hausman Test</i>	51
Tabel 4.4.	Hasil Uji LM.....	51
Tabel 4.5.	<i>Estimation Output</i> Hasil Regresi Model Terpilih.....	53
Tabel 4.6.	Pengaruh Variabel Bebas Terhadap Variabel Angka Harapan Hidup.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Skema Hubungan Antar Indikator Bidang Kesehatan.....	22
Gambar 2.2.	Skema Kerangka Pemikiran Mosley.....	25
Gambar 4.1.	Grafik AngkaHarapan Hidup Tahun 2009.....	46
Gambar 4.2.	Angka Harapan Hidup di Indonesia dan Kawasan AsiaTimur dan Pasifik.....	47
Gambar 4.3.	Grafik Rata-rata Persentase Belanja Fungsi Kesehatan per Provinsi Tahun 2005-2009.....	48



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Konversi Indikator Provinsi Sebelum Pengolahan Data
- Lampiran 2. Data 31 Provinsi Siap Diolah *Eviews 6.0*
- Lampiran 3. *Estimation Output* Hasil Regresi *Common Constant* (OLS)
- Lampiran 4. *Estimation Output* Hasil Regresi *Fixed Effect Model* (FEM)
- Lampiran 5. *Estimation Output* Hasil Regresi *Random Effect Model*(REM)
- Lampiran 6. *Estimation Output* Hasil Regresi *Fixed Effect Model* dengan *Cross Section Weight*
- Lampiran 7. *Estimation Command Representation* Hasil Regresi *Fixed Effect Model* dengan *Cross Section Weight*
- Lampiran 8. *Subtitued Coefficients* Hasil Regresi *Fixed Effect Model* dengan *Cross Section Weight*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Desentralisasi merupakan pelimpahan kewenangan dan tanggung jawab atas fungsi-fungsi publik dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah. Semakin besar suatu negara yang dilihat dari penduduk dan luas wilayahnya, biasanya semakin kompleks dan heterogen pemerintahannya, yang tercermin dari tingkatan pemerintahan daerahnya. Secara garis besar, desentralisasi dapat dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu desentralisasi politik, desentralisasi administrasi, dan desentralisasi fiskal (Litvack, 1999).

Desentralisasi fiskal menyangkut kewenangan menggali sumber-sumber pendapatan, hak untuk menerima transfer dari pemerintahan yang lebih tinggi, dan menentukan belanja rutin maupun investasi. Implementasi desentralisasi fiskal di Indonesia ditandai dengan adanya tuntutan peningkatan peran Pendapatan Asli Daerah (PAD) dalam membiayai belanja daerah dan adanya proses pengalihan sumber keuangan bagi daerah untuk menutup celah fiskal baik horizontal maupun vertikal. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, sumber penerimaan yang digunakan untuk pendanaan Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan desentralisasi fiskal adalah Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Bagi Hasil (DBH) baik yang berasal dari pajak maupun Sumber Daya Alam (SDA), pinjaman daerah, dan lain-lain penerimaan yang sah.

Namun, hasil observasi selama beberapa tahun pelaksanaan desentralisasi menangkap indikasi kuat bahwa isu pokok bukan lagi pada bagaimana menciptakan sistem transfer yang sedemikian rupa sehingga sumber dana untuk daerah berjumlah relatif cukup memadai dan antara daerah satu dengan lainnya dibuat tidak terlalu timpang. Isu pokok sekarang adalah bagaimana mengarahkan daerah, terutama daerah-daerah yang tidak kaya, untuk dapat menggunakan APBD-nya secermat mungkin dan berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat (Hirawan, 2007). Peningkatan kesejahteraan masyarakat ini

diharapkan didapat dari penyediaan layanan publik dasar yang lebih baik, salah satunya layanan di bidang kesehatan. Bidang kesehatan menjadi prioritas ketiga dalam Prioritas Pembangunan Nasional RPJMN 2009-2014 setelah bidang reformasi birokrasi dan tata kelola serta bidang pendidikan.

Sebelum desentralisasi, alokasi anggaran kesehatan di Indonesia dilakukan oleh Pemerintah Pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Ketika terjadi desentralisasi mengenai sektor kesehatan, secara implisit anggaran kesehatan dimasukkan dalam alokasi anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang berbasis pada formula yang telah ditetapkan yakni berbasis pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal suatu daerah (Trisnantoro, dkk, 2008).

Namun, pelaksanaan desentralisasi fiskal di Indonesia memiliki risiko, khususnya dari sudut pandang pembiayaan kesehatan, yaitu terdapat kemungkinan bahwa Pemerintah Daerah tidak memprioritaskan sektor kesehatan. Untuk menghindari hal tersebut, Departemen Kesehatan mengadakan pertemuan bupati dan walikota se-Indonesia pada tahun 2000 dengan hasil kesepakatan bahwa porsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan sehingga sesuai dengan kebutuhan berdasarkan standar WHO, yaitu minimal 5% dari Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atau setara dengan minimal 15% dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Namun, nampaknya kesepakatan ini baru merupakan suatu wacana, karena pada realisasinya, persentase anggaran kesehatan di banyak daerah di Indonesia tidak banyak bergeser dari kondisi sebelum desentralisasi (Hendrartini dkk., 2008).

Dalam teori konvensional dinyatakan bahwa desentralisasi fiskal dapat menghasilkan berbagai macam manfaat termasuk meningkatnya perhatian Pemerintah Daerah untuk menyediakan layanan publik, salah satunya layanan kesehatan. Uchimura dan Jutting (2009) menemukan bukti empiris di China bahwa jika desentralisasi dilakukan hingga level Pemerintah Daerah yang lebih rendah, akan dihasilkan tingkat mortalitas yang lebih rendah pula. Sejumlah penelitian lain juga telah mencoba mengaitkan layanan kesehatan dengan desentralisasi fiskal (Asfaw et al. 2005; Cantarero dan Pascual, 2008; Rubio, 2011). Dengan ukuran desentralisasi dari perspektif pengeluaran, umumnya ditemukan bahwa semakin besar desentralisasi fiskal, semakin kecil tingkat

mortalitas yang ditunjukkan dengan menurunnya Angka Kematian Bayi dan meningkatnya Angka Harapan Hidup.

Di Indonesia sendiri masih jarang dilakukan penelitian empiris untuk menguji pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcome* bidang kesehatan. Ahmad (2010) melakukan penelitian empiris dengan sampel empat belas Pemerintah Kabupaten/Kota di wilayah Sumatera Barat dengan menggunakan porsi realisasi belanja bidang kesehatan terhadap total realisasi belanja Pemerintah Daerah sebagai proksi desentralisasi fiskal. Hasil penelitian tersebut menunjukkan hasil yang tidak sejalan dengan teori yang selama ini berkembang. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa memang terjadi peningkatan belanja pada sektor kesehatan dalam realisasi APBD, namun besaran belanja tersebut tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup.

Secara kasat mata, data BPS pun menunjukkan bahwa pelayanan publik di bidang kesehatan juga tidak meningkat signifikan setelah diimplementasikan desentralisasi fiskal. Hal ini ditunjukkan dengan data jumlah puskesmas pembantu dan puskesmas keliling yang justru merosot di tahun 2001 dan 2002, sementara kenaikan jumlah puskesmas selama lima tahun (1998-2002) rata-rata hanya 0,4%, jauh di bawah laju pertumbuhan penduduk. Jumlah tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk juga relatif tidak berubah pada periode tersebut (Hirawan, 2007). Selain itu, bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, rata-rata umur harapan hidup masyarakat Indonesia yang ditunjukkan dengan Angka Harapan Hidup masih menduduki peringkat yang belum cukup baik.

Atas dasar uraian sebelumnya dan adanya hasil penelitian sebelumnya di Indonesia yang kontradiktif terhadap teori yang ada, muncul ketertarikan untuk melakukan replikasi penelitian oleh Canterero dan Pascual (2008) dan Ahmad (2010) tersebut. Skripsi ini akan mengambil populasi yang lebih luas dari penelitian Ahmad (2010), yaitu seluruh Pemerintah Daerah di Indonesia dengan harapan dapat terlihat dampak nasional kebijakan desentralisasi fiskal terhadap bidang kesehatan. Skripsi ini akan menganalisis dampak desentralisasi fiskal dengan menggunakan proksi persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja Pemerintah Daerah terhadap kinerja Pemerintah

Daerah pada bidang kesehatan di Indonesia yang ditunjukkan dengan Angka Harapan Hidup dengan model yang digunakan oleh Canterero dan Pascual (2008) dan Ahmad (2010). Untuk kemudian, dari hasil penelitian dilakukan analisis atas anggaran belanja daerah fungsi kesehatan terkait dengan fungsi APBD.

Selain memperluas populasi, ditambahkan pula variabel kontrol yang digunakan. Variabel kontrol yang sama dengan variabel yang dipakai oleh Canterero dan Pascual (2008) dan Ahmad (2010) adalah Pendapatan Domestik Regional Bruto per kapita dan rasio tenaga medis. Salah satu variabel kontrol tambahan merupakan variabel kontrol yang digunakan dalam penelitian Uchimura dan Jutting (2009), yaitu tingkat pendidikan yang ditunjukkan dengan Angka Melek Huruf. Selain itu, sebagai tambahan indikator sumber daya kesehatan, akan digunakan rasio puskesmas yang merupakan unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan untuk masyarakat.

Atas dasar uraian tersebut, penelitian ini akan mengambil judul **“Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia”**

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, beberapa permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Apakah desentralisasi fiskal yang ditunjukkan dengan persentase realisasi belanja fungsi kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia?
- b. Apakah Pendapatan Regional Domestik Bruto berdasarkan harga berlaku per kapita memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia?
- c. Apakah rasio puskesmas per 100.000 penduduk memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia?
- d. Apakah rasio tenaga medis per 100.000 penduduk memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia?
- e. Apakah Angka Melek Huruf memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia?

1.3. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada dampak desentralisasi fiskal di bidang kesehatan yang diproksi dengan persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja Pemerintah Daerah (berdasarkan realisasi APBD seluruh tingkat Pemerintah Daerah baik Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota di provinsi bersangkutan) terhadap Angka Harapan Hidup (AHH). Penelitian ini juga menggunakan variabel kontrol lain yang berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup, baik berupa faktor sumber daya ekonomi (Pendapatan Domestik Regional Bruto per kapita atas dasar harga berlaku per kapita), faktor sumber daya kesehatan (rasio puskesmas dan tenaga medis per 100.000 penduduk), maupun faktor pendidikan (Angka Melek Huruf). Populasi penelitian ini adalah tiga puluh tiga provinsi di Indonesia dengan periode tahun 2005 sampai dengan 2009.

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang ingin dicapai melalui skripsi ini adalah sebagai berikut.

- a. Untuk mengetahui dan menganalisis signifikansi pengaruh desentralisasi fiskal yang ditunjukkan dengan persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia.
- b. Untuk mengetahui dan menganalisis signifikansi pengaruh faktor sumber daya ekonomi berupa PDRB per kapita terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia.
- c. Untuk mengetahui dan menganalisis signifikansi pengaruh faktor sumber daya kesehatan berupa rasio puskesmas dan rasio tenaga medis terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia.
- d. Untuk mengetahui dan menganalisis signifikansi pengaruh faktor pendidikan berupa Angka Melek Huruf terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia.

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

- Bagi penulis
 - a. Untuk mengetahui dan memahami implementasi desentralisasi fiskal di Indonesia secara lebih dekat, khususnya dari perspektif pengeluaran.
 - b. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap salah satu *outcome* bidang kesehatan di Indonesia, yaitu Angka Harapan Hidup.
 - c. Untuk mengaplikasikan ilmu yang selama ini telah didapatkan di dalam perkuliahan.
- Bagi pemerintah
 - a. Sebagai gambaran kepada pemerintah bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap Angka Harapan Hidup.
 - b. Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi Pemerintah Pusat untuk memperbaiki kebijakan-kebijakan terkait implementasi desentralisasi fiskal tersebut sehingga dapat mencapai Angka Harapan Hidup yang diharapkan.
 - c. Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi Pemerintah Daerah agar dapat meningkatkan kinerja di bidang kesehatan dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Bagi dunia akademis

Memberikan sumbangsih terhadap studi mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia.

1.6. Sistematika Penulisan

Secara garis besar kerangka penulisan dalam penyusunan skripsi ini terdiri dari lima bab sebagai berikut.

BAB 1 PENDAHULUAN

Bab ini berisi latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan penelitian ini.

BAB 2 LANDASAN TEORI

Dalam bab ini akan diuraikan teori-teori serta penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya yang melandasi permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini, yaitu mengenai desentralisasi fiskal, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), pengukuran kinerja dan *outcome* bidang kesehatan, serta faktor-faktor determinan lain yang

memengaruhi Angka Harapan Hidup. Kemudian berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya tersebut, akan disusun hipotesis yang akan diuji dalam penelitian ini.

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini akan berisi mengenai model penelitian, variabel-variabel yang membentuk model tersebut, dan teknik pengujian-pengujian statistika yang akan digunakan untuk membuktikan hipotesis.

BAB 4 ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan berisi analisis data secara deskriptif, uji untuk memilih model terbaik, pengujian hipotesis dan interpretasi data, serta pembahasan atas hasil pengujian yang dilakukan mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia.

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan penutup dari skripsi yang akan memuat kesimpulan berdasarkan hasil analisis dan pembahasan serta saran-saran yang diperlukan dalam pengambilan kebijakan desentralisasi fiskal.

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1. Desentralisasi Fiskal

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, desentralisasi adalah sistem pemerintahan yang lebih banyak memberikan kekuasaan kepada Pemerintah Daerah. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendefinisikan desentralisasi sebagai penyerahan wewenang pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Hirawan (2007) menyebutkan bahwa desentralisasi merupakan pelimpahan kewenangan dan tanggung jawab atas fungsi publik dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah. Semakin besar suatu negara yang dilihat dari penduduk dan luas wilayah, biasanya semakin kompleks dan heterogen pemerintahannya yang tercermin dari tingkatan pemerintahan daerahnya.

Secara garis besar, desentralisasi dapat dibedakan menjadi tiga jenis (Litvack, 1999) berikut.

- a. Desentralisasi politik, yaitu pelimpahan kewenangan yang lebih besar menyangkut berbagai aspek pengambilan keputusan, termasuk penetapan standar dan berbagai peraturan kepada daerah.
- b. Desentralisasi administrasi, yaitu redistribusi kewenangan, tanggung jawab, dan sumber daya di antara berbagai tingkat pemerintahan.
- c. Desentralisasi fiskal, yaitu pelimpahan kewenangan untuk menggali sumber-sumber pendapatan, hak untuk menerima transfer dari pemerintahan yang lebih tinggi, dan menentukan belanja rutin maupun investasi.

Halim dkk. (2009) menyatakan dari jenis desentralisasi yang ada, desentralisasi fiskal merupakan komponen utama karena dari perspektif sebuah organisasi, fiskal yang berarti keuangan merupakan darah sebuah organisasi. Desentralisasi tidak akan memiliki kesan bahwa tugas pelayanan publik dilimpahkan wewenangnya, jika wewenang keuangan tidak dilimpahkan. Ia

menyatakan bahwa desentralisasi fiskal pada dasarnya merupakan sebuah mekanisme pendanaan terhadap pemerintahan sehari-hari yang bersumber dari APBN berkaitan dengan kebijakan keuangan negara dalam mewujudkan ketahanan fiskal dan diharapkan dapat memberi dampak positif terhadap kegiatan perekonomian rakyat.

Siddik (2004) juga menyatakan hal yang tidak jauh berbeda, yaitu desentralisasi fiskal merupakan salah satu komponen utama dari desentralisasi. Apabila Pemerintah Daerah melaksanakan fungsinya secara efektif dan diberikan kebebasan dalam pengambilan keputusan penyediaan pelayanan di sektor publik, mereka harus didukung dengan sumber-sumber keuangan yang memadai yang berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) termasuk *surchance of taxes*, bagi hasil pajak dan bukan pajak, pinjaman, maupun subsidi/bantuan dari Pemerintah Pusat.

Penerapan desentralisasi fiskal tentu memiliki tujuan yang ingin dicapai. Menurut Siddik (2004) tujuan tersebut terdiri dari:

- a. meningkatkan efisiensi alokasi dan operasi Pemerintah Daerah;
- b. memenuhi aspirasi lokal, memperbaiki struktur fiskal dengan memobilisasinya ke daerah;
- c. mendukung terciptanya akuntabilitas, transparansi, dan demokratisasi;
- d. memitigasi adanya kesenjangan antar daerah baik secara horizontal maupun vertikal;
- e. mewujudkan kesejahteraan masyarakat; dan
- f. menciptakan kondisi ekonomi makro yang stabil.

Menurut Barzelay (1991), desentralisasi memiliki tiga misi, yaitu:

- a. menciptakan efisiensi dan efektivitas pengelolaan sumber daya daerah;
- b. meningkatkan kualitas pelayanan umum dan kesejahteraan masyarakat; dan
- c. memberdayakan dan menciptakan ruang bagi masyarakat untuk ikut serta berpartisipasi dalam proses pembangunan.

Implementasi desentralisasi fiskal di Indonesia ditandai dengan adanya tuntutan peningkatan peran Pendapatan Asli Daerah (PAD) dalam membiayai belanja daerah dan adanya proses pengalihan sumber keuangan bagi daerah untuk menutup celah fiskal baik horizontal maupun vertikal. Menurut Undang-Undang

Republik Indonesia No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, sumber penerimaan yang digunakan untuk pendanaan Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan desentralisasi fiskal adalah Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Bagi Hasil (DBH) baik yang berasal dari Pajak maupun Sumber Daya Alam (SDA), pinjaman daerah, dan lain-lain penerimaan yang sah.

Penerapan desentralisasi di Indonesia hingga dekade terakhir ini mendorong peningkatan pengeluaran sektor publik sebagai perwujudan pendelegasian wewenang. Peningkatan pengeluaran sektor publik ini didorong oleh penerapan desentralisasi di Indonesia yang lebih menggunakan pendekatan pengeluaran. Hal ini sesuai dengan pernyataan Brodjonegoro (2008) bahwa proses desentralisasi di Indonesia adalah desentralisasi di sisi pengeluaran atau belanja pemerintah yang dibiayai dana perimbangan.

Peningkatan pengeluaran publik ini juga pernah dibahas dalam Kajian Pengeluaran Publik Indonesia Tahun 2007 oleh Bank Dunia yang menyatakan bahwa dalam periode tahun 2001-2007 terjadi peningkatan penerimaan Pemerintah Daerah yang bersumber dari transfer perimbangan serta peningkatan pengeluaran sektoral baik infrastruktur, pendidikan, kesehatan, maupun sektor lainnya. Peningkatan pengeluaran sektor publik pada sektor-sektor tersebut diharapkan akan mampu mendorong peningkatan kualitas dan *outcome* pelayanan publik di masing-masing sektor tersebut.

Hasil observasi selama beberapa tahun pelaksanaan desentralisasi pun telah menangkap indikasi kuat bahwa isu pokok bukan lagi pada bagaimana menciptakan sistem transfer yang sedemikian rupa sehingga sumber dana untuk daerah berjumlah relatif cukup memadai dan antara daerah satu dengan lainnya dibuat tidak terlalu timpang. Isu pokok sekarang adalah bagaimana mengarahkan daerah, terutama daerah-daerah yang tidak kaya, untuk dapat menggunakan APBD-nya secermat mungkin dan berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat (Hirawan, 2007). Peningkatan kesejahteraan masyarakat ini diharapkan didapat dari penyediaan layanan publik dasar yang lebih baik, salah satunya layanan di bidang kesehatan.

2.2. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)

2.2.1. Pengertian dan Fungsi APBD

Anggaran mempunyai arti yang sangat penting karena anggaran merupakan alat untuk mengarahkan pembangunan sosial-ekonomi, menjamin kesinambungan, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Anggaran diperlukan karena dengan keterbatasan sumber daya yang ada, pemerintah harus berusaha untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan masyarakat yang tidak terbatas dan terus berkembang. Melalui anggaran, masyarakat dapat melihat bahwa pemerintah telah bertanggung jawab terhadap rakyatnya (Mardiasmo, 2002).

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh Pemerintah Daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan peraturan daerah (Nordawan, 2007). APBD merupakan instrumen kebijakan yang utama bagi Pemerintah Daerah. APBD menduduki posisi sentral dalam upaya pengembangan kapabilitas dan efektivitas Pemerintah Daerah (Mardiasmo, 2002). Oleh karena itu, proses penyusunan dan pelaksanaan anggaran daerah hendaknya difokuskan pada upaya untuk mendukung pelaksanaan aktivitas atau program yang menjadi prioritas dan preferensi daerah tersebut.

APBD merupakan instrumen penting bagi pemerintah dalam rangka mewujudkan pelayanan dan peningkatan kesejahteraan masyarakat untuk tercapainya tujuan bernegara. Oleh karena itu, dalam pasal 3 ayat (4) Undang – Undang RI Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara disebutkan bahwa anggaran (APBN dan APBD) mempunyai fungsi sebagai berikut.

a. Fungsi Otorisasi

Fungsi otorisasi mengandung arti bahwa anggaran menjadi dasar untuk melaksanakan pendapatan dan belanja pada tahun yang bersangkutan.

b. Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan mengandung arti bahwa anggaran menjadi pedoman bagi manajemen dalam merencanakan kegiatan pada tahun yang bersangkutan.

c. Fungsi Pengawasan

Fungsi pengawasan mengandung arti bahwa anggaran menjadi pedoman

untuk menilai apakah kegiatan penyelenggaraan pemerintahan negara sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

d. Fungsi Alokasi

Fungsi alokasi mengandung arti bahwa anggaran harus diarahkan untuk mengurangi pengangguran dan pemborosan sumber daya, serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas perekonomian.

e. Fungsi Distribusi

Fungsi distribusi mengandung arti bahwa kebijakan anggaran harus memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan.

f. Fungsi Stabilisasi

Fungsi stabilisasi mengandung arti bahwa anggaran pemerintah menjadi alat untuk memelihara dan mengupayakan keseimbangan fundamental perekonomian.

2.2.2. Pendekatan Penganggaran

Salah satu perubahan kunci yang diamanatkan dalam UU Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara adalah perubahan mengenai metode penganggaran dengan tiga pendekatan sebagai berikut.

a. Pendekatan Penganggaran Terpadu

APBD harus memuat semua kegiatan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) secara terpadu, tidak ada lagi dikotomi antara anggaran belanja rutin dan anggaran belanja pembangunan. Dengan demikian, penganggaran menjadi lebih transparan serta memudahkan penyusunan dan pelaksanaan anggaran yang berorientasi kinerja. Selain itu, penganggaran merupakan penjabaran dari biaya yang diperlukan berdasarkan perencanaan program dan kegiatan yang sudah ditetapkan di dalam RKPD (Rencana Kerja Pemerintah Daerah).

b. Pendekatan Penganggaran Berbasis Kinerja

Anggaran berbasis kinerja dimaksudkan agar di dalam penyusunan anggaran berorientasi pada pencapaian keluaran dan hasil yang terukur. Selain itu, dalam merealisasikan suatu anggaran untuk membiayai program dan kegiatan harus memperhatikan prinsip efisiensi dan efektivitas. Efisien diukur dengan membandingkan antara *input* (misalnya dana) yang digunakan dengan keluaran

(*output*) yang diperoleh. Sedangkan efektivitas diukur dengan menilai apakah keluaran (*output*) dapat berfungsi sebagaimana diharapkan sehingga mendatangkan hasil (*outcome*) yang diinginkan.

c. Pendekatan Penganggaran dengan Perspektif Jangka Menengah

Pendekatan dengan perspektif jangka menengah memberikan kerangka yang menyeluruh, meningkatkan keterkaitan antara proses perencanaan dan penganggaran, mengembangkan disiplin fiskal, mengarahkan alokasi sumber daya agar lebih rasional dan strategis, dan meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pemerintah dengan pemberian pelayanan yang optimal dan lebih efisien. Dengan melakukan proyeksi jangka menengah, ketidakpastian di masa yang akan datang dapat dikurangi. Apabila terdapat inisiatif kebijakan baru dalam penganggaran tahunan, harus dilakukan penghitungan implikasi kebijakan baru tersebut dalam konteks keberlanjutan fiskal dalam jangka menengah (*medium term fiscal sustainability*).

2.2.3. Struktur APBD

Berdasarkan Pasal 20 Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, struktur APBD merupakan satu kesatuan yang terdiri dari pendapatan daerah, belanja daerah, dan pembiayaan daerah.

a. Pendapatan Daerah

Pendapatan daerah meliputi semua penerimaan uang melalui rekening kas umum daerah yang menambah ekuitas dana, merupakan hak daerah dalam satu tahun anggaran, dan tidak perlu dibayar kembali oleh daerah. Klasifikasi pendapatan berdasarkan kelompok terdiri atas:

1. Pendapatan Asli Daerah (PAD);
2. pendapatan dana perimbangan; dan
3. lain-lain pendapatan daerah yang sah.

b. Belanja Daerah

Belanja daerah meliputi semua pengeluaran dari rekening kas umum daerah yang mengurangi ekuitas dana, merupakan kewajiban daerah dalam satu tahun anggaran dan tidak akan diperoleh pembayarannya kembali oleh daerah.

Klasifikasi belanja dirinci menurut organisasi, fungsi, program, kegiatan, kelompok, jenis, obyek, dan rincian obyek belanja.

Klasifikasi belanja menurut organisasi disesuaikan dengan susunan organisasi pemerintahan daerah. Klasifikasi belanja menurut fungsi terdiri dari:

1. klasifikasi berdasarkan urusan pemerintahan, yang diklasifikasikan menurut kewenangan pemerintahan provinsi dan kabupaten/kota; dan
2. klasifikasi fungsi pengelolaan keuangan negara, yang digunakan untuk tujuan keselarasan dan keterpaduan pengelolaan keuangan negara yang terdiri dari pelayanan umum, ketertiban dan keamanan, ekonomi, lingkungan hidup, perumahan dan fasilitas umum, kesehatan, pariwisata dan budaya, agama, pendidikan, serta perlindungan sosial.

Klasifikasi belanja menurut program dan kegiatan disesuaikan dengan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah. Menurut kelompok, belanja diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

1. belanja tidak langsung, yaitu belanja yang dianggarkan tidak terkait secara langsung dengan pelaksanaan program dan kegiatan yang terdiri dari belanja pegawai, bunga, subsidi, hibah, bantuan sosial, belanja bagi hasil, bantuan keuangan, dan belanja tidak terduga; dan
2. belanja langsung, yaitu belanja yang dianggarkan terkait secara langsung dengan pelaksanaan program dan kegiatan yang terdiri dari belanja pegawai (honorarium), belanja barang/jasa, dan belanja modal.

Klasifikasi belanja menurut jenis belanja terdiri dari belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja modal, bunga, subsidi, hibah, bantuan sosial, belanja bagi hasil dan bantuan keuangan, dan belanja tidak terduga.

c. Pembiayaan Daerah

Pembiayaan daerah meliputi semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya. Pembiayaan daerah tersebut terdiri dari penerimaan pembiayaan dan pengeluaran pembiayaan. Pembiayaan neto merupakan selisih lebih penerimaan pembiayaan terhadap pengeluaran pembiayaan. Bila terdapat defisit anggaran, harus dapat ditutup dengan jumlah pembiayaan neto.

2.2.4. Anggaran Belanja Daerah

Anggaran belanja daerah yang ditetapkan dalam APBD merupakan kebijakan keuangan Pemerintah Daerah yang terkait dengan strategi pembangunan ekonomi daerah. Dengan merencanakan alokasi anggaran pengeluaran, Pemerintah Daerah berupaya meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan mengurangi hambatan pembangunan ekonomi.

Perencanaan alokasi anggaran pengeluaran dalam APBD merupakan alokasi sumber daya pembangunan yang dapat diartikan sebagai suatu kebijakan anggaran Pemerintah Daerah untuk memenuhi kebutuhan sosial masyarakat yang tidak dapat dipenuhi oleh pasar. Kebutuhan sosial masyarakat adalah kebutuhan umum yang dapat dimanfaatkan secara bersama-sama oleh masyarakat.

Sejalan dengan reformasi anggaran sektor publik, Schick (1998) menjelaskan bahwa terdapat tiga prinsip dalam manajemen pengeluaran publik (*Public Expenditure Management*) yang mendukung terwujudnya penyusunan anggaran yang baik. Tiga prinsip tersebut adalah sebagai berikut.

a. *Aggregate Fiscal Discipline.*

Prinsip ini bertujuan untuk mengontrol total pengeluaran yang merupakan tujuan pokok dari sistem anggaran. Tanpa pembatasan pengeluaran, dapat terjadi defisit anggaran dan secara progresif akan meningkatkan perbandingan rasio pajak pendapatan dan pengeluaran publik terhadap *Gross National Product* (GNP). *Aggregate fiscal discipline* meliputi total pendapatan, keseimbangan fiskal, dan utang publik yang kesemuanya berpengaruh pada total pengeluaran.

Prinsip ini mengutamakan total anggaran yang harus mencerminkan hasil secara jelas, dijalankan dengan kebijakan yang ketat, tidak hanya mengakomodasi tuntutan pengeluaran, namun juga harus disusun sebelum kebijakan pengeluaran publik dibuat, dan ditindaklanjuti dalam jangka menengah dan jangka panjang.

b. *Allocative Efficiency*

Prinsip ini merupakan perwujudan penyusunan alokasi pengeluaran pemerintah ke dalam sektor, program, dan proyek dengan skala prioritas dan efektivitas program publik yang berlandaskan kepada kerangka manajemen strategis. Sistem anggaran harus mendorong realokasi program dari prioritas yang

rendah dan kurang efektif ke program dengan prioritas tinggi dan lebih efektif. Pengalokasian anggaran harus berdasarkan pada skala prioritas rencana pembangunan yang telah ditetapkan sebelumnya.

c. *Operational Efficiency*

Prinsip ini menekankan bagaimana pemerintah dapat menghasilkan barang dan jasa publik pada tingkat biaya yang lebih efisien dan kompetitif dari harga pasar. Hal ini merupakan cerminan pengeluaran pemerintah yang dialokasikan pada kepentingan masyarakat. *Operational efficiency* merupakan bagian dari sistem penganggaran yang mendorong dilakukannya efisiensi. Dalam pelaksanaannya unit kerja selalu didorong untuk menghasilkan pendapatan (*profit center*) daripada menjadi sumber pemborosan biaya (*cost center*). *Operational efficiency* dapat ditingkatkan melalui beberapa cara, salah satunya melalui sistem pengawasan. Jika unit kerja dioperasikan dibawah kendali internal dan eksternal, pemerintah akan dapat mengevaluasi tidak hanya biaya yang menjadi substansial, tetapi juga apakah unit kerja telah benar-benar menjalankan peraturan yang ada.

2.3. Pengukuran Kinerja, *Outcomes*, dan Indikator Bidang Kesehatan

Pengukuran kinerja sektor publik merupakan suatu sistem yang bertujuan untuk membantu manajer publik menilai pencapaian suatu strategi melalui alat ukur keuangan dan non keuangan. Mardiasmo (2002) menyatakan bahwa pengukuran kinerja sektor publik dilakukan untuk memenuhi tiga tujuan berikut.

- a. Pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk membantu memperbaiki kinerja pemerintah. Ukuran kinerja dimaksudkan untuk dapat membantu pemerintah berfokus pada tujuan dan sasaran program unit kerja. Hal ini pada akhirnya akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas organisasi sektor publik.
- b. Pengukuran kinerja sektor publik digunakan untuk pengalokasian sumber daya dan pembuatan keputusan.
- c. Pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan.

Menurut Bastian (2006), kinerja adalah gambaran pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan /program / kebijaksanaan dalam mewujudkan sasaran,

tujuan, misi dan visi organisasi. Ia menyatakan bahwa pengukuran kinerja membutuhkan tolak ukur yang disebut dengan indikator kinerja (*performance indicator*). Indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan memperhitungkan indikator masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcome*), manfaat (*benefit*) dan dampak (*impact*). Indikator kinerja diharapkan mampu memenuhi sejumlah tujuan. Tujuan yang paling mendasar adalah keinginan atas akuntabilitas Pemerintah Daerah terhadap Pemerintah Pusat atau masyarakat. Mahmudi (2007) menyatakan bahwa karakteristik indikator kinerja yang baik adalah konsisten, dapat diperbandingkan, jelas, dapat dikontrol, kontinjensi, komprehensif, fokus, relevan, dan realistis.

Dari penjelasan-penjelasan di atas jelas bahwa indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan untuk dilakukan pengukuran terhadap perubahan-perubahannya yang terjadi dari waktu ke waktu. Walaupun suatu indikator tidaklah selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi sering sekali indikator dapat memberi petunjuk atau indikasi tentang keadaan keseluruhan.

Dalam Bab 28 Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2004-2009 yang telah ditetapkan dengan Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 disebutkan bahwa pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan sumber daya manusia. Dalam RPJMN 2009-2014, bidang kesehatan juga termasuk dalam 11 Prioritas Pembangunan Nasional. Bidang kesehatan berada pada prioritas ketiga setelah reformasi birokrasi dan tata kelola serta bidang pendidikan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan melakukan berbagai langkah dalam mencapai tujuan prioritas pembangunan nasional tersebut. Kementerian Kesehatan telah merumuskan berbagai indikator untuk mencapai Indonesia Sehat sebagai salah satu langkahnya.

Terdapat lima puluh indikator kinerja bidang kesehatan di Indonesia dalam rangka menuju Indonesia Sehat 2010 yang dituangkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2005-2009 yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1274/Menkes/SK/VIII/2005

tanggal 17 Agustus 2005 yang kemudian disempurnakan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 331/Menkes/SK/V/2006 tanggal 11 Mei 2006.

Lima puluh indikator tersebut terbagi dalam tiga jenis pengklasifikasian indikator dalam penilaian kinerja, yaitu sebagai berikut.

a. Indikator Hasil Akhir (*Long-Term Outcomes*)

Indikator hasil akhir (*Long-Term Outcomes*) yaitu derajat kesehatan. Indikator ini berjumlah sebelas indikator yang terdiri dari indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi. Kesebelas indikator hasil akhir beserta targetnya untuk tahun 2010 dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Indikator Hasil Akhir (*Long-Term Outcomes*)

INDIKATOR		TARGET 2010
MORTALITAS		
1.	Angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup	40
2.	Angka kematian balita per-1.000 kelahiran hidup	58
3.	Angka kematian ibu melahirkan per-100.000 kelahiran hidup	150
4.	Angka Harapan Hidup waktu lahir	67,9
MORBIDITAS		
5.	Angka kesakitan malaria per-1.000 penduduk	5
6.	Angka kesembuhan penderita TB paru BTA+	85
7.	Prevalensi HIV (Persentase kasus terhadap penduduk berisiko)	0,9
8.	Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) pada anak usia <15tahun per 1.000 anak	0,9
9.	Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-1.000 penduduk	2
STATUS GIZI		
10.	Persentase balita dengan gizi buruk	15
11.	Persentase kecamatan bebas rawan gizi	80

Sumber: Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 331/Menkes/SK/V/2006

b. Indikator Hasil Antara (*Intermediate Outcomes*)

Indikator ini berjumlah sembilan indikator yang terdiri atas tiga pilar indikator yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan. Kesembilan indikator hasil antara beserta targetnya untuk tahun 2010 dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Indikator Hasil Antara (*Intermediate Outcomes*)

INDIKATOR		TARGET 2010
KEADAAN LINGKUNGAN		
1.	Persentase rumah sehat	80
2.	Persentase tempat-tempat umum sehat	80
PERILAKU HIDUP MASYARAKAT		
3.	Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat	65
4.	Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri	40
AKSES DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN		
5.	Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas	15
6.	Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit	1,5
7.	Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan	100
8.	Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar	100
9.	Persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat	100

Sumber: Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 331/Menkes/SK/V/2006

c. Indikator Proses dan Masukan (*Initial Outcomes*)

Indikator ini berjumlah tiga puluh indikator yang terdiri atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen, kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor terkait. Ketiga puluh indikator hasil akhir beserta targetnya untuk tahun 2010 dapat dilihat pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3. Indikator Proses dan Masukan (*Initial Outcomes*)

INDIKATOR		TARGET 2010
PELAYANAN KESEHATAN		
1.	Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan	90
2.	Persentase desa yang mencapai “Universal Child Immunization” (UCI)	100
3.	Persentase desa terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani <24 jam	100
4.	Persentase ibu hamil yang mendapatkan Tablet Fe	80
5.	Persentase bayi yang mendapatkan ASI eksklusif	80
6.	Persentase murid SD/MI yang mendapat pemeriksaan Gigi dan Mulut	100
7.	Persentase pekerja yang mendapatkan pelayanan kesehatan kerja	80
8.	Persentase keluarga miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan	100
SUMBER DAYA KESEHATAN		
9.	Rasio dokter per-100.000 penduduk	40
10.	Rasio dokter spesialis per-100.000 penduduk	6
11.	Rasio dokter keluarga 1.000 keluarga	2
12.	Rasio dokter gigi per-100.00 keluarga	11
13.	Rasio Apoteker per-100.00 keluarga	10
14.	Rasio Bidan per-100.00 keluarga	100
15.	Rasio Perawat per-100.00 keluarga	117,5
16.	Rasio Ahli Gizi per-100.00 keluarga	22
17.	Rasio Ahli Sanitasi per-100.00 keluarga	40
18.	Rasio Ahli Kesehatan Masyarakat per-100.00 keluarga	40
19.	Persentase penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan	80
20.	Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD Kabupaten/Kota	15

Tabel 2.3 (sambungan)

INDIKATOR		TARGET 2010
21.	Alokasi anggaran kesehatan pemerintah per-kapita per-tahun (ribuan rupiah)	100
MANAJEMEN KESEHATAN		
22.	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan	100
23.	Persentase kabupaten.kota yang memiliki “Contingency Plan” untuk masalah kesehatan akibat bencana	100
24.	Persentase kabupaten/kota yang membuat profil kesehatan	100
25.	Persentase provinsi yang melaksanakan Suskesda	100
26.	Persentase provinsi yang mempunyai “Provincial Health Account”	100
KONTRIBUSI SEKTOR TERKAIT		
27.	Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih	85
28.	Persentase pasangan usia subur yang menjadi akseptor Keluarga Berencana	70
29.	Angka kecelakaan lalu lintas per-100.000 penduduk	10
30.	Persentase penduduk yang melek huruf	95

Sumber: Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 331/Menkes/SK/V/2006

Untuk memahami hubungan antar indikator-indikator tersebut Ahmad (2010) telah membuat suatu skema yang memperlihatkan hubungan antara satu kelompok indikator dengan kelompok indikator yang lain, sebagaimana Gambar 2.1.

Dari skema tersebut dapat dilihat bahwa indikator proses dan masukan seperti pelayanan kesehatan dan sumber daya kesehatan akan mempengaruhi hasil antara, seperti keadaan lingkungan dan perilaku hidup masyarakat. Selanjutnya hasil antara tersebut akan mempengaruhi derajat kesehatan berupa tingkat morbiditas dan status gizi. Terakhir, tingkat morbiditas dan status gizi akan mempengaruhi tingkat mortalitas.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa *outcome* bidang kesehatan dapat diukur dari indikator akhir berupa mortalitas, salah satunya dengan Angka Harapan Hidup.



Gambar 2.1. Skema Hubungan Antar Indikator Bidang Kesehatan

Sumber: Ahmad, 2010

Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka Harapan Hidup merupakan rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup. Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan, dan program sosial lainnya.

2.4. Belanja Daerah dan Angka Harapan Hidup

Salah satu tujuan pelaksanaan desentralisasi fiskal adalah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Dengan pelaksanaan desentralisasi fiskal, diharapkan Pemerintah Daerah dapat lebih peka terhadap masalah dan kebutuhan masyarakat di daerahnya masing-masing. Dengan penyerahan dan pelimpahan kewenangan pada Pemerintah Daerah, diharapkan Pemerintah Daerah dapat lebih cepat, tepat, dan efisien dalam menentukan kebijakan pemerintah berkaitan dengan pelayanan publik dasar.

Setiap pelaksanaan kebijakan pemerintah tersebut akan dijabarkan melalui anggaran yang akan dialokasikan terhadap sektor-sektor yang menjadi tanggung jawab pemerintah. Sektor kesehatan merupakan salah satu sektor yang

menjadi perhatian Pemerintah Daerah sebagai bagian dari pelayanan kebutuhan dasar rakyatnya.

Sebelum desentralisasi, pengalokasian anggaran kesehatan di Indonesia dilakukan oleh Pemerintah Pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Setelah desentralisasi di sektor kesehatan, secara implisit anggaran kesehatan dimasukkan dalam alokasi anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang berbasis pada formula yang telah ditetapkan, yaitu berbasis pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal suatu daerah (Trisnantoro, dkk, 2008). Akibatnya, secara praktis sektor kesehatan harus bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkan anggaran.

Risiko pelaksanaan otonomi daerah ini terletak pada kemungkinan bahwa Pemerintah Daerah tidak memprioritaskan sektor kesehatan. Pertemuan Departemen Kesehatan dengan bupati dan walikota se-Indonesia pada 28 Juli 2000 telah menyepakati bahwa porsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan minimal 15% dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) . Dalam kenyataannya Pemerintah Daerah banyak yang tidak mengindahkan kesepakatan tersebut. Realisasinya persentase anggaran kesehatan di banyak daerah di Indonesia tidak banyak bergeser dari kondisi sebelum desentralisasi. Pemerintah Daerah lebih berorientasi pada pembangunan fisik, sedangkan anggaran kesehatan sebagai program non fisik tidak menarik perhatian pemerintah lokal (Hendartini, dkk, 2008).

Pembiayaan untuk sektor kesehatan di Indonesia tidak hanya bersumber dari DAU, namun juga terdapat transfer sumber pendanaan lainnya dari pusat, yaitu dalam bentuk Dana Kompensasi BBM, Dana Alokasi Khusus (DAK), sampai Anggaran Belanja Tambahan (ABT). Pembiayaan kesehatan daerah yang berasal dari dana APBD mengalami peningkatan yang cukup berarti dari tahun ke tahun setelah desentralisasi. Penyebab utamanya adalah meningkatnya jumlah DAU, DAK, Dana Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM), serta Anggaran Belanja Tambahan (ABT) yang diterima oleh Pemerintah Daerah (Trisnantoro, dkk, 2008). Peningkatan jumlah realisasi belanja fungsi kesehatan Pemerintah Daerah setelah penerapan desentralisasi juga diutarakan dalam penelitian Ahmad (2010).

Indikator utama hasil akhir dari pelayanan publik di bidang kesehatan dilihat dari indikator mortalitas, salah satunya Angka Harapan Hidup. Keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi juga dapat dilihat dari peningkatan Angka Harapan Hidup penduduk dari suatu negara.

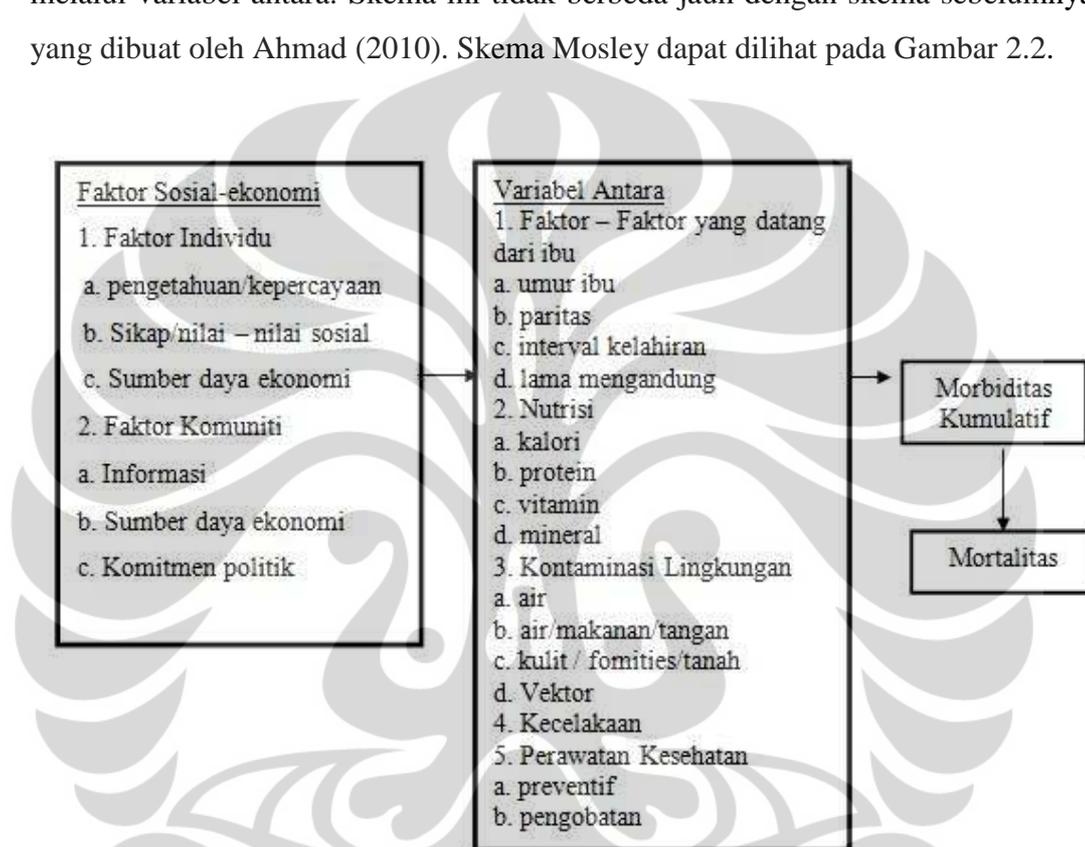
Canterero dan Pascual (2008) telah menganalisis dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcome* kesehatan dengan data panel pada lima belas daerah di Spanyol pada tahun 1992-2003. Indikator desentralisasi fiskal yang digunakan adalah persentase belanja fungsi kesehatan terhadap total belanja, sedangkan variabel bebas yang digunakan sebagai indikator dari *outcome* kesehatan adalah Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Harapan Hidup (AHH). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa desentralisasi fiskal (rasio belanja kesehatan) berpengaruh signifikan negatif terhadap Angka Kematian Bayi dan berpengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup.

Mohanoe (2004) menggunakan tiga indikator derajat kesehatan, yaitu Angka Kematian Bayi, angka kematian di bawah lima tahun, dan Angka Harapan Hidup pada penelitiannya. Hasilnya menunjukkan bahwa pengeluaran publik untuk kesehatan memiliki hubungan yang signifikan terhadap ketiga indikator tersebut di Lesotho. Pengeluaran publik kesehatan memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup.

Penelitian-penelitian lain juga telah menemukan pengaruh signifikan belanja kesehatan pemerintah terhadap berbagai macam variabel yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat. Bhalotra (2007) menemukan bahwa tingkat mortalitas (Angka Kematian Bayi) di pedesaan India dipengaruhi secara signifikan oleh belanja pemerintah untuk kesehatan. Pengaruh signifikan belanja kesehatan terhadap Angka Kematian Bayi ini juga ditemukan oleh Asfaw et al. (2005) di daerah India. Rubio (2011) juga telah membuktikan secara empiris bahwa desentralisasi di Kanada yang diproksi dengan rasio belanja kesehatan provinsi terhadap total belanjanya memiliki pengaruh signifikan dalam peningkatan kesehatan masyarakat yang ditunjukkan dengan penurunan Angka Kematian Bayi.

2.5. Faktor-faktor Determinan yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup

Untuk mengetahui faktor-faktor lain yang mempengaruhi Angka Harapan Hidup, perlu diketahui faktor-faktor penyebab dari suatu kematian. Henry Mosley (1980) dalam Sirait (2010) telah membuat suatu skema pemikiran yang menggambarkan bahwa semua faktor sosial ekonomi mempengaruhi kematian melalui variabel antara. Skema ini tidak berbeda jauh dengan skema sebelumnya yang dibuat oleh Ahmad (2010). Skema Mosley dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Gambar 2.2. Skema Kerangka Pemikiran Mosley

Sumber: Sirait, 2010

2.5.1. Faktor Sumber Daya Ekonomi

Sumber daya ekonomi masyarakat sering ditunjukkan dengan besarnya pendapatan. Pendapatan erat hubungannya dengan kemampuan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan dan kemampuan melakukan perawatan kesehatan baik preventif maupun pengobatan. Kaitan tersebut akan mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat serta tingkat mortalitas seperti yang digambarkan pada skema kerangka Mosley.

UNDP mengukur standar hidup layak dengan menggunakan Produk Domestik Bruto yang disesuaikan. Dalam penelitian ini akan digunakan variabel PDRB berdasarkan harga berlaku yang dapat mencerminkan pendapatan kotor setiap masyarakat yang sesungguhnya karena telah memasukkan unsur inflasi.

Canterero dan Pascual (2008) menganalisis dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcome* kesehatan dengan menggunakan data panel di wilayah Spanyol pada tahun 1992 – 2003. Selain menemukan bahwa desentralisasi fiskal yang diproksi dengan persentase belanja kesehatan berpengaruh positif signifikan terhadap *outcome* kesehatan yang diproksi dengan Angka Harapan Hidup, penelitian ini juga menambahkan variabel ekonomi lain, yaitu pendapatan riil per kapita. Hasilnya ditemukan bahwa pendapatan riil per kapita tersebut berpengaruh positif secara signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Dengan menggunakan sampel empat belas kabupaten/kota di wilayah Sumatera Barat pada tahun 2001-2007, Ahmad (2010) menemukan bahwa Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita berhubungan positif signifikan terhadap Angka Harapan Hidup. Artinya, semakin besar PDRB per kapita suatu daerah, maka Angka Harapan Hidup akan semakin meningkat. Selain itu, ditemukan pula bahwa PDRB ini berpengaruh signifikan pada menurunnya Angka Kematian Bayi.

Hasil yang sama juga ditemukan dalam penelitian Yenti (2002). Penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perkembangan distribusi pendapatan dan tingkat kesejahteraan masyarakat di Propinsi Sumatera Barat pada tahun 1996-2000 ini menemukan bahwa peningkatan PDRB per kapita mempunyai pengaruh yang positif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Asfaw et al. (2005), Robalino (2001), dan Uchimura dan Jutting (2009) yang meneliti pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcome* kesehatan juga menggunakan variabel pendapatan per kapita dalam penelitiannya. Semuanya menunjukkan bahwa pendapatan per kapita berhubungan signifikan negatif terhadap Angka Kematian Bayi sebagai indikator *outcome* kesehatannya. Walaupun pada penelitian-penelitian tersebut menggunakan variabel yang berbeda sebagai indikator *outcome* kesehatan, yaitu Angka Kematian Bayi, penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa pendapatan per kapita berpengaruh

signifikan terhadap tingkat mortalitas yang juga dapat digunakan Angka Harapan Hidup sebagai indikatornya.

2.5.2. Faktor Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya kesehatan, seperti sarana kesehatan dan tenaga kesehatan sangat erat hubungannya dengan tingkat pelayanan dan perawatan kesehatan. Di Indonesia sarana kesehatan di kabupaten/kota khususnya untuk masyarakat kecil dan menengah dipusatkan pada pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang ada hampir di setiap kecamatan/desa.

Puskesmas sebagai unit organisasi pelayanan terdepan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat yang tinggal di suatu wilayah kerja tertentu (Muninjaya, 1999). Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Trihono, 2005). Oleh karena itu, diharapkan dengan puskesmas, Angka Harapan Hidup akan dapat meningkat. Pada tahun 1968 diperkenalkan konsep puskesmas sebagai hasil yang telah dicapai. Angka Kematian Bayi telah berhasil diturunkan dan umur hidup rata – rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna (Depkes, 2004).

Selain sarana kesehatan, tenaga kesehatan yang ditunjukkan dengan jumlah tenaga medis yang berprofesi untuk melakukan perawatan kesehatan dan pengobatan sangat berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat. Penelitian Canterero dan Pascual (2008) juga memasukkan variabel jumlah tenaga medis (per 1.000 penduduk) dalam penelitiannya. Hasilnya menunjukkan bahwa jumlah tenaga medis juga memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup.

Robst (2001) meneliti hubungan antara sumber daya kesehatan dalam hal ini dokter dan kematian. Hasilnya menunjukkan bahwa daerah dengan jumlah dokter lebih banyak memiliki angka kematian yang lebih rendah dibandingkan

daerah dengan jumlah ketersediaan dokter yang sedikit. Penelitian ini juga memperlihatkan bahwa angka kematian remaja dipengaruhi oleh ketersediaan dokter sejak masa kanak-kanak. Untuk itu disarankan ketersediaan dokter diperhatikan tidak hanya pada saat remaja atau dewasa, tetapi sejak masa kanak-kanak sehingga Angka Harapan Hidup mereka lebih panjang.

2.5.3. Faktor Pendidikan

Tingkat pendidikan masyarakat erat hubungannya dengan kesadaran akan pentingnya kesehatan. Masyarakat yang berpendidikan rendah biasanya memiliki kesadaran akan kesehatan yang rendah pula. Masyarakat berpendidikan rendah pada umumnya kurang mengetahui informasi-informasi mengenai kesehatan, pengetahuan tentang gizi, nutrisi ataupun kebersihan. Hal ini menyebabkan anak-anak yang lahir di tengah-tengah masyarakat berpendidikan rendah akan memiliki risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat berpendidikan tinggi (Sirait, 2010). Risiko kematian yang tinggi tersebut akan mengakibatkan rendahnya Angka Harapan Hidup saat mereka lahir.

Faktor pendidikan ini diduga sangat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, mengurangi kepercayaan atau mitos yang salah terhadap pola pemberian makanan dan perawatan kesehatan, serta mengubah nilai-nilai sosial yang tidak menguntungkan pada program peningkatan kesehatan lainnya.

Indikator yang sering digunakan untuk menentukan tingkat pendidikan adalah Angka Melek Huruf. Angka Melek Huruf menunjukkan persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan atau huruf lainnya. Angka Melek Huruf ini juga digunakan sebagai indeks pendidikan dalam salah satu komponen pembentuk indeks pembangunan manusia di Indonesia.

Penelitian Zakir dan Wunnava (1997) dengan menggunakan sampel 117 observasi pada negara berpendapatan rendah, menengah dan tinggi pada tahun 1993 menemukan bahwa tingkat melek huruf memiliki pengaruh signifikan terhadap tingkat mortalitas, yaitu Angka Kematian Bayi.

Uchimura dan Jutting (2009) juga menemukan hal yang sama bahwa tingkat pendidikan yang diproksi dengan tingkat melek huruf yang rendah

berpengaruh terhadap tingginya tingkat mortalitas, yaitu tingginya Angka Kematian Bayi di China.

Kedua penelitian tersebut menggunakan variabel sebagai indikator *outcome* kesehatan yang berbeda dengan penelitian ini, yaitu Angka Kematian Bayi. Namun penelitian-penelitian tersebut telah menunjukkan bahwa tingkat melek huruf berpengaruh signifikan terhadap tingkat mortalitas yang juga dapat digunakan Angka Harapan Hidup sebagai indikatornya.

2.6. Hipotesis Penelitian

Brodjonegoro (2008) menyatakan bahwa proses desentralisasi di Indonesia adalah desentralisasi di sisi pengeluaran atau belanja pemerintah yang dibiayai dana perimbangan. Penerapan desentralisasi di Indonesia yang lebih menggunakan pendekatan pengeluaran mendorong terjadinya peningkatan pengeluaran sektor publik. Peningkatan jumlah realisasi belanja fungsi kesehatan Pemerintah Daerah setelah penerapan desentralisasi juga telah diutarakan dalam penelitian Ahmad (2010). Indikator utama hasil akhir dari pelayanan publik di bidang kesehatan dilihat dapat dari indikator mortalitas, salah satunya Angka Harapan Hidup. Keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi dapat dilihat dari peningkatan Angka Harapan Hidup penduduk dari suatu negara.

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, seperti Canterero dan Pascual (2008) dan Mohanoe (2004), telah terbukti bahwa desentralisasi fiskal dengan proksi persentase realisasi belanja fungsi kesehatan dapat meningkatkan *outcome* kesehatan dengan proksi Angka Harapan Hidup. Penelitian Bhalotra (2007), Asfaw et al. (2005), dan Rubio(2011) dengan proksi yang sedikit berbeda, juga menemukan hasil yang serupa.

Atas dasar peningkatan realisasi belanja setelah desentralisasi fiskal dan berdasarkan penelitian sebelumnya, maka hipotesis pertama dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

H1 : Persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realiasi belanja Pemerintah Daerah berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Pendapatan erat hubungannya dengan kemampuan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan dan kemampuan melakukan perawatan kesehatan baik preventif maupun pengobatan. Kaitan tersebut akan mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat serta tingkat mortalitas. Penelitian-penelitian sebelumnya oleh Canterero dan Pascual (2008), Ahmad (2010), dan Yenti (2002) telah membuktikan secara empiris bahwa PDRB per kapita memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Atas dasar tersebut, maka hipotesis kedua dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

H2 : Produk Domestik Regional Bruto berdasarkan harga berlaku per kapita berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Puskesmas merupakan unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan yang mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat yang tinggal di suatu wilayah kerja tertentu (Muninjaya, 1999). Pada tahun 1968 diperkenalkan konsep puskesmas sebagai hasil yang telah dicapai, yaitu dengan puskesmas, Angka Kematian Bayi telah berhasil diturunkan dan umur hidup rata – rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna (Depkes, 2004).

Atas dasar tersebut, maka hipotesis ketiga dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

H3 : Rasio puskesmas per 100.000 penduduk berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Selain itu, jumlah tenaga medis yang berprofesi untuk melakukan perawatan kesehatan dan pengobatan sangat berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat. Penelitian Canterero dan Pascual (2008) dan Robst (2001) menemukan bahwa jumlah tenaga kesehatan akan berpengaruh pada tingkat mortalitas.

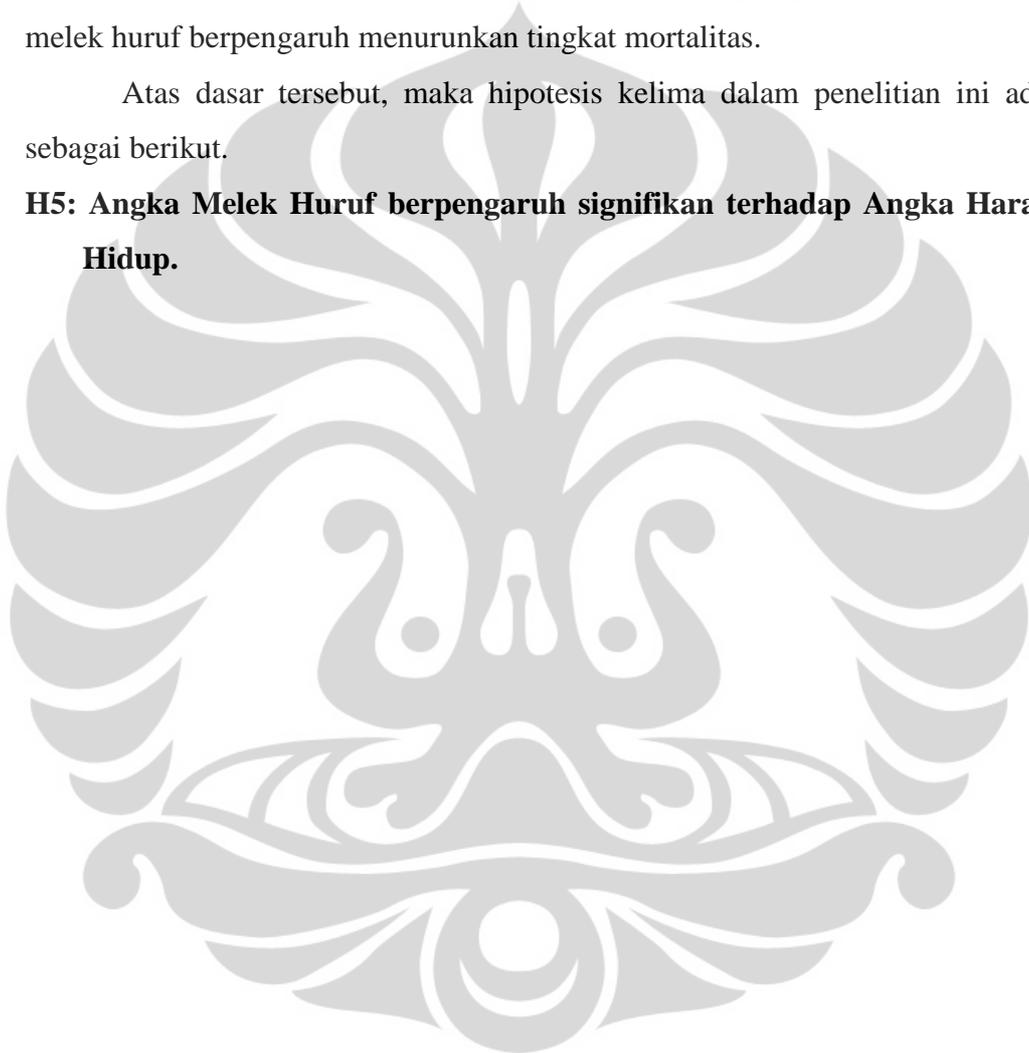
Atas dasar tersebut, maka hipotesis keempat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

H4 : Rasio tenaga medis per 100.000 penduduk berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Tingkat pendidikan masyarakat erat hubungannya dengan kesadaran akan pentingnya kesehatan. Masyarakat yang berpendidikan rendah biasanya memiliki kesadaran akan kesehatan yang rendah pula sehingga risiko kesakitan dan kematian semakin tinggi dan Angka Harapan Hidup akan lebih kecil. Indikator yang banyak digunakan untuk menentukan tingkat pendidikan adalah Angka Melek Huruf. Penelitian Zakir dan Wunnava (1997) serta Uchimura dan Jutting (2009) membuktikan bahwa tingkat pendidikan yang diproksi dengan tingkat melek huruf berpengaruh menurunkan tingkat mortalitas.

Atas dasar tersebut, maka hipotesis kelima dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

H5: Angka Melek Huruf berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.



BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Model Penelitian

Untuk menjawab rumusan masalah yang ada, penelitian ini menggunakan model regresi berganda data panel. Data panel merupakan data gabungan antara data *cross section* dan data *time series*. Menurut Wibisono (2005), data panel memiliki keunggulan sebagai berikut.

- a. Data panel mampu memperhitungkan heterogenitas individu secara eksplisit dengan mengizinkan variabel spesifik individu.
- b. Kemampuan mengontrol heterogenitas tersebut menjadikan data panel dapat digunakan untuk menguji dan membangun model perilaku lebih kompleks.
- c. Data panel mendasarkan diri pada observasi *cross section* yang berulang (*time series*) sehingga metode data panel cocok digunakan sebagai *study of dynamic adjustment*.
- d. Besarnya jumlah observasi memiliki implikasi pada data yang lebih informatif, lebih variatif, kolinieritas antara data semakin berkurang, dan derajat kebebasan (*degree of freedom*) lebih tinggi sehingga dapat diperoleh hasil estimasi yang lebih efisien.
- e. Data panel dapat digunakan untuk meminimalkan bias yang mungkin ditimbulkan oleh agregasi data individu.

Namun, data panel ini juga memiliki beberapa keterbatasan sebagai berikut.

- a. Masalah desain dan pengumpulan data.
- b. Distorsi kesalahan pengukuran.
- c. Masalah selektivitas (*self-selectivity, nonresponse, attrition*)
- d. Dimensi *time series* yang pendek
- e. Ketergantungan *cross-section*

Berikut ini persamaan dasar regresi data panel yang digunakan dalam penelitian ini.

$$AHH_{it} = \alpha + \beta_1 DF_{it} + \beta_2 \text{Log}(PDRB)_{it} + \beta_3 \text{PUSKES}_{it} + \beta_4 \text{MEDIS}_{it} + \beta_5 \text{AMH}_{it} + e_{it}$$

Keterangan:

- AHH : Angka Harapan Hidup
- DF : persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja provinsi
- PDRB : Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita berdasarkan harga yang berlaku
- PUSKES : rasio puskesmas per 100.000 penduduk
- MEDIS : rasio tenaga medis per 100.000 penduduk
- AMH : Angka Melek Huruf
- α : *intercept*
- β : koefisien *slope* variabel bebas
- γ : koefisien *slope dummy variable* untuk individu i
- e : *error*
- i : provinsi
- t : data *time series* waktu tahun 2005 s.d. 2009

3.2. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**3.2.1. Variabel Penelitian**

Variabel adalah sesuatu yang dapat membedakan atau membawa variasi pada nilai tertentu (Sekaran, 2010). Dalam penelitian ini, variabel dependen yang digunakan adalah Angka Harapan Hidup (AHH), sedangkan variabel independen yang berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup adalah variabel desentralisasi fiskal (DF) yang diukur dari sisi pengeluaran, yaitu persentase realisasi belanja fungsi kesehatan.

Selain itu, penelitian ini juga menggunakan beberapa variabel kontrol yang juga berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup, baik berupa faktor sumber daya ekonomi (Produk Domestik Regional Bruto per kapita atas dasar harga berlaku), faktor sumber daya kesehatan (rasio puskesmas dan rasio tenaga medis per 100.000 penduduk) maupun faktor pendidikan (Angka Melek Huruf).

3.2.2. Definisi Operasional Variabel

Berikut definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini.

a. Desentralisasi Fiskal (DF)

Dalam penelitian ini, desentralisasi fiskal diukur dari sisi pengeluaran mengikuti penelitian Canterero dan Pascual (2008) serta Ahmad (2010). Desentralisasi fiskal diproksi dengan persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja berdasarkan realisasi APBD Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota pada suatu provinsi pada satu tahun tertentu yang dapat diformulasikan sebagai berikut.

$$DF = \frac{\sum \text{Realisasi belanja APBD fungsi kesehatan di suatu prov dalam 1 tahun}}{\sum \text{Total realisasi belanja APBD di provinsi dan tahun yang sama}} \times 100\%$$

b. Angka Harapan Hidup

Angka Harapan Hidup (AHH) adalah rata-rata jumlah tahun hidup yang dapat dijalani oleh seseorang hingga akhir hayatnya. AHH dapat digunakan sebagai perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk sejak lahir yang akan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu. AHH dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok umur.

c. Produk Domestik Regional Bruto per Kapita (PDRB)

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan jumlah perolehan nilai tambah yang tercipta akibat proses produksi baik barang ataupun jasa di suatu wilayah pada satu periode tertentu tanpa memperhatikan domisili pelaku produksinya.

Dalam penelitian ini yang digunakan adalah PDRB per kapita berdasarkan harga yang berlaku yang dihitung berdasarkan harga berlaku suatu provinsi dibagi dengan total jumlah penduduk di provinsi yang sama. Pemilihan PDRB berdasarkan harga berlaku ini agar dapat mencerminkan pendapatan kotor setiap masyarakat yang sesungguhnya karena telah memasukkan unsur inflasi.

Untuk menyamakan skala ukuran variabel-variabel penelitian ini, maka untuk variabel PDRB akan dikonversi menjadi bentuk logaritma agar setara dengan variabel-variabel lain yang berbentuk persentase atau rasio. Dengan demikian, variabel PDRB dapat diformulasikan sebagai berikut.

$$PDRB = \frac{\text{PDRB berdasarkan harga berlaku pada prov dan tahun tertentu}}{\sum \text{penduduk prov dan tahun yang sama}}$$

d. Rasio Puskesmas per 100.000 Penduduk (PUSKES)

Jumlah puskesmas yang dimaksud di sini adalah jumlah puskesmas di suatu provinsi dalam satu tahun tertentu. Untuk mendapatkan ukuran yang relevan, maka digunakan rasio per 100.000 penduduk atas jumlah puskesmas tersebut dengan formula sebagai berikut.

$$PUSKES = \frac{\Sigma \text{puskesmas pada prov dan tahun tertentu}}{\Sigma \text{penduduk prov dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

e. Rasio Tenaga Medis per 100.000 Penduduk (MEDIS)

Jumlah tenaga medis yang dimaksud di sini terdiri dari dokter umum, dokter spesialis, dan dokter gigi di suatu provinsi dalam satu tahun tertentu. Untuk mendapatkan ukuran yang relevan, maka digunakan rasio per 100.000 penduduk atas jumlah tenaga medis tersebut dengan formula sebagai berikut.

$$MEDIS = \frac{\Sigma \text{tenaga medis pada prov dan tahun tertentu}}{\Sigma \text{penduduk prov dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

f. Angka Melek Huruf (AMH)

Angka Melek Huruf (AMH) adalah persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis serta mengerti sebuah kalimat sederhana dalam hidup sehari-hari. AMH ini dapat diformulasikan sebagai berikut.

$$AMH = \frac{\Sigma \text{penduduk (> 15 tahun) melek huruf pada prov dan tahun tertentu}}{\Sigma \text{penduduk (> 15 tahun) pada prov dan tahun yang sama}} \times 100\%$$

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Menurut Sekaran (2010), populasi adalah keseluruhan kelompok orang, peristiwa, atau hal lain yang ingin diinvestigasi oleh peneliti. Populasi penelitian ini adalah 33 provinsi di Republik Indonesia.

Sampel menurut Sekaran (2010) merupakan sub kelompok populasi. Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* untuk menentukan sampel penelitian. Terdapat beberapa kriteria yang harus terpenuhi untuk dapat dijadikan sampel penelitian. Kriteria-kriteria tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Provinsi tersebut sudah terbentuk pada tahun 2005 dan tetap berdiri hingga tahun 2009.
- b. Data dari setiap variabel yang digunakan tersedia di setiap tahun tersebut.

3.4. Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data panel sekunder. Data panel merupakan gabungan dari *cross section* dan *time series* di mana data dikumpulkan atas banyak individu (provinsi-provinsi di Indonesia) dari waktu ke waktu (tahun 2005 s.d. 2009). Data sekunder dikumpulkan dari sumber informasi yang telah ada, misalnya catatan atau dokumentasi, publikasi pemerintah, artikel, majalah, situs web, dan literatur lainnya.

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menurut fungsi per provinsi Tahun Anggaran 2005 s.d. 2009.
- b. Angka Harapan Hidup menurut provinsi tahun 2005 s.d. 2009.
- c. PDRB berdasarkan harga berlaku menurut provinsi tahun 2005 s.d. 2009.
- d. Rasio puskesmas per 100.000 penduduk menurut provinsi tahun 2005 s.d. 2009.
- e. Rasio tenaga medis per 100.000 penduduk menurut provinsi tahun 2005 s.d. 2009.
- f. Angka Melek Huruf menurut provinsi tahun 2005 s.d. 2009.
- g. Jumlah penduduk menurut provinsi tahun 2005 s.d. 2009.

3.5. Instrumen Pengumpulan Data

Dalam penyusunan skripsi ini akan dilakukan *literature research* untuk mendapatkan materi yang berkaitan dengan topik ini dan pengumpulan data sekunder dari berbagai sumber yang dapat mendukung penelitian. Berikut sumber data sekunder yang digunakan.

- a. Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Data berasal dari Data Keuangan Daerah untuk tahun 2005 s.d. 2009. Data yang diperoleh berupa realisasi belanja fungsi kesehatan dan total realisasi belanja Pemerintah Daerah baik tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.

- b. Badan Pusat Statistik (BPS) Republik Indonesia
Data berasal dari laporan-laporan survei BPS untuk tahun 2005 s.d. 2009. Data yang diperoleh berupa Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas dasar harga berlaku, jumlah penduduk, dan Angka Melek Huruf per provinsi.
- c. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Data berasal dari laporan Profil Kesehatan baik tingkat nasional maupun provinsi dan Bank Data Kementerian Kesehatan RI untuk tahun 2005 s.d. 2009. Data yang diperoleh berupa Angka Harapan Hidup, rasio puskesmas per 100.000 penduduk, dan rasio tenaga medis per 100.000 penduduk menurut provinsi.

3.6. Pengolahan Data

Pengolahan data yang akan digunakan adalah analisis kuantitatif. Selain analisis kuantitatif, untuk memperjelas karakteristik sampel data panel dalam penelitian ini akan digunakan analisis deskriptif. Dalam ilmu statistik kedua analisis tersebut didefinisikan sebagai berikut.

- a. Analisis deskriptif, yaitu metode analisis dengan cara mendeskripsikan penulisan variabel-variabel yang berhubungan dengan permasalahan. Maksud dengan mendeskripsikan variabel-variabel ini adalah sebagai pendukung hasil dari analisis kuantitatif.
- b. Analisis kuantitatif, yaitu metode analisis data dari hal-hal yang berhubungan dengan angka, menggunakan rumus-rumus serta teknik perhitungan yang digunakan untuk menganalisis masalah-masalah yang sedang diteliti.

Untuk mendapatkan kesimpulan yang paling baik, dilakukan beberapa tahap prosedur pengolahan data. Data panel menggunakan data yang lebih kompleks dengan jumlah observasi yang rata-rata lebih banyak dibanding *cross section* atau *time series* sehingga diperlukan teknik khusus dalam melakukan pengolahan. Prosedur-prosedur pengolahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Menentukan model terbaik terhadap data observasi yang dimiliki.
- b. Estimasi regresi data panel dengan metode *Common Constant*, *Fixed Effect Model* dan *Random Effect Model*.

- c. Uji signifikansi *Common Constant*, *Fixed Effect Model*, dan *Random Effect Model*.
- d. Pemilihan estimator dengan struktur *varians-covarians residual*.
- e. Setelah diperoleh data sampel dengan tingkat kelayakan uji, dilakukan proses regresi data panel.
- f. Menilai *goodness of fit model*, melalui indikator-indikator yang akan diterangkan kemudian.

3.7. Pengujian Asumsi Klasik

Dalam regresi data panel, asumsi model regresi klasik sebagai syarat penggunaan metode OLS yang dapat menghasilkan penduga yang bersifat *Best Linier Unbiased Estimator (BLUE)* tidak dapat diterapkan. Hal ini disebabkan data panel mempunyai tiga macam gangguan, yaitu: gangguan antar waktu (*time series related disturbances*), gangguan antar individu (*cross section disturbance*) dan gangguan keduanya.

Pengujian asumsi dalam analisis data panel berbeda dengan pengujian dalam persamaan tunggal. Pengujian dalam persamaan tunggal dilakukan untuk mengetahui apakah terjadi gejala heteroskedastik atau autokorelasi untuk satu individu, sedangkan pengujian dalam analisis data panel dilakukan untuk menentukan estimator yang lebih baik, disesuaikan dengan kondisi matriks *varians-covarians residual*.

Gujarati (2004) menyebutkan bahwa pada umumnya masalah multikolinearitas sangat jarang terjadi pada data panel. Jika multikolinearitas terjadi maka dapat diabaikan dengan merujuk teori serta penelitian sebelumnya.

Selain itu, data panel yang diestimasi dengan *Random Effect Model* tidak perlu dilakukan pengujian autokorelasi karena estimator tersebut menggunakan metode GLS yang secara otomatis akan melakukan *weighted* atas kasus autokorelasi. Begitu pula dengan *Fixed Effect Model* dalam data panel tidak membutuhkan asumsi terbebasnya model dari serial korelasi. Oleh karena itu, uji autokorelasi untuk kedua model dapat diabaikan (Nachrowi dan Usman, 2006). Namun untuk model OLS, pengujian asumsi klasik tetap diperlukan.

3.8. Pendekatan Model Regresi Data Panel

Data panel memiliki dua macam struktur, yaitu *balance panel* dan *unbalance panel*. *Balance panel* adalah keadaan di mana setiap unit *cross section* memiliki jumlah observasi *time series* yang sama, sedangkan *unbalance panel* adalah keadaan di mana setiap unit *cross section* memiliki jumlah observasi *time series* yang tidak sama. Dalam penelitian ini akan digunakan *balance panel*.

Selain itu, dalam membuat regresi data panel terdapat tiga pendekatan, yaitu sebagai berikut.

a. Common Constant atau Ordinary Least Square (OLS)

Teknik yang digunakan dalam metode *Common Constant* hanya mengkombinasikan data *time series* dan *cross section*. Dengan hanya menggabungkan kedua jenis data tersebut maka dapat digunakan metode OLS untuk mengestimasi model data panel. Namun, pendekatan ini tidak memperhatikan dimensi individu maupun waktu, dan dapat diasumsikan bahwa perilaku data antar individu sama dalam berbagai rentang waktu. Asumsi ini jelas sangat jauh dari realita sebenarnya karena karakteristik antar perusahaan baik dari segi kewilayahan jelas sangat berbeda.

b. Fixed Effects Model

Pada pendekatan ini, model data panel memiliki intersep yang mungkin berubah-ubah untuk setiap individu dan waktu dimana setiap unit *cross section* bersifat tetap secara *time series*. Secara matematis model data panel dengan pendekatan *Fixed Effect Model* adalah sebagai berikut.

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \gamma_2 W_{2t} + \dots + \gamma_N W_{Nt} + \sigma_2 Z_{i2} + \dots + \sigma_T Z_{iT} + e_{it}$$

Keterangan:

Y_{it} = variabel terikat untuk individu i dan waktu t

X_{it} = variabel bebas untuk individu i dan waktu t

W = variabel *dummy* untuk individu i

Z = variabel *dummy* untuk waktu t

γ = Koefisien slope variabel *dummy* untuk individu i

σ = Koefisien slope variabel *dummy* untuk waktu t

Pada *Fixed Effect Model* terdapat beberapa kemungkinan persamaan regresi yang tergantung pada asumsi yang digunakan, yaitu sebagai berikut.

1. Intersep dan slope dari koefisien tetap sepanjang waktu dan *error term* menangkap perbedaan-perbedaan sepanjang waktu dan individu.
2. Slope dari koefisien tetap, tetapi intersep individu bervariasi.
3. Slope dari koefisien tetap tetapi intersep bervariasi berdasarkan individu maupun waktu.
4. Seluruh koefisien bervariasi pada individu.
5. Intersep dan slope dari koefisien berbeda pada individu maupun waktu.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan *Fixed Effect Model* (FEM) adalah sebagai berikut.

1. Jika terlalu banyak variabel *dummy* yang digunakan, model tersebut akan bermasalah dengan derajat bebas (d.o.f).
2. Jika terlalu banyak variabel dalam model, akan selalu ada kemungkinan terdapat multikolinieritas yang mempersulit dalam mendapatkan estimasi satu atau lebih parameter secara teliti.
3. Pendekatan FEM tidak dapat mengidentifikasi dampak suatu variabel yang bersifat *time invariant* (tidak berubah sepanjang waktu).
4. Perlu berhati-hati dengan *error term* (e_{it}) karena ada beberapa kemungkinan berikut.
 - a) Dapat diasumsikan bahwa *varians error* adalah heteroskedastis.
 - b) Untuk setiap individual dapat diasumsikan bahwa tidak ada autokorelasi sepanjang waktu.
 - c) Untuk suatu waktu tertentu (*given time*), ada kemungkinan bahwa *error term* untuk suatu individu berkorelasi dengan *error term* dari individu yang lain.

c. *Random Effects Model*

Dalam *Random Effect Model* (REM) perbedaan karakteristik individu dan atau waktu diakomodasikan pada *error* dari model. *Error* mungkin berkorelasi sepanjang *time series* dan *cross section*. Oleh karena ada dua komponen yang mempunyai kontribusi pada pembentukan *error*, yaitu individu dan waktu, maka *random error* pada REM juga perlu diurai menjadi *error* untuk komponen

individu dan *error* gabungan. Persamaan regresi untuk *Random Effect Model* adalah sebagai berikut.

$$y_{it} = \alpha + \beta' x_{it} + e_{it}, \text{ dimana } e_{it} = u_i + v_t + w_{it}$$

Keterangan:

u_i merupakan *error cross section*

v_t merupakan *error time series*

w_{it} merupakan *error gabungan*

3.9. Pemilihan Model

3.9.1. Likelihood Ratio Test (Chow Test)

Likelihood Ratio Test adalah pengujian yang dilakukan untuk mengetahui apakah model yang digunakan adalah *Common Constant* atau *Fixed Effect Model*. Pengujian ini mengikuti distribusi F statistik dimana jika nilai F statistik yang didapat lebih besar daripada nilai F tabel maka H_0 ditolak dengan hipotesis:

H_0 : *Common Constant (OLS)* lebih baik daripada *Fixed Effect Model (FEM)*

H_1 : *Fixed Effect Model (FEM)* lebih baik daripada *Common Constant (OLS)*

Nilai F statistik dihitung dengan formula sebagai berikut.

$$F = \frac{(RSS_1 - RSS_2) / n - 1}{(RSS_2) / (nT - n - k)}$$

n : jumlah individu; k : jumlah parameter dalam *Fixed Effect Models*; RSS_1 : *residual sum of squares model common effect*; RSS_2 : *residual sum of squares Fixed Effect Model*.

3.9.2. Hausman Test

Untuk mengetahui apakah *Fixed Effect Models* lebih baik dari *Random Effect Models*, dapat digunakan *Hausman Test*:

$$W = \chi^2 [K - 1] = [b - \hat{\beta}] \hat{\psi}^{-1} [b - \hat{\beta}]$$

dimana ψ adalah estimasi kovarians matriks dalam *Random Effect Model*.

Pengujian ini mengikuti distribusi *chi-square* dengan derajat bebas $(k-1)$ dengan hipotesis:

H_0 : *Random Effect Model (REM)* lebih baik daripada *Fixed Effect Model (FEM)*

H1: Fixed Effect Model (FEM) lebih baik daripada Random Effect Model (REM)

Jika nilai *chi-square* statistik yang didapat lebih besar daripada nilai *Chi-square* tabel, maka H_0 ditolak dan dapat disimpulkan bahwa *Fixed Effect Model* lebih baik.

3.9.3. Pemilihan Estimator dengan Struktur *Varians-Covarians Residual* Homoskedastisitas atau Heteroskedastisitas dengan Uji *Lagrange Multiplier (LM)*

Hipotesis nul (H_0) yang digunakan dalam pengujian ini adalah struktur *varians-covarians* bersifat homoskedastis dan hipotesis alternatifnya (H_1) adalah *varians-covarians* bersifat heteroskedastisitas. Statistik uji yang digunakan adalah sebagai berikut.

$$LM = \frac{T}{2} \sum_{i=1}^n \left[\frac{\hat{\sigma}_i^2}{\hat{\sigma}^2} - 1 \right]^2$$

T adalah jumlah observasi, n adalah jumlah individu, $\hat{\sigma}_i^2$ adalah varians residual persamaan ke- i pada kondisi homoskedastisitas, dan $\hat{\sigma}^2$ adalah *sum square error* persamaan sistem pada kondisi homoskedastik. Statistik uji ini mengikuti distribusi *chi-square* dengan derajat bebas ($n-1$). Jika nilai statistik LM yang dihasilkan lebih besar dari nilai kritis statistik *chi-square*, maka hipotesis nul akan ditolak yang artinya struktur *varians-covarians* residual bersifat heteroskedastik.

3.10. Pengujian Hipotesis

Setelah pemilihan model, kemudian pengujian hipotesis dapat dilakukan dengan model terpilih. Pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan analisis regresi. Analisis regresi memiliki tujuan untuk mengestimasi rata-rata populasi atau nilai rata-rata variabel terikat berdasarkan variabel bebas yang diketahui. Selain itu, analisis regresi juga berfungsi mengukur kekuatan hubungan antara dua variabel serta menunjukkan arah hubungan tersebut. Pengujian hipotesis memiliki indikator-indikator yang dapat dijadikan acuan, yaitu uji statistika F dan uji statistika t.

Uji hipotesis dengan uji statistika F dan uji statistika t berguna untuk menguji tingkat signifikansi. Semakin tinggi tingkat signifikansi, semakin cukup

bukti untuk menyatakan bahwa variabel bebas memiliki pengaruh nyata terhadap variabel terikat.

3.10.1. Uji Statistika F

Pengujian ini dilakukan untuk menguji koefisien regresi secara bersama-sama. Hasil F-hitung dibandingkan dengan F-tabel. Nilai F-tabel diperoleh dari *degree of freedom* dengan perhitungan $(n-k-1)$ dimana n adalah jumlah observasi dan k adalah jumlah variabel bebas. Pengujian ini dapat pula dilakukan dengan membandingkan nilai probabilitas dengan ukuran tarif nyata sebesar 5%. Jika probabilitas yang ditunjukkan $> 5\%$, maka model ditolak, sedangkan jika $< 5\%$, maka model diterima.

3.10.2. Koefisien Determinasi

Koefisien determinasi dinotasikan dengan R^2 . Koefisien ini merupakan suatu ukuran yang menginformasikan baik atau tidaknya model regresi yang terestimasi. Atau dengan kata lain, angka tersebut dapat mengukur seberapa dekatkah garis regresi yang terestimasi dengan data sesungguhnya. Nilai R^2 mencerminkan seberapa besar variasi dari variabel terikat yang dapat diterangkan oleh variabel bebas. Semakin mendekati angka 1, semakin tepat semua titik pengamatan pada garis regresi sehingga model yang dihasilkan akan semakin tepat.

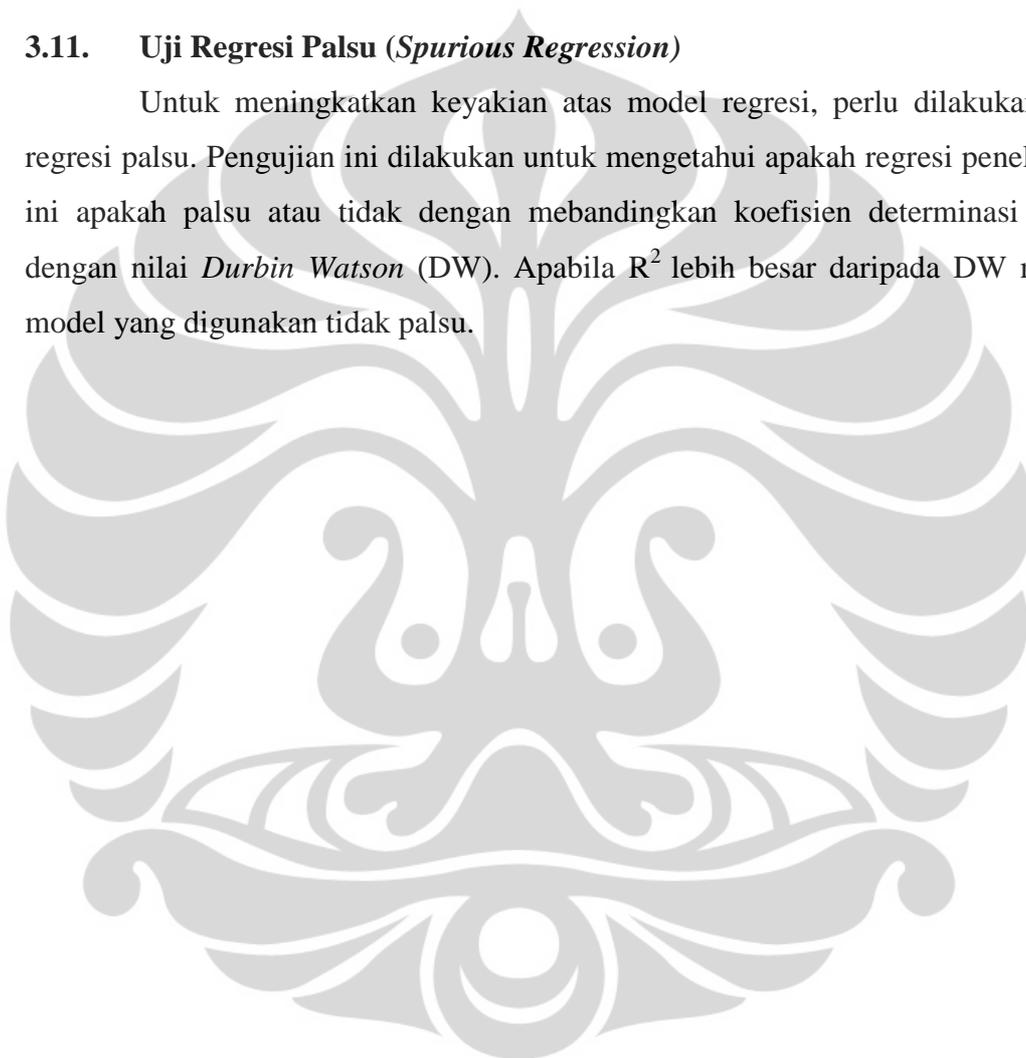
Kelemahan mendasar menggunakan koefisien determinasi adalah bias terhadap jumlah variabel independen yang dimasukkan ke dalam model. Setiap tambahan satu variabel independen, maka R^2 pasti meningkat tidak peduli apakah variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen. Oleh karena itu banyak penelitian menganjurkan untuk menggunakan nilai *adjusted R^2* pada saat mengevaluasi mana model regresi terbaik. Tidak seperti R^2 , nilai *adjusted R^2* dapat naik atau turun apabila satu variabel independen ditambahkan dalam model.

3.10.3. Uji Statistika t

Pengujian ini digunakan untuk menguji koefisien regresi, termasuk intercept, secara individu. Nilai t dibandingkan dengan nilai t_{α} . Jika $|t| > t_{\alpha}$, maka artinya hipotesis tersebut terbukti signifikan secara statistik, atau dapat pula membandingkan nilai probabilitas dengan taraf nyata 5%. Nilai t_{α} diperoleh dari rumus (n-k).

3.11. Uji Regresi Palsu (*Spurious Regression*)

Untuk meningkatkan keyakinan atas model regresi, perlu dilakukan uji regresi palsu. Pengujian ini dilakukan untuk mengetahui apakah regresi penelitian ini apakah palsu atau tidak dengan membandingkan koefisien determinasi (R^2) dengan nilai *Durbin Watson* (DW). Apabila R^2 lebih besar daripada DW maka model yang digunakan tidak palsu.



BAB 4

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1. Analisis Statistika Deskriptif

Penelitian ini menggunakan data panel yang menggabungkan *cross-section* provinsi yang berada dalam wilayah negara Indonesia dengan data *time series* periode tahun 2005 s.d. 2009. Dari populasi 33 provinsi di Indonesia, terdapat dua provinsi yang tidak memiliki data yang lengkap untuk tahun 2005, yaitu Papua Barat dan Sulawesi Barat. Sesuai dengan kriteria *purposive sampling* yang telah dijabarkan dalam bab sebelumnya dan oleh karena dalam penelitian ini digunakan *balance panel* dengan unit *cross section* memiliki jumlah observasi *time series* yang sama, maka kedua provinsi tersebut dikeluarkan dari sampel penelitian ini. Dengan demikian, masing-masing variabel memiliki jumlah observasi yang sama, yaitu 155 observasi yang berasal dari 31 provinsi di Indonesia dalam kurun waktu 5 tahun. Data lengkap 31 provinsi dapat dilihat dalam Lampiran 2.

Analisis deskriptif merupakan metode analisis dengan cara pendeskripsian faktor-faktor yang berhubungan dengan permasalahan yang ada sebagai pendukung dari hasil analisis kuantitatif. Analisis deskriptif ini akan dilakukan pada data sebelum pengujian secara statistik terhadap sampel data.

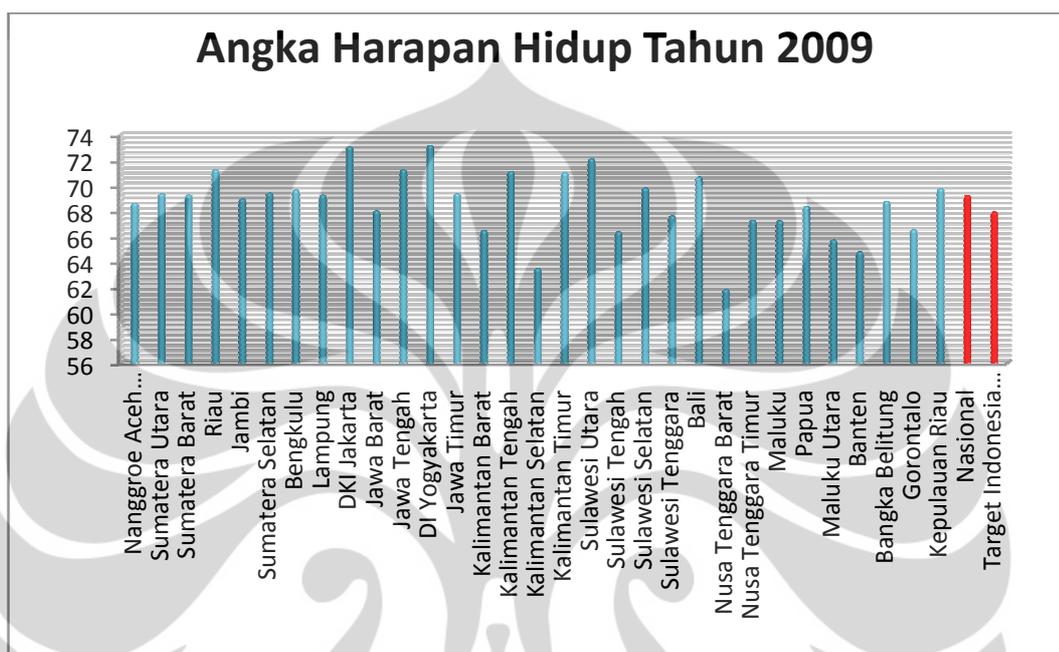
Tabel 4.1. berikut memberikan gambaran statistika deskriptif atas variabel-variabel dalam penelitian ini.

Tabel 4.1 Hasil Statistika Deskriptif Variabel Penelitian

	AHH?	DF?	PDRB?	PUSKES?	MEDIS?	AMH?
Mean	68.27742	9.106041	16960023	5.189677	22.24011	92.94697
Median	68.60000	8.333606	11610962	4.860000	18.72814	95.40000
Maximum	73.16000	26.62987	101727678	12.68000	71.96446	99.41000
Minimum	60.50000	2.589607	1134534	1.910000	3.481853	74.90000
Std. Dev.	2.722444	3.711751	17496831	2.309750	13.78898	5.628814
Skewness	-0.569928	1.990550	2.640402	0.852268	1.587495	-1.431840
Kurtosis	3.231765	8.421405	10.10143	3.294680	5.475512	4.554341
Jarque-Bera	8.738029	292.1801	505.7987	19.32515	104.6813	68.56578
Probability	0.012664	0.000000	0.000000	0.000064	0.000000	0.000000
Observations	155	155	155	155	155	155
Cross sections	31	31	31	31	31	31

4.1.1. Angka Harapan Hidup di Indonesia

Dari Tabel 4.1, variabel Angka Harapan Hidup (AHH) menunjukkan angka minimal 60,50 yang dimiliki Nusa Tenggara Barat pada tahun 2005 dan angka maksimal 73,16 yang dimiliki Yogyakarta pada tahun 2009. Rata-rata Angka Harapan Hidup tahun 2005-2009 sebesar 68,28 tahun.



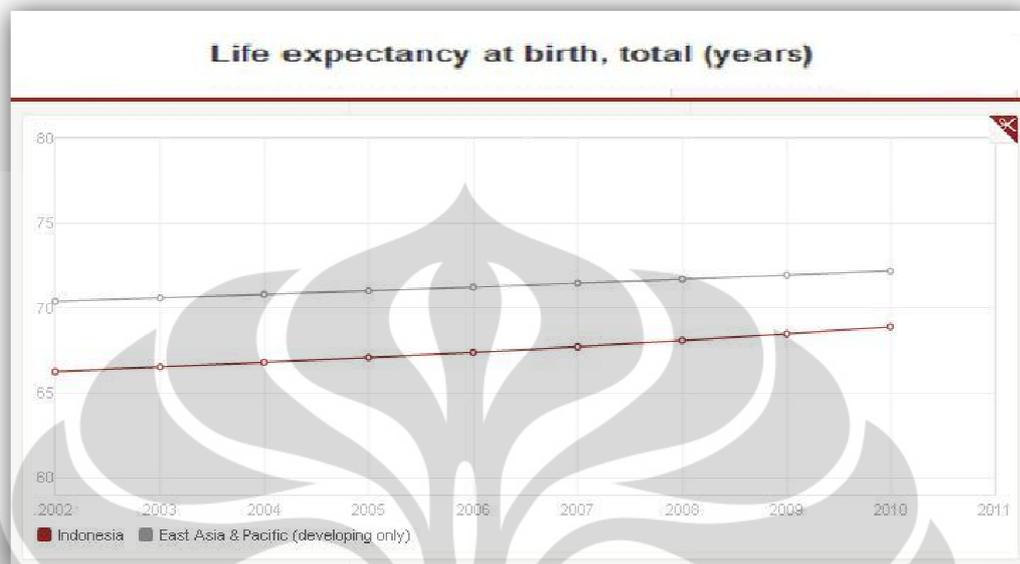
Gambar 4.1. Grafik Angka Harapan Hidup Tahun 2009

Gambar 4.1 menggambarkan grafik keadaan angka harapan hidup di Indonesia pada tahun 2009. Angka Harapan Hidup Indonesia tahun 2009 secara nasional mencapai 69,21 tahun. Hal ini sudah cukup baik bila dibandingkan dengan Target Indonesia Sehat 2010 yang menargetkan Angka Harapan Hidup di Indonesia mencapai angka 67,9.

Namun, apabila dilihat dari data BPS yang membandingkan Angka Harapan Hidup di negara-negara ASEAN, Angka Harapan Hidup waktu lahir di Indonesia sebesar 69,21 tahun belum cukup membanggakan dengan menempati peringkat ke-4 terendah. Singapura memiliki Angka Harapan Hidup tertinggi di kawasan ASEAN, yaitu 81 tahun.

Data *World Bank* yang ditunjukkan Gambar 4.2 juga menunjukkan hal yang serupa. Angka Harapan Hidup di Indonesia berada di bawah rata-rata Angka Harapan Hidup negara-negara berkembang di kawasan Asia Timur dan Pasifik.

Pada tahun 2009 rata-rata Angka Harapan Hidup di negara-negara kawasan Asia Timur dan Pasifik mencapai 72 tahun, sedangkan Angka Harapan Hidup di Indonesia hanya mencapai 69 tahun.



Gambar 4.2. Angka Harapan Hidup di Indonesia dan Kawasan Asia Timur dan Pasifik

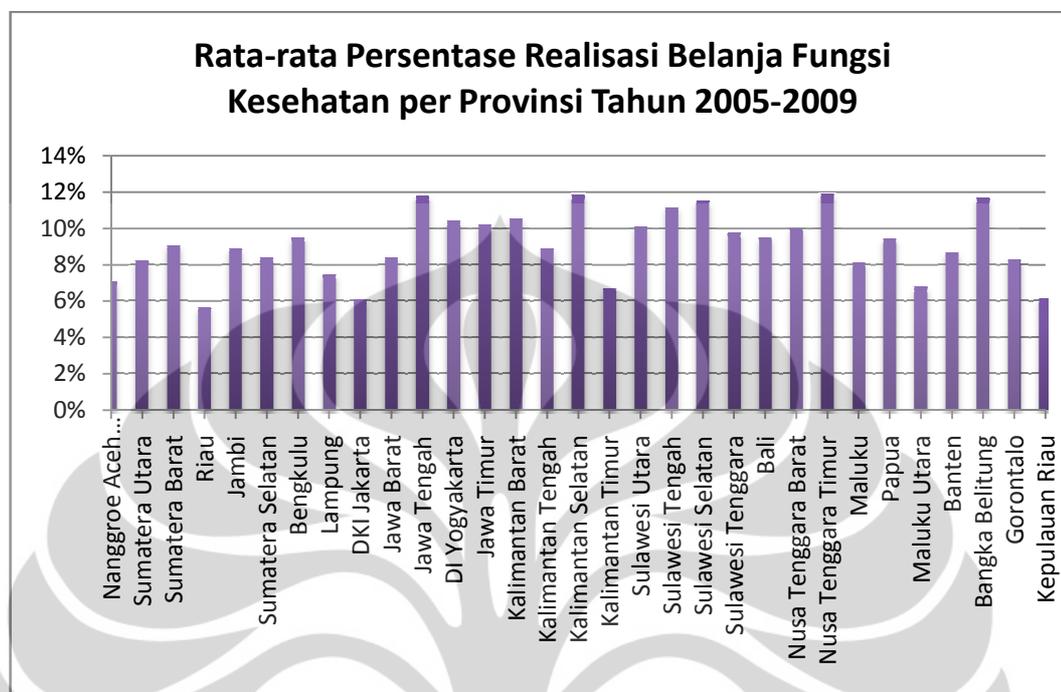
Sumber: *World Bank*, 2012

4.1.2. Persentase Realisasi Belanja Fungsi Kesehatan Pemerintah Daerah di Indonesia

Variabel persentase realisasi belanja fungsi kesehatan (DF) menunjukkan angka minimal 2,59% yang dimiliki Maluku Utara pada tahun 2005 dan angka maksimal 23,63% yang dimiliki Kepulauan Bangka Belitung pada tahun 2009. Rata-rata persentase realisasi belanja fungsi kesehatan sebesar 9,11%. Hal ini belum cukup baik bila dibandingkan dengan kebijakan tentang pembiayaan kesehatan di daerah bahwa alokasi dana APBD untuk bidang kesehatan sebesar 15%.

Rata-rata persentase realisasi belanja fungsi kesehatan per provinsi tahun 2005-2009 dapat dilihat pada Gambar 4.3. Provinsi Nusa Tenggara Timur memiliki rata-rata persentase realisasi belanja fungsi kesehatan tertinggi, yaitu senilai 11,89%, sedangkan Provinsi Riau memiliki rata-rata persentase terendah, yaitu hanya sebesar 5,64%. Perlu perhatian dari Pemerintah Daerah untuk mengalokasikan belanja untuk fungsi kesehatan terutama Provinsi Riau, DKI

Jakarta, dan Kepulauan Riau yang masih memiliki rata-rata persentase belanja fungsi kesehatan di bawah rata-rata.



Gambar 4.3. Grafik Rata-rata Persentase Realisasi Belanja Fungsi Kesehatan per Provinsi Tahun 2005-2009

4.1.3. PDRB per Kapita, Rasio Puskesmas, Rasio Tenaga Medis, dan Angka Melek Huruf

Variabel Produk Domestik Regional Bruto berdasarkan harga berlaku per kapita (PDRB) menunjukkan angka minimal Rp1.134.534 yang dimiliki Sukawesi Utara pada tahun 2007 dan angka maksimal Rp101.727.678 yang dimiliki Kalimantan Timur pada tahun 2008. Rata-rata PDRB per kapita sebesar Rp11.610.962.

Variabel rasio puskesmas per 100.000 penduduk (PUSKES) menunjukkan angka minimal 1,91 yang dimiliki Banten pada tahun 2007 dan angka maksimal 12,68 yang dimiliki Papua pada tahun 2009. Rata-rata rasio puskesmas per 100.000 penduduk sebesar 5,19.

Variabel rasio tenaga medis per 100.000 penduduk (MEDIS) menunjukkan angka minimal 3,48 yang dimiliki Yogyakarta pada tahun 2006 dan

angka maksimal 71,96 yang dimiliki Jakarta pada tahun 2008. Rata-rata rasio tenaga medis per 100.000 penduduk sebesar 22,24.

Variabel Angka Melek Huruf (AMH) menunjukkan angka minimal 74,90 yang dimiliki Papua pada tahun 2005 dan angka maksimal 99,41 yang dimiliki Sulawesi Utara pada tahun 2009. Rata-rata Angka Melek Huruf sebesar 92,95.

4.2. Analisis Statistika Inferensial

Prosedur analisis statistika inferensial dilakukan mulai pemilihan model hingga pengujian hipotesis serta uji tambahan untuk meningkatkan kepercayaan pada hasil regresi.

4.2.1. Pemilihan Model

Sebelum melakukan pengujian regresi, perlu dilakukan pengujian terlebih dahulu pendekatan mana yang paling baik dalam membuat model regresi data panel dalam penelitian ini.

Penelitian ini menggunakan analisis regresi data panel yang dapat dilakukan melalui tiga pendekatan, yaitu *Common Constant*, *Fixed Effect Model*, atau *Random Effect Model*. Melalui ketiga pendekatan tersebut dapat diketahui besarnya pengaruh desentralisasi fiskal (DF) dan variabel kontrol lainnya terhadap pergerakan Angka Harapan Hidup (AHH) di setiap provinsi di Indonesia. Namun, dalam pemodelannya setiap model estimasi memiliki asumsi terhadap intersep yang berbeda. Pemilihan model melalui beberapa prosedur sebagai berikut.

4.2.1.1. Likelihood Ratio Test (Chow Test)

Common Constant atau *Ordinary Least Square* akan dipilih saat tidak terdapat perbedaan di antara data matrik pada dimensi *cross section*. Model ini mengasumsikan nilai α yang konstan untuk semua dimensi *cross section*. Tabel 4.2 menunjukkan hasil dari regresi menggunakan *Common Constant (OLS)*.

Hasil regresi model *Common Constant (OLS)* dapat dilihat pada Lampiran 3. Model OLS menghasilkan nilai R^2 relatif belum memadai, yaitu hanya 0,354891 dan begitu juga nilai *Durbin-Watson stat* yang jauh dari angka 2 yaitu 0,255918. Oleh karena itu, model ini dinilai belum cukup baik.

Untuk itu, akan dilakukan perbandingan dengan hasil regresi dari *Fixed Effect Model*. Lampiran 4 menunjukkan hasil regresi menggunakan *Fixed Effect Model* (FEM).

Model FEM ini menghasilkan nilai R^2 yang besar, yaitu 0,993599 dan begitu juga nilai *Durbin-Watson stat* yang lebih baik, yaitu 1,50829. Hasil ini kasat mata menunjukkan model FEM lebih baik daripada model OLS. Namun, untuk meningkatkan keyakinan untuk memilih yang terbaik di antara kedua model ini, perlu dilakukakan *Likelihood Ratio Test* (*Chow Test*).

Likelihood Ratio Test dilakukan untuk mengetahui apakah *Fixed Effect Model* lebih baik daripada *Common Constant*. Uji ini dilakukan dengan prosedur uji F-stat dengan hipotesis:

H_0 : *Common Constant* (OLS) lebih baik daripada *Fixed Effect Model* (FEM)

H_1 : *Fixed Effect Model* (FEM) lebih baik daripada *Common Constant* (OLS)

Hasil *Likelihood Ratio Test* tersebut tersaji dalam Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Hasil *Likelihood Ratio Test*

<i>Effects Test</i>	<i>Statistic</i>	<i>d.f.</i>	<i>Prob.</i>
<i>Cross-section F</i>	395,806231	(30;119)	0,0000
<i>Cross-section Chi-square</i>	715,010431	30	0,0000

Dari Tabel 4.2 tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut.

Dengan $\alpha = 0,05$

$p\text{-value} < \alpha$

0,0000 < 0,05, Tolak H_0

Maka pendekatan yang lebih baik adalah *Fixed Effect Model* (FEM).

4.2.1.2. *Hausman Test*

Hasil pengujian dengan *Likelihood Ratio Test* sebelumnya menunjukkan bahwa *Fixed Effect Model* lebih baik daripada *Common Constant*. Oleh karena itu, untuk selanjutnya perlu dilakukan pengujian untuk memilih pendekatan terbaik antara *Fixed Effect Model* dan *Random Effect Model*.

Hasil regresi menggunakan *Random Effect Model* (REM) ditunjukkan pada Lampiran 5. Untuk memilih model yang lebih baik antara *Fixed Effect*

Model (FEM) dan *Random Effect Model* (REM) digunakan *Hausman Test*.

Pengujian ini mengikuti distribusi chi-square dengan hipotesis:

Ho: *Random Effect Model* (REM) lebih baik daripada *Fixed Effect Model* (FEM)

H1: *Fixed Effect Model* (FEM) lebih baik daripada *Random Effect Model* (REM)

Hasil *Hausman Test* tersebut tersaji dalam Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Hasil Hausman Test

<i>Test Summary</i>	<i>Chi-Sq. Statistic</i>	<i>Chi-Sq. d.f.</i>	<i>Prob.</i>
<i>Cross Section Random</i>	17,867722	5	0,0031

Dengan $\alpha = 0,05$

$$\chi^2\text{-stat} > \chi^2_{(0,05;5)}$$

17,867722 > 11,07048, Tolak *Ho*

Maka pendekatan yang lebih baik adalah *Fixed Effect Model* (FEM).

4.2.1.3. Pemilihan Estimator Struktur Homoskedasitas atau Heteroskedasitas dengan Uji *Langrange Multiple* (LM)

Uji LM ini dilakukan untuk menentukan struktur *varians-covarians* dalam penelitian ini bersifat homoskedastis atau heterokedastis. Pengujian ini mengikuti distribusi *chi-square* dengan hipotesis:

Ho: struktur *varians-covarians* bersifat homoskedasitas

H1: struktur *varians-covarians* bersifat heteroskedasitas

Hasil Uji LM tersebut tersaji dalam Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Hasil Uji LM

<i>Test Summary</i>	<i>Chi-Sq. Statistic</i>	<i>Chi-Sq. d.f.</i>	<i>Prob.</i>
<i>LM Test for hetero versus homo</i>	76,06259	30	0,00000

Dengan $\alpha = 0,05$

$$\chi^2\text{-stat} > \chi^2_{(0,05;30)}$$

76,06259 > 43,77295, Tolak *Ho*

Ini berarti struktur *varians-covarians* bersifat heteroskedasitas. Untuk mengatasinya, dilakukan perbaikan regresi dengan metode perhitungan heteroskedasitas yang dikoreksi melalui tipe *Cross Section Weight*.

Melalui prosedur pengujian untuk pemilihan model tersebut, maka dapat disimpulkan model terbaik yang digunakan untuk penelitian ini adalah *Fixed Effect Model* yang telah dikoreksi dengan *Cross Section Weight*. Secara sistematis, model ini dapat dinyatakan sebagai berikut.

$$AHH_{it} = \alpha + \beta_1 DF_{it} + \beta_2 \text{Log}(PDRB)_{it} + \beta_3 PUSKES_{it} + \beta_4 MEDIS_{it} + \beta_5 AMH_{it} + \gamma_2 W_{2t} + \dots + \gamma_N W_{Nt} + e_{it}$$

Keterangan:

AHH : Angka Harapan Hidup

DF : persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja provinsi

PDRB : Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita berdasarkan harga yang berlaku

PUSKES : rasio puskesmas per 100.000 penduduk

MEDIS : rasio tenaga medis per 100.000 penduduk

AMH : Angka Melek Huruf

α : *intercept*

β : koefisien *slope* variabel bebas

γ : koefisien *slope dummy variable* untuk individu i

e : *error*

i : provinsi

t : data *time series* waktu tahun 2005 s.d. 2009

Tabel 4.5 berikut menggambarkan hasil regresi dari pengolahan melalui *Software Eviews 6.0* atas *intercept* dan koefisien slope dengan model terpilih. Hasil lengkap pengolahan data melalui *Software Eviews 6.0* beserta nilai γ_N masing-masing provinsi akan digambarkan pada Lampiran 6 dan hasil representasi model regresi terpilih ditampilkan pada Lampiran 7 dan Lampiran 8.

Tabel 4.5 *Estimation Output Hasil Regresi Model Terpilih*

<i>Variable</i>	<i>Coefficient</i>	<i>t-Statistic</i>	<i>Prob.</i>
C	37,04291	13,36158	0,0000
DF	0,014845	3,365933	0,0010
LOG(PDRB)	0,695358	9,705423	0,0000
PUSKES	0,057756	2,765928	0,0066
MEDIS	-0,000207	-0,192999	0,8473
AMH	0,209341	5,901579	0,0000
<i>Effects Specification</i>			
<i>R-squared</i>	0,998247	<i>Mean dependent var</i>	125,6752
<i>Adjusted R-squared</i>	0,997731	<i>S.D. dependent var</i>	90,03985
<i>S.E. of regression</i>	0,226760	<i>Sum squared resid</i>	6,119017
<i>F-statistic</i>	1935,922	<i>Durbin-Watson stat</i>	1,561732
<i>Prob(F-statistic)</i>	0,000000		

4.2.2. Pengujian Hipotesis

4.2.2.1. Uji Signifikansi Model (Uji F-stat)

Pengujian hipotesis melalui uji statistik F dilakukan untuk menguji apakah *regressor* secara bersama-sama mempunyai pengaruh signifikan terhadap variabel terikat. Pengujian ini dilakukan dengan membandingkan F-stat dengan F-tabel dengan hipotesis sebagai berikut:

H₀ : *Regressor* tidak mempunyai pengaruh signifikan terhadap variabel terikat.

H₁ : *Regressor* mempunyai pengaruh signifikan terhadap variabel terikat.

Dari Tabel 4.8. diperoleh nilai F hitung sebesar 1935.922 dan *probability of error* sebesar 0,00000. Dengan $\alpha = 5\%$, maka *Prob (F-stat)* lebih kecil dibandingkan α ($0,00000 < 0,05$). Hal ini dapat disimpulkan bahwa *H₀* ditolak yang berarti kelima *regressor* dalam persamaan regresi secara bersama-sama mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat, yaitu Angka Harapan Hidup.

4.2.2.2. Koefisien Determinasi

Selain dengan uji F-Stat, dapat kita perhatikan pula koefisien determinasi (R^2) yang dihasilkan dari model persamaan regresi tersebut. Namun, banyak penelitian menganjurkan untuk menggunakan nilai *adjusted R²* karena tidak seperti R^2 , nilai *adjusted R²* dapat naik atau turun apabila satu variabel independen

ditambahkan dalam model. *Adjusted R²* yang dihasilkan sebesar 0,997731 menunjukkan hasil yang cukup baik. Artinya, seluruh variabel bebas dapat menjelaskan seluruh variasi terhadap variabel terikat sebesar 99,7731%.

4.2.2.3. Uji Signifikansi Variabel Bebas (Uji t-stat)

Pengujian hipotesis melalui uji statistik t dilakukan untuk menguji signifikansi pengaruh individual masing-masing variabel bebas dalam model terhadap variabel dependennya. Selain menguji signifikansi dengan *probability (t-stat)* yang ditunjukkan dalam Tabel 4.8 dengan α sebesar 5%, juga dilakukan uji arah atas nilai koefisiennya.

a. Variabel Persentase Realisasi Belanja Fungsi Kesehatan (DF)

Dalam pengujian signifikansi variabel DF terhadap variabel AHH menggunakan hipotesis sebagai berikut.

Ho : DF tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH

H1 : DF berpengaruh signifikan terhadap AHH.

Dari hasil regresi menunjukkan bahwa variabel DF memiliki *Prob(t-stat)* yang lebih kecil dibandingkan α ($0,0010 < 0,05$), maka Ho ditolak. Hal ini berarti desentralisasi fiskal yang ditunjukkan dengan variabel persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja provinsi (DF) secara statistik memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH).

Hasil regresi menunjukkan koefisien variabel DF bernilai 0,014845. Angka tersebut dapat diinterpretasikan bahwa pengaruh persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap AHH merupakan pengaruh positif. Apabila persentase realisasi belanja fungsi kesehatan meningkat sebesar 1%, Angka Harapan Hidup akan meningkat sebesar 0,014845%. Hasil ini menunjukkan kesesuaian dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Canterero (2008) di Spanyol bahwa semakin besar persentase belanja fungsi kesehatan, maka Angka Harapan Hidup akan semakin besar pula.

b. Variabel Produk Domestik Regional Bruto berdasarkan Harga Berlaku per Kapita (PDRB)

Dalam pengujian signifikansi variabel PDRB terhadap variabel AHH menggunakan hipotesis sebagai berikut.

Ho : PDRB tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH

H2 : PDRB berpengaruh signifikan terhadap AHH.

Dari hasil regresi menunjukkan bahwa variabel PDRB memiliki *Prob(t-stat)* yang lebih kecil dibandingkan α ($0,0000 < 0,05$), maka Ho ditolak. Hal ini berarti variabel Produk Domestik Regional Bruto berdasarkan harga berlaku per kapita (PDRB) secara statistik memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH).

Hasil regresi menunjukkan koefisien variabel PDRB bernilai 0,695358. Angka tersebut dapat diinterpretasikan bahwa pengaruh PDRB per kapita terhadap AHH merupakan pengaruh positif, walaupun besaran pengaruhnya belum cukup optimal. Apabila PDRB per kapita meningkat sebesar 1%, Angka Harapan Hidup akan meningkat sebesar 0,695358%. Hasil ini menunjukkan kesesuaian dengan hipotesis awal dan penelitian terdahulu bahwa semakin besar PDRB per kapita, maka AHH juga akan semakin besar.

c. Variabel Rasio Puskesmas per 100.000 Penduduk (PUSKES)

Dalam pengujian signifikansi variabel PUSKES terhadap variabel AHH menggunakan hipotesis sebagai berikut.

Ho : PUSKES tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH

H3 : PUSKES berpengaruh signifikan terhadap AHH.

Dari hasil regresi menunjukkan bahwa variabel PUSKES memiliki *Prob(t-stat)* yang lebih kecil dibandingkan α ($0,0066 < 0,05$), maka Ho ditolak. Hal ini berarti variabel rasio puskesmas per 100.000 penduduk (PUSKES) secara statistik memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH).

Hasil regresi menunjukkan koefisien variabel PUSKES bernilai 0,057756, Angka tersebut dapat diinterpretasikan bahwa pengaruh rasio puskesmas terhadap AHH merupakan pengaruh positif. Apabila rasio puskesmas meningkat sebesar 1%, Angka Harapan Hidup akan meningkat sebesar

0,057756%. Hasil ini menunjukkan kesesuaian dengan hipotesis awal bahwa semakin banyak sarana kesehatan puskesmas tersedia untuk penduduk, semakin besar Angka Harapan Hidup.

d. Variabel Rasio Tenaga Medis per 100.000 Penduduk (MEDIS)

Dalam pengujian signifikansi variabel MEDIS terhadap variabel AHH menggunakan hipotesis sebagai berikut.

Ho : MEDIS tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH

H4 : MEDIS berpengaruh signifikan terhadap AHH.

Dari hasil regresi menunjukkan bahwa variabel MEDIS memiliki *Prob(t-stat)* yang lebih besar dibandingkan α ($0,8473 > 0,05$), maka Ho tidak ditolak. Hal ini berarti variabel rasio tenaga medis per 100.000 penduduk (MEDIS) secara statistik tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH).

Hasil ini menunjukkan ketidaksesuaian dengan hipotesis awal. Namun, hasil serupa juga ditemukan dalam penelitian Ahmad (2010) di Sumatera Barat bahwa jumlah tenaga medis tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup. Hal ini mungkin dapat dijelaskan dengan perilaku hidup masyarakat atau kepercayaan masyarakat yang masih kurang kepada tenaga medis, khususnya dokter.

e. Variabel Angka Melek Huruf (AMH)

Dalam pengujian signifikansi variabel AMH terhadap variabel AHH menggunakan hipotesis sebagai berikut.

Ho : AMH tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH

H5 : AMH berpengaruh signifikan terhadap AHH.

Dari hasil regresi menunjukkan bahwa variabel AMH memiliki *Prob(t-stat)* yang lebih kecil dibandingkan α ($0,0000 < 0,05$), maka Ho ditolak. Hal ini berarti variabel Angka Melek Huruf (AMH) secara statistik memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH).

Hasil regresi menunjukkan koefisien variabel AMH bernilai 0,209341. Angka tersebut dapat diinterpretasikan bahwa pengaruh Angka Melek Huruf

terhadap AHH merupakan pengaruh positif. Apabila Angka Melek Huruf meningkat sebesar 1%, Angka Harapan Hidup akan meningkat sebesar 0,209341%. Hasil ini menunjukkan kesesuaian dengan hipotesis awal dan penelitian terdahulu bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan yang ditunjukkan dengan Angka Melek Huruf, semakin besar Angka Harapan Hidup.

Tabel 4.6 berikut memuat ringkasan pengaruh variabel bebas terhadap variabel Angka Harapan Hidup

Tabel 4.6 Pengaruh Variabel Bebas Terhadap Variabel Angka Harapan Hidup

Variabel	Arah Pengaruh	Signifikansi
DF	Positif (+)	Signifikan
PDRB	Positif (+)	Signifikan
PUSKES	Positif (+)	Signifikan
MEDIS	Negatif (-)	Tidak Signifikan
AMH	Positif (+)	Signifikan

Tanpa adanya pengaruh desentralisasi fiskal berupa persentase realisasi belanja fungsi kesehatan, faktor-faktor determinan, serta faktor pengaruh masing-masing provinsi, *outcome* kesehatan yang diperlihatkan oleh angka harapan hidup akan menunjukkan angka 37,04291 tahun. Selain pengaruh *intercept* persamaan linear, pengaruh koefisien *slope* masing-masing provinsi pun mempengaruhi tingkat *outcome* kesehatan. Perbedaan koefisien *slope* tersebut kemungkinan disebabkan perbedaan kapabilitas Pemerintah Daerahnya masing-masing, seperti kesiapan masing-masing provinsi, efisiensi penganggaran, dan efektifitas pengeluaran.

4.2.3. Pengujian Regresi Palsu (*Spurious Regression*)

Pengujian tambahan perlu dilakukan untuk menambah tingkat keyakinan model, yaitu dengan Uji Regresi Palsu. Hasil uji regresi dalam Tabel 4.5 menunjukkan nilai Durbin Watson-stat yang lebih besar daripada nilai R^2 ($1,561732 > 0,998247$). Hal ini menunjukkan bahwa persamaan regresi tersebut

bukanlah regresi palsu sehingga hasil analisis semakin mendekati keadaan sesungguhnya.

4.3. Pembahasan

Penyediaan pelayanan publik yang lebih baik, salah satunya peningkatan pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor motivasi pelaksanaan desentralisasi baik di Indonesia maupun di beberapa negara. Hal ini sejalan dengan usulan Bank Dunia bahwa penyediaan barang dan jasa publik seperti jasa pelayanan kesehatan harus disediakan oleh pemerintah terendah yang dapat secara penuh menanggung biaya dan manfaatnya. Pelaksanaan desentralisasi akan mendorong peningkatan pengeluaran sektor publik di tingkat Pemerintah Daerah yang diharapkan akan mampu pula mendorong peningkatan kualitas dan *outcome* pelayanan kesehatan.

Dengan kondisi demikian, pengeluaran publik harus benar-benar dikontrol dengan baik agar tidak mengecewakan masyarakat sebagai *stakeholder* Pemerintah Daerah. Untuk itu diperlukan kesadaran pemerintah akan pentingnya fungsi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk mencapai tujuan dari pelaksanaan desentralisasi fiskal.

APBD memiliki fungsi perencanaan yang artinya kegiatan pada tahun anggaran bersangkutan harus terlebih dahulu direncanakan secara matang sehingga dapat memenuhi kebutuhan masyarakat daerah tersebut sebagai *stakeholder* Pemerintah Daerah dengan memadai. APBD ini akan digunakan sebagai panduan untuk mengotorisasi pelaksanaan pendapatan dan belanja yang sebelumnya telah direncanakan. Selain itu, APBD juga memiliki fungsi alokasi yang akan mengarahkan anggaran untuk menghindari pemborosan sumber daya serta meningkatkan efektivitas perekonomian dengan memenuhi kebutuhan sosial masyarakat yang tidak dapat dipenuhi oleh pasar. Pengalokasian anggaran ini juga harus memperhatikan fungsi distribusi yang harus memperhatikan rasa keadilan dan kepatuhan. Hal ini berarti dalam pengalokasian anggaran, terutama untuk belanja daerah harus diperhatikan kepentingan masyarakat kecil dan menengah sehingga terjadi distribusi perekonomian yang merata.

Berdasarkan data penelitian ini, diketahui persentase belanja untuk fungsi kesehatan masih sangat kecil dan belum mencapai angka 10%. Walaupun terdapat peningkatan dari tahun ke tahun, namun kenaikannya belum signifikan. Rata-rata persentase belanja fungsi kesehatan Pemerintah Daerah di Indonesia selama 2005 s.d. 2009 hanya 9,106%, masih jauh dengan kesepakatan para kepala daerah bahwa minimal pengeluaran publik untuk fungsi kesehatan sebesar 15% alokasi dana APBD.

Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa persentase realisasi belanja fungsi kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Namun besaran koefisiennya belum cukup baik, yaitu hanya 0,014845. Seperti yang terlihat dalam Gambar 4.2. sebelumnya, rata-rata Angka Harapan Hidup negara-negara berkembang di kawasan Asia Timur dan Pasifik pada tahun 2009 mencapai 72 tahun, sedangkan Angka Harapan Hidup di Indonesia pada tahun yang sama hanya mencapai 69 tahun walaupun telah berhasil melebihi target Indonesia Sehat 2010, yaitu 67,9 tahun. Ini berarti fungsi alokasi APBD telah berhasil mencapai tujuan yang ditargetkan, namun belum optimal.

Anggaran kesehatan yang dialokasikan belum menghasilkan *outcome* secara optimal, walaupun anggaran belanja telah terserap. Belanja tersebut terserap lebih banyak kepada belanja tidak langsung atau belanja program yang tidak terkait langsung dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dari data yang didapat dari DJPK terlihat bahwa alokasi belanja fungsi kesehatan pada tahun 2008 dan 2009 lebih banyak digunakan untuk belanja pegawai, belanja program pelayanan administrasi dan perkantoran, dan belanja program peningkatan sarana dan prasarana aparatur.

Program pelayanan administrasi dan perkantoran meliputi kegiatan penyediaan surat-menyurat, penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air, dan listrik, penyediaan makanan dan minuman, penyediaan jasa administrasi kantor, rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah, serta kegiatan lain yang berhubungan dengan administrasi dan perkantoran. Program peningkatan sarana dan prasana aparatur meliputi kegiatan pengadaan kendaraan dinas, pengadaan meubelair, pengadaan peralatan dan mesin kantor, serta pemeliharaan gedung

kantor dan kendaraan dinas. Belanja-belanja tersebut seharusnya dapat lebih dihemat sehingga dapat dialihkan ke belanja langsung untuk program-program yang berhubungan langsung dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Selain itu, terdapat pula kecenderungan bahwa sektor kesehatan ini justru dianggap sebagai pusat pendapatan (*revenue center*) untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang mengakibatkan upaya kesehatan terkonsentrasi pada upaya kuratif dan rehabilitatif sehingga mengesampingkan upaya promotif dan preventif. Dari data yang sama terlihat bahwa belanja fungsi kesehatan untuk program-program terkait upaya promotif dan preventif, seperti program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat serta program penyuluhan kesehatan dan pembinaan lingkungan sangat kecil dibandingkan belanja untuk program upaya kesehatan masyarakat yang merupakan program terkait upaya kuratif dan rehabilitatif.

Untuk itu, dalam pengalokasian anggaran belanja daerah khususnya fungsi kesehatan perlu diperhatikan kembali prinsip-prinsip manajemen pengeluaran publik, khususnya prinsip *allocative efficiency* dan *operational efficiency*. Apabila prinsip *allocative efficiency* telah diterapkan dengan baik, maka belanja fungsi kesehatan akan mendapatkan prioritas dalam sistem penganggaran. Sistem anggaran dengan prinsip ini akan mendorong realokasi program dengan prioritas rendah dan kurang efektif, seperti pengeluaran non operasional dan tunjangan para pejabat negara ke program dengan prioritas tinggi dan lebih efektif, seperti program-program di bidang kesehatan ini.

Sistem penganggaran dengan prinsip *operational efficiency* akan dapat menghasilkan barang dan jasa kesehatan pada tingkat biaya yang lebih efisien dan kompetitif, salah satunya dengan melakukan penghematan pada belanja pegawai, belanja program pelayanan administrasi dan perkantoran, dan belanja program peningkatan sarana dan prasarana aparatur. Hasil penghematan tersebut dapat dialihkan untuk belanja langsung terkait program-program yang meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, seperti program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat serta program penyuluhan kesehatan dan pembinaan lingkungan. Apabila hal tersebut terwujud, akan dihasilkan cerminan bahwa anggaran dialokasikan pada kepentingan masyarakat. Dengan demikian,

diharapkan persentase belanja fungsi kesehatan akan memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap peningkatan Angka Harapan Hidup. Peningkatan belanja fungsi kesehatan diharapkan dapat menghasilkan peningkatan Angka Harapan Hidup yang optimal.

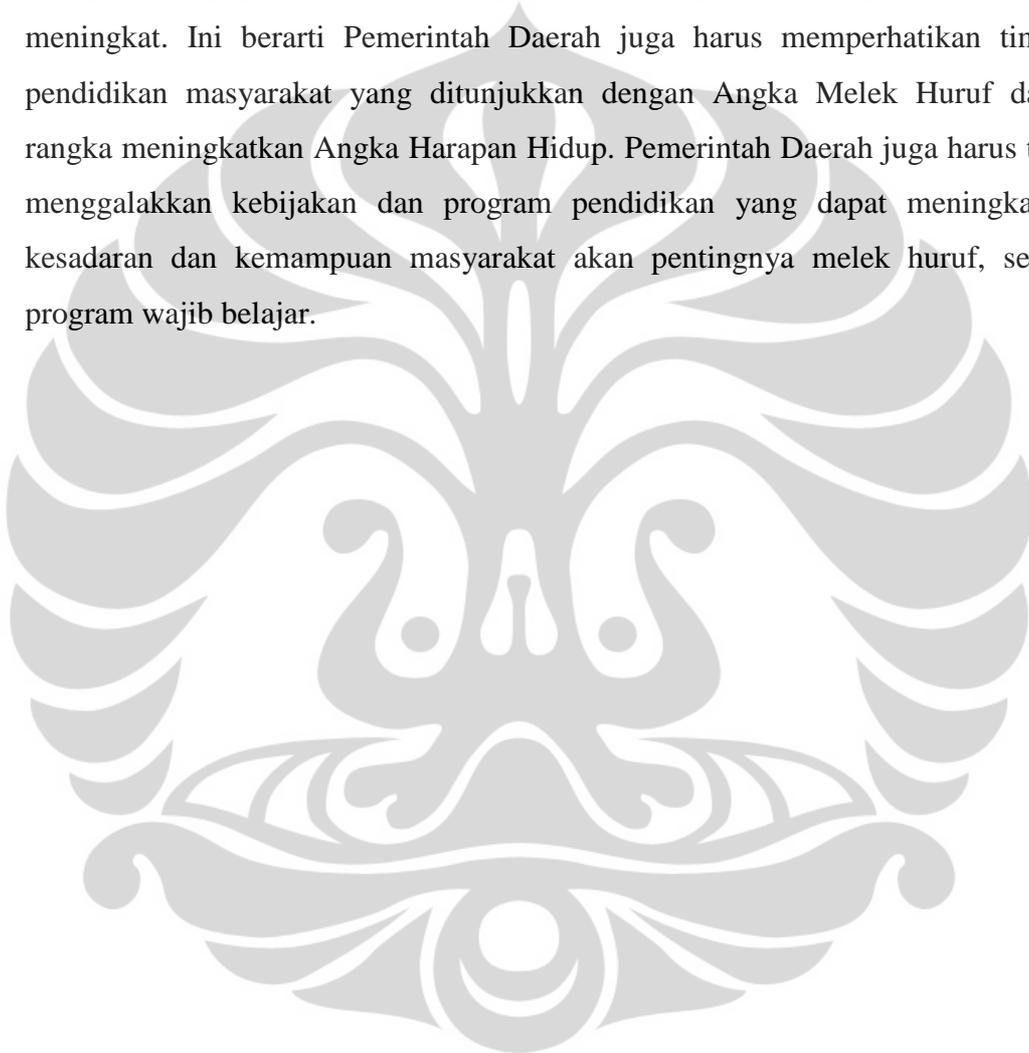
Penelitian ini juga menggunakan beberapa variabel kontrol terkait Angka Harapan Hidup, yaitu PDRB per kapita, rasio puskesmas, rasio tenaga medis, dan Angka Melek Huruf. PDRB per kapita terbukti secara empiris memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Ini berarti apabila persentase realisasi belanja fungsi kesehatan suatu provinsi di Indonesia meningkat, Angka Harapan Hidup provinsi tersebut juga akan meningkat bila PDRB-nya meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa Pemerintah Daerah juga harus memperhatikan peningkatan produktivitas dan pendapatan masyarakat sehingga Angka Harapan Hidup di daerahnya juga dapat terus meningkat. Tingkat pengangguran harus ditekan dengan memberikan pelatihan keterampilan untuk anak jalanan dan terus menciptakan lapangan kerja baru.

Rasio puskesmas per 100.000 penduduk terbukti secara empiris memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Ini berarti apabila persentase realisasi belanja fungsi kesehatan suatu provinsi di Indonesia meningkat, Angka Harapan Hidup provinsi tersebut juga akan meningkat bila rasio puskesmasnya meningkat. Ini berarti Pemerintah Daerah juga harus memperhatikan ketersediaan puskesmas di daerahnya masing-masing. Puskesmas menjadi unit organisasi kesehatan terdepan di masyarakat karena tersedia di hampir setiap kecamatan. Pemerintah harus terus menambah jumlah puskesmas sampai memadai sesuai jumlah penduduknya.

Hasil yang menarik ditemukan bahwa rasio tenaga medis per 100.000 penduduk tidak terbukti memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup. Hal ini bukan berarti ketersediaan tenaga medis tidak perlu diperhatikan untuk meningkatkan Angka Harapan Hidup. Hal ini justru perlu menjadi perhatian Pemerintah Daerah. Selama ini terdapat ketidakpercayaan masyarakat terhadap para tenaga medis, terutama pada tingkat masyarakat menengah ke bawah. Mereka lebih memercayai pengobatan alternatif atau non medis yang justru lebih berisiko. Oleh karena itu, perlu perhatian Pemerintah Daerah untuk dapat lebih

mendorong peran aktif dari para tenaga medis untuk terjun ke masyarakat agar mereka lebih dipercaya masyarakat sehingga diharapkan dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup.

Angka Melek Huruf terbukti secara empiris memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Ini berarti apabila persentase realisasi belanja fungsi kesehatan suatu provinsi di Indonesia meningkat, Angka Harapan Hidup provinsi tersebut juga akan meningkat bila Angka Melek Huruf meningkat. Ini berarti Pemerintah Daerah juga harus memperhatikan tingkat pendidikan masyarakat yang ditunjukkan dengan Angka Melek Huruf dalam rangka meningkatkan Angka Harapan Hidup. Pemerintah Daerah juga harus terus menggalakkan kebijakan dan program pendidikan yang dapat meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat akan pentingnya melek huruf, seperti program wajib belajar.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan Penelitian

Dengan pelaksanaan desentralisasi fiskal, diharapkan Pemerintah Daerah dapat lebih peka terhadap masalah dan kebutuhan masyarakatnya masing-masing sehingga Pemerintah Daerah dapat lebih cepat, tepat, dan efisien dalam menentukan kebijakan berkaitan dengan pelayanan dasar publik. Pelayanan dasar publik yang termasuk dalam prioritas pembangunan nasional salah satunya adalah kesehatan. Kesehatan menjadi salah satu unsur dalam mengukur Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Oleh karena itu, diharapkan pelaksanaan desentralisasi fiskal ini dari perspektif pengeluaran dapat berpengaruh positif terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) yang merupakan salah satu indikator *outcomes* bidang kesehatan.

Berdasarkan rumusan masalah penelitian, hasil penelitian, dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut.

- a. Desentralisasi fiskal yang ditunjukkan dengan persentase realisasi belanja fungsi kesehatan memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup di Indonesia. Semakin tinggi persentase belanja fungsi kesehatan, akan semakin baik pula Angka Harapan Hidup di suatu provinsi di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Hasil ini menunjukkan bahwa secara nasional, pelaksanaan desentralisasi fiskal di Indonesia telah mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, walaupun besaran pengaruhnya belum cukup besar. Hasil ini menunjukkan bahwa fungsi alokasi APBD telah tercapai, namun belum optimal.
- b. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) berdasarkan harga berlaku per kapita berpengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Ini berarti apabila persentase realisasi belanja fungsi kesehatan suatu provinsi di Indonesia meningkat, Angka Harapan Hidup provinsi tersebut juga akan meningkat bila PDRB-nya meningkat.
- c. Rasio puskesmas per 100.000 penduduk juga disimpulkan memiliki pengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Ini berarti apabila

persentase realisasi belanja fungsi kesehatan suatu provinsi di Indonesia meningkat, Angka Harapan Hidup provinsi tersebut juga akan meningkat bila rasio puskesmasnya meningkat.

- d. Rasio tenaga medis per 100.000 penduduk tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus dari Pemerintah Daerah untuk lebih mendorong peran aktif tenaga medis untuk terjun langsung ke masyarakat.
- e. Angka Melek Huruf berpengaruh signifikan positif terhadap Angka Harapan Hidup. Ini berarti apabila persentase realisasi belanja fungsi kesehatan suatu provinsi di Indonesia meningkat, Angka Harapan Hidup provinsi tersebut juga akan meningkat bila Angka Melek Huruf meningkat.

5.2. Saran Penelitian

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian ini, terdapat beberapa kebijakan dan langkah yang dapat ditempuh untuk terus meningkatkan Angka Harapan Hidup di Indonesia, yaitu sebagai berikut.

- a. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara nasional, pelaksanaan desentralisasi fiskal di Indonesia telah mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, walaupun besaran pengaruhnya belum optimal. Oleh karena itu, untuk semakin meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dibutuhkan kesadaran Pemerintah Daerah untuk memprioritaskan sektor kesehatan dengan mengalokasikan belanja fungsi kesehatan secara memadai pada APBD. Kebijakan belanja fungsi kesehatan diharapkan dapat terus ditingkatkan baik nilai nominal maupun efisiensi alokasinya, antara lain dengan langkah berikut.
 1. Kesepakatan yang telah ada mengenai pembiayaan kesehatan di daerah, yaitu 15% dari alokasi dana APBD harus diimplementasikan dengan komitmen yang kuat dari para kepala daerah yang bertindak sebagai wakil pemerintah untuk menjadi kuasa pengguna anggaran. Jika perlu, kesepakatan tersebut dituangkan dalam bentuk peraturan formal yang mengatur pula bahwa belanja harus lebih diprioritaskan untuk belanja langsung terutama untuk program-program yang berkaitan langsung

dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan memperhatikan prinsip *allocative efficiency* dan *operational efficiency*.

2. Pemerintah juga harus meningkatkan target yang sebanding dengan negara-negara tetangga sehingga instansi terkait akan terpacu untuk menggalakkan program-program kesehatan yang dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup. Dengan demikian, alokasi anggaran pun akan terprioritas untuk menjalankan program-program tersebut.
- b. Pemerintah Daerah juga dapat menempuh kebijakan dan program yang mendorong peningkatan produktivitas dan pendapatan masyarakat untuk meningkatkan Angka Harapan Hidup, misalnya penciptaan lapangan kerja baru, dan pelatihan keterampilan untuk anak-anak jalanan.
- c. Pemerintah Daerah juga harus memperhatikan terpenuhinya sumber daya kesehatan berupa sarana puskesmas sebagai unit pelayan masyarakat terdepan untuk semakin meningkatkan Angka Harapan Hidup. Pemerintah Daerah harus terus menambah jumlah puskesmas hingga memadai sesuai jumlah penduduknya.
- d. Secara empiris rasio tenaga medis per 100.000 penduduk tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup. Hal ini justru perlu menjadi perhatian Pemerintah Daerah untuk lebih mendorong peran aktif dari para tenaga medis untuk terjun ke masyarakat sehingga diharapkan dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup.
- e. Pemerintah Daerah juga dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup melalui peningkatan kebijakan dan program pendidikan yang dapat meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat akan pentingnya melek huruf, seperti program wajib belajar.

5.3. Keterbatasan Penelitian

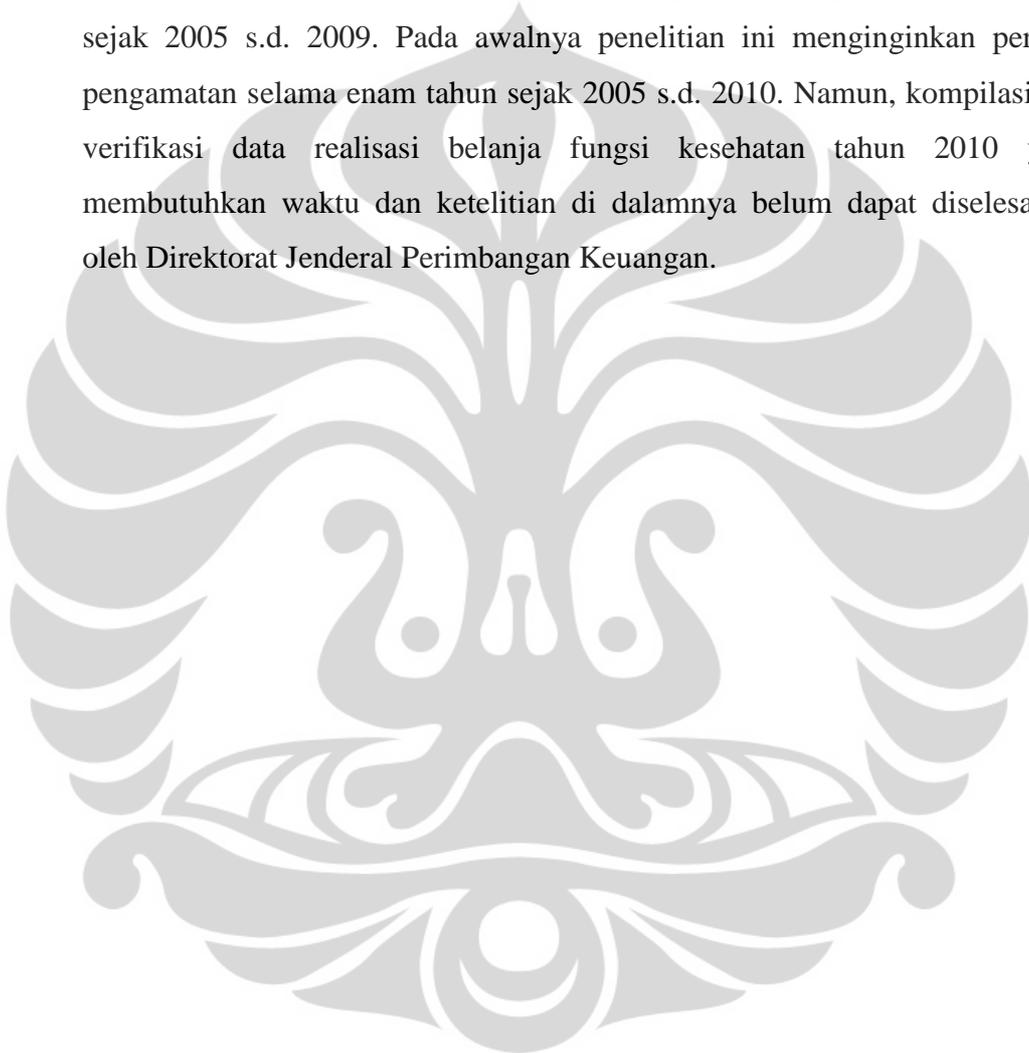
Penelitian ini telah berhasil mencapai tujuan yang diharapkan. Namun, terdapat hal-hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut.

a. Penggunaan perspektif pengeluaran

Ada tiga perspektif yang dapat digunakan untuk melakukan operasionalisasi desentralisasi fiskal, yaitu pendapatan, pengeluaran, dan kemandirian dengan masing-masing turunannya. Penelitian ini hanya menggunakan salah satunya, yaitu perspektif pengeluaran.

b. Perolehan data

Penelitian ini hanya dapat dilakukan dalam periode pengamatan lima tahun sejak 2005 s.d. 2009. Pada awalnya penelitian ini menginginkan periode pengamatan selama enam tahun sejak 2005 s.d. 2010. Namun, kompilasi dan verifikasi data realisasi belanja fungsi kesehatan tahun 2010 yang membutuhkan waktu dan ketelitian di dalamnya belum dapat diselesaikan oleh Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan.



DAFTAR REFERENSI

- Ahmad, Afridian Wirahadi. (2010). *Dampak Desentralisasi Fiskal terhadap Outcomes Bidang Kesehatan: Studi Empiris di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat*. Padang: Politeknik Negeri Padang.
- Asfaw, Abay, Klaus Frohberg, K.S. James dan Johannes Jutting. (2005). *Fiscal Decentralization and Infant Mortality: Empirical Evidence From Rural India*.
- Barzelay, M. (1991). *Managing Local Development, Lesson from Spain*. Policy Sciences, 24, 271 – 290
- Bastian, Indra. (2006). *Akuntansi Sektor Publik: Suatu Pengantar*. Jakarta: Erlangga.
- Bhalotra, Sonia. (2007). *Spending to Save? State Health Expenditure and Infant Mortality in India*. Discussion Paper Series. Forschung Intitut Zur Zukunft Der Arbeit Institute for The Study of Labor.
- Biro Pusat Statistik. (2007). *Statistik Indonesia 2005-2006*. Jakarta: BPS RI.
- (2008) *Statistik Indonesia 2007*. Jakarta: BPS RI.
- (2009) *Statistik Indonesia 2008*. Jakarta: BPS RI.
- (2010) *Statistik Indonesia 2009*. Jakarta: BPS RI.
- (2011) *Statistik Indonesia 2010*. Jakarta: BPS RI.
- Brodjonegoro, Bambang PS. (2008). *Otonomi Daerah dan Desentralisasi Ekonomi*. Harian Kompas, 26 Agustus 2008.
- Canterero, D. (2005). *Decentralization and Health Care Expenditure: The Spanish Case*. Applied Economics Letters, 12.
- Canterero, D. dan Marta Pascual. (2008). *Analysing The Impact of Fiscal Decentralization on Health Outcomes: Empirical Evidence From Spain*.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Rancangan Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.
- (2006). *Profil Kesehatan Indonesia 2005*. Jakarta: Depkes RI.
- (2007). *Profil Kesehatan Indonesia 2006*. Jakarta: Depkes RI.
- (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: Depkes RI.

- . (2009). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes RI.
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. *Data Keuangan Daerah*. 19 Februari 2012 <http://www.djpk.depkeu.go.id/datadjpk>
- Gujarati, D.(2004). *Basic Econometrics*, New York : Mc. Graw Hill
- Halim, Abdul dan Ibnu Mujid. (2009). *Problem Desentralisasi dan Perimbangan Keuangan Pemerintahan Pusat-Daerah, Peluang dan Tantangan dalam Pengelolaan Sumber Daya Daerah*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada
- Hendrartini, Julita dan Ali Gufron Mukti. (2008). *Perubahan Dalam Pembiayaan: Desentralisasi, Pola Tarif dan Jaminan Kesehatan Sosial*.2008.
- Hirawan, Susiyati Bambang. (2007). *Desentralisasi Fiskal Sebagai Suatu Upaya Meningkatkan Penyediaan Layanan Publik (Bagi Orang Miskin) di Indonesia*. Pidato pada Upacara Pengukuhan sebagai Guru Besar Tetap dalam bidang Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Jin, Yinghua dan Rui Sun. (2011). *Does Fiscal Decentralization Improve Healthcare Outcomes? Empirical Evidence From China*. Public Finance and Management Volume 11 Number 3.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia 2009*. Jakarta: Kemenkes RI.
- . (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kemenkes RI.
- . *Database Kesehatan per Provinsi*. 6 Maret 2012 <http://www.bankdata.depkes.go.id/nasional/public/report>
- Litvack, J & Seddon, J. (1999). *Decentralization Briefing Notes*, Washington DC: World Bank Insitute
- Mahmudi, (2007). *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN.
- Mardiasmo. (2002). *Akuntansi Sektor Publik*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Mohanoe, Mamotlohi Alina. (2004). *Public Spending and Health Status in Lesotho*. Ninth Annual Conference on Economic Modelling for Africa.
- Muninjaya, A.G. (2009). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

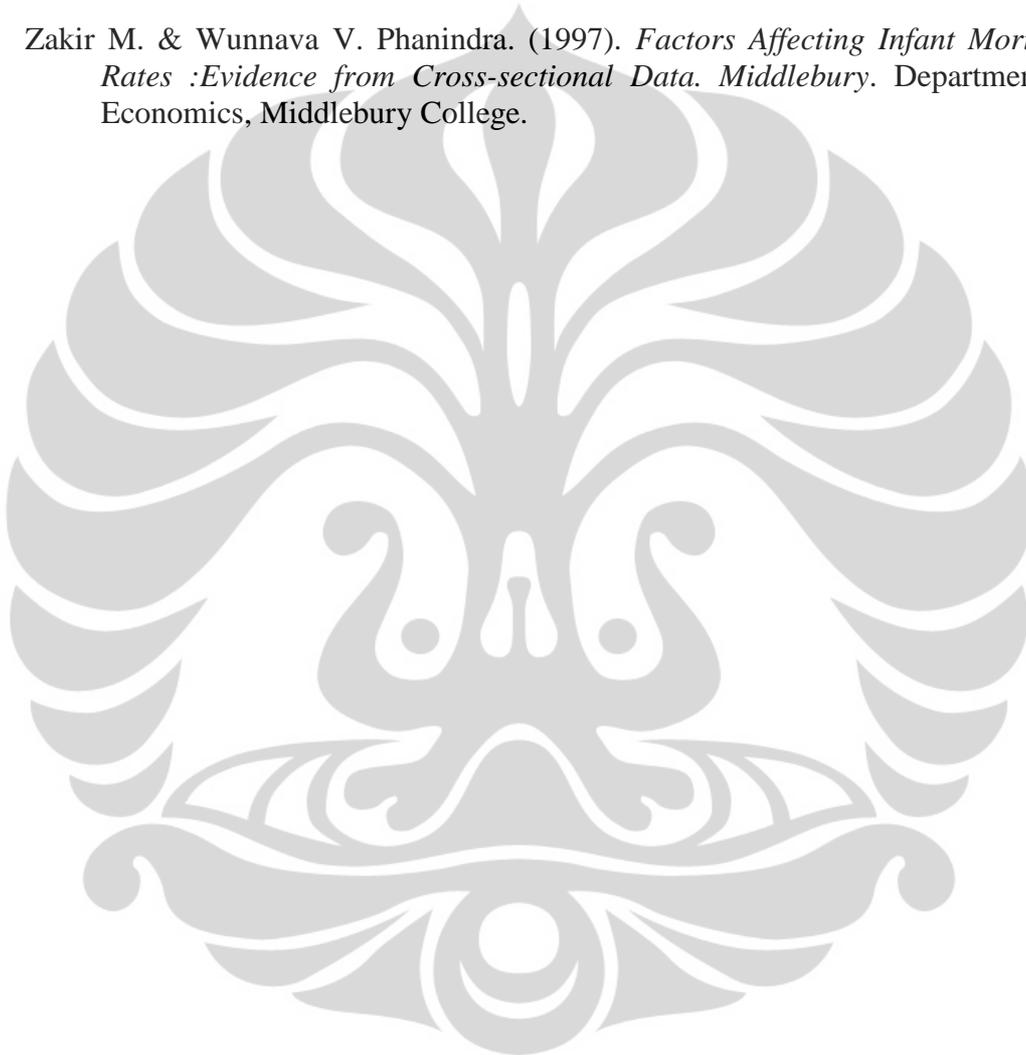
- Nachrowi, D. dan Hardius Usman. (2006). *Pendekatan Populer dan Praktis Ekonometrika untuk Analisis Ekonomi dan Keuangan*. Jakarta : Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Nordiawan, Deddi, Iswahyudi Sondi Putra, dan Maulidah Rahmawati (2007). *Akuntansi Pemerintahan*. Jakarta: Penerbit Salemba Empat.
- Robalino, D.A., O.F. Picazo dan A. Voetberg. (2001). *Does Fiscal Decentralization Improve Healthoutcome?:Evidence From A Cross-Country Analysis*. World Bank Country Economics Departement Series 2565.
- Robst, J. (2001). *A Note on The Relationship Between Medical Care Resources and Mortality*. Applied Economics Letters, 8.
- Rubio, Dolores Jimenez. (2010). *The Impact of Decentralization of Health Services on Health Outcomes: Evidence from Canada*. Applied Economics, 43(26), 3907e3917.
- Schick, Allen. (1998). *A Contemporary Approach to Publik Expenditure Management*, Economic Development Institute, The World Bank.
- Sekaran, Uma. 2010. *Research Method For Business*. 4New York : John Wiley & Sons Inc.
- Siddik, Machfud. (2004). *A Fiscal Decentralization : A Policy Agenda for Indonesia*. Kebijakan Fiskal – Pemikiran, Konsep, dan Implementasi, Oktober 2004, hal. 384 – 403. Jakarta : Penerbit Buku Kompas.
- Sirait, Robby Alexander. (2010). *Pengeluaran Publik Pemerintah Daerah Di Provinsi Jawa Barat Terhadap Angka Kematian Bayi : Analisis Data Panel*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 331/Menkes/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009.
- Trihono. (2005). *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Trisnantoro, Laksono. (2008). *Reposisi Dinas Kesehatan Akibat Kebijakan Desentralisasi dan Sistem Kesehatan Wilayah*.
- Uchimura, Hiroko dan Johannes Jutting. (2009). *Fiscal Decentralization, Chinese Style: Good For Health Outcomes?*. OECD Development Centre. Working Paper No.264. November 2009.
- Wibisono, Yusuf. (2005). *Metode Penelitian Bisnis*. Surabaya: Fascho Publishing.

Widarjono, Agus. (2010). *Analisis Statistika: Multivariat Terapan*. Yogyakarta.: UPP STIM YKPN.

World Bank (2008). *Kajian Pengeluaran Publik Indonesia 2007 : Memaksimalkan Peluang Baru*, Jakarta : World Bank.

Yenti, Elfa. (2002). *Distribusi Pendapatan dan Tingkat Kesejahteraan Masyarakat di Propinsi Sumatera Barat Tahun 1996-2000*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Zakir M. & Wunnava V. Phanindra. (1997). *Factors Affecting Infant Mortality Rates :Evidence from Cross-sectional Data*. Middlebury. Department of Economics, Middlebury College.



Lampiran 1. Konversi Indikator Provinsi Sebelum Pengolahan Data

No	Provinsi	Indikator
1	Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam	_NAD
2	Provinsi Sumatera Utara	_SUMUT
3	Provinsi Sumatera Barat	_SUMBAR
4	Provinsi Riau	_RIAU
5	Provinsi Jambi	_JAMBI
6	Provinsi Sumatera Selatan	_SUMSEL
7	Provinsi Bengkulu	_BENGKULU
8	Provinsi Lampung	_LAMPUNG
9	Provinsi DKI Jakarta	_JAKARTA
10	Provinsi Jawa Barat	_JABAR
11	Provinsi Jawa Tengah	_JATENG
12	Provinsi DI Yogyakarta	_YOGYA
13	Provinsi Jawa Timur	_JATIM
14	Provinsi Kalimantan Barat	_KALBAR
15	Provinsi Kalimantan Tengah	_KALTENG
16	Provinsi Kalimantan Selatan	_KALSEL
17	Provinsi Kalimantan Timur	_KALTIM
18	Provinsi Sulawesi Utara	_SULUT
19	Provinsi Sulawesi Tengah	_SULTENG
20	Provinsi Sulawesi Selatan	_SULSEL
21	Provinsi Sulawesi Tenggara	_SULTRA
22	Provinsi Bali	_BALI
23	Provinsi Nusa Tenggara Barat	_NTB
24	Provinsi Nusa Tenggara Timur	_NTT
25	Provinsi Maluku	_MALUKU
26	Provinsi Papua	_PAPUA
27	Provinsi Maluku Utara	_MALUT
28	Provinsi Banten	_BANTEN
29	Provinsi Bangka Belitung	_BABEL
30	Provinsi Gorontalo	_GORONTALO
31	Provinsi Kepulauan Riau	_KEPRI

Lampiran 2. Data 31 Provinsi Siap Diolah *Eviews 6.0*

NO	TAHUN	PROVINSI	AHH	DF	PDRB	PUSKES	MEDIS	AMH
1	2005	_NAD	68,00	5,08	14.126.440	6,60	15,48	96,00
2	2006	_NAD	68,30	4,89	17.027.498	6,73	20,21	96,20
3	2007	_NAD	68,40	7,28	16.831.506	7,36	17,21	96,20
4	2008	_NAD	68,50	8,31	17.128.425	7,01	29,65	96,20
5	2009	_NAD	68,60	9,72	16.430.618	7,08	37,97	96,39
6	2005	_SUMUT	68,70	7,93	11.213.477	3,42	20,64	97,00
7	2006	_SUMUT	68,90	4,06	12.685.043	3,52	12,85	97,00
8	2007	_SUMUT	69,10	8,27	14.166.611	3,61	17,55	97,03
9	2008	_SUMUT	69,20	10,46	16.402.909	3,80	25,97	97,08
10	2009	_SUMUT	69,35	10,35	17.840.192	3,77	33,24	97,15
11	2005	_SUMBAR	68,20	8,01	9.784.005	4,69	23,17	96,00
12	2006	_SUMBAR	68,50	7,67	11.448.618	4,84	19,15	96,00
13	2007	_SUMBAR	68,80	9,24	12.729.142	4,85	23,69	96,10
14	2008	_SUMBAR	69,00	9,51	14.896.802	4,77	29,16	96,66
15	2009	_SUMBAR	69,25	10,78	15.897.473	5,01	36,04	96,81
16	2005	_RIAU	70,70	4,99	30.358.670	3,28	16,92	97,80
17	2006	_RIAU	70,80	4,89	35.076.212	2,52	12,37	97,80
18	2007	_RIAU	71,00	5,69	41.412.477	3,08	19,74	97,80
19	2008	_RIAU	71,10	5,80	53.264.903	3,53	24,19	97,81
20	2009	_RIAU	71,25	6,85	56.001.696	3,32	30,17	98,11
21	2005	_JAMBI	68,10	7,57	8.530.832	5,12	14,26	96,00
22	2006	_JAMBI	68,50	6,83	9.713.753	5,22	16,88	96,00
23	2007	_JAMBI	68,60	7,26	11.697.517	5,40	18,09	96,00
24	2008	_JAMBI	68,80	12,19	14.724.516	5,67	21,95	96,05
25	2009	_JAMBI	68,95	10,49	15.569.473	5,75	27,42	96,06
26	2005	_SUMSEL	68,30	6,45	12.021.222	3,57	14,64	95,90
27	2006	_SUMSEL	68,80	6,50	13.902.754	3,61	7,42	96,60
28	2007	_SUMSEL	69,00	7,23	15.654.694	3,69	14,90	96,66
29	2008	_SUMSEL	69,20	9,21	18.768.443	3,90	15,95	97,05
30	2009	_SUMSEL	69,40	12,62	19.014.205	3,93	19,87	97,21
31	2005	_BENGGKULU	68,80	8,71	6.541.778	7,29	17,88	94,70
32	2006	_BENGGKULU	68,90	9,55	7.268.495	8,04	25,06	94,70
33	2007	_BENGGKULU	69,20	9,20	7.963.110	8,66	22,33	94,69
34	2008	_BENGGKULU	69,40	10,27	9.084.498	8,65	44,28	94,87
35	2009	_BENGGKULU	69,65	9,87	9.551.263	10,02	30,12	94,90

(lanjutan)

NO	TAHUN	PROVINSI	AHH	DF	PDRB	PUSKES	MEDIS	AMH
36	2005	_LAMPUNG	68,00	6,36	5.748.452	3,15	8,78	93,50
37	2006	_LAMPUNG	68,50	6,18	6.810.732	3,26	20,04	93,50
38	2007	_LAMPUNG	68,80	7,41	8.357.155	3,40	8,79	93,47
39	2008	_LAMPUNG	69,00	8,41	9.973.997	3,42	12,14	93,63
40	2009	_LAMPUNG	69,25	8,93	11.725.063	3,52	16,35	94,37
41	2005	_JAKARTA	72,50	5,94	48.966.292	3,78	62,23	98,30
42	2006	_JAKARTA	72,60	4,57	55.982.595	3,82	69,68	98,40
43	2007	_JAKARTA	72,80	5,88	62.490.202	3,76	66,79	98,76
44	2008	_JAKARTA	72,90	6,64	74.024.885	3,84	71,96	98,76
45	2009	_JAKARTA	73,05	7,48	82.152.987	3,68	39,13	98,94
46	2005	_JABAR	67,20	7,07	9.989.493	2,56	11,16	94,60
47	2006	_JABAR	67,40	6,97	11.934.399	2,52	6,76	94,90
48	2007	_JABAR	67,60	7,78	13.048.143	2,48	11,05	95,32
49	2008	_JABAR	67,80	9,17	15.476.769	2,44	10,71	95,53
50	2009	_JABAR	68,00	10,99	16.622.074	2,43	12,37	95,98
51	2005	_JATENG	70,60	9,61	7.331.141	2,67	14,41	87,40
52	2006	_JATENG	70,80	9,37	8.763.386	2,67	8,71	88,20
53	2007	_JATENG	70,90	10,43	9.648.736	2,69	15,36	88,62
54	2008	_JATENG	71,10	11,55	11.252.733	2,58	19,60	89,24
55	2009	_JATENG	71,25	18,11	12.107.374	2,58	18,87	89,46
56	2005	_YOGYA	72,90	7,79	7.577.944	3,50	46,78	86,70
57	2006	_YOGYA	73,00	8,02	8.680.142	3,45	3,48	86,70
58	2007	_YOGYA	73,10	7,98	9.584.205	3,41	49,85	87,78
59	2008	_YOGYA	73,10	8,45	10.985.136	3,46	46,01	89,46
60	2009	_YOGYA	73,16	19,80	11.824.153	3,40	68,25	90,18
61	2005	_JATIM	68,50	7,80	11.114.479	2,53	13,24	85,80
62	2006	_JATIM	68,60	8,66	12.861.472	2,54	18,73	87,10
63	2007	_JATIM	68,90	7,73	14.498.175	2,52	12,71	87,42
64	2008	_JATIM	69,10	11,21	16.751.440	2,53	21,29	87,43
65	2009	_JATIM	69,35	15,61	18.420.971	2,53	21,95	87,80
66	2005	_KALBAR	65,20	8,43	8.358.124	5,11	10,41	89,00
67	2006	_KALBAR	66,00	8,47	9.158.572	4,98	10,22	89,00
68	2007	_KALBAR	66,10	9,67	10.166.083	5,05	11,27	89,40
69	2008	_KALBAR	66,30	10,87	11.563.122	5,27	15,27	89,40
70	2009	_KALBAR	66,45	15,35	12.556.783	5,30	20,98	89,70
71	2005	_KALTENG	70,70	7,29	10.957.752	7,00	17,70	97,50
72	2006	_KALTENG	70,80	7,41	12.631.579	7,95	14,09	97,50

(lanjutan)

NO	TAHUN	PROVINSI	AHH	DF	PDRB	PUSKES	MEDIS	AMH
73	2007	_KALTENG	70,90	8,18	13.771.111	8,04	14,89	97,50
74	2008	_KALTENG	71,00	8,16	15.923.776	8,21	23,82	97,67
75	2009	_KALTENG	71,10	13,43	17.793.652	8,10	28,57	97,69
76	2005	_KALSEL	62,10	9,52	9.687.406	5,85	14,99	95,30
77	2006	_KALSEL	62,40	9,98	10.361.626	6,01	53,59	95,30
78	2007	_KALSEL	62,60	11,39	11.610.962	6,01	15,69	95,26
79	2008	_KALSEL	63,10	12,41	13.301.085	6,21	19,47	95,30
80	2009	_KALSEL	63,45	15,90	14.719.259	6,09	23,60	95,41
81	2005	_KALTIM	70,30	5,75	63.285.989	6,56	25,45	95,30
82	2006	_KALTIM	70,40	5,24	67.979.564	6,34	22,79	95,50
83	2007	_KALTIM	70,60	4,54	73.601.084	6,35	22,91	95,70
84	2008	_KALTIM	70,80	5,70	101.727.678	6,62	32,51	96,36
85	2009	_KALTIM	71,00	12,26	90.042.657	6,54	44,14	96,89
86	2005	_SULUT	71,70	6,14	8.814.438	5,59	30,11	99,30
87	2006	_SULUT	71,80	6,47	9.817.677	6,02	43,13	99,30
88	2007	_SULUT	72,00	7,29	1.134.534	6,49	30,73	99,30
89	2008	_SULUT	72,00	7,94	12.997.200	6,52	56,48	99,31
90	2009	_SULUT	72,12	22,77	1.495.805	7,13	33,16	99,41
91	2005	_SULTENG	65,40	5,46	7.458.905	6,06	14,25	94,90
92	2006	_SULTENG	65,60	8,33	8.220.519	6,13	14,43	94,90
93	2007	_SULTENG	65,90	9,84	9.497.522	6,05	15,19	94,94
94	2008	_SULTENG	66,10	10,07	1.547.473	5,91	20,34	95,68
95	2009	_SULTENG	66,35	22,09	12.801.677	6,65	20,00	95,78
96	2005	_SULSEL	68,70	9,36	6.106.756	4,09	13,47	84,60
97	2006	_SULSEL	69,20	8,48	7.982.045	4,20	21,10	85,70
98	2007	_SULSEL	69,40	8,92	8.996.003	4,86	19,34	86,24
99	2008	_SULSEL	69,60	9,87	10.908.743	5,06	25,02	86,53
100	2009	_SULSEL	69,80	20,94	12.638.933	4,99	19,54	87,02
101	2005	_SULTRA	66,80	4,84	6.612.753	7,08	23,94	91,30
102	2006	_SULTRA	67,00	7,68	7.627.373	7,94	11,99	91,30
103	2007	_SULTRA	67,20	9,13	8.837.304	7,53	12,31	91,30
104	2008	_SULTRA	67,40	10,51	10.700.360	10,02	20,58	91,42
105	2009	_SULTRA	67,60	16,66	12.111.599	10,53	15,11	91,51
106	2005	_BALI	70,40	8,10	10.032.888	3,25	33,69	86,20
107	2006	_BALI	70,50	8,19	10.893.939	3,21	27,65	86,20
108	2007	_BALI	70,60	9,59	12.166.213	3,22	38,57	86,21
109	2008	_BALI	70,60	10,10	14.198.826	3,24	44,08	86,94

(lanjutan)

NO	TAHUN	PROVINSI	AHH	DF	PDRB	PUSKES	MEDIS	AMH
110	2009	_BALI	70,67	11,62	16.214.869	3,21	55,93	87,22
111	2005	_NTB	60,50	8,26	6.137.781	3,06	7,84	78,80
112	2006	_NTB	60,90	8,24	6.717.642	3,05	9,21	80,10
113	2007	_NTB	61,20	9,94	7.809.419	3,12	8,64	80,10
114	2008	_NTB	61,50	10,07	8.092.795	3,25	13,82	80,13
115	2009	_NTB	61,80	13,51	9.919.937	3,27	16,13	80,18
116	2005	_NTT	64,90	7,95	3.476.521	5,35	9,88	85,60
117	2006	_NTT	66,50	9,60	3.881.515	5,76	7,99	86,50
118	2007	_NTT	66,70	8,77	4.301.513	5,69	11,60	87,25
119	2008	_NTT	67,00	11,21	4.776.022	6,13	19,54	87,66
120	2009	_NTT	67,25	21,93	5.233.890	6,23	15,43	87,96
121	2005	_MALUKU	66,20	3,13	.652.303	8,71	11,11	98,00
122	2006	_MALUKU	66,60	6,43	3.996.853	9,83	12,20	98,00
123	2007	_MALUKU	66,80	8,19	4.377.109	10,91	10,45	98,00
124	2008	_MALUKU	67,00	11,55	4.747.285	11,58	25,89	98,12
125	2009	_MALUKU	67,20	11,43	5.278.089	10,08	35,98	98,13
126	2005	_PAPUA	67,30	15,14	17.318.536	6,67	10,13	74,90
127	2006	_PAPUA	67,60	6,07	3.756.332	8,87	15,30	75,40
128	2007	_PAPUA	67,90	7,40	27.475.690	2,05	16,07	75,41
129	2008	_PAPUA	68,10	7,83	9.912.755	11,48	32,19	75,41
130	2009	_PAPUA	68,35	10,92	37.057.926	12,68	14,30	75,58
131	2005	_MALUT	64,20	2,59	2.921.476	6,33	9,16	95,20
132	2006	_MALUT	64,80	6,72	3.066.376	6,75	11,53	95,20
133	2007	_MALUT	65,10	6,34	3.346.391	6,78	9,32	95,20
134	2008	_MALUT	65,40	10,32	4.024.589	9,48	29,49	95,44
135	2009	_MALUT	65,70	7,89	4.811.282	9,85	29,03	95,74
136	2005	_BANTEN	64,00	8,40	9.372.547	1,92	8,30	95,60
137	2006	_BANTEN	64,30	5,83	10.610.039	1,92	5,95	95,60
138	2007	_BANTEN	64,50	7,57	11.407.770	1,91	8,98	95,60
139	2008	_BANTEN	64,60	10,31	12.756.228	2,02	18,58	95,60
140	2009	_BANTEN	64,75	11,24	13.600.196	2,00	8,62	95,95
141	2005	_BABEL	68,10	6,05	13.581.790	4,50	13,80	95,40
142	2006	_BABEL	68,30	7,08	14.810.233	4,37	17,30	95,40
143	2007	_BABEL	68,50	9,69	16.169.708	4,61	13,64	95,40
144	2008	_BABEL	68,60	8,93	19.082.854	4,45	22,09	95,57
145	2009	_BABEL	68,75	26,63	20.193.305	4,83	26,36	95,63
146	2005	_GORONTALO	65,00	8,34	3.774.768	4,88	14,42	95,00

(lanjutan)

NO	TAHUN	PROVINSI	AHH	DF	PDRB	PUSKES	MEDIS	AMH
147	2006	_GORONTALO	65,60	6,16	4.316.684	5,84	4,25	95,70
148	2007	_GORONTALO	65,90	8,71	4.957.841	5,73	14,27	95,75
149	2008	_GORONTALO	66,20	8,03	6.075.842	7,51	26,95	95,75
150	2009	_GORONTALO	66,50	10,28	7.183.943	7,62	23,88	95,77
151	2005	_KEPRI	69,50	7,25	32.148.931	3,22	8,00	96,00
152	2006	_KEPRI	69,60	4,78	34.541.106	3,36	30,94	96,00
153	2007	_KEPRI	69,60	8,14	37.207.212	3,66	13,07	96,00
154	2008	_KEPRI	69,70	5,65	40.311.009	4,06	38,88	96,00
155	2009	_KEPRI	69,75	4,98	42.165.248	4,03	50,62	96,08



Lampiran 3. *Estimation Output Hasil Regresi Common Constant (OLS)*

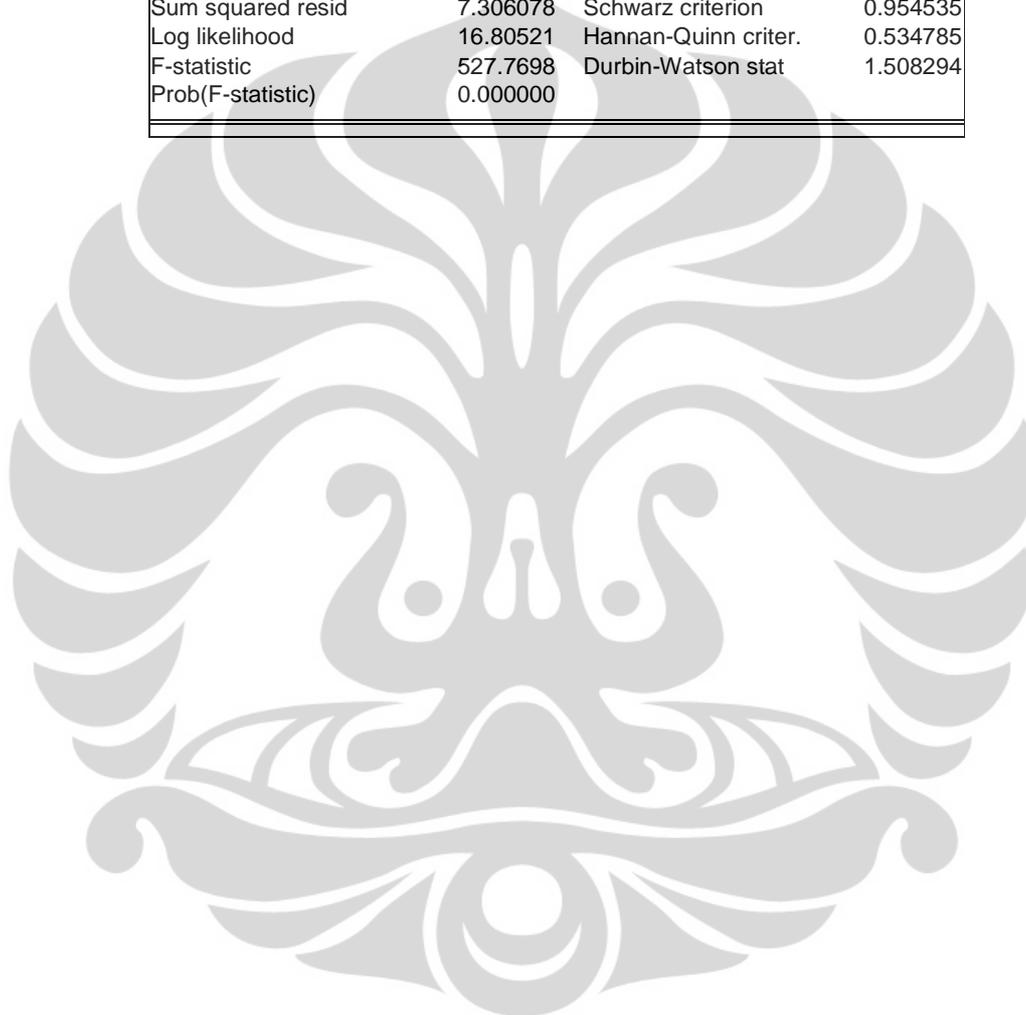
Dependent Variable: AHH?				
Method: Pooled Least Squares				
Date: 06/16/12 Time: 17:37				
Sample: 2005 2009				
Included observations: 5				
Cross-sections included: 31				
Total pool (balanced) observations: 155				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	47.92887	5.256850	9.117413	0.0000
DF?	-0.010721	0.050171	-0.213694	0.8311
LOG(PDRB?)	0.820171	0.261474	3.136726	0.0021
PUSKES?	-0.103037	0.080606	-1.278271	0.2031
MEDIS?	0.082496	0.014395	5.730795	0.0000
AMH?	0.062002	0.033304	1.861681	0.0646
R-squared	0.354891	Mean dependent var		68.27742
Adjusted R-squared	0.333243	S.D. dependent var		2.722444
S.E. of regression	2.223017	Akaike info criterion		4.473548
Sum squared resid	736.3291	Schwarz criterion		4.591358
Log likelihood	-340.7000	Hannan-Quinn criter.		4.521400
F-statistic	16.39373	Durbin-Watson stat		0.255918
Prob(F-statistic)	0.000000			

Lampiran 4. *Estimation Output Hasil Regresi Fixed Effect Model (FEM)*

Dependent Variable: AHH?				
Method: Pooled Least Squares				
Date: 06/16/12 Time: 17:41				
Sample: 2005 2009				
Included observations: 5				
Cross-sections included: 31				
Total pool (balanced) observations: 155				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	38.06781	4.858799	7.834819	0.0000
DF?	0.029336	0.007187	4.081986	0.0001
LOG(PDRB?)	0.413722	0.090970	4.547868	0.0000
PUSKES?	0.090581	0.024688	3.669054	0.0004
MEDIS?	-0.001011	0.002762	-0.365995	0.7150
AMH?	0.244697	0.055733	4.390542	0.0000
Fixed Effects (Cross)				
_NAD--C	-0.929725			
_SUMUT--C	-0.128402			
_SUMBAR--C	-0.331068			
_RIAU--C	1.262846			
_JAMBI--C	-0.440891			
_SUMSEL--C	-0.209888			
_BENGKULU--C	0.331494			
_LAMPUNG--C	0.617730			
_JAKARTA--C	2.674867			
_JABAR--C	-1.023327			
_JATENG--C	3.961502			
_YOGYA--C	6.184837			
_JATIM--C	2.173991			
_KALBAR--C	-1.349491			
_KALTENG--C	1.195787			
_KALSEL--C	-6.265731			
_KALTIM--C	0.801030			
_SULUT--C	2.378019			
_SULTENG--C	-3.027097			
_SULSEL--C	2.858877			
_SULTRA--C	-0.898128			
_BALI--C	4.014596			
_NTB--C	-3.553867			
_NTT--C	-0.067240			
_MALUKU--C	-2.772322			
_PAPUA--C	3.262076			
_MALUT--C	-3.494273			
_BANTEN--C	-4.193617			
_BABEL--C	-0.595151			
_GORONTALO--C	-2.809855			
_KEPRI--C	0.372421			

(lanjutan)

Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.993599	Mean dependent var	68.27742
Adjusted R-squared	0.991716	S.D. dependent var	2.722444
S.E. of regression	0.247781	Akaike info criterion	0.247675
Sum squared resid	7.306078	Schwarz criterion	0.954535
Log likelihood	16.80521	Hannan-Quinn criter.	0.534785
F-statistic	527.7698	Durbin-Watson stat	1.508294
Prob(F-statistic)	0.000000		



Lampiran 5. *Estimation Output Hasil Regresi Random Effect Model(REM)*

Dependent Variable: AHH?				
Method: Pooled EGLS (Cross-section random effects)				
Date: 06/16/12 Time: 17:42				
Sample: 2005 2009				
Included observations: 5				
Cross-sections included: 31				
Total pool (balanced) observations: 155				
Swamy and Arora estimator of component variances				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	42.72453	3.938074	10.84909	0.0000
DF?	0.032058	0.006931	4.625521	0.0000
LOG(PDRB?)	0.466064	0.088137	5.287968	0.0000
PUSKES?	0.082504	0.024417	3.379014	0.0009
MEDIS?	0.000142	0.002730	0.051968	0.9586
AMH?	0.185316	0.043971	4.214502	0.0000
Random Effects (Cross)				
_NAD--C	-0.732186			
_SUMUT--C	0.096987			
_SUMBAR--C	-0.140397			
_RIAU--C	1.481134			
_JAMBI--C	-0.250073			
_SUMSEL--C	-0.001845			
_BENGKULU--C	0.480079			
_LAMPUNG--C	0.680927			
_JAKARTA--C	2.869902			
_JABAR--C	-0.893747			
_JATENG--C	3.685401			
_YOGYA--C	5.857383			
_JATIM--C	1.794847			
_KALBAR--C	-1.547455			
_KALTENG--C	1.484480			
_KALSEL--C	-6.112528			
_KALTIM--C	0.888581			
_SULUT--C	2.789270			
_SULTENG--C	-2.863336			
_SULSEL--C	2.449001			
_SULTRA--C	-0.941274			
_BALI--C	3.587358			
_NTB--C	-4.301692			
_NTT--C	-0.356703			
_MALUKU--C	-2.362855			
_PAPUA--C	2.200839			
_MALUT--C	-3.245842			
_BANTEN--C	-4.029496			
_BABEL--C	-0.467593			
_GORONTALO--C	-2.583192			
_KEPRI--C	0.484022			

(lanjutan)

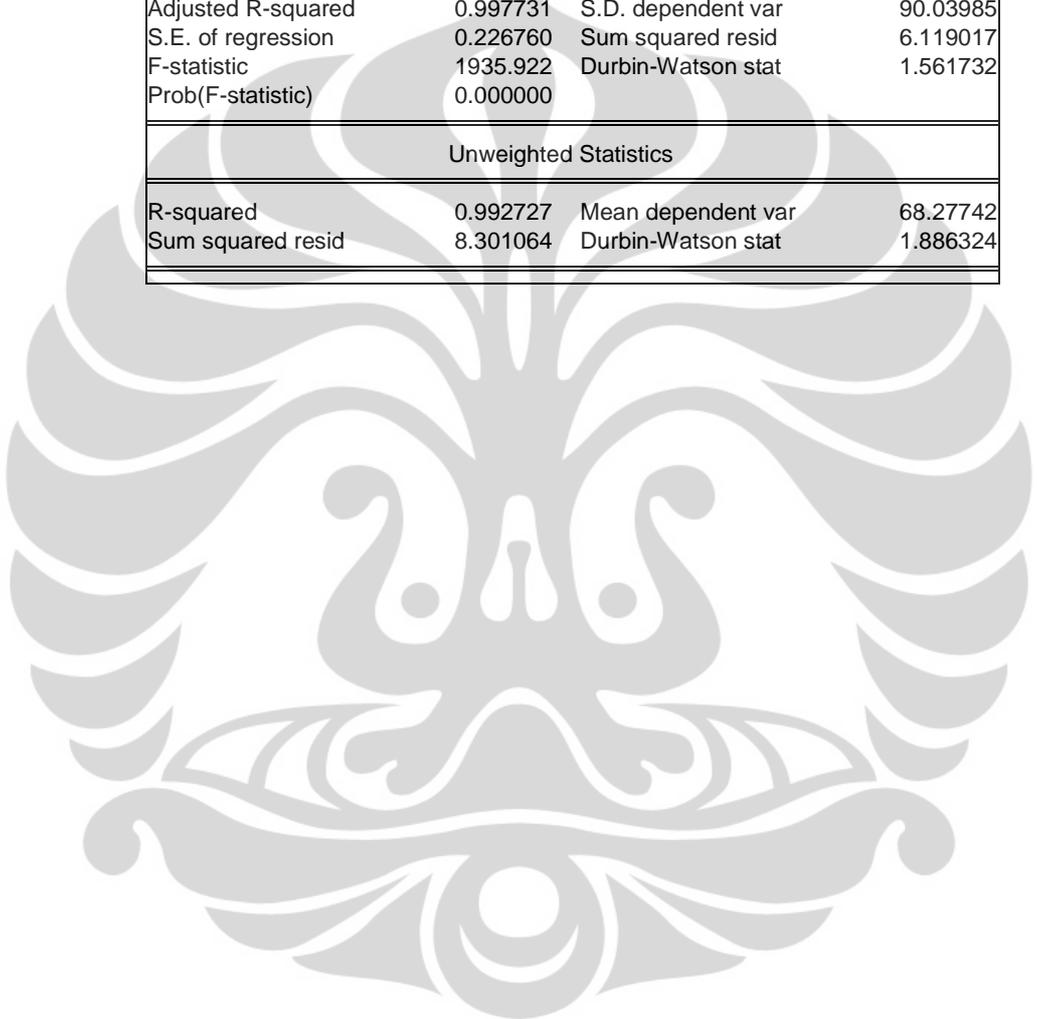
Effects Specification			
		S.D.	Rho
Cross-section random		2.223929	0.9877
Idiosyncratic random		0.247781	0.0123
Weighted Statistics			
R-squared	0.537432	Mean dependent var	3.397829
Adjusted R-squared	0.521910	S.D. dependent var	0.373509
S.E. of regression	0.258259	Sum squared resid	9.937969
F-statistic	34.62299	Durbin-Watson stat	1.186445
Prob(F-statistic)	0.000000		
Unweighted Statistics			
R-squared	0.090596	Mean dependent var	68.27742
Sum squared resid	1037.996	Durbin-Watson stat	0.011359

Lampiran 6. *Estimation Output Hasil Regresi Fixed Effect Model dengan Cross Section Weight*

Dependent Variable: AHH?				
Method: Pooled EGLS (Cross-section weights)				
Date: 06/16/12 Time: 17:47				
Sample: 2005 2009				
Included observations: 5				
Cross-sections included: 31				
Total pool (balanced) observations: 155				
Linear estimation after one-step weighting matrix				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	37.04291	2.772346	13.36158	0.0000
DF?	0.014845	0.004410	3.365933	0.0010
LOG(PDRB?)	0.695358	0.071646	9.705423	0.0000
PUSKES?	0.057756	0.020881	2.765928	0.0066
MEDIS?	-0.000207	0.001073	-0.192999	0.8473
AMH?	0.209341	0.035472	5.901579	0.0000
Fixed Effects (Cross)				
_NAD--C	-0.868820			
_SUMUT--C	-0.091156			
_SUMBAR--C	-0.240274			
_RIAU--C	0.972344			
_JAMBI--C	-0.314410			
_SUMSEL--C	-0.199026			
_BENGKULU--C	0.626077			
_LAMPUNG--C	0.677430			
_JAKARTA--C	2.289120			
_JABAR--C	-1.052749			
_JATENG--C	3.833954			
_YOGYA--C	6.028175			
_JATIM--C	1.851606			
_KALBAR--C	-1.402735			
_KALTENG--C	1.407032			
_KALSEL--C	-6.107568			
_KALTIM--C	0.386307			
_SULUT--C	2.922242			
_SULTENG--C	-2.815456			
_SULSEL--C	2.717332			
_SULTRA--C	-0.740388			
_BALI--C	3.709008			
_NTB--C	-3.929109			
_NTT--C	0.085867			
_MALUKU--C	-2.148994			
_PAPUA--C	2.536445			
_MALUT--C	-3.006110			
_BANTEN--C	-4.182021			
_BABEL--C	-0.572604			
_GORONTALO--C	-2.441880			
_KEPRI--C	0.070360			

(lanjutan)

Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
Weighted Statistics			
R-squared	0.998247	Mean dependent var	125.6752
Adjusted R-squared	0.997731	S.D. dependent var	90.03985
S.E. of regression	0.226760	Sum squared resid	6.119017
F-statistic	1935.922	Durbin-Watson stat	1.561732
Prob(F-statistic)	0.000000		
Unweighted Statistics			
R-squared	0.992727	Mean dependent var	68.27742
Sum squared resid	8.301064	Durbin-Watson stat	1.886324



Lampiran 7. *Estimation Command Representation* Hasil Regresi
Fixed Effect Model dengan *Cross Section Weight*

Estimation Command:

```
=====
LS(CX=F,WGT=CXDIAG) AHH? C DF? LOG(PDRB?) PUSKES? MEDIS? AMH?
```

Estimation Equations:

```
=====
AHH_NAD = C(7) + C(1) + C(2)*DF_NAD + C(3)*LOG(PDRB_NAD) + C(4)*PUSKES_NAD +
C(5)*MEDIS_NAD + C(6)*AMH_NAD

AHH_SUMUT = C(8) + C(1) + C(2)*DF_SUMUT + C(3)*LOG(PDRB_SUMUT) +
C(4)*PUSKES_SUMUT + C(5)*MEDIS_SUMUT + C(6)*AMH_SUMUT

AHH_SUMBAR = C(9) + C(1) + C(2)*DF_SUMBAR + C(3)*LOG(PDRB_SUMBAR) +
C(4)*PUSKES_SUMBAR + C(5)*MEDIS_SUMBAR + C(6)*AMH_SUMBAR

AHH_RIAU = C(10) + C(1) + C(2)*DF_RIAU + C(3)*LOG(PDRB_RIAU) + C(4)*PUSKES_RIAU +
C(5)*MEDIS_RIAU + C(6)*AMH_RIAU

AHH_JAMBI = C(11) + C(1) + C(2)*DF_JAMBI + C(3)*LOG(PDRB_JAMBI) + C(4)*PUSKES_JAMBI +
C(5)*MEDIS_JAMBI + C(6)*AMH_JAMBI

AHH_SUMSEL = C(12) + C(1) + C(2)*DF_SUMSEL + C(3)*LOG(PDRB_SUMSEL) +
C(4)*PUSKES_SUMSEL + C(5)*MEDIS_SUMSEL + C(6)*AMH_SUMSEL

AHH_BENGGKULU = C(13) + C(1) + C(2)*DF_BENGGKULU + C(3)*LOG(PDRB_BENGGKULU) +
C(4)*PUSKES_BENGGKULU + C(5)*MEDIS_BENGGKULU + C(6)*AMH_BENGGKULU

AHH_LAMPUNG = C(14) + C(1) + C(2)*DF_LAMPUNG + C(3)*LOG(PDRB_LAMPUNG) +
C(4)*PUSKES_LAMPUNG + C(5)*MEDIS_LAMPUNG + C(6)*AMH_LAMPUNG

AHH_JAKARTA = C(15) + C(1) + C(2)*DF_JAKARTA + C(3)*LOG(PDRB_JAKARTA) +
C(4)*PUSKES_JAKARTA + C(5)*MEDIS_JAKARTA + C(6)*AMH_JAKARTA

AHH_JABAR = C(16) + C(1) + C(2)*DF_JABAR + C(3)*LOG(PDRB_JABAR) + C(4)*PUSKES_JABAR
+ C(5)*MEDIS_JABAR + C(6)*AMH_JABAR

AHH_JATENG = C(17) + C(1) + C(2)*DF_JATENG + C(3)*LOG(PDRB_JATENG) +
C(4)*PUSKES_JATENG + C(5)*MEDIS_JATENG + C(6)*AMH_JATENG

AHH_YOGYA = C(18) + C(1) + C(2)*DF_YOGYA + C(3)*LOG(PDRB_YOGYA) +
C(4)*PUSKES_YOGYA + C(5)*MEDIS_YOGYA + C(6)*AMH_YOGYA

AHH_JATIM = C(19) + C(1) + C(2)*DF_JATIM + C(3)*LOG(PDRB_JATIM) + C(4)*PUSKES_JATIM +
C(5)*MEDIS_JATIM + C(6)*AMH_JATIM

AHH_KALBAR = C(20) + C(1) + C(2)*DF_KALBAR + C(3)*LOG(PDRB_KALBAR) +
C(4)*PUSKES_KALBAR + C(5)*MEDIS_KALBAR + C(6)*AMH_KALBAR

AHH_KALTENG = C(21) + C(1) + C(2)*DF_KALTENG + C(3)*LOG(PDRB_KALTENG) +
C(4)*PUSKES_KALTENG + C(5)*MEDIS_KALTENG + C(6)*AMH_KALTENG

AHH_KALSEL = C(22) + C(1) + C(2)*DF_KALSEL + C(3)*LOG(PDRB_KALSEL) +
C(4)*PUSKES_KALSEL + C(5)*MEDIS_KALSEL + C(6)*AMH_KALSEL
```

(lanjutan)

$$\begin{aligned} \text{AHH_KALTIM} &= C(23) + C(1) + C(2)*DF_KALTIM + C(3)*\text{LOG}(PDRB_KALTIM) + \\ &C(4)*PUSKES_KALTIM + C(5)*MEDIS_KALTIM + C(6)*AMH_KALTIM \\ \text{AHH_SULUT} &= C(24) + C(1) + C(2)*DF_SULUT + C(3)*\text{LOG}(PDRB_SULUT) + C(4)*PUSKES_SULUT \\ &+ C(5)*MEDIS_SULUT + C(6)*AMH_SULUT \\ \text{AHH_SULTENG} &= C(25) + C(1) + C(2)*DF_SULTENG + C(3)*\text{LOG}(PDRB_SULTENG) + \\ &C(4)*PUSKES_SULTENG + C(5)*MEDIS_SULTENG + C(6)*AMH_SULTENG \\ \text{AHH_SULSEL} &= C(26) + C(1) + C(2)*DF_SULSEL + C(3)*\text{LOG}(PDRB_SULSEL) + \\ &C(4)*PUSKES_SULSEL + C(5)*MEDIS_SULSEL + C(6)*AMH_SULSEL \\ \text{AHH_SULTRA} &= C(27) + C(1) + C(2)*DF_SULTRA + C(3)*\text{LOG}(PDRB_SULTRA) + \\ &C(4)*PUSKES_SULTRA + C(5)*MEDIS_SULTRA + C(6)*AMH_SULTRA \\ \text{AHH_BALI} &= C(28) + C(1) + C(2)*DF_BALI + C(3)*\text{LOG}(PDRB_BALI) + C(4)*PUSKES_BALI + \\ &C(5)*MEDIS_BALI + C(6)*AMH_BALI \\ \text{AHH_NTB} &= C(29) + C(1) + C(2)*DF_NTB + C(3)*\text{LOG}(PDRB_NTB) + C(4)*PUSKES_NTB + \\ &C(5)*MEDIS_NTB + C(6)*AMH_NTB \\ \text{AHH_NTT} &= C(30) + C(1) + C(2)*DF_NTT + C(3)*\text{LOG}(PDRB_NTT) + C(4)*PUSKES_NTT + \\ &C(5)*MEDIS_NTT + C(6)*AMH_NTT \\ \text{AHH_MALUKU} &= C(31) + C(1) + C(2)*DF_MALUKU + C(3)*\text{LOG}(PDRB_MALUKU) + \\ &C(4)*PUSKES_MALUKU + C(5)*MEDIS_MALUKU + C(6)*AMH_MALUKU \\ \text{AHH_PAPUA} &= C(32) + C(1) + C(2)*DF_PAPUA + C(3)*\text{LOG}(PDRB_PAPUA) + \\ &C(4)*PUSKES_PAPUA + C(5)*MEDIS_PAPUA + C(6)*AMH_PAPUA \\ \text{AHH_MALUT} &= C(33) + C(1) + C(2)*DF_MALUT + C(3)*\text{LOG}(PDRB_MALUT) + \\ &C(4)*PUSKES_MALUT + C(5)*MEDIS_MALUT + C(6)*AMH_MALUT \\ \text{AHH_BANTEN} &= C(34) + C(1) + C(2)*DF_BANTEN + C(3)*\text{LOG}(PDRB_BANTEN) + \\ &C(4)*PUSKES_BANTEN + C(5)*MEDIS_BANTEN + C(6)*AMH_BANTEN \\ \text{AHH_BABEL} &= C(35) + C(1) + C(2)*DF_BABEL + C(3)*\text{LOG}(PDRB_BABEL) + C(4)*PUSKES_BABEL \\ &+ C(5)*MEDIS_BABEL + C(6)*AMH_BABEL \\ \text{AHH_GORONTALO} &= C(36) + C(1) + C(2)*DF_GORONTALO + C(3)*\text{LOG}(PDRB_GORONTALO) + \\ &C(4)*PUSKES_GORONTALO + C(5)*MEDIS_GORONTALO + C(6)*AMH_GORONTALO \\ \text{AHH_KEPRI} &= C(37) + C(1) + C(2)*DF_KEPRI + C(3)*\text{LOG}(PDRB_KEPRI) + C(4)*PUSKES_KEPRI + \\ &C(5)*MEDIS_KEPRI + C(6)*AMH_KEPRI \end{aligned}$$

Lampiran 8. *Substitued Coefficients* Hasil Regresi *Fixed Effect Model* dengan *Cross Section Weight*

Substituted Coefficients:

=====

$$\text{AHH_NAD} = -0.868820440473 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_NAD} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_NAD)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_NAD} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_NAD} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_NAD}$$

$$\text{AHH_SUMUT} = -0.0911555517291 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_SUMUT} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_SUMUT)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_SUMUT} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_SUMUT} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_SUMUT}$$

$$\text{AHH_SUMBAR} = -0.240273821427 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_SUMBAR} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_SUMBAR)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_SUMBAR} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_SUMBAR} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_SUMBAR}$$

$$\text{AHH_RIAU} = 0.972344036264 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_RIAU} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_RIAU)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_RIAU} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_RIAU} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_RIAU}$$

$$\text{AHH_JAMBI} = -0.314409803281 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_JAMBI} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_JAMBI)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_JAMBI} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_JAMBI} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_JAMBI}$$

$$\text{AHH_SUMSEL} = -0.19902580296 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_SUMSEL} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_SUMSEL)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_SUMSEL} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_SUMSEL} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_SUMSEL}$$

$$\text{AHH_BENGGKULU} = 0.626076876672 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_BENGGKULU} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_BENGGKULU)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_BENGGKULU} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_BENGGKULU} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_BENGGKULU}$$

$$\text{AHH_LAMPUNG} = 0.677430194885 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_LAMPUNG} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_LAMPUNG)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_LAMPUNG} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_LAMPUNG} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_LAMPUNG}$$

$$\text{AHH_JAKARTA} = 2.28911994032 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_JAKARTA} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_JAKARTA)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_JAKARTA} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_JAKARTA} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_JAKARTA}$$

$$\text{AHH_JABAR} = -1.0527487585 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_JABAR} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_JABAR)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_JABAR} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_JABAR} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_JABAR}$$

$$\text{AHH_JATENG} = 3.83395386545 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_JATENG} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_JATENG)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_JATENG} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_JATENG} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_JATENG}$$

$$\text{AHH_YOGYA} = 6.02817491647 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_YOGYA} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_YOGYA)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_YOGYA} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_YOGYA} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_YOGYA}$$

$$\text{AHH_JATIM} = 1.85160633512 + 37.0429080979 + 0.0148447779812 \cdot \text{DF_JATIM} + 0.695357688154 \cdot \text{LOG(PDRB_JATIM)} + 0.057756053068 \cdot \text{PUSKES_JATIM} - 0.000206998899715 \cdot \text{MEDIS_JATIM} + 0.20934076107 \cdot \text{AMH_JATIM}$$

(lanjutan)

AHH_KALBAR = -1.4027351261 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_KALBAR + 0.695357688154*LOG(PDRB_KALBAR) + 0.057756053068*PUSKES_KALBAR - 0.000206998899715*MEDIS_KALBAR + 0.20934076107*AMH_KALBAR

AHH_KALTENG = 1.40703226379 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_KALTENG + 0.695357688154*LOG(PDRB_KALTENG) + 0.057756053068*PUSKES_KALTENG - 0.000206998899715*MEDIS_KALTENG + 0.20934076107*AMH_KALTENG

AHH_KALSEL = -6.10756815847 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_KALSEL + 0.695357688154*LOG(PDRB_KALSEL) + 0.057756053068*PUSKES_KALSEL - 0.000206998899715*MEDIS_KALSEL + 0.20934076107*AMH_KALSEL

AHH_KALTIM = 0.386306588314 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_KALTIM + 0.695357688154*LOG(PDRB_KALTIM) + 0.057756053068*PUSKES_KALTIM - 0.000206998899715*MEDIS_KALTIM + 0.20934076107*AMH_KALTIM

AHH_SULUT = 2.92224183774 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_SULUT + 0.695357688154*LOG(PDRB_SULUT) + 0.057756053068*PUSKES_SULUT - 0.000206998899715*MEDIS_SULUT + 0.20934076107*AMH_SULUT

AHH_SULTENG = -2.81545575989 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_SULTENG + 0.695357688154*LOG(PDRB_SULTENG) + 0.057756053068*PUSKES_SULTENG - 0.000206998899715*MEDIS_SULTENG + 0.20934076107*AMH_SULTENG

AHH_SULSEL = 2.71733214558 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_SULSEL + 0.695357688154*LOG(PDRB_SULSEL) + 0.057756053068*PUSKES_SULSEL - 0.000206998899715*MEDIS_SULSEL + 0.20934076107*AMH_SULSEL

AHH_SULTRA = -0.740388127021 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_SULTRA + 0.695357688154*LOG(PDRB_SULTRA) + 0.057756053068*PUSKES_SULTRA - 0.000206998899715*MEDIS_SULTRA + 0.20934076107*AMH_SULTRA

AHH_BALI = 3.70900794857 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_BALI + 0.695357688154*LOG(PDRB_BALI) + 0.057756053068*PUSKES_BALI - 0.000206998899715*MEDIS_BALI + 0.20934076107*AMH_BALI

AHH_NTB = -3.92910851923 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_NTB + 0.695357688154*LOG(PDRB_NTB) + 0.057756053068*PUSKES_NTB - 0.000206998899715*MEDIS_NTB + 0.20934076107*AMH_NTB

AHH_NTT = 0.0858671522699 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_NTT + 0.695357688154*LOG(PDRB_NTT) + 0.057756053068*PUSKES_NTT - 0.000206998899715*MEDIS_NTT + 0.20934076107*AMH_NTT

AHH_MALUKU = -2.14899420161 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_MALUKU + 0.695357688154*LOG(PDRB_MALUKU) + 0.057756053068*PUSKES_MALUKU - 0.000206998899715*MEDIS_MALUKU + 0.20934076107*AMH_MALUKU

AHH_PAPUA = 2.53644534593 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_PAPUA + 0.695357688154*LOG(PDRB_PAPUA) + 0.057756053068*PUSKES_PAPUA - 0.000206998899715*MEDIS_PAPUA + 0.20934076107*AMH_PAPUA

AHH_MALUT = -3.00610961201 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_MALUT + 0.695357688154*LOG(PDRB_MALUT) + 0.057756053068*PUSKES_MALUT - 0.000206998899715*MEDIS_MALUT + 0.20934076107*AMH_MALUT

(lanjutan)

AHH_BANTEN = -4.18202126391 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_BANTEN +
0.695357688154*LOG(PDRB_BANTEN) + 0.057756053068*PUSKES_BANTEN -
0.000206998899715*MEDIS_BANTEN + 0.20934076107*AMH_BANTEN

AHH_BABEL = -0.572604134374 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_BABEL +
0.695357688154*LOG(PDRB_BABEL) + 0.057756053068*PUSKES_BABEL -
0.000206998899715*MEDIS_BABEL + 0.20934076107*AMH_BABEL

AHH_GORONTALO = -2.44188001047 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_GORONTALO +
0.695357688154*LOG(PDRB_GORONTALO) + 0.057756053068*PUSKES_GORONTALO -
0.000206998899715*MEDIS_GORONTALO + 0.20934076107*AMH_GORONTALO

AHH_KEPRI = 0.0703596440996 + 37.0429080979 + 0.0148447779812*DF_KEPRI +
0.695357688154*LOG(PDRB_KEPRI) + 0.057756053068*PUSKES_KEPRI -
0.000206998899715*MEDIS_KEPRI + 0.20934076107*AMH_KEPRI

