

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Landasan Teori

##### 1. Teori Signaling

*Teori signaling* mengemukakan tentang bagaimana seharusnya Pemerintah memberikan sinyal yang baik kepada rakyatnya. Tujuannya agar rakyat dapat terus mendukung Pemerintah yang saat ini berjalan sehingga Pemerintah dapat berjalan dengan baik. Laporan keuangan, laporan program kerja dan data profil kesehatan dapat dijadikan sarana untuk memberikan sinyal kepada rakyat. Kinerja Pemerintah yang baik perlu diinformasikan kepada rakyat baik sebagai bentuk pertanggungjawaban (Hilmi dan Dwi, 2012). Dengan memberikan sinyal kepada masyarakat dalam bentuk laporan keuangan, laporan program kerja dan data profil kesehatan dapat meningkatkan transparansi dalam Pemerintahan yang merupakan prinsip dari Pemerintahan *good governance*.

##### 2. Desentralisasi

Salah satu hal yang menarik dari dampak desentralisasi adalah perbedaan kemampuan fiskal yang semakin besar antar propinsi dan kabupaten/kota. Dengan adanya dana bagi hasil maka ada propinsi dan kabupaten/kota yang mendadak menjadi kaya dalam waktu sekejap (Laksono, 2002). Pemerintahan yang desentralisasi diwujudkan dengan

harus diputuskan pada Pemerintah Pusat kini dapat diputuskan ditingkat Pemerintah Daerah. Pada hakekatnya desentralisasi adalah otonomisasi suatu masyarakat yang berada dalam teritorir tertentu (Hoessein, 2002). Adanya penerapan tata Pemerintah desentralisasi mempunyai dampak ekonomi pada suatu negara. Terdapat dua teori perspektif yaitu *traditional theories (First-Generation Theories)* dan *new perspective theories (Second Generation Theories)*. Pada *traditional theories* menekankan dua keuntungan utama dari desentralisasi yaitu pengguna informasi yang lebih efisien karena Pemerintah Daerah yang lebih dekat dengan masyarakat, memungkinkan masyarakat dalam memilih barang dan jasa publik sesuai dengan selera dan keinginan masyarakat. Sedangkan untuk *new prespective theories* menjelaskan pengaruh desentralisasi terhadap perilaku Pemerintah Daerah yang akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi daerah (Galih, 2012)

Secara umum, konsep desentralisasi terdiri atas desentralisasi ekonomi (*economic of market decentralization*), desentralisasi administratif (*administrative decentralization*), desentralisasi politik (*political decentralization*) dan desentralisasi fiskal (*fiscal decentralization*).

### 3. Desentraliasi Fiskal

Desentralisasi fiskal adalah kewenangan (*authority*) dan tanggung jawab (*responsibility*) dalam penyusunan, pelaksanaan, dan pengawasan anggaran daerah (APBN) oleh Pemerintah Daerah (Suahrudin, 2006)

Menurut Sidik (2002) desentralisasi fiskal merupakan komponen utama dari desentralisasi. Apabila Pemerintah Daerah melaksanakan fungsinya secara efektif dan mendapat kebebasan dalam pengambilan keputusan pengeluaran di sektor publik, maka mereka harus mendapatkan dukungan sumber-sumber keuangan yang memadai baik yang berasal dari pendapatan asli daerah (PAD), bagi hasil pajak, pinjaman, maupun Subsidi/bantuan dari Pemerintah Pusat.

Menurut Syahrudin (2006) Pemerintahan mempunyai dua kelompok fungsi yaitu fungsi ekonomi dan fungsi non-ekonomi. Fungsi ekonomi disebut sebagai fungsi anggaran (*fiscal function*) yang terdiri dari:

- a. Fungsi alokasi (*allocation function*)
- b. Fungsi distribusi (*distribution function*)
- c. Fungsi stabilitas (*stabilization function*)

Ketiga fungsi ini perlu mendapatkan tempat yang sesuai dalam pengambilan keputusan penyediaan barang publik bagi kesejahteraan masyarakat baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah. Pelaksanaan desentralisasi fiskal akan berjalan dengan baik dengan menerapkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Adanya Pemerintah Pusat yang kapabel dalam melakukan pengawasan dan *enforcement*.
- b. Terdapat keseimbangan antara akuntabilitas dan kewenangan dalam melakukan pungutan pajak dan retribusi daerah.

Desentralisasi fiskal dapat mempengaruhi pertumbuhan ekonomi melalui peningkatan investasi, dapat pula mendorong pertumbuhan melalui efisiensi alokasi sumber daya pada level daerah (Anisa Irdhania, 2009). Pentingnya desentralisasi fiskal menjadi wacana dua kelompok berbeda argumentasi. Pertama: desentralisasi fiskal itu penting karena dapat meningkatkan efisiensi ekonomi, efisiensi biaya, perbaikan akuntabilitas, dan peningkatan mobilitas dana. Kelompok kedua: tak satupun dari manfaat tersebut yang akan berhasil dicapai oleh negara yang preferensi penduduknya hampir tidak mungkin diakomodir dalam anggaran Pemerintah dan kapasitas kelembagaan Pemerintah Daerah nihil. Dari perspektif ini, desentralisasi fiskal nampaknya cenderung meningkatkan biaya, mengurangi efisiensi pelayanan Pemerintah, dan mungkin bisa menyebabkan kesenjangan yang lebih dalam sektor keuangan Pemerintahan (Prud'Homme, 1994 dalam Yuliyati, 2002).

#### **4. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)**

Menurut *National Committee on Government Accounting* (NCGA) dalam Dwi (2010) definisi anggaran (*budget*) adalah rencana operasi keuangan yang mencakup estimasi pengeluaran yang diusulkan dan sumber pendapatan yang diharapkan untuk membiayai dalam priode waktu tertentu. Anggaran merupakan instrumen kebijakan yang multifungsi yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan organisasi. Besarnya anggaran dapat secara langsung menentukan arah dan tujuan pelayanan

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, APBD merupakan perwujudan aspirasi dan keinginan masyarakat mengenai pembangunan di daerah dan menjadi sarana manajemen keuangan daerah yang merupakan bagian dari manajemen keuangan negara. APBD adalah suatu rencana keuangan daerah yang terdiri atas proyeksi penerimaan dan pengeluaran suatu Pemerintahan Daerah dalam periode tertentu. APBD sebagai hasil musyawarah dengan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya yang disahkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) mengenai kebutuhan-kebutuhan yang sifatnya urgen atau lebih dikenal dengan musrenbang. Tujuan Pemerintah menyusun APBD digunakan untuk sebagai pedoman pendapatan dan belanja dalam melaksanakan kegiatan Pemerintah Daerah dan dapat memiliki gambaran yang jelas tentang apa saja yang akan diterima sebagai pendapatan dan pengeluaran dan apa saja yang harus di keluarkan untuk kepentingan daerah selama satu tahun.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004, pasal 66, ada beberapa fungsi yang dimiliki APBD, sebagai berikut:

a. Fungsi Otorisasi

Fungsi Otorisasi Berarti APBD menjadi dasar bagi Pemerintah Daerah untuk melaksanakan pendapatan dan belanja pada tahun yang bersangkutan.

b. Fungsi Perencanaan

APBD menjadi pedoman bagi manajemen dalam merencanakan kegiatan pada tahun yang bersangkutan sehingga dapat meminimalkan hambatan dan bias pada saat pelaksanaannya.

c. Fungsi Pengawasan

APBD menjadi pedoman untuk menilai apakah kegiatan penyelenggaraan yang dilakukan oleh pemerintah daerah sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.

d. Fungsi Alokasi

Fungsi alokasi APBD berarti anggaran harus diarahkan dengan tujuan untuk mengurangi pengangguran, pemborosan sumber daya, serta meningkatkan efisiensi dan efektifitas perekonomian.

e. Fungsi Distribusi

Dalam melaksanakan kebijakan anggaran daerah harus memperhatikan rasa keadilan dan kepatuhan, perencanaan APBD harus lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan yang dapat dinikmati oleh masyarakat.

f. Fungsi Stabilitas

APBD mejadi alat untuk memelihara dan mengupayakan keseimbangan fundamental perekonomian daerah. APBD dapat digunakan sebagai stabilitas ekonomi pada tingkat lokal.

## 5. Struktur APBD

Berdasarkan pasal 20 ayat 1 Peraturan Pemerintah, Nomor 58 tahun 2005 diatur tentang struktur APBD merupakan satu kesatuan yang terdiri dari:

### a. Pendapatan Daerah

Pendapatan daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 adalah semua hak daerah yang diakui sebagai penambahan nilai kekayaan bersih dalam periode anggaran tertentu. Pendapatan daerah berasal dari penerimaan dan perimbangan pusat dan daerah, yang berasal dari daerah itu sendiri. Terdapat beberapa sumber pendapatan daerah menurut Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 yaitu:

1. Pendapatan Asli Daerah
2. Hasil Perusahaan Milik Daerah
3. Lain-Lain Pendapatan Daerah Yang Sah

### b. Pembiayaan Daerah

Pembiayaan daerah meliputi semua penerimaan yang perlu dibayar kembali atau pengeluaran yang diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya. Pengeluaran pembiayaan mencakup:

1. Pembentukan Dana Cadangan
2. Pencairan Dana Cadangan
3. Pembayaran Pokok Utang

4. Pemberian Pinjaman

### c. Belanja Daerah

Belanja daerah meliputi semua pengeluaran dari rekening kas umum daerah yang mengurangi ekuitas dana lancar, yang merupakan kewajiban daerah dalam satu tahun anggaran yang tidak akan diperoleh pembayarannya kembali oleh daerah (Salvador dalam Ahmad, 2014). Berdasarkan klasifikasi belanja menurut fungsi pengelola negara untuk tujuan keselarasan dan keterpaduan pengelolaan keuangan negara terdiri dari:

1. Pelayanan Umum
2. Keamanan
3. Ekonomi
4. Lingkungan Hidup
5. Perumahan dan Fasilitas Umum
6. Kesehatan
7. Pariwisata dan Budaya
8. Agama
9. Pendidikan
10. Perlindungan Sosial

## 6. Anggaran Belanja Daerah

Anggaran belanja daerah adalah belanja yang tertuang dalam APBD yang diarahkan untuk mendukung penyelenggaraan Pemerintah, pembangunan dan pembinaan kemasyarakatan. Belanja daerah digunakan

provinsi atau kabupaten/kota yang terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan (Solvador dalam Ahmad, 2014).

Terdapat tiga prinsip dalam manajemen pengeluaran publik (*publik expenditure management*) yang mendukung terwujudnya penyusunan anggaran yang baik menurut Schick dalam Amriza (2012).

*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 secara progresif akan meningkatkan perbandingan rasio pajak pendapatan dan pengeluaran publik terhadap *Gross National Product* (GNP). Prinsip ini mengutamakan total anggaran yang harus mencerminkan hasil secara jelas, dijalankan dengan kebijakan yang ketat, tidak hanya mengakomodasi tuntutan pengeluaran namun juga harus di susun 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 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. Prinsip ini merupakan bagian dari sistem penganggaran yang mendorong dilakukannya efisiensi. Dalam pelaksanaan unit kerja selalu didorong untuk menghasilkan pendapatan (*profit center*) dari pada menjadi sumber pemborosan biaya (*cost center*). 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.

## **7. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)**

Menurut Nur (2012) Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas dasar harga berlaku menggambarkan nilai tambah barang dan jasa yang dihitung menggunakan harga pada setiap tahun, sedang PDRB atas dasar harga konstan menunjukkan nilai tambah barang dan jasa yang dihitung menggunakan harga pada tahun tertentu sebagai dasar. PDRB atas dasar harga berlaku digunakan untuk melihat pergeseran dan struktur ekonomi,

ekonomi dari tahun ke tahun. Badan Pusat Statistik menjelaskan untuk lebih jelas dalam penghitungan angka-angka PDRB ada tiga pendekatan yang kerap digunakan dalam melakukan perhitungan, yaitu menurut pendekatan produksi, pendekatan pendapatan, dan pendekatan pengeluaran.

Pengertian PDRB dapat pula dilihat dari tiga pendekatan tersebut, yaitu pendekatan produksi, pendapatan, dan pengeluaran. Dilihat dari pendekatan Produksi, PDRB merupakan nilai produksi netto dari barang dan jasa yang dihasilkan daerah dalam jangka waktu tertentu (satu tahun). Unit-unit produksi tersebut dalam penyajiannya dikelompokkan menjadi sembilan sektor lapangan usaha, yaitu sektor pertanian, pertambangan, perdagangan hotel dan restoran, pengangkutan dan komunikasi, keuangan, persewaan dan jasa perusahaan, dan jasa-jasa. Dilihat dari pendekatan pendapatan, PDRB adalah jumlah balas jasa yang diterima oleh faktor produksi dalam suatu daerah dalam jangka waktu tertentu. Balas jasa yang diterima adalah upah, sewa tanah, bunga modal, dan keuntungan dikurangi pajak penghasilan dan pajak langsung lainnya. Dalam pengertian PDRB, kecuali balas jasa faktor produksi di atas termasuk pula komponen penyusutan dan pajak tak langsung netto. Seluruh komponen pendapatan ini secara sektoral disebut sebagai nilai tambah bruto. Adapun dilihat dari pendekatan Pengeluaran, PDRB adalah semua komponen permintaan akhir seperti: pengukuran konsumsi rumah tangga dan lembaga swasta yang tidak mencari untung, konsumsi, Pemerintah, pembentukan modal tetap bruto, perubahan stok, dan ekspor netto (Nur, 2012).

## 8. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar hidup setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Amademen Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat 2, menyebutkan bahwa negara mengembangkan sistem sosial nasional (SJSN) bagi seluruh rakyat Indonesia, dengan dimasukkannya SJSN ke dalam amandemen Undang-Undang 1945 dan terbitnya Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional (SJSN). Atas dasar konstitusi dan Undang-Undang tersebut kementerian kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, yang dimulai dengan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin/JPKMM atau dikenal dengan Askeskin (2005-2007) dan pada tahun 2008 berubah menjadi program Jamkesmas. Menurut Marlim (2001) jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujutkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Pelaksanaan program Jamkesmas merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkannya program jaminan kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan sesuai Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang

badan penyelenggaraan jaminan sosial. Jamkesmas memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatan yang layak dapat terpenuhi. Iuran bagi rakyat masyarakat miskin dan tidak mampu dalam program Jamkesmas bersumber dari Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial. Pedoman pelaksanaan Jamkesmas ini lebih difokuskan pada penyelenggaraan kesehatan lanjutan di rumah sakit dan balai kesehatan yang terdiri dari penyelenggaraan keperawatan, penyelenggaraan pelayanan, penyelenggaraan pendanaan beserta manajemen dan pengorganisasiannya.

Terdapat beberapa Tujuan Penyelenggaraan Jaminan kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang di publikasikan oleh Kementrian Kesehatan, yaitu:

- a. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.
- b. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas serta jaringannya dan di rumah sakit.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- d. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematain ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu Angka Kematian Bayi sebesar 26,9 per 1.000, Angka Kematian Ibu sebesar 248 per 100.000, serta Angka Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS, 2007). Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak tahun 2005 telah diupayakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program Jamkesmas ini tidak hanya di harapkan keberhasilan pelaksanaannya saja, namun juga diharapkan mampu menjangkau seluruh warga miskin/ tidak mampu, sehingga program ini bisa dikatakan tepat sasaran.

## **9. Kebersertaan Jamkesmas**

Peserta Jamkesmas adalah setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah, peserta program Jamkesmas adalah fakir miskin dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas meliputi masyarakat miskin dan tidak mampu, gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, dan masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas

Karena derajat kesehatan masyarakat miskin masih cukup rendah di bandingkan masyarakat yang tidak miskin. Peserta Jamkesmas akan mendapatkan kartu Jamkesmas, yang dimana prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, peserta harus menunjukkan kartu keabsaahan kepersertaan yang merunjuk kepada daftar masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau rumah sehat lainnya.

#### **10. Jumlah Penduduk**

Penduduk adalah setiap warga negara yang tinggal di daerah dalam waktu enam bulan atau lebih, tetapi ada keinginan untuk menetap, jumlah penduduk merupakan informasi dalam wilayah geografi, dalam penelitian ini jumlah penduduk digunakan sebagai alat untuk mengukur derajat kesehatan di suatu wilayah.

#### **11. Pengukuran Kinerja, Outcome dan Indikator Kesehatan**

Pengukuran kinerja dimaksudkan sebagai alat manajemen yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas dalam organisasi (Whitakker dan Simons dalam Mahsun, 2011). Jadi dapat disimpulkan pengukuran kinerja merupakan suatu alat yang digunakan untuk menilai pencapaian pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana strategis sehingga dapat diketahui kemajuan organisasi serta untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas

(Putu Wirasata, EE III, 2010). Ada tiga maksud kenapa pengukuran kinerja

sektor publik dilakukan. Pertama, pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk membantu memperbaiki kinerja Pemerintah. ukuran kinerja dimaksudkan untuk membantu Pemerintah berfokus pada tujuan dan sasaran program unit kerja. Hal ini pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas organisasi sektor publik. Kedua, ukuran kinerja sektor publik digunakan untuk pengalokasian sumber daya dan pembuatan keputusan. Ketiga, ukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan (Mardiasmo dalam Afridian, 2010). Pengukuran kinerja merupakan bagian penting dalam proses pengendalian manajemen bagi sektor publik. menurut Indra Bastian (2006) terdapat sepuluh tujuan dalam pengukuran kinerja publik yaitu:

- a. Memastikan pemahaman para pelaksana dan ukuran yang digunakan untuk pencapaian kinerja.
- b. Memastikan tercapainya skema kinerja yang disepakati.
- c. Memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan kinerja dan membandingkannya dengan skema kerja serta melakukan tindakan untuk memperbaiki kinerja.
- d. Memberikan penghargaan dan hukuman yang objektif atas kinerja yang dicapai setelah dibandingkan dengan skema indikator kinerja yang telah disepakati.
- e. Menjadikan alat komunikasi antara bawahan dan pimpinan dalam upaya memperbaiki kinerja organisasi.

- f. Mengidentifikasi apakah kepuasan pelanggan telah terpenuhi
- g. Membantu memahami proses kegiatan instansi perusahaan.
- h. Memastikan bahwa pengambilan keputusan dilakukan secara objektif.
- i. Menunjukkan peningkatan yang perlu dilakukan.
- j. Menungkap masalah yang terjadi.

Pengukuran kinerja dapat dilihat dari anggaran kinerjanya yang ditampilkan dalam bentuk *line budget* dan program *budget* yang dimana anggaran kinerja dapat meningkatkan kualitas atau akuntabilitas sektor publik. Anggaran berbasis kinerja adalah proses penyusunan APBD yang diberlakukan dengan harapan dapat mendorong proses tata kelola Pemerintahan yang lebih baik. Anggaran kinerja ini diharapkan dapat membuat pembangunan menjadi lebih efisien dan partisipatif, karena melibatkan pengambilan kebijakan, pelaksanaan kegiatan dan juga melibatkan warga masyarakat sebagai penerima manfaat dari kegiatan publik (Utomo, 2007). Anggaran berbasis kinerja merupakan sebuah pendekatan dalam sistem penganggaran yang memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dengan keluaran (output) dan hasil (outcome). Adanya keterkaitan yang erat antara anggaran dengan kinerja Pemerintah harus dapat menetapkan rumusan kinerja yang ingin dicapainya dan terukur pencapaiannya.

Menurut Mardiasmo (2002), anggaran berbasis kinerja disusun untuk mengatasi berbagai kelemahan yang terdapat dalam anggaran tradisional, yang disebabkan oleh tidak adanya tolok ukur yang dapat digunakan untuk

mengukur kinerja dalam pencapaian tujuan dan sasaran pelayanan publik. Anggaran kinerja didasarkan pada tujuan dan sasaran kerja, oleh karena itu anggaran digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan dengan pendekatan kinerja yang menekankan pada konsep *value for money* dan pengawasan atas kinerja output.

Indikator digunakan sebagai proksi terhadap outcome kinerja. Indikator adalah ukuran yang bersifat kuantitatif, dan umumnya terdiri atas pembilangan (numerator) dan penyebutan (denominator). Indikator adalah suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi (Wilson & Sapanuchart dalam Menkes, 2003). Persyaratan yang harus dipertimbangkan dalam merumuskan indikator dapat dirumuskan dalam istilah inggris, yang dapat disingkat menjadi SMART yaitu *Simple* (sederhana), *Measurable* (Dapat Diukur), *Attributable* (bermanfaat), *Reliable* (dapat dipercaya), *Timely* (tepat waktu). Indikator bermanfaat dalam menilai atau mengukur kinerja instansi. Indikator kinerja (*performance indicators*) adalah suatu variabel yang digunakan untuk mengekspresikan secara kuantitatif efektivitas dan efisiensi proses atau operasi dengan berpedoman pada tujuan dan target.

Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikan lebih baik. Berbagai model pembiayaan kesehatan, sejumlah program intervensi

teknis bidang kesehatan, serta perbaikan organisasi dan manajemen telah di perkenalkan. Tujuan Pemerintah untuk melaksanakan program Indonesia sehat karena Pemerintah ingin meningkatkan taraf hidup masyarakat setempat sehingga dapat menurunkan mortalitas yaitu Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Harapan Hidup (AHH). Dalam rancangan strategis Departemen Kesehatan menuju Indonesia sehat, provinsi sehat, maupun kabupaten/kota sehat 2010, dikelompokkan ke dalam kategori sebagai berikut:

1. Indikator Hasil Akhir yaitu derajat kesehatan. Indikator hasil akhir yang paling akhir adalah indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.
2. Indikator Hasil Antara. Indikator ini terdiri atas indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
3. Indikator Proses dan Masukan. Indikator ini terdiri dari atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumberdaya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor-sektor terkait.

**Tabel 2.1**  
**Indikator Hasil Akhir**

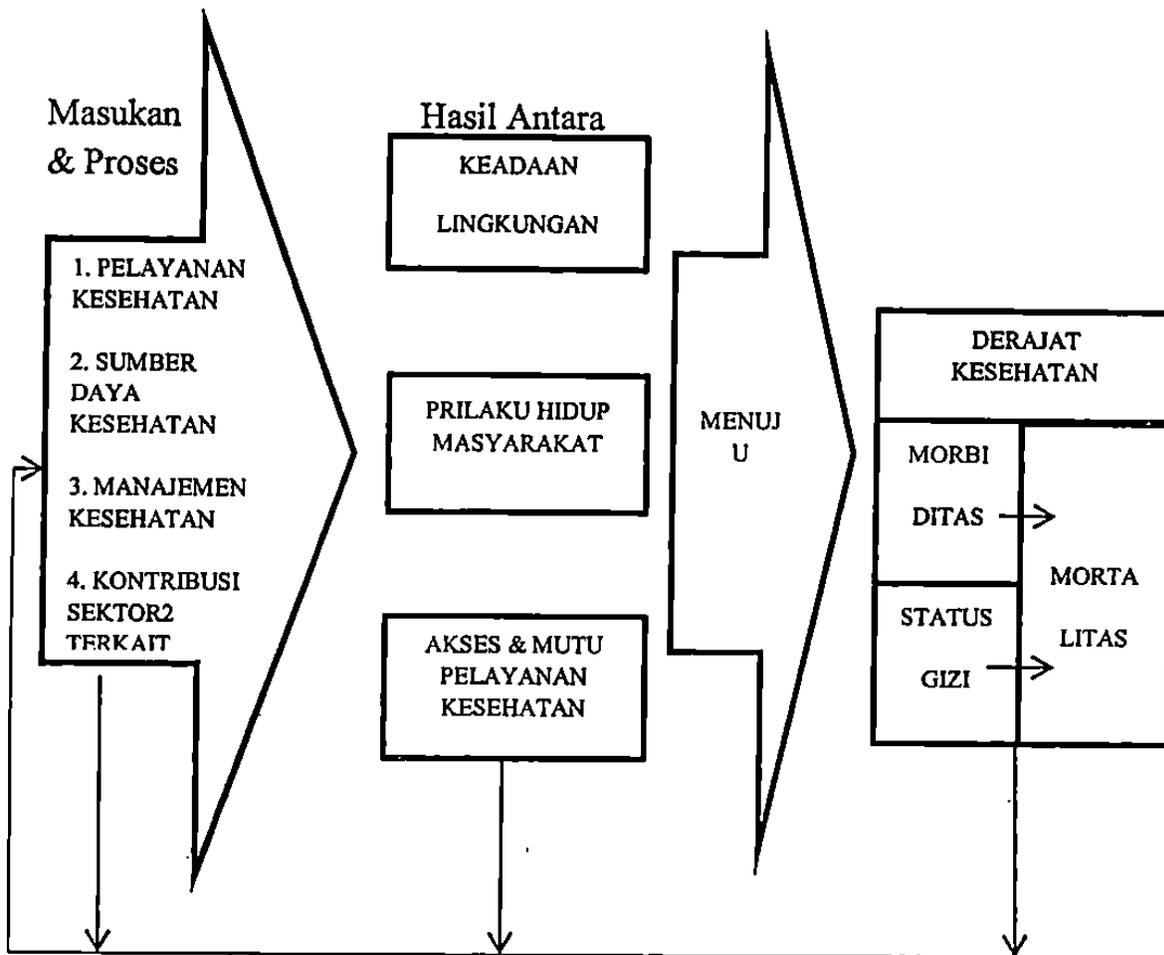
Indikator	Target 2010
<b>Mortalitas</b>	
1. Angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup	40
2. Angka kematian balita per-1.000 kelahiran hidup	58
3. Angka kematian ibu melahirkan per-100.000	150
4. Angka harapan hidup waktu lahir	67,9
<b>Morbiditas</b>	
5. Angka kesakitan malaria per-1.000 penduduk	5
6. Angka kesembuhan penderita TB paru BTA+	85
7. Prevalensi HIV	0,9
8. Angka "Acute Flaccis Paralysis" (AFP)	0,9
9. Angka kesakitan demam berdarah dengue (DBD)	2
<b>Status Gizi</b>	
10. Persentase balita dengan gizi buruk	15
11. Persentase kecamatan bebas rawan gizi	80

**Tabel 2.2**  
**Indikator Hasil Antara**

Indikator	Target 2010
<b>Keadaan Lingkungan</b>	
12. Persentase rumah sehat	80
13. Persentase tempat-tempat umum sehat	80
<b>Perilaku Hidup Masyarakat</b>	
14. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat	65
15. Persentase posyandu purnama dan mandiri	40
<b>Akses dan Mutu Pelayanan kesehatan</b>	
16. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas	15
17. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit	1,5
18. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan	100
19. Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan spesialis dasar	100
20. Persentase obat generik berlogo persediaan obat	100

**Tabel 2.3**  
**Indikator Proses dan Masukan**

Indikator	Target 2010
<b>Pelayanan Kesehatan</b>	
21. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan	90
22. Persentase desa yang mencapai " <i>Universal Child Immunization</i> " (UCI)	100
23. Persentase desa yang terkena kejadian luar biasa	100
24. Persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe	80
25. Persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif	80
26. Persentase murid sekola dasar/ madrasah	100
27. Persentase perkerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja	80
28. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan	100
<b>Sumberdaya Kesehatan</b>	
29. Rasio dokter per-100.000 penduduk	40
30. Rasio dokter spesialis per-100.000 penduduk	6
31. Rasio dokter keluarga 1.000 keluarga	2
32. Rasio dokter gigi per-100.000 penduduk	11
33. Rasio apoteker per-100.000 penduduk	10
34. Rasio bidan per-100.000 penduduk	100
35. Rasio perawat per-100.000 penduduk	117,5
36. Rasio ahli gizi per-100.000 penduduk	22
37. Rasio ahli sanitasi per-100.000 penduduk	40
38. Rasio ahli kesehatan masyarakat per-100.000	40
39. Persentase penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan	80
40. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD	15
41. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah per-kapita	100
<b>Manajemen Kesehatan</b>	100
42. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai dokumen	100
43. Persentase kabupaten/kota yang memiliki " <i>contingency plan</i> " untuk masalah kesehatan akibat bencana	100
44. Persentase kabupaten/kota membuat profil kesehatan	100
45. Persentase provinsi yang melaksanakan surkesda	100
46. Persentase provinsi " <i>provincial health account</i> "	100
<b>Kontribusi Sektor Terkait</b>	
47. keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih	85
48. Persentase pasangan usia subur yang menjadi akseptor keluarga berencana	70
49. Angka kecelakaan lalu-lintas per-100.000 penduduk	10
50. Persentase penduduk yang melek huruf	95



**Gambar 2.1**

**Skema Hubungan Antar Indikator Bidang Kesehatan**

Gambar 2.1 merupakan penetapan indikator pencapaian untuk menuju Indonesia sehat tahun 2010 yang diskemakan agar terlihat hubungan antara satu kelompok indikator dengan kelompok indikator lain. Indikator-indikator di atas digunakan klasifikasi dengan berpegang pada pendekatan sistem, sehingga terdapat indikator hasil dan keluaran, yang dapat dibedakan lagi ke dalam indikator hasil antara atau output dan indikator hasil akhir atau outcome dan indikator masukan dapat dibedakan lagi ke dalam indikator sumber daya dan

## B. Penelitian Terdahulu

Saat ini masih belum banyak penelitian empiris yang dilakukan di Indonesia khususnya di Provinsi DIY mengenai rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB dan sumberdaya kesehatan terhadap outcome bidang kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Afridian (2010) yang berjudul dampak desentralisasi fiskal terhadap outcome bidang kesehatan yang dilakukan di Sumantra Barat menemukan bahwa variabel desentralisasi fiskal tidak berpengaruh signifikan terhadap AKB dan AHH. Penelitian yang dilakukan Ucimura et al (2009) berjudul *fiscal decentralization, chinese style: goog for health outcome?* Priode penelitian 1995-2001, menemukan bahwa propinsi yang lebih terdesentralisasi memiliki AKB yang lebih rendah. Penelitian yang dilakukan Amriza Nitra (2012) yang berjudul pengaruh desentralisasi fiskal terhadap AHH di Indonesia priode 2005-2009 menunjukkan desentralisasi fiskal dengan persentase belanja fungsi kesehatan memiliki pengaruh signifikan positif terhadap AHH dan PDRB berpengaruh signifikan positif terhadap AHH. Penelitian yang dilakukan Nur Asmi (2012) berjudul dampak belanja daerah terhadap output bidang kesehatan di Provinsi Sulawesi Selatan priode 2000 – 2010, menemukan bahwa variabel perbaikan ekonomi di Sulawesi Selatan secara umum PDRB yang mempunyai pengaruh terhadap output bidang kesehatan dan penelitian yang dilakukan oleh Robalino et al (2001) berjudul *is fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries*, priode penelitian 1960 – 2004, menemukan bahwa terhadap hubungan yang negatif dan signifikan antara desentralisasi fiskal dengan AKB

sehingga terdapat efisiensi fiskal terjadi setelah ada pelimpahan tanggung jawab dari Pemerintah Pusat kepada Pemerinta Daerah. Penelitian yang dilakukan Qomariah (2006) yang berjudul faktor-faktor yang berpotensi mempengaruhi kematian ibu di kota Palembang dan Kabupaten Mura, Sumatra Selatan, menemukan bahwa AKI dalam persalihan banyak terjadi pada kelompok miskin, karena kemampuan masyarakat terbatas untuk membayar biaya perasalinan dan penggunaan kartu gakin belum dapat di nikmati mereka. Penelitian yang dilakukan oleh Sasongko, et al (2012) yang berjudul implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Banyumanik Semarang, menemukan bahwa implementasi kebijakan Jamkesmas kurang berhasil, hal ini dikarenakan oleh beberapa faktor yakni program Jamkesmas belum tepat sasaran, masyarakat kurang puas dengan pelayanan yang diberikan selama ini melalui program Jamkesmas, daya tangkap masyarakat terhadap jamkemas masih kurang tinggi hal ini dikarenakan sebagian besar pengguna Jamkesmas hanya berpendidikan sampai jenjang sekolah dasar (SD) sehingga rata-rata dari mereka kurang bisa memahami apa maksud yang disampaikan oleh petugas pelaksana Jamkesmas dan sikap masyarakat terhadap Jamkesmas dinilai mendukung ini dikarenakan mereka berpendapat bahwa program Jamkesmas secara langsung dapat meringankan beban mereka.

### C. Hipotesis Penelitian

Upaya Pemerintah untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat dengan memberi akses pelayanan kesehatan yang terus menerus terjangkau, setiap keluarga, individu dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan kesehatannya dan negara bertanggungjawab penuh mengatur hak hidup sehat bagi penduduknya. Derajat kesehatan masyarakat yang kurang mampu berdasarkan indikator menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2007 Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Harapan Hidup (AHH) masih cukup tinggi, sehingga Pemerintah membangun suatu program kesehatan yang berdasarkan konsep asuransi sosial sehingga masyarakat yang kurang mampu dapat memperoleh perlindungan terhadap kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2014).

Penelitian yang dilakukan Nur (2012) di Sulawesi Selatan menemukan hasil bahwa variabel belanja daerah bidang/fungsi kesehatan mempunyai pengaruh positif namun tidak signifikan terhadap AKB sedangkan variabel PDRB berpengaruh signifikan dan negatif terhadap AKB di propinsi Sulawesi Selatan, menurut penelitian yang dilakukan Robalino (2001) menemukan bahwa desentralisasi fiskal berhubungan dengan AKB yang lebih rendah.

Penelitian yang dilakukan Afridian (2010) menemukan bahwa variabel PDRB yang secara statistik berpengaruh negatif secara signifikan

jumlah tenaga medis secara statistik tidak berpengaruh signifikan terhadap AKB.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu dan penjelasan terkait, penulis mengajukan hipotesis:

**H<sub>1a</sub>: Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan berpengaruh negatif terhadap tingkat Angka Kematian Bayi**

**H<sub>1b</sub>: Produk Domestik Regional Bruto berpengaruh negatif terhadap tingkat Angka Kematian Bayi**

**H<sub>1c</sub>: Tenaga medis berpengaruh negatif terhadap tingkat Angka Kematian Bayi**

Kesehatan ibu merupakan komponen sangat penting dalam pembangunan kesehatan karena komponen yang lain di pengaruhi oleh kesehatan ibu, untuk mewujudkan itu semua seluruh pemangku kepentingan program kesehatan harus meningkatkan pelayanan kesehatan dan program kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan ibu yang akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup keluarga (Ferry et al, 2009). Menurut Surahman (2009) tenaga medis sebagai ujung tombaknya dalam penurunan AKI dan AKB. Bidan yang berhubungan langsung dengan pelayanan ibu dan bayi, dokter sebagai ujung tombak terdepan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan dokter spesialis sebagai pelengkap sistem dalam upaya tersebut.

Penelitian yang dilakukan Qomariah (2006) yang berjudul faktor-faktor yang berpotensi mempengaruhi kematian ibu di Kota Palembang dan

Kabupaten Mura, Sumatra Selatan, menemukan bahwa AKI dalam persalinaan banyak terjadi pada kelompok miskin, karena kemampuan masyarakat terbatas untuk membayar biaya persalinaan dan penggunaan kartu gakin belum dapat di nikmati mereka, upaya kesehatan yang lemah yaitu manajemen kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat dan perencanaan masih berbasis proyek yang terbatas waktunya untuk menghabiskan alokasi dana sehingga kelangsungan program tidak terjamin dan perencanaan pembiayaan kesehatan belum memperhatikan prioritas kebutuhan daerah dan tidak dialokasikan dalam jumlah yang memadai sehingga tidak memiliki daya ungkit yang diharapkan.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu dan penjelasan terkait, penulis mengajukan hipotesis:

**H<sub>2a</sub>: Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan berpengaruh negatif terhadap tingkat Angka Kematian Ibu**

**H<sub>2b</sub>: Produk Domestik Regional Bruto berpengaruh negatif terhadap tingkat Angka Kematian Ibu**

**H<sub>2c</sub>: Tenaga medis berpengaruh negatif terhadap tingkat Angka Kematian Ibu**

Keberhasilan program kesehatan pada umumnya dilihat dari peningkatan AHH penduduk disuatu negara. Meningkatnya daya beli masyarakat akan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, maupun memenuhi kebutuhan gizi dan kalori, maupun mempunyai jaminan pendidikan dan jaminan kesehatan yang lebih, yang pada gilirannya akan meningkatkan

derajat kesehatan masyarakat dan memperpanjang AHH. AHH pada suatu umur  $x$  adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seorang yang telah berhasil mencapai umur  $x$ , pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku dilingkungan masyarakatnya (BPS, 2013).

Penelitian yang dilakukan Amriza Nitra (2012) yang berjudul pengaruh desentralisasi fiskal terhadap AHH di Indonesia periode 2005-2009 menunjukkan desentralisasi fiskal dengan persentase belanja fungsi kesehatan memiliki pengaruh signifikan positif terhadap AHH dan PDRB berpengaruh signifikan positif terhadap AHH. Penelitian yang dilakukan Afridian (2010) menemukan AHH menunjukkan bahwa PDRB yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap AHH, sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH.

Penelitian yang dilakukan oleh Sasongko, et al (2012) yang berjudul implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Banyumanik Semarang menemukan bahwa implementasi kebijakan Jamkesmas kurang berhasil, hal ini dikarenakan oleh beberapa faktor yakni program Jamkesmas belum tepat sasaran, masyarakat kurang puas dengan pelayanan yang diberikan selama ini melalui program Jamkesmas, daya tangkap masyarakat terhadap Jamkesmas masih kurang tinggi hal ini dikarenakan sebagian besar pengguna Jamkesmas hanya berpendidikan sampai jenjang sekolah dasar (SD) sehingga rata-rata dari mereka kurang bisa memahami apa maksud yang disampaikan oleh petugas pelaksanaan

Jamkesmas dan sikap masyarakat terhadap Jamkesmas dinilai mendukung ini dikarenakan mereka berpendapat bahwa program Jamkesmas secara langsung dapat meringankan beban mereka.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu dan penjelasan terkait, penulis mengajukan hipotesis:

**H<sub>3a</sub>: Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan berhubungan positif terhadap tingkat Angka Harapan Hidup**

**H<sub>3b</sub>: Produk Domestik Regional Bruto berpengaruh positif terhadap tingkat Angka Harapan Hidup**

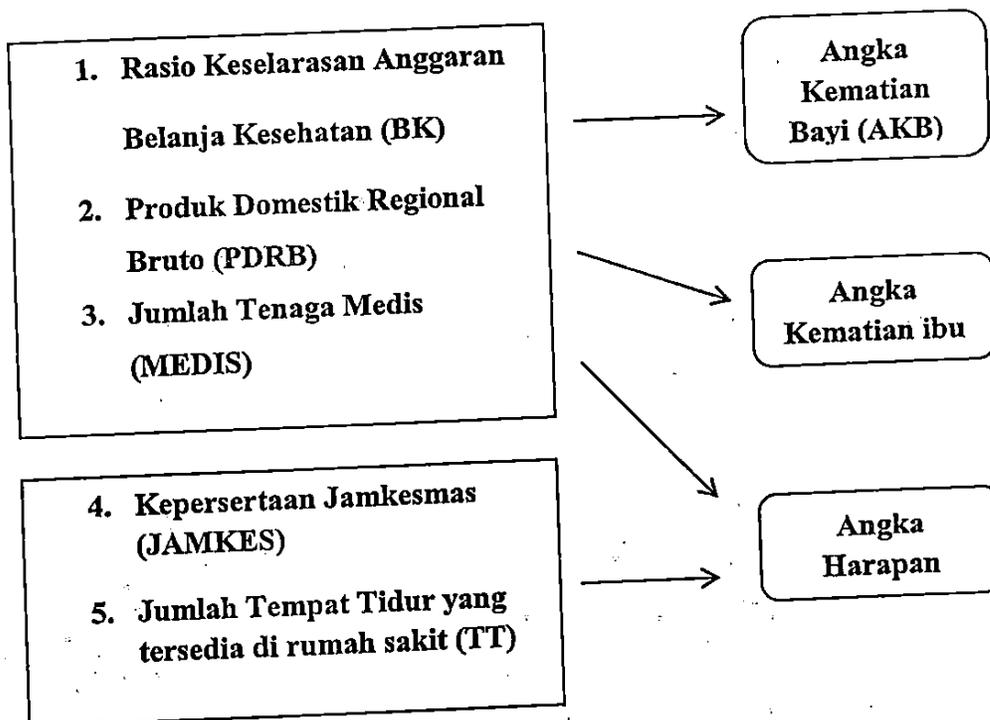
**H<sub>3c</sub>: Tenaga Medis berpengaruh positif terhadap tingkat Angka Harapan Hidup**

**H<sub>3d</sub>: Kepersertaan Jamkesmas berpengaruh positif terhadap tingkat Angka Harapan Hidup**

**H<sub>3e</sub>: Jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit berpengaruh positif terhadap tingkat Angka Harapan Hidup**

#### D. Kerangka Model Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menguji ada/tidaknya pengaruh tingkat rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB dan sumberdaya kesehatan terhadap outcome bidang kesehatan di DIY yang dinyatakan dengan Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Harapan Hidup (AHH) sebagai variabel dependen dan rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), jumlah tenaga medis, kepersertaan Jamkesmas dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit sebagai variabel independen.



Gambar 2.2

Kerangka Model Penelitian

## BAB III

### METODA PENELITIAN

#### A. Objek Penelitian

Objek penelitian ini yaitu 4 Kabupaten dan 1 kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang meliputi Kabupaten Bantul, Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Sleman, Kabupaten Gunung Kidul dan Kota Yogyakarta. Pemilihan Kabupaten/Kota di DIY ini didasarkan bahwa peneliti ingin mengetahui sejauh mana pengaruh rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, jumlah tenaga medis terhadap tingkat Angka Kematian Bayi (AKB) dan tingkat Angka Kematian Ibu (AKI) dan ingin mengetahui sejauh mana rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, jumlah tenaga medis, kepersertaan Jamkesmas dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap tingkat Angka Harapan Hidup (AHH).

#### B. Teknik Pengambilan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah 5 Dinas Kesehatan kabupaten dan kota di Provinsi DIY. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan tingkat kabupaten dan kota di Provinsi DIY. Pemilihan sampel dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling method* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Teknik ini diartikan sebagai suatu proses pengambilan sampel dengan menentukan terlebih dahulu jumlah sampel yang hendak diambil, kemudian pemilihan sampel dilakukan dengan berdasarkan tujuan-tujuan tertentu. Kriteria yang ditetapkan adalah:

1. Menyediakan Anggaran Kesehatan dari tahun 2007 s.d. 2012 Kabupaten/Kota.
2. PDRB berdasarkan harga berlaku di kabupaten/Kota Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2007 s.d 2012 yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik.
3. Menyediakan data yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

### **C. Jenis Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, data yang dapat diperoleh dari sumber yang telah ada atau melalui perantara. Data dalam penelitian ini terdiri dari APBD, PDRB berdasarkan harga berlaku, jumlah tenaga medis, jumlah kepersertaan Jamkesmas, jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit, jumlah penduduk, jumlah bayi yang meninggal, jumlah ibu yang meninggal dan jumlah kematian menurut kelompok umur. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah tahun 2007 s.d. 2012.

### **D. Teknik Pengumpulan Data**

Data-data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari berbagai sumber yang dapat mendukung penelitian. berikut sumber data yang digunakan dalam penelitian ini:

1. Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Data berasal dari survei BPS dari tahun 2007 s.d. 2012. Data yang diperoleh

1. APBD Kabupaten/Kota, jumlah penduduk, PDRB

## 2. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Data yang diperoleh berasal dari profil kesehatan yang dipublikasikan setiap Kabupaten/Kota untuk tahun 2007 s.d. 2012. Data yang diperoleh yaitu berupa angka kematian menurut kelompok umur, Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu, jumlah tenaga medis, jumlah peserta jaminan kesehatan pra bayar dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit.

### E. Definisi Operasional Variabel dan Pengukuran Variabel

#### 1. Variabel Dependen

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Dalam SEM disebut variabel endogen. Variabel ini sering juga disebut variabel output, kriterium, konsekuen atau variabel terikat. Variabel dependen yang digunakan dalam penelitian ini mengenai derajat kesehatan sebagai berikut:

##### a. Angka Kematian Bayi (AKB) Per-1.000 Kelahiran Hidup

adalah kematian bayi yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun. Formula pengukuran indikator:

*angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup*

$$AKB = \frac{\text{jumlah bayi (berumur <1tahun) yang meninggal di suatu wilayah}}{\text{jumlah kelahiran hidup di wilayah pada kurung waktu yang sama}} \times 1.000$$

##### b. Angka Kematian Ibu (AKI) Per-100.000 Kelahiran Hidup

Adalah kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan, dan masa pifas. Formula pengukuran indikator:

$$AKI = \frac{\text{jumlah ibu hamil yang meninggal karena hamil, bersalin, dan nifas di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurung waktu yang sama}} \times 100.000$$

c. Angka Harapan Hidup (AHH)

adalah suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk (dalam tahun) sejak lahir yang kan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok. Formula pengukuran indikator:

$$AHH = \frac{\text{jumlah tahun kehidupan kohort}}{\text{jumlah kohort}}$$

## 2. Variabel Independen

Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen. Variabel independen disebut juga variabel eksogen. Dalam penelitian ini variabel independen adalah mengenai rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan.

a. Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan dalam APBD adalah indikator di bidang kesehatan pada belanja pelayanan kesehatan yakni anggaran yang dialokasikan oleh Pemerintah melalui APBD untuk biaya penyelenggaraan upaya kesehatan (Afridian, 2010). formula pengukuran:

*Persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota*

$$\frac{\text{jumlah alokasi APBD pada suatu wilayah untuk kesehatan dalam 1 tahun}}{\text{total anggaran APBD di provinsi pada tahun yang sama}} \times 100\%$$

b. PDRB (Produk domestik regional bruto) adalah jumlah nilai tambah

barang dan jasa yang dihasilkan dari seluruh kegiatan perekonomian di

suatu wilayah dalam tahun tertentu atau priode tertentu dan biasanya satu tahun. Menghitung PDRB dalam penelitian ini PDRB berdasarkan harga yang berlaku, sehingga untuk menghitung PDRB per kapita adalah PDRB berdasarkan harga berlaku kabupaten/kota dibagi dengan total jumlah penduduk di kabupaten/kota yang sama.

$$PDRB = \frac{\text{PDRB berdasarkan harga berlaku pd suatu wilayah dan tahun tertentu}}{\text{penduduk provinsi pada tahun yang sama}}$$

c. Rasio Tenaga Medis

Jumlah tenaga medis dalam penelitian ini mencakup dokter, perawat dan bidan disuatu kabupaten/kota dalam satu tahun.

$$Medis = \frac{\text{tenaga medis pada suatu wilayah dan tahun tertentu}}{\text{penduduk di suatu provinsi pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

d. Rasio Tempat Tidur adalah jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dalam satu tahun.

$$TT = \frac{\text{tt yang tersedia pada suatu wilayah dan tahun tertentu}}{\text{penduduk provinsi pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

e. Jamkesmas (jaminan kesehatan masyarakat) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Menghitung Jamkesmas ini dengan melihat kepersertaan Jamkemas disuatu wilayah dibagi dengan jumlah penduduk miskin dan tidak mampu disuatu wilayah. Formula pengukuran indikator:

$$\frac{\text{jumlah penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{jumlah penduduk yang ada di wilayah dan pada kurung waktu yang sama}} \times 100\%$$

## F. Analisis Data

### 1. Pengujian Asumsi Klasik

#### a. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah distribusi sebuah data mengikuti atau mendekati distribusi normal. Uji normalitas dalam penelitian ini dilakukan dengan analisis statistik.

#### b. Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya penyimpangan asumsi klasik heteroskedastisitas yaitu adanya ketidaksamaan varian dari residual untuk semua pengamatan pada model regresi (Wijaya, 2012). Dalam penelitian ini dilakukan dengan pengujian grafik yaitu dengan melihat grafik plot.

#### c. Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas digunakan untuk menguji apakah terdapat suatu hubungan linear antara masing-masing variabel independen di dalam model regresi. Uji multikolinearitas terjadi ketika sebagian besar variabel yang digunakan saling terkait satu sama lain di dalam model (Wijaya, 2012). Dalam penelitian ini uji multikolinearitas dilakukan dengan analisis matrik korelasi variabel-variabel independen dan dengan melihat nilai variansi dan koefisien determinasi.

#### d. Uji Hipotesis

Model pengujian yang digunakan untuk menguji hipotesis, peneliti menggunakan metoda analisis regresi berganda (*Multiple Regression*) yang dimana untuk mengetahui arah hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen apakah masing-masing variabel berhubungan negatif atau positif. Model pengujian hipotesis dalam penelitian ini, menggunakan model yang sama digunakan oleh Afridian (2010).

Persamaan regresi dalam penelitian ini sebagai berikut:

$$AKB_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + e_{rt}$$

Keterangan:

- $AKB_{rt}$  : Melambangkan Angka Kematian Bayi.  
 $DFK_{rt}$  : Melambangkan Belanja Kesehatan.  
 $PDRB_{rt}$  : Melambangkan Produk Domestik Regional Bruto.  
 $MDS_{rt}$  : Melambangkan Jumlah Tenaga Medis.  
 $e_{rt}$  : Error  
 $r$  : Melambangkan Kabupaten/Kota di DIY.  
 $t$  : Melambangkan waktu dari tahun 2007 s.d. 2012

$$AKI_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + e_{rt}$$

Keterangan:

- $AKI_{rt}$  : Melambangkan Angka Kematian Ibu.  
 $DFK_{rt}$  : Melambangkan Belanja Kesehatan.  
 $PDRB_{rt}$  : Melambangkan Produk Domestik Regional Bruto.  
 $MDS_{rt}$  : Melambangkan Jumlah Tenaga Medis.  
 $e_{rt}$  : Error  
 $r$  : Melambangkan Kabupaten/Kota di DIY.  
 $t$  : Melambangkan waktu dari tahun 2007 s.d. 2012

$$AHH_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + \beta_4 TT_{rt} + \beta_5 JAMKES_{rt} + e_{rt}$$

Keterangan:

$AHH_{rt}$	: Melambangkan Angka Harapan Hidup.
$DFK_{rt}$	: Melambangkan Belanja Kesehatan.
$PDRB_{rt}$	: Melambangkan Produk Domestik Regional Bruto.
$MDS_{rt}$	: Melambangkan Jumlah Tenaga Medis.
$JAMKES_{rt}$	: Melambangkan Kepersertaan Jamkesmas.
$e_{rt}$	: Error
$r$	: Melambangkan Kabupaten/Kota di DIY.
$t$	: Melambangkan waktu dari tahun 2007 s.d. 2012

### 1) Uji statistik t

Uji t dikenal dengan uji parsial yaitu untuk menguji bagaimana pengaruh masing-masing variabel independen secara sendiri-sendiri terhadap variabel dependen. Pengujian ini digunakan untuk menguji koefisien regresi, apakah variabel independen berpengaruh dengan variabel dependen penerimaan hipotesis dalam uji nilai t apabila nilai  $\text{sig} < \alpha$  dengan derajat kepercayaan 5% atau 0,05 serta koefisien regresi searah dengan hipotesisnya maka  $H_a$  dapat diterima. Hal itu berarti bahwa variabel independen memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel dependen.

### 2) Uji Statistik F

Uji F dikenal dengan uji serentak atau uji anova yaitu untuk melihat bagaimana pengaruh semua variabel independen secara

dengan melihat hasil F-hitung dengan F-tabel. Apabila nilai  $\text{Sig } F < \alpha$ , maka terdapat pengaruh secara bersama-sama variabel independen terhadap variabel dependen. variabel independen dapat mempengaruhi secara bersama-sama variabel dependen ketika nilai  $\text{sig} < \alpha$  dengan derajat kepercayaan 5% atau 0,05.

### 3) Uji Koefisien Determinasi

Uji koefisien determinasi dengan melihat kolom  $R^2$ , koefisien determinasi digunakan untuk mengukur seberapa besar variabel independen bisa mempengaruhi variabel dependen.