

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Objek Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengamati persentase alokasi anggaran dalam meningkatkan derajat kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah 5 Kabupaten/Kota Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dari tahun 2007 sampai 2012 dan tehnik yang digunakan untuk menetapkan sampel dengan menggunakan *purposive sampling*.

Tabel 4.1
Sample Penelitian

No	Kriteria	2007-2012
1	Menyediakan anggaran kesehatan dari tahun 2007 s.d. 2012 Kabupaten/Kota	5
2	PDRB berdasarkan harga berlaku di kabupaten/Kota Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2007 s.d 2012 yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik.	5
3	Menyediakan data yang dibutuhkan dalam penelitian ini	20
	Sampel Terkumpul	30

B. Uji Statistik Deskriptif

Analisis statistik deskriptif menggambarkan tentang ringkasan data-data seperti mean, nilai maksimum, nilai minimum standar deviasi dan varian. Hasil

yang didapat dari uji statistik deskriptif terlihat pada tabel 4

TABEL 4.2
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BK	30	.05	.85	.1243	.14243
PDRB	30	3.73	33.51	13.2017	7.38073
MEDIS	30	20.21	854.98	194.2203	246.15757
TT	30	16.11	124.78	43.8677	29.62305
JAMKES	30	.03	.82	.2967	.22878
AKB	30	2.68	19.65	8.6793	4.39876
AKI	30	20.39	245.53	102.0017	46.63748
AHH	30	70.55	75.29	72.8760	1.61742
Valid N (listwise)	30				

Tabel 4.2. adalah hasil dari pengujian analisis statistik deskriptif dengan menggunakan *software* SPSS 17. Berdasarkan hasil statistik deskriptif yang dengan priode waktu pengamatan dari tahun 2007 sampai 2012. Dari hasil pengamatan menunjukkan variabel kepersertaan Jamkesmas menunjukkan nilai minimum yang rendah yaitu sebesar 0,03 sementara variabel tenaga medis menunjukkan nilai minimum tertinggi yaitu sebesar 20,21.

Dari hasil statistik deskriptif menunjukkan bahwa variabel kepersertaan Jamkesmas menunjukkan nilai maksimum yang terendah sebesar 0,82 sementara itu variabel tenaga medis menunjukkan nilai maksimum tertinggi sebesar 854,98. variabel tenaga medis memiliki nilai *mean* tertinggi sebesar 194,22, sementara untuk variabel independen rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan menunjukkan nilai mean terendah dibandingkan variabel independen lainnya yaitu sebesar 0,1243. Standart deviasi variabel tenaga

medis memiliki standar deviasi tertinggi yaitu sebesar 246,16 sementara variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan memiliki standar deviasi terendah dibandingkan variabel lainnya yaitu sebesar 0,14243.

C. Uji Asumsi Klasik

Uji asumsi klasik adalah pengujian asumsi-asumsi *statistic* yang harus dipenuhi pada analisis regresi linear berganda yang berbasis *ordinary least square* (OLS). Analisis regresi yang tidak berdasarkan OLS tidak memerlukan persyaratan asumsi klasik, yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah uji normalitas, uji multikolinearitas, uji heteroskedastisitas, dan uji hipotesis.

1. Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk melihat apakah dalam model regresi variabel terikat dan variabel bebas keduanya mempunyai distribusi normal atau tidak. Pengujian normalitas dilakukan dengan pengujian *One-sample Kolmogorov-Smirnov Test*. Data dikatakan berdistribusi normal apabila nilai *Kolmogorov Smirnov* lebih besar dari 0,05. Pengujian regresi yang

TABEL 4.3
Hasil Uji Normalitas AKB

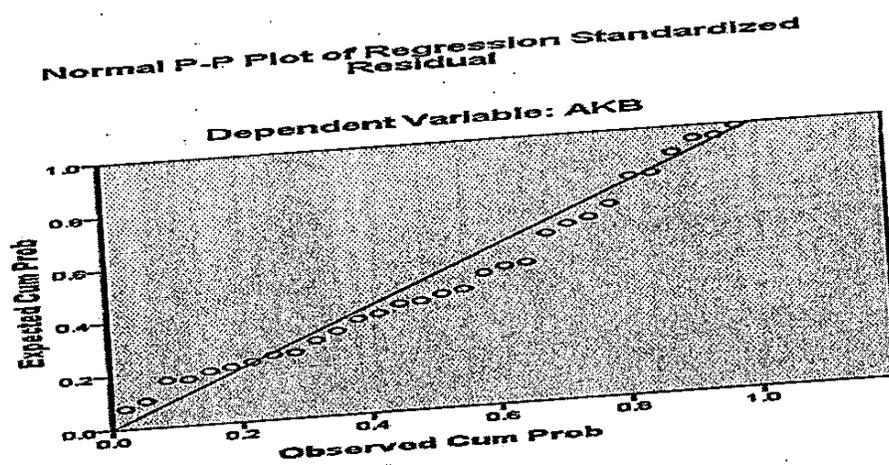
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	4.07779050
Most Extreme Differences	Absolute	.099
	Positive	.099
	Negative	-.082
Kolmogorov-Smirnov Z		.541
Asymp. Sig. (2-tailed)		.931

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Dari output variabel dependen Angka Kematian Bayi diatas dapat diketahui bahwa nilai signifikansi (Asymp.Sig 2-tailed) sebesar 0,931. Karena signifikansi lebih dari 0,05 ($0,931 > 0,05$), maka nilai residual tersebut telah normal.



Grafik normal untuk variabel dependen Angka Kematian Bayi dari pola menunjukkan penyebaran titik-titik di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal mengindikasikan model regresi memenuhi asumsi normalitas.

TABEL 4.4
Hasil Uji Normalitas AKI

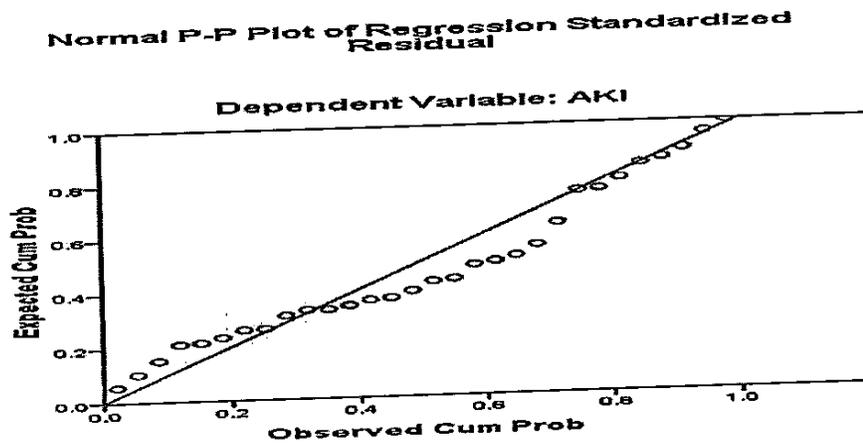
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	36.46607404
Most Extreme Differences	Absolute	.154
	Positive	.154
	Negative	-.098
Kolmogorov-Smirnov Z		.846
Asymp. Sig. (2-tailed)		.472

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Dari output variabel Angka Kematian Ibu diatas dapat diketahui bahwa nilai signifikansi (Asymp.Sig 2-tailed) sebesar 0,472. Karena signifikansi lebih dari 0.05 ($0.472 > 0.05$) maka nilai residual tersebut telah



Grafik normal untuk variabel dependen Angka Kematian Ibu dari pola menunjukkan penyebaran titik-titik di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal mengindikasikan model regresi memenuhi asumsi normalitas.

TABEL 4.5
Hasil Uji Normalitas AHH

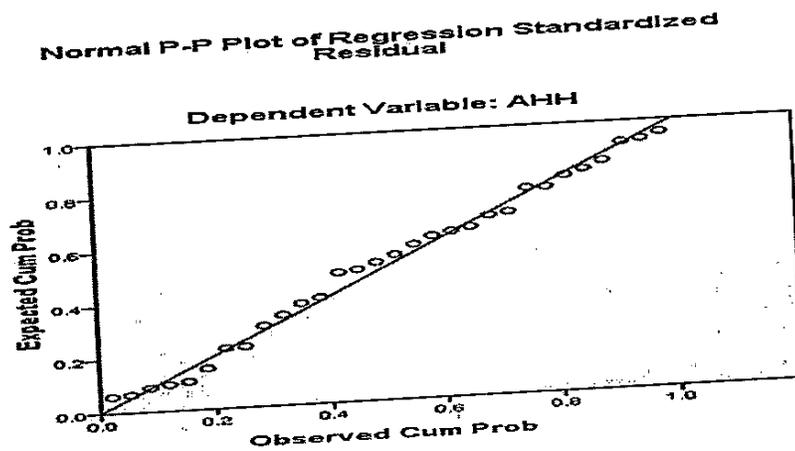
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.88436920
Most Extreme Differences	Absolute	.085
	Positive	.081
	Negative	-.085
Kolmogorov-Smirnov Z		.463
Asymp. Sig. (2-tailed)		.983

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Dari output variabel Angka Harapan Hidup diatas dapat diketahui bahwa nilai signifikansi (Asymp.Sig 2-tailed) sebesar 0,983. Karena signifikansi lebih dari 0,05 ($0,964 > 0,05$), maka nilai residual tersebut telah normal. .



Grafik normal untuk variabel dependen Angka Harapan Hidup dari pola menunjukkan penyebaran titik-titik di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal mengindikasikan model regresi memenuhi asumsi normalitas.

2. Uji Multikolinearitas

Hasil uji multikolinearitas dilihat dari nilai *inflation factor* (VIF) pada model regresi. Jika nilai VIF < 10 maka model regresi diterima.

Tabel 4.6
Hasil Uji Multikolinearitas AKB

Variabel Independen	Collinearity Statistics		Kesimpulan
	Tolerance	VIF	
BK	0,942	1,061	Tidak terjadi multikolinearitas
PDRB	0,311	3,214	Tidak terjadi multikolinearitas
MEDIS	0,318	3,147	Tidak terjadi multikolinearitas

Dari hasil pengujian multikolinieritas untuk variabel Angka Kematian Bayi terhadap rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, dan tenaga medis menunjukkan bahwa tidak terdapat variabel yang nilai VIF yang lebih besar dari 10. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini tidak terkena gejala multikolinieritas.

Tabel 4.7
Hasil Uji Multikolinearitas AKI

Variabel Independen	Collinearity Statistics		Kesimpulan
	Tolerance	VIF	
BK	0,935	1,070	Tidak terjadi multikolinearitas
PDRB	0,276	3,618	Tidak terjadi multikolinearitas
MEDIS	0,253	3,955	Tidak terjadi multikolinearitas

Dari hasil pengujian multikolinieritas untuk variabel Angka Kematian Ibu terhadap rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, dan tenaga medis menunjukkan bahwa tidak terdapat variabel yang nilai VIF yang lebih besar dari 10. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini tidak terkena gejala multikolinieritas

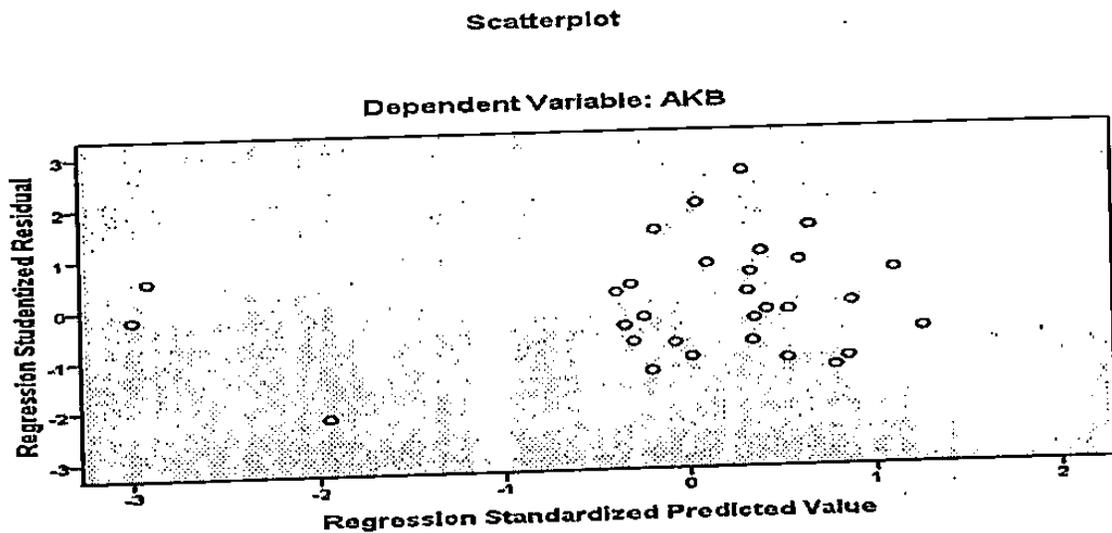
Tabel 4.8
Hasil Uji Multikolinieritas AHH

Variabel Independen	Collinearity Statistics		Kesimpulan
	Tolerance	VIF	
BK	0,881	1,136	Tidak terjadi multikolinieritas
PDRB	0,207	4,843	Tidak terjadi multikolinieritas
MEDIS	0,208	4,809	Tidak terjadi multikolinieritas
JAMKES	0,637	1,485	Tidak terjadi multikolinieritas
TT	0,706	1,417	Tidak terjadi multikolinieritas

Dari hasil pengujian multikolinieritas untuk variabel Angka Harapan Hidup terhadap rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, tenaga medis, kepesertaan Jamkesmas dan tempat tidur menunjukkan bahwa tidak terdapat variabel yang nilai VIF yang lebih besar dari 10. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini tidak terkena gejala multikolinieritas

3. Uji Heterokedastisitas

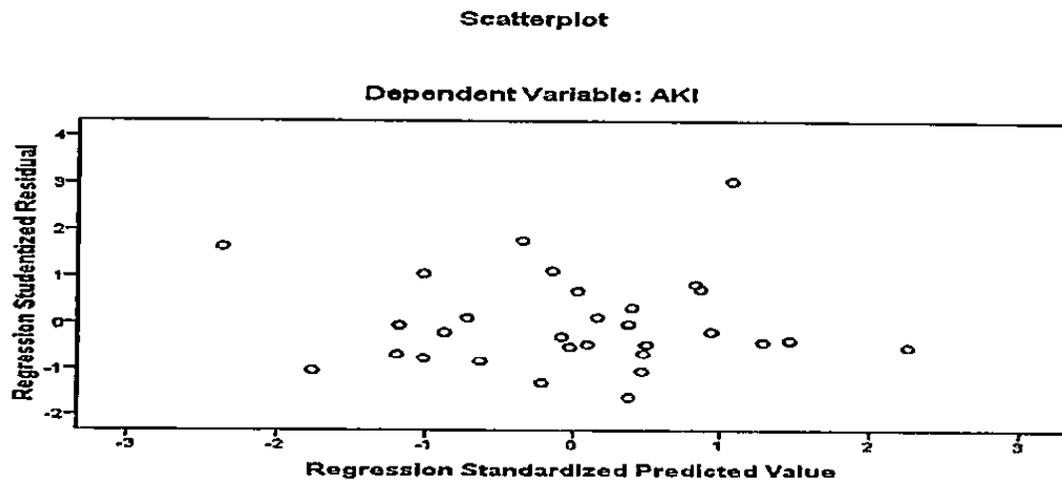
Uji heterokedasitas digunakan untuk menunjukkan bahwa variansi variabel tidak sama untuk semua pengamatan. Jika variansi dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain tetap, maka disebut homokedastisitas atau tidak terjadi heterokedastisitas.



Gambar 4.1

Hasil Uji Heterokedastisitas AKB

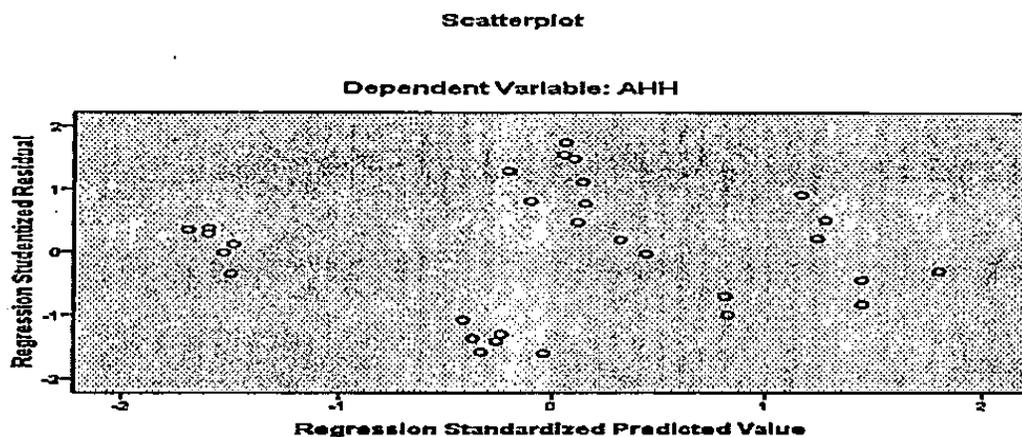
Dengan melihat sebaran titik-titik yang acak, baik diatas maupun dibawah angka 0 dari sumbu Y, dapat disimpulkan uji heterokedasitas untuk



Gambar 4.2

Hasil Uji Heterokedastisitas AKI

Dengan melihat sebaran titik-titik yang acak, baik diatas maupun dibawah angka 0 dari sumbu Y, dapat disimpulkan uji heterokedasitas untuk variabel dependen Angka Kematian Ibu menunjukan tidak terjadi gejala heterokedasitas.



Gambar 4.3

Hasil Uji Heterokedastisitas AHH

Dengan melihat sebaran titik-titik yang acak, baik diatas maupun dibawah angka 0 dari sumbu Y, dapat disimpulkan uji heterokedasitas untuk variabel dependen Angka Harapan Hidup menunjukkan tidak terjadi gejala heterokedasitas.

4. Uji Hipotesis

a. Uji t

Pengujian hipotesis dalam penelitian ini menggunakan regresi berganda dengan menggunakan tingkat keyakinan 95%. Jika $\text{sig } t < t$ tabel maka terdapat pengaruh secara parsial variabel independen terhadap variabel dependen. Jika $\text{sig } t > t$ tabel maka tidak terdapat pengaruh secara parsial pada variabel independen terhadap variabel dependen.

TABEL 4.9
Hasil Pengujian Signifikansi Nilai t AKB

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	7.681	1.935		3.969	.001
BK	-2.900	5.784	-.094	-.501	.620
PDRB	.267	.194	.449	1.377	.180
MEDIS	-.011	.006	-.626	-1.941	.063

a. Dependent Variable: AKB

Tabel 4.9 menunjukkan hasil perhitungan uji t untuk variabel dependen Angka Kematian Bayi , maka diperoleh persamaan regresinya sebagai berikut:

$$AKB = 7,681 - 2,900 + 0,267 - 0,011 + e$$

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan variabel independen rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan menunjukkan nilai t sebesar - 0,501 dan nilai signifikansi 0,620. Dikarenakan nilai rasio keselarsaan anggaran belanja kesehatan 0,620 lebih besar dari alpha 0,620 > 0,05 dapat disimpulkan bahwa rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Bayi. PDRB menunjukkan nilai t 1,377 dan nilai signifikansi 0,180 yang dimana nilai signifikansi lebih besar dari pada nilai alpha 0,180 > 0,05 dapat disimpulkan bahwa Produk Domestik Regional Bruto tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Bayi. Variabel tenaga medis menunjukkan nilai t -1,941 dan nilai signifikansi 0,063 yang dimana nilai signifikansi untuk variabel tenaga medis lebih besar dari pada alpha 0,063 > 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa variabel tenaga medis tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Bayi.

Ringkasan Hasil Pengujian Hipotesis 1

No	Hipotesis Yang Diajukan	Hasil
H _{1a}	Rasio Keselarasan Anggaran Belanja Kesehatan berpengaruh negatif terhadap tingkat angka kematian bayi	Ditolak
H _{1b}	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) berpengaruh negatif terhadap tingkat angka kematian bayi	Ditolak
H _{1c}	Jumlah tenaga medis berpengaruh negatif terhadap tingkat angka kematian bayi	Ditolak

TABEL 4.10
Hasil Pengujian Signifikansi Nilai t AKI

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	48.980	17.308		2.830	.009
BK	-43.802	51.727	-.134	-.847	.405
PDRB	7.031	1.737	1.113	4.048	.000
MEDIS	-.177	.052	-.934	-3.432	.002

a. Dependent Variable: AKI

Tabel 4.10 menunjukkan hasil perhitungan uji t untuk variabel dependen Angka Kematian Ibu, maka diperoleh persamaan regresinya sebagai berikut:

$$AKI = 48.980 - 43.802 BK + 7.031 PDRB - 0.177 MEDIS + e$$

Berdasarkan tabel 4.10 variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan menunjukkan nilai t $-0,847$ dengan nilai signifikansi $0,405$. Dikarenakan nilai untuk variabel rasio keselarsan anggaran belanja kesehatan lebih besar dari pada nilai alpha yaitu $0,405 > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa rasio keselarsan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Ibu. Variabel PDRB menunjukkan nilai t 4.048 dan nilai signifikansi $0,000$ dimana nilai signifikansi variabel PDRB lebih kecil dari nilai alpha yaitu $0,000 < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa variabel PDRB tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Ibu karena menunjukkan arah yang positif. Variabel tenaga medis menunjukkan nilai t $-0,934$ dan nilai signifikansi $0,002$, dikarenakan nilai signifikansi variabel tenaga medis lebih kecil dari alpha yaitu $0,002 < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tenaga medis berhubungan dengan tingkat kematian ibu dan menunjukkan arah yang negatif.

Ringkasan Hasil Pengujian Hipotesis 2

No	Hipotesis Yang Diajukan	Hasil
H _{2a}	Rasio Keselarasan Anggaran Belanja Kesehatan berpengaruh negatif terhadap tingkat angka kematian ibu	Ditolak
H _{2b}	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) berpengaruh negatif terhadap tingkat angka kematian ibu	Ditolak
H _{2c}	Jumlah tenaga medis berpengaruh negatif terhadap tingkat angka kematian ibu	Diterima

TABEL 4.11
Hasil Pengujian Signifikansi Nilai t AHH

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	73.549	.537		136.886	.000
BK	-.192	1.351	-.017	-.142	.888
PDRB	-.100	.054	-.456	-1.857	.076
MEDIS	.003	.002	.391	1.598	.123
JAMKES	-3.654	.962	-.517	-3.801	.001
TT	.029	.007	.524	3.945	.001

a. Dependent Variable: AHH

Tabel 4.11 menunjukkan hasil perhitungan uji t untuk variabel dependen Angka Harapan Hidup, maka diperoleh persamaan regresinya sebagai berikut:

$$\text{AHH} = 73,549 - 0,192 - 0,100 + 0,003 - 3,654 + 0,029 + e$$

Berdasarkan tabel 4.11 untuk variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan menunjukkan nilai t -0,142 dengan nilai signifikansi 0,888, dikarenakan nilai signifikansi untuk variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan lebih besar dari alpha yaitu $0,888 > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup. Variabel PDRB menunjukkan nilai t -1,857 yang dimana nilai signifikansi

1. nilai t PDRB lebih besar dari pada alpha yaitu $0,076 > 0,05$

maka dapat disimpulkan Produk Domestic Regional Bruto tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup.

Variabel tenaga medis menunjukkan nilai t 1,598 dan nilai signifikansi 0,123, dikarenakan nilai signifikansi untuk tenaga medis lebih besar dari pada nilai alpha yaitu $0,123 > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tenaga medis tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup, untuk variabel kepersertaan Jamkesmas yang menunjukkan nilai t -3,801 dan nilai signifikansi 0,001 sehingga dilihat dari nilai signifikansi untuk variabel kepersertaan Jamkesmas lebih kecil dari alpha yaitu $0,000 < 0,05$ dan nilai beta -0.517 maka dapat disimpulkan bahwa kepersertaan Jamkesmas tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup karena menunjukkan arah yang negatif sedangkan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit menunjukkan nilai t 3.945 dan nilai signifikansi 0,001 yang dimana nilai signifikansi variabel tempat tidur lebih besar dari pada alpha yaitu $0,001 > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup dan

Ringkasan Hasil Pengujian Hipotesis 3

No	Hipotesis Yang Diajukan	Hasil
H _{3a}	Rasio Keselarasan Anggaran Belanja kesehatan berpengaruh positif terhadap tingkat angka harapan hidup	Ditolak
H _{3b}	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) berpengaruh positif terhadap tingkat angka harapan hidup	Ditolak
H _{3c}	Jumlah tenaga medis berpengaruh positif terhadap tingkat angka harapan hidup	Ditolak
H _{3d}	Kebersertaan Jamkesmas berpengaruh positif terhadap tingkat angka harapan hidup	Ditolak
H _{3e}	Jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit berpengaruh positif terhadap tingkat angka harapan hidup	Diterima

b. Uji F

TABEL 4.12
Uji Statistik F AKB

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	206.437	3	51.609	3.638	.018 ^a
Residual	354.686	25	14.187		
Total	561.123	29			

a. Predictors: (Constant), BK, PDRB, MEDIS

b. Dependent Variable: AKB

Berdasarkan tabel 4.12 untuk variabel dependen Angka Kematian Bayi menunjukkan nilai F hitung 3,638 dan nilai probabilitas 0,018. Dikarenakan nilai probabilitas lebih kecil dari 0,05, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa model regresi dapat digunakan untuk melihat

pengaruh negatif rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, dan tenaga medis terhadap tingkat Angka Kematian Bayi.

TABEL 4.13
Uji Statistik F AKI

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	24513.127	3	8171.042	5.509	.005 ^a
Residual	38563.462	26	1483.210		
Total	63076.590	29			

a. Predictors: (Constant), MEDIS, BK, PDRB

b. Dependent Variable: AKI

Berdasarkan tabel 4.13 untuk variabel dependen Angka Kematian Ibu menunjukkan nilai F hitung 5,581 dan nilai profitabilitas 0,005. Dikarenakan nilai probitabilitas lebih kecil dari 0,05, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa model regresi dapat digunakan untuk melihat pengaruh negatif rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB dan tenaga medis terhadap tingkat Angka Kematian Ibu.

TABEL 4.14
Uji Statistik F AHH

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1Regression	53.184	5	10.637	11.255	.000 ^a
Residual	22.681	24	.945		
Total	75.865	29			

a. Predictors: (Constant), TT, MEDIS, BK, JAMKES, PDRB

b. Dependent Variable: AHH

Berdasarkan tabel 4.14 untuk variabel dependen Angka Harapan Hidup menunjukkan nilai F hitung 11.255 dan nilai profitabilitas 0,000. Dikarenakan nilai probitabilitas lebih kecil dari 0,05, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa model regresi dapat digunakan untuk melihat pengaruh positif rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, PDRB, tenaga medis, kepersertaan Jamkesmas dan jumlah tempat tidur tersedia rumah sakit terhadap tingkat Angka Harapan Hidup

c. Uji Koefisien Determinasi (R^2)

TABEL 4.15
Uji Koefisien determinasi AKB

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.607 ^a	.368	.267	3.76662

a. Predictors: (Constant), JAMKES, BK, PDRB, MEDIS

b. Dependent Variable: AKB

Dari tampilan output SPSS model summary besarnya adjusted R^2 adalah 0,267 atau 26,7%. Angka tersebut memberikan arti bahwa tingkat Angka Kematian Bayi dipengaruhi oleh rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), tenaga medis dan kepersertaan Jamkesmas sebesar 26,7%.

TABEL 4.16
Uji Koefisien determinasi AKI

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.623 ^a	.389	.318	38.51247

a. Predictors: (Constant), MEDIS, BK, PDRB

b. Dependent Variable: AKI

tampilan output SPSS model summary besarnya adjusted R² adalah 0,389 atau 38,9%. Angka tersebut memberikan arti bahwa tingkat Angka Kematian Ibu dipengaruhi oleh rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dan tenaga medis sebesar 38,9%.

TABEL 4.17
Uji Koefisien determinasi AHH

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.837 ^a	.701	.639	.97214

a. Predictors: (Constant), TT, MEDIS, BK, JAMKES, PDRB

b. Dependent Variable: AHH

i

tampilan output SPSS model summary besarnya adjusted R² adalah

Harapan Hidup dipengaruhi oleh rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), tenaga medis, kepersertaan Jamkesmas dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit sebesar 83,7%.

D. Pembahasan

1. Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), jumlah tenaga medis terhadap tingkat Angka Kematian Bayi

Hasil pengujian untuk variabel belanja kesehatan menunjukkan bahwa variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Bayi. Ini ditunjukkan dengan melihat nilai signifikansi variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan lebih besar dari nilai α yaitu ($0,620 > 0,05$). Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap Angka Kematian Bayi bisa terjadi karena persentase alokasi anggaran kesehatan masih kecil atau di bawah standar yaitu 15% (Diana, 2010) sedangkan rata-rata persentase alokasi anggaran hanya 12,62% di Kota Yogyakarta, Kabupaten Bantul dan Kabupaten Sleman sedangkan Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Kulon Progo tidak mencapai 7% persentase alokasi anggaran bidang kesehatan di tahun 2012. Kecilnya persentase alokasi anggaran kesehatan mengakibatkan program untuk menurunkan Angka Kematian Bayi tidak berjalan semestinya, sehingga tidak mempengaruhi penurunan Angka Kematian Bayi. Menurut Asmi Nur (2012) jika anggaran kesehatan

meningkat maka Angka Kematian Bayi akan menurun. Hasil ini dapat memperkuat hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Asmi Nur (2012) dan Afridian (2010). Hasil penelitiannya menyatakan bahwa belanja daerah bidang/fungsi kesehatan tidak signifikan terhadap Angka Kematian Bayi. Untuk penelitian yang dilakukan Robalino (2001) tidak sepenuhnya sama dengan hasil yang diperoleh. Hasilnya menunjukkan bahwa meningkatnya desentralisasi fiskal secara konsisten menurunkan Angka Kematian Bayi.

Variabel PDRB menunjukkan bahwa variabel PDRB tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Bayi. Ini ditunjukkan karena nilai signifikansi PDRB lebih besar dari nilai α yaitu ($0,180 > 0.05$). Hal ini bisa jadi karena tidak ada peningkatan Produk Domestik Regional Bruto secara signifikan. Maka anggaran untuk kesehatan juga tidak meningkat dan program untuk menurunkan Angka Kematian Bayi tidak berjalan dengan optimal, sehingga tidak mempengaruhi penurunan tingkat Angka Kematian Bayi. Menurut Asmi Nur (2012) jika terjadi kenaikan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) akan mengakibatkan penurunan Angka Kematian Bayi. Hasil penelitian ini sesuai dan dapat memperkuat hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Asmi Nur (2012) dan Robalino (2001). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa Produk Domestik Regional Bruto tidak berpengaruh terhadap Angka Kematian Bayi.

Hasil pengujian untuk variabel tenaga medis menunjukkan tenaga medis tidak berpengaruh terhadap Angka Kematian Bayi dengan melihat

mencangkup per 1.000 kelahiran hidup, disamping itu juga, jumlah tenaga medis yang lebih banyak di perkotaan dibandingkan di kabupaten, desa atau tempat terpencil yang Angka Kematian Bayinya lebih tinggi karena sulitnya akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga tidak mempengaruhi penurunan Angka Kematian Bayi. Tenaga kesehatan merupakan ujung tombak untuk penurunan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu. Dengan meningkatkan jumlah tenaga medis khususnya bidan yang berhubungan langsung dengan pelayanan bayi dan penyebarannya yang merata dapat menekan Angka Kematian Bayi. Hasil ini memperkuat penelitian yang dilakukan Afridian (2010) yang menunjukkan jumlah tenaga medis tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Kematian Bayi.

2. Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), jumlah tenaga medis terhadap tingkat Angka Kematian Ibu

Hasil pengujian untuk variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan terhadap tingkat Angka Kematian Ibu menunjukkan bahwa variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap Angka Kematian Ibu yang ditunjukkan dengan nilai signifikansi rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan lebih besar dari pada nilai α (0,405 < 0,05). Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan tidak berpengaruh

Kematian Bayi, yang dilihat dari persentase alokasi anggaran kesehatannya, kecilnya persentase anggaran dapat mengakibatkan program-program untuk menurunkan Angka Kematian Ibu seperti program jaminan kesehatan ibu dan anak, program sayang ibu dan program jaminan persalinan tidak berjalan semestinya sehingga tidak mempengaruhi penurunan Angka Kematian Ibu. Menurut Saksomo (2013) alokasi anggaran terkait kesehatan ibu masih sedikit. Pemerintah Daerah lebih memprioritaskan beberapa program yang tidak terkait langsung dengan upaya mengurangi Angka Kematian Ibu. Hasil penelitian yang dilakukan Qomariah (2006) menemukan bahwa perencanaan yang 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.

Hasil pengujian untuk variabel PDRB terhadap tingkat Angka Kematian Ibu menunjukkan bahwa variabel PDRB berpengaruh terhadap Angka Kematian Ibu dan menunjukkan arah yang positif yang dilihat dengan nilai signifikansi lebih kecil dari nilai α ($0,000 < 0.05$) dan nilai beta 1,113. PDRB berpengaruh terhadap tingkat Angka Kematian Ibu dan menunjukkan arah yang positif bisa terjadi karena Produk Domestik Regional Bruto yang rendah sehingga membuat anggaran kesehatan juga rendah dan dapat mengakibatkan persalinan atau pelayanan kesehatan yang kurang maksimal

yang dapat membuat Angka Kematian Ibu meningkat. Hasil penelitian yang dilakukan Qomariah (2006) menunjukkan bahwa kematian ibu banyak terjadi pada kelompok miskin atau tidak mampu dan ketidakberdayaan dalam persiapan untuk menyelamatkan diri. Kemampuan masyarakat terbatas untuk membayar biaya persalinan. Sehingga masyarakat miskin yang pendapatannya terbatas lebih memilih cara yang tradisional yaitu dengan menggunakan pertolongan dukun untuk menolong persalinan yang dapat beresiko kematian.

Hasil pengujian untuk tenaga medis terhadap tingkat Angka Kematian Ibu menunjukkan hasil bahwa tenaga medis berpengaruh dengan tingkat Angka Kematian Ibu yang menunjukkan arah yang negatif dengan melihat nilai signifikansi lebih kecil dari α ($0,002 < 0,05$) dengan nilai beta $-0,934$. Hal ini berarti jumlah tenaga medis mempengaruhi untuk penurunan tingkat Angka Kematian Ibu. Menurut Novidah (2012) tenaga medis yang memadai dapat mengurangi tingkat kematian ibu hamil ketika melahirkan. Peran tenaga medis khususnya bidan yang langsung berhubungan dengan kesehatan ibu hamil bisa dikatakan sebagai ujung tombaknya penurunan Angka Kematian Ibu. Dengan menambah tenaga medis dan penyebarannya yang merata khususnya ke kabupaten atau desa-desa yang Angka Kematian Ibunya tinggi, karena hasil penelitian Qomariah (2006) menunjukkan bahwa lokasi pedesaan sering sulit di jangkau karena terbatasnya transportasi. Keberadaan tenaga medis khususnya bidan sangat dibutuhkan bagi

3. Rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), jumlah tenaga medis, kepersertaan Jamkesmas dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap tingkat Angka Harapan Hidup

Hasil pengujian untuk variabel rasio keselarasan anggaran belanja kesehatan terhadap tingkat Angka Harapan Hidup menunjukkan bahwa belanja kesehatan tidak berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup, ini ditunjukkan dengan nilai signifikansi lebih besar dari α ($0,888 > 0,05$). Hal ini berarti anggaran kesehatan yang dialokasikan belum menghasilkan outcome secara optimal. Persentase alokasi anggaran kesehatan di DIY pada tahun 2012 belum mencapai 15% alokasi dana APBD. Pemerintah harus bisa mengontrol pengeluaran agar tidak mengecewakan masyarakat sebagai *stakeholder* Pemerintah Daerah untuk mencapai tujuan dari pelaksanaan desentralisasi fiskal. Menurut Amirza (2012) anggaran belanja banyak terserap kepada belanja tidak langsung atau belanja program yang tidak terkait langsung dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Hasil penelitian ini sesuai dan dapat memperkuat hasil penelitian Afridian (2010) yang menunjukkan bahwa variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup dan penelitian ini juga berbeda dengan penelitian yang dilakukan Amirza (2010) yang menunjukkan bahwa belanja kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan dan

Hasil pengujian untuk variabel PDRB terhadap tingkat Angka Harapan Hidup menunjukkan bahwa PDRB tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup, ini ditunjukkan dengan nilai signifikansi lebih besar dari α ($0,076 > 0,05$). Hal ini bisa terjadi PDRB yang tidak meningkat sehingga tidak mempengaruhi peningkatan Angka Harapan Hidup. Pemerintah Daerah harus memperhatikan pendapatan masyarakat sehingga Angka Harapan Hidup juga dapat terus meningkat. Mahalnya biaya untuk kesehatan dan program untuk pengobatan gratis tidak berjalan dengan optimal sehingga membuat masyarakat yang tidak mampu cenderung lebih memilih pengobatan alternatif yang beresiko membahayakan kesehatan. Menekan tingkat pengangguran dengan menciptakan lapangan kerja baru akan meningkatkan Angka Harapan Hidup masyarakat. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Afridian (2010) dan Amirza (2012) yang menunjukkan bahwa PDRB berpengaruh positif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup.

Hasil pengujian tenaga medis terhadap tingkat Angka Harapan Hidup menunjukkan bahwa tenaga medis tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup, ini ditunjukkan dengan nilai signifikansi lebih besar dari α ($0,123 > 0,05$). Hal ini bukan berarti tenaga medis tidak perlu diperhatikan untuk meningkatkan Angka Harapan Hidup. ini justru menjadi perhatian Pemerintah Daerah untuk bisa menempatkan tenaga medis ke tempat yang sulit dalam mendapatkan akses kesehatan. Menurut Amirza

terjadi karena ketidakpercayaan masyarakat terhadap para tenaga medis, terutama pada tingkat masyarakat menengah bawah. Mereka lebih mempercayai pengobatan alternatif atau non medis yang justru lebih beresiko. Oleh karena itu, perlu peran 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. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Afridian (2010) dan Amirza (2012) yang menunjukkan variabel tenaga medis tidak berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup.

Hasil menarik ditemukan untuk variabel kepersetaan Jamkesmas menunjukkan bahwa kepersertaan Jamkesmas berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup namun menunjukkan arah yang negatif, ini ditunjukkan dengan melihat nilai beta $-0,716$ menunjukkan arah yang negatif dan nilai signifikansi lebih kecil dari α ($0,001 < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa kepersertaan Jamkesmas berpengaruh terhadap tingkat Angka Harapan Hidup namun menunjukkan arah yang negatif. Hal ini bisa terjadi karena banyaknya masyarakat miskin belum mengerti mengenai Jamkesmas, sehingga masih banyak yang enggan untuk berobat. Hasil penelitian yang dilakukan Sasongko (2012) menunjukkan masyarakat kurang puas dengan pelayanan yang diberikan melalui program Jamkesmas dan masyarakat miskin yang hanya berpendidikan sampai jenjang sekolah (SD), sehingga rata-rata dari mereka kurang bisa memahami apa maksud yang

disampaikan oleh petugas pelaksana Jamkesmas, selain itu kurangnya kemudahan informasi program yang diterima.

Hasil pengujian untuk variabel jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit menunjukkan bahwa jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup dan menunjukkan arah yang positif, ini ditunjukkan dengan nilai signifikansi lebih besar dari α ($0,001 > 0,05$) dan nilai beta 0,524. Hal ini karena jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup, karena tempat tidur yang tersedia di rumah sakit adalah untuk menampung pasien yang berobat agar dapat sembuh dari penyakitnya. Fenomena yang terjadi saat ini adalah banyaknya pasien ditolak karena kapasitas tempat tidur yang tersedia di rumah sakit sudah penuh, hal ini justru menjadi perhatian Pemerintah Daerah untuk bisa meningkatkan/menambah jumlah tempat tidur agar dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup masyarakat. Menurut Statistik DIY (2013) Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk, maka tuntutan penyediaan tambahan kapasitas tempat tidur menjadi sebuah keharusan untuk menjaga standar pelayanan kepada masyarakat. dengan menambah kapasitas tempat tidur di rumah sakit, tentunya akan menambah akses pelayanan kesehatan masyarakat. Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian Afridian (2010) di Sumatra Barat yang menunjukkan bahwa jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit tidak