

## ANALISIS EFISIENSI TEKNIS ANGGARAN BELANJA SEKTOR KESEHATAN PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN/KOTA DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2008-2010

Nur Yatiman, Arif Pujiyono<sup>1</sup>

Jurusan IESP Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro  
Jl. Prof. Soedarto SH Tembalang, Semarang 50239, Phone : +622476486851

### ABSTRACT

*This study aims to analyze the technical efficiency of government budget spending on health sector at districts/cities in D. I. Yogyakarta in 2008-2010. Using the concept of technical efficiency based on production theory, the measurement of the efficiency value is obtained by using analytical methods Data Envelopment Analysis (DEA), which the DEA method the efficiency score obtained in this study of technical efficiency relatively.*

*Based on similar research that ever held by Jafarov and Gunnarsson in 2008, the variable that use in this study are input variable and outcome variable, this research also uses the output intermediate variables. Calculating of technical efficiency score obtained in this study partially done by connecting each of these variables, so that in this study will be found score for technical efficiency and cost efficiency to technical systems.*

*The results showed that generally most of the districts/cities in D. I. Yogyakarta in 2008-2010 is inefficient in technical health care cost. In 2010, the cost technical efficiency score at Sleman 42,14 percent, Bantul 39,18 percent, Gunung Kidul 53,57 percent, and two districts/cities that show 100 percent in cost technical efficiency score are Kulon Progo and Yogyakarta. This phenomenon indicates that not optimal yet in the management of health budget spending but not accompanied by the provision of facilities and health services for the society. Viewed the system technical efficiency, the generally most of the districts/cities in D. I. Yogyakarta done efficient and only Yogyakarta not yet efficient, but the system technical efficiency at Yogyakarta almost efficiency score. This condition reflect to based on analyzing the generally most of districts/cities in the using facilities and primary health care to get optimally the level of public health is efficient.*

**Keywords:** *Government Budget Spending On Health Sector, Data Envelopment Analysis, Cost Technical Efficiency, System Technical Efficiency.*

### PENDAHULUAN

Peningkatan sumber daya manusia harus menjadi perhatian utama pemerintah mengingat pentingnya peran manusia dalam proses pembangunan nasional. Peningkatan ini tidak hanya dilihat dari aspek kuantitas saja melainkan yang jauh lebih penting adalah dari aspek kualitas. Sumber daya manusia yang berkualitas merupakan aspek penting dan sangat berpengaruh dalam proses pembangunan nasional. Dengan sumber daya manusia yang berkualitas kinerja ekonomi diyakini juga akan lebih baik. Tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia SDM akan ditentukan oleh status kesehatan, pendidikan dan tingkat pendapatan perkapita (Ananta dan Hatmadji, 1985).

Bank Dunia (2008) menyimpulkan bahwa meski pembangunan di bidang kesehatan telah lama diupayakan, ternyata masih mengandung tiga kelemahan serius. Pertama, banyak institusi penyedia dan pendukung pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, asuransi-asuransi kesehatan) belum efisien dalam kinerjanya. Hal ini mengakibatkan kualitas pelayanan kesehatan menjadi tidak sebagaimana yang diharapkan. Selain itu, tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan masih di bawah kapasitas optimumnya. Hal ini membuat investasi di institusi-institusi ini sebagian menjadi mubazir. Kedua, baik pemerintah pusat maupun daerah ternyata baru mengalokasikan

---

<sup>1</sup> Penulis penanggung jawab

anggaran belanjanya ke bidang kesehatan masih rendah bila dibandingkan dengan total GDP. Ketiga, meski era otonomi telah dicanangkan sejak tahun 2001 namun berbagai peraturan pemerintah pusat dan surat keputusan menteri-menteri banyak yang masih membatasi ruang gerak pemerintah daerah, utamanya kabupaten/kota. Akibatnya, pemerintah daerah tidak memiliki kewenangan yang cukup untuk mengalokasikan anggarannya ke bidang-bidang yang menjadi prioritasnya, termasuk bidang kesehatan masyarakat. Menurut Arum Atmawikarta (2005), salah satu faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya derajat kesehatan adalah seberapa besar tingkat pembiayaan untuk sektor kesehatan. Besarnya belanja kesehatan berhubungan positif dengan pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan data yang bersumber dari Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan tahun 2012 seperti diperlihatkan pada Tabel 1, alokasi belanja kesehatan Pemerintah Provinsi D. I. Yogyakarta (DIY) pada tahun 2008 sebesar 2,66% dari total APBD. Jumlah tersebut meningkat pada tahun 2009 menjadi sebesar 2,94%, dan pada tahun 2010 meningkat lagi menjadi 3,83%. Peningkatan alokasi anggaran kesehatan di Provinsi DIY tidak terlalu besar dari tahun ke tahun. Jika dilihat dari proporsi anggaran kesehatan terhadap total APBD maka Provinsi DIY menempati urutan ketiga terkecil atau urutan 30 dari 33 provinsi di Indonesia. Provinsi dengan proporsi alokasi anggaran kesehatan tertinggi tahun 2010 adalah Provinsi Jawa Timur dengan proporsi sebesar 15,81% dari total APBD. Provinsi dengan proporsi alokasi anggaran kesehatan terendah adalah Papua Barat sebesar 3,37 % diikuti oleh Provinsi Gorontalo sebesar 3,52%.

**Tabel 1**  
**Anggaran Kesehatan dan Proporsi Terhadap Total APBD Menurut Provinsi Tahun 2008 – 2010**

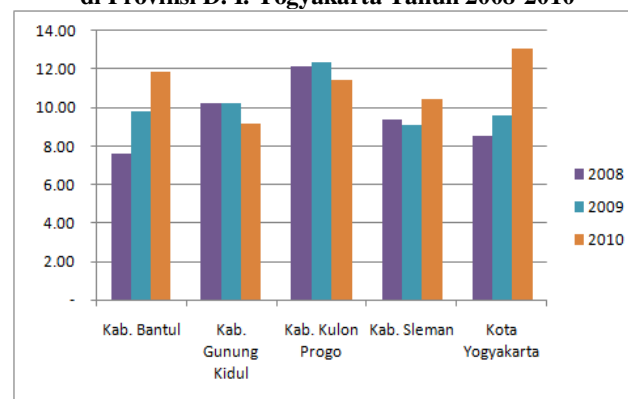
No	Nama Provinsi	Belanja Kesehatan					
		2008	%	2009	%	2010	%
1	NAD	508,335.56	5.97	591,295	6.04	710,433	9.30
2	Sumatera Utara	152,217.43	4.63	183,127	5.06	205,169	5.35
3	Sumatera Barat	159,801.40	10.75	198,499	11.62	206,926	8.83
4	Riau	264,842.48	6.08	253,582	6.33	271,676	6.59
5	Jambi	113,179.24	7.92	120,644	7.44	140,976	9.36
6	Sumatera Selatan	132,007.44	4.81	405,898	14.73	420,049	13.02
7	Bengkulu	121,087.17	11.26	112,199	13.25	144,555	12.65
8	Lampung	150,889.16	8.68	142,570	8.39	170,804	9.28
9	DKI Jakarta	1,288,777.58	6.28	1,445,228	6.53	2,087,525	8.52
10	Jawa Barat	107,871.25	1.78	246,717	2.99	288,786	3.02
11	Jawa Tengah	599,049.41	11.11	687,658	12.81	740,701	13.07
12	DI Jogjakarta	49,232.65	2.66	53,287	2.94	53,382	3.83
13	Jawa Timur	686,911.18	11.28	837,158	13.26	1,237,179	15.81
14	Kalimantan Barat	133,140.98	10.23	157,568	10.31	183,582	10.95
15	Kalimantan Tengah	89,302.13	6.51	104,529	6.19	101,138	4.99
16	Kalimantan Selatan	191,018.92	13.85	203,630	12.52	241,106	11.08
17	Kalimantan Timur	534,282.88	8.75	609,643	11.23	655,609	10.96
18	Sulawesi Utara	47,848.10	5.41	56,165	5.01	61,959	5.67
19	Sulawesi Tengah	78,076.85	8.07	104,334	9.49	110,723	10.01
20	Sulawesi Selatan	155,534.21	7.35	184,061	8.04	196,991	8.06
21	Sulawesi Tenggara	64,066.96	7.25	79,500	5.93	94,686	7.24
22	Bali	69,656.84	4.64	106,976	6.51	96,052	4.56
23	NTB	111,301.94	10.18	137,490	11.03	149,740	11.04
24	NTT	92,574.35	8.79	109,121	10.63	132,010	11.24
25	Maluku	55,959.83	6.99	68,735	7.38	87,061	8.91
26	Papua	272,823.65	5.01	295,294	5.74	443,938	8.75
27	Maluku Utara	35,499.48	5.58	59,203	7.74	57,959	7.01
28	Banten	121,431.23	5.64	188,874	7.98	203,800	8.12
29	Bangka Belitung	36,906.02	4.27	97,931	9.77	129,459	11.68
30	Gorontalo	11,864.45	2.25	13,581	2.54	19,989	3.52
31	Kepulauan Riau	59,311.71	4.29	84,389	5.16	130,315	7.12
32	Papua Barat	40,919.04	4.10	106,335	3.59	91,773	3.37
33	Sulawesi Barat	11,650.22	2.02	17,733	2.94	38,323	6.30

Sumber : Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, 2012, diolah.

Efisiensi dalam pengeluaran belanja pemerintah daerah didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika tidak mungkin lagi realokasi sumber daya yang dilakukan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dengan kata lain, efisiensi pengeluaran belanja pemerintah daerah diartikan ketika setiap rupiah yang dibelanjakan oleh pemerintah daerah menghasilkan kesejahteraan masyarakat yang paling optimal (Akhmad Syakir Kurnia, 2006). Dengan anggapan bahwa pemerintah daerah lebih tahu akan kebutuhan dan kondisi daerah masing-masing, maka seharusnya desentralisasi fiskal mampu meningkatkan efisiensi pengeluaran pemerintah.

Data yang bersumber dari Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Tahun 2012 yang ditampilkan pada Gambar 1 menunjukkan bahwa pada tahun 2009 seluruh kabupaten/kota di Provinsi Yogyakarta alokasi belanja kesehatannya mengalami peningkatan dibanding tahun 2008. Sedangkan untuk tahun 2010 sebanyak tiga kabupaten/kota di Provinsi DIY proporsi anggaran kesehatan terhadap total APBD selalu mengalami peningkatan yaitu Kabupaten Bantul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta. Dua kabupaten/kota pada tahun 2010 mengalami penurunan tingkat proporsi anggaran kesehatan terhadap total APBD yaitu Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Kulon Progo. Mengacu pada standar kesehatan WHO yang menetapkan anggaran kesehatan sebesar 15% dari belanja daerah (APBD), maka dari 5 (lima) kabupaten/kota di Provinsi DIY tidak ada satupun yang memenuhi standar WHO, proporsi tertinggi adalah Kota Yogyakarta sebesar 13,07%.

**Gambar 1**  
**Proporsi Alokasi Belanja Kesehatan Terhadap APBD Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi D. I. Yogyakarta Tahun 2008-2010**



Sumber : Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, 2012, diolah.

Indikator yang dinilai paling peka dan telah disepakati secara nasional sebagai ukuran derajat kesehatan suatu wilayah adalah Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Ibu (AKI), dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Dinas Kesehatan Provinsi DIY, 2010). Indikator AKB dan AKI di sebagian besar daerah di Provinsi DIY memiliki pertumbuhan yang positif atau terus bertambah. Daerah yang memiliki pertumbuhan AKB dan AKI negatif hanya sebanyak 2 daerah. Adapun indikator AHH yang seharusnya meningkat seiring meningkatnya belanja kesehatan pemerintah, namun selama periode 2008 – 2010 peningkatan AHH yang terjadi di berbagai daerah di Provinsi DIY sangat kecil. Hal ini mengindikasikan tingkat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang terjadi sebagian besar daerah di Provinsi DIY pada tahun 2008–2010 masih rendah dan tidak sesuai dengan kenaikan anggaran kesehatan di kabupaten/kota di Provinsi DIY. Dengan kata lain pengelolaan anggaran kesehatan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi DIY belum efisien. Berdasarkan penjelasan di atas, maka penelitian ini mengkaji tingkat efisiensi pengeluaran pemerintah daerah untuk sektor kesehatan pada 5 daerah kabupaten/kota di Provinsi DIY.

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat efisiensi teknis anggaran belanja pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi DIY terhadap tingkat derajat kesehatan masyarakat yang diukur dengan AKB, AKI, dan AHH di seluruh daerah kabupaten/kota di Provinsi DIY.

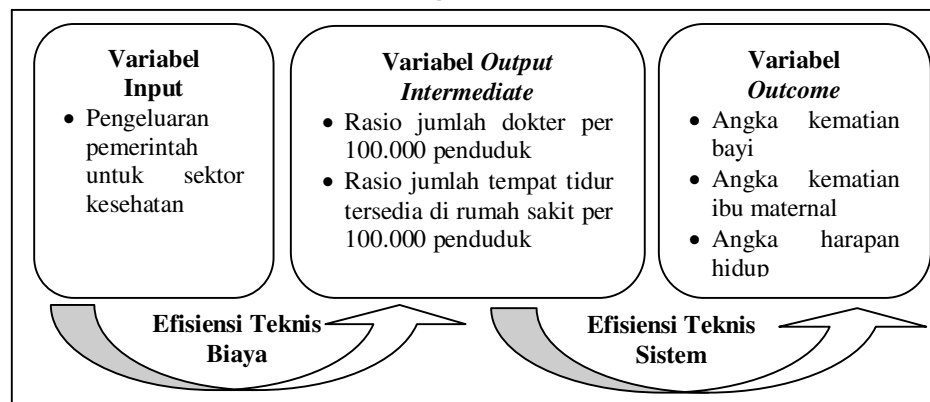
## KERANGKA PEMIKIRAN TEORITIS

Analisis efisiensi teknis dalam penelitian ini mengacu pada penelitian yang telah dilakukan oleh Jafarov dan Gunnarsson pada tahun 2008. Penghitungan nilai efisiensi teknis dilakukan dengan menggunakan tiga variabel, yaitu variabel input, variabel *output intermediate*, dan variabel output. Variabel input menggambarkan besarnya belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah. Indikator yang digunakan dalam variabel input berupa anggaran belanja kesehatan pemerintah daerah. Variabel *output intermediate* merupakan variabel yang menggambarkan fasilitas dan layanan kesehatan yang dimiliki oleh masing-masing pemerintah daerah. Indikator yang digunakan dalam variabel *output intermediate* adalah rasio jumlah dokter yang tersedia di rumah sakit pemerintah per 100.000 penduduk dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit pemerintah per 100.000 penduduk. Variabel output menggambarkan derajat kesehatan masyarakat. Indikator yang digunakan dalam variabel output ini adalah angka kematian bayi, angka kematian ibu maternal, dan angka harapan hidup.

Variabel input akan dibandingkan dengan variabel *output intermediate* dan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis biaya. Efisiensi teknis biaya merupakan efisiensi dalam penggunaan input berupa belanja kesehatan untuk menghasilkan output berupa fasilitas dan layanan kesehatan. Selanjutnya, variabel *output intermediate* akan dibandingkan dengan variabel output dan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis sistem.

Efisiensi teknis sistem adalah efisiensi dalam penggunaan input berupa fasilitas dan layanan kesehatan untuk menghasilkan output berupa derajat kesehatan. Kedua nilai efisiensi tersebut akan terbagi ke dalam dua kondisi, yaitu efisien dan tidak efisien (inefisien). Pada kondisi yang tidak efisien akan dilakukan analisis lebih lanjut mengenai besarnya target perbaikan untuk menjadi efisien. Adapun secara detail kerangka penelitian ini dijelaskan pada Gambar 2.

**Gambar 2**  
**Kerangka Pemikiran**



Sumber : Javarov dan Gunnarsson (2008)

## METODE PENELITIAN

### Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan untuk analisis alokasi dengan melihat efisiensi adalah dengan menggunakan variabel input dan variabel output. Penelitian ini menggunakan 2 (dua) analisis efisiensi teknis, yaitu efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem dengan 3 (tiga) variabel, yaitu variabel input, variabel output *intermediate* dan variabel *outcome*.

- Variabel Input : (1) anggaran belanja pemerintah daerah di sektor kesehatan perkapita.
- Variabel Output *Intermediate* : (1) rasio jumlah dokter per 100.000 penduduk. (2) rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit per 100.000 penduduk.
- Variabel *Outcome* : (1) Angka Kematian Bayi per 1.000 Jumlah Kelahiran (AKB). (2) Angka Kematian Ibu Maternal per 100.000 Kelahiran Hidup. (3) Angka Harapan Hidup saat lahir.

### Metode Analisis

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan analisis DEA. Dalam DEA, efisiensi relatif UKE didefinisikan sebagai rasio dari total output tertimbang dibagi total input tertimbangnya (*total weighted output/total weighted input*). Inti dari DEA adalah

menentukan bobot (*weights*) atau timbangan untuk setiap input dan output UKE. Bobot tersebut memiliki sifat : (1) tidak bernilai negatif , dan (2) bersifat universal, artinya setiap UKE dalam sampel harus dapat menggunakan seperangkat bobot yang sama untuk mengevaluasi rasionya (*total weighted output/total weighted input*) dan rasio tersebut tidak boleh lebih dari 1 (*total weighted output/total weighted input <1*) (Lela Dina Pertiwi, 2007).

Pengukuran efisiensi pada dasarnya merupakan rasio antara output dan input, atau :

$$Efisiensi = \frac{Output}{input} \dots\dots\dots (1)$$

Pengukuran efisiensi yang menyangkut dan input dan output dapat dilaksanakan dengan menggunakan pengukuran efisiensi relatif yang dibobot sebagaimana tertulis sebagai berikut :

$$Efisiensi \text{ dari unit } j = \frac{u_1 y_{1k} + u_2 y_{2k} + \dots}{v_1 x_{1k} + v_2 x_{2k} + \dots} \dots\dots\dots (2)$$

Pengukuran tersebut tetap memiliki keterbatasan berupa sulitnya menentukan bobot yang seimbang untuk input dan output. Keterbatasan tersebut kemudian dijumpai dengan konsep DEA, efisiensi tidak semata-mata diukur dari rasio output dan input, tetapi juga memasukkan faktor pembobotan dari setiap output dan input yang digunakan. DEA berasumsi bahwa setiap UKE akan memilih bobot yang memaksimalkan rasio efisiensinya (*maximize total weighted output/total weighted input*). Karena setiap UKE menggunakan kombinasi input yang berbeda untuk menghasilkan kombinasi output yang berbeda pula, maka setiap UKE akan memilih seperangkat bobot yang mencerminkan keragaman tersebut. Secara umum UKE akan mendapatkan bobot yang tinggi untuk input yang penggunaannya sedikit dan untuk output yang dapat diproduksi dengan banyak. Bobot-bobot tersebut bukan merupakan nilai ekonomis dari input dan outputnya, melainkan sebagai variabel keputusan penentu untuk memaksimalkan efisiensi dari suatu UKE.

Secara matematis, efisiensi dalam DEA merupakan solusi dari persamaan berikut :

$$\text{Maksimumkan } Z_k = \frac{\sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rk}}{\sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ik}} \dots\dots\dots (3)$$

Asumsi DEA, tidak ada yang memiliki efisiensi lebih dari 100%, maka formulasinya :

$$\frac{\sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rk}}{\sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ik}} \leq 1, \quad k = 1, 2, \dots, n \dots\dots\dots (4)$$

$$u_{rk} \geq 0 ; r = 1, 2, \dots, s$$

$$v_{ik} \geq 0 ; i = 1, 2, \dots, m$$

Pemecahan masalah pemrograman matematis persamaan (3) dan (4) akan menghasilkan nilai  $Z_k$  yang maksimum sekaligus nilai bobot ( $u$  dan  $v$ ) yang mengarah ke efisiensi. Jadi jika nilai  $Z_k = 1$ , maka unit ke  $k$  tersebut dikatakan efisien relatif terhadap unit lainnya. Sebaliknya jika nilai  $Z_k$  lebih kecil dari 1, maka unit yang lain dikatakan lebih efisien relatif terhadap unit  $k$ , meskipun pembobotan dipilih untuk memaksimalkan unit  $m$ .

Linearisasi persamaan (3) dan (4) menghasilkan persamaan sebagai berikut :

$$1) \text{ Maksimumkan } Z_k = \sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rk} \dots\dots\dots (5)$$

2) Dengan batasan/kendala

$$\sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rk} - \sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ik} \leq 0 ; k = 1, 2, \dots, n \dots\dots\dots (6)$$

$$\sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ik} = 1 \dots\dots\dots (7)$$

$$u_{rk} \geq 0 ; r = 1, 2, \dots, s$$

$$v_{ik} \geq 0 ; i = 1, 2, \dots, m$$

$y_{rk}$  : jumlah output  $r$  yang dihasilkan oleh UKE  $k$

$x_{ik}$  : jumlah input  $i$  yang digunakan UKE  $k$

$s$  : jumlah output yang dihasilkan

$m$  : jumlah input yang digunakan

$u_{rk}$  : bobot tertimbang dari output  $r$  yang dihasilkan tiap UKE  $k$

$v_{ik}$  : bobot tertimbang dari input  $i$  yang dihasilkan tiap UKE  $k$

$Z_k$  : nilai optimal sebagai indikator efisiensi relatif dari UKE  $k$



Efisiensi yang diukur oleh analisis DEA memiliki karakter berbeda dengan konsep efisiensi pada umumnya. Pertama, efisiensi yang diukur adalah bersifat teknis, bukan ekonomis. Artinya, analisis DEA hanya memperhitungkan nilai absolut dari suatu variabel. Satuan dasar pengukuran yang mencerminkan nilai ekonomis dari tiap-tiap variabel seperti harga, berat, panjang, isi dan lainnya tidak dipertimbangkan. Oleh karenanya dimungkinkan suatu pola perhitungan kombinasi berbagai variabel dengan satuan yang berbeda-beda. Kedua, nilai efisiensi yang dihasilkan bersifat relatif, atau hanya berlaku dalam sekumpulan UKE yang diperbandingkan tersebut (Nugroho, 2003).

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Deskripsi Objek Penelitian

Provinsi DIY terdiri dari 1 kota dan 4 kabupaten, 78 kecamatan dan 438 kelurahan/desa, yaitu: (1) Kota Yogyakarta (luas 32,50 km<sup>2</sup>, 14 kecamatan, 45 kelurahan); (2) Kabupaten Bantul (luas 506,85 km<sup>2</sup>, 17 kecamatan dan 75 desa); (3) Kabupaten Kulon Progo (luas 586,27 km<sup>2</sup>, 12 kecamatan dan 88 desa); (4) Kabupaten Gunungkidul (luas 1.485,36 km<sup>2</sup>, 18 kecamatan, 144 desa); (5) Kabupaten Sleman (luas 574,82 km<sup>2</sup>, 17 kecamatan dan 86 desa).

Jumlah Penduduk Provinsi D. I. Yogyakarta (DIY) sampai tahun 2010 sebesar 3.559.147 jiwa (BPS, 2010). Rata-rata kepadatan penduduk Provinsi DIY tercatat 1.117 jiwa setiap kilometer persegi. Wilayah terpadat adalah Kota Yogyakarta dengan tingkat kepadatan mencapai angka rata-rata sebesar 14 ribu jiwa setiap kilometer persegi. Adapun kondisi kepadatan penduduk paling sedikit terdapat di Kabupaten Gunung Kidul dengan angka kepadatan penduduknya sebesar 488 jiwa per kilometer persegi. Rata-rata kepadatan penduduk DIY pada tahun 2010 sekitar 1.117,19 jiwa per km<sup>2</sup> dengan kepadatan tertinggi di Kota Yogyakarta (14.082,09 jiwa/km<sup>2</sup>) dan terendah di Kabupaten Gunung Kidul (488,49 jiwa/km<sup>2</sup>). Jika dari segi kesehatan, tingkat kepadatan dan mobilitas penduduk akan berpengaruh terhadap penyebaran beberapa penyakit menular dan masalah kesehatan lainnya, karena pada umumnya penduduk yang berada pada kawasan padat penduduk sangat sulit untuk bisa mengatur kebersihan pada lingkungannya.

### Deskripsi Variabel

Secara umum belanja kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi DIY selama tahun 2008 sampai dengan 2010 mengalami kecenderungan yang selalu meningkat setiap tahunnya. Sebagaimana ditampilkan pada Tabel 2. Bahkan di beberapa daerah peningkatan belanja kesehatan terjadi cukup tinggi, sebagaimana yang terjadi di Kabupaten Bantul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta.

**Tabel 2**  
**Anggaran Belanja Sektor Kesehatan Perkapita Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi D. I. Yogyakarta Tahun 2008 – 2010**

No	Kabupaten/Kota	2008	2009	2010	Rata-Rata
1	Kab. Bantul	79,287.35	87,006.18	108,925.11	91,739.55
2	Kab. Gunung Kidul	70,257.40	75,959.45	71,281.68	72,499.51
3	Kab. Kulon Progo	68,541.86	73,395.99	68,306.69	70,081.52
4	Kab. Sleman	82,724.79	85,509.88	107,536.13	91,923.60
5	Kota Yogyakarta	63,787.90	79,073.58	110,707.67	84,523.05

Sumber : Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, diolah.

Indikator fasilitas kesehatan berupa tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah di Provinsi DIY masih mengalami ketimpangan yang cukup besar. Hal ini tercermin dari banyaknya kabupaten/kota di Provinsi DIY (3 kabupaten) masih memiliki fasilitas tempat tidur tersedia di rumah sakit tahun 2010 dengan jumlah di bawah rata-rata provinsi (24 unit per 100.000 penduduk) yaitu Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, dan Kabupaten Sleman. Dua kabupaten dan kota yaitu Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta memiliki fasilitas tempat tidur tersedia di rumah sakit pemerintah yang cukup jauh dari rata-rata provinsi. Ketersediaan layanan kesehatan yang dinilai dengan menggunakan indikator rasio jumlah dokter di rumah sakit milik pemerintah per 100.000 penduduk juga masih belum merata. Pada Tahun 2010 terdapat 3 kabupaten yang memiliki jumlah dokter di bawah jumlah dokter rata-rata provinsi (51 dokter per

100.000 penduduk). Bahkan untuk Kota Yogyakarta memiliki rasio dokter yang hampir 3 kali lipat lebih banyak dibandingkan dengan kabupaten yang lain. Secara ringkas rasio jumlah dokter dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit pemerintah disajikan dalam Tabel 2.

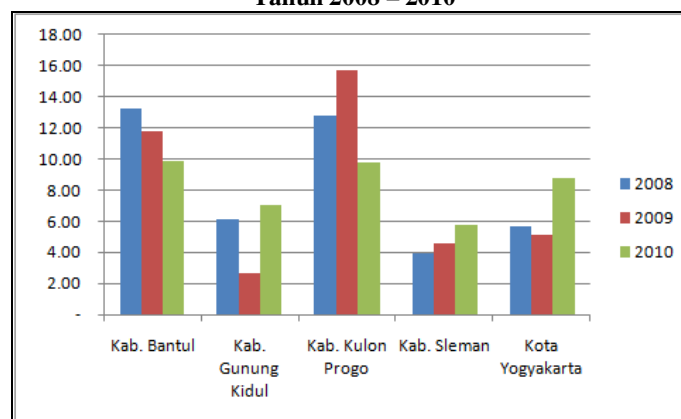
**Tabel 3**  
**Rasio Dokter dan Rasio Tempat Tidur di RS Pemerintah (per-100.000 penduduk) Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi D. I. Yogyakarta Tahun 2008 – 2010**

No	Kabupaten/Kota	Rasio Dokter per 100.000 penduduk			Rasio Tempat Tidur per 100.000 penduduk		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	Kab. Bantul	18.91	29.07	35.00	16.11	17.19	17.77
2	Kab. Gunung Kidul	15.28	26.19	23.71	20.64	20.67	20.67
3	Kab. Kulon Progo	32.68	34.01	37.44	39.51	37.90	38.05
4	Kab. Sleman	59.55	41.65	54.08	15.55	15.63	15.23
5	Kota Yogyakarta	146.73	150.02	135.69	40.51	45.84	45.67

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DIY, diolah

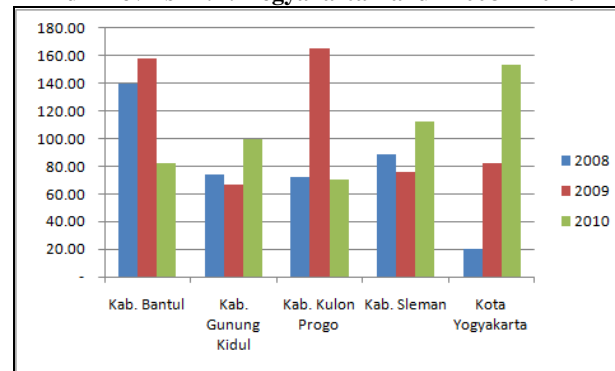
Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY, rata-rata Angka Kematian Bayi (AKB) pada kabupaten/kota di Provinsi DIY tahun 2010 adalah 8,04 bayi per 1.000 kelahiran bayi. Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan AKB tahun 2009 yaitu sebesar 7.78 per 1.000 kelahiran hidup. AKB tertinggi pada tahun 2010 terjadi di Kabupaten Bantul sebesar 9,85 per 1.000 kelahiran hidup, kemudian diikuti Kabupaten Kulon Progo sebesar 9,80 per 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) pada kabupaten/kota di Provinsi DIY dalam kurun waktu 2008–2010 cenderung mengalami kenaikan, tercatat 3 kabupaten/kota nilai AKI pada tahun 2010 naik bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu Kabupaten Gunung Kidul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta. Kenaikan paling besar terjadi di Kota Yogyakarta, pada tahun 2008 AKI sebesar 20,39 per 100.000 kelahiran hidup, kemudian naik menjadi 82,10 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2009. Tahun 2010 AKI Kota Yogyakarta naik lagi menjadi 153,54 per 100.000 kelahiran hidup, dan merupakan kabupaten/kota di Provinsi DIY dengan nilai AKI tertinggi. Secara umum, rata-rata AKI kabupaten/kota di Provinsi DIY pada tahun 2010 sebesar 99,89 per 100.000 kelahiran hidup. Adapun secara umum perkembangan AKI dan AKB di Provinsi DIY ditampilkan pada Gambar 3 dan Gambar 4.

**Gambar 3**  
**Angka Kematian Bayi Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi D. I. Yogyakarta Tahun 2008 – 2010**



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DIY, diolah

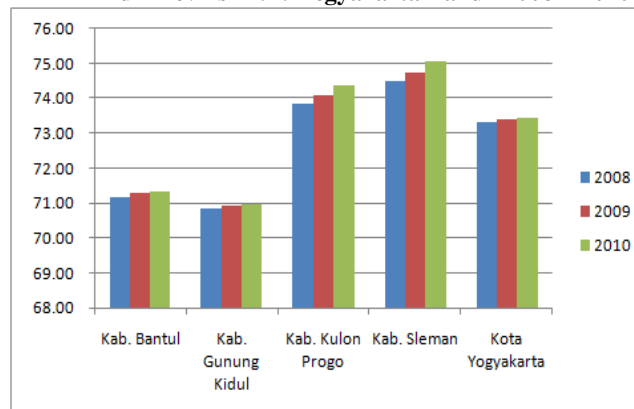
**Gambar 4**  
**Angka Kematian Ibu Maternal Berdasarkan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi D. I. Yogyakarta Tahun 2008 – 2010**



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DIY, diolah

Angka Harapan Hidup (AHH) kabupaten/kota di Provinsi DIY dalam kurun waktu 2008 – 2010 selalu mengalami peningkatan. Semua kabupaten/kota dalam kurun waktu tersebut, nilai AHH selalu meningkat dari tahun ke tahun. AHH tertinggi pada tahun 2010 didapatkan Kabupaten Sleman yaitu sebesar 75,06, sedangkan AHH terendah pada tahun 2010 diperoleh Kabupaten Gunung Kidul sebesar 70,97. Rata-rata AHH dari lima kabupaten/kota di Provinsi DIY pada tahun 2010 sebesar 73,32, lebih tinggi dari tahun sebelumnya yang mencapai 73,22. Perkembangan AHH di Provinsi DIY ditampilkan dalam Gambar 5.

**Gambar 5**  
**Angka Harapan Hidup Berdasarkan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi D. I. Yogyakarta Tahun 2008 – 2010**



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DIY, diolah

## Pembahasan Hasil

Nilai efisiensi teknis biaya kesehatan pemerintah daerah di Provinsi DIY diperoleh dengan menggunakan variabel input berupa nominal jumlah anggaran belanja kesehatan masing-masing pemerintah daerah kabupaten/kota. Adapun variabel output yang digunakan untuk menghitung nilai efisiensi teknis biaya adalah variabel *output intermediate* berupa indikator fasilitas dan layanan kesehatan yang tersedia atas belanja kesehatan pemerintah. Variabel *output intermediate* berupa fasilitas dan layanan kesehatan ini mencerminkan seberapa besar upaya pemerintah daerah di Provinsi DIY untuk menyediakan sarana kesehatan yang memadai bagi masyarakatnya.

Asumsi yang digunakan adalah bahwa besarnya input anggaran belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah daerah mampu menghasilkan jumlah output fasilitas dan layanan kesehatan dengan besaran yang tidak sama. Perhitungan efisiensi teknis biaya ini menggunakan asumsi *Variabel Return to Scale* (VRTS) dan model orientasi output (*output oriented*) serta *ceteris paribus*. Hasil perhitungan nilai efisiensi teknis biaya kesehatan pemerintah daerah di Provinsi DIY dengan menggunakan program Banxia Frontier DEA versi 3.2.2 ditampilkan pada Tabel 4.



**Tabel 4**  
**Nilai Efisiensi Teknis Biaya Anggaran Sektor Kesehatan Berdasarkan Kabupaten/Kota**

<i>Kabupaten/Kota</i>	<i>Efisiensi Teknis Biaya</i>			<i>Rata-Rata Efisiensi</i>
	2008	2009	2010	
<b>Kab. Bantul</b>	39.77	37.50	39.18	38.82
<b>Kab. Gunung Kidul</b>	50.95	49.83	53.57	51.45
<b>Kab. Kulon Progo</b>	97.53	100.00	100.00	99.18
<b>Kab. Sleman</b>	40.58	34.10	42.14	38.94
<b>Kota Yogyakarta</b>	100.00	100.00	100.00	100.00

Sumber : Data Sekunder, diolah

Berdasarkan Tabel 4, pada tahun 2008 hanya terdapat satu kota yang mencapai nilai efisiensi 100 persen yaitu Kota Yogyakarta. Empat kabupaten belum efisien, bahkan dua kabupaten memiliki nilai efisiensi biaya kurang dari 50%, yaitu Kabupaten Bantul dan Kabupaten Sleman. Tahun 2009 jumlah kabupaten/kota yang mampu mencapai skor efisiensi 100 persen bertambah menjadi dua kabupaten/kota, yaitu Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta. Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, dan Kabupaten Sleman nilai efisiensi teknis biayanya pada tahun 2009 mengalami penurunan, ketiga kabupaten tersebut memiliki nilai efisiensi teknis biaya kurang dari 50%. Tahun 2010 kondisi pencapaian efisiensi teknis biaya anggaran belanja sektor kesehatan hampir sama dengan kondisi tahun 2009, yaitu hanya Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta yang mencapai tingkat efisiensi 100 persen. Daerah kabupaten/kota yang memiliki nilai pencapaian efisiensi teknis biaya sebesar 100 persen mengindikasikan bahwa daerah tersebut sudah efisien dalam menggunakan sejumlah input biaya yang dibelanjakan pemerintahnya di sektor kesehatan terutama yang dialokasikan untuk penyediaan output fasilitas dan layanan kesehatan dasar. Dengan kata lain setiap tambahan input berupa biaya yang digunakan untuk membiayai belanja kesehatan telah menghasilkan tambahan output. Adapun daerah kabupaten/kota yang pencapaian skor efisiensinya tidak mencapai angka 100 persen, maka daerah-daerah tersebut tergolong ke dalam daerah yang tidak efisien dalam hal teknis biaya kesehatan. Hal ini mengindikasikan bahwa di daerah-daerah tersebut masih kurang optimal dalam pengelolaan anggaran belanja sektor kesehatan, yang tidak diikuti dengan penyediaan fasilitas dan sarana kesehatan dasar bagi masyarakatnya.

Nilai efisiensi teknis sistem kesehatan dihasilkan dengan memasukkan input berupa indikator fasilitas dan layanan kesehatan dasar yaitu rasio dokter rasio tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah. Adapun output yang digunakan adalah indikator derajat kesehatan masyarakat berupa AKB yang diproksi dengan angka bayi hidup per 1000 penduduk, AKI yang diproksi dengan angka ibu melahirkan selamat per 100.000 penduduk, serta angka harapan hidup penduduk. Hasil perhitungan nilai efisiensi teknis system pelayanan kesehatan pemerintah daerah di Provinsi DIY disajikan dalam Tabel 5.

**Tabel 5**  
**Nilai Efisiensi Teknis Sistem Anggaran Sektor Kesehatan Berdasarkan Kabupaten/Kota**

<i>Kabupaten/Kota</i>	<i>Efisiensi Teknis Sistem</i>			<i>Rata-Rata Efisiensi</i>
	2008	2009	2010	
Kab. Bantul	100.00	100.00	100.00	100.00
Kab. Gunung Kidul	100.00	100.00	100.00	100.00
Kab. Kulon Progo	100.00	100.00	100.00	100.00
Kab. Sleman	100.00	100.00	100.00	100.00
Kota Yogyakarta	99.82	99.88	99.70	99.80

Sumber : Data Sekunder, diolah

Berdasarkan Tabel 5, selama periode penelitian terdapat 4 kabupaten/kota yang mencapai tingkat efisiensi dengan nilai efisiensi mencapai 100 persen, dan hanya satu kota yang belum efisien, yaitu Kota Yogyakarta dengan nilai efisiensi teknis sistem sebesar 99,82 persen. Kondisi ini berbeda dengan nilai efisiensi teknis biaya, dimana hanya Kota Yogyakarta saja yang mencapai efisiensi teknis biaya 100 persen, hal ini dikarenakan dalam efisiensi teknis sistem Kota

Yogyakarta mempunyai input yang lebih besar dibanding dengan daerah lain sedangkan output yang dihasilkan relatif sama dengan daerah lain.

Pencapaian nilai efisiensi teknis sistem secara rata-rata selama periode penelitian ditemukan hasil yang berbeda dengan pencapaian efisiensi teknis biaya. Berdasarkan hasil perhitungan DEA diperoleh hasil empiris berupa pencapaian kondisi efisiensi teknis sistem yang jauh lebih baik dari pada kondisi efisiensi teknis biaya. Apabila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai dalam Indonesia Sehat 2010, maka ketiga indikator outcome yang terdapat pada kabupaten/kota di Provinsi DIY secara umum sudah mencapai target. Target yang ingin dicapai pada tahun 2010 dalam Indonesia Sehat 2010 untuk AHH sebesar 67,9 tahun, AKI adalah 150 per 100.000 kelahiran hidup, dan AKB sebesar 40 per 1.000 kelahiran hidup.

Serupa dengan efisiensi teknis biaya, daerah kabupaten/kota yang pencapaian skor efisiensi teknis sistemnya tidak mencapai angka 100 persen, maka secara empiris daerah-daerah tersebut tergolong ke dalam daerah yang tidak efisien dalam teknis sistem. Semakin kecil pencapaian skor efisiensinya maka semakin tidak efisien daerah tersebut. Dengan kata lain kebijakan menambah jumlah fasilitas dan layanan kesehatan pada daerah-daerah yang tidak efisien jika tidak diikuti dengan adanya perbaikan sistem kesehatan justru akan berdampak negatif pada pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Perbaikan sistem kesehatan ini dapat dilakukan dengan cara meningkatkan peran dokter yang sudah ada untuk menjangkau lebih banyak pasien yang membutuhkan layanan kesehatan, selain itu diperlukan koordinasi lintas kabupaten/kota di Provinsi DIY yang dimotori oleh pemerintah Provinsi DIY terkait dengan pemerataan dokter terutama dari Kota Yogyakarta ke kabupaten lain yang masih kekurangan tenaga dokter di Provinsi DIY.

Salah satu keunggulan analisis penghitungan efisiensi dengan menggunakan metode DEA adalah selain mampu menemukan nilai efisiensi relatif dari masing-masing UKE, metode DEA juga mampu membuat skenario perbaikan input dan output yang sebaiknya digunakan bagi UKE-UKE yang belum efisien melalui langkah identifikasi input yang terlalu banyak atau output yang terlalu rendah. Skenario perbaikan yang dihasilkan DEA dapat digunakan untuk memperbaiki tingkat efisiensi daerah atau UKE yang belum efisien. Hasil perhitungan perbaikan variabel input output untuk mencapai nilai efisiensi teknis biaya dan teknis sistem pada kabupaten/kota di Provinsi DIY tahun 2010 dengan metode DEA ditunjukkan Tabel 6.

**Tabel 6**  
**Tabel Perbaikan Variabel Input Output**

Kabupaten/ Kota	Variabel	Actual	Target	Potential Improvement
Efisiensi Teknis Biaya				
Kab. Bantul	- Anggaran	108,925.11	108,925.11	-
	+ Rasio Tempat Tidur	17.77	45.35	155.20
	+ Rasio Dokter	35.00	131.56	275.88
Efisiensi Teknis Biaya				
Kab. Gunung Kidul	- Anggaran	71,281.68	71,281.68	-
	+ Rasio Tempat Tidur	20.67	38.58	86.67
	+ Rasio Dokter	23.71	44.33	86.98
Efisiensi Teknis Biaya				
Kab. Sleman	- Anggaran	107,536.13	107,536.13	-
	+ Rasio Tempat Tidur	15.23	45.10	196.13
	+ Rasio Dokter	54.08	128.34	137.32
Efisiensi Teknis Sistem				
Kota Yogyakarta	- Rasio Tempat Tidur	45.67	15.32	(66.45)
	- Rasio Dokter	135.69	54.01	(60.19)
	+ AHH	73.44	75.06	2.20
	+ AIMS	111,735.03	112,070.24	0.30
	+ ABH	991.23	994.20	0.30

Sumber : Data Sekunder, diolah

Berdasarkan perhitungan lebih lanjut mengenai target yang harus dicapai oleh daerah yang belum efisien baik secara teknis alokasi maupun teknis sistem dalam belanja kesehatan sebagaimana yang telah dirangkum dalam Tabel 6, maka dapat diambil beberapa gambaran

mengenai kondisi efisiensi teknis biaya dan sistem yang terjadi pada 5 kabupaten/kota di Provinsi DIY tahun 2010 sebagai berikut :

- a. Daerah yang telah mencapai kondisi efisiensi ideal dalam anggaran belanja sektor kesehatan adalah daerah yang baik secara teknis biaya maupun secara teknis sistem berhasil mencapai nilai efisiensi sempurna sebesar 100 persen sebagaimana yang telah dicapai oleh Kabupaten Kulon Progo. Kabupaten Kulon Progo sebagai daerah yang telah efisien secara teknis biaya dan teknis sistem dapat dijadikan daerah tujuan kegiatan *benchmarking* pemerintah daerah kabupaten/kota yang belum efisien secara teknis biaya atau pemerintah daerah kabupaten/kota yang belum efisien secara teknis sistem.
- b. Kabupaten/kota yang telah efisien secara teknis biaya belum tentu juga efisien secara teknis sistem. Fenomena seperti ini yang terjadi di Kota Yogyakarta. Kota Yogyakarta yang telah mencapai kondisi efisien sempurna secara teknis biaya dengan capaian nilai efisiensi 100 persen, namun secara teknis sistem kesehatan Kota Yogyakarta berada di bawah kondisi efisien dengan capaian nilai efisiensi 99.70 persen. Berdasarkan hasil tersebut maka dalam hal ini Pemerintah Kota Yogyakarta dapat mengevaluasi kebijakan anggaran belanja sektor kesehatan yang diambil terkait pencapaian efisiensi yang terjadi. Apabila Pemerintah Kota Yogyakarta lebih berorientasi pada pencapaian efisiensi teknis biaya, maka kebijakan yang ditempuh pada tahun 2010 sudah tepat dan tidak perlu ada perubahan jumlah target baik input maupun output. Jika dalam mengambil kebijakan anggaran belanja sektor kesehatan Pemerintah Kota Yogyakarta lebih berorientasi pada pencapaian efisiensi teknis sistem maka langkah kebijakan yang dapat ditempuh adalah sesuai dengan target pada Tabel 3. Kebijakan yang paling memungkinkan untuk diambil oleh pemerintah Provinsi DIY terkait kondisi tersebut adalah dengan melakukan pemerataan sumber daya kesehatan berupa dokter yang bertugas di rumah sakit, yaitu dengan melakukan redistribusi dokter ke daerah-daerah yang masih kekurangan sumber daya kesehatan seperti Kabupaten Gunung Kidul, Kabupaten Bantul, dan Kabupaten Kulon Progo agar rasio dokter di daerah-daerah tersebut mencapai target nasional yaitu sebesar 59 dokter per 100.000 penduduk.
- c. Kondisi berkebalikan dengan Kota Yogyakarta terjadi pada Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, dan Kabupaten Sleman. Ketiga kabupaten tersebut pada tahun 2010 secara teknis biaya belum efisien, namun secara teknis sistem tingkat efisiensinya sudah mencapai 100 persen. Berdasarkan hasil tersebut maka ketiga kabupaten dapat mengevaluasi kebijakan anggaran belanja sektor kesehatan terkait dengan pencapaian efisiensi yang terjadi.
- d. Jika dilihat dari input anggaran sektor kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi DIY belum mencapai target yang diharapkan yaitu sebesar 15% dari total APBD. Tahun 2010 proporsi anggaran sektor kesehatan tertinggi dicapai oleh Kota Yogyakarta sebesar 13,07% dan terendah adalah Kabupaten Gunung Kidul sebesar 9,17%. Berkenaan dengan hal tersebut, meskipun berdasarkan hasil analisis efisiensi teknis biaya masih terjadi kurang optimalnya pengelolaan anggaran namun diharapkan kebijakan yang diambil tidak menurunkan anggaran sektor kesehatan, tetapi lebih pada penekanan optimalisasi output, yaitu rasio dokter dan rasio tempat tidur rumah sakit. Target rasio dokter dalam Indikator Indonesia Sehat 2010 adalah sebesar 59 dokter per 100.000 penduduk, di Provinsi DIY hanya Kota Yogyakarta yang sudah melebihi target tersebut. Pemerintah kabupaten/kota perlu mengambil kebijakan yang berorientasi kepada pencapaian target rasio dokter di masing-masing kabupaten/kota.

Tingkat inefisiensi lebih parah terjadi pada teknis biaya kesehatan daripada inefisiensi yang terjadi pada teknis sistem, di mana ditunjukkan dengan nilai skor efisiensi teknis biaya untuk tiap kabupaten/kota di DIY masih jauh dari angka 100 persen. Lebih lanjut, perhitungan tentang target perbaikan efisiensi teknis biaya dapat dilakukan dengan cara meningkatkan peran dokter yang sudah ada untuk menjangkau lebih banyak masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan serta meningkatkan jumlah tenaga medis (dokter) agar target indikator rasio dokter untuk mencapai Indonesia Sehat 2010 tercapai. Di sisi lain pemerataan jumlah fasilitas kesehatan berupa tempat tidur yang telah tersedia di rumah sakit juga perlu dilakukan agar lebih banyak lagi masyarakat yang dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan mudah dalam rangka mencapai tingkat derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dalam hal efisiensi teknis sistem, secara umum kabupaten/kota di Provinsi DIY telah mencapai kondisi yang efisien, hanya satu daerah yang belum efisien secara teknis sistem, yaitu Kota Yogyakarta, namun tingkat efisiensi teknis sistem Kota

Yogyakarta juga sudah mendekati kondisi efisien, dengan nilai efisiensi teknis sistem mencapai 99,70 persen. Kondisi efisiensi teknis anggaran sektor kesehatan di Provinsi DIY ditinjau dari kedua hasil pencapaian efisiensi tersebut, sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi DIY mengalami permasalahan serius terkait dengan teknis penggunaan anggaran biaya sektor belanja kesehatan di masing-masing daerahnya yang ditandai dengan kurang optimalnya pengelolaan anggaran belanja sektor kesehatan. Terkait dengan periode penelitian yaitu tahun 2008-2010, target perbaikan dari hasil analisis DEA yang dapat dijadikan bahan rujukan pengambilan kebijakan pemerintah daerah kabupaten/kota memungkinkan adanya perbedaan nilai efisiensi apabila diaplikasikan pada tahun 2013. Hal ini dikarenakan adanya kemungkinan perubahan data input maupun output, oleh karena itu penggunaan hasil penelitian ini harus hati-hati dan kalau memungkinkan pengambilan kebijakan dilakukan dengan menggunakan data tahun sebelumnya sebelum kebijakan itu dikeluarkan agar lebih tepat sasaran.

## KESIMPULAN DAN KETERBATASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum selama periode penelitian pemerintah kabupaten/kota di Provinsi DIY masih mengalami inefisiensi dalam teknis biaya kesehatan di masing-masing daerahnya. Fenomena ini diindikasikan dengan pencapaian nilai efisiensi teknis biaya untuk masing-masing kabupaten/kota yang secara umum masih jauh berada di bawah nilai efisiensi teknis sistem. Pada tahun 2010 nilai efisiensi teknis biaya Kabupaten Sleman 42,14 persen, Kabupaten Bantul 39,18 persen, Kabupaten Gunung Kidul 53,57 persen, dan dua kabupaten/kota sudah mencapai nilai efisiensi teknis biaya 100 persen yaitu Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta. Kabupaten/kota yang sudah mencapai kondisi efisien dalam teknis biaya selama periode penelitian adalah Kota Yogyakarta. Adapun kabupaten/kota yang sudah mencapai kondisi efisien dalam teknis sistem selama periode penelitian adalah Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, Kabupaten Kulon Progo, dan Kabupaten Sleman. Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2009 dan 2010 menunjukkan peningkatan dalam efisiensi teknis biaya dengan nilai efisiensi mencapai 100%.

Keterbatasan penelitian ini adalah dalam penggunaan data anggaran sebagai indikator pada biaya dalam penelitian ini memiliki kelemahan, yaitu adanya asumsi bahwa anggaran tersebut habis teralokasi untuk penggunaan pengeluaran. Kelemahan lain dari DEA adalah terkait dengan perlakuan pencapaian efisiensi teknis biaya dan teknis sistem. Kebijakan yang berorientasi kepada efisiensi teknis biaya akan berpengaruh juga terhadap nilai efisiensi teknis sistem, karena output dari efisiensi teknis biaya menjadi input dari efisiensi teknis sistem, yang dalam penelitian ini adalah *intermediate output*. Keterbatasan lain dari penelitian ini adalah tidak memasukkan beberapa indikator lain yang cukup penting ke dalam variabel *output intermediate*, variabel-variabel tersebut adalah rasio tenaga paramedis serta rasio layanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit, puskesmas, maupun institusi kesehatan lainnya agar analisis yang dilakukan dapat lebih dalam dan detail. Selain itu periode penelitian tahun 2008-2010 juga menjadi keterbatasan dari penelitian ini terkait dengan implikasi kebijakan dari target perbaikan yang harus dilakukan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota yang belum efisien baik secara teknis biaya maupun secara teknis sistem, hal tersebut dikarenakan keterbatasan dalam memperoleh data.

Berdasarkan hasil analisis, hendaknya pemerintah di masing-masing kabupaten/kota yang belum mencapai efisiensi teknis biaya yaitu Kabupaten Sleman, Gunung Kidul dan Kabupaten Bantul melakukan monitoring, evaluasi serta peningkatan efisiensi terhadap pengeluaran pemerintah daerah khususnya pada anggaran sektor kesehatan. Peningkatan efisiensi dapat dilakukan dengan cara optimalisasi pengelolaan anggaran belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah. Langkah ini dilakukan dengan meningkatkan fasilitas dan layanan kesehatan masyarakat di daerahnya masing-masing sesuai dengan kebutuhan yang telah ditargetkan secara nasional melalui Indonesia Sehat 2010. Dengan adanya peningkatan fasilitas dan layanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat diharapkan besarnya belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah akan menghasilkan manfaat yang lebih besar. Kabupaten/kota yang tidak efisien secara sistem adalah daerah yang penggunaan input berupa fasilitas dan layanan kesehatan belum efisien penggunaannya, yaitu Kota Yogyakarta. Terkait dengan hal tersebut, pemerintah kabupaten/kota dengan dikoordinasikan oleh pemerintah Provinsi DIY dapat melakukan redistribusi dokter pada daerah-daerah yang masih kekurangan sumber daya kesehatan agar rasio dokter pada

kabupaten/kota di Provinsi DIY lebih merata dan dapat mencapai rasio dokter yang ditargetkan dalam Indonesia Sehat 2010. Kabupaten/kota yang tidak efisien baik secara teknis biaya maupun secara teknis sistem dapat melakukan *bechmarking* ke daerah yang sudah mencapai kondisi efisien secara teknis biaya dan teknis sistem yaitu Kabupaten Kulon Progo.

## REFERENSI

- Ahmad Syakir Kurnia. 2006. Model Pengukuran Kinerja dan Efisiensi Sektor Publik Metode Free Disposable Hull (FDH). *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, Vol.11, No. 2, h. 1-20.
- Ananta dan Hatmadi. 1985. *Mutu Modal Manusia : Suatu Analisis Pendahuluan*. Jakarta: LPFE UI.
- Arum Atmawikarta, *Makalah : Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*, 2005
- Badan Pusat Statistik, 2011. *Sensus Penduduk 2010*. Jakarta
- Bank Dunia, 2008. *Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*. Jakarta : Word Bank.
- Broto Wasisto dan Ascobat. 1986. *Seminar Ekonomi Kesehatan*. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2011. *Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 2010*. Yogyakarta
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, Data APBD Tahun Berjalan, <http://www.djpk.depkeu.go.id/datadjpk/131>. Diakses tanggal 26 April 2012.
- Jafarov and Victoria Gunnarson. 2008. Government Spending on Health Care and Education in Croatia : Efficiency and Reform Options. *IMF Working Paper*, WP/08/136
- Lena Dina Pertiwi, 2007. Efisiensi Pengeluaran Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, Vol. 12 No. 2, h. 123-139
- R. Nugroho Purwantoro, 2003. Penerapan Data Envelopment Analysis (DEA) dalam Kasus Pemilihan Produk Inkjet Personal Printer. *Usahawan* No. 10 Th. XXXII, Jakarta