

## Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Kesehatan Masyarakat (Studi Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta)

Ahada Nurfauziya<sup>1\*</sup>, Kesit Bambang Prakosa<sup>2</sup>, Hadri Kusuma<sup>3</sup>

1Program Studi Akuntansi, Fakultas Ekonomi, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

2Program Studi Akuntansi, Fakultas Ekonomi, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

3Program Studi Akuntansi, Fakultas Ekonomi, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

\*e-mail: ahadanur@uii.ac.id

Received :  
31 Maret 2018

Revised :  
-

Accepted :  
31 Maret 2018

Available online :  
10 April 2018



### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara empirik dampak desentralisasi fiskal terhadap tingkat kesehatan masyarakat di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Indikator yang digunakan dalam menilai perkembangan tingkat kesehatan masyarakat adalah dengan mem-proxykan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Usia Harapan Hidup. Sampel dalam penelitian ini adalah pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dari kategori pemerintah daerah yang memiliki data dari tahun 2007 sampai 2013. Analisis penelitian ini menggunakan metode SmartPLS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa desentralisasi berpengaruh negatif terhadap tingkat kesehatan masyarakat. Desentralisasi fiskal tidak berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup. Tingkat kesehatan masyarakat berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup.

**Kata kunci :** desentralisasi fiskal, tingkat kesehatan masyarakat, usia harapan hidup

### ABSTRACT

This research aims to analyze empirically the impact of fiscal decentralization on the level of public health in the province of Yogyakarta. Indicators used in assessing the level of development of public health isto promote the Human Development Index (HDI) and life expectancy. The sample in this research is a local government district/city in the province of Yogyakarta. The sampling technique used purposive sampling of categories of local government that has data from 2007 through 2013. The analysis method used in this study SmartPLS. The results of this research study showed that decentralization has negative effect on the level of public health. Fiscal decentralization has no positive effect on life expectancy. The level of public health has positive effect on life expectancy.

**Keywords :** fiscal decentralization, the level of public health, life expectancy

### 1. Pendahuluan

Pemberlakuan Undang-undang (UU) No.33 tahun 2004, tentang perimbangan keuangan, serta UU no 23 tahun 2014 tentang pemerintahan menandai perubahan pola hubungan yang terjadi antara pemerintah pusat dan daerah (desentralisasi). Prinsip yang mendorong desentralisasi diserahkan dan dilaksanakan pemerintahan daerah (kabupaten/kota), adalah dikarenakan desentralisasi memiliki tujuan efisiensi sektor publik dalam produksi dan distribusi pelayanan, meningkatkan kualitas pembuatan keputusan dengan menggunakan informasi lokal, meningkatkan akuntabilitas, dan meningkatkan kemampuan respon terhadap kebutuhan serta kondisi lokal (Giannoni, 2000).

Negara memiliki tugas untuk menyelenggarakan pembangunan dari Daerah Tingkat II (kabupaten), Daerah Tingkat I (provinsi) hingga Negara. Berhasil tidaknya penyelenggaraan pembangunan harus dapat diukur untuk dapat melihat sejauhmana penyelenggaraan pembangunan tersebut berdampak pada kesejahteraan manusia, salah satu indikator penting untuk menilai keberhasilan dalam penyelenggaraan pembangunan adalah *Human Development Index* (HDI) atau dalam bahasa Indonesia Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks ini terdiri dari Indeks ekonomi (pendapatan riil per kapita), Indeks pendidikan (angka melek huruf dan lama sekolah) dan Indeks kesehatan (umur harapan hidup waktu lahir).

Kesehatan merupakan salah satu elemen penyusun IPM yang memiliki peran dalam menciptakan manusia yang berkualitas dengan derajat kesehatan yang tinggi, sudah seharusnya pembangunan di bidang kesehatan menjadi pusat perhatian pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah. Tujuan dari pembangunan manusia di bidang kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia yang merata di semua wilayah. Nampaknya permasalahan peningkatan derajat kesehatan manusia masih menjadi persoalan klasik di tingkat kabupaten. Hal ini bisa dilihat dari tingkat kesenjangan/disparitas di bidang kesehatan masih terlihat cukup lebar secara nasional di Tahun 2013. Pencapaian IPM tertinggi dalam komponen angka harapan hidup terdapat di Kab. Sleman (Provinsi DI Yogyakarta) sebesar 75,79 tahun dan pencapaian IPM terendah pada Kab. Sumbawa (Provinsi NTB) sebesar 61,43 tahun sehingga rentang capaian antara kedua kabupaten tersebut adalah 14,36 poin. Apabila dibandingkan dengan Tahun 2011 tidak tampak adanya perbaikan kondisi dimana rentang disparitas hampir sama di Tahun 2013. Perbedaan capaian pada Tahun 2011 tercatat sebesar 14,37 poin. Pada Tahun 2012 perbedaan capaian Angka Harapan Hidup (AHH) lebih tinggi dari tahun 2013, yaitu sebesar 14,46. Angka Harapan Hidup merupakan salah satu indikator dari derajat kesehatan. Dalam Profil Kesehatan Provinsi DIY Tahun 2012 yang berisi mengenai kondisi dan situasi kesehatan di wilayah Provinsi DIY tahun 2011 dipaparkan bahwa peningkatan angka harapan hidup di DIY merupakan yang terbaik di Indonesia bersama dengan DKI dan Bali, namun demikian bila dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara masih tetap lebih rendah misalnya Singapura.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lembaga Penelitian SMERU dalam (Variana, 2009) menunjukkan bahwa selama dua tahun pelaksanaan desentralisasi dan otonomi daerah masih menunjukkan belum ada tanda-tanda kecenderungan pelayanan pemerintah kepada masyarakat akan menjadi lebih baik (SMERU, 2002b), dan kurang mendukung kearah pencapaian sasaran pelayanan kesehatan (SMERU, 2002a). Rubio (2010) menyatakan dalam penelitiannya bahwa pelaksanaan desentralisasi fiskal memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap efektivitas kebijakan publik dalam meningkatkan kesehatan penduduk (dalam hal penurunan angka kematian bayi). Penelitian ini dilakukan pada 19 negara anggota OECD (sebuah organisasi yang beranggotakan negara-negara “kaya” dipimpin oleh Amerika Serikat dan Eropa).

Banyaknya kasus kematian bayi, usia harapan hidup, dan gizi buruk di berbagai daerah di Indonesia setelah penerapan desentralisasi, memunculkan pertanyaan apakah kebijakan desentralisasi fiskal berpengaruh terhadap peningkatan kinerja pemerintah daerah khususnya di bidang kesehatan. Penelitian mengenai dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* (hasil) di bidang kesehatan belum banyak dilakukan di Indonesia. Kebanyakan peneliti melihat dampak desentralisasi kesehatan terhadap *outcomes* (hasil) bidang pendidikan, kinerja ekonomi, kemiskinan dan ketahanan pangan, dan lain-lain.

Penelitian mengenai dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* di bidang pendidikan telah dilakukan oleh (Huda and Sasana, 2013), yang meneliti mengenai dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* pelayanan publik bidang pendidikan di Provinsi DKI Jakarta. Penelitian mengenai dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* di bidang ekonomi telah dilakukan oleh (Sasana, 2009) yang menganalisis mengenai peran desentralisasi fiskal terhadap kinerja ekonomi di kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah.

Penelitian di Indonesia yang meneliti mengenai dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* (hasil) di bidang kesehatan telah dilakukan oleh (Ahmad, 2010) yang menunjukkan hasil bahwa terdapat peningkatan porsi belanja pembangunan dalam realisasi APBD Kabupaten/Kota di Sumatera Barat setelah diterapkannya desentralisasi fiskal dan desentralisasi di bidang kesehatan pada tahun 2001. Penelitian ini juga menunjukkan hasil bahwa desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB (Pendapatan Domestik Regional Bruto) per kapita dan jumlah tenaga medis terhadap angka kematian bayi menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statistis berpengaruh negatif secara signifikan terhadap angka kematian bayi. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan dan jumlah tenaga medis secara statistis tidak berpengaruh secara signifikan terhadap angka kematian bayi.

Ahmad (2010) menyebutkan bahwa penelitian serupa yang pernah dilakukan di luar negeri oleh Robalino (2001), Asfaw et al (2005) dan Canterero (2005 dan 2008), yang secara berturut-turut hasilnya adalah sebagai berikut: Robalino (2001) dalam mengkaji mengenai desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* (hasil) bidang kesehatan, menyatakan bahwa desentralisasi fiskal secara konsisten berhubungan dengan lebih rendahnya angka kematian bayi. Asfaw et al (2005) memberikan bukti empiris bahwa desentralisasi fiskal memainkan peran yang signifikan secara statistik dalam mengurangi angka kematian bayi di pedesaan negara India. Cantero et al (2008) menyatakan secara empiris bahwa pendapatan per kapita, desentralisasi fiskal dan sumber daya kesehatan memiliki pengaruh penting terhadap kematian bayi dan usia harapan hidup. Angka kematian bayi dan usia harapan hidup berhubungan dengan pendapatan per kapita, desentralisasi pelayanan kesehatan, dan jumlah dokter umum.

Berdasarkan uraian tersebut, tujuan dalam penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap tingkat kesehatan masyarakat dan usia harapan hidup di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2007-2013, serta untuk mengetahui pengaruh tingkat kesehatan masyarakat terhadap usia harapan hidup di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2007-2013. Perbedaan penelitian ini dari penelitian sebelumnya adalah penelitian ini menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal sejak penerapan desentralisasi fiskal di Tahun 2001, sedangkan penelitian menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap kesehatan pada periode sebelum dan sesudah penerapan desentralisasi fiskal dilaksanakan di Tahun 2001, seperti penelitian yang dilakukan oleh (Ahmad, 2010) yang menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* di bidang kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Barat dengan periode penelitian dari Tahun 1997 sampai Tahun 2007.

## **2. Tinjauan Pustaka dan Perumusan Hipotesis**

### **2.1 Desentralisasi Fiskal**

Syahrudin (2006) mendefinisikan desentralisasi fiskal sebagai kewenangan (*authority*) dan tanggungjawab (*responsibility*) dalam penyusunan, pelaksanaan, dan

pengawasan anggaran daerah (APBD) oleh pemerintah daerah. (Ferdiana, 2008) mendefinisikan desentralisasi fiskal sebagai pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal. Selain dua bentuk desentralisasi yang lain, desentralisasi fiskal merupakan salah satu komponen utama dari desentralisasi. Apabila pemerintah daerah melaksanakan fungsinya secara efektif dan diberikan kebebasan dalam pengambilan keputusan penyediaan pelayanan di sektor publik, maka mereka harus didukung sumber-sumber keuangan yang memadai yang berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) termasuk *surcharge of taxes*, bagi hasil pajak dan bukan pajak, pinjaman, maupun subsidi/bantuan dari pemerintah pusat.

Dalam UU No. 33 tahun 2004 pasal 5 disebutkan bahwa sumber penerimaan daerah adalah pendapatan daerah dan pembiayaan. Pendapatan daerah terdiri dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), dana perimbangan dan pendapatan lain-lain. Dana Perimbangan Keuangan Pusat Daerah (PKPD) merupakan mekanisme transfer pemerintah pusat ke pemerintah daerah yang terdiri dari Dana Bagi Hasil Pajak dan Sumber Daya Alam (DBHP dan SDA), Dana Alokasi Umum (DAU), dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana pembiayaan daerah berasal dari Sisa Lebih Anggaran daerah (SAL), pinjaman daerah, dana cadangan daerah dan privatisasi kekayaan daerah yang dipisahkan.

Dalam Ahmad (2010) desentralisasi bertujuan untuk mencapai efisiensi sektor publik dalam hal produksi dan distribusi pelayanan, meningkatkan kualitas pembuatan keputusan dengan menggunakan informasi lokal serta meningkatkan akuntabilitas dan meningkatkan kemampuan respon terhadap kebutuhan dan kondisi lokal (Giannoni 2002). Hal inilah yang mendorong desentralisasi diserahkan dan dilaksanakan pemerintahan daerah yakni kabupaten/kota. Selain itu menurut Silverman (1990) laporan World Bank di Uganda (2005) menyatakan bahwa pemerintah lokal lebih responsif terhadap warga negaranya dibanding dengan pemerintah pusat, sehingga keputusan yang diambil oleh pemerintah local lebih merefleksikan kebutuhan dan keinginan rakyat.

Desentralisasi fiskal diperlukan untuk perbaikan efisiensi ekonomi, efisiensi biaya, perbaikan akuntabilitas dan peningkatan mobilisasi dana. Desentralisasi fiskal tidak bisa diadopsi begitu saja, namun di sesuaikan dengan latar belakang sejarah dan kebudayaan, kondisi-kondisi lembaga, politik, dan ekonomi yang melekat pada negara itu.

## **2.2 Hubungan Desentralisasi Fiskal dengan Outcomes Bidang Kesehatan**

Uchimura (2002) memperoleh bukti empiris apabila desentralisasi lebih besar dilakukan kabupaten atau kota akan memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah dibanding apabila wewenang tersebut berada dibawah pemerintahan provinsi. Dalam penelitian ini disebutkan juga bahwa pemerintahan daerah yang memiliki pendapatan terbatas akan memiliki ketergantungan yang tinggi terhadap transfer pemerintah di level atasnya dalam menentukan belanja kesehatan.

Dalam Trisnantoro (2008) bentuk pemberian alokasi anggaran kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah pusat ke pemerintah daerah (Pemerintah Tingkat I) sebelum era desentralisasi adalah dengan melakukan negosiasi kepada pemerintah daerah (Pemerintah Tingkat I). Namun saat ini ketika desentralisasi sudah dilaksanakan, secara implisit anggaran sektor kesehatan dimasukkan ke dalam alokasi Dana Alokasi Umum (DAU) yang berbasis pada formula yang ditetapkan yaitu berbasis pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal suatu daerah. Dengan kondisi tersebut anggaran antara sektor yang satu dengan yang lain harus bersaing untuk mendapatkan anggaran, termasuk sektor kesehatan juga harus bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkan anggaran.

### 2.3 Tingkat Kesehatan Masyarakat

Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan rakyat. Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efektif, efisien serta terjangkau oleh masyarakat. Walau sudah mencapai banyak kemajuan, namun Indonesia masih tertinggal bila dibandingkan dengan negara tetangga (Hendriyanto, 2014).

Kondisi geografis dan keanekaragaman Indonesia tercermin dengan adanya perbedaan sosial ekonomi yang cukup signifikan. Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) yang sangat bervariasi, angka kemiskinan di tingkat kabupaten/kota yang bervariasi antara daerah satu dengan daerah lainnya, indikator pembangunan manusia (IPM) rata-rata untuk Indonesia pada tahun 2002 adalah 0,66 dengan rentang variasi IPM yang tinggi dari yang paling rendah sebesar 0,47 di Kabupaten Jayawijaya sampai dengan 0,76 untuk Jakarta Timur (The World Bank, 2007).

Indikator pembangunan manusia merupakan salah satu komponen variabel kebutuhan fiskal yang digunakan untuk pendekatan perhitungan kebutuhan daerah, yang dijadikan sebagai ukuran untuk melihat dampak kinerja pembangunan wilayah, karena memperlihatkan kualitas penduduk suatu wilayah dalam hal harapan hidup, intelektualitas dan standar hidup yang layak. Dalam perencanaan pembangunan IPM juga dapat digunakan sebagai tuntunan dalam menentukan prioritas dalam merumuskan kebijakan dan menentukan program (Budiriyanto, 2011).

Dalam Setyowati (2012) keberhasilan pembangunan manusia terlihat dari penuntasan permasalahan mendasar pada masyarakat seperti, kemiskinan, pengangguran, gizi buruk, buta huruf dan lain sebagainya. Dalam hal ini pembangunan manusia menempatkan manusia sebagai tujuan akhir dari pembangunan bukan alat dari pembangunan. Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menetapkan suatu ukuran dalam mengukur standar pembangunan manusia yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau "Human Development Index", hal ini sebagai solusi karena selama ini berbagai ukuran pembangunan manusia telah dibuat namun tidak semuanya dapat digunakan sebagai ukuran standar yang dapat membandingkan antar wilayah atau antar Negara (Badan Pusat Statistik, 2009).

Indeks pembangunan manusia sebagai ukuran kualitas hidup dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup umur panjang dan sehat, pengetahuan, dan kehidupan yang layak. Untuk mengukur dimensi kesehatan, digunakan angka harapan hidup. Untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan gabungan indikator angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah. Adapun untuk mengukur dimensi hidup layak digunakan indikator kemampuan daya beli (*Purchasing Power Parity*) (Marhaeni 2008).

### 2.4 Usia Harapan Hidup

Ahmad (2010) menyatakan bahwa indikator dari keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi di suatu negara adalah adanya peningkatan usia harapan hidup penduduknya. Angka harapan hidup/usia harapan hidup pada suatu umur didefinisikan sebagai rata-rata jumlah tahun kehidupan yang masih dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur tepat  $x$  dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Angka harapan hidup/usia harapan hidup waktu lahir merupakan rata-rata tahun kehidupan yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir. Misalnya angka harapan hidup umur lima tahun berarti rata-rata tahun kehidupan pada masa yang akan datang dijalani oleh mereka yang telah mencapai

usia lima tahun (Mantra, 2003).

Angka harapan hidup/ usia harapan hidup adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas (kematian) menurut umur. Angka ini adalah angka pendekatan yang menunjukkan kemampuan untuk bertahan hidup lebih lama. Angka harapan hidup/ usia harapan hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2014).

Teori yang mendasari penelitian ini adalah teori *stakeholder* dan teori pengeluaran pemerintah. Teori *stakeholder* dipopulerkan oleh Freeman 1984 yang mendefinisikan *stakeholder* sebagai kelompok maupun individu yang dapat mempengaruhi maupun dipengaruhi untuk pencapaian tujuan organisasi. Teori *stakeholder* mengatakan bahwa organisasi harus memberikan manfaat bagi *stakeholder*, tidak hanya memberikan manfaat untuk entitas organisasi itu sendiri. Masyarakat sebagai salah satu *stakeholder* utama harus mendapat prioritas pemerintah dalam pemberian pelayanan. Sehingga anggaran untuk pelayanan terhadap masyarakat harus diprioritaskan utamanya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. (Putro, 2013)

Teori pengeluaran pemerintah didasarkan pada suatu pandangan bahwa pemerintah senantiasa berusaha untuk memperbesar pengeluaran sedangkan masyarakat tidak suka membayar pajak yang besar untuk membiayai pengeluaran pemerintah yang semakin besar tersebut, sehingga teori Peacock dan Wiseman merupakan dasar dari teori pemungutan suara. Peacock dan Wiseman mendasarkan teori mereka pada suatu teori bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak, yaitu suatu tingkat dimana masyarakat dapat memahami besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluaran pemerintah. Jadi masyarakat menyadari bahwa pemerintah membutuhkan dana untuk membiayai aktivitas pemerintah sehingga mereka mempunyai suatu tingkat kesediaan masyarakat untuk membayar pajak. Tingkat kesediaan ini merupakan kendala bagi pemerintah untuk menaikkan pemungutan pajak secara semena-mena. (Bakti, 2012)

## **2.5 Desentralisasi Fiskal dan Tingkat Kesehatan Masyarakat**

Desentralisasi fiskal merupakan pelimpahan wewenang berupa otoritas maupun tanggungjawab urusan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah, pemberian dukungan dari pemerintah pusat terhadap pelaksanaan desentralisasi fiskal ini berupa alokasi dana dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah seperti DAU (Dana Alokasi Umum) dan DAK (Dana Alokasi Khusus). Pelaksanaan desentralisasi fiskal mengacu pada peraturan yang dikeluarkan oleh Pemerintah yaitu UU No. 33 Tahun 2004 mengenai Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Dalam Pasal 1 UU No. 23 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, definisi kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan memiliki empat dimensi yaitu fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi yang saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan pada seseorang atau kelompok, atau masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Tingkat kesehatan masyarakat dapat diukur menggunakan indeks pembangunan manusia sebagai ukuran kualitas hidup yang dibangun melalui tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak. Untuk mengukur dimensi kesehatan, digunakan angka harapan hidup. Untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan gabungan indikator angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah. Adapun untuk mengukur dimensi hidup layak digunakan indikator kemampuan daya beli (*Purchasing Power Parity*) (Marhaeni 2008).

Robalino (2001) dalam penelitiannya mengkaji mengenai desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan, menyatakan bahwa desentralisasi fiskal secara

konsisten berhubungan dengan lebih rendahnya angka kematian bayi. Penelitian yang dilakukan diberbagai negara ini, menemukan bukti empiris bahwa daerah yang memiliki kecenderungan lebih besar mengatur belanja kesehatannya cenderung untuk memiliki angka kematian yang rendah.

Penelitian yang dilakukan Asfaw et al (2005) memberikan bukti empiris bahwa desentralisasi fiskal memainkan peran yang signifikan secara statistik dalam mengurangi angka kematian bayi di pedesaan negara India.

Penelitian yang dilakukan Ahmad (2010) secara empiris menunjukkan hasil bahwa terdapat peningkatan porsi realisasi belanja pembangunan bidang kesehatan di APBD kota/kabupaten di Sumatera Barat antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal. Terkait dengan pengujian pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis, dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit terhadap usia harapan hidup menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statistis berpengaruh positif secara signifikan terhadap usia harapan hidup.

Hasil penelitian Sasana (2009) disebutkan bahwa desentralisasi fiskal berpengaruh signifikan dan mempunyai hubungan yang positif terhadap laju pertumbuhan ekonomi di daerah kabupaten/kota di Jawa Tengah. Pertumbuhan ekonomi berpengaruh signifikan dan mempunyai hubungan yang positif terhadap tenaga kerja terserap di kabupaten/kota di Jawa Tengah. Pertumbuhan ekonomi berpengaruh signifikan dan mempunyai hubungan yang negatif terhadap jumlah penduduk miskin di kabupaten/kota di Jawa Tengah. Pertumbuhan ekonomi berpengaruh signifikan dan mempunyai hubungan yang positif terhadap kesejahteraan masyarakat di kabupaten/kota di Jawa Tengah. Tenaga kerja terserap berpengaruh signifikan dan mempunyai hubungan yang positif terhadap kesejahteraan masyarakat di kabupaten/kota di Jawa Tengah. Jumlah penduduk miskin berpengaruh signifikan dan mempunyai hubungan yang negatif terhadap kesejahteraan masyarakat di kabupaten/kota di Jawa Tengah.

Dari hasil penelitian Huda (2013) menyatakan bahwa desentralisasi fiskal memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap angka kelulusan sekolah. Desentralisasi fiskal juga ditemukan berpengaruh signifikan dan positif terhadap tingkat putus sekolah siswa. Desentralisasi fiskal ditemukan hasil yang tidak signifikan terhadap angka partisipasi sekolah. Output pendidikan berupa tingkat kelulusan sekolah SMA/SMK belum memberikan hasil pengaruh yang signifikan terhadap outcomes pendidikan.

Penelitian-penelitian terdahulu telah meneliti pengaruh desentralisasi fiskal terhadap outcomes bidang kesehatan, bidang pendidikan, dan bidang ekonomi. Tiga bidang tersebut merupakan komponen dalam penyusunan indeks pembangunan manusia yang mana indeks ini dapat dijadikan patokan keberhasilan pembangunan suatu daerah. Hal ini sejalan dengan indikator-indikator yang ditetapkan dalam mencapai target Indonesia Sehat 2010. Selain itu Indeks Pembangunan Manusia juga merupakan salah satu komponen variabel kebutuhan fiskal.

Salah satu kebutuhan fiskal diukur dengan menggunakan variabel Indeks Pembangunan Manusia yang mencerminkan tingkat pencapaian kesejahteraan penduduk atas layanan dasar di bidang pendidikan dan kesehatan (Budiriyanto, 2011).

Berdasarkan uraian diatas hipotesis pertama dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

H1 : Desentralisasi fiskal berpengaruh positif terhadap tingkat kesehatan masyarakat

## 2.6 Desentralisasi Fiskal dan Usia Harapan Hidup

Usia Harapan Hidup (UHH) adalah suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk (dalam tahun) sejak lahir yang akan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok umur. Keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi di suatu negara dapat diukur menggunakan indikator usia harapan hidup. Peningkatan usia harapan hidup penduduk suatu negara dapat menjadi tolok ukur keberhasilan program tersebut. Peningkatan perawatan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan masyarakat paling rendah yaitu Puskesmas serta peningkatan daya beli masyarakat akan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini memiliki pengaruh positif terhadap masyarakat seperti terpenuhinya kebutuhan gizi dan kalori, mampu mempunyai pendidikan yang lebih baik sehingga memperoleh pekerjaan dengan penghasilan yang memadai, yang pada akhirnya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memperpanjang usia harapan hidupnya (Ahmad, 2010).

Usia Harapan Hidup (UHH) dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah kaitannya dalam program peningkatan kesejahteraan penduduk dan meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Dalam membandingkan tingkat kesejahteraan antar kelompok masyarakat sangatlah penting untuk melihat angka harapan hidup. Di negara-negara yang tingkat kesehatannya lebih baik, setiap individu memiliki rata-rata hidup lebih lama, dengan demikian secara ekonomis mempunyai peluang untuk memperoleh pendapatan lebih tinggi (Kumalasari, 2012).

Angka harapan hidup/usia harapan hidup pada suatu umur didefinisikan sebagai rata-rata jumlah tahun kehidupan yang masih dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur tepat  $x$  dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Angka harapan hidup/usia harapan hidup waktu lahir merupakan rata-rata tahun kehidupan yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir. Misalnya angka harapan hidup umur lima tahun berarti rata-rata tahun kehidupan pada masa yang akan datang dijalani oleh mereka yang telah mencapai usia lima tahun (Mantra, 2003).

Angka harapan hidup/ usia harapan hidup adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas (kematian) menurut umur. Angka ini adalah angka pendekatan yang menunjukkan kemampuan untuk bertahan hidup lebih lama. Angka harapan hidup/ usia harapan hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Desentralisasi fiskal bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Penelitian yang dilakukan oleh (Wardani, 2012) melakukan penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap Angka Harapan Hidup adalah desentralisasi fiskal berpengaruh positif terhadap Angka Harapan Hidup. Desentralisasi fiskal ditunjukkan dengan variable persentase realisasi belanja fungsi kesehatan terhadap total realisasi belanja provinsi memiliki pengaruh signifikan terhadap Angka Harapan Hidup. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Canterero et al (2008) di Spanyol dengan menginvestigasi secara empiris dengan hasil bahwa pendapatan per kapita, desentralisasi dan sumber daya kesehatan memiliki pengaruh penting terhadap kematian bayi dan usia harapan hidup. Penelitian yang dilakukan Robst (2001) dan Robalino (2001) mendapatkan hasil yang serupa meskipun menggunakan proksi yang sedikit berbeda.



Berdasarkan uraian diatas hipotesis kedua dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

H<sub>2</sub> : Desentralisasi fiskal berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup

### **2.7 Tingkat Kesehatan Masyarakat dan Usia Harapan Hidup**

Tingkat kesehatan masyarakat yang diproyeksikan dengan indeks pembangunan manusia dapat menjadi ukuran keberhasilan pembangunan atau terlaksananya program-program pemerintah terutama yang berorientasi pada manusia (Siti Sundari, 2014). Pencapaian pembangunan manusia diukur dengan memperhatikan tiga aspek esensial, yaitu umur panjang dan sehat, pengetahuan, dan standar hidup layak. Oleh karena itu, peningkatan capaian indeks pembangunan manusia tidak lepas dari setiap komponen penyusunnya. Seiring dengan meningkatnya indeks pembangunan manusia, semakin meningkat pula komponen penyusun indeks pembangunan manusia (Badan Pusat Statistik, 2014). Meningkatnya usia harapan hidup yang merepresentasikan kesehatan, mengindikasikan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang semakin membaik, karena usia harapan hidup adalah salah satu tolok ukur derajat kesehatan masyarakat.

Penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh (Fink, 2006) ternyata menghasilkan rekomendasi yang agak berbeda. Apabila selama ini dalam indeks pembangunan manusia indikator sehat adalah usia harapan hidup yang tinggi, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Fink 2006 rekomendasi ukuran baru WHO adalah harapan hidup sehat yang disesuaikan yaitu kombinasi antara data umur panjang dan dan morbiditas. Berdasarkan uraian diatas hipotesis ketiga dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

H<sub>3</sub> : Tingkat kesehatan masyarakat berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup

## **3. Metode**

### **3.1 Populasi dan Sampel Penelitian**

Disparitas usia harapan hidup di Indonesia masih sangat tinggi. Pada tahun 2013 daerah yang memiliki usia harapan hidup tertinggi adalah Kabupaten Sleman, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Sehingga penulis mengambil populasi penelitian di 5 pemerintah daerah kabupaten dan kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan data sekunder, yang merupakan gabungan antara data *time series* dan data *cross section*. Sampel yang diambil adalah pemerintah daerah tingkat kabupaten dan kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Pemilihan sampel menggunakan metode *purposive sampling method* yakni teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono 2008). Sampel yang dipilih memiliki kriteria yakni tersedianya data dan informasi yang dibutuhkan dari tahun 2007 hingga 2013 sehingga jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 35.

Pengumpulan data dan informasi untuk penelitian ini menggunakan metode dokumentasi/ studi dokumen yaitu pengumpulan data menggunakan berbagai macam dokumen yang dapat digunakan dalam penelitian sebagai data dan bahan analisis. Data dan bahan analisis diambil dari buku-buku terbitan BPS (Badan Pusat Statistik) Jakarta, Peraturan Menteri Keuangan tentang Penetapan Alokasi dan Pedoman Umum Pengelolaan Dana Alokasi Khusus, buku-buku terbitan pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dinas kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dinas instansi terkait, artikel-artikel, jurnal-jurnal, dan buku-buku yang mempunyai relevansi

dengan masalah yang dibahas dalam penelitian ini yang diperoleh melalui perpustakaan maupun *download* internet.

### 3.2 Definisi Operasional Variabel dan Pengukuran Variabel

Berikut definisi operasionalisasi variabel dan pengukurannya.

1. Desentralisasi fiskal bidang kesehatan sampai saat ini masih sulit ditemukan *proxy* yang tepat selain dari porsi belanja bidang kesehatan pada total belanja (Cantarero, 2008). (Ahmad (2010) dalam penelitiannya menyatakan bahwa desentralisasi fiskal diprosikan dari realisasi belanja pemerintah daerah dibidang kesehatan di APBD. Desentralisasi fiskal bidang kesehatan dalam penelitian ini diukur dengan Dana Alokasi Khusus bidang kesehatan 5 kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dalam satuan juta rupiah. Dana Alokasi Khusus adalah dana yang bersumber dari pendapatan Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. Dana Alokasi Khusus dalam penelitian ini didapat dari Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia tentang Pedoman Umum dan Alokasi Khusus tiap tahun dari Tahun 2006-2014 (untuk data tahun 2007-2013).
2. Tingkat Kesehatan Masyarakat di-*proxy*kan dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) 5 kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, yang diukur dalam satuan angka. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup melalui pendekatan tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup umur panjang dan sehat, pengetahuan, dan kehidupan yang layak. Untuk mengukur dimensi kesehatan, digunakan angka harapan hidup waktu lahir. Selanjutnya untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan gabungan indikator angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah. Adapun untuk mengukur dimensi hidup layak digunakan indikator kemampuan daya beli masyarakat terhadap sejumlah kebutuhan pokok yang dilihat dari rata-rata besarnya pengeluaran per kapita sebagai pendekatan pendapatan yang mewakili capaian pembangunan untuk hidup layak.

Sebelum penghitungan IPM, setiap komponen IPM harus dihitung indeksnya dengan menggunakan batas maksimum dan minimum seperti terlihat dalam Tabel 1.

**Tabel 1.** Nilai Maksimum dan Minimum dari Setiap Komponen IPM

No	Komponen IPM	Maksimum	Minimum	Keterangan
1	Angka harapan Hidup (Tahun)	85	25	Standar UNDP
2	Angka Melek Huruf (Persen)	100	0	Standar UNDP
3	Rata-rata Lama Sekolah (Tahun)	15	0	
4	Daya Beli (Rupiah PPP)	732.720a	300.000 (1996) 360.000b (1999,dst)	Pengeluaran Per Kapita Riil Disesuaikan

Sumber: BPS 2014

Keterangan :

a) Perkiraan maksimum pada akhir PJP II tahun 2018

b) Penyesuaian garis kemiskinan lama dengan garis kemiskinan baru

Selanjutnya nilai IPM dapat dihitung sebagai:

$$IPM_j = \frac{1}{3} \sum_{i=1}^3 \text{Indeks } X_{i,j}$$

Keterangan:

Indeks  $X(i,j)$  = Indeks komponen IPM ke  $i$  untuk wilayah ke- $j$

$i$  = 1, 2, 3 (urutan komponen IPM)

$j$  = 1, 2 ..... k (wilayah)

Data Indeks Pembangunan Manusia dalam penelitian ini dari data yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik.

3. Penelitian yang dilakukan Yatiman 2013 menggunakan indikator angka kematian bayi, angka kematian ibu maternal dan usia harapan hidup/ angka harapan hidup untuk menggambarkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam penelitian ini Usia Harapan Hidup di-proxykan dengan Angka Harapan Hidup 5 kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang diukur dalam satuan tahun. Usia Harapan Hidup (UHH) adalah suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk (dalam tahun) sejak lahir yang akan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok umur. Rumusan penghitungan untuk UHH adalah dihitung berdasarkan angka kematian menurut umur (*Age Specific Death Rate/ASDR*) yang datanya diperoleh dari catatan registrasi kematian secara bertahun-tahun. Data usia harapan hidup dalam penelitian ini didapat dari data yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik.

### 3.3 Analisis Data dan Pengujian Hipotesa

Dalam penelitian ini analisis data menggunakan pendekatan *Partial Least Square* (PLS). Terdapat beberapa alasan yang menjadi penyebab digunakan PLS dalam suatu penelitian. Dalam penelitian ini alasan-alasan tersebut yaitu: pertama, PLS merupakan metode analisis data yang didasarkan asumsi sampel tidak harus besar, yaitu jumlah sampel kurang dari 100 bisa dilakukan analisis dan residual distribution. Kedua, PLS dapat digunakan untuk menganalisis teori yang masih dikatakan lemah karena PLS dapat digunakan untuk prediksi. Ketiga, PLS memungkinkan algoritma dengan menggunakan analisis *series ordinary least square* (OLS) sehingga diperoleh efisiensi perhitungan algoritma (Ghozali 2006). Keempat, pada pendekatan PLS diasumsikan bahwa semua ukuran *variance* dapat digunakan untuk menjelaskan.

Estimasi parameter yang didapat dengan PLS dapat dikategorikan menjadi tiga. Pertama, adalah *weight estimate* yang digunakan untuk menciptakan skor variabel laten. Kedua, mencerminkan estimasi jalur (*path estimate*) yang menghubungkan variabel laten dan antar variabel laten dan indikatornya (*loading*). Ketiga, berkaitan dengan *means dan lokasi parameter* (nilai konstanta regresi) untuk indikator dan variabel laten (Ghozali 2006).

### 3.4 Model Struktural atau Inner Model

*Inner model* (*inner relation, structural model dan substantive theory*) menggambarkan hubungan antara variabel laten berdasarkan pada teori substantif. Model struktural dievaluasi dengan menggunakan *R-square* untuk konstruk dependen,

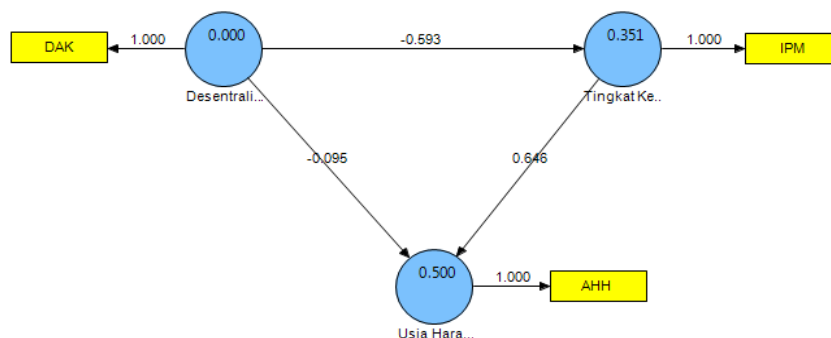
Stone-Geisser *Q-square* test untuk *predictive relevance* dan uji t serta signifikansi dari koefisien parameter jalur struktural.

Dalam menilai model dengan PLS dimulai dengan melihat *R-square* untuk setiap variabel laten dependen. Perubahan nilai *R-square* dapat digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten independen tertentu terhadap variabel laten dependen apakah mempunyai pengaruh yang substantif (Ghozali 2006). Di samping melihat nilai *R-square*, model PLS juga dievaluasi dengan melihat *Q-square* prediktif relevansi untuk model konstruktif. *Q-square* mengukur seberapa baik nilai observasi dihasilkan oleh model dan juga estimasi parameteranya.

#### 4. Hasil dan Pembahasan

##### 4.1 Pengujian Model Struktural atau Inner Model

Model struktural dievaluasi dengan menggunakan *R-square* untuk konstruk dependen, uji t, serta nilai dari koefisien parameter jalur struktural.



Gambar 1. Model Struktural

Penilaian model dengan PLS dimulai dengan melihat *R-square* untuk setiap variabel laten dependen. Perubahan nilai *R-square* dapat digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten independen tertentu terhadap variabel laten dependen apakah mempunyai pengaruh yang substantif.

Tabel 2. menunjukkan hasil estimasi *R-square* dengan menggunakan SmartPLS.

Tabel 2. Nilai R-Square	
	R-Square
Desentralisasi Fiskal	
Tingkat Kesehatan Masyarakat	0,351087
Usia Harapan Hidup	0,500074

Sumber: Data Sekunder Diolah

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa:

1. Nilai *R-square* untuk variabel tingkat kesehatan masyarakat sebesar 0,351. Hal ini berarti bahwa tingkat kesehatan masyarakat dijelaskan oleh variabel desentralisasi

fiskalsebesar 35,1%, sedangkan sebesar 64,9% dijelaskan oleh variabel lain diluar penelitian ini.

2. Nilai *R-square* untuk variabel usia harapan hidup sebesar 0,500 yang berarti bahwa usia harapan hidup dijelaskan oleh variabel desentralisasi fiskal dan tingkat kesehatan masyarakatsebesar 50,0%, sedangkan sebesar 50,0% dijelaskan oleh variabel lain diluar penelitian ini.

Evaluasi model konstruk selanjutnya dilakukan dengan menghitung *Q-square predictive relevance* sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 Q^2 &= 1 - (1 - R_{TKM}^2)(1 - R_{UHH}^2) \\
 &= 1 - (1 - 0,351)(1 - 0,500) \\
 &= 1 - (0,649)(0,500) \\
 &= 1 - 0,325 \\
 &= 0,675
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, nilai  $Q^2$  yang diperoleh sebesar 0,675 yang menunjukkan bahwa model yang dibentuk sudah cukup baik.

#### 4.2 Pengujian Hipotesis

Penilaian terhadap *inner weight* dapat dilakukan dengan melihat hubungan antar konstruk laten dengan memperhatikan hasil estimasi koefisien parameter path dan tingkat signifikansinya. *Inner weight* juga menunjukkan hasil pengujian hipotesis dengan melihat besarnya nilai t-statistik. Apabila nilai t statistik > t tabel, maka hipotesis akan diterima. Hasil estimasi t-statistik dapat dilihat pada *result for inner weight* yang disajikan pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.** Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values)

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics ( O/STERR )
Desentralisasi Fiskal -> Tingkat Kesehatan Masyarakat	-0,592526	-0,592347	0,094161	0,094161	6,292657
Desentralisasi Fiskal -> Usia Harapan Hidup	-0,095333	-0,089716	0,128329	0,128329	0,742878
Tingkat Kesehatan Masyarakat -> Usia Harapan Hidup	0,646490	0,649034	0,114937	0,114937	5,624717

Sumber: Data Sekunder Diolah

Menentukan nilai *t tabel one tail* ( $\alpha = 0,025$ )

$$df = n - k = 35 - 2 = 33$$

$$ttabel (\alpha=0,025)= 2,034$$

#### 4.3 Hasil Pengujian Hipotesis

##### 4.3.1 Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Tingkat Kesehatan Masyarakat

Dari hasil uji hipotesis diketahui bahwa desentralisasi fiskal berpengaruh negatif terhadap tingkat kesehatan masyarakat. Nilai uji T-statistics > 2,032 yaitu sebesar 6,293. Hal ini menggambarkan program desentralisasi fiskal yang diselenggarakan oleh pemerintah yang di-proxykan oleh Dana Alokasi Khusus bidang kesehatan berpengaruh

negatif terhadap tingkat kesehatan masyarakat. Setiap kenaikan anggaran desentralisasi fiskal dalam hal ini Dana Alokasi Khusus bidang Kesehatan akan diikuti dengan penurunan Tingkat Kesehatan Masyarakat. Hal ini berlawanan dengan teori yang mendasari penelitian ini yaitu teori *stakeholder*, dimana masyarakat sebagai *stakeholder* utama pemerintah seharusnya mendapatkan manfaat utama atas program yang dilaksanakan oleh pemerintah.

Pembahasan sektor kesehatan atau keberhasilan di sektor kesehatan bukan hanya menjadi tanggung jawab pemerintah sebagai pemberi layanan kesehatan pada masyarakat. Tetapi banyak pihak yang saling mendukung untuk keberhasilan sektor kesehatan. Pelaku kunci keberhasilan sektor kesehatan/ pelayanan kesehatan yaitu pemerintah, masyarakat, pihak ketiga yang menjadi sumber pendanaan (PT Askes Indonesia, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/ JPKM, penyedia pelayanan, termasuk industri obat dan tempat-tempat pendidikan tenaga kesehatan dan pemberi hutang luar negeri (Bank Dunia, ADB, OECF), serta badan-badan internasional yang memberikan grant seperti WHO, GTZ, USAID (Trisnantoro, 2004).

Pengeluaran untuk sektor kesehatan yang meningkat, desentralisasi, dan program Askeskin belum menghasilkan hasil pelayanan sektor kesehatan yang jelas lebih baik. Hal ini sebagian disebabkan oleh sedikitnya permintaan akibat rendahnya tingkat melek kesehatan dan biaya nonmedis yang relatif tinggi (biaya kesempatan yang hilang, transportasi, dan biaya pemakai). Hal ini juga disebabkan inefisiensi dalam sistem kesehatannya sendiri, seperti tingkat ketidakhadiran yang tinggi dan kurangnya pendidikan tenaga kerja kesehatan, bersamaan dengan buruknya kualitas infrastruktur dan disparitas wilayah. Akan tetapi, hasil pelayanan sektor kesehatan yang buruk juga merupakan akibat dari manajemen keuangan publik Indonesia, termasuk kesulitan dalam melakukan investasi di awal tahun buku dan insentif yang lebih kuat untuk menambah staf daripada berinvestasi dalam pelaksanaan dan perawatan (Bank Dunia 2007c). Selain itu pengeluaran yang sedikit untuk faktor penentu hasil pelayanan sektor kesehatan lainnya, seperti perbaikan air dan sanitasi, tingkat melek huruf perempuan, dan nutrisi anak usia dini juga merupakan faktor penting di Indonesia dan menimbulkan dampak yang buruk pada hasil kesehatan (The World Bank 2008).

Peningkatan derajat desentralisasi fiskal tidak proporsional dengan peningkatan belanja pelayanan kesehatan, derajat desentralisasi fiskal berpengaruh negatif terhadap belanja pelayanan kesehatan. Peningkatan kewenangan pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran lebih banyak digunakan untuk meningkatkan belanja bidang lainnya. Sedangkan yang meningkatkan belanja pelayanan kesehatan adalah permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota dalam menetapkan besar alokasi anggaran untuk belanja pelayanan kesehatan tentunya juga melihat pada kondisi yang ada di masyarakat setempat (Yenida, 2008).

Penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap perekonomian telah dilakukan oleh (Bashir, 2011). Hasil dari penelitian tersebut salah satunya adalah desentralisasi fiskal berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap indeks pembangunan manusia (kesejahteraan masyarakat) daerah di Provinsi Sumatera Selatan hal ini sesuai dengan hipotesis yang diajukan oleh Bashir dalam penelitiannya tersebut.

#### **4.3.2 Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Usia Harapan Hidup**

Dari hasil uji hipotesis diketahui bahwa desentralisasi fiskal tidak berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup. Nilai uji T-statistics < 2,032 yaitu sebesar 0,743.

Hasil ini menyatakan bahwa desentralisasi fiskal dalam penelitian ini di-proxykan pada Dana Alokasi Khusus bidang kesehatan tidak berpengaruh pada usia harapan hidup. Peningkatan usia harapan hidup dipengaruhi beberapa faktor seperti Lingkungan, Pelayanan Kesehatan, Keturunan dan Perilaku Masyarakat. Selain faktor-faktor yang dapat meningkatkan angka harapan hidup, ada juga faktor yang dapat menghambat laju angka harapan hidup suatu negara seperti kematian bayi, wabah penyakit, bencana alam dan lainnya. Disini pemerintah berperan penting dalam melayani masyarakat khususnya dalam hal kesehatan, pelayanan masyarakat seperti puskesmas harus ditingkatkan agar negara tersebut memperoleh angka harapan hidup yang baik. Angka harapan hidup yang baik maka dalam suatu negara akan memiliki masyarakat yang sehat dan masyarakat yang sehat akan membuat negara tersebut memiliki masyarakat yang berkualitas. Hasil dari hipotesis ini belum membuktikan teori stakeholder yang mendasari penelitian ini.

Penelitian yang dilakukan oleh Ahmad (2010) di Sumatera Barat yang mengajukan salah satu hipotesis Desentralisasi Fiskal berhubungan dengan Usia Harapan Hidup. Variabel realisasi belanja pembangunan APBD bidang kesehatan, tenaga medis dan jumlah tempat tidur secara statistik tidak signifikan berpengaruh terhadap usia harapan hidup. Sedangkan untuk PDRB berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup seperti hasil penelitian yang dilakukan Canterero (2008).

Penelitian lain yang sejalan dengan topik desentralisasi fiskal dilakukan oleh (Agustina and Kodoatie, 2009) hasil analisis jalur penelitian ini menunjukkan bahwa desentralisasi fiskal memiliki pengaruh langsung maupun tidak langsung. Pengaruh tidak langsung desentralisasi melalui variabel antara yaitu variabel pengeluaran pemerintah. Pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi, variabel desentralisasi fiskal memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan. Dan variabel desentralisasi fiskal juga memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan. Namun, berdasarkan hasil analisis jalur desentralisasi fiskal yang diukur dari sisi pendapatan menunjukkan pengaruh negatif terhadap pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal yang diukur dari sisi pengeluaran memiliki pengaruh positif terhadap pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan.

#### **4.3.3 Pengaruh Tingkat Kesehatan Masyarakat Terhadap Usia Harapan Hidup**

Dari hasil uji hipotesis diketahui bahwa tingkat kesehatan masyarakat berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup. Nilai uji T-statistics  $> 2,032$  yaitu sebesar 5,625.

Dari hasil hipotesis tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa tingkat kesehatan masyarakat berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup. Artinya semakin bagus tingkat kesehatan masyarakat dalam hal ini di-proxykan dengan indeks pembangunan manusia, maka semakin tinggi usia harapan hidup masyarakat di suatu wilayah. Indeks pembangunan manusia yang terdiri dari indeks bidang kesehatan, indeks bidang ekonomi dan indeks bidang pendidikan. Hal ini tentu sejalan dengan teori stakeholder dimana pemerintah sebagai suatu entitas dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh pencapaian tujuan organisasi. Hasil yang menunjukkan bahwa tingkat kesehatan masyarakat yang di-proxykan dengan indeks pembangunan manusia yang angkanya berasal dari program-program pemerintah sebagai bentuk pelayanan terhadap masyarakat memberikan pengaruh yang positif terhadap masyarakat yaitu dengan naiknya usia harapan hidup masyarakat.

Indikator usia harapan hidup yang merepresentasikan aspek kesehatan, terus meningkat dari tahun 2007-2013. Semakin meningkatnya usia harapan hidup mengindikasikan bahwa derajat kesehatan masyarakat di kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta membaik karena usia harapan hidup dijadikan tolok ukur derajat kesehatan masyarakat.

Hasil penelitian yang dilakukan Ahmad (2010) yang menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit terhadap usia harapan hidup menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statistis berpengaruh positif secara signifikan terhadap usia harapan hidup. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit secara statistis tidak berpengaruh signifikan terhadap usia harapan hidup. Semakin tinggi IPM (indeks pembangunan manusia) suatu negara maka kematian yang disebabkan oleh penyakit menular maupun penyakit yang tidak menular semakin turun. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis dimana tingkat kesehatan masyarakat yang diproyeksikan dengan indeks pembangunan manusia berhubungan positif dengan usia harapan hidup (Ramani, 2014).

## **5. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa tujuan peneliti untuk memperoleh bukti empirik mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap tingkat kesehatan masyarakat di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2007-2013 terbukti. Dari hasil penelitian ini hipotesis yang dapat diterima adalah tingkat kesehatan masyarakat berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup, sedangkan hipotesis yang tidak diterima adalah bahwa desentralisasi fiskal berpengaruh positif baik terhadap tingkat kesehatan masyarakat dan usia harapan hidup.

### **5.1 Implikasi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi kepada pusat maupun pemerintah daerah, yaitu sebagai bahan evaluasi dan monitoring mengenai kebijakan desentralisasi fiskal yang diterapkan oleh pemerintah pusat, bahan pertimbangan pemerintah dalam merumuskan kebijakan pada masa yang akan datang yang terkait dengan desentralisasi fiskal bidang kesehatan serta sebagai informasi tambahan dalam mengambil kebijakan menyangkut keuangan daerah serta tingkat kesehatan masyarakat dalam rangka pelaksanaan desentralisasi fiskal di pemerintah kota/kabupaten di wilayah Provinsi Daerah Yogyakarta.

Penelitian ini memperlihatkan bahwa desentralisasi fiskal berpengaruh secara negatif terhadap tingkat kesehatan masyarakat. Dari hasil ini dapat dilihat bahwa kesuksesan pelaksanaan desentralisasi fiskal tidak hanya bergantung pada pemerintah pusat sebagai regulator dan sebagai pemberi dana DAK, namun ada juga peran dari pemerintah daerah sebagai pelaksana teknis desentralisasi fiskal. Pemerintah daerah hendaknya dapat juga melakukan tindakan preventif dan kuratif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Untuk sumber dana pemerintah daerah dapat menaikkan pendapatan dari sektor pajak.

### **5.2 Saran dan Keterbatasan**

Saran dan keterbatasan dalam penelitian ini, antara lain:



1. Variabel tingkat kesehatan masyarakat di-proxykan oleh indeks pembangunan manusia. Sehingga tidak terlihat dengan jelas variabel apa saja yang secara spesifik mempengaruhi desentralisasi fiskal.
2. *Outcomes* bidang kesehatan ada 50 indikator, penulis hanya mengambil 1 indikator sebagai variabel dalam penelitian ini.
3. Rentang waktu penelitian akan lebih baik apabila dilakukan dari sebelum desentralisasi dan sesudah desentralisasi.
4. Variabel tingkat kesehatan masyarakat akan lebih baik apabila mengambil *proxy* dari beberapa aspek dalam indeks pembangunan manusia secara spesifik, yaitu: aspek kesehatan, aspek ekonomi dan aspek pendidikan.
5. Variabel untuk *outcomes* bidang kesehatan akan lebih baik lagi jika ditambah, mengingat ada 50 indikator yang dipisahkan dalam beberapa tahapan pencapaian target. Akan lebih baik setiap tahapan target terwakili sebagai variabel-variabel penelitian.

### Daftar Pustaka

- Agustina, Dina and Johnna Maria Kodoatie. 2009. "Analisis Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Angka Kematian (AKB) Dan Angka Melanjutkan (AM-SMP/MTs) Periode 2007-2009." 2009.
- Ahmad, Afridian Wirahadi. 2010. "Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Outcomes Bidang Kesehatan: Studi Empiris Di Kabupaten / Kota Propinsi Sumatera Barat." *Simposium Nasional Akuntansi XIII* 1–29.
- Badan Pusat Statistik. 2009. *Indeks Pembangunan Manusia 2007-2008*.
- Badan Pusat Statistik. 2014. *Indeks Pembangunan Manusia 2013*.
- Bagus Mantra, Ida. 2003. *Demografi Umum*. Yogyakarta
- Bashir, Abdul. 2011. "Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Perekonomian Daerah Kabupaten/Kota Di Provinsi Sumatera Selatan." *Kajian Ekonomi* 10(2):1–35.
- Batubara, A.H., 2006. Konsep Good Governance Dalam Konsep Otonomi Daerah. *Jurnal Analisis Administrasi dan Kebijakan*, 3(32).
- Budiriyanto, E., 2011. *Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Dalam Formulasi DAU 11/28/2011 ed.*, Ditjen Perimbangan Keuangan, Kemenkeu RI.
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, 2013. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013*
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta dan Yogyakarta, 2012. *Profil Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta Tahun 2011*
- Elmi, B., 2002. Kebijakan Desentralisasi Fiskal Kaitannya dengan Hutang Luar Negeri Pemerintah Daerah Otonom. , 6(4), pp.49–70.
- Faulia, Laila. 2010. Penetapan Prioritas Dalam Pengalokasian Dana Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (Apbd): Studi Kasus Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi Di Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2007-2009, *Tesis*, Minat Utama Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Gadjah Mada
- Fink, Sari. 2006. "Adjusting the Human Development Index for Health and Longevity." University of Victoria.
- Giannoni, Margherita. 2000. *The Regional Impact of Health Care Expenditure : Growth the Case of Italy in Two-Sector Models of Endogenous by by and Theodore Hitiris Nili*.

- Ghozali, Imam. 2006. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Sess*. Cetakan keempat. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang.
- Ghozali, Imam. 2011. *Structural Equation Modeling Metode Alternatif dengan Partial Least Square*. Semarang : Badan penerbit Universitas Diponegoro.
- Grand Design Desentralisasi Fiskal Indonesia
- Hendrartini, Julita dan Ali Gufron Mukti. 2008. Perubahan Dalam Pembiayaan: Desentralisasi, Pola Tarif dan Jaminan Kesehatan Sosial.
- Hendriyanto, Apriyan. 2014. "Rumah Sakit Swasta Tipe C Di Kabupaten Wonogiri." *Imaji* 3(No. 4):493–500.
- Huda, Noval Akhmad and Hadi Sasana. 2013. "Analisis Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Outcomes Pelayanan Publik Bidang Pendidikan (Studi Kasus: Provinsi DKI Jakarta)." *Diponegoro Journal of Economics* 2:1–13.
- Jiménez-Rubio, Dolores. 2010. "Is Fiscal Decentralization Good for Your Health? Evidence from a Panel of OECD Countries." (November).
- Jogiyanto dan Abdillah. 2009. *Konsep dan Aplikasi PLS Untuk Penelitian Empiris. Edisi Pertama*, BPFE-Yogyakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan Kesehatan Masyarakat*. Cetakan Pe. Jakarta.
- Kumalasari, Merna. 2012. "Analisis Pertumbuhan Ekonomi, Angka Harapan Hidup, Angka Melek Huruf, Rata-Rata Lama Sekolah, Pengeluaran Perkapita Dan Jumlah Penduduk Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Jawa Tengah." *Semarang , Universitas Diponegoro* 2015.
- Mantra, I. B. (2003). *Demografi Umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marhaeni, Harmawanti. 2008. "Indeks Pembangunan Manusia Tahun 2006-2007."
- Mills, A. (1994). Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices?. *Public administration and development*, 14(3), 281-292.
- Paramita, A., 2012. *Analisis Dampak Realisasi APBD Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Kota Makassar Periode 2000-2009*.
- Pudjirahardjo, W.J., 2006. Kebijakan, sebuah kebutuhan dalam desentralisasi kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 9(NO.4), p.173.
- Ramani, Andrei. 2014. "Hubungan Indeks Pembangunan Manusia Dengan Indikator Penyakit, Lingkungan Dan Gizi Masyarakat." *Jurnal IKESMA* 10 (No. 1).
- Robalino, D. A., Picazo, O., dan Voetberg, A. (2001). Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from a cross-country analysis. *Evidence from a Cross-Country Analysis (March 2001)*. *World Bank Policy Research Working Paper*, (2565).
- Rubio, Jimenez Dolores, 2010, Is fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries, *HEDG Working Paper* 10/30
- Sasana, Hadi. 2009. "Peran Desentralisasi Fiskal Terhadap Kinerja Ekonomi Di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah." *Jurnal Ekonomi Pembangunan* Vol. 10, N(2009):103–24.
- Setyowati, Lilis. 2012. "Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi , DAU , DAK , PAD Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Dengan Pengalokasian Anggaran Belanja Modal Sebagai Variabel Intervening." *Prestasi* 9(1):113–33.
- Singarimbun, Masri dan Effendi, Sofian. 2011. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: Pustaka

LP3ES

- Subowo, A., *Desentralisasi Pelayanan Kesehatan : Pelajaran dari Philipina dan Vietnam Untuk Indonesia* Ari Subowo. , (1), pp.1–25.
- Sugiyono, (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung Alfabeta.
- Sugiyono, (2012). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung Alfabeta.
- Siti Sundari, Dyah. 2014. “Indeks Pembangunan Manusia.” *Www.jateng.bkkbn.go.id*. Retrieved (<http://jateng.bkkbn.go.id/ViewArtikel.aspx?ArtikelID=425>).
- Syahrudin. 2006. “Desentralisasi Fiskal: Perlu Penyempurnaan Kebijakan Dan Implementasi Yang Konsisten.” 1–39.
- The World Bank. 2007. *Kajian Pengeluaran Publik Indonesia: Memaksimalkan Peluang Baru*. Maret 2007. Jakarta.
- The World Bank. 2008. *Berinvestasi Dalam Sektor Kesehatan Indonesia: Tantangan Dan Peluang Untuk Pengeluaran Publik Di Masa Depan*.
- Trisnantoro, L., 2003. Bab 2 reposisi dinas kesehatan akibat kebijakan desentralisasi dan sistem kesehatan wilayah. In pp. 11–18.
- Trisnantoro, L., 2007. BAGIAN 1 Tantangan Pelaksanaan Kebijakan Pemerintah Pusat dalam Konteks Desentralisasi. , pp.15–130.
- Uchimura, Hiroko dan Johannes Jutting. 2002. Fiscal Decentralization Chinese: Good For Health Outcome?.
- Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
- Variana, Ulfa. 2009. Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Outcomes Bidang Kesehatan Studi Kasus di Kab/Kota Propinsi NTB, *Tesis, S2 Ilmu Akuntansi, Fakultas Ekonomi, Universitas Gadjah Mada*.
- Wardani, Amriza. 2012. “Angka Harapan Hidup Di Indonesia.”
- Widodo, A., Waridin dan Maria K, J., 2011. Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia di Provinsi Jawa Tengah TENGAH. *Jurnal Dinamika Ekonomika Pembangunan*, 1(1).
- World Bank, 2007. Desentralisasi Fiskal dan Kesenjangan Daerah. In *Kajian Pengeluaran Publik Indonesia 2007*.