

ANALISIS KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) DAN IMPLEMENTASI ANGGARAN KESEHATAN DI INDONESIA

TUGAS AKHIR

*Diajukan Untuk Memenuhi Syarat
Guna Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi (S.E)
Program Studi Ekonomi Pembangunan*



UMSU
Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh:

Nama : Meliana
NPM : 2105180032
Program Studi : Ekonomi Pembangunan

**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2025**



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Kapt. Mochtar Basri No. 3 Tel. (061) 6624567 Medan 20238

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

PENGESAHAN UJIAN TUGAS AKHIR

Panitia Ujian Strata -I Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, dalam sidang yang diselenggarakan pada hari Jum'at, 13 Juni 2025, pukul 09.00 WIB sampai dengan selesai. Setelah mendengar, melihat, memperhatikan, menimbang :

MEMUTUSKAN

NAMA : MELIANA
N P M : 2105180032
PROGRAM STUDI : EKONOMI PEMBANGUNAN
JUDUL TUGAS AKHIR : ANALISIS KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) DAN IMPLEMENTASI ANGGARAN KESEHATAN DI INDONESIA

DINYATAKAN : (A) *Lulus Yudisium dan telah memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana pada Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*

Tim Penguji

Penguji I

Dra. LAILAN SAFINA HASIBUAN, M.Si

Penguji II

Dra. ROSWITA HAFNI, M.Si.

Pembimbing

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, S.E., M.Si.

Panitia Ujian

Ketua

Dr. H. JANURI, S.E., M.M., M.Si., CMA



Sekretaris

Assoc. Prof. Dr. ADE GUNAWAN, S.E., M.Si.



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

PENGESAHAN TUGAS AKHIR

Tugas akhir ini disusun oleh:

Nama Lengkap : MELIANA
N.P.M : 2105180032
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Alamat Rumah : JL. Gumba, Kota Binjai
Judul Tugas Akhir : ANALISIS KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)
DAN IMPLEMENTASI ANGGARAN KESEHATAN DI
INDONESIA

Disetujui dan memenuhi persyaratan untuk diajukan dalam ujian mempertahankan tugas akhir.

Medan, 28 April 2025

Pembimbing Tugas Akhir

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, S.E., M. Si

Diketahui/Disetujui

Oleh:

Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, S.E., M. Si

Dekan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU



Dr. H. JANURI, SE., M.M., M.Si., CMA



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

BERITA ACARA BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama : Meliana
N.P.M : 2105180032
Program Studi : Ekonomi Pembangunan
Judul Tugas Akhir : Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan Implementasi Anggaran Kesehatan di Indonesia

Tanggal	Deskripsi Bimbingan Tugas Akhir	Paraf	Keterangan
17 Maret 2025	perbaikan rumusan masalah II dan perbaikan pertanyaan kuesioner		
14 April 2025	perbaikan olahan data EViews dan spss dengan melakukan t-tritmen		
16 April 2025	perbaikan Rumusan masalah I, penambahan data anggaran kesehatan		
18 April 2025	perbaikan model ekonometrika		
22 April 2025	perbaikan olahan data spss (tipologi klassen) dan penambahan analisis		
25 April 2025	Prece ⁴ / Ujian Sidang		

Pembimbing Tugas Akhir

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, RS, S.E., M.Si

Medan, 25 April 2025

Diketahui/Disetujui

Ketua Program Studi

Ekonomi Pembangunan

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, S.E., M.Si



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

UMSU FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

PERNYATAAN KEASLIAN TUGAS AKHIR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Meliana
N.P.M : 2105180032
Program Studi : Ekonomi Pembangunan
Judul Tugas Akhir : Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Dan Implementasi Anggaran Kesehatan di Indonesia

Dengan ini menyatakan bahwa tugas akhir saya yang berjudul “**Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Dan Implementasi Anggaran Kesehatan di Indonesia**” bukan hasil menyadur secara mutlak hasil karya orang lain, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk sumbernya.

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya

Yang Menyatakan



Meliana

ABSTRAK

ANALISIS KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) DAN IMPLEMENTASI ANGGARAN KESEHATAN DI INDONESIA

MELIANA

Program Studi Ekonomi Pembangunan

Email : anameli468@gmail.com

Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan implementasi anggaran kesehatan di Indonesia pada periode 2005–2023. Kualitas SDM diukur melalui indikator ekonomi, sosial, kesehatan, dan teknologi yang diperoleh dari data primer hasil survei terhadap peserta BPJS Kesehatan. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumentasi dan penyebaran kuesioner. Metode yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisis regresi linier berganda untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi anggaran kesehatan, serta analisis multivariat menggunakan SmartPLS untuk mengetahui indikator yang mempengaruhi kualitas SDM berdasarkan perspektif pengguna layanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan nilai anggaran kesehatan antara era Presiden SBY dan Presiden Jokowi. penelitian menunjukkan bahwa variabel seperti prevalansi pneumonia pada balita, jumlah penduduk, angka kematian ibu, PDRB per kapita, jumlah peserta JKN dan jumlah fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap alokasi anggaran kesehatan di berbagai provinsi. Sementara itu, kualitas SDM terbukti dipengaruhi oleh faktor ekonomi rumah tangga, akses dan kesadaran terhadap layanan kesehatan, serta tingkat adopsi teknologi, sebagaimana dirasakan oleh peserta BPJS Kesehatan. *Tipologi Klassen* digunakan untuk menganalisis pertumbuhan anggaran kesehatan di berbagai provinsi.

Kata Kunci : Anggaran Kesehatan, Kualitas SDM, BPJS Kesehatan, SmartPLS, Regresi Linier, Tipologi Klassen

ABSTRACT

ANALYSIS OF HUMAN RESOURCES (HR) QUALITY AND HEALTH BUDGET IMPLEMENTATION IN INDONESIA

MELIANA

Development Economics Study Program

Email: anameli468@gmail.com

The purpose of this study is to analyze the quality of Human Resources (HR) and the implementation of the health budget in Indonesia in the period 2005–2023. The quality of HR is measured through economic, social, health, and technological indicators obtained from primary data from a survey of BPJS Kesehatan participants. Data collection techniques are carried out through documentation studies and questionnaire distribution. The methods used in this study include multiple linear regression analysis to identify factors that influence the health budget, as well as multivariate analysis using SmartPLS to determine indicators that influence the quality of HR based on the perspective of health service users. The results of the study show that there is a significant difference in the value of the health budget between the eras of President SBY and President Jokowi. The study shows that variables such as the prevalence of pneumonia in toddlers, population, maternal mortality rate, GRDP per capita, number of JKN participants and number of health facilities affect the allocation of the health budget in various provinces. Meanwhile, the quality of HR is proven to be influenced by household economic factors, access and awareness of health services, and the level of technology adoption, as perceived by BPJS Kesehatan participants. Klassen's typology is used to analyze the growth of the health budget in various provinces.

Keywords: *Health Budget, HR Quality, BPJS Kesehatan, SmartPLS, Linear Regression, Klassen's Typology*

KATA PENGANTAR



Assalamu 'alaikum, Wr.Wb

Alhamdulillahirobbil'alamiin. Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis mampu menyelesaikan Tugas Akhir yang berjudul “**Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan Implementasi Anggaran Kesehatan di Indonesia**”. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Baginda Rasulullah SAW beserta keluarganya, para sahabat dan seluruh pengikut Beliau yang insya Allah tetap istiqomah hingga akhir zaman kelak, Amin. Dengan selesainya penyusunan dan penulisan Tugas Akhir ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Adapun ungkapan terima kasih ini penulis tujukan kepada:

1. Allah SWT, yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya berupa kesehatan, rezeki, dan ilmu kepada penulis dan atas izinnya sehingga penulis bisa menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Terima kasih untuk yang tercinta Mamak (Alm) Fitria Dewi, Bapak Muliadi dan Bunda Leli Purwati yang telah memberi segalanya dan tak pernah harap kembali bagi kehidupan penulis.
3. Bapak Prof. Dr. H. Agussani, MAP, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
4. Bapak Dr. H. Januri, SE., MM., M.Si., CMA. selaku Dekan Fakultas

Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

5. Bapak Assoc. Prof. Dr. Ade Gunawan, SE., M.Si. selaku Wakil Dekan I Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
6. Bapak Dr. Hasrudy Tanjung, SE, M.Si. selaku wakil Dekan III Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
7. Ibu Dr. Prawidya Hariani RS, Selaku Dosen Pembimbing dan Ketua Jurusan Prodi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
8. Ibu Dra. Hj. Roswita Hafni M.Si., selaku Sekretaris Jurusan Prodi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
9. Ibu Dra. Hj. Lailan Safina Hasibuan, M.Si., Selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memberikan ilmunya yang bermanfaat, semoga menjadi amalan di akhirat kelak.
10. Bapak dan Ibu Dosen mata kuliah Fakultas Ekonomi dan Bisnis khususnya Prodi Ekonomi Pembangunan yang telah memberikan ilmunya yang bermanfaat, semoga menjadi amalan di akhirat kelak.
11. Bapak dan Ibu Biro Fakultas Ekonomi yang telah banyak membantu penulis dalam pengurusan berkas-berkas yang dibutuhkan dalam hal akademik.
12. Kepada adik-adik tercinta (Rangga, Karin, dan Hafiz) terimakasih atas semua support yang selalu memberi semangat bahagia kepada penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
13. Teruntuk sahabat sekaligus teman seperjuangan dalam menyusun tugas

akhir ini (Rinaldy) terima kasih banyak sudah selalu kebersamai selama masa perkuliahan ini, terimakasih pengalaman, waktu dan ilmu yang kita jalani bersama dan yang telah mensupport penulis dalam pembuatan tugas akhir ini dari awal hingga selesai.

14. Teruntuk sahabat Anisah Riani terima kasih banyak yang telah mensupport penulis dalam pembuatan tugas akhir ini dari awal hingga selesai.

15. Teruntuk teman seperjuangan dalam penulisan tugas akhir ini (Alyssia, Sally, dan Elia) terima kasih banyak atas bantuan dan support dalam pembuatan tugas akhir ini.

16. Teruntuk sahabat dari SMP (Olvi dan Dea) terima kasih banyak yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam pembuatan tugas akhir ini.

17. *Last but not least*, terima kasih untuk diri sendiri Meliana, karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini, mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah memutuskan menyerah sesulit apapun prosesnya, ini merupakan pencapaian yang patut dibanggakan untuk diri sendiri. *I wanna thank me for just being me at all times.*

Akhir kata penulis berharap semoga Tugas Akhir ini dapat berguna bagi semua pihak dalam menerapkan ilmu. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini jauh dari kata kesempurnaan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dalam penulisan tugas akhir ini. Terimakasih, Wassamu'alaikum Wr.Wb.

Medan, April 2025

Penulis,

Meliana

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Masalah	19
1.3. Batasan Masalah	20
1.4. Rumusan Masalah dan Tujuan Penelitian	20
1.4.1 Rumusan Masalah	20
1.4.2 Tujuan Penelitian	21
1.5. Manfaat Penelitian	21
1.5.1 Manfaat Akademik.....	22
1.5.2 Manfaat Non-Akademik.....	22
BAB II	23
LANDASAN TEORI	23
2. 1 Uraian Teori	23
2.1.1. Pembangunan Ekonomi	23
2.1.2. Indek Pembangunan Manusia	30
2.1.3 Pendapatan Nasional	32
2.1.4 Pengeluaran Pemerintah.....	35
2.1.5 Tipologi Klassen	44
2.2 Regulasi	44
2.3 Penelitian Terdahulu	46
2.4 kerangka Penelitian	48
2.4.1. Tahap Penelitian	48
2.4.2. Kerangka Analisis Penelitian	48

2.4.3. Kerangka Konseptual Model Estimasi Ekonomi terkait Faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan di Indonesia Tahun 2019-2023	49
2.4.4. Kerangka Konseptual Model Estimasi Ekonomi terkait Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Sumber Daya Manusia	50
2.5 Hipotesis	50
BAB III	52
METODE PENELITIAN	52
3.1 Pendekatan Penelitian	52
3.2 Definisi Operasional	53
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	54
3.3.1 Tempat Penelitian	54
3.3.2 Waktu Penelitian	54
3.4 Jenis Data dan Sumber data	54
3.4.1 Jenis Data	54
3.4.2 Sumber Data.....	55
3.5 Populasi dan Sampel	55
3.5.1 Populasi	55
3.5.2 Sampel.....	55
3.6 Teknik Pengumpulan Data	56
3.7 Model Ekonometrika	56
3.8 Metode Estimasi	57
3.9 Teknik Analisis Data	58
3.9.1 Melakukan Analisa Ekonomi Secara Deskriptif	58
3.9.2 Analisa Model Ekonometrika untuk Mengetahui Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan di Indonesia	58
3.9.3 Melakukan Analisa Multivariat Secara Ekonomi Tentang Kualitas SDM yang Dipengaruhi oleh Faktor Ekonomi, Sosial, Kesehatan dan Teknologi..	65
3.9.4 Analisis Pertumbuhan Anggaran Kesehatan (PAK) Berdasarkan Provinsi di Indonesia Menggunakan Tipologi Klassen.....	69
BAB IV	71
HASIL DAN PEMBAHASAN	71
4.1. Gambaran Umum Indonesia	71

4.1.1	Gambaran Geografi Indonesia	71
4.1.2	Kondisi Demografi Indonesia	72
4.1.2	Perkembangan Ekonomi di Indonesia.....	76
4.1.3	Kesehatan di Indonesia	77
4.2.	Analisa Ekonomi Perbandingan Nilai Belanja Negara Sektor Kesehatan Dari Era Presiden SBY dan Presiden Jokowi.....	83
4.3.	Analisis Model Ekonometrika untuk Mengetahui Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan	94
4.3.1	Statistik Deskriptif Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan	94
4.3.2	Hasil Analisis Regresi Linier Berganda	97
4.4.	Analisis Tipologi Klassen	110
4.4.1.	Analisis Tipologi Klassen Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk.....	110
4.4.2.	Analisis Tipologi Klassen Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Jumlah Penduduk.....	115
4.5	Indikator yang Mempengaruhi Kualitas Sumber Daya Manusia di Indonesia	120
4.5.1	Karakteristik Responden	120
4.5.2	Pernyataan Kuisisioner	123
4.5.3	Hasil Penelitian Analisis SmartPLS	137
4.6	Pembahasan Hasil Penelitian Terdahulu.....	154
BAB V	157
KESIMPULAN DAN SARAN	157
5.1	Kesimpulan	157
5.2	Saran	158
DAFTAR PUSTAKA	160
LAMPIRAN	163

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Harapan Hidup Saat Lahir (UHH) 2020-2024	16
Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu	46
Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel Model Ekonometrika	53
Tabel 3. 2 Definisi Operasional Variabel Model Analisis Multivariat	53
Tabel 3. 3 Tipologi Klassen untuk Klasifikasi Daerah.....	69
Tabel 4. 1 Anggaran Kesehatan 2005-2014	84
Tabel 4. 2 Realisasi Anggaran Kesehatan 2005-2014.....	85
Tabel 4. 3 Anggaran Kesehatan, 2015-2023	87
Tabel 4. 4 Anggaran Kesehatan, 2015-2023	89
Tabel 4. 5 Kesimpulan Perbandingan.....	94
Tabel 4. 6 Statistik Deskriptif Model	95
Tabel 4. 7 Hasil Olahan Regresi Linier Berganda.....	97
Tabel 4. 8 Hasil Regresi Setelah Menambahkan Logaritma Natural	98
Tabel 4. 9 Ringkasan Hasil Pengolahan Data Model Estimasi	99
Tabel 4. 10 Hasil Uji Simultan (Uji F)	10
3	
Tabel 4. 11 Hasil Uji Parsial (Uji t).....	105
Tabel 4. 12 Hasil Uji Multikolinearitas	107
Tabel 4. 13 Tabel Hasil Uji Hausman	109
Tabel 4. 14 Tipologi Klassen Berdasarkan Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk per Provinsi Tahun 2014.....	111
Tabel 4. 15 Tipologi Klassen Berdasarkan Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk per Provinsi Tahun 2023.....	112
Tabel 4. 16 Tipologi Klassen Berdasarkan Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Penduduk per Provinsi Tahun 2014...115	
Tabel 4. 17 Tipologi Klassen Berdasarkan Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Penduduk per Provinsi Tahun 2023...117	
Tabel 4. 18 Berdasarkan Jenis Kelamin	120
Tabel 4. 19 Berdasarkan Usia.....	120
Tabel 4. 20 Berdasarkan Status Responden	121
Tabel 4. 21 Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	121
Tabel 4. 22 Berdasarkan Kondisi Kesehatan.....	122
Tabel 4. 23 Berdasarkan Status BPJS Kesehatan.....	122
Tabel 4. 24 Convergent validity Faktor Kualitas Sumber Daya Manusia (F0)...137	
Tabel 4. 25 Convergent validity Faktor Ekonomi	138
Tabel 4. 26 Convergent validity Faktor Sosial	139
Tabel 4. 27 Convergent validity Faktor Kesehatan	140
Tabel 4. 28 Convergent validity Faktor Teknologi.....	141

Tabel 4. 29 Convergent validity Faktor Kualitas Sumber Daya Manusia Setelah Dilakukan Second Outer Model (F0)	143
Tabel 4. 30 Convergent validity Faktor Ekonomi Setelah Dilakukan Second Outer Model (F1)	144
Tabel 4. 31 Convergent validity Faktor Sosial Setelah Dilakukan Second Outer Loading	144
Tabel 4. 32 Convergent validity Faktor Kesehatan Setelah Dilakukan Second Outer Loading	145
Tabel 4. 33 Convergent validity Faktor Teknologi Setelah Dilakukan Second Outer Loading	145
Tabel 4. 34 Discriminante Validity Pada Average Variance Extracted (AVE)	147
Tabel 4. 35 Composite Reability	147
Tabel 4. 36 R-Square	148
Tabel 4. 37 F-Squared	149
Tabel 4. 38 Uji Multikolienaritas	150
Tabel 4. 39 Uji Hipotesis.....	151

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 <i>Human Development Indeks (HDI)</i> , 2015-2021	3
Gambar 1. 2 GDP Riil Negara Anggota dan UE Tahun 2020	5
Gambar 1. 3 Pertumbuhan Ekonomi Kawasan Asia Timur dan Pasifik	8
Gambar 1. 4 Alokasi Anggaran Belanja Pemerintah AS Berdasarkan Sektor, 2023	
Gambar 1. 5 10 Negara dengan Biaya Kesehatan Tertinggi di Dunia	10
Gambar 1. 6 Perkembangan Belanja Kementerian Kesehatan 2006-2011	12
Gambar 1. 7 Perkembangan anggaran kesehatan tahun 2019—2024.....	14
Gambar 1. 8 Profil kemiskinan Indonesia	18
Gambar 2. 1 Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah	39
Gambar 2. 2 Kurva Peacock dan Wiseman.....	40
Gambar 2. 3 Kurva Wagner, Solow, dan Musgrave	41
Gambar 2. 4 Klasifikasi Tipologi Klassen Pendekatan Daerah	44
Gambar 2. 5 Kerangka Analisis Penelitian	49
Gambar 2. 6 Kerangka Konseptual Analisis Faktor.....	49
Gambar 2. 7 Kerangka Konseptual Model Estimasi Ekonomi	50
Gambar 4. 1 Proporsi Penduduk Indonesia Menurut Jenis Kelamin Tahun 2023.	72
Gambar 4. 2 Jumlah Penduduk Menurut Provinsi (Dalam Ribuan) Tahun 2023 ..	73
Gambar 4. 3 Presentase Persebaran Penduduk Indonesia Menurut Pulau Tahun 2023	73
Gambar 4. 4 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2023	74
Gambar 4. 5 Peta Persebaran Kepadatan Penduduk (Jiwa/Km ²) Di Indonesia Tahun 2023.....	75
Gambar 4. 6 Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Tahun 2018-2023	77
Gambar 4. 7 Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia Pada Balita Di Indonesia Pada Tahun 2013-2023	80
Gambar 4. 8 Perkembangan Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat Di Indonesia Tahun 2017-2023	83
Gambar 4. 9 Gambar <i>Scatterplot</i> Model.....	108
Gambar 4. 10 Tipologi Klassen Indeks Jumlah Penduduk dengan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2014.....	111
Gambar 4. 11 Tipologi Klassen Indeks Jumlah Penduduk dengan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2023	112
Gambar 4. 12 Tipologi Klassen Pertumbuhan Penduduk dengan Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2014	115
Gambar 4. 13 Tipologi Klassen Pertumbuhan Penduduk dengan Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2023	116
Gambar 4. 14 Mengetahui Tentang Kualitas SDM.....	123
Gambar 4. 15 Mengetahui Tingkat Kemiskinan	124
Gambar 4. 16 Indikator Infrastruktur	125
Gambar 4. 17 Indikator Tingkat Pengangguran	126

Gambar 4. 18 Indikator Tingkat Pendapatan per Kapita.....	127
Gambar 4. 19 Indikator Tingkat Pendidikan.....	128
Gambar 4. 20 Indikator Interaksi Sosial.....	129
Gambar 4. 21 Indikator Keluarga.....	129
Gambar 4. 22 Indikator Budaya.....	130
Gambar 4. 23 Indikator Diskriminasi Sosial.....	131
Gambar 4. 24 Indikator Akses Terhadap Layanan Kesehatan.....	132
Gambar 4. 25 Indikator Kesadaran Kesehatan.....	132
Gambar 4. 26 Indikator Sanitasi.....	133
Gambar 4. 27 Indikator Pola makan.....	134
Gambar 4. 28 Indikator Adopsi Teknologi.....	135
Gambar 4. 29 Indikator Inovasi.....	135
Gambar 4. 30 Mengetahui tentang Digitalisasi.....	136
Gambar 4. 31 first Outer Loading.....	142
Gambar 4. 32 Second Outer Loading.....	143

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan ekonomi adalah proses yang melibatkan beberapa perubahan dalam aspek struktur sosial, sikap masyarakat, dan organisasi nasional seperti laju pembangunan, pengurangan ketimpangan, dan penanggulangan kemiskinan. Oleh karena itu, masyarakat memiliki peran yang signifikan dalam mewujudkan pembangunan ekonomi, yaitu sebagai pekerja, input pembangunan, dan konsumen dari produk pembangunan itu sendiri (Todaro, 2011).

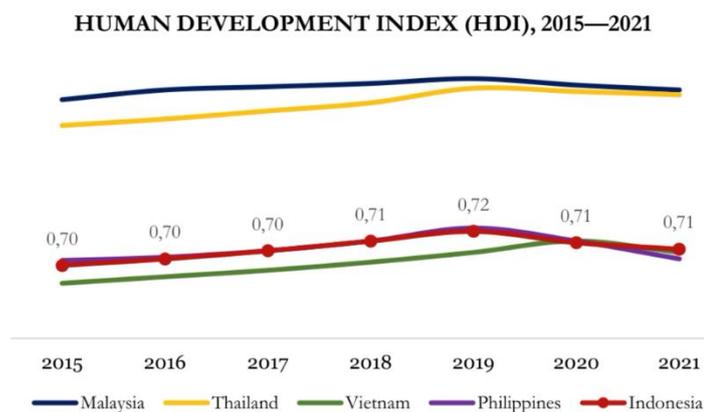
Tujuan pembangunan ekonomi mencakup tiga hal utama yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia, yaitu: (1) meningkatkan ketersediaan dan memperluas distribusi kebutuhan dasar seperti pangan, pakaian, tempat tinggal, layanan kesehatan, pendidikan, dan infrastruktur. (2) pembangunan harus berupaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat dengan memperluas kesempatan kerja, menyediakan pendidikan yang layak, dan meningkatkan pendapatan serta ketersediaan barang dan jasa. (3) pembangunan bertujuan memberikan kebebasan kepada individu untuk memilih, baik dalam aspek ekonomi, politik, maupun sosial, tanpa dibatasi oleh faktor-faktor seperti kemiskinan atau kekurangan pengetahuan. Pembangunan tidak hanya terkait pertumbuhan ekonomi, tetapi juga harus menyentuh dimensi sosial, lingkungan, dan kualitas hidup secara menyeluruh (Tandoro, 2011).

Selain faktor ekonomi, pembangunan juga bergantung pada kualitas sumber daya manusia selanjutnya disingkat (SDM). Salah satu faktor kunci dalam

peningkatan kualitas SDM adalah kesehatan. Investasi dalam kesehatan di awal kehidupan sangat penting untuk kesehatan di kemudian hari, serta untuk pendidikan dan hasil pembelajaran (Almond, Chay, dan Lee 2005; Black, Devereux, dan Salvanes 2007). Di era globalisasi saat ini, kesehatan tidak hanya menjadi indikator kesejahteraan, tetapi juga berperan dalam menentukan daya saing suatu negara.

Kualitas SDM yang unggul akan mudah diserap pasar tenaga kerja, dan selanjutnya dapat menjadi salah satu faktor yang mendukung laju pertumbuhan ekonomi melalui inovasi produk dan teknologi yang menghasilkan produktivitas. Maka dari itu, strategi peningkatan SDM dilakukan secara komprehensif dengan membangun SDM Indonesia yang sehat, terampil, inovatif, dan sejahtera.

Kondisi SDM Indonesia menghadapi sejumlah tantangan dan perlu lebih ditingkatkan. Hal ini ditunjukkan dari nilai indikator *Human Development Index* (HDI) yang masih rendah. Dari 191 negara yang dilakukan *survey* HDI dengan memperhitungkan komponen umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan, dan standar hidup layak yang dilakukan pada tahun 2021, Indonesia masih berada di peringkat 114. Sebagaimana nampak dalam grafik di bawah.



Gambar 1. 1 *Human Development Indeks (HDI), 2015-2021*

Sumber: United Nations Development Programme (UNDP)

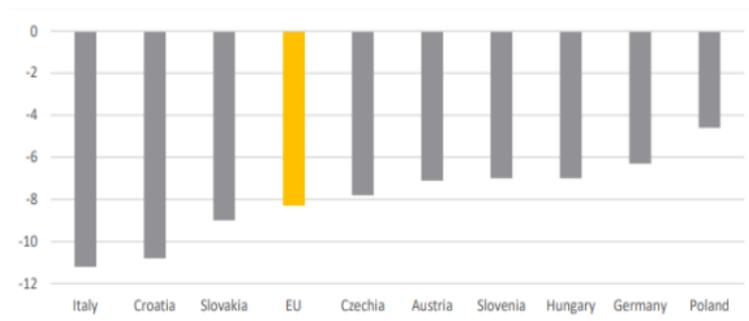
Skor PISA (*Program for Internasional Student Assessment*) Indonesia juga masih di bawah rerata OECD dan ASEAN-5. Hal yang sama juga ditunjukkan dari Angka Partisipasi Kasar (APK) untuk perguruan tinggi (19-24 tahun) yang masih tertinggal dibandingkan *peers*. Kondisi tersebut mengindikasikan tantangan bagi Indonesia untuk dapat mengejar persaingan tenaga kerja secara global. Di sisi lain, tingkat pengangguran lulusan pendidikan vokasi juga cukup tinggi.

Investasi kesehatan juga menghadapi tantangan besar, terutama ketika dunia dihadapkan pada krisis kesehatan global seperti pandemi COVID-19. Krisis ini bermula di Wuhan, Tiongkok pada akhir 2019 dan menyebar ke 210 negara, menyebabkan dampak ekonomi terbesar sejak Great Depression dan Perang Dunia II (Roloff, 2020). Virus tersebut kemudian dinyatakan sebagai pandemi pada 11 Maret 2020 oleh *World Health Organization* (WHO).

Pesatnya penyebaran virus ini, pada akhirnya menjadikan Eropa sebagai kawasan dengan jumlah kasus COVID-19 terbanyak di dunia pada tahun 2020. Peningkatan ini kemudian berdampak pada ribuan bisnis di Uni Eropa (UE),

terlebih lagi dengan pemberlakuan *lockdown* oleh seluruh pemerintah Eropa pada akhir 2020 yang berdampak pada ekonomi Eropa hingga masuk dalam jurang resesi. UE dihadapkan oleh situasi krisis, Dewan UE dapat merespons karena dalam kerangka UE terdapat mekanisme khusus ketika dihadapkan oleh situasi krisis, yakni melalui *Integrated Political Crisis Response (IPCR)* yang berada pada tugas Dewan UE.

Setiap negara anggota UE memiliki perbedaan karakteristik ekonomi yang berpengaruh pada ketahanan ekonomi. Akibatnya, pada masa pandemi COVID-19, skala dampak yang dihadapi tiap negara anggota juga akan berbeda-beda, contohnya pada wilayah selatan, negara-negara seperti Spanyol, Yunani, Italia, Bulgaria, Rumania, dan Kroasia merupakan negara yang paling parah terkena dampak krisis dalam hal ekonomi. Pada bagian utara, seperti Austria, Denmark, Finlandia, Belanda, Swedia, dan Jerman tidak mengalami dampak yang parah karena memiliki ekonomi yang lebih kuat (Shella, 2020). Oleh sebab itu, negara anggota di bagian utara yang kekuatannya kurang akan terus-menerus membutuhkan dana talangan. Hal tersebut juga terjadi di bagian Eropa Tengah, terutama di Hongaria dan Polandia, di mana hadirnya COVID-19 telah melemahkan ekonomi nasional negara. Lebih lanjut dapat dilihat pada data berikut ini:



Sumber: EU Commission, 2020

Gambar 1. 2 GDP Riil Negara Anggota dan UE Tahun 2020

Data di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2020, *Gross Domestic Product* (GDP) riil UE dan beberapa negara anggota berada pada angka minus. Italia dan Kroasia merupakan negara dengan jumlah penurunan terparah, yakni di atas minus 11. Naik dan turunnya jumlah infeksi virus COVID-19 pada tahun 2020 juga telah menyebabkan berbagai masalah di UE. Meningkatnya jumlah pengangguran, berkurangnya jam kerja, dan kerugian ekonomi akibat pandemi telah berdampak negatif pada situasi sosial masyarakat. Seperti di Austria, Jerman, dan Republik Ceko sekitar 30%-33%, di mana pendapatan masyarakat kurang dari pendapatan mereka sebelum adanya COVID-19, sedangkan di Hongaria dan Polandia, penurunan yang terjadi ketika pandemi COVID-19 sekitar 50% (Romish, 2020).

Dampak COVID-19 tidak hanya dirasakan di Eropa, tetapi juga di Amerika Serikat, negara dengan perekonomian terbesar di dunia. Meskipun Amerika Serikat terkenal sebagai negara dengan perekonomian paling maju di dunia, namun Amerika Serikat tidak dapat lolos dari resesi ekonomi akibat pemberlakuan *lockdown* dalam mengatasi pandemi Covid-19. Kebijakan *lockdown* mengakibatkan perekonomian AS menurun sekitar 19,2% dari kuartal empat tahun 2019 sampai kuartal dua tahun 2020 (Mutikani, 2021). Pada kuartal dua tahun 2020, AS mengalami penurunan ekonomi terbesar dalam sejarah yaitu 32,9% (Davidson, 2020). Kondisi ini membuat Amerika Serikat masuk dalam resesi dan menempatkan ekonomi Amerika Serikat pada ekonomi terburuk sejak 1947.

COVID-19 mengakibatkan tiga guncangan (*“Triple Shock”*) bagi Kawasan Asia Timur dan Pasifik yang sedang berkembang: pandemi itu sendiri, dampak kebijakan pembatasan terhadap perekonomian domestik, dan efek domino dari resesi global.

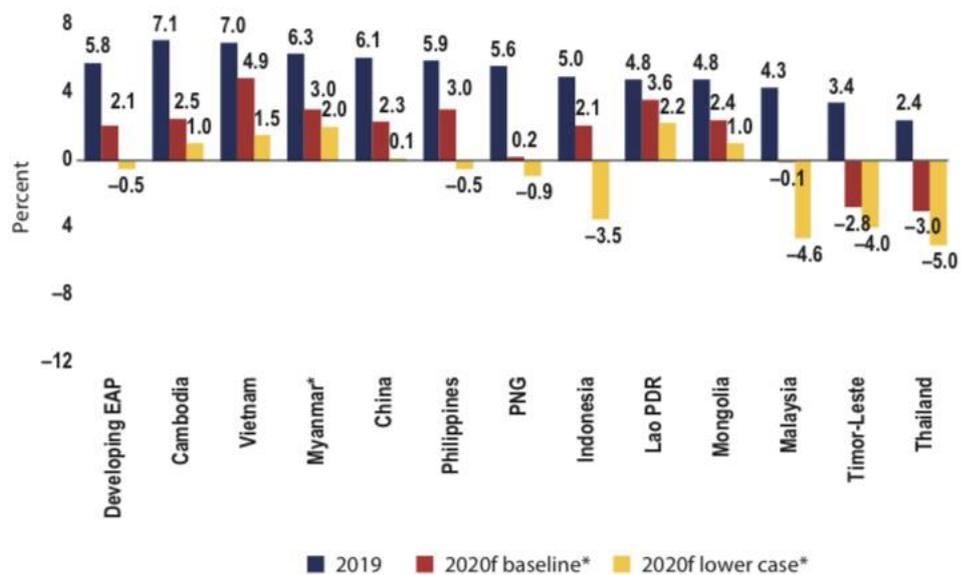
Cina menjadi negara pertama yang mengalami dampak serius dari COVID-19, dengan wabah awal muncul di Wuhan pada akhir 2019. Dalam upaya untuk mengendalikan penyebaran virus, pemerintah Cina menerapkan langkah-langkah ketat, termasuk *lockdown* besar-besaran. Pandemi COVID-19 memberikan dampak besar terhadap ekonomi Cina, yang merupakan salah satu ekonomi terbesar di dunia. Pada kuartal pertama tahun 2020, ekonomi Cina menyusut sebesar 6,8%, penurunan pertama sejak 1992, ini terjadi akibat penutupan pabrik dan bisnis untuk mencegah penyebaran virus. Setelah kontraksi awal, ekonomi Cina menunjukkan tanda-tanda pemulihan. Pada kuartal kedua 2020, pertumbuhan produk domestik bruto (PDB) mencapai 3,2%, dan pada kuartal ketiga tumbuh sekitar 4,9%. Namun, pertumbuhan ini masih di bawah ekspektasi pasar.

Jepang menghadapi tantangan besar dalam mengendalikan penyebaran COVID-19. Meskipun tidak menerapkan *lockdown* total, pemerintah memberlakukan keadaan darurat yang berdampak pada aktivitas sosial dan ekonomi. Pada puncak pandemi, Jepang mencatat lebih dari 16.000 kasus positif dengan sekitar 740 kematian. Ekonomi Jepang mengalami resesi dengan penyusutan PDB mencapai 3,4% pada kuartal pertama 2020 dan diperkirakan menyusut hingga 22% pada kuartal berikutnya. Sektor konsumsi kolaps akibat

pembatasan aktivitas, dan industri pariwisata serta ekspor juga tertekan (BBC Indonesia, 2020).

Pandemi COVID-19 memberikan dampak yang signifikan terhadap kesehatan dan ekonomi di negara-negara anggota ASEAN. Sejak akhir Maret 2020, seluruh negara ASEAN terpapar pandemi COVID-19. Negara-negara seperti Singapura, Malaysia, dan Indonesia, mengalami lonjakan kasus yang memicu pembatasan sosial dan kebijakan *lockdown*. Hampir semua negara ASEAN mengalami kontraksi ekonomi akibat pandemi. Misalnya, Singapura mengalami penurunan PDB sebesar 42,9% pada kuartal kedua 2020, sedangkan Malaysia juga mengalami resesi dengan penurunan PDB 17,1% pada periode yang sama.

Kondisi ini tidak hanya terjadi di negara maju, tetapi juga dirasakan oleh negara berkembang seperti Indonesia. Sebagai negara dengan jumlah penduduk terbesar di Asia Tenggara, Indonesia menghadapi tantangan berat dalam menjaga stabilitas ekonomi di tengah pandemi. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat penurunan pertumbuhan ekonomi Indonesia pada Triwulan II-2020 menjadi negatif (-5,32%).



Sumber: World Bank, 2020 (www.worldbank.org)

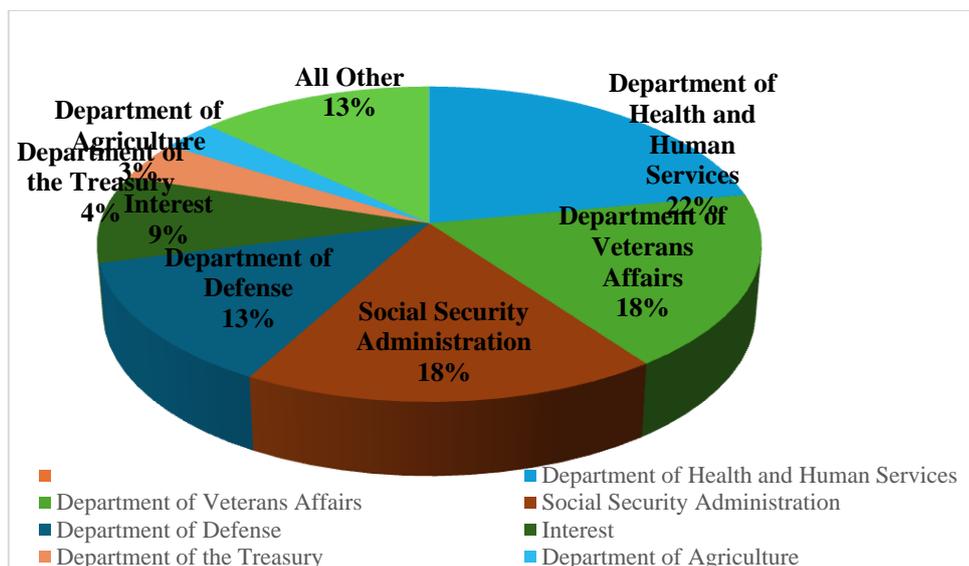
Gambar 1. 3 Pertumbuhan Ekonomi Kawasan Asia Timur dan Pasifik

Pandemi COVID-19 telah menunjukkan betapa berbahayanya sistem kesehatan dan ekonomi global. Kesehatan masyarakat yang buruk menghambat pertumbuhan ekonomi, stabilitas sosial, dan kesejahteraan rakyat, sehingga negara-negara di seluruh dunia menghadapi masalah besar (*World Health Organization*, 2020).

Penyisihan anggaran negara untuk sektor kesehatan merupakan investasi krusial bagi pembangunan berkelanjutan. Anggaran yang memadai memungkinkan peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan, termasuk pencegahan penyakit, pengobatan, dan rehabilitasi. Hal ini berdampak positif pada peningkatan kesehatan masyarakat, produktivitas tenaga kerja, dan penurunan angka kematian. Investasi dalam kesehatan juga berkontribusi pada peningkatan kualitas pendidikan, karena anak-anak yang sehat lebih mampu mengikuti proses belajar mengajar. Sehatnya penduduk juga akan meningkatkan produktivitas ekonomi, mengurangi beban pengeluaran negara untuk perawatan kesehatan di

masa mendatang, dan menciptakan masyarakat yang lebih produktif dan sejahtera. Dengan demikian, prioritas anggaran untuk kesehatan bukan sekadar pengeluaran, melainkan investasi strategis untuk pembangunan nasional yang berkelanjutan dan inklusif.

Sebagai ekonomi terbesar di dunia, AS mengalokasikan sumberdaya untuk berbagai sektor, termasuk pertahanan, kesehatan, pendidikan, dan infrastruktur, alokasi tersebut dapat dilihat pada grafik dibawah.

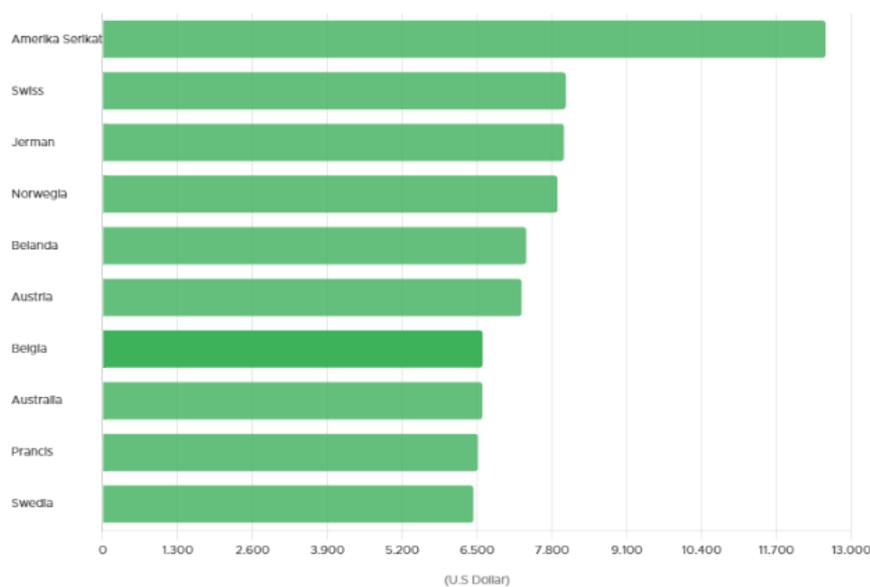


Sumber: Bureau of the Fiscal Service

Gambar 1. 4 Alokasi Anggaran Belanja Pemerintah AS Berdasarkan Sektor, 2023

Amerika Serikat mengalokasikan anggaran kesehatan yang sangat besar, mencapai 14,1% dari PDB, menjadikannya negara dengan pengeluaran kesehatan tertinggi di dunia.

Pada tahun 2022, rata-rata pengeluaran kesehatan per kapita di AS diperkirakan mencapai \$12.555, yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan negara lain. Setelah Amerika Serikat, Swiss duduk di posisi kedua dengan biaya kesehatan sebesar US\$8.049 per kapita. Jerman menyusul tipis di peringkat ketiga dengan US\$8.011 per kapita. OECD mengungkapkan, rata-rata biaya kesehatan di Indonesia sendiri adalah sebesar US\$405 per kapita, menjadikannya duduk di



peringkat kedua terakhir.

Sumber: OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2021

Gambar 1. 5 10 Negara dengan Biaya Kesehatan Tertinggi di Dunia

Reformasi kesehatan Amerika Serikat terjadi pada masa Presiden Barack Obama, ditandai dengan pengesahan dan implementasi *Affordable Care Act* selanjutnya disingkat menjadi (ACA) yang lebih dikenal dengan sebutan *Obamacare* pada 23 Maret 2010. Salah satu fitur utama dari ACA adalah larangan bagi perusahaan asuransi untuk menolak perlindungan kesehatan kepada individu

dengan kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing conditions*) seperti diabetes atau kanker (*British Broadcasting Corporation (BBC)*, 2019)

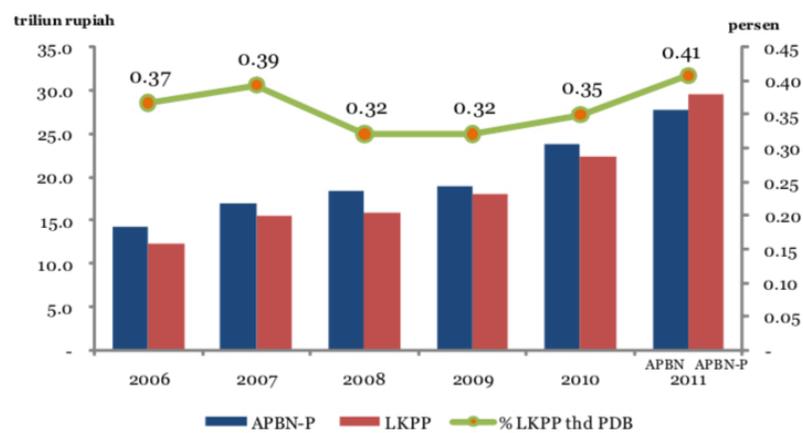
Secara ekonomi Kuba adalah negara miskin sangat berbeda dengan Amerika Serikat, PDB hanya 87 juta USD. Meskipun disebut negara miskin, sistem kesehatan Kuba termasuk yang terbaik di dunia. Bahkan bisa menyamai negara-negara maju. Ban Ki Moon menyebut sistem kesehatan Kuba bisa menjadi “contoh bagi negara lain di dunia” (United Nations, 2014).

Konstitusi Kuba menjamin akses kesehatan *universal* dan gratis bagi seluruh warganya. Hal ini diwujudkan melalui layanan kesehatan publik yang berkualitas dan terjangkau oleh semua orang, terbukti dari angka kelahiran di fasilitas kesehatan mencapai 99%. Pendanaan kesehatan Kuba yang selalu di atas 10% PDB mendukung sistem ini.

Sistem kesehatan Kuba memprioritaskan pencegahan penyakit melalui program *Medicina General Integral (MGI)*. MGI menggunakan jaringan *consultorio* (pusat kesehatan komunitas) yang melayani sekitar 1000-1500 pasien, didukung oleh *policlínicos* (pusat layanan kesehatan terintegrasi 24 jam) yang menawarkan berbagai layanan medis spesialis. Konsep kunci lainnya adalah "dokter keluarga", di mana dokter secara proaktif mengunjungi pasien di rumah.

Salah satu kewajiban setiap negara menyediakan layanan medis. Beberapa negara dengan GDP yang signifikan menunjukkan fokus yang kuat pada sektor kesehatan dalam pengeluaran anggarannya. Negara Amerika dan Kuba menunjukkan bahwa investasi dalam kesehatan bukan hanya penting untuk meningkatkan kualitas hidup, tetapi juga berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan.

Perkembangan anggaran belanja Indonesia dalam kurun waktu 2006-2011 mengalami peningkatan rata-rata 19,2 persen per tahun, yaitu dari Rp12.260,6 miliar (0,4 persen terhadap PDB) dalam LKPP tahun 2006, menjadi Rp29.447,7 miliar (0,4 persen terhadap PDB) dalam anggaran pendapatan dan belanja negara perubahan (APBN-P) tahun 2011. Demikian pula, realisasi penyerapan anggaran belanja Kementerian Kesehatan dalam periode tersebut juga mengalami peningkatan, yaitu dari 85,8 persen terhadap pagu anggaran belanja Kementerian Kesehatan pada APBN-P tahun 2006, menjadi 94,2 persen terhadap pagunya dalam APBN-P tahun 2010.



Sumber: Kementerian Keuangan RI, 2012

Gambar 1. 6 Perkembangan Belanja Kementerian Kesehatan 2006-2011

Anggaran belanja Kementerian Kesehatan dalam periode tersebut, sebagian besar digunakan untuk mendukung upaya percepatan pembangunan dan penyediaan infrastruktur guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, yang dijabarkan dalam beberapa program pembangunan kesehatan, antara lain: (1) program pembinaan upaya kesehatan; (2) program bina gizi, dan kesehatan ibu dan anak; (3) program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; dan (4) program kefarmasian dan alat kesehatan.

Output yang diperoleh dari berbagai program yang dilaksanakan tersebut, diantaranya adalah: (1) meningkatnya umur harapan hidup dari 70,7 menjadi 72 tahun; (2) menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 228 menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian Balita dari 34 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup; (3) menurunnya prevalensi kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anak Balita dari 18,4 persen menjadi di bawah 15 persen; (4) menurunnya *prevalensi tuberculosis* (TB) dari 235 menjadi 224 per 100.000 penduduk; (5) menurunnya angka *annual parasite index* (API) dari 2 menjadi 1 per 100.000 penduduk; (6) meningkatnya penyediaan anggaran publik untuk kesehatan dalam rangka mengurangi risiko finansial akibat gangguan kesehatan, terutama penduduk miskin; (7) meningkatnya perilaku hidup bersih dan sehat pada tingkat rumah tangga, yaitu dari 50 menjadi 70 persen; serta (8) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, dan kepulauan terluar.

BPJS Kesehatan juga lahir pada era Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) pada 1 Januari 2014 mulai mengimplementasikan program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) sebagai penanda berjalannya operasional organisasi. Sejak awal dibentuk, jumlah peserta yang terdaftar dalam program ini terus membludak. Laporan Keuangan BPJS Kesehatan 2017 memperlihatkan jumlah peserta naik di atas 10 juta orang. Di tahun 2017, jumlah peserta telah menembus 187,98 juta jiwa. Secara persentase, angka tersebut sekitar 72,97% dari jumlah penduduk Indonesia.

Di tahun pertama, BPJS Kesehatan langsung mengalami defisit sekitar Rp 1,65 triliun. Ketimpangan dari jumlah iuran yang terkumpul dengan jaminan

kesehatan yang dibayarkan, mengakibatkan kinerja keuangan BPJS Kesehatan amburadul. Defisit semakin membengkak, hingga lebih dari Rp 4 triliun. Di 2016, kinerja sempat membaik. BPJS Kesehatan mampu menghasilkan surplus hingga Rp 10 miliar. Namun pada 2017, kinerja kembali memburuk. Defisit menyentuh angka tertinggi, sekitar Rp 6 Triliun. Di tahun 2018 ini, diperkirakan defisit akan semakin membengkak hingga Rp 8 triliun. Kondisi yang mengkhawatirkan ini, mendorong pemerintah turun tangan. Melalui Peraturan Menteri Keuangan (PMK) 113/PMK.02/2018 tentang tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana cadangan program JKN, pemerintah berencana menerbitkan bantuan dana.

Anggaran pada fungsi kesehatan menjadi bagian dari upaya Pemerintah untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas sumber daya manusia (SDM) Indonesia melalui peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Perkembangan anggaran fungsi kesehatan dalam periode 2019–2024 dapat dilihat dalam grafik di



bawah.

Sumber: Kementerian Keuangan

Gambar 1. 7 Perkembangan anggaran kesehatan tahun 2019—2024

Pada tahun 2019—2022, realisasi anggaran kesehatan mengalami pertumbuhan dengan rata-rata mencapai 18,3 persen, yakni dari Rp113.619,6 miliar pada tahun 2019 menjadi Rp188.122,6 miliar pada tahun 2022. Pertumbuhan alokasi anggaran kesehatan juga dipengaruhi oleh kebijakan Pemerintah dalam rangka mewujudkan cakupan kesehatan semesta melalui kesinambungan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada periode tahun 2019—2022, dilaksanakan perluasan cakupan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN, yakni peserta yang tergolong masyarakat miskin dan tidak mampu.

Outlook anggaran kesehatan tahun 2023 mencapai Rp172.475,0 miliar atau 96,5 persen dari APBN tahun 2023, relatif menurun sebesar 8,3 persen dibandingkan realisasi tahun 2022. Penurunan ini utamanya karena pada tahun 2022 alokasi untuk mendukung pelaksanaan program dan kegiatan Pemerintah dalam rangka penanganan Covid-19 masih tinggi, antara lain pembayaran klaim perawatan pasien Covid-19, pengadaan dan pelaksanaan vaksinasi Covid-19, serta pemberian insentif tenaga kesehatan. Adapun pada tahun 2023, seiring dengan semakin terkendalinya pandemi Covid-19 hingga dicabutnya status pandemi pada bulan Juni 2023, proyeksi realisasi penanganan Covid-19 tidak sebesar tahun 2022. Namun demikian, Pemerintah tetap mengantisipasi risiko kesehatan lainnya.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan ukuran penting yang mencerminkan kualitas hidup masyarakat melalui beberapa dimensi utama. Dimensi kesehatan tercermin melalui Angka Harapan Hidup (AHH) yang menunjukkan perkiraan lama hidup yang akan dicapai oleh penduduk, dimana semakin baik kondisi kesehatan dan pelayanan kesehatan di suatu daerah, maka akan semakin tinggi pula angka harapan hidup penduduknya.

Tabel 1.

1

[Metode Baru] Umur Harapan Hidup Saat Lahir (UHH)	
Tahun	INDONESIA
2010	69,81
2011	70,01
2012	70,2
2013	70,4
2014	70,59
2015	70,78
2016	70,9
2017	71,06
2018	71,2
2019	71,34
2020	71,47
2021	71,57
2022	71,85
2023	72,13
2024	72,39

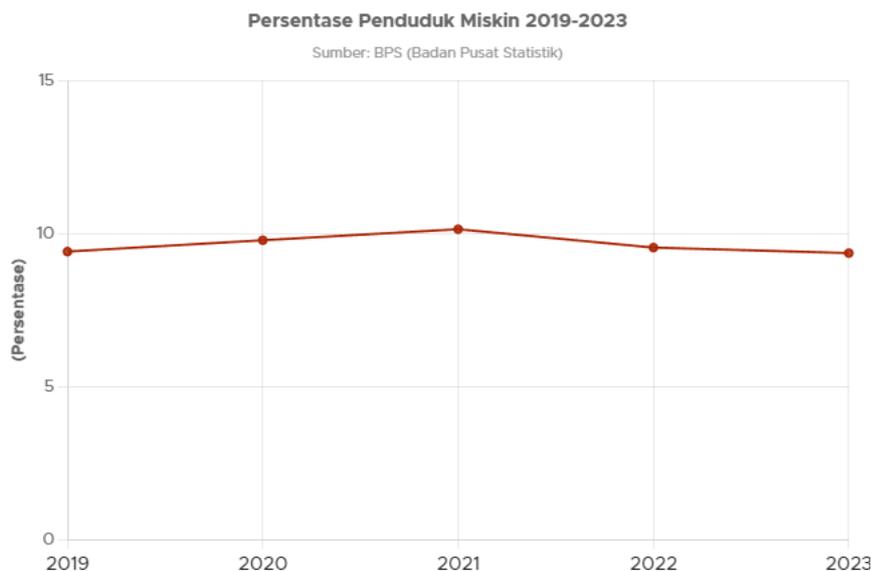
Harapan Hidup Saat Lahir (UHH) 2020-2024

Sumber: BPS RI (www.bps.go.id)

Angka harapan hidup saat lahir (UHH) di Indonesia dari tahun 2020 hingga 2024 menggunakan metode baru. Terdapat peningkatan UHH setiap tahunnya. Pada tahun 2020, UHH tercatat 71,47 tahun, meningkat menjadi 71,57 tahun di tahun 2021, 71,85 tahun di tahun 2022, 72,13 tahun di tahun 2023, dan mencapai 72,39 tahun di tahun 2024. Data ini menunjukkan tren peningkatan harapan hidup di Indonesia selama periode lima tahun tersebut.

Korelasi antara kemiskinan dan kesehatan merupakan suatu hubungan timbal balik yang tidak dapat dipisahkan antara keduanya. Kesehatan yang buruk dapat menyebabkan kemiskinan dan kemiskinan berpotensi besar membawa pada status kesehatan yang rendah (S.Wagstaff,2013). Sebagaimana dinyatakan oleh World Bank (2002) bahwa kemiskinan dan kesehatan merupakan sesuatu yang tidak dapat dipisahkan. Kesehatan yang buruk dapat menyebabkan penurunan produktivitas dan menghabiskan tabungan rumah tangga sehingga pada akhirnya akan menurunkan kualitas hidup dan menciptakan kemiskinan.

Kesehatan juga memegang peranan besar dalam merubah status individual seseorang menjadi miskin atau mengangkatnya dari kemiskinan. Kondisi kesehatan yang buruk menyebabkan berkurangnya produktivitas. Produktivitas yang menurun mengakibatkan semakin terbatasnya penghasilan yang diperoleh. Apabila kemudian yang dihadapi adalah kasus yang sangat buruk, fatal, atau tragis maka dibutuhkan sumber pembiayaan yang lebih besar untuk menutup ongkos pengobatan. Pada titik ini, buruknya kondisi kesehatan berakibat lebih berat bagi kelompok miskin karena aset utama yang dimiliki kelompok miskin adalah tenaga untuk bekerja. Kondisi ini cepat atau lambat mendorong yang bersangkutan dalam jebakan lingkaran kemiskinan atau memperdalam status kemiskinannya.



Sumber: BPS RI 2023 (www.bps.go.id)

Gambar 1. 8 Profil kemiskinan Indonesia

Berdasarkan data BPS edisi Maret 2023 persentase penduduk miskin pada Maret 2023 sebesar 9,36 persen, menurun 0,21 persen poin terhadap September 2022 dan menurun 0,18 persen poin terhadap Maret 2022. Jumlah penduduk miskin pada Maret 2023 sebesar 25,90 juta orang, menurun 0,46 juta orang terhadap September 2022 dan menurun 0,26 juta orang terhadap Maret 2022. Persentase penduduk miskin perkotaan pada Maret 2023 sebesar 7,29 persen, menurun dibandingkan September 2022 yang sebesar 7,53 persen. Sementara itu, persentase penduduk miskin perdesaan pada Maret 2023 sebesar 12,22 persen, menurun dibandingkan September 2022 yang sebesar 12,36 persen. Dibanding September 2022, jumlah penduduk miskin Maret 2023 perkotaan menurun sebanyak 0,24 juta orang (dari 11,98 juta orang pada September 2022 menjadi 11,74 juta orang pada Maret 2023).

Sementara itu, pada periode yang sama, jumlah penduduk miskin perdesaan menurun sebanyak 0,22 juta orang (dari 14,38 juta orang pada

September 2022 menjadi 14,16 juta orang pada Maret 2023). Garis Kemiskinan pada Maret 2023 tercatat sebesar Rp550.458,-/kapita/bulan dengan komposisi Garis Kemiskinan Makanan sebesar Rp408.522,- (74,21 persen) dan Garis Kemiskinan Bukan Makanan sebesar Rp141.936,- (25,79 persen). Pada Maret 2023, rata-rata rumah tangga miskin di Indonesia memiliki 4,71 orang anggota rumah tangga. Dengan demikian, besarnya Garis Kemiskinan per rumah tangga secara rata-rata adalah sebesar Rp2.592.657,-/rumah tangga miskin/bulan.

Indonesia telah menunjukkan kemajuan ekonomi yang pesat selama 20 tahun terakhir, namun akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, khususnya bagi kelompok masyarakat berpenghasilan sangat rendah dan rentan, masih menjadi tantangan.

Bedasarkan uraian pada latar belakang dan fakta yang ada disertai dengan data yang mendukung, terdapat permasalahan berupa rendahnya kualitas SDM akibat ketidaksetaraan akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan yang berkualitas di Indonesia ini kemudian akan menghambat laju pertumbuhan dan pembangunan ekonomi inklusif di Indonesia. Dengan demikian peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait permasalahan tersebut. Maka untuk itu penelitian ini berjudul “**Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan Implementasi Anggaran Kesehatan di Indonesia**”

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dipaparkan, terdapat beberapa masalah yang muncul, yaitu :

1. Masih rendahnya kualitas sumberdaya manusia (SDM) di Indonesia.

2. Pandemi COVID-19 menyebabkan dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat dan ekonomi global, termasuk resesi di berbagai negara.
3. Kesehatan di Amerika Serikat menghadapi tantangan yaitu tingginya biaya perawatan kesehatan dan ketidaksetaraan akses.
4. Terdapat perbedaan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan antara negara maju dan berkembang, serta antara daerah perkotaan dan pedesaan.
5. Banyak negara termasuk Indonesia, mengalami keterbatasan anggaran untuk sektor kesehatan, yang menghambat peningkatan kualitas layanan.
6. Pada era Presiden SBY anggaran kesehatan meningkat, tetapi tetap masih banyak tantangan dalam akses dan kualitas layanan.
7. Pada era Presiden Jokowi mengalami peningkatan akses melalui JKN. Namun, masih ada tantangan dalam administrasi dan pendanaan yang berkelanjutan.
8. Kesehatan yang buruk dapat menyebabkan penurunan produktivitas dan akan menurunkan kualitas hidup dan menciptakan kemiskinan.

1.3. Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah yang telah diuraikan, maka penulis membatasi masalah yang akan diteliti mengenai kualitas sumber daya manusia dan anggaran kesehatan pada tahun 2019-2023.

1.4. Rumusan Masalah dan Tujuan Penelitian

1.4.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada penjelasan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana perkembangan anggaran kesehatan di era Presiden SBY dan di era Presiden Jokowi?
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi nilai anggaran kesehatan per provinsi di Indonesia?
3. Bagaimana pertumbuhan anggaran kesehatan per provinsi di Indonesia 2023?
4. Indikator apa saja yang mempengaruhi kualitas sumber daya manusia di Indonesia?

1.4.2 Tujuan Penelitian

1. Melakukan analisis ekonomi secara deskriptif perbandingan nilai belanja negara sektor kesehatan era Presiden SBY dan Jokowi.
2. Melakukan estimasi tentang pengaruh variabel Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan per provinsi di Indonesia.
3. Melakukan analisa tentang pertumbuhan anggaran kesehatan di Indonesia menggunakan tipologi klassen.
4. Melakukan Analisa multivariat secara ekonomi tentang kualitas Sumber Daya Manusia yang dipengaruhi oleh faktor ekonomi, sosial, kesehatan dan teknologi.

1.5. Manfaat Penelitian

Adapun dari hasil penelitian ini nantinya dapat diambil manfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan dengan bidang kesehatan dan sumber daya

manusia maupun kalangan masyarakat umum. Manfaat yang dapat diambil antaranya:

1.5.1 Manfaat Akademik

1. Untuk memenuhi tugas akhir dalam memperoleh Sarjana Ekonomi.
2. Sebagai bahan studi atau tambahan kajian bagi mahasiswa serta dosen dalam menganalisis penelitian terkait kesehatan dan sumber daya manusia di Indonesia.
3. Sebagai tambahan literatur terhadap penelitian selanjutnya yang ingin melakukan penelitian menyangkut topik yang sama.

1.5.2 Manfaat Non-Akademik

1. Penelitian dapat memberikan rekomendasi konkret bagi pembuat kebijakan untuk merumuskan strategi yang lebih efektif
2. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai penambahan pengetahuan bagi masyarakat.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Uraian Teori

2.1.1. Pembangunan Ekonomi

Mengenai pengertian pembangunan, para ahli memberikan definisi yang bermacam-macam. Istilah pembangunan bisa saja diartikan berbeda antara satu orang dengan orang lainnya, antara daerah yang satu dengan daerah yang lainnya, negara yang satu dengan negara yang lainnya. Namun secara umum terdapat suatu kesepakatan bahwa pembangunan merupakan proses untuk melakukan perubahan (Todaro, 2015).

Pembangunan ekonomi sebagai suatu proses yang menyebabkan pendapatan per kapita penduduk suatu masyarakat meningkat dalam jangka panjang. Definisi tersebut mengandung pengertian bahwa pembangunan ekonomi merupakan suatu perubahan yang terjadi secara terus-menerus melalui serangkaian kombinasi proses demi mencapai sesuatu yang lebih baik yaitu adanya peningkatan pendapatan per kapita yang terus menerus berlangsung dalam jangka panjang (Sukirnoi, 1994).

Keberhasilan pembangunan ekonomi ditunjukkan oleh 3 nilai pokok, yaitu:

1. Berkembangnya kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan pokoknya (*basic needs*).
2. Meningkatnya rasa harga diri (*self-esteem*) masyarakat sebagai manusia.
3. Meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memilih (*freedom from*

servitude) yang merupakan salah satu dari hak asasi manusia (Todaro, 2015).

Analisa pembangunan ekonomi atau lebih dikenal dengan ekonomi pembangunan (*development economic*), merupakan cabang ilmu ekonomi yang khusus membahas mengenai masalah-masalah pembangunan di negara yang sedang berkembang. Tujuan dari analisisnya adalah untuk menelaah faktor-faktor yang menimbulkan keterlambatan pembangunan ekonomi di negara-negara sedang berkembang dan selanjutnya mengemukakan cara-cara pendekatan yang dapat ditempuh untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi sehingga dapat mempercepat jalannya pembangunan ekonomi di negara-negara sedang berkembang (Todaro, 2015).

Beberapa pengertian dan definisi pembangunan ekonomi menurut para ahli:

1. Aliran Klasik

A. Adam Smith

Hukum Alam, Adam Smith meyakini berlakunya hukum alam dalam persoalan ekonomi. Ia menganggap bahwa setiap orang sebagai hakim yang paling tahu akan kepentingannya sendiri yang bebas mengejar kepentingannya demi keuntungan dirinya sendiri. Setiap orang jika dibiarkan bebas akan berusaha memaksimalkan kesejahteraan dirinya sendiri, karena itu jika semua orang dibiarkan bebas akan memaksimalkan kesejahteraan mereka secara agregat. Smith pada dasarnya menentang campur tangan pemerintah dalam industri dan perniagaan.

Pembagian Kerja adalah titik mula dari teori pertumbuhan ekonomi Adam Smith, yang meningkatkan daya produktivitas tenaga kerja. Ia

menghubungkan kenaikan itu dengan meningkatnya keterampilan kerja; penghematan waktu dalam memproduksi barang; penemuan mesin yang sangat menghemat tenaga. Penyebab yang terakhir bukan berasal dari tenaga kerja melainkan dari modal.

Smith menekankan, penumpukan modal harus dilakukan terlebih dahulu daripada pembagian kerja. Smith menganggap pemupukan modal sebagai satu syarat mutlak bagi pembangunan ekonomi; dengan demikian permasalahan pembangunan ekonomi secara luas adalah kemampuan manusia untuk lebih banyak menabung dan menanam modal. Dengan demikian tingkat investasi akan ditentukan oleh tingkat tabungan dan tabungan yang sepenuhnya diinvestasikan.

Agen Pertumbuhan, menurutnya para petani, produsen, dan pengusaha, merupakan agen kemajuan dan pertumbuhan ekonomi. Fungsi ketiga agen tersebut saling berkaitan erat. Bagi Smith, pembangunan pertanian mendorong peningkatan pekerjaan konstruksi dan perniagaan. Pada waktu terjadi surplus pertanian sebagai akibat pembangunan ekonomi, maka permintaan akan jasa perniagaan dan barang pabrikan meningkat pula; ini semua akan membawa kemajuan perniagaan dan berdirinya industri manufaktur. Pada pihak lain, pembangunan sektor tersebut akan meningkatkan produksi pertanian apabila petani menggunakan teknologi yang canggih. Jadi pemupukan modal dan pembangunan ekonomi terjadi karena tampilnya para petani, produsen, dan pengusaha.

Menurut Smith, proses pertumbuhan ini bersifat kumulatif. Apabila timbul kemakmuran sebagai akibat kemajuan di bidang pertanian, industri

manufaktur, dan perniagaan, kemakmuran itu akan mengarah pada pemupukan modal, kemajuan teknik, meningkatnya produk, perluasan pasar, pembagian kerja, dan kenaikan secara terus-menerus. Di lain pihak, naiknya produktivitas akan menyebabkan upah naik dan ada akumulasi kapital. Tetapi karena sumber daya alam terbatas adanya, maka keuntungan akan menurun karena berlakunya hukum penambahan hasil yang semakin berkurang. Pada tingkat inilah perkembangan mengalami kemacetan. Kelemahan teori Adam Smith:

- a. Pengabaian masyarakat secara luas.
- b. Alasan yang tidak adil bagi kegiatan menabung
- c. Pengabaian pengusaha (wiraswasta)

B. David Ricardo

Menurut David Ricardo di dalam masyarakat ekonomi ada tiga golongan masyarakat yaitu golongan capital, golongan buruh, dan golongan tuan tanah. Golongan kapital adalah golongan yang memimpin produksi dan memegang peranan yang penting karena mereka selalu mencari keuntungan dan menginvestasikan kembali pendapatannya dalam bentuk akumulasi kapital yang mengakibatkan naiknya pendapatan nasional. Golongan buruh merupakan golongan yang terbesar dalam masyarakat, namun sangat tergantung pada capital. Golongan tuan tanah merupakan golongan yang memikirkan sewa saja dari golongan kapital atas areal tanah yang disewakan. David Ricardo mengatakan bahwa bila jumlah penduduk bertambah terus dan akumulasi kapital terus menerus terjadi, maka tanah yang subur menjadi kurang jumlahnya atau semakin langka adanya. Akibatnya berlaku pula hukum tambahan hasil yang semakin berkurang. Disamping itu juga ada persaingan

diantara kapitalis-kapitalis itu sendiri dalam mengolah tanah yang semakin kurang kesuburannya dan akibatnya keuntungan mereka semakin menurun hingga pada tingkat keuntungan yang normal saja.

C. Thomas Robert Malthus

Malthus menitikkan perhatian pada “perkembangan kesejahteraan” suatu negara, yaitu pembangunan ekonomi yang dapat dicapai dengan meningkatkan kesejahteraan suatu negara. Kesejahteraan suatu negara sebagian bergantung pada kuantitas produk yang dihasilkan oleh tenaga kerjanya, dan sebagian lagi pada nilai atas produk tersebut.

Pertumbuhan Penduduk dan Pembangunan Ekonomi, Menurut Malthus pertumbuhan penduduk saja tidak cukup untuk berlangsungnya pembangunan ekonomi. Malahan, pertumbuhan penduduk adalah akibat dari proses pembangunan ekonomi. Pertumbuhan penduduk akan meningkatkan kesejahteraan hanya bila pertumbuhan tersebut meningkatkan permintaan efektif. Rendahnya konsumsi atau kurangnya permintaan efektif yang menimbulkan persediaan melimpah, menurut Teori Malthus merupakan sebab utama keterbelakangan. Untuk pembangunan, negara harus memaksimalkan produksi di sektor pertanian dan sektor industri. Ini memerlukan kemajuan teknologi, pendistribusian kesejahteraan dan tanah secara adil, perluasan perdagangan internal dan eksternal, peningkatan konsumsi tidak produktif, dan peningkatan kesempatan kerja melalui rencana pekerjaan umum.

D. Karl Marx

Karl Marx lahir pada tahun 1818 di Kota Trier Jerman. Pemikiran Marx sangat dipengaruhi oleh Darwin dan menggunakan gagasan ini untuk

menjelaskan proses dialektik sejarah. Menurut Marx, masyarakat menempuh tahapan-tahapan yang berbeda dalam sejarah dan yang menenukan tahapan-tahapan tersebut adalah perubahan dalam sarana produksi dan hubungan-hubungan produksi. Menurutya berdasarkan sejarah, perkembangan masyarakat melalui 5 tahap:

- a. Masyarakat kumunal primitive, yang masih menggunakan alat-alat produksi sederhana yang merupakan milik kumunal. Tidak ada surplus produksi di atas konsumsi.
- b. Masyarakat perbudakan, adanya hubungan antar pemilik faktor produksi dan orang-orang yang hanya bekerja untuk mereka. Para budak diberi upah sangat minim. Mulai ada spesialisasi untuk bidang pertanian, kerajinan tangan dan sebagainya. Karena murah nya harga buruh maka minat pemilik faktor produksi untuk memperbaiki alat-alat yang dimilikinya rendah. Buruh makin lama sadar dengan kesewenang-wenangan yang dialaminya sehingga menimbulkan perselisihan antara dua kelompok tersebut.
- c. Masyarakat fiodal, kaum bangsawan memiliki faktor produksi utama yaitu tanah. Para petani kebanyakan adalah budak yang dibebaskan dan mereka mengerjakan dahulu tanah milik bangsawan. Hubungan ini mendorong adanya perbaikan alat produksi terutama di sektor pertanian. Kepentingan dua kelas tersebut berbeda, para feodal lebih memikirkan keuntungan saja dan kemudian mendirikan pabrik-pabrik. Banyak timbul pedagang-pedagang baru yang didukung raja yang kemudian membutuhkan pasar yang lebih luas. Perkembangan ini menyebabkan

timbulnya alat produksi kapitalis dan menghendaki hapusnya sistem feodal. Kelas borjuis yang memiliki alat-alat produksi menghendaki pasaran buruh yang bebas dan hapusnya tarif serta rintangan lain dalam perdagangan yang diciptakan kaum feodal sehingga kemudian masyarakat tidak lagi menyukai system ini.

- d. Masyarakat kapitalis, hubungan produksinya didasarkan pada pemilikan individu masing-masing kapitalis terhadap alat-alat produksi. Kelas kapitalis mempekerjakan buruh. Keuntungan kapitalis membesar yang memungkinkan berkembangnya alat-alat produksi. Perubahan alat yang mengubah cara produksi selanjutnya menyebabkan perubahan kehidupan ekonomi masyarakat. Perbedaan kepentingan antara kaum kapitalis dan buruh semakin meningkat dan mengakibatkan perjuangan kelas
- e. Masyarakat sosialis, kepemilikan alat produksi didasarkan atas hak milik sosial. Hubungan produksi merupakan hubungan kerjasama dan saling membantu diantara buruh yang bebas unsur eksploitasi. Tidak ada lagi kelas-kelas dalam masyarakat.

Menurut Karl Marx masyarakat menempuh tahapan-tahapan yang berbeda dalam sejarah dan yang menentukan tahap-tahap tersebut adalah perubahan dalam sarana produksi dan juga hubungan-hubungan produksi yang telah dijelaskan di atas, namun sejarah telah membuktikan bahwa periode evolusi yang dikemukakan oleh Marx ternyata keliru. Tidak ada masa dalam sejarah masyarakat yang melalui tahapan evolusi sebagaimana yang dikemukakan Marx. Sebaliknya sebagaimana system yang diyakini oleh Marx terjadi melalui serangkaian tahapan tertentu, malah dapat terjadi dalam waktu

bersamaan dan dalam masyarakat yang sama pula di saat satu wilayah dari suatu Negara sedang mengalami system yang menyerupai masyarakat fiodal, system kapitalis berlaku di wilayah lainnya dalam Negara yang sama. Jadi pernyataan bahwa tahapan dari satu system ke system berikutnya mengikuti pola evolusi sebagaimana yang dikemukakan oleh Marx dan teori evolusi tidak dapat dibuktikan sama sekali.

2.1.2. Indek Pembangunan Manusia

Menurut *United Nations Development Programme* (UNDP), Indeks Pembangunan Manusia (IPM) mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. IPM dibangun melalui pendekatan dasar, sebagai ukuran kualitas hidup, yaitu umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak. Untuk mengukur dimensi umur yang panjang dan sehat (dimensi kesehatan) digunakan angka harapan hidup waktu lahir. Untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan gabungan angka indikator melek huruf dan rata-rata sekolah. Sedangkan untuk mengukur dimensi kehidupan yang layak, digunakan indikator kemampuan daya beli (*purchasing power parity*) masyarakat terhadap sejumlah kebutuhan pokok yang dilihat dari rata-rata besarnya pengeluaran per kapita. Berdasarkan skala internasional, capaian/nila IPM dapat dibagi menjadi empat kategori, yaitu kategori tinggi ($IPM \geq 80$), kategori menengah atas ($65 \leq IPM < 80$), kategori menengah bawah ($50 \leq IPM < 66$) dan kategori rendah ($IPM < 50$) (Kemenkes, 2014).

Risha Amalia dalam Heka (2017) menyatakan dalam UNDP, pembangunan manusia adalah suatu proses untuk memperbesar pilihan-pilihan

bagi manusia (*“aprocess of enlarging people’s choices”*). Konsep atau definisi pembangunan tersebut pada dasarnya mencakup dimensi pembangunan yang sangat luas. Dalam konsep pembangunan manusia, bukan hanya dari pertumbuhan ekonominya.

UNDP dalam Syalkahfi (2016) menyebutkan bahwa IPM merupakan indeks komposit yang digunakan untuk mengukur pencapaian rata-rata suatu negara dalam tiga hal mendasar pembangunan manusia, yaitu : lama hidup, yang diukur dengan angka harapan ketika lahir; pendidikan yang diukur berdasarkan rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf penduduk usia 15 tahun ke atas dan standar hidup yang diukur dengan konsumsi per kapita. Nilai indeks ini berkisar antara 0-100. IPM memberikan suatu ukuran gabungan tiga dimensi tentang pembangunan manusia: panjang umur dan menjalani hidup sehat (diukur dari usia harapan hidup), terdidik (diukur dari tingkat kemampuan baca tulis orang dewasa dan tingkat pendaftaran di sekolah dasar, lanjutan dan tinggi) dan memiliki standar hidup yang layak (diukur dari paritas daya beli/ PPP, penghasilan). Indeks tersebut bukanlah suatu ukuran yang menyeluruh tentang pembangunan manusia. Sebagai contoh, IPM tidak menyertakan indikator-indikator penting seperti misalnya ketidaksetaraan dan sulit mengukur indikator-indikator seperti penghargaan terhadap hak-hak asasi manusia dan kebebasan politik. Indeks ini memberikan sudut pandang yang lebih luas untuk menilai kemajuan manusia serta meninjau hubungan yang rumit antara penghasilan dan kesejahteraan.

BPS dalam Syalkahfi (2016) menyebutkan bahwa indikator IPM merupakan salah satu indikator untuk mengukur taraf kualitas fisik dan non

fisik penduduk. Kualitas fisik; tercermin dari angka harapan hidup; sedangkan kualitas non fisik (intelektualitas) melalui lamanya rata-rata penduduk bersekolah dan angka melek huruf; dan mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat yang tercermin dari nilai *Purchasing Power Parity Index* (PPP). IPM mengukur pencapaian keseluruhan dari satu daerah/negara dalam tiga dimensi dasar pembangunan manusia, yaitu lamanya hidup, pengetahuan dan status standar hidup yang layak. Ketiganya diukur dengan angka harapan hidup, pencapaian pendidikan dan pengeluaran per kapita.

Angka Harapan Hidup ketika lahir merupakan suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup sejak lahir yang akan dicapai oleh sekelompok penduduk yang dilahirkan pada tahun tersebut. Angka Harapan Hidup ini dapat dijadikan sebagai tolak ukur indikator kesehatan. Semakin tinggi Angka Harapan Hidup (AHH) suatu masyarakat mengindikasikan tingginya derajat kesehatan masyarakat tersebut (Ananta, 2013).

2.1.3 Pendapatan Nasional

Pendapatan nasional adalah merupakan jumlah seluruh pendapatan yang diterima oleh masyarakat dalam suatu negara atau nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh suatu sistem produksi dalam suatu negara dalam kurun waktu tertentu. Pendapatan nasional merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengetahui kondisi ekonomi suatu negara dalam periode tertentu, diperkirakan suatu negara memiliki pendapatan nasional tinggi apabila jumlah serta kualitas sumber daya manusia dan sumber daya alam melimpah. Menurut ahli ekonomi modern, alat utama untuk mengukur kegiatan perekonomian adalah suatu jumlah barang atau jasa yang dihasilkan setiap tahun

oleh suatu negara. Oleh karena itu pendapatan nasional merupakan ukuran dari nilai total barang dan jasa yang dihasilkan oleh suatu negara dalam kurun waktu satu tahun yang dinyatakan dalam satuan uang (Pujoalwanto, 2014).

Menurut Sri Endang Rahayu, dkk (2017), menyatakan data pendapatan nasional memberikan informasi yang berguna mengenai berbagai aspek dari kegiatan ekonomi. Data pendapatan nasional pada suatu tahun tertentu memberikan gambaran tentang 1) tingkat kegiatan ekonomi negara yang dicapai dan nilai output yang diproduksi, 2) komposisi dari perbelanjaan agregat 3) sumbangan berbagai sektor dalam mewujudkan pendapatan nasional dan 4) taraf kemakmuran yang dicapai.

Jika dilihat dari jumlah barang dan jasa, pendapatan nasional dibagi menjadi 2 yaitu Produk Domestik Bruto (PDB) dan Produk Nasional Bruto (PNB).

1. Produk Domestik Bruto (*Gross Domestic Product/GDP*) merupakan jumlah produk berupa barang dan jasa yang dihasilkan oleh unit-unit produksi didalam batas wilayah suatu negara(domestik) selama satu tahun.
2. Produk Nasional Bruto (*Gross National Product/GNP*) merupakan nilai seluruh barang dan jasa yang dihasilkan oleh penduduk suatu negara (nasional) selama satu tahun, termasuk hasil produksi barang dan jasa yang dihasilkan oleh warga negara yang berada di luar negeri, tetapi tidak termasuk hasil produksi perusahaan asing yang beroperasi di wilayah negara tersebut (Pujoalwanto, 2014).

Jadi GNP mengukur nilai barang dan jasa berdasarkan kepemilikan atau kewarganegaraan sedangkan GDP mengukur semua nilai barang dan jasa yang

dihasilkan di dalam negeri tanpa membedakan kewarganegaraan. Pendapatan nasional menurut ilmu ekonomi memiliki tiga pendekatan dalam menghitung pendapatan nasional sebagai berikut: (Pujoalwanto, 2014)

1. Pendekatan Produksi (*Production Approach*)

Dalam pendekatan produksi, pendapatan nasional yang dihitung dilakukan dengan cara menjumlahkan nilai tambah (*Value Added*) produk barang dan jasa yang dihasilkan oleh berbagai sektor di dalam perekonomian dalam periode tertentu. Pendekatan ini mencerminkan besarnya kontribusi berbagai sektor ekonomi terhadap pendapatan nasional dan menghindari perhitungan ganda.

2. Pendekatan Pengeluaran (*Expenditure Approach*)

Dalam pendekatan pendapatan, pendapatan nasional yang dihitung dilakukan dengan cara menjumlahkan pendapatan yang diterima oleh seluruh sektor perekonomian dalam suatu negara dalam jangka waktu biasanya satu tahun. Masyarakat sebagai pemilik faktor produksi akan menerima pendapatan dari perusahaan. Faktor produksi tersebut berupa balas jasa (*Rent*) atas faktor produksi yang disewa dan tanah, upah (*wage*) untuk sumber daya manusia, bunga (*Interest*) atas modal yang dimiliki, dan keuntungan (*Profit*).

3. Pendekatan Pendapatan (*Income Approach*)

Dalam pendekatan pengeluaran, pendapatan nasional yang dihitung dilakukan dengan cara menjumlahkan total seluruh pengeluaran sektor-sektor ekonomi untuk membeli barang dan/atau jasa, yang dapat dinyatakan dengan:

$$\text{PDB} = \text{C} + \text{I} + \text{G} + \text{X} - \text{M} \dots \dots \dots (1)$$

Dimana:

PDB	:Produk Domestik Bruto
C	:Pengeluaran
I	:Pengeluaran investor kotor
G	:Pengeluaran sector pemerintah
X	: Expor barang dan jasa
M	:Impor barang dan jasa

2.1.4 Pengeluaran Pemerintah

Pengeluaran pemerintah mencerminkan kebijakan pemerintah. Apabila pemerintah telah menetapkan suatu kebijakan untuk membeli barang dan jasa, pengeluaran pemerintah mencerminkan biaya yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Teori mengenai pengeluaran pemerintah dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu teori makro dan teori mikro.

1. Teori Makro

Teori makro mengenai perkembangan pemerintah dikemukakan oleh para ahli ekonomi dan dapat digolongkan ke dalam tiga golongan, yaitu:

1) Model Pembangunan Tentang Perkembangan Pengeluaran Pemerintah

Model ini dikembangkan oleh Rostow dan Musgrave yang menghubungkan perkembangan pengeluaran pemerintah dengan tahap-tahap pembangunan ekonomi yang dibedakan antara tahap awal, tahap menengah, dan tahap lanjut. Pada tahap awal perkembangan ekonomi, persentase investasi pemerintah terhadap total investasi besar sebab pada tahap ini pemerintah harus menyediakan

prasarana, seperti misalnya, pendidikan, kesehatan, prasarana transportasi, dan sebagainya. Pada tahap menengah pembangunan ekonomi, investasi pemerintah tetap diperlukan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi agar dapat tinggal landas, namun pada tahap ini peranan investasi swasta sudah semakin membesar. Peranan pemerintah tetap besar pada tahap menengah, oleh karena peranan swasta yang semakin besar ini banyak menimbulkan kegagalan pasar, dan juga menyebabkan pemerintah harus menyediakan barang dan jasa publik dalam jumlah yang lebih banyak dan kualitas yang lebih baik. Selain itu, pada tahap ini perkembangan ekonomi menyebabkan terjadinya hubungan antar sektor yang semakin rumit (*complicated*). Misalnya pertumbuhan ekonomi yang ditimbulkan oleh perkembangan sektor industri, menimbulkan semakin tingginya tingkat pencemaran udara dan air, dan pemerintah harus turun tangan untuk mengatur dan mengurangi akibat negatif dari polusi itu terhadap masyarakat. Pemerintah juga harus melindungi buruh yang berada dalam posisi yang lemah agar dapat meningkatkan kesejahteraan mereka.

Musgrave berpendapat bahwa dalam suatu proses pembangunan, investasi swasta dalam persentase terhadap GNP semakin besar dan persentase investasi pemerintah dalam persentase terhadap GNP akan semakin kecil.

Pada tingkat ekonomi yang lebih lanjut, Rostow mengatakan bahwa pembangunan ekonomi, aktivitas pemerintah beralih dari penyediaan prasarana ke pengeluaran-pengeluaran untuk aktivitas social seperti halnya, program kesejahteraan hari tua, program pelayanan kesehatan masyarakat, dan sebagainya.

Teori perkembangan peranan pemerintah yang dikemukakan oleh Musgrave dan Rostow adalah suatu pandangan yang ditimbulkan dari pengamatan berdasarkan pembangunan ekonomi yang dialami oleh banyak negara, tetapi tidak didasarkan oleh suatu teori tertentu. Selain itu, tidak jelas, apakah tahap pertumbuhan ekonomi terjadi dalam tahap demi tahap, ataukah beberapa tahap dapat terjadi secara simultan.

2) Hukum Wagner

Wagner mengemukakan suatu teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin besar dalam persentase terhadap GNP yang juga didasarkan pula pengamatan di negara-negara Eropa, U.S. dan Jepang pada abad ke-19. Wagner mengemukakan pendapatnya dalam bentuk suatu hukum, akan tetapi dalam pandangannya tersebut tidak dijelaskan apa yang dimaksud dengan pertumbuhan pengeluaran pemerintah dan GNP, apakah dalam pengertian pertumbuhan secara relatif ataukah secara absolut. Apabila yang dimaksud oleh Wagner adalah perkembangan pengeluaran pemerintah secara relatif sebagaimana teori Musgrave, maka hukum Wagner adalah sebagai berikut: Dalam suatu perekonomian, apabila pendapatan per kapita meningkat, secara relatif pengeluaran pemerintah pun akan meningkat.

Dasar dari hukum tersebut adalah pengamatan empiris dari negara-negara maju (USA, German, Jepang), tetapi hukum tersebut member dasar akan timbulnya kegagalan pasar dan eksternalitas. Wagner menyadari bahwa dengan bertumbuhnya perekonomian hubungan antara industri dengan industri, hubungan industri dengan masyarakat dan sebagainya menjadi semakin rumit atau

kompleks. Dalam hal ini Wagner menerangkan mengapa peranan pemerintah menjadi semakin besar, yang terutama disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungannya yang timbul dalam masyarakat, hukum pendidikan, rekreasi, kebudayaan, dan sebagainya.

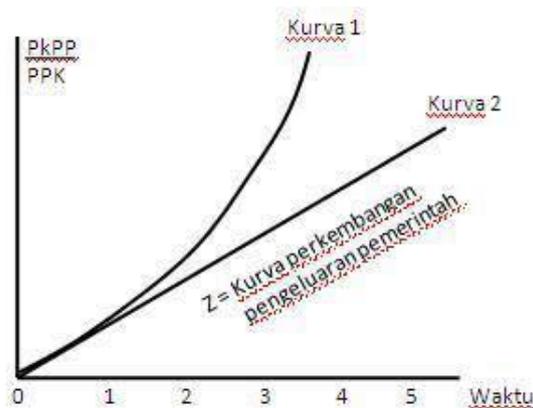
Kelemahan hukum Wagner adalah karena hukum tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang-barang publik. Wagner mendasarkan pandangannya dengan suatu teori yang disebut teori organis mengenai pemerintah (organic theory of the state) yang menganggap pemerintah sebagai individu yang bebas bertindak, terlepas dari anggota masyarakat lainnya.

Hukum Wagner dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$\frac{PPkP}{PPK1} < \frac{PkPPn}{PPK2} < \dots < \frac{PkPPn}{PPKn} \dots \dots \dots (2-1)$$

Dimana: PPkP = Pengeluaran pemerintah perkapita

PPK = Pendapatan perkapita (GDP/jlh penduduk)



1,2,...,n = jangka waktu (tahun)

Sumber: Boediono, 1999

Gambar 2. 1 Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah

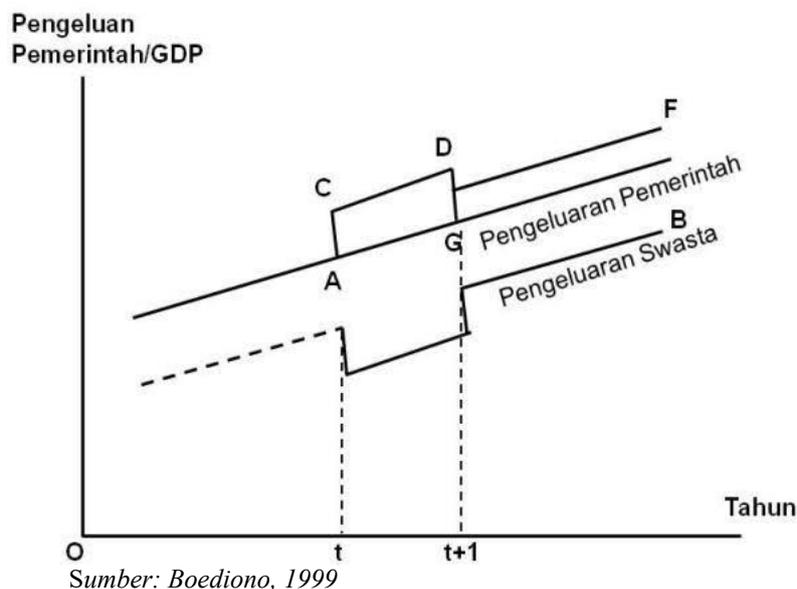
3) Teori Peacock dan Wiseman

Teori mereka didasarkan pada suatu analisis penerimaan pengeluaran pemerintah. Pemerintah selalu berusaha memperbesar pengeluarannya dengan mengandalkan memperbesar penerimaan dari pajak, padahal masyarakat tidak menyukai pembayaran pajak yang besar untuk membiayai pengeluaran pemerintah yang semakin besar tersebut. Meningkatnya penerimaan pajak menyebabkan pengeluaran pemerintah juga semakin meningkat. Dalam keadaan normal meningkatnya GNP menyebabkan penerimaan pemerintah yang semakin besar, begitu juga dengan pengeluaran pemerintah menjadi semakin besar.

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 tingkat kesediaan masyarakat untuk membayar pajak. Tingkat toleransi ini merupakan kendala bagi pemerintah untuk menaikkan pemungutan pajak secara semena-mena.

Dalam teori Peacock dan Wiseman terdapat efek penggantian (*displacement effect*) yaitu adanya gangguan sosial yang menyebabkan aktivitas swasta dialihkan pada aktivitas pemerintah. Pengentasan gangguan tidak hanya cukup dibiayai semata-mata dengan pajak sehingga pemerintah harus meminjam dana dari luar negeri. Setelah gangguan teratasi muncul kewajiban melunasi utang dan

membayar bunga. Pengeluaran pemerintah yang semakin bertambah bukan hanya karena GNP bertambah tetapi karena adanya kewajiban baru tersebut. Akibat lebih lanjut adalah pajak tidak menurun kembali ke tingkat semula meskipun gangguan telah berakhir. Selain itu, masih banyak aktivitas pemerintah yang baru kelihatan setelah terjadinya perang dan ini disebut efek inspeksi (*inspection effect*). Adanya gangguan sosial juga akan menyebabkan terjadinya konsentrasi kegiatan ke tangan pemerintah yang sebelumnya dilaksanakan oleh swasta. Efek inilah disebut sebagai efek konsentrasi (*concentration effect*). Dengan adanya ketiga efek tersebut menyebabkan bertambahnya aktivitas pemerintah sehingga setelah perang selesai tingkat pajak tidak menurun kembali pada tingkat sebelum terjadi perang. Adanya dampak eksternal tadi digambarkan dalam bentuk kurva dibawah ini:

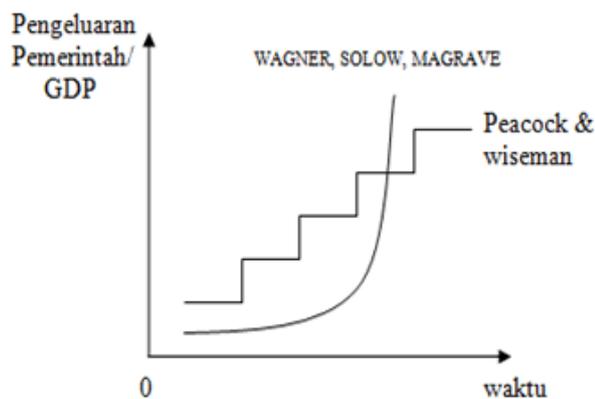


Gambar 2. 2 Kurva Peacock dan Wiseman

Dalam keadaan normal, t ke $t+1$, pengeluaran pemerintah dalam persentase terhadap GNP meningkat sebagaimana yang ditunjukkan garis AG. Apabila pada tahun t terjadi perang maka pengeluaran pemerintah meningkat sebesar AC dan

kemudian meningkat seperti yang ditunjukkan pada segmen CD. Setelah perang selesai pada tahun $t+1$, pengeluaran pemerintah tidak menurun ke G. Hal ini disebabkan setelah perang, pemerintah membutuhkan tambahan dana untuk mengembalikan pinjaman pemerintah yang digunakan dalam pembiayaan pembangunan.

Berbeda dengan pandangan Wagner, perkembangan pengeluaran pemerintah versi Peacock dan Wiseman tidaklah berbentuk suatu garis, seperti kurva di bawah, tetapi berbentuk seperti tangga.



Sumber: Boediono, 1999

Gambar 2. 3 Kurva Wagner, Solow, dan Musgrave

Pengeluaran pemerintah menurut teori Wagner, Sollow, dan Musgrave digambarkan dalam bentuk kurva yang eksponensial, sedangkan teori Peacock dan Wiseman mengatakan bahwa pengeluaran pemerintah jika digambarkan dalam kurva seperti bentuk tangga. Hal ini dikarenakan adanya kendala toleransi pajak. Ketika masyarakat tidak ingin membayar pajak yang tinggi yang ditetapkan pemerintah, maka pemerintah tidak bisa meningkatkan pengeluarannya, walaupun pemerintah ingin senantiasa menaikkan pengeluarannya (Mangkoesobroto, 1993).

2. Teori Mikro

Tujuan dari teori mikro mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang publik dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang publik. Interaksi antara permintaan dan penawaran untuk barang publik menentukan jumlah barang publik yang akan disediakan melalui anggaran belanja. Jumlah barang publik yang akan disediakan tersebut selanjutnya akan menimbulkan permintaan akan barang lain (Mangkoesebroto, 1993).

1. Penentuan Permintaan

$$U_i = f(G, X) \dots\dots\dots(2-2)$$

Dimana: U = Fungsi Utilitas

i = Individu, 1, 2, ..., m

G = Vektor barang pemerintah

X = Vektor barang swasta

Seorang individu mempunyai permintaan akan barang publik dan swasta. Akan tetapi, permintaan efektif akan barang tersebut (pemerintah dan swasta) tergantung pada kendala anggaran (*budget constraints*). Misalkan seorang individu (i) membutuhkan barang publik (K) sebanyak G_k . Untuk menghasilkan i barang K sebanyak G_k , pemerintah harus mengatur sejumlah kegiatan. Misalnya pemerintah berusaha untuk meningkatkan penjagaan keamanan. Dalam pelaksanaan usaha meningkatkan keamanan tersebut tidak mungkin bagi pemerintah untuk menghapuskan sama sekali angka kejahatan. Karena itu,

pemerintah dan masyarakat harus menetapkan suatu tingkat keamanan yang dapat ditolerir oleh masyarakat.

2. Penentuan Tingkat Output

$$U_p = g(X, G, S) \dots\dots\dots(2-3)$$

Dimana: U_p = Fungsi Utilitas

S = keuntungan yang diperoleh politisi

G = Vektor barang pemerintah

X = Vektor barang swasta

Kita asumsikan bahwa fungsi utilitas masyarakat diwakili seorang pemilih:

$$\text{Max } U_i = f(X, G) \dots\dots\dots(2-4)$$

Dengan pemuasan dibatasi kendala anggaran sehingga rumusnya:

$$P_x X + t B < M_i \dots\dots\dots(2-5)$$

Dimana: P = Vektor harga barang swasta

X = Vektor barang swasta

B_i = Basis pajak individu 1

M_i = Total pendapatan individu 1

T = Tarif pajak

Kurva permintaan dari pemilik yang mewakili masyarakat ditentukan oleh 2 prose, yaitu dengan mengasumsikan pemilik tidak punya kemampuan mempengaruhi tarif pajak, sehingga ia bertindak sebagai pengambil harga (*Price*

Taker) atau, asumsikan kedua pemilik tidak bisa menentukan jumlah barang publik, sehingga ia bertindak sebagai pengambil output (*Output Taker*).

2.1.5 Tipologi Klassen

Analisis tipologi kelas merupakan alat analisis yang digunakan untuk mengetahui bagaimana gambaran tentang pola dan struktur pertumbuhan ekonomi masing-masing suatu wilayah (Sjafrisal, 2008). Tipologi pada dasarnya membagi wilayah berdasarkan indikator, yaitu pertumbuhan ekonomi daerah dan pendapatan per kapita daerah: (1) daerah maju dan cepat tumbuh (high income and high income), (2) daerah maju tapi tertekan (high income but low growth), (3)

<p>Kuadran I Daerah maju dan tumbuh dengan pesat $g_i > g, g_k_i > g_k$</p>	<p>Kuadran II Daerah maju tapi tertekan $g_i < g, g_k_i > g_k$</p>
<p>Kuadran III Daerah yang masih dapat berkembang dengan pesat $g_i > g, g_k_i < g_k$</p>	<p>Kuadran IV Daerah relatif tertinggal $g_i < g, g_k_i < g_k$</p>

daerah berkembang cepat (high growth but low income), dan (4) daerah relatif tertinggal (low growth but low income)

Gambar 2. 4 Klasifikasi Tipologi Klassen Pendekatan Daerah

2.2 Regulasi

Peningkatan kualitas sumber daya manusia di bidang kesehatan di Indonesia didukung oleh berbagai regulasi yang mengatur pendidikan, pelatihan, serta distribusi tenaga kesehatan. Salah satu regulasi utama adalah **Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan**, yang mengatur berbagai aspek kesehatan, termasuk pengembangan tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan. UU ini juga memastikan distribusi tenaga kesehatan yang lebih

merata di seluruh Indonesia. Selain itu, **Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan** menetapkan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan dan mengatur perlindungan hukum dalam menjalankan tugas mereka. Regulasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan memiliki keterampilan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta mendapatkan perlindungan dalam praktik profesional mereka.

Dalam sektor pelayanan kesehatan, **Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan** mewajibkan pemenuhan sumber daya manusia kesehatan sesuai standar dalam penyelenggaraan rumah sakit. Peraturan ini memastikan bahwa rumah sakit memiliki tenaga kesehatan yang berkualitas dan memadai untuk memberikan pelayanan optimal kepada masyarakat. Di tingkat pemerintah daerah, **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2023** memberikan pedoman dalam pengelolaan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Regulasi ini bertujuan untuk meningkatkan efektivitas pengelolaan tenaga kesehatan di tingkat daerah sehingga distribusi dan pengembangan tenaga medis lebih terstruktur.

Regulasi ini menjadi landasan bagi pemerintah dalam meningkatkan kualitas tenaga kesehatan di Indonesia. Dengan adanya kebijakan yang jelas dan terstruktur, diharapkan tenaga kesehatan yang tersedia memiliki kompetensi tinggi serta dapat tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia, termasuk daerah terpencil dan perbatasan.

2.3 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Peneliti	Variabel	Hasil Penelitian
1	NIDA AFIFAH AL ZAHRO HASIBUAN (2018)	ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) TERHADAP KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) DI INDONESIA	Indeks Pembangunan Manusia, Jumlah sarana kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, Dana alokasi khusus kesehatan, Jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional, Angka Harapan Hidup, Pengeluaran Perkapita, Angka Kematian, cakupan imunisasi, Prevalensi Status Gizi.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel-variabel yang mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia (IPM) memiliki nilai R ² sebesar 72,93%, sementara variabel yang mempengaruhi Angka Harapan Hidup (AHH) mencapai R ² 97,2%. Ini mengindikasikan bahwa JKN berpotensi signifikan dalam meningkatkan kualitas kesehatan dan SDM di Indonesia.
2	YUDITYA NASUTION (2018)	ANALISIS PENGARUH BELANJA SEKTOR KESEHATAN TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP DI SUMATERA UTARA	Pengeluaran kesehatan, Tingkat angka Harapan Hidup, Pelayanan Kesehatan.	Hasil penelitian menunjukkan dari analisis metode Tipologi Klassen untuk 33 Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara menunjukkan adanya 1 Kabupaten dan 4 Kota yang tergabung dalam kuadran I yaitu pertumbuhan ekonomi disertai pembangunan manusia yang tinggi, sementara untuk kuadran II terdapat 8 Kabupaten dan 1 Kota. Untuk kuadran III terdapat 4 Kabupaten dan 2 Kota. Sedangkan yang masuk kuadran IV terdapat 12 Kabupaten dan 1 Kota.
3	Romi (2017)	ANALISIS STUDI KOMPARATI F APBN : PERKEMBANGAN BELANJA NEGARA SEKTOR KESEHATAN KEPEMIMPINAN SBY DAN JOKOWI	Anggaran kesehatan, belanja negara, indeks pembangunan manusia	Hasil penelitian menunjukkan bahwa anggaran kesehatan mengalami peningkatan signifikan di era Jokowi dibandingkan dengan era SBY. Era SBY (2012-2014): Rata-rata anggaran kesehatan sebesar Rp 55,60 triliun. Era Jokowi (2015-2017): Rata-rata anggaran meningkat menjadi Rp 93,07 triliun. Selisih peningkatan anggaran mencapai Rp 37,47 triliun atau naik sebesar 67,39% di era Jokowi. Hal ini menunjukkan komitmen yang lebih besar dalam sektor kesehatan, baik melalui belanja pemerintah pusat maupun transfer ke daerah.
4	Erika	Analisis	Anggaran	Hasil penelitian menunjukkan

No	Nama Peneliti	Judul Peneliti	Variabel	Hasil Penelitian
	Madinah (2022)	Efisiensi dan Efektifitas Anggaran Belanja Kesehatan Pada Masa Pandemi Covid-19	kesehatan, fasilitas kesehatan, tenaga kerja, jumlah perusahaan farmasi, PDRB Per Kapita.	adanya pengaruh positif yang signifikan antara anggaran kesehatan dan fasilitas kesehatan terhadap derajat kesehatan masyarakat. Namun, variabel tenaga kesehatan memiliki pengaruh positif tetapi tidak signifikan, sedangkan PDRB per kapita menunjukkan pengaruh negatif yang juga tidak signifikan terhadap angka harapan hidup.
5	Verti Angelia Sihombing, Eva Ratna, Anggun Siphahutar, Ani Susanti Ndruru, Aulia Aryani, Fany Bella Firnanda (2022)	Hubungan Perekonomian Dengan Kesehatan Dalam Penerapan Evidance Based Practice Di Era 4.0 Dengan Sikap Yang Inovatif, Kreatif dan Komunikatif Dalam Masyarakat	Pendapatan Kepala Keluarga, Status Sosial Ekonomi, Status kesehatan, Akses terhadap Pelayanan Kesehatan, Tingkat pendidikan anggota keluarga, kualitas pelayanan kesehatan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan erat antara perekonomian dan kesehatan. Semakin tinggi pendapatan kepala rumah tangga, semakin rendah risiko kesehatan buruk. Masyarakat dengan ekonomi tinggi lebih sadar akan pentingnya kesehatan dan lebih cenderung memilih layanan kesehatan yang baik. Sebaliknya, masyarakat berpendapatan rendah cenderung mengabaikan kesehatan karena keterbatasan biaya. Penerapan praktik berbasis bukti dalam kesehatan perlu dilakukan secara inovatif dan komunikatif, terutama di era digital saat ini, untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya layanan kesehatan yang tepat.
6	Edo Julio Putra, Haryono, Juliani Pudjowati (2021)	Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Kesehatan dan Pendidikan Terhadap Kemiskinan di Kabupaten Sidoarjo	PDRB, Angka Harapan Hidup, Sarana Kesehatan, Tingkat Pendidikan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi dan kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap kemiskinan di Kabupaten Sidoarjo, dengan nilai signifikansi masing-masing 0,038 dan 0,032, yang lebih kecil dari 0,05. Sebaliknya, pendidikan tidak berpengaruh secara signifikan dengan nilai 0,064. Model regresi linier berganda yang diperoleh adalah $Y=61,482+1,28X_1-0,453X_2-2,292X_3$, yang mengindikasikan bahwa variabel-variabel tersebut berkontribusi terhadap perubahan tingkat kemiskinan secara simultan
7	Iqbal Salsabil, Westi Riani (2023)	Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Tingkat Pendidikan, Kesehatan dan Pertumbuhan	Pengeluaran per kapita, laju pertumbuhan ekonomi, rata-rata lama sekolah, angka harapan hidup, laju	Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi, tingkat pendidikan dan tingkat kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan di Kabupaten/Kota Jawa Barat tahun 2016-2020,

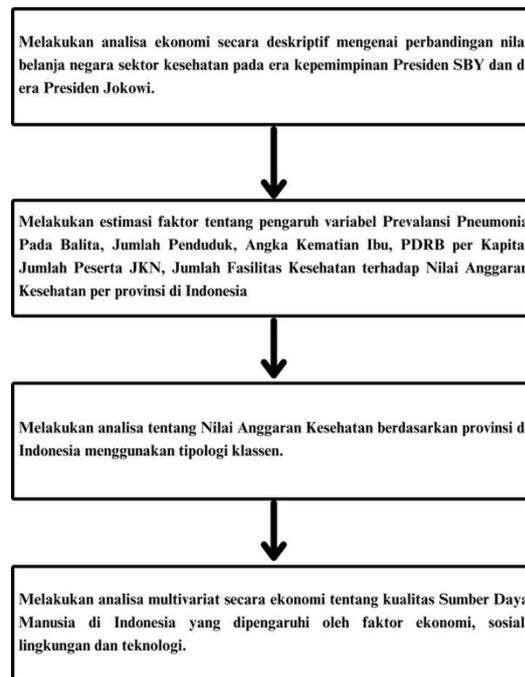
No	Nama Peneliti	Judul Peneliti	Variabel	Hasil Penelitian
		Penduduk terhadap Tingkat Kemiskinan	pertumbuhan penduduk.	sedangkan laju pertumbuhan penduduk berpengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan di provinsi Jawa Barat tahun 2016-2020

2.4 kerangka Penelitian

2.4.1. Tahap Penelitian

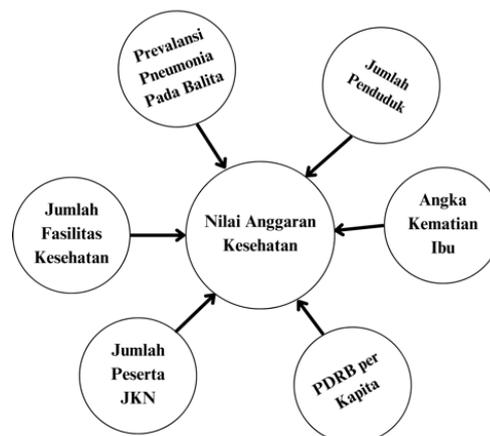
Melakukan analisa ekonomi secara deskriptif mengenai kondisi pertumbuhan anggaran kesehatan per provinsi di Indonesia dari kepemimpinan Presiden SBY dan Presiden Jokowi. Beberapa indikator yang dianggap mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan per provinsi di Indonesia yaitu, Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan. Setelah dilakukan estimasi kemudian melihat kondisi nilai anggaran kesehatan per provinsi di Indonesia. Kemudian melakukan analisa multivariat secara ekonomi tentang Kualitas Sumber Daya Manusia yang dipengaruhi oleh faktor ekonomi, sosial, lingkungan, dan teknologi.

2.4.2. Kerangka Analisis Penelitian



Gambar 2. 5 Kerangka Analisis Penelitian

2.4.3. Kerangka Konseptual Model Estimasi Ekonomi terkait Faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan di Indonesia Tahun 2019-2023

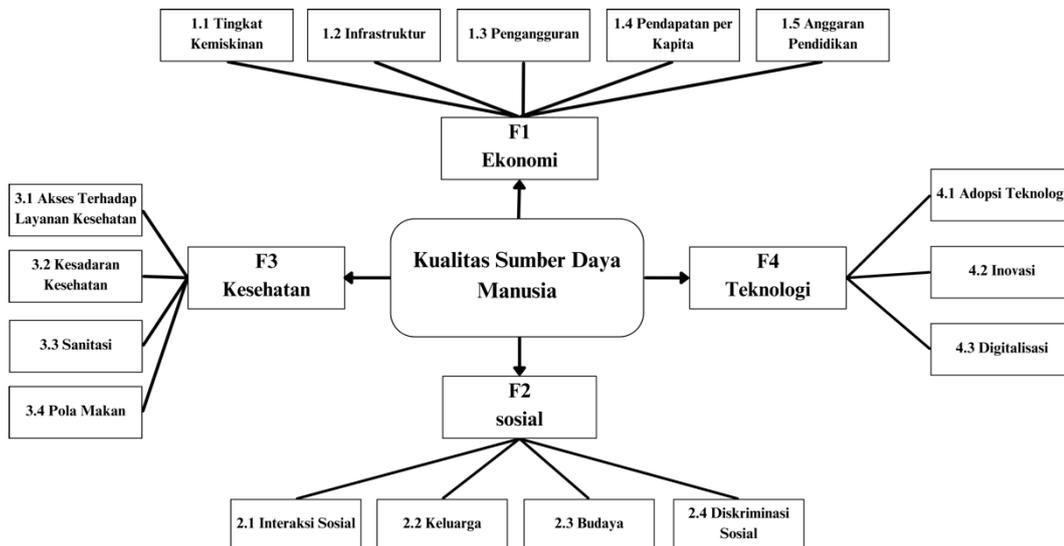


Gambar 2. 6 Kerangka Konseptual Analisis Faktor

Dalam model ini Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan

merupakan variabel bebas yang mempengaruhi secara langsung terhadap Nilai Anggaran Kesehatan yang dimana merupakan variabel terikat.

2.4.4. Kerangka Konseptual Model Estimasi Ekonomi terkait Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Sumber Daya Manusia



Gambar 2. 7 Kerangka Konseptual Model Estimasi Ekonomi

Dalam model ini, faktor ekonomi, sosial, kesehatan, dan teknologi merupakan variabel bebas yang mempengaruhi secara langsung terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia yang dimana merupakan variabel terikat.

2.5 Hipotesis

Berdasarkan tujuan penelitian, landasan teori dan penelitian-penelitian terdahulu, maka didapat hipotesa sebagai berikut:

1. Hipotesis dari penelitian ini adalah terdapat pengaruh positif dan signifikan antara Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan per provinsi di Indonesia.

2. Terdapat korelasi faktor ekonomi, sosial, Kesehatan dan Teknologi terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia di Indonesia.

BAB III

METODE PENELITIAN

Metode Penelitian adalah langkah dan prosedur yang dilakukan dalam mengumpulkan informasi empiris guna memecahkan masalah dan menguji hipotesis dari sebuah penelitian.

3.1 Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif, yang dimana bertujuan untuk mengestimasi dan menganalisis hubungan antar variabel yang telah ditentukan untuk menjawab rumusan masalah dengan menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif yaitu data yang berbentuk angka dan bilangan. Data yang disajikan adalah data sekunder yaitu data yang diperoleh melalui perantara atau pihak yang telah mengumpulkan data sebelumnya. Data dalam penelitian ini berjenis data panel digunakan untuk mempelajari karakteristik antar individu dan antar waktu yang berbeda. Data panel merupakan gabungan dari data cross section dan data time series. Selanjutnya penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk memahami masalah yang belum jelas atau tidak bisa diukur dengan angka. Data yang akan disajikan adalah data primer yaitu data yang didapat secara langsung dari responden berbentuk kuesioner.

3.2 Definisi Operasional

Adapun variabel yang terdapat dalam penelitian ini ialah:

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel Model Ekonometrika

Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Sumber Data
Nilai Anggaran Kesehatan (NAK)	Jumlah alokasi anggaran dekonsentrasi kementerian kesehatan RI menurut provinsi dalam satuan Rupiah.	Variabel Terikat	Kementerian Keuangan www.kemenkeu.go.id
Prevalansi Pneumonia Pada Balita (PPB)	Infeksi akut yang menyebabkan peradangan pada jaringan paru-paru yang terjadi pada Balita dalam satuan Jiwa.	Variabel Bebas	Kementerian Kesehatan RI www.kemkes.go.id
Jumlah Penduduk (JP)	Jumlah pertumbuhan penduduk yang tinggal dalam suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu dalam satuan jiwa.	Variabel Bebas	(BPS RI) www.bps.go.id
Angka Kematian Ibu (AKI)	Angka Kematian Ibu adalah jumlah kematian perempuan akibat proses kehamilan, persalinan, dan masa nifas diukur dalam Jiwa.	Variabel Bebas	Kementerian Kesehatan RI www.kemkes.go.id
PDRB Per Kapita (PDRBK)	Pertumbuhan output rata-rata yang dihasilkan oleh suatu daerah dalam satuan Rupiah.	Variabel Bebas	(BPS RI) www.bps.go.id
Jumlah Pertumbuhan Peserta JKN (JPJKN)	Pertumbuhan peserta jaminan kesehatan nasional dalam satuan persen (%).	Variabel Bebas	Dewan Jaminan Sosial Nasional http://www.djsn.go.id
Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK)	Banyaknya fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan dalam satuan unit.	Variabel Bebas	Dewan Jaminan Sosial Nasional http://www.djsn.go.id

Sumber: Olahan Penulis

Tabel 3. 2 Definisi Operasional Variabel Model Analisis Multivariat

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Skala
Kualitas Sumber Daya Manusia	Karakteristik atau kemampuan khusus yang dimiliki seseorang, termasuk keterampilan, pengetahuan, dan tanggung jawab.		
Faktor Ekonomi	Kondisi ekonomi mulai dari pendapatan hingga pengeluaran.	1. Tingkat kemiskinan 2. Infrastruktur 3. Pengangguran 4. Pendapatan per kapita 5. Anggaran pendidikan	1-7
Faktor Sosial	Seperangkat kondisi, hubungan, dan interaksi yang	1. Interaksi sosial 2. Keluarga 3. Budaya	1-7

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Skala
	terjadi dalam lingkungan sosial suatu individu, kelompok, atau masyarakat, yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi perilaku, sikap, dan pandangan.	4. Diskriminasi sosial	
Faktor Kesehatan	kondisi atau kualitas manusia yang menunjukkan fungsi organisme yang memadai dalam kondisi tertentu.	1. Akses terhadap layanan kesehatan 2. Kesadaran kesehatan 3. Sanitasi 4. Pola makan	1-7
Faktor Teknologi	Seperangkat alat, mesin, sistem, dan proses yang digunakan untuk mengubah input menjadi output, serta pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan penggunaannya.	1. Adopsi teknologi 2. Inovasi 3. Digitalisasi	1-7

Sumber: Olahan Penulis

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat Penelitian

Secara khusus penelitian ini merupakan penelitian yang dilakukan di Indonesia.

3.3.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini akan direncanakan selama 2 bulan dimulai dari Maret hingga Mei 2025

3.4 Jenis Data dan Sumber data

3.4.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini terdapat 2 jenis. Pertama adalah data sekunder berupa panel (gabungan dari data cross section dan data time

series). Kedua adalah data primer berupa data kuisioner yaitu data yang diambil secara langsung.

3.4.2 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini bersumber dari beberapa lembaga resmi seperti Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, dan Badan Pusat Statistik.

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini mencakup pengguna layanan BPJS Kesehatan yang memanfaatkan layanan rawat inap dan rawat jalan, serta individu yang bukan pengguna BPJS Kesehatan di Indonesia.

3.5.2 Sampel

Snowball sampling merupakan teknik pengambilan sampel non-probabilitas di mana setiap anggota populasi tidak memiliki peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel penelitian. Teknik ini digunakan ketika responden yang dibutuhkan memiliki kategori atau karakteristik tertentu, seperti pengguna layanan BPJS Kesehatan yang memanfaatkan layanan rawat inap dan rawat jalan, serta individu yang bukan pengguna BPJS Kesehatan, sehingga bersifat non-probabilitas. Snowball sampling dipilih untuk mengatasi kendala dalam menemukan atau mengidentifikasi responden yang sesuai. Selain itu, jika jawaban dari responden pertama kurang memadai, informasi yang diberikan oleh responden tersebut dapat membantu dalam menemukan responden berikutnya..

Menurut Nurdiani (2014) dalam teknik snowball sampling, jumlah orang atau responden awal yang akan diperlukan adalah 2-12 orang, kemudian

dari responden awal tersebut dapat diperoleh 10-30 sampel sedang (medium) dan >30 untuk ukuran sampel besar. Unit kecil yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengguna layanan BPJS Kesehatan di Indonesia.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini teknik dokumentasi yaitu dengan melakukan pengambilan data sekunder melalui Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (BPS), serta pengumpulan data primer dengan teknik kuisisioner yang diambil secara langsung.

3.7 Model Ekonometrika

Penelitian ini mengenai faktor yang memengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan per provinsi di Indonesia dengan menggunakan data panel yang merupakan data kombinasi dari time series (t) dan cross section (i) dintunjukkan oleh notasi 'it' yaitu selama 5 tahun terakhir yang dimulai dari periode 2019-2023, model ekonometrika pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$NAK_{it} = \beta_0 + \beta_1 PPB_{it} + \beta_2 JP_{it} + \beta_3 AKI_{it} + \beta_4 PDRBK_{it} + \beta_5 JPJKN_{it} + \beta_6 JFK_{it} + \epsilon_{it}$$

Dimana:

NAK : Nilai Anggaran Kesehatan untuk per provinsi di Indonesia

PPB : Prevalansi Pneumonia Pada Balita untuk per provinsi di Indonesia

JP : Jumlah Penduduk untuk per provinsi di Indonesia

AKI : Angka Kematian Ibu untuk per provinsi di Indonesia

PDRBK : PDRB per Kapita untuk per provinsi di Indonesia

JPJKN : Jumlah Peserta JKN untuk per provinsi di Indonesia

JFK : Jumlah Fasilitas Kesehatan untuk per provinsi di Indonesia

β_0 : Konstanta

$\beta_1 - \beta_6$: Koefisien

i : Data *Cross Section* untuk semua provinsi di Indonesia

t : Data *time series* 2019-2023

ϵ_t : *term of error*

Setelah model penelitian diestimasi maka akan diperoleh nilai dan besaran masing-masing parameter model persamaan diatas. Nilai dari parameter positif dan negatif selanjutnya akan diperoleh untuk menguji hipotesa penelitian.

3.8 Metode Estimasi

Metode estimasi pada penelitian ini adalah untuk mengestimasi semua variabel yang diamati menggunakan data panel (gabungan data time series dan cross section) dalam kurun waktu 5 tahun (dari tahun 2019 sampai 2023). Analisis trend dalam kurun waktu tersebut dapat dianalisis dengan menggunakan metode kuadrat terkecil atau OLS (*Ordinary Least Square*) dalam bentuk regresi linier berganda (*Multiple Regression Model*) yang disajikan lebih sederhana serta mudah dipahami.

Asumsi-asumsi yang mendasari model regresi linear dengan menggunakan metode *Ordinary Least Square* adalah sebagai:

1. Nilai rata-rata *disturbance term* = 0
2. Tidak terdapat korelasi serial (*Serial Auto Correlation*) diantara *disturbance term* $COV(\epsilon_t, \epsilon_j) = 0 : I \neq j$
3. Sifat *homocedasticity* dari *disturbance term* $Var(\epsilon^i) = \sigma^2$
4. *Covariance* antar ϵ^i dari setiap variabel bebas $(x) = 0$ setiap variabel bebas $(x) = 0$

5. Tidak terdapat bias dalam spesifikasi model regresi. Artinya, model regresi yang diuji secara tepat telah dispesifikasikan atau diformulasikan.
6. Tidak terdapat *collinearity* antara variabel-variabel bebas. Artinya, variabel-variabel bebas tidak mengandung hubungan linier tertentu antara sesamanya
7. Jika model berganda yang diestimasi melalui OLS memenuhi suatu set asumsi (asumsi *gauss-markov*), maka dapat ditunjukkan bahwa parameter yang diperoleh adalah bersifat BLUE (*Best Linear Unbiased Estimator*). (Gujarati, 2016).

3.9 Teknik Analisis Data

3.9.1 Melakukan Analisa Ekonomi Secara Deskriptif

Metode analisis deskriptif merupakan suatu metode analisa sederhana yang dapat digunakan untuk menggambarkan kondisi observasi dengan menyajikan dalam bentuk tabel, grafik, maupun narasi dengan tujuan memudahkan pembaca dalam menafsirkan hasil penelitian. Metode analisis deskriptif dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana pertumbuhan anggaran kesehatan di era Presiden SBY pada tahun 2005-2014 dan di era Preside Jokowi pada tahun 2015-2023 dan capaiannya.

3.9.2 Analisa Model Ekonometrika untuk Mengetahui Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan di Indonesia

A. Tahap Analisis

1. Penaksiran

a. Korelasi (r)

Koefisien kolerasi merupakan derajat keeratan antara variabel terikat dengan variabel bebas yang diamati. Koefesien kolerasi biasanya

dilambangkan dengan huruf r dimana bervariasi mulai -1 sampai $+1$. Nilai r -1 atau $+1$ menunjukkan hubungan yang kuat antar variabel- variabel tersebut, jika nilai $r = 0$, mengindikasikan tidak ada hubungan antar variabel-variabel tersebut. Sedangkan tanda $+$ (positif) dan $-$ (negatif) memberikan informasi mengenai arah dari hubungan antar variabel-variabel tersebut.

b. Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi bertujuan untuk mengetahui seberapa besar persentase sumbangan variabel bebas terhadap variabel terikat yang dapat dinyatakan dalam persentase. Namun tidak dapat dipungkiri ada kalanya dalam penggunaan koefisien determinasi (D) terjadi bias terhadap satu variabel bebas yang dimasukkan dalam model. Sebagai ukuran kesesuaian garis regresi dengan sebaran data, menghadapi masalah karena tidak memperhitungkan derajat bebas. Sebagai alternatif digunakan *corrected* atau *adjusted* R^2 (Kuncoro, 2013).

2. Pengujian (Test Diagnostic)

a. Uji Parsial (Uji t)

Uji statistik t pada dasarnya menunjukkan seberapa jauh pengaruh satu variabel penjelas secara individual dalam menerangkan variasi variabel terikat (Gujarati, 2016). Uji t dilakukan untuk melihat signifikan dari Prevalansi Pneumonia Pada Balita (PP), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) terhadap Nilai Anggaran Kesehatan (NAK). Dalam hal ini pengujian dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Perumusan Hipotesis

- a. Hipotesis $H_0 : \beta_1 - \beta_7 = 0$ (tidak ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan 2014-2021)
- b. Hipotesis $H_a \neq \beta_1 - \beta_7 \neq 0$ (ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel Prevalensi Penyakit, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan 2014-2021)

2) Uji stastitik yang digunakan adalah uji t. Dimana t hitung adalah:

$$t_h = \frac{\beta_i}{Se \beta_i}$$

Dimana:

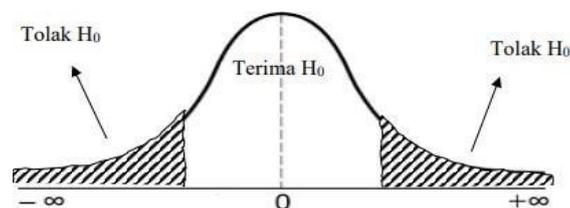
β_1 : Prevalensi Penyakit
 β_2 : Jumlah Penduduk
 β_3 : Angka Kematian Ibu
 β_4 : PDRB per Kapita
 β_5 : Jumlah Peserta JKN
 β_6 : Jumlah Fasilitas Kesehatan
 $Se \beta_i$: Standar eror

Nilai thitung akan dibandingkan dengan ttabel = $\pm t (\alpha / 2, n - 1)$

dengan derajat kesalahan α pada tingkat 1%, 5%, 10%, dan 15%.

Kriteria Uji

Terima H_0 jika $- t_{tabel} < t_{hitung} < + t_{tabel}$, hal lain tolak H_0 atau dalam distribusi kurva normal t dapat digambarkan sebagai berikut:



Kesimpulan

Sesuai kriteria uji maka terima H_0 atau tolak H_0

b. Uji Simultan (Uji F)

Uji F digunakan untuk mengetahui pada model PPt, JPt, AKIt, TUt, PDRBKt, JPJKNt, dan JFKt secara keseluruhan berpengaruh signifikan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan di Indonesia tahun (2018-2022). Dimana langkah-langkah sebagai berikut:

1) Perumusan Hipotesis

- a. Hipotesis H_0 : $\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = \beta_6 = \beta_7 = 0$ (tidak ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan 2014-2021)
- b. Hipotesis H_a : $\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = \beta_6 = \beta_7 \neq 0$ (ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel Prevalansi Pneumonia Pada Balita, Jumlah Penduduk, Angka Kematian Ibu, PDRB per Kapita, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Fasilitas Kesehatan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan 2014-2021)

- 2) Uji statistik yang digunakan adalah uji F, dimana F hitung adalah:

$$F = \frac{R^2/K - 1}{(1 - R^2)/(n - k)}$$

Dimana:

K = jumlah parameter yang diesmati

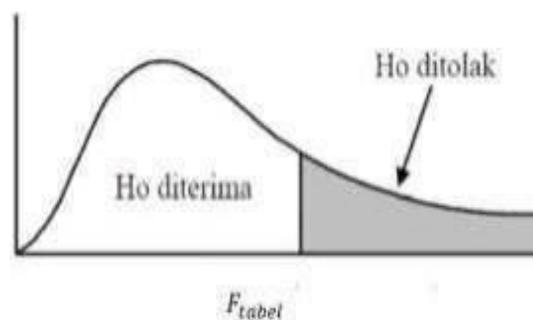
n = Jumlah data yang di observasi

Nilai Fhitung akan dibandingkan dengan Ftabel = F (α , n-k).

dengan derajat kesalahan $\alpha = 10\%$

3) Kreteria Uji

Terima jika H_0 jika $F_{hitung} < F_{tabel}$, hal lain tolak H_0 . Atau dalam distribusi kurva F dapat digambarkan sebagai berikut :



c. Uji Asumsi Klasik

Metode OLS (*Ordinary Least Square*) mendapatkan nilai estimator yang diharapkan dapat memenuhi sifat estimator OLS (*Ordinary Least Square*) yang BLUE (*Blue Liniear Unbiased Estimator*) dengan cara meminimumkan kuadrat simpangan setiap observasi dalam sampel. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa terdapat tiga asumsi dalam metode estimasi OLS (*Ordinary Least Square*) yang harus dipenuhi dalam pengujian berdasarkan kriteria ekonometrika, yaitu:

1. Tidak ada masalah hubungan antara variabel independen dalam

regresi berganda yang digunakan (tidak multikolinearitas)

2. Varian variabel yang konstan (tidak heterokedastisitas)
3. Tidak ada hubungan variabel gangguan antara satu observasi dengan observasi berikutnya (tidak ada autokorelasi)

1. Multikolinieritas

Multikolinieritas berhubungan dengan situasi dimana ada linear baik yang pasti atau mendekati pasti antara variabel independen. Masalah multikolinieritas timbul bila variabel-variabel independen berhubungan satu sama lain. Selain mengurangi kemampuan untuk menjelaskan dan memprediksi, multikolinieritas juga menyebabkan kesalahan baku koefisien (uji t) menjadi indikator yang tidak terpercaya (Gujarati, 2016).

Uji multikolinearitas ini bertujuan untuk mengetahui apakah masing-masing variabel bebas saling berhubungan secara linear dalam model persamaan regresi. Apabila terjadi multikolinearitas, akibatnya variabel penafsiran menjadi cenderung terlalu besar, t-hitung tidak bias, namun tidak efisien.

Dalam penelitian ini uji multikolinearitas dilakukan dengan menggunakan auxiliary regression untuk mendekteksi adanya multikolinearitas. Kriterianya adalah jika R^2 regresi persamaan utama lebih dari R^2 regresi auxiliary maka didalam model ini tidak terjadi multikolinearitas

2. Heterokedastisitas

Heterokedastisitas adalah keadaan dimana varians dari setiap gangguan tidak konstan. Dampak adanya hal tersebut adalah tidak efisisennya proses estimasi, sementara hasil estimasinya sendiri tetap konsisten dan tidak bias serta akan

mengakibatkan hasil uji t dan uji f dapat menjadi tidak —reliable atau tidak dapat dipertanggung jawabkan.

Untuk mengetahui ada atau tidaknya heterokedastisitas dapat digunakan Uji White. Secara manual uji ini dilakukan dengan melakukan regresi kuadrat dengan variabel bebas kuadrat dan perkalian variabel bebas. Nilai R^2 yang didapat digunakan untuk menghitung x^2 , dimana $x^2 = n \cdot R^2$ (Gujarati, 2003). Dimana pengujiannya adalah jika nilai *probability Observation R-Squared* lebih besar dari taraf nyata 5%, Maka hipotesis alternatif adanya heteroskedastisitas dalam model ditolak.

3. Autokorelasi

Autokorelasi adalah keadaan dimana variabel gangguan pada periode tertentu berkorelasi dengan variabel pada periode lainnya, dengankata lain variabel gangguan tidak random. Faktor-faktor yang menyebabkan autokorelasi antara lain kesalahan dalam menentukan model, menggunakan lag pada model, memasukkan variabel yang penting. Akibat dari adanya autokorelasi adalah parameter bias dan variannya minimum, sehingga tidak efisien (Gujarati, 2003).

Untuk menguji ada tidaknya autokorelasi salah satunya diketahui dengan melakukan Uji Durbin Watson Test. Dimana apabila di dan du adalah batas bawah dan batas atas, statistik menjelaskan apabila nilai Durbin Watson berada pada $2 < DW < 4-du$ maka autokorelasi atau no-autocorrelation (Gujarati, 2016).

d. Uji Hausman

Pengujian Hausman bertujuan untuk memilih apakah model *Fixed Effect* atau

Random Effect yang paling tepat digunakan. Pada uji ini, hipotesis yang digunakan adalah:

H_0 : Tidak ada perbedaan antara model fixed effect dengan model random effect

H_1 : Terdapat perbedaan antarkedua model tersebut

Jika hasil estimasi menunjukkan “menolak H_0 ”, maka yang dipilih adalah model *fixed effect*. Sedangkan jika hasilnya “menerima H_0 ” maka model harus diuji lagi menggunakan uji *Lagrange Multiplier* (LM test) atau *Breusch-Pangan* test (BP test). (Setyo Tri Wahyudi,2020)

3.9.3 Melakukan Analisa Multivariat Secara Ekonomi Tentang Kualitas SDM yang Dipengaruhi oleh Faktor Ekonomi, Sosial, Kesehatan dan Teknologi.

A. Uji Reabilitas dan Validitas

1. Reabilitas dan Validitas

Menurut Sugiyono (2017) menunjukkan derajat ketepatan antara data yang sesungguhnya terjadi pada objek dengan data yang dikumpulkan oleh peneliti. Uji validitas ini dilakukan untuk mengukur apakah data yang telah didapat setelah penelitian merupakan data yang valid atau tidak, dengan menggunakan alat ukur yang digunakan (kuesioner). Suatu kuisisioner dikatakan valid jika pernyataan pada kuisisioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan di ukur oleh kuisisioner tersebut. Uji validitas dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel untuk degree of freedom (df) = $n-2$ dimana n adalah jumlah sampel. Apabila r diitung lebihh besar dari r tabel maka data dikatakan valid.

2. Uji Validitas

Menurut Sugiyono (2017) menyatakan bahwa uji reliabilitas adalah sejauh mana hasil pengukuran dengan menggunakan objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama. Uji reliabilitas ini dilakukan pada responden dengan menggunakan pertanyaan yang telah dinyatakan valid dalam uji validitas dan akan ditentukan reliabilitasnya.

B. Analisa Outer Model

Analisa outer model dilakukan untuk memastikan bahwa measurement yang digunakan layak untuk dijadikan pengukuran (valid dan reliabel). Dalam analisa model ini menspesifikasi hubungan antar variabel laten dengan indikator indikatornya. Analisa outer model dapat dilihat dari beberapa indikator:

a. Convergent Validity

Indikator yang dinilai berdasarkan korelasi antara item score/component score dengan construct score, yang dapat dilihat dari standardized loading factor yang mana menggambarkan besarnya korelasi antar setiap item pengukuran (indikator) dengan konstraknya. Ukuran refleksif individual dikatakan tinggi jika berkorelasi > 0.6 dengan konstruk yang ingin diukur, sedangkan menurut Chin yang dikutip oleh Imam Ghozali, nilai outer loading antara 0,5 –0,6 sudah dianggap cukup.

b. Discriminant Validity

Merupakan model pengukuran dengan refleksif indikator dinilai berdasarkan crossloading pengukuran dengan konstruk. Jika korelasi konstruk dengan item

pengukuran lebih besar daripada ukuran konstruk lainnya, maka menunjukkan ukuran blok mereka lebih baik dibandingkan dengan blok lainnya. Sedangkan menurut metode lain untuk menilai discriminant validity yaitu dengan membandingkan nilai squareroot of averagevariance extracted (AVE).

c. Uji Multikolienaritas

Uji multikolinieritas juga digunakan pada penelitian menguji korelasi kuat antara dua variabel bebas atau lebih dalam sebuah model. Uji multikolinieritas dilakukan dengan cara melihat dari nilai VIF. apabila nilai VIF berada dibawah <5 , maka model bebas dari gejala multikolinieritas.

C. Uji Model Struktural atau Inner Model

Inner model merupakan model structural yang digunakan untuk memprediksi hubungan kausalitas (hubungan sebab-akibat) antar variabel laten atau variabel yang tidak dapat diukur secara langsung.

1. R-Square

R-square merupakan suatu nilai yang memperlihatkan seberapa besar variabel independen (eksogen) mempengaruhi variabel dependen (endogen). R-square merupakan angka yang berkisar antara 0 sampai 1 yang mengindikasikan besarnya kombinasi variabel independen secara bersama – sama mempengaruhi nilai variabel dependen. Nilai R-square (R^2) digunakan untuk menilai seberapa besar pengaruh variabel laten independen tertentu terhadap variabel laten dependen. Terdapat tiga kategori pengelompokan pada nilai R square yaitu kategori kuat, kategori moderat, dan kategori lemah. Nilai R square 0,75 termasuk

ke dalam kategori kuat, nilai R square 0,50 termasuk kategori moderat dan nilai R square 0,25 termasuk kategori lemah (Ghozali, 2016).

2. F-Square

Uji F-square ini dilakukan untuk mengetahui kebaikan model. Nilai f- square sebesar 0,02, 0,15, dan 0,35 dapat diinterpretasikan apakah predictor variabel laten mempunyai pengaruh yang lemah, medium, atau besar pada tingkat struktural

.

3. Estimate For Path Coefficients

Uji selanjutnya adalah melihat signifikansi pengaruh antar variabel dengan melihat nilai koefisien parameter dan nilai signifikansi T statistik yaitu melalui metode bootstrapping.

D. Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis penelitian dilakukan dengan pendekatan Structural Equation Model (SEM) dengan menggunakan software SmartPLS. PLS adalah model persamaan Struktural (SEM) yang berbasis komponen atau varian (variance). Menurut Ghozali dan Hengky (2015) PLS merupakan pendekatan alternatif yang bergeser dari pendekatan SEM berbasis kovarian menjadi berbasis varian. SEM yang berbasis kovarian umumnya menguji kausalitas/ teori sedangkan PLS lebih bersifat predictive model.

Pengujian hipotesis dapat dilihat dari nilai t-statistik dan nilai probabilitas. Sehingga kriteria penerimaan atau penolakan hipotesa adalah H_a diterima dan H_0

di tolak ketika t -statistik $> t$ -table. Untuk menolak atau menerima hipotesis juga dapat dilakukan dengan melihat nilai P -Values. H_a di terima jika nilai P -Values < 0 .

3.9.4 Analisis Pertumbuhan Anggaran Kesehatan (PAK) Berdasarkan Provinsi di Indonesia Menggunakan Tipologi Klassen

Penelitian ini menggunakan model analisis Tipologi Klassen. Model Analisis Tipologi Klassen digunakan untuk mengetahui gambaran tentang Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) dan Jumlah Penduduk (JP) masing-masing provinsi di Indonesia. Tipologi kelas pada penelitian membagi wilayah berdasarkan dua indikator utama, yaitu Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) terletak di sumbu vertikal dan Jumlah Penduduk (JP) terletak di sumbu horizontal.

Tabel 3. 3 Tipologi Klassen untuk Klasifikasi Daerah

<p>Kuadran II Daerah Maju dan Tapi Tertekan $AK_i > AK$ dan $JP_i < JP$</p>	<p>Kuadran I Daerah Maju dan Tumbuh $AK_i > AK$ dan $JP_i > JP$</p>
<p>Kuadran III Daerah Relatif Tertinggal $AK_i < AK$ dan $JP_i < JP$</p>	<p>Kuadran IV Daerah Berkembang Cepat $AK_i < AK$ dan $JP_i > JP$</p>

Dimana:

AK_i : Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) di provinsi Indonesia

AK : Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) di Indonesia

JP_i : Jumlah Penduduk (JP) di provinsi Indonesia

JP : Jumlah Penduduk (JP) di Indonesia.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Indonesia

4.1.1 Gambaran Geografi Indonesia

Secara geografis Indonesia terletak di antara dua benua, Benua Asia dan Australia, di antara dua samudera, Samudera Hindia dan Samudera Pasifik. Secara astronomis Indonesia terletak antara 6^o Lintang Utara sampai 11^o Lintang Selatan dan 95^o sampai 141^o Bujur Timur yang meliputi rangkaian pulau antara Sabang sampai Merauke. Data yang bersumber dari Badan Informasi Geospasial, Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia dengan jumlah pulau sebanyak 13.466, luas daratan sebesar 1.922.570 km² dan luas perairan sebesar 3.257.483 km².

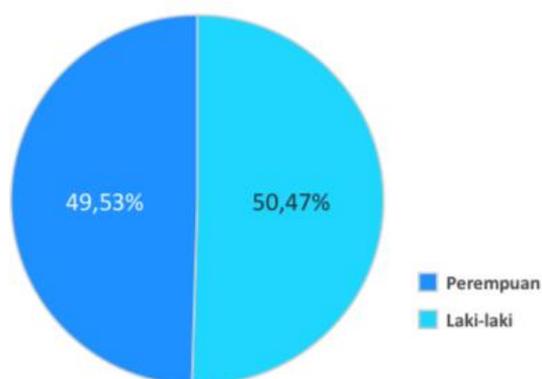
Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 39 Tahun 2015 tentang Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan, secara administratif wilayah Indonesia terbagi atas 38 provinsi, 514 kabupaten/kota (416 kabupaten dan 98 kota), 7.277 kecamatan, 8.488 kelurahan, dan 74.957 desa. Jumlah provinsi bertambah dari 34 menjadi 38 provinsi sejak tahun 2013, dengan penambahan provinsi baru sebagai hasil pemekaran, yaitu Provinsi Papua Barat, dengan 5 kabupaten yaitu Kabupaten Sorong, Kabupaten Sorong Selatan, Kabupaten Raja Ampat, Kabupaten Tambrauw dan Kabupaten Maybrat. Provinsi Papua Tengah (diresmikan pada tahun 2022), yang merupakan pemekaran dari Provinsi Papua, dengan 8 kabupaten yaitu Kabupaten Nabire, Kabupaten Paniai, Kabupaten Mimika, Kabupaten Puncak Jaya, Kabupaten Dogiyai, Kabupaten

Intan Jaya, Kabupaten Deiyai dan Kabupaten Puncak. Provinsi Papua Selatan (diresmikan pada tahun 2022), yang merupakan pemekaran dari Provinsi Papua, dengan 4 kabupaten yaitu Kabupaten Merauke, Kabupaten Boven Digoel, Kabupaten Mappi dan Kabupaten Asmat.

4.1.2 Kondisi Demografi Indonesia

Menurut data Kementerian Dalam Negeri, pada tahun 2023 jumlah penduduk Indonesia adalah sebanyak 280.725.428 jiwa yang terdiri dari 141.671.644 jiwa penduduk laki-laki dan 139.053.784 jiwa penduduk perempuan.

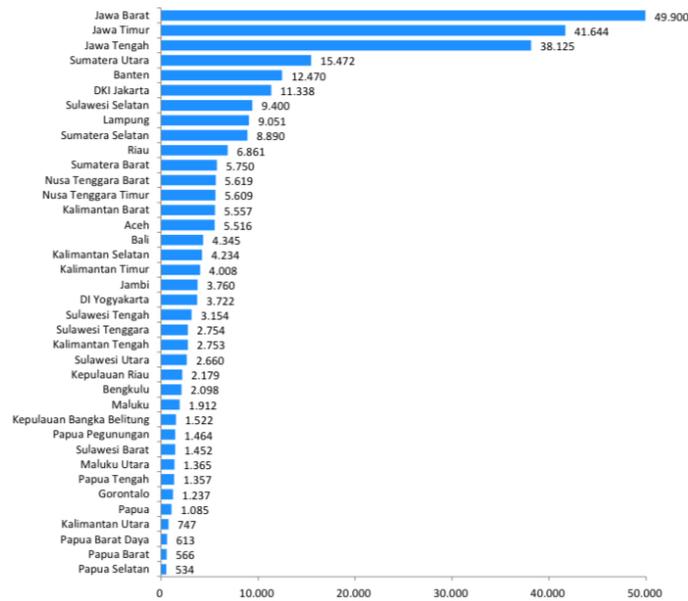
Gambar 4.1 memperlihatkan proporsi penduduk di Indonesia tahun 2023 menurut jenis kelamin. Proporsi antara penduduk laki-laki dan perempuan hampir sama



besar, hanya terpaut 0,94% lebih banyak laki-laki.

Sumber: *Profil Kesehatan Indonesia 2023*

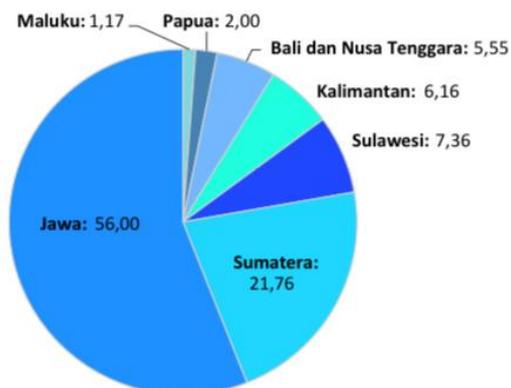
Gambar 4. 1 Proporsi Penduduk Indonesia Menurut Jenis Kelamin Tahun 2023



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2023

Gambar 4. 2 Jumlah Penduduk Menurut Provinsi (Dalam Ribuan) Tahun 2023

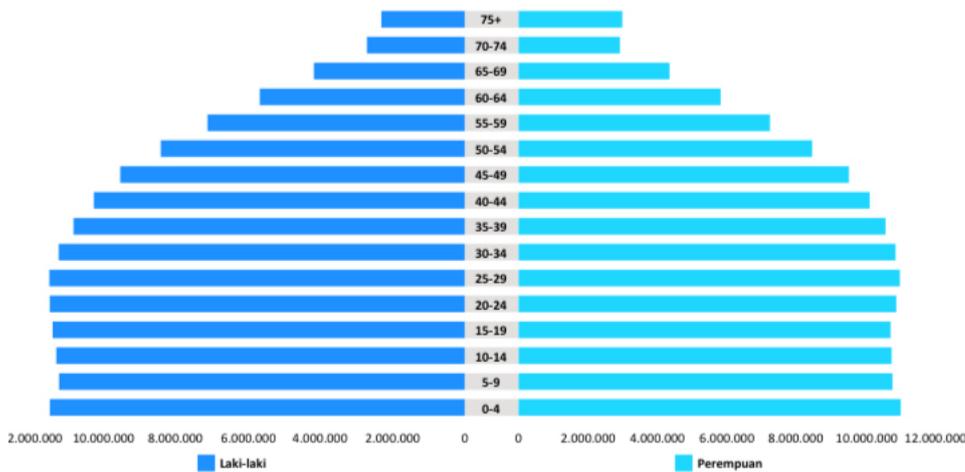
Pada Gambar 4.2 berdasarkan hasil estimasi, jumlah penduduk paling banyak di Indonesia terdapat di Provinsi Jawa Barat dengan jumlah penduduk sebesar 49.900 ribu jiwa, sedangkan jumlah penduduk paling sedikit terdapat di Provinsi Papua Selatan dengan jumlah penduduk sebesar 534 ribu jiwa.



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2023

Gambar 4. 3 Presentase Persebaran Penduduk Indonesia Menurut Pulau Tahun 2023

Dari Gambar 4.3 diatas dapat dilihat bahwa Pulau Jawa merupakan pulau dengan populasi penduduk terbanyak dibandingkan dengan pulau lainnya di Indonesia yakni sebesar (56%). Penduduk yang paling sedikit berada di Wilayah



timur Indonesia yaitu Pulau Maluku sebesar (1,17%) dan sebesar Papua (2%).

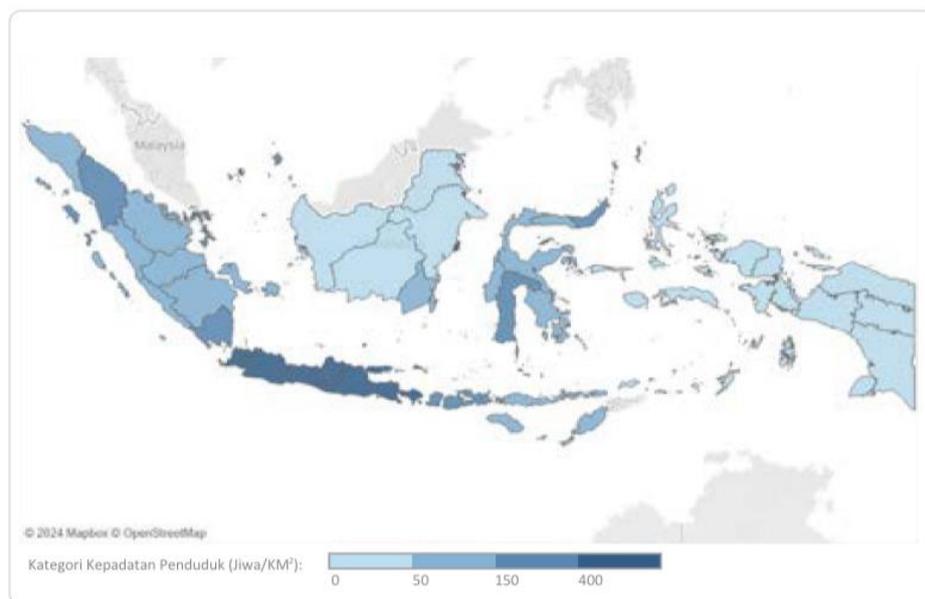
Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2023

Gambar 4. 4 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2023

Pada Gambar 4.4 ditunjukkan bahwa struktur penduduk di Indonesia termasuk struktur penduduk muda. Hal ini dapat diketahui dari usia 0-14 tahun (usia muda) lebih banyak jumlahnya dibandingkan kelompok usia di atasnya. Lebih melebarnya grafik pada usia muda membuktikan bahwa penduduk Indonesia memiliki struktur muda. Bagian atas yang lebih pendek pada piramida tersebut yang lebih pendek menunjukkan bahwa angka kematian yang masih tinggi pada penduduk lanjut usia.

Konsentrasi penduduk di suatu wilayah dapat diketahui dengan menggunakan ukuran kepadatan penduduk. Kepadatan penduduk menunjukkan tingkat persebaran penduduk di suatu wilayah. Angka kepadatan penduduk

menunjukkan rata-rata jumlah penduduk per 1 kilometer persegi. Semakin besar angka kepadatan penduduk menunjukkan bahwa semakin banyak penduduk yang mendiami wilayah tersebut. Wilayah yang memiliki kepadatan yang tinggi umumnya adalah pusat permukiman, pusat peradaban, pusat pemerintahan, dan pusat aktivitas sosial ekonomi. Rata-rata kepadatan penduduk di Indonesia tahun 2023 berdasarkan data Kementerian Dalam Negeri yaitu sebanyak 148 jiwa/km². Kepadatan penduduk berguna sebagai acuan dalam rangka mewujudkan



pemerataan dan persebaran penduduk.

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2023

Gambar 4.5 Peta Persebaran Kepadatan Penduduk (Jiwa/Km²) Di Indonesia Tahun 2023

Pada Gambar 4.6 terlihat bahwa kepadatan penduduk di Indonesia belum merata. Kepadatan penduduk tertinggi terdapat di Pulau Jawa dengan Provinsi DKI Jakarta sebagai provinsi dengan kepadatan penduduk tertinggi (17.153

jiwa/km²). Provinsi dengan kepadatan penduduk terendah yaitu di Provinsi Kalimantan Utara yaitu 11 jiwa/km².

Beberapa cara yang telah dilakukan pemerintah dalam rangka pemerataan penduduk, antara lain: (1) transmigrasi atau program memindahkan penduduk dari tempat yang padat penduduk ke tempat yang masih jarang penduduknya; (2) pemerataan pembangunan terutama di wilayah timur Indonesia; (3) sosialisasi program keluarga berencana dan menunda usia pernikahan pertama.

4.1.2 Perkembangan Ekonomi di Indonesia

A. Produk Domestik Bruto

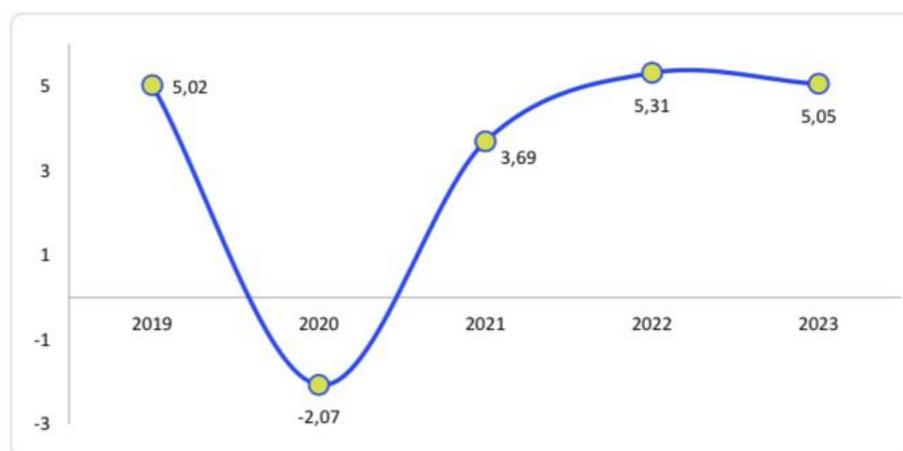
Salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi di suatu negara dalam suatu periode tertentu adalah data Produk Domestik Bruto (PDB), baik atas dasar harga berlaku maupun atas dasar harga konstan. PDB pada dasarnya merupakan jumlah nilai tambah yang dihasilkan oleh seluruh unit usaha dalam suatu negara tertentu, atau merupakan jumlah nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh seluruh unit ekonomi.

PDB harga berlaku nominal menunjukkan kemampuan sumber daya ekonomi yang dihasilkan oleh suatu negara. Nilai PDB yang besar menunjukkan sumber daya ekonomi yang besar, begitu juga sebaliknya. Perekonomian Indonesia pada tahun 2023 yang diukur berdasarkan PDB atas dasar harga berlaku mencapai Rp20.892,4 triliun dan PDB per kapita mencapai Rp75,0 juta atau US\$4.919,7.

Pertumbuhan ekonomi Indonesia pada tahun 2023 mencapai 5,05%, lebih rendah daripada pertumbuhan tahun 2022 yaitu sebesar 5,31%. Sumber pertumbuhan ekonomi yang tertinggi menurut lapangan usaha adalah lapangan

usaha transportasi dan pergudangan, sebesar 13,96%. Sedangkan dari posisi pengeluaran, konsumsi lembaga nonprofit yang melayani rumah tangga (PK-LNPRT) menjadi sumber pertumbuhan tertinggi, yaitu sebesar 9,83%.

Selama tahun 2023, pertumbuhan ekonomi terus menguat di berbagai wilayah, khususnya kelompok provinsi di Pulau Maluku dan Papua (6,94%), Sulawesi (6,37%), dan Kalimantan (5,43%). Namun, kelompok provinsi yang berkontribusi besar pada perekonomian Indonesia berada di Pulau Jawa (57,05%) dan Sumatera (22,01%).



Sumber: Badan Pusat Statistik RI, 2023

Gambar 4. 6 Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Tahun 2018-2023

4.1.3 Kesehatan di Indonesia

Jumlah penduduk yang semakin bertambah, tentulah pemerintah harus memperhatikan kesehatan penduduk Indonesia, karena berhasilnya suatu negara dilihat dari meningkatnya kesehatan masyarakat di negara tersebut, terutama kesehatan ibu dan anak.

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Ibu dan anak merupakan

kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum, sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan.

Terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah, salah satunya yaitu angka kematian ibu (AKI). AKI merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksestabilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2020 dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini hampir mencapai target RPJMN 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, masih diperlukan upaya dalam percepatan penurunan AKI untuk mencapai target SGDs yaitu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

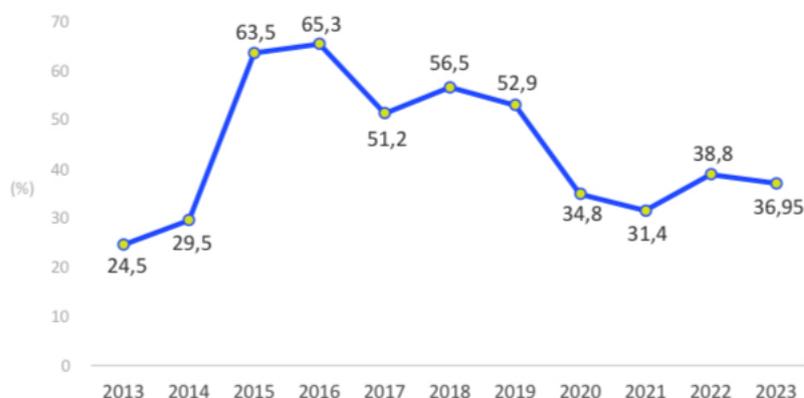
Upaya pelayanan kesehatan ibu meliputi: (1) Pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin, (3) Pelayanan kesehatan ibu nifas, (4) pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan, dan (5) Pelayanan kontrasepsi. Upaya pemeliharaan kesehatan terutama bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 tahun.

Pengendalian penyakit sebagai upaya penurunan insiden, prevalensi, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit mempunyai peranan penting untuk

mengukur derajat kesehatan masyarakat. Penyakit menular meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dikendalikan dengan imunisasi, dan penyakit yang ditularkan melalui binatang. Sedangkan penyakit tidak menular meliputi upaya pencegahan dan deteksi dini penyakit tidak menular tertentu.

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur dan parasit. Pneumonia merupakan salah satu penyakit yang menular langsung, sampai saat ini program pengendalian pneumonia lebih diprioritaskan pada pengendalian pneumonia balita karena penyakit pneumonia memiliki kontribusi cukup besar terhadap angka kesakitan dan kematian balita. Diharapkan dengan penemuan kasus dan pengobatan pneumonia yang sudah sesuai standar dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian balita akibat pneumonia.

Pneumonia masih menjadi penyebab morbiditas dan mortalitas utama karena infeksi pada bayi dan anak di dunia. Pada tahun 2019, kasus pneumonia menyumbang 740.180 (14%) kasus kematian anak usia di bawah 5 tahun (Balita) (WHO 2021). Sekitar 2.200 anak meninggal setiap hari akibat pneumonia (IVAC 2020; UNICEF 2019a). Pneumonia juga menjadi penyebab kematian Balita terbesar di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI 2020; UNICEF 2019b). Pada tahun 2018 diperkirakan sekitar 19.000 anak meninggal dunia akibat pneumonia. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini yaitu dengan meningkatkan penemuan pneumonia pada balita. Gambar 4.7 memperlihatkan cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita di Indonesia pada tahun 2013-2023.



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2023

Gambar 4. 7 Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia Pada Balita Di Indonesia Pada Tahun 2013-2023

Tren cakupan penemuan pneumonia pada balita selama sebelas tahun terakhir cukup fluktuatif. Cakupan tertinggi pada tahun 2016 yaitu sebesar 65,3%. Sejak tahun 2015 terdapat perubahan angka perkiraan kasus dari 10% menjadi 3,55%, hal tersebut yang menyebabkan pada tahun 2015 cakupannya tinggi. Penurunan yang cukup signifikan terlihat pada tahun 2020-2022 jika dibandingkan dengan cakupan 5 tahun terakhir, penurunan ini disebabkan dampak dari pandemi COVID-19, dimana adanya stigma pada penderita COVID-19 yang berpengaruh pada penurunan jumlah kunjungan balita batuk atau kesulitan bernapas di Puskesmas.

Pada tahun 2023, cakupan penemuan pneumonia pada balita kembali menurun yaitu sebesar 36,95%. Provinsi dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita tertinggi adalah Papua Barat (75%), DKI Jakarta (72,4%), dan Bali (71,6%).

A. Fasilitas Kesehatan

Tingkat kesehatan masyarakat suatu negara dapat dipengaruhi oleh adanya fasilitas layanan kesehatan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Jumlah FKTP yang bekerjasama dengan BPJS pada tahun 2023 mengalami penurunan, dari sebanyak 20.763 faskes pada tahun 2017 menjadi 23.639 faskes pada tahun 2023. Jenis FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan terbanyak adalah Puskesmas yaitu sebesar 42,6%, kemudian Klinik Pratama sebesar 31,8%, lalu kemudian dokter praktik perorangan sebesar 20,3%. Perkembangan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terjadi peningkatan dari sebanyak 2.292 faskes pada tahun 2017 menjadi 3.120 faskes pada tahun 2023. Jenis FKRTL terbanyak adalah RS Swasta, yaitu sebesar 44,5%, RS Pemerintah (25,2%), Klinik Utama (14,6%) dan RS Khusus sebesar 10,8% dari seluruh FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

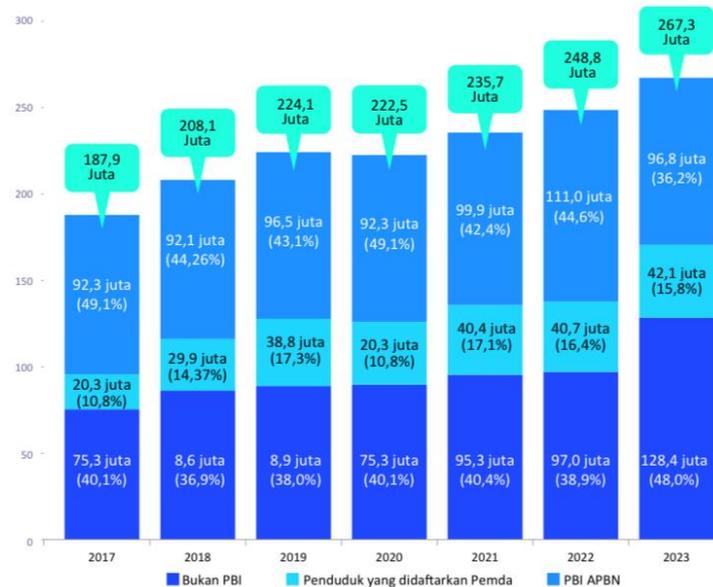
Selain FKTP dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, pada tahun 2023 terdapat provider fasilitas kesehatan penunjang yaitu apotek dan optik. Terdapat 4.309 apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan atau sebesar 78,4% dan 1.185 optik atau sebesar 21,6% dari jumlah provider penunjang yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

B. Jaminan Kesehatan

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program Pemerintah yang bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Manfaat program ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), pengobatan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*).

Program Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial, dan prinsip ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar persentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan dan pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (fakir miskin).

Dasar hukum untuk jaminan kesehatan adalah Undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dimana salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2023

Gambar 4. 8 Perkembangan Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat Di Indonesia Tahun 2017-2023

Pada Tahun 2023, proporsi kepesertaan terbanyak berasal dari segmen PBI (APBN) sebesar 48,0%. Akan tetapi, pertumbuhan peserta pada segmen non PBI mengalami penurunan dari jumlah tahun 2022. Sampai dengan akhir tahun 2023, jumlah cakupan kepesertaan JKN/KIS mencapai 267,3 juta jiwa, dimana terjadi peningkatan jumlah kepesertaan dibandingkan dengan jumlah kepesertaan tahun 2022.

4.2. Analisa Ekonomi Perbandingan Nilai Belanja Negara Sektor Kesehatan Dari Era Presiden SBY dan Presiden Jokowi.

Pembiayaan Kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan

masyarakat yang setinggi-tingginya. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, swasta, dan sumber lain. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan yang mengamanatkan anggaran berbasis kinerja (*money follow program*), artinya Pemerintah harus mengalokasikan anggaran sesuai dengan kebutuhan dan program prioritas.

1. Era Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY)

Tabel 4. 1 Anggaran Kesehatan 2005-2014

ANGGARAN KESEHATAN, 2005 - 2014											
(Miliar Rupiah)											
Komponen Anggaran Kesehatan		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
		Real	Real	Real	Real	Real	Real	APBN	APBN	Real	Real
1.	Anggaran Kesehatan melalui Belanja Pemerintah Pusat	11859,7	19578,0	20646,9	20052,1	23242,5	28176,3	40135,2	44195,2	42312,2	55536,3
	A. Melalui Kementerian Negara/Lembaga	11474,9	19091,5	19971,6	18898,9	21720,5	26230,1	37827,4	41519,0	39302,7	51048,2
	1. Kementerian Kesehatan	7944,4	12260,5	15588,4	15886,2	18023,6	22445,4	27657,1	29915,8	35360,5	47471,7
	2. Badan POM	229,8	302,4	378,0	395,3	349,7	410,0	928,8	1104,1	1117,3	879,8
	3. BKKBN	7,7	337,2	468,3	479,8	626,9	797,5	2413,2	2593,7	2411,7	2118,1
	4. Kementerian Negara/Lembaga Lainnya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	413,2
	i. Kementerian Pertahanan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	171,1
	ii. Kepolisian Negara Republik Indonesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	242
	iii. Kementerian Pendidikan Nasional	4,8	10,1	17,7	10,9	-	9,7	-	393,7	-	-
	iv. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi	0,9	0,3	32,7	41,0	58,4	26,2	108,8	128,2	-	-
	v. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat	-	3,5	3,6	3,1	8,9	3,4	3,5	36,2	-	-
	vi. Kementerian ESDM	71,3	102,1	26,6	71,9	16,6	54,1	-	-	-	-
	viii. Kementerian PU	2741,8	5188,5	940,5	1454,2	1986,5	1699,3	6148,5	6438,7	-	-
	ix. Kementerian Lingkungan Hidup	5,5	-	46,6	58,1	46,1	29,6	75,0	81,9	-	-
	x. Kementerian Ristek	-	-	-	24,2	20,6	18,5	24,6	22,0	-	-
	xii. Kementerian Pertanian	35,4	191,9	-	402,2	477,1	529,9	194,0	362,1	-	-
	xiii. Kementerian Kelautan dan Perikanan	-	-	53,8	68,7	106,1	206,5	35,7	51,7	-	-
	xiv. Kementerian Lainnya	433,3	695,1	2415,5	3,4	-	-	238,4	390,8	-	-
	Total Anggaran K/L	120823,0	183361,2	225014,2	259701,9	306999,5	330492,6	432779,3	508359,6	-	-
	B. Melalui Belanja Non K/L	384,8	486,5	675,3	1153,2	1522,0	1946,2	2307,8	2676,3	3009,546	4488,2
	1. Jaminan Pelayanan Kesehatan oleh Pemerintah	-	-	-	-	-	-	-	-	3009,546	4488,2
	2. Subsidi Untuk Air Bersih	-	-	-	-	-	-	50,0	30,0	-	-
	3. Akses PNS (Belanja Pegawai)	384,8	486,5	675,3	1153,2	1522,0	1946,2	2257,8	2646,3	-	-
2.	Anggaran Kesehatan melalui Transfer ke daerah dan Dana Desa	886,3	2930,0	3875,7	4355,9	4576,6	3407,3	3677,4	3814,5	3996,19	4181,4
	A. DAK Kesehatan dan Keluarga Berencana	620,0	2406,8	3381,3	3817,4	4017,4	2829,8	3000,8	3005,9	3157,7	3157,7
	B. Perkiraan Anggaran Kesehatan dari Dana Otsus Papua	266,3	523,2	494,4	538,5	559,2	577,5	676,6	808,6	933,42	1023,7
	C. Dana Insentif Daerah	-	-	-	-	-	-	-	-	933,42	1023,7
	D. Dana Bagi Hasil	-	-	-	-	-	-	-	-	933,42	1023,7
3	Anggaran Kesehatan (1+2)	12746,0	22508,0	24522,6	24408,0	27819,1	31583,6	43812,6	48009,7	46308,4	59585
4	Total Belanja Negara	517517,6	699099,2	752373,3	989493,7	937382,0	1056510,3	1229558,5	1418497,7	1650564	1777183
	RASIO ANGGARAN KESEHATAN (4:5) x 100% (%)	2,5	3,2	3,3	2,5	3,0	3,0	3,6	3,4	2,8	3,4

Sumber: *DJA Kemenkeu*

Berdasarkan Tabel 4.1 mengenai Anggaran Kesehatan tahun 2005–2014, terlihat bahwa anggaran kesehatan nasional mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2005, total anggaran kesehatan tercatat sebesar Rp12.746 miliar dan meningkat tajam hingga mencapai Rp59.585,5 miliar pada tahun 2014. Peningkatan ini mencerminkan komitmen pemerintah dalam memperkuat sektor kesehatan sebagai bagian penting dari pembangunan nasional.

Belanja kesehatan melalui belanja pemerintah pusat juga menunjukkan tren yang meningkat, dari Rp12.746 miliar pada 2005 menjadi Rp44.882,6 miliar pada 2014. Kementerian Kesehatan merupakan penerima anggaran terbesar dibandingkan lembaga lainnya, di mana alokasinya meningkat drastis dari Rp7.944,4 miliar menjadi Rp47.471,7 miliar dalam rentang waktu yang sama. Selain itu, alokasi anggaran juga diberikan kepada lembaga lain seperti Badan POM, BKKBN, dan berbagai kementerian terkait, meskipun dalam porsi yang lebih kecil.

Anggaran kesehatan yang disalurkan melalui transfer ke daerah dan dana desa turut menunjukkan tren kenaikan, dari Rp886,3 miliar pada 2005 menjadi Rp14.703 miliar pada 2014. Komponen Dana Alokasi Khusus (DAK) menjadi salah satu elemen terbesar dalam kategori ini. Hal ini mengindikasikan bahwa pemerintah tidak hanya fokus pada belanja pusat, namun juga mendorong perbaikan pelayanan kesehatan hingga ke daerah-daerah melalui desentralisasi anggaran. Rasio anggaran kesehatan terhadap total belanja negara pun mengalami peningkatan, meskipun tidak terlalu signifikan, yakni dari 2,5% pada tahun 2005 menjadi 3,4% pada tahun 2014. Artinya, meskipun nilai nominal anggaran meningkat tajam, porsi anggaran kesehatan terhadap keseluruhan belanja negara masih tergolong kecil. Secara keseluruhan, tren ini menunjukkan bahwa sektor kesehatan mulai mendapatkan perhatian yang lebih besar, terutama dalam rangka memperluas cakupan jaminan sosial kesehatan dan memperbaiki layanan publik, termasuk dalam persiapan implementasi BPJS Kesehatan pada tahun 2014.

Tabel 4. 2 Realisasi Anggaran Kesehatan 2005-2014

ANGGARAN KESEHATAN, 2005-2014 (Miliar Rupiah)
--

Komponen Anggaran Kesehatan	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Real	Real	Real	Real	Real	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP
ANGGARAN KESEHATAN	8.566,8	16.565,3	21.265,9	23.016,7	25.629,8	29.893,5	36.094,0	40.618,9	46.308,4	59.717,7

Sumber: Kemenkeu

Selama masa pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) yang berlangsung dari tahun 2004 hingga 2014, sektor kesehatan mengalami peningkatan anggaran yang signifikan dan konsisten. Hal ini mencerminkan komitmen pemerintah terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan sebagai bagian dari pencapaian Millennium Development Goals (MDGs) dan penguatan pembangunan sumber daya manusia. Pada tahun 2005, anggaran kesehatan tercatat sebesar Rp8,57 triliun dan melonjak hampir dua kali lipat menjadi Rp16,57 triliun pada tahun 2006. Kenaikan ini menunjukkan adanya reformasi awal dalam sektor kesehatan. Tren pertumbuhan anggaran terus berlanjut secara stabil dengan kenaikan rata-rata sekitar 13–16% per tahun dari 2007 hingga 2013. Peningkatan yang paling tajam terjadi pada tahun terakhir pemerintahan SBY, yakni tahun 2014, ketika anggaran mencapai Rp59,72 triliun atau naik 29% dari tahun sebelumnya. Lonjakan ini erat kaitannya dengan persiapan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada tahun 2014 di bawah BPJS Kesehatan. Peningkatan anggaran tersebut berdampak positif terhadap akses layanan kesehatan, terutama melalui program-program seperti Jamkesmas yang menjadi cikal bakal JKN, serta perluasan fasilitas kesehatan dasar seperti Puskesmas dan penyediaan obat generik. Secara ekonomi dan sosial, kebijakan ini turut memperbaiki indikator kesehatan nasional seperti angka harapan hidup serta penurunan angka kematian ibu dan anak. Meskipun persentase anggaran kesehatan terhadap total APBN masih belum memenuhi standar ideal WHO, yaitu minimal 5% dari PDB, arah kebijakan di era

SBY menunjukkan konsistensi dan kemajuan yang berarti. Secara keseluruhan, peningkatan nilai belanja negara untuk sektor kesehatan selama era SBY mencerminkan komitmen yang kuat terhadap pembangunan sistem kesehatan nasional dan peningkatan kesejahteraan masyarakat Indonesia.

2. Era Presiden Joko Widodo

ANGGARAN KESEHATAN, 2015 - 2023										
(Miliar Rupiah)										
Komponen Anggaran Kesehatan		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
		Real	Real	Real	Real	Real	Real	APBN	APBN	APBN
1.	Anggaran Kesehatan melalui Belanja Pemerintah Pusat	58068,9	67783,8	70817,9	82009,1	83989,28	135144,48	130668,93	188462,7	97443,00
	A. Melalui Kementerian Negara/Lembaga	53651,1	62559,5	61918,8	66948,4	76592,36	121702,71	95073,512	108172,4	97443
	1. Kementerian Kesehatan	48852,6	57011,2	54912,3	57348,7	67279,33	100715,2	84299,614	96855,6	49008,07
	2. Badan POM	1071,2	1318,136	1565,2	1915,3	2028,648	1459,5	2084,2852	2244	-
	3. BKKBN	2624,7	2620,2	2232,3	4298,7	3538,241	2913,8	3450,072	3905,2	-
	4. Kementerian Negara/Lembaga Lainnya	1102,6	1609,998	3209,036	3385,8	3746,143	16614,211	5239,541	5167,6	-
	i. Kementerian Pertahanan	242,4	304,007	1474,368	1459,5	1590,957	9500,1111	2941,4041	2667,2	-
	ii. Kepolisian Negara Republik Indonesia	860,2	1306	1734,667	1926,2	2155,186	3141,6	2298,1369	2500,4	-
	iii. BNPB (Gugus Tugas Covid-19 Bidang Kesehatan)	-	-	-	-	-	2913,8	-	-	-
	iv. Kominfo (Internet bagi Puskesmas)	-	-	-	-	-	161	-	-	-
	v. BIN (Penanganan pandemi Covid-19)	-	-	-	-	-	816,9	-	-	-
	vi. BRIN (Pengembangan Vaksin)	-	-	-	-	-	80,8	-	-	-
	B. Melalui Belanja Non K/L	4417,8	5224,2	8899,1	15060,7	7396,918	13441,771	35595,414	80290,3	-
	1. Jaminan Pelayanan Kesehatan oleh Pemerintah	4417,8	5224,2	5299,1	4804,3	7396,918	9323,5356	11459,961	10842,9	-
	2. Cadangan Program Jaminan Kesehatan Nasional	-	-	3600	10256,4	-	-	-	-	-
	3. Cadangan Anggaran Kesehatan	-	-	-	-	-	-	21707,15	64647,4	-
	4. Cadangan PBI JKN	-	-	-	-	-	4118,2356	-	-	46331,60
	5. Cadangan Bantuan Iuran JKN PBPU/BP	-	-	-	-	-	-	2428,303	2400	2677,10
	6. Subsidi DTP Vaksin	-	-	-	-	-	-	-	2400	-
2.	Anggaran Kesehatan melalui Transfer ke daerah dan Dana Desa	6262,74	18146,9	21348,11	27028,06	29630,3	37110,243	39054,728	66930,6	26904,20
	A. DAK Kesehatan dan Keluarga Berencana	5204,07	14360,25	14499,85	16615,81	17972,4	19174,677	20781,2	15774,3	13400,00
	B. BOK dan BOKB	-	2630,61	5652,51	9207,78	10404,3	15704,767	12700,5	12692,9	12641,20
	C. Perkiraan Anggaran Kesehatan dari Dana Otsus Papua	1058,663	1156,083	1195,75	1204,47	1253,6	2230,8	2997,4379	945	863,00
	D. Dana Insentif Daerah	1058,663	1156,083	1195,75	1204,47	-	-	675	-	-
	E. Dana Bagi Hasil	1058,663	1156,083	1195,75	1204,47	-	-	1900,59	998,4	-
	F. Earmark DAU untuk Penanganan Covid-19	-	-	-	-	-	-	-	30240	-
	G. Earmark Dana Desa untuk Penanganan Covid-19	-	-	-	-	-	-	-	5440	-
3.	Anggaran Kesehatan melalui Pembiayaan	5000	6827,9	0	0	0	0	0	0	0
	Penyertaan Modal Negara kepada BPJS Kesehatan untuk Program Dana Jamsos Kesehatan	5000	6827,9	-	-	-	-	-	-	-
4.	Anggaran Kesehatan (1+2+3)	69331,6	92758,6	92166	109037,2	113619,6	172254,73	169723,65	255393,3	173855,9
5.	Total Belanja Negara	1796618	1864275	2004076	2213118	2304269	2595481,1	2750028	2714155,7	3061200
	RASIO ANGGARAN KESEHATAN (4:5) x 100% (%)	3,9	5	4,6	4,9	4,9	6,6	6,2	9,4	5,7

Tabel 4. 3 Anggaran Kesehatan, 2015-2023

Sumber: DJA Kemenkeu

Data dalam Tabel 4.3 menunjukkan perkembangan alokasi dan realisasi anggaran kesehatan nasional yang mengalami tren peningkatan secara signifikan dari tahun 2015 hingga 2023. Pada tahun 2015, total anggaran kesehatan tercatat sebesar Rp 69,331 triliun, dan terus mengalami peningkatan hingga mencapai Rp 173,559 triliun pada tahun 2023. Peningkatan ini tidak hanya mencerminkan komitmen pemerintah terhadap sektor kesehatan, tetapi juga merupakan respons terhadap dinamika kebutuhan kesehatan nasional, terutama pada masa pandemi COVID-19 yang dimulai pada 2020.

Peningkatan paling mencolok terjadi pada tahun 2020 hingga 2021, yakni dari Rp 113,619 triliun (2019) menjadi Rp 172,254 triliun (2020), lalu menjadi Rp 169,723 triliun (2021). Lonjakan ini erat kaitannya dengan penanganan pandemi COVID-19, yang membutuhkan alokasi besar untuk pembelian vaksin, penguatan sistem layanan kesehatan, pengadaan alat pelindung diri (APD), pengoperasian rumah sakit darurat, serta insentif tenaga kesehatan. Hal ini tercermin pada munculnya komponen anggaran seperti Subsidi DTP Vaksin, penanganan pandemi COVID-19 oleh BIN dan BNPB, dan earmark dana desa untuk penanggulangan COVID-19.

Pembiayaan anggaran kesehatan disusun melalui beberapa kanal utama, yaitu:

1. Belanja Pemerintah Pusat melalui Kementerian/Lembaga – termasuk Kementerian Kesehatan, Badan POM, BKKBN, serta lembaga lain seperti Kemhan, Polri, BNPB, Kominfo, hingga BIN dan BRIN. Kementerian Kesehatan menjadi aktor dominan dalam penyerapan anggaran kesehatan.
2. Belanja Non K/L – termasuk pembiayaan untuk Jaminan Pelayanan Kesehatan Pemerintah, Cadangan Anggaran Kesehatan Nasional, Cadangan PBI JKN, dan Subsidi DTP Vaksin. Terlihat mulai tahun 2017, komponen ini memiliki kontribusi besar terutama dalam penguatan program JKN dan subsidi masyarakat miskin.
3. Transfer ke Daerah dan Dana Desa – seperti Dana Alokasi Khusus (DAK), BOK/BOKB, dan earmark dana desa untuk kesehatan. Kanal ini menjadi penting untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan, khususnya di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK).

4. Pembiayaan – yang melibatkan penyertaan modal negara kepada BPJS Kesehatan, meskipun porsi ini relatif kecil dibanding komponen lain.

Dalam periode 2020–2022, rasio anggaran kesehatan terhadap total belanja negara mencapai puncaknya, yaitu 6,6% pada 2020 dan 6,2% pada 2021, yang berada di atas batas minimum 5% sesuai amanat UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Namun, pada 2023, rasio ini turun kembali ke 5,7%, mencerminkan kemungkinan adanya penyesuaian anggaran pasca-pandemi serta pergeseran prioritas belanja pemerintah ke sektor lain.

Secara ekonomi, peningkatan anggaran kesehatan berkontribusi langsung terhadap peningkatan produktivitas tenaga kerja, penurunan beban pengeluaran rumah tangga untuk biaya kesehatan, dan pengurangan kemiskinan ekstrem akibat masalah kesehatan. Hal ini juga mendukung pembangunan sumber daya manusia (SDM) sebagai fondasi pertumbuhan ekonomi jangka panjang. Namun, peningkatan alokasi anggaran belum tentu berbanding lurus dengan kinerja dan *output* kesehatan, terutama jika tidak disertai dengan efisiensi penggunaan anggaran dan pengawasan yang ketat. Tantangan besar tetap ada dalam hal tata kelola, distribusi anggaran yang merata antarwilayah, dan transparansi penggunaan dana, khususnya pada transfer ke daerah yang berisiko terjadi penyelewengan.

Tabel 4. 4 Anggaran Kesehatan, 2015-2023

ANGGARAN KESEHATAN, 2005-2014									
(Miliar Rupiah)									
Komponen Anggaran Kesehatan	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP	LKPP	Realisasi
ANGGARAN KESEHATAN	69.331,6	92.758,6	92.166,0	109.239,4	113.619,6	172.254,7	312.383,4	188.122,6	185.478,8

Sumber: Kemenkeu

Tabel 4.4 menunjukkan perkembangan anggaran kesehatan Indonesia dari tahun 2015 hingga 2023 dalam satuan miliar rupiah. Data ini berasal dari Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) dan realisasi aktual untuk tahun 2023. Dari segi tren, anggaran mengalami fluktuasi yang cukup mencolok, mencerminkan dinamika kebijakan fiskal serta respons pemerintah terhadap situasi kesehatan nasional, khususnya selama masa pandemi COVID-19.

Pada periode 2015 hingga 2017, anggaran kesehatan cenderung stabil dengan angka berkisar antara Rp69.331,6 miliar hingga Rp92.758,6 miliar. Peningkatan yang terjadi masih tergolong moderat dan menunjukkan bahwa sektor kesehatan belum menjadi fokus utama belanja negara. Namun, sejak tahun 2018 hingga 2019, terjadi kenaikan yang lebih signifikan, yaitu mencapai Rp113.619,6 miliar di tahun 2019. Kenaikan ini bisa diartikan sebagai peningkatan kesadaran pemerintah terhadap pentingnya investasi di bidang kesehatan.

Tahun 2020 menjadi titik balik dengan lonjakan anggaran yang cukup besar hingga Rp172.254,7 miliar. Kenaikan ini dilanjutkan dengan lonjakan yang jauh lebih tinggi di tahun 2021, yakni mencapai Rp312.383,4 miliar, yang merupakan angka tertinggi selama periode yang diamati. Besarnya anggaran di dua tahun tersebut sangat mungkin berkaitan erat dengan penanganan pandemi COVID-19, termasuk pembelian alat kesehatan, vaksinasi massal, serta insentif tenaga kesehatan.

Memasuki tahun 2022 dan 2023, anggaran kembali mengalami penurunan menjadi Rp188.122,6 miliar dan Rp185.478,8 miliar. Penurunan ini

menunjukkan adanya proses normalisasi pascapandemi, meskipun nominalnya tetap jauh lebih tinggi dibandingkan periode sebelum pandemi. Ini mengindikasikan bahwa pemerintah tetap menjaga komitmen terhadap penguatan sistem kesehatan nasional meskipun dalam kondisi yang lebih stabil.

Secara keseluruhan, tren anggaran kesehatan selama 2015–2023 menunjukkan bahwa sektor ini semakin mendapatkan perhatian, terutama saat terjadi krisis kesehatan global. Ke depannya, peningkatan anggaran ini diharapkan mampu memperkuat infrastruktur kesehatan, memperluas akses layanan, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Berikut adalah analisis perbandingan anggaran kesehatan era Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) dan Presiden Joko Widodo (Jokowi)

1. Tren Kenaikan Anggaran Kesehatan

► Era SBY (2005–2014):

- Anggaran kesehatan meningkat dari Rp 8,566 triliun pada 2005 menjadi Rp 59,717 triliun pada 2014.
- Kenaikan ini setara dengan peningkatan sekitar 597% selama 10 tahun.
- Kenaikan cenderung bertahap dan moderat, mengikuti tren peningkatan APBN secara umum.
- Fokus utama era ini adalah peningkatan akses pelayanan dasar, pembangunan Puskesmas, serta awal mula implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan cikal bakal Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

► **Era Jokowi (2015–2023):**

- Anggaran kesehatan melonjak dari Rp 69,331 triliun pada 2015 menjadi Rp 173,559 triliun pada 2023.
- Kenaikan lebih dari 150% dalam waktu 9 tahun.
- Terjadi lonjakan besar pada 2020–2021 karena pandemi COVID-19, dengan anggaran tembus Rp 172,254 triliun di tahun 2020.
- Fokus kebijakan bergeser pada penguatan sistem kesehatan nasional, penanganan pandemi, pembiayaan JKN/BPJS, pengembangan vaksin, hingga digitalisasi layanan kesehatan.

2. Rasio Anggaran Kesehatan terhadap Belanja Negara

- Era SBY: rasio anggaran kesehatan terhadap total belanja negara masih rendah, berkisar di angka 1%–3%, dan belum mencapai 5% sesuai amanat UU No. 36 Tahun 2009.
- Era Jokowi: mulai 2016 rasio meningkat menjadi 3,5%, dan sempat mencapai 6,6% pada 2020 selama pandemi. Hal ini menunjukkan komitmen yang lebih besar dalam memenuhi ketentuan hukum dan menghadapi krisis kesehatan.

3. Sumber Pembiayaan dan Distribusi

► **Era SBY:**

- Sebagian besar anggaran disalurkan melalui Kementerian Kesehatan.

- Belanja transfer ke daerah dan dana desa belum banyak dimanfaatkan secara sistematis untuk sektor kesehatan.
- Belum ada struktur pembiayaan yang spesifik untuk program jaminan kesehatan universal (JKN) karena baru akan dimulai 2014.

► **Era Jokowi:**

- Struktur pembiayaan menjadi lebih kompleks dan terorganisir:
 - Melalui Kementerian dan Lembaga.
 - Transfer ke daerah untuk program seperti BOK, BOKB, DAK Kesehatan.
 - Dukungan belanja non-K/L untuk subsidi PBI JKN dan cadangan anggaran.
- BPJS Kesehatan memainkan peran kunci sebagai pengelola JKN.

4. Dampak Ekonomi dan Sosial

► **Era SBY:**

- Peningkatan anggaran memberikan dasar penting untuk akses awal pelayanan kesehatan, khususnya untuk masyarakat miskin.
- Namun, efektivitas dan efisiensi masih menjadi tantangan, termasuk dalam hal koordinasi antarinstansi dan tata kelola anggaran.

► **Era Jokowi:**

- Anggaran yang lebih besar ditujukan tidak hanya untuk pelayanan dasar, tapi juga pembiayaan sistemik seperti JKN.
- Dampak ekonomi langsung lebih terasa, seperti:
 - Menurunnya pengeluaran kesehatan rumah tangga.
 - Perlindungan sosial dari risiko kemiskinan karena penyakit.
 - Penguatan SDM kesehatan dan infrastruktur digital.

Tabel 4. 5 Kesimpulan Perbandingan

Aspek	Era SBY (2005–2014)	Era Jokowi (2015–2023)
Total Kenaikan	Rp 8,5 T → Rp 59,7 T	Rp 69,3 T → Rp 173,5 T
Rasio terhadap APBN	1%–3%	3,5% → 6,6% (pada masa pandemi)
Fokus Utama	Akses dasar & Jamkesmas	JKN, pandemi, penguatan sistem kesehatan
Respons Krisis	Belum ada pandemi besar	COVID-19: alokasi darurat & vaksinasi
Struktur Pembiayaan	Terpusat, belum kompleks	Terdesentralisasi & terstruktur

Sumber: Olahan penulis

4.3. Analisis Model Ekonometrika untuk Mengetahui Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan

4.3.1 Statistik Deskriptif Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nilai Anggaran Kesehatan

Statistik deskriptif adalah metode dalam statistika untuk mengumpulkan, mengklasifikasikan, meringkas, menginterpretasikan, dan menyajikan data secara deskriptif atau eksplanasi. Penyajian ini berfungsi untuk menggambarkan karakteristik suatu sampel data, namun tidak menarik kesimpulan atau probabilitas dari data tersebut

	NAK	PPB	JP	AKI	PDRBK	JPJKN	JFK
Mean	1.61E+10	10937.82	7986.829	157.3118	3.764647	0.081412	80.92941
Median	1.29E+10	2740.000	4244.850	106.0000	4.485000	0.052000	45.50000
Maximum	8.01E+10	104866.0	50345.20	1279.000	22.94000	2.927000	470.0000
Minimum	3.67E+09	0.000000	695.6000	9.000000	-15.74000	-0.834000	5.000000
Std. Dev.	1.08E+10	21355.85	11280.32	184.2271	4.193371	0.326932	96.23981
Skewness	2.404600	2.915371	2.599403	3.557763	0.298672	6.448420	2.324445
Kurtosis	11.47112	10.99953	8.722015	18.60869	9.466170	55.05553	7.799059
Jarque-Bera Probability	672.1249 0.000000	694.0959 0.000000	423.3640 0.000000	2084.356 0.000000	298.6913 0.000000	20372.42 0.000000	316.2222 0.000000
Sum	2.74E+12	1859430.	1357761.	26743.00	639.9900	13.84000	13758.00
Sum Sq. Dev.	1.98E+22	7.71E+10	2.15E+10	5735798.	2971.757	18.06353	1565295.
Observations	170	170	170	170	170	170	170

Tabel 4. 6 Statistik Deskriptif Model

Sumber: Eviews 12, diolah 2025

Data penaksiran di atas menampilkan ringkasan statistik deskriptif untuk delapan variabel, yang diantaranya terdapat satu variabel terikat yaitu Nilai Anggaran Kesehatan (NAK). Terdapat juga enam variabel bebas yaitu: Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK).

Berikut adalah penjelasan untuk masing-masing bagian dari data ini:

a. *Mean* (Rata-rata)

- NAK : Rata-rata Nilai Anggaran Kesehatan adalah 1.61E+10 Rupiah
 PPB : Rata-rata prevalensi pneumonia pada balita adalah 10937.82 Jiwa
 JP : Rata-rata jumlah penduduk adalah 7986.829 Jiwa
 AKI : Rata-rata angka kematian ibu adalah 157.3118 Jiwa
 PDRBK : Rata-rata PDRB per kapita adalah 3.764647 Rupiah
 JPJKN : Rata-rata jumlah peserta JKN adalah 0.081412%
 JFK : Rata-rata jumlah fasilitas kesehatan adalah 80.92941 Unit

b. *Median* (Nilai Tengah)

- NAK : *Median* Nilai Anggaran Kesehatan adalah 1.29E+10 Rupiah
 PPB : *Median* prevalensi pneumonia pada balita adalah 2740.00 Jiwa
 JP : *Median* jumlah penduduk adalah 4244.850 Jiwa

AKI : *Median* angka kematian ibu adalah 106.0000 Jiwa
 PDRBK : *Median* PDRB per kapita adalah 4.485000 Rupiah
 JPJKN : *Median* jumlah peserta JKN adalah 0.052000%
 JFK : *Median* jumlah fasilitas kesehatan adalah 45.50000 Unit

c. *Maximum (Maksimum)*

NAK : *Maximum* Nilai Anggaran Kesehatan adalah 8.01E+10 Rupiah
 PPB : *Maximum* prevalensi pneumonia pada balita adalah 104866.0 Jiwa
 JP : *Maximum* jumlah penduduk adalah 50345.20 Jiwa
 AKI : *Maximum* angka kematian ibu adalah 1279.000 Jiwa
 PDRBK : *Maximum* PDRB per kapita adalah 22.94000 Rupiah
 JPJKN : *Maximum* jumlah peserta JKN adalah 2.927000%
 JFK : *Maximum* jumlah fasilitas kesehatan adalah 470.0000 Unit

d. *Minimum*

NAK : *Minimum* Nilai Anggaran Kesehatan adalah 3.67E+09 Rupiah
 PPB : *Minimum* prevalensi pneumonia pada balita adalah 0.000000 Jiwa
 JP : *Minimum* jumlah penduduk adalah 695.6000 Jiwa
 AKI : *Minimum* angka kematian ibu adalah 9.000000 Jiwa
 PDRBK : *Minimum* PDRB per kapita adalah -15.74000 Rupiah
 JPJKN : *Minimum* jumlah peserta JKN adalah -0.834000%
 JFK : *Minimum* jumlah fasilitas kesehatan adalah 5.000000 Unit

d. *Standar Deviasi*

NAK : *Standar Deviasi* Nilai Anggaran Kesehatan adalah 1.08E+10 Rupiah
 PPB : *Standar Deviasi* prevalensi pneumonia pada balita adalah 2.915371 Jiwa
 JP : *Standar Deviasi* jumlah penduduk adalah 2.599403 Jiwa
 AKI : *Standar Deviasi* angka kematian ibu adalah 3.557763 Jiwa
 PDRBK : *Standar Deviasi* PDRB per kapita adalah 0.298672 Rupiah

JPJKN : Standar Deviasi jumlah peserta JKN adalah 6.448420%

JFK : Standar Deviasi jumlah fasilitas kesehatan adalah 2.324445 Unit

Kesimpulan:

Data ini memberikan gambaran statistik umum dari variabel-variabel yang diteliti. Secara umum, variabel-variabel ini menunjukkan distribusi yang mendekati normal dengan variabilitas yang terukur. Hasil ini dapat digunakan untuk analisis lebih lanjut, seperti regresi, untuk melihat hubungan antara variabel-variabel ini.

4.3.2 Hasil Analisis Regresi Linier Berganda

Dependent Variable: NAK				
Method: Panel Least Squares				
Date: 03/11/25 Time: 02:55				
Sample: 2019 2023				
Periods included: 5				
Cross-sections included: 34				
Total panel (balanced) observations: 170				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6.10E+10	1.28E+10	4.771749	0.0000
PPB	742579.0	167233.8	4.440364	0.0000
JP	-4130446.	1445090.	-2.858263	0.0050
AKI	-8885643.	5948269.	-1.493820	0.1376
PDRBK	1.37E+08	2.11E+08	0.648003	0.5181
JPJKN	2.59E+09	2.31E+09	1.121974	0.2639
JFK	-2.39E+08	49800027	-4.793853	0.0000
Effects Specification				
Cross-section fixed (dummy variables)				
R-squared	0.495166	Mean dependent var	1.61E+10	
Adjusted R-squared	0.343715	S.D. dependent var	1.08E+10	
S.E. of regression	8.78E+09	Akaike info criterion	48.83137	
Sum squared resid	1.00E+22	Schwarz criterion	49.56920	
Log likelihood	-4110.666	Hannan-Quinn criter.	49.13077	
F-statistic	3.269493	Durbin-Watson stat	2.419928	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Tabel 4. 7 Hasil Olahan Regresi Linier Berganda

Sumber: Eviews 10 dan diolah

Dari hasil regresi pertama diatas, ditemukan masalah bahwa terdapat dua variabel bebas yaitu variabel PDRB Per Kapita (PDRBK) dan Jumlah Peserta JKN (JPJKN) yang tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat yaitu

Nilai Anggaran Kesehatan (NAK). Dimana variabel PDRB Per Kapita dan Jumlah Peserta JKN tidak berpengaruh signifikan dengan nilai lebih besar daripada derajat kesalahan ($\alpha > 15\%$). Oleh karena itu, dilanjutkan uji regresi dengan menambahkan “Logaritma Natural”, sebagai berikut.

Dependent Variable: LOG(NAK)				
Method: Panel Least Squares				
Date: 04/15/25 Time: 15:55				
Sample: 2019 2023				
Periods included: 5				
Cross-sections included: 34				
Total panel (balanced) observations: 170				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	29.69893	1.247246	23.81161	0.0000
PPB	2.54E-05	7.87E-06	3.232769	0.0016
JP	0.000228	6.86E-05	3.324543	0.0012
LOG(AKI)	-0.000757	0.000280	-2.702294	0.0078
PDRBK	0.050825	0.010021	5.071732	0.0000
JPJKN	0.305415	0.117104	2.608061	0.0102
LOG(JFK)	1.257084	0.270019	4.655532	0.0000
Effects Specification				
Cross-section fixed (dummy variables)				
R-squared	0.591169	Mean dependent var	23.33408	
Adjusted R-squared	0.468520	S.D. dependent var	0.569411	
S.E. of regression	0.415116	Akaike info criterion	1.281808	
Sum squared resid	22.40179	Schwarz criterion	2.019643	
Log likelihood	-68.95367	Hannan-Quinn criter.	1.581213	
F-statistic	4.819993	Durbin-Watson stat	2.597948	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Tabel 4. 8 Hasil Regresi Setelah Menambahkan Logaritma Natural

Sumber: Eviews 12, diolah 2025

Dari hasil regresi kedua diatas, setelah menambahkan “Logaritma Natural”, ditemukan bahwa variabel bebas yaitu PDRB Per Kapita (PDRBK) dan Jumlah Peserta JKN (JPJKN) yang sebelumnya tidak signifikan menjadi

berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat yaitu Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) pada tingkat signifikansi 15% ($\alpha > 0.15$). Hasil regresi juga menghasilkan nilai *R-squared* yang sangat tinggi yaitu sebesar 0,591169 artinya kemampuan variabel bebas dalam menjelaskan variabel terikat. Oleh karena itu, penelitian dapat dilanjutkan ke tahap selanjutnya.

Tabel

4.9

Variabel	OLS (<i>Ordinary Least Square</i>)	
	Model sebelum Logaritma	Model setelah Logaritma
PPB	0.0000 (742579.0)	0.0016 (2.54E-05)
JP	0.0050 (-4130446.)	0.0012 (0.000228)
AKI	0.1376 (-8885643.)	0.0078 (-0.000757)
PDRBK	0.5181 (1.37E+08)	0.0000 (0.050825)
JPJKN	0.2639 (2.59E+09)	0.0102 (0.305415)
JFK	0.0000 (2.39E+08)	0.0000 (1.257084)
Konstanta	6.10E+10	29.69893
<i>Number of Obs</i>	5	5
<i>Adj. R-Squared</i>	0.343715	0.468520
<i>R (Correlation)</i>	49.51	59.11
Uji F	3.269493 (0.000000)	4.819993 (0.000000)
<i>Durbin Watson</i>	2.419928	2.597948

Ringkasan Hasil Pengolahan Data Model Estimasi

Sumber: Eviews 12, diolah 2025

A. Penaksiran

1) Koefisien Determinasi (R²)

Koefisien determinasi (*R-Squared*) menunjukkan besarnya kontribusi atau proporsi persentase variabel bebas yaitu variabel Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) dalam menjelaskan variabel terikat Nilai Anggaran Kesehatan (NAK). Berdasarkan hasil regresi didapatkan nilai *R-Squared* sebesar 0.591169, artinya kontribusi sebesar 59,11%. Sedangkan sisanya sebesar 40,89% dijelaskan oleh variabel lain diluar dari model estimasi ini atau berada pada *disturbance error term*.

2) Korelasi (R)

Dari hasil regresi diperoleh nilai R sebesar 0.591169, artinya bahwa derajat keeratan antara variabel Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) dalam menjelaskan variabel terikat Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) menggambarkan hubungan yang erat.

B. Tes Diagnostik

Dari hasil regresi diatas maka model ekonometrikanya yaitu:

$$\text{LOG(NAK)}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{PPB}_{it} + \beta_2 \text{JP}_{it} + \beta_3 \text{AKI}_{it} + \beta_4 \text{PDRBK}_{it} + \beta_5 \text{JPJKN}_{it} + \beta_6 \text{LOG(JFK)}_{it} + \varepsilon_{it}$$

Interpretasi hasil model sebagai berikut:

$$\text{LOG(NAK)}_{it} = 29.69893 + (2.54\text{E-}05) \text{PPB}_{it} + (0.000228) \text{JP}_{it} + (-0.000757) \text{AKI}_{it} + (0.050825) \text{PDRBK}_{it} + (0.305415) \text{JPJKN}_{it} + (1.257084) \text{LOG (JFK)}_{it}$$

Koefisien $\beta_0 = 29.69893$, artinya nilai tersebut menunjukkan bahwa jika variabel Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) naik maka nilai anggaran kesehatan akan naik sebesar 29.69893% dan jika dilihat dari hasil olahan diketahui nilai probabilitasnya sebesar 0.0000 ($\alpha < 1\%$) yang berarti signifikan. Artinya dapat disimpulkan bahwa benar jika prediksi Nilai Anggaran Kesehatan akan bertambah sebesar 29.69893% jika menambahkan variabel bebas diatas.

Koefisien $\beta_1 = 2.54\text{E-}05$, artinya jika Prevalensi Pneumonia pada Balita naik diperkirakan nilai anggaran kesehatan akan naik sebesar 2.54% dan jika dilihat dari hasil olahan data diatas ternyata signifikan dikarenakan nilai probabilitasnya sebesar 0.0016 ($\alpha < 1\%$). Maka dapat disimpulkan bahwa benar Prevalensi Pneumonia pada Balita berpengaruh secara signifikan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan.

Koefisien $\beta_2 = 0.000228$, artinya jika Jumlah Penduduk naik diperkirakan nilai anggaran kesehatan akan meningkat 0.000228% dan Jika dilihat dari hasil olahan diatas ternyata signifikan dikarenakan nilai probabilitasnya

0.0012 ($\alpha < 1\%$). Maka dapat disimpulkan bahwa benar Jumlah Penduduk berpengaruh secara signifikan terhadap nilai anggaran kesehatan.

Koefisien $\beta_3 = -0.000757$, artinya jika Angka Kematian Ibu turun diperkirakan nilai anggaran kesehatan akan menurun sebesar -0.000757% dan jika dilihat dari hasil olahan data diatas ternyata signifikan dikarenakan nilai probabilitasnya sebesar 0.0078 ($\alpha < 1\%$). Maka dapat disimpulkan bahwa benar Angka Kematian Ibu berpengaruh secara signifikan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan.

Koefisien $\beta_4 = 0.050825$, artinya jika PDRB per Kapita naik diperkirakan nilai anggaran kesehatan akan naik sebesar 0.05% dan jika dilihat dari hasil olahan data diatas ternyata signifikan dikarenakan nilai probabilitasnya sebesar 0.0000 ($\alpha < 1\%$). Maka dapat disimpulkan bahwa benar PDRB per Kapita berpengaruh secara signifikan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan.

Koefisien $\beta_5 = 0.305415$, artinya jika Jumlah Peserta JKN naik diperkirakan nilai anggaran kesehatan akan naik sebesar 0.30% dan jika dilihat dari hasil olahan data diatas ternyata signifikan dikarenakan nilai probabilitasnya sebesar 0.0102 ($\alpha < 1\%$). Maka dapat disimpulkan bahwa benar Jumlah Peserta JKN berpengaruh secara signifikan terhadap Nilai Anggaran Kesehatan.

Koefisien $\beta_6 = 1.257084$, artinya jika Jumlah Fasilitas Kesehatan naik diperkirakan nilai anggaran kesehatan akan meningkat sebesar 1.257084% dan jika dilihat dari hasil olahan diatas ternyata signifikan dikarenakan nilai probabilitasnya 0.0000 ($\alpha < 1\%$). Maka dapat disimpulkan bahwa benar Jumlah Fasilitas Kesehatan berpengaruh secara signifikan terhadap nilai anggaran kesehatan.

D. Uji Statistik

1) Uji Simultan (Uji-f)

Uji simultan (Uji F) bertujuan untuk pengujian signifikansi semua variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat.

R-squared	0.591169	Mean dependent var	23.33408
Adjusted R-squared	0.468520	S.D. dependent var	0.569411
S.E. of regression	0.415116	Akaike info criterion	1.281808
Sum squared resid	22.40179	Schwarz criterion	2.019643
Log likelihood	-68.95367	Hannan-Quinn criter.	1.581213
F-statistic	4.819993	Durbin-Watson stat	2.597948
Prob(F-statistic)	0.000000		

Tabel 4. 10 Hasil Uji Simultan (Uji F)

Sumber: *Eviews 12, diolah 2025*

Dimana rumus mencari F_{hitung} adalah: $F = \frac{R^2/K-1}{(1-R^2)/(n-k)}$

Dimana:

k = Jumlah parameter yang diestimasi

n = Jumlah data yang di observasi

F_{hitung} adalah sebagai berikut:

$$F = \frac{\frac{0.591169}{7} - 1}{\frac{1-0.591169}{170-7}} = 4.819993$$

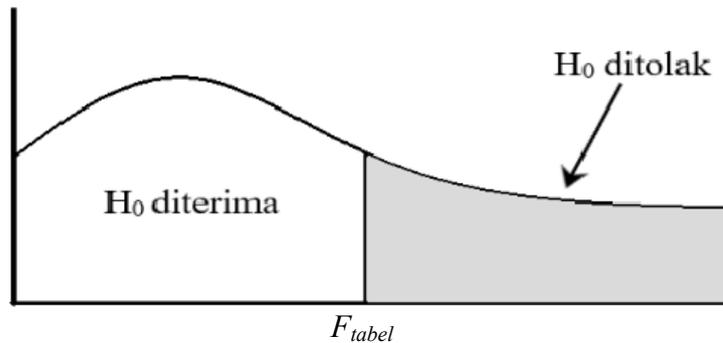
Dari hasil regresi didapati variabel Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) dalam menjelaskan variabel terikat Nilai Anggaran Kesehatan (NAK) memiliki nilai probabilitas sebesar 0.000000.

Nilai F_{hitung} akan dibandingkan dengan $F_{tabel} = (\alpha; df1 = k-1; df2 = n-k)$ maka $F_{tabel} = (10\%; df1=7-1; df2=170-7) = (0.1; 6; 163)$ dengan demikian nilai F_{tabel} adalah 2.802.

Kriteria uji:

Terima H_0 jika $F_{hitung} < F_{tabel}$, hal lain tolak H_0 , atau dalam distribusi

kurva F dapat digambarkan sebagai berikut:



Kesimpulan yaitu $4.819993 > 2.802$ berarti tolak H_0 atau terima H_1 , sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang secara serentak signifikan pada semua variabel bebas terhadap variabel terikat. Begitupun, jika dilihat dari olahan *Eviews*, nilai probabilitasnya 0.000000 atau berada pada alpha 1% yang berarti signifikan. Sehingga ada hubungan yang secara serentak antara variabel Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB), Jumlah Penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita (PDRBK), Jumlah Peserta JKN (JPJKN), dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) dalam menjelaskan variabel terikat Nilai Anggaran Kesehatan (NAK).

2) Uji Parsial (Uji-t)

Uji-t statistik bertujuan untuk menunjukkan seberapa besar pengaruh variabel bebas secara individual atau masing-masing dalam menjelaskan variabel terikat.

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	29.69893	1.247246	23.81161	0.0000
PPB	2.54E-05	7.87E-06	3.232769	0.0016
JP	0.000228	6.86E-05	3.324543	0.0012
LOG(AKI)	-0.000757	0.000280	-2.702294	0.0078
PDRBK	0.050825	0.010021	5.071732	0.0000
JPJKN	0.305415	0.117104	2.608061	0.0102
LOG(JFK)	1.257084	0.270019	4.655532	0.0000

Tabel 4. 11 Hasil Uji Parsial (Uji t)

Sumber: Eviews 12, diolah 2025

Rumus t_{hitung} sebagai berikut:

$$th = \frac{\beta_i}{Se \beta_i}$$

Dimana:

β_i : Koefisien regresi variabel

$Se \beta_i$: Standar error dari masing-masing koefisien

Jika di masukkan nilai setiap koefisien ke dalam rumus tersebut maka menjadi sebagai berikut:

a. Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB)

$$th = \frac{2.54E-05}{7.87E-06} = 3.232769$$

b. Jumlah Penduduk (JP)

$$th = \frac{0.000228}{6.86E-05} = 3.324543$$

c. Angka Kematian Ibu (AKI)

$$th = \frac{-0.000757}{0.000280} = -2.702294$$

d. PDRB per Kapita (PDRBK)

$$th = \frac{0.050825}{0.010021} = 5.071732$$

e. Jumlah Peserta JKN (JPJKN)

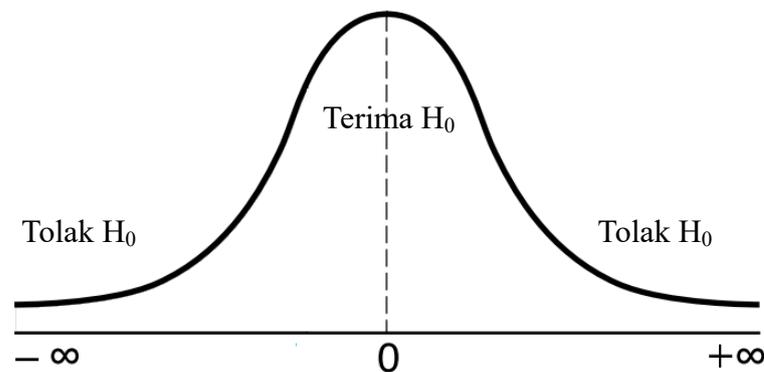
$$th = \frac{0.305415}{0.117104} = 2.608061$$

f. Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK)

$$th = \frac{1.257084}{0.270019} = 4.655532$$

Adapun dalam penelitian ini untuk melihat nilai tabel dengan cara mencari $df = (n-k) = 170 - 7 = 163$ dengan $(\alpha = 10\%/2=0.05)$ maka nilai tabel sebesar ± 1.65333 .

Terima H_0 jika $-t_{tabel} < t_{hitung} < t_{tabel}$, hal lain tolak H_0 atau dalam distribusi kurva normal t dapat digambarkan sebagai berikut:



Kesimpulan

- t_{hitung} Prevalensi Pneumonia pada Balita (PPB) 3.232769, berada di luar $\pm t_{tabel}$ atau dalam kriteria uji $-1.65333 < 3.232769 > 1.65333$ maka tolak H_0 atau terima H_1 artinya ada hubungan yang signifikan antara prevalensi pneumonia pada balita terhadap nilai anggaran kesehatan.
- t_{hitung} Jumlah Penduduk (JP) 3.324543, berada di luar $\pm t_{tabel}$ atau dalam kriteria uji $-1.65333 < 3.324543 > 1.65333$ maka tolak H_0 atau terima H_1 artinya ada hubungan yang signifikan jumlah penduduk terhadap nilai anggaran kesehatan.

- c. t_{hitung} Angka Kematian Ibu (AKI) -2.702294 , berada di luar $\pm t_{tabel}$ atau dalam kriteria uji $-1.65333 > -2.702294 < 1.65333$ maka tolak H_0 atau terima H_1 artinya ada hubungan yang signifikan angka kematian ibu terhadap nilai anggaran kesehatan.
- d. t_{hitung} PDRB per Kapita 5.071732 , berada di luar $\pm t_{tabel}$ atau dalam kriteria uji $-1.65333 < 5.071732 > 1.65333$ maka tolak H_0 atau terima H_1 artinya ada hubungan yang signifikan PDRB per kapita terhadap nilai anggaran kesehatan.
- e. t_{hitung} Jumlah Peserta JKN (JPJKN) 2.608061 , berada di luar $\pm t_{tabel}$ atau dalam kriteria uji $-1.65333 < 2.608061 > 1.65333$ maka tolak H_0 atau terima H_1 artinya ada hubungan yang signifikan jumlah peserta JKN terhadap nilai anggaran kesehatan.
- f. t_{hitung} Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) 4.655532 , berada di luar $\pm t_{tabel}$ atau dalam kriteria uji $-1.65333 < 4.655532 > 1.65333$ maka tolak H_0 atau terima H_1 artinya ada hubungan yang signifikan jumlah peserta JKN terhadap nilai anggaran kesehatan.

E. Uji Asumsi Klasik

1) Uji Multikolinearitas

Tabel 4. 12 Hasil Uji Multikolinearitas

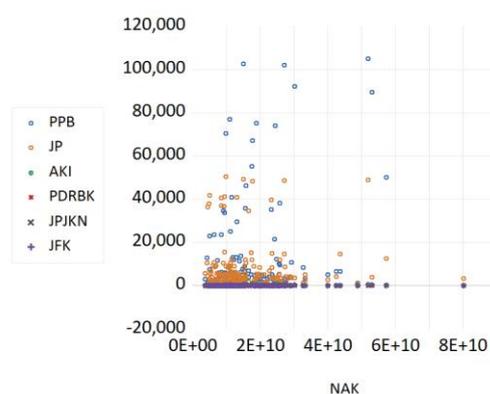
	PPB	JP	AKI	PDRBK	JPJKN	JFK
PPB	1.000000	0.521736	0.683491	0.003297	-0.033927	0.909932
JP	0.521736	1.000000	0.355655	-0.063812	-0.052692	0.504261
AKI	0.683491	0.355655	1.000000	-0.119859	-0.090788	0.715199
PDRBK	0.003297	-0.063812	-0.119859	1.000000	0.115101	-0.046982
JPJKN	-0.033927	-0.052692	-0.090788	0.115101	1.000000	-0.055014
JFK	0.909932	0.504261	0.715199	-0.046982	-0.055014	1.000000

Sumber: Eviews 12, diolah 2025

Koefisien korelasi PPB, JP, AKI, PDRBK, JPJKN, JFK memiliki nilai yang kurang dari 0,85. Maka dapat disimpulkan bahwa terbebas dari multikolinieritas.

2) Uji Heterokedastisitas

Uji heterokedastisitas bertujuan untuk menguji apakah model terjadi ketidaksamaan varian dari residual satu pengamatan ke pengamatan lain. Jika varian dari residual satu pengamatan yang lain tetap, maka disebut terjadi heterokedastisitas dan jika berbeda disebut tidak heterokedastisitas. Model regresi yang baik adalah terbebas dari heterokedastisitas. Untuk melihat ada atau tidaknya heterokedastisitas, dapat dilakukan dengan melihat grafik *scatterplot* antara nilai prediksi variabel dependen dengan residualnya. Dasar analisis heterokedastisitas sebagai berikut:



Sumber: Eviews 12, diolah 2025

Gambar 4. 9 Gambar Scatterplot Model

Gambar diatas menunjukkan bahwa titik-titik menyebar secara berkelompok, membentuk pola garis lurus walaupun tidak sejajar serta atas, samping, dan bawah angka 0 pada sumbu Y. Dengan demikian tidak terjadi heterokedastisitas pada model estimasi.

3) Uji Autokorelasi

Uji autokorelasi bertujuan untuk menguji apakah dalam suatu model regresi linear ada korelasi antara kesalahan penggunaan pada periode t dengan kesalahan pada periode $t-1$ (sebelumnya). Untuk menguji apakah suatu model terdapat autokorelasi dalam penelitian ini maka digunakan uji digunakan uji statistik *Durbin Watson* yaitu dengan cara melihat nilai (D-W) yang diperoleh.

Pada model estimasi yang dilakukan dengan uji FEM diperoleh nilai *Durbin Watson* sebesar 2.597948 artinya pada model digunakan sudah terbebas dari masalah autokorelasi. Dikatakan sudah terbebas dari masalah autokorelasi, dimana standar suatu model tidak terdapat masalah autokorelasi apabila D-W yang diperoleh $1 < 2.59 < 3$.

4). Uji Hausman

Tabel 4. 13 Tabel Hasil Uji Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test			
Equation: Untitled			
Test cross-section random effects			
Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	70.739822	6	0.0000

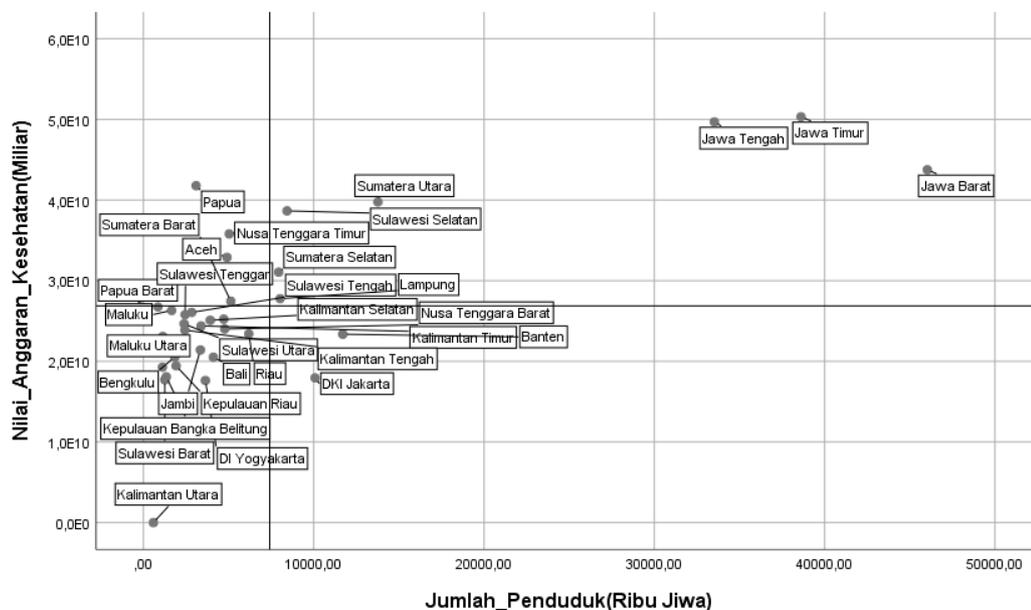
Sumber: Eviews 12, diolah 2025

Dari hasil uji *Fixed Effect Model* (FEM) maka diperoleh nilai *time-series random* sebesar 0.0000, nilai *probability* < 0.05 maka model yang dipilih adalah *fixed effect*, disimpulkan bahwa *fixed effect* lebih tepat dibandingkan dengan model *random effect*.

4.4. Analisis Tipologi Klassen

4.4.1. Analisis Tipologi Klassen Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk

Tipologi kelas digunakan untuk menganalisis Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk. Tujuannya adalah melihat pemetaan Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk Seluruh Provinsi di Indonesia. Ditentukan oleh Nilai Anggaran Kesehatan per provinsi yang terletak pada sumbu tegak (vertikal) dan Jumlah Penduduk per provinsi yang terletak pada sumbu mendatar (horizontal). Daerah per provinsi dibagi menjadi empat golongan yaitu, provinsi yang maju dan tumbuh cepat (kuadran I), provinsi maju tapi tertekan (kuadran II), provinsi relatif tertinggal (kuadran III), dan provinsi berkembang cepat (kuadran IV). Daerah yang diamati dalam penelitian ini merupakan provinsi yang terdapat di Indonesia dengan pengklasifikasian menjadi empat kuadran. Penerapan analisis ini dilakukan dengan menghitung Nilai Anggaran Kesehatan



dan Jumlah Penduduk per provinsi di Indonesia pada tahun 2014 dan 2023.

Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025

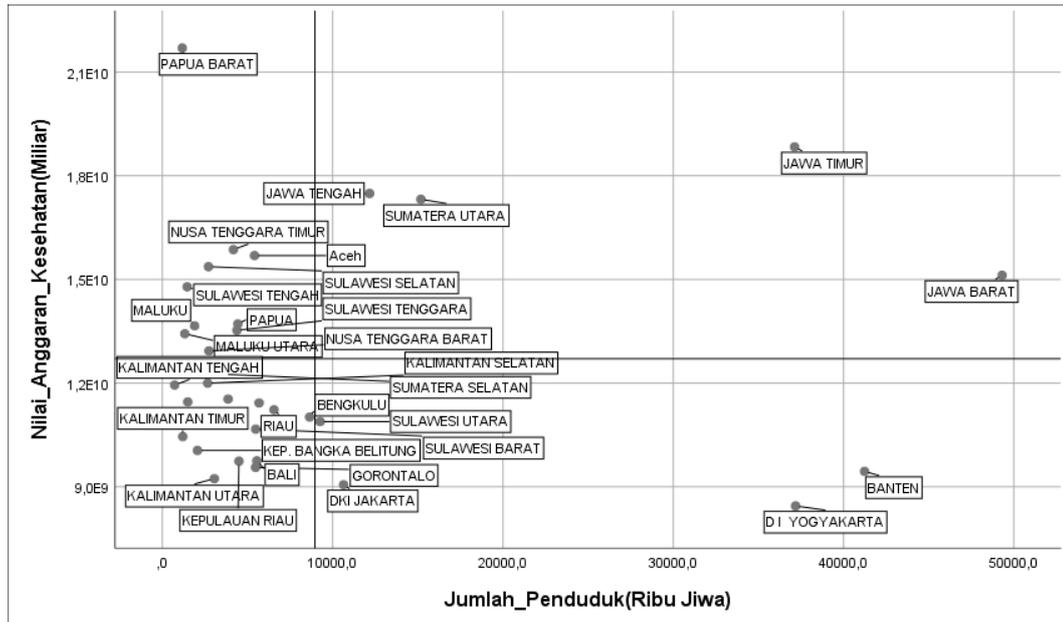
Gambar 4. 10 Tipologi Klassen Indeks Jumlah Penduduk dengan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2014

Berdasarkan hasil analisis tipologi kelas yang tertera pada gambar 4.10 di atas Indonesia terdiri dari 33 provinsi dibagi dalam empat kuadran Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk. Hasil per provinsi pada tahun 2014 diperoleh sebagai berikut:

Tabel 4. 14 Tipologi Klassen Berdasarkan Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk per Provinsi Tahun 2014

Jumlah Penduduk (JP) Anggaran Kesehatan (AK)	(JPi < JP)	(JPi > JP)
(AKi > AK)	<p>KUADRAN II</p> <p>Aceh Sumatera Barat Nusa Tenggara Timur Papua Papua Barat</p>	<p>KUADRAN I</p> <p>Sumatera Utara Sumatera Selatan Jawa Barat Jawa Tengah Jawa Timur Sulawesi Selatan Sulawesi Tengah</p>
(AKi < AK)	<p>KUADRAN III</p> <p>Bengkulu Riau Jambi Lampung Kepulauan Riau Kep. Bangka Belitung DI Yogyakarta Bali Nusa Tenggara Barat Sulawesi Tenggara Sulawesi Barat Sulawesi Utara Gorontalo Kalimantan Barat Kalimantan Tengah Kalimantan Selatan Kalimantan Timur Kalimantan Utara Maluku Maluku Utara Papua</p>	<p>KUADRAN IV</p> <p>Banten DKI Jakarta</p>

Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025



Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025

Gambar 4. 11 Tipologi Klasen Indeks Jumlah Penduduk dengan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2023

Berdasarkan hasil analisis tipologi klasen yang tertera pada gambar 4.11 diatas Indonesia terdiri dari 34 provinsi dibagi dalam empat kuadran Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk. Hasil per provinsi pada tahun 2023 diperoleh sebagai berikut:

Tabel 4. 15 Tipologi Klasen Berdasarkan Nilai Anggaran Kesehatan dan Jumlah Penduduk per Provinsi Tahun 2023

Jumlah Penduduk (JP) Anggaran Kesehatan (AK)	($JP_i < JP$)	($JP_i > JP$)
($AK_i > AK$)	KUADRAN II Aceh Jawa Timur Nusa Tenggara Timur Sulawesi Selatan Papua Barat	KUADRAN I Sumatera Utara Jawa Barat Jawa Tengah
($AK_i < AK$)	KUADRAN III Sumatera Barat Riau Jambi Sumatera Selatan	KUADRAN IV Bengkulu Banten DKI Jakarta DI Yogyakarta

	Lampung Kepulauan Riau Kep. Bangka Belitung Bali Nusa Tenggara Barat Sulawesi Tengah Sulawesi Tenggara Sulawesi Barat Gorontalo Kalimantan Barat Kalimantan Tengah Kalimantan Selatan Kalimantan Timur Kalimantan Utara Maluku Maluku Utara Papua	Sulawesi Utara
--	---	----------------

Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025

Kuadran I dalam tipologi klassen menunjukkan provinsi-provinsi dengan Jumlah Penduduk diatas rata-rata nasional ($JP_i > JP$) dan juga memiliki Nilai Anggaran Kesehatan di atas rata-rata nasional ($JP_i > JP$). Artinya, semua provinsi yang terletak di kuadran I memiliki kondisi yang relatif baik dalam hal jumlah penduduk dan persentase nilai anggaran kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa provinsi-provinsi yang terletak di Kuadran I memiliki kondisi yang cukup baik dalam hal ketersediaan jumlah penduduk yang besar dan juga alokasi anggaran kesehatan yang memadai atau bahkan lebih tinggi dari rata-rata nasional. Secara umum, provinsi di kuadran ini memiliki potensi yang lebih besar dalam memenuhi kebutuhan layanan kesehatan bagi masyarakatnya, karena baik jumlah penduduk maupun anggaran kesehatan yang tersedia menunjukkan tingkat yang lebih tinggi. Namun, upaya berkelanjutan tetap diperlukan untuk memastikan bahwa penduduk memiliki akses dan kesempatan yang sama terhadap kesehatan.

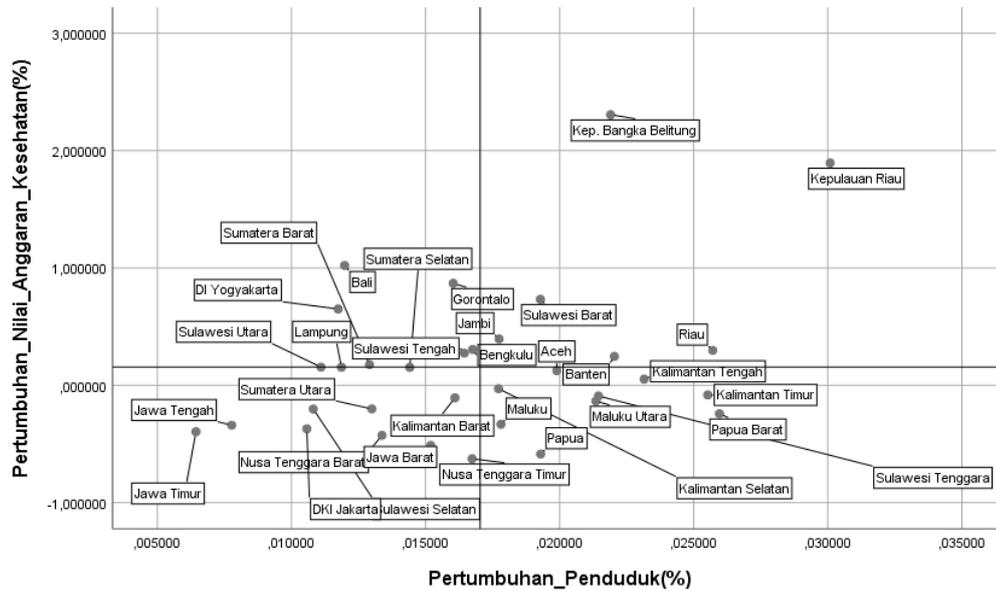
Kuadran II dalam tipologi klassen menunjukkan provinsi-provinsi dengan Jumlah Penduduk di bawah rata-rata nasional ($JP_i < JP$) namun memiliki Nilai Anggaran Kesehatan diatas rata-rata nasional ($JP_i > JP$). Artinya, provinsi-

provinsi pada kuadran II memiliki kondisi yang maju tapi tertekan. Provinsi-provinsi di kuadran II dapat diinterpretasikan sebagai daerah yang memiliki potensi besar dalam hal nilai anggaran kesehatan dan jumlah penduduk. Meskipun jumlah penduduk masih di bawah rata-rata nasional, tingginya nilai anggaran kesehatan menunjukkan adanya peluang dan dukungan dalam kesehatan.

Kuadran III dalam tipologi klassen menunjukkan provinsi-provinsi dengan Jumlah Penduduk di bawah rata-rata nasional ($JP_i < JP$) dan juga memiliki Nilai Anggaran Kesehatan di bawah rata-rata nasional ($AK_i < AK$). Artinya, provinsi-provinsi di Kuadran III memiliki kondisi yang relatif tertinggal nilai anggaran kesehatan dan jumlah penduduk. Provinsi-provinsi pada kuadran III membutuhkan perhatian khusus dalam hal ini. Rendahnya nilai anggaran kesehatan dan jumlah penduduk menunjukkan adanya hambatan-hambatan penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas dan harus diatasi dengan melibatkan semua pemangku kepentingan untuk menciptakan perubahan yang positif bagi kesehatan di provinsi-provinsi ini.

Kuadran IV dalam tipologi klassen menunjukkan provinsi-provinsi dengan Jumlah Penduduk di atas rata-rata nasional ($JP_i > JP$) tetapi memiliki Nilai Anggaran Kesehatan dibawah rata-rata nasional ($JP_i < JP$). Artinya, provinsi-provinsi di kuadran IV tergolong berkembang cepat, yaitu meskipun jumlah penduduk secara umum cukup baik, namun nilai anggaran kesehatan masih perlu ditingkatkan. Tingginya jumlah penduduk menunjukkan adanya potensi pasar yang besar, ketersediaan tenaga kerja yang melimpah, serta tekanan terhadap layanan kesehatan dan infrastruktur sosial.

4.4.2. Analisis Tipologi Klassen Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Jumlah Penduduk



Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025

**Gambar 4. 12 Tipologi Klassen Pertumbuhan Penduduk dengan
Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2014**

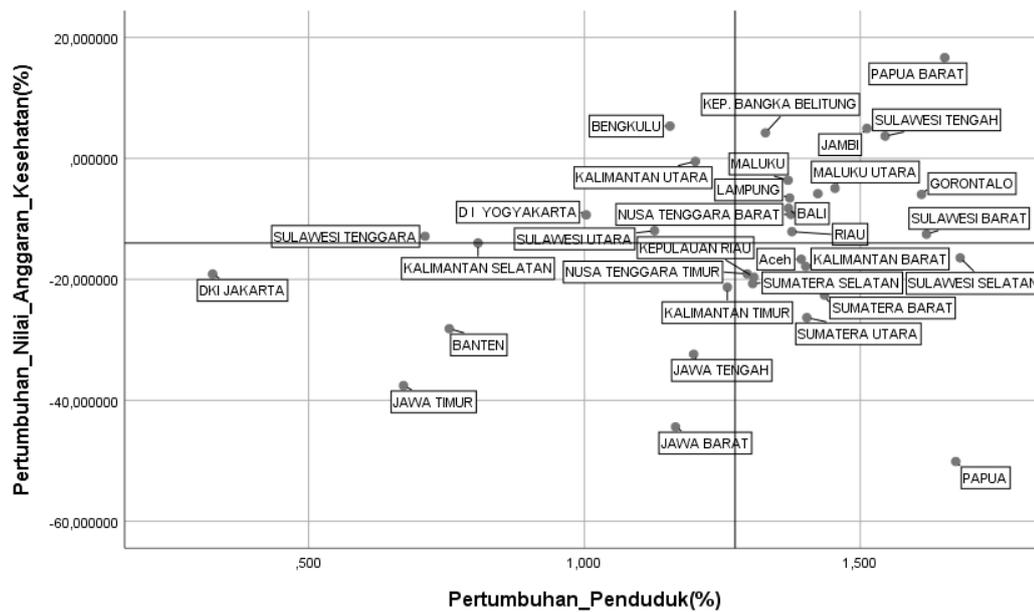
Berdasarkan hasil analisis tipologi kelas yang tertera pada gambar 4.12 diatas Indonesia terdiri dari 33 provinsi dibagi dalam empat kuadran Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Jumlah Penduduk. Hasil per provinsi pada tahun 2014 diperoleh sebagai berikut:

Tabel 4. 16 Tipologi Klassen Berdasarkan Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Penduduk per Provinsi Tahun 2014

Pertumbuhan Penduduk (Pp)	(Ppi < Pp)	(Ppi > Pp)
Anggaran Kesehatan (AK)		
(AKi > AK)	<p>KUADRAN II</p> <p>Sumatera Barat Sumatera Selatan Lampung Bengkulu DI Yogyakarta Bali Sulawesi Tengah Sulawesi Utara Gorontalo</p>	<p>KUADRAN I</p> <p>Riau Kepulauan Riau Kep. Bangka Belitung Jambi Banten Sulawesi Barat</p>

	KUADRAN III	KUADRAN IV
(AK _i < AK)	Sumatera Utara DKI Jakarta Jawa Barat Jawa Timur Jawa Tengah Nusa Tenggara Timur Nusa Tenggara Barat Sulawesi Selatan Kalimantan Barat	Aceh Sulawesi Tenggara Kalimantan Selatan Kalimantan Tengah Kalimantan Timur Maluku Maluku Utara Papua Papua Barat

Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025



Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025

**Gambar 4. 13 Tipologi Klassen Pertumbuhan Penduduk dengan
Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan Tahun 2023**

Berdasarkan hasil analisis tipologi kelas yang tertera pada gambar 4.13 diatas Indonesia terdiri dari 34 provinsi dibagi dalam empat kuadran Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Jumlah Penduduk. Hasil per provinsi pada tahun 2014 diperoleh sebagai berikut:

Tabel 4. 17 Tipologi Klassen Berdasarkan Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan dan Pertumbuhan Penduduk per Provinsi Tahun 2023

Pertumbuhan Penduduk (Pp) Anggaran Kesehatan (AK)	(Ppi < Pp)	(Ppi > Pp)
(AKi > AK)	KUADRAN II Sumatera Barat Sumatera Selatan Lampung Bengkulu DI Yogyakarta Bali Sulawesi Tengah Sulawesi Utara Gorontalo	KUADRAN I Riau Kepulauan Riau Kep. Bangka Belitung Jambi Banten Sulawesi Barat
(AKi < AK)	KUADRAN III Sumatera Utara DKI Jakarta Jawa Barat Jawa Timur Jawa Tengah Nusa Tenggara Timur Nusa Tenggara Barat Sulawesi Selatan Kalimantan Barat	KUADRAN IV Aceh Sulawesi Tenggara Kalimantan Selatan Kalimantan Tengah Kalimantan Timur Maluku Maluku Utara Papua Papua Barat

Sumber: IBM SPSS STATISTICS 26, diolah 2025

Kuadran I dalam tipologi kelas menunjukkan provinsi-provinsi dengan Pertumbuhan Penduduk di atas rata-rata nasional ($Ppi > Pp$) dan juga memiliki Pertumbuhan Nilai Anggaran Kesehatan di atas rata-rata nasional ($AKi > AK$). Artinya, semua provinsi yang terletak di kuadran I memiliki kondisi yang relatif baik dalam hal pertumbuhan penduduk dan persentase pertumbuhan nilai anggaran kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa provinsi-provinsi yang terletak di Kuadran I memiliki kondisi yang cukup baik dalam hal pertumbuhan penduduk yang besar dan juga alokasi pertumbuhan anggaran kesehatan yang memadai atau bahkan lebih tinggi dari rata-rata nasional.

Kuadran II dalam tipologi kelas menunjukkan provinsi-provinsi dengan pertumbuhan penduduk di bawah rata-rata nasional ($Ppi < Pp$) namun memiliki pertumbuhan nilai anggaran kesehatan di atas rata-rata nasional ($AKi >$

AK). Artinya, provinsi-provinsi pada kuadran II memiliki kondisi yang maju tapi tertekan. Provinsi-provinsi di kuadran II dapat diinterpretasikan sebagai daerah yang memiliki potensi besar dalam hal pertumbuhan nilai anggaran kesehatan dan pertumbuhan penduduk. Meskipun pertumbuhan penduduk masih di bawah rata-rata nasional, tingginya pertumbuhan nilai anggaran kesehatan menunjukkan adanya peluang dan dukungan dalam kesehatan.

Kuadran III dalam tipologi klassen menunjukkan provinsi-provinsi dengan pertumbuhan penduduk di bawah rata-rata nasional ($P_{pi} < P_p$) dan juga memiliki pertumbuhan nilai anggaran kesehatan di bawah rata-rata nasional ($AK_i < AK$). Artinya, provinsi-provinsi di Kuadran III memiliki kondisi yang relatif tertinggal pertumbuhan nilai anggaran kesehatan dan pertumbuhan penduduk. Provinsi-provinsi pada kuadran III membutuhkan perhatian khusus dalam hal ini. Rendahnya pertumbuhan nilai anggaran kesehatan dan pertumbuhan penduduk menunjukkan adanya hambatan-hambatan penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas dan harus diatasi dengan melibatkan semua pemangku kepentingan untuk menciptakan perubahan yang positif bagi kesehatan di provinsi-provinsi ini.

Kuadran IV dalam tipologi klassen menunjukkan provinsi-provinsi dengan pertumbuhan penduduk di atas rata-rata nasional ($P_{pi} > P_p$) tetapi memiliki pertumbuhan nilai anggaran kesehatan dibawah rata-rata nasional ($AK_i < AK$). Artinya, provinsi-provinsi di kuadran IV tergolong berkembang cepat, yaitu meskipun pertumbuhan penduduk secara umum cukup baik, namun pertumbuhan nilai anggaran kesehatan masih perlu ditingkatkan. Tingginya pertumbuhan penduduk menunjukkan adanya potensi pasar yang besar,

ketersediaan tenaga kerja yang melimpah, serta tekanan terhadap layanan kesehatan dan infrastruktur sosial.

Berdasarkan analisis Tipologi kuadran III menunjukkan provinsi-provinsi yang memiliki pertumbuhan jumlah penduduk dan pertumbuhan nilai anggaran kesehatan yang berada di bawah rata-rata nasional. Kondisi ini mencerminkan wilayah-wilayah yang relatif tertinggal, baik dari sisi demografi maupun dalam hal investasi di sektor kesehatan.

Provinsi yang masuk dalam kuadran ini menghadapi tantangan ganda, yaitu pertumbuhan penduduk yang lambat dan perkembangan anggaran kesehatan yang minim. Situasi tersebut menunjukkan adanya keterbatasan dalam penyediaan serta akses terhadap layanan kesehatan yang merata dan berkualitas.

Investasi di sektor kesehatan sangat penting karena kesehatan merupakan salah satu dari lima kebutuhan primer manusia, selain pangan, sandang, papan, dan pendidikan. Kesehatan tidak kalah penting dibandingkan pendidikan, karena keduanya saling menunjang dalam meningkatkan kualitas hidup manusia secara menyeluruh. Seseorang yang sehat akan lebih mampu belajar, bekerja, dan berkontribusi secara produktif dalam masyarakat.

Diperlukan perhatian khusus dari pemerintah dan pemangku kepentingan untuk mendorong perbaikan melalui intervensi kebijakan yang terfokus, agar ketertinggalan yang ada tidak semakin dalam.

4.5 Indikator yang Mempengaruhi Kualitas Sumber Daya Manusia di Indonesia

4.5.1 Karakteristik Responden

1. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4. 18 Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-Laki	37	37%
Perempuan	63	63%
Total	100	100%

Sumber: Googleform, diolah 2025

Berdasarkan tabel 4.18 diatas dapat diambil kesimpulan bahwa dari total 100 responden mayoritas responden yang menjadi sampel adalah berjenis kelamin Perempuan dengan presentase sebanyak 63% dan untuk laki-laki sebanyak 37%.

2. Berdasarkan Usia

Tabel 4. 19 Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah	Persentase
≤ 20	2	2%
21-30	32	32%
31-40	44	44%
41-50	19	19%
51-60	2	2%
> 60	1	1%
Total	100	100%

Sumber: Googleform, diolah 2025

Berdasarkan data diatas dapat diambil kesimpulan dari total 100 responden, usia ≤ 20 tahun sebanyak 2 responden, usia 21-30 tahun sebanyak 32 responden, usia 31-40 tahun sebanyak 44 responden, usia 41-50 tahun sebanyak 19 responden, usia 51-60 tahun sebanyak 2 responden dan usia >60 tahun sebanyak 1 responden. Hal ini menyatakan bahwa pengguna BPJS Kesehatan mayoritas dari usia produktif menengah dimana dengan jumlah usia terbanyak

yaitu 31-40 tahun dengan jumlah 44 responden.

3. Berdasarkan Status Responden

Tabel 4. 20 Berdasarkan Status Responden

Status	Jumlah	Persentase
Pegawai Negeri	4	4%
Pegawai Swasta	17	17%
Wiraswasta	46	46%
Mahasiswa	30	30%
Tidak Bekerja	3	3%
Total	100	100%

Sumber : Googleform, diolah 2025

Berdasarkan tabel 4.20 dapat diambil kesimpulan dari 100 responden, mayoritas responden yang berstatus Pegawai Negeri sebanyak 4 responden, Pegawai Swasta sebanyak 17 responden, Wiraswasta sebanyak 46 responden, Mahasiswa sebanyak 30 responden, dan Tidak Bekerja sebanyak 3 responden. Hal ini menyatakan bahwa pengguna BPJS Kesehatan mayoritas dari kalangan wiraswasta dimana dengan jumlah wiraswasta terbanyak 46 responden.

4. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4. 21 Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
SMP	0	0%
SMA/SMK	31	31%
Diploma	4	4%
S1	65	65%
Total	100	100%

Sumber : Googleform, diolah 2025

Berdasarkan tabel 4.21 dapat diambil kesimpulan dari 100 responden, mayoritas responden dengan tingkat pendidikan SMP sebanyak 0 responden, SMA/SMK sebanyak 31 responden, Diploma sebanyak 4 responden, dan S1 sebanyak 65 responden. Hal ini

menyatakan bahwa pengguna BPJS Kesehatan mayoritas dari tingkat pendidikan S1 dimana dengan jumlah 65 responden.

5. Berdasarkan Kondisi Kesehatan

Tabel 4. 22 Berdasarkan Kondisi Kesehatan

Usia	Jumlah	Persentase
Sangat Baik	27	27%
Baik	28	28%
Cukup	10	10%
Buruk	35	35%
Sangat Buruk	0	0%
Total	100	100%

Sumber : Googleform, diolah 2025

Berdasarkan tabel 4.22 dapat diambil kesimpulan dari 100 responden, mayoritas responden dengan kondisi kesehatan Sangat Baik sebanyak 27 responden, kondisi kesehatan Baik sebanyak 28 responden, kondisi kesehatan Cukup sebanyak 10 responden, kondisi kesehatan Buruk sebanyak 35 responden, dan kondisi kesehatan Sangat Baik sebanyak 0 responden. Hal ini menyatakan bahwa pengguna BPJS Kesehatan mayoritas dari kondisi kesehatan Buruk dimana dengan jumlah 35 responden.

6. Berdasarkan Status Penggunaan BPJS Kesehatan

Tabel 4. 23 Berdasarkan Status BPJS Kesehatan

Usia	Jumlah	Persentase
Ya, Aktif	90	90%
Ya, Tidak Aktif	8	8%
Tidak	2	2%
Total	100	100%

Sumber: Googleform, diolah 2025

Berdasarkan tabel diatas dapat diambil kesimpulan dari 100 responden, mayoritas responden dengan status pengguna BPJS Kesehatan Aktif sebanyak 90 responden, status

pengguna BPJS Kesehatan Tidak Aktif sebanyak 8 responden, dan status Tidak pengguna BPJS Kesehatan sebanyak 2 responden. Hal ini menyatakan bahwa pengguna BPJS Kesehatan mayoritas dari pengguna aktif dimana dengan jumlah 90 responden.

4.5.2 Pernyataan Kuisisioner

1. Rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh



tetap prima

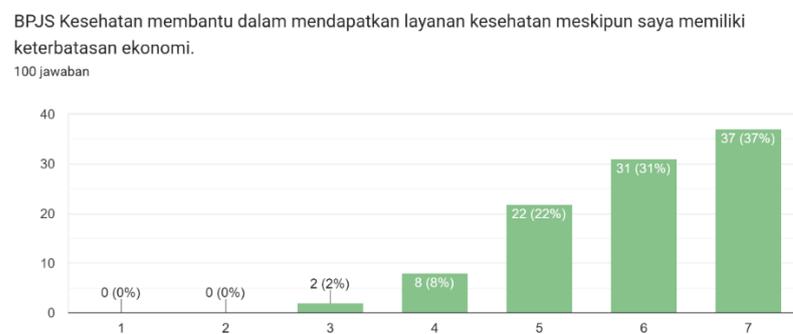
Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 14 Mengetahui Tentang Kualitas SDM

Pernyataan dari hasil kuesioner rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 5% (5 responden) sangat tidak setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, sebanyak 11% (11 responden) tidak setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, sebanyak 13% (13 responden) agak tidak setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, sebanyak 19% (19 responden) netral dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, sebanyak 16% (16 responden) agak setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk

memastikan kondisi tubuh tetap prima, sebanyak 26% (26 responden) setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, dan sebanyak 10% (10 responden) sangat setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima.

2. BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi.



Sumber : Googleform, diolah 2025

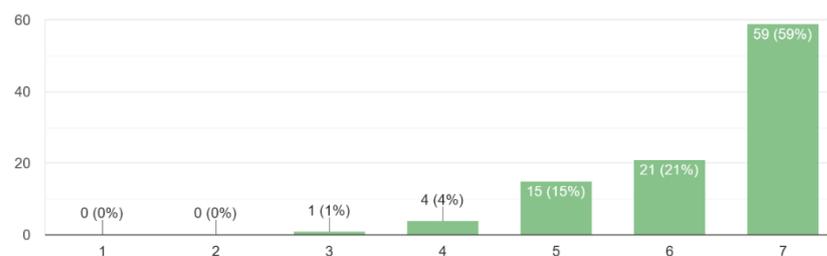
Gambar 4. 15 Mengetahui Tingkat Kemiskinan

Pernyataan dari hasil kuesioner BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 2% (2 responden) agak tidak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi, sebanyak 8% (8 responden) netral dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi, sebanyak 22% (22 responden) agak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi,

sebanyak 31% (31 responden) setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi, dan sebanyak 37% (37 responden) sangat setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi.

3. Pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat.

Pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat
100 jawaban



Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 16 Indikator Infrastruktur

Pernyataan dari hasil kuesioner pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 1% (1 responden) agak tidak setuju dengan pernyataan pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat, sebanyak 4% (4 responden) netral dengan pernyataan pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat, sebanyak 15% (15 responden) agak setuju dengan pernyataan pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat, sebanyak 21% (21 responden) setuju

dengan pernyataan pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat, dan sebanyak 59% (59 responden) sangat setuju dengan pernyataan pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat.

4. Mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur.

Mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur.
100 jawaban



Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 17 Indikator Tingkat Pengangguran

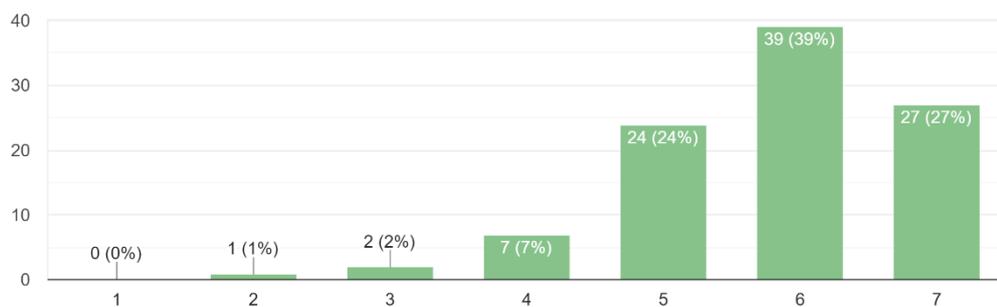
Pernyataan dari hasil kuesioner mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 10% (10 responden) sangat tidak setuju dengan pernyataan rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima, sebanyak 7% (7 responden) tidak setuju dengan pernyataan mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, sebanyak 14% (14 responden) agak tidak setuju dengan pernyataan mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, sebanyak 16% (16 responden) netral dengan pernyataan mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, sebanyak 16% (16

responden) agak setuju dengan pernyataan mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, sebanyak 19% (19 responden) setuju dengan pernyataan mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, dan sebanyak 18% (18 responden) sangat setuju dengan mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur.

5. BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan.

BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan.

100 jawaban



Sumber : Googleform, diolah 2025

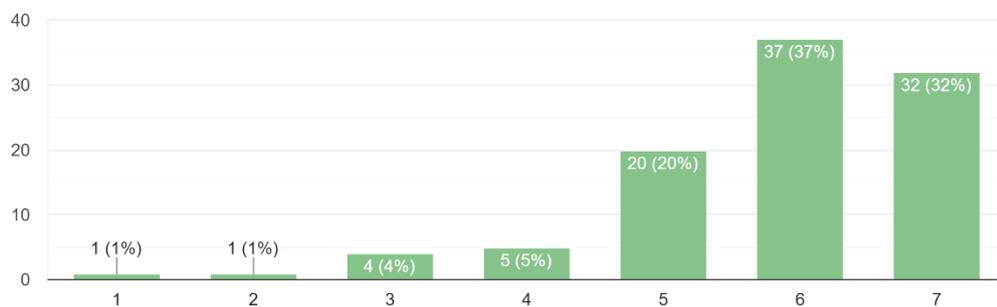
Gambar 4. 18 Indikator Tingkat Pendapatan per Kapita

Pernyataan dari hasil kuesioner BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 1% (1 responden) tidak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan, sebanyak 2% (2 responden) agak tidak setuju dengan BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan, sebanyak 7% (7 responden) netral dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan, sebanyak 24% (24 responden) agak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan, sebanyak 39% (39 responden)

setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan, dan sebanyak 27% (27 responden) sangat setuju dengan BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan.

6. Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan.

Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan.
100 jawaban



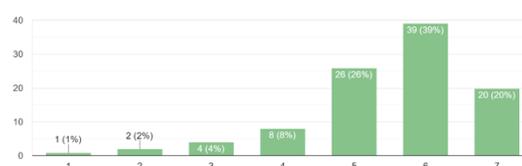
Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 19 Indikator Tingkat Pendidikan

Pernyataan dari hasil kuesioner Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 20% (20 responden) agak setuju dengan pernyataan Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan, sebanyak 37% (37 responden) setuju dengan pernyataan Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan, dan sebanyak 32% (32 responden) sangat setuju dengan Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan.

7. Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses

Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan.
100 jawaban

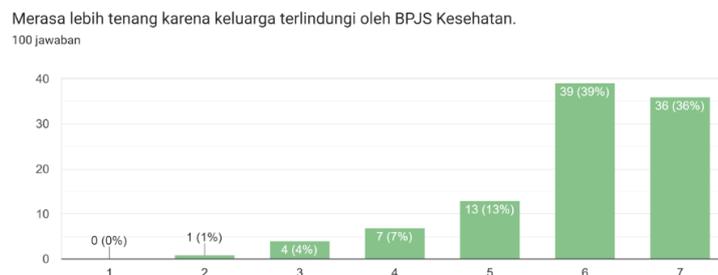


layanan BPJS Kesehatan.

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 20 Indikator Interaksi Sosial

Pernyataan dari hasil kuesioner Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 26% (26 responden) agak setuju dengan pernyataan Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan, sebanyak 39% (39 responden) setuju dengan pernyataan Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan, dan sebanyak 20% (20 responden) sangat setuju dengan Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan.



8. Merasa lebih tenang karena keluarga terlindungi oleh BPJS Kesehatan.

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 21 Indikator Keluarga

Pernyataan dari hasil kuesioner Merasa lebih tenang karena keluarga terlindungi oleh BPJS Kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 13% (13 responden) agak setuju dengan pernyataan Merasa lebih tenang karena keluarga terlindungi oleh BPJS Kesehatan, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk

pendidikan, sebanyak 39% (39 responden) setuju dengan pernyataan Merasa lebih tenang karena keluarga terlindungi oleh BPJS Kesehatan, dan sebanyak 36% (36 responden) sangat setuju dengan Merasa lebih tenang karena keluarga terlindungi oleh BPJS Kesehatan.

9. BPJS Kesehatan mengubah cara masyarakat melihat pentingnya akses

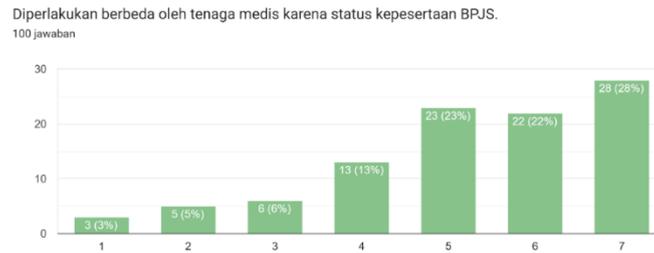


layanan kesehatan.

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 22 Indikator Budaya

Pernyataan dari hasil kuesioner BPJS Kesehatan mengubah cara masyarakat melihat pentingnya akses layanan kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 28% (28 responden) agak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan mengubah cara masyarakat melihat pentingnya akses layanan kesehatan, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan, sebanyak 39% (39 responden) setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan mengubah cara masyarakat melihat pentingnya akses layanan kesehatan, dan sebanyak 24% (24 responden) sangat setuju dengan BPJS Kesehatan mengubah cara masyarakat melihat pentingnya akses layanan kesehatan.



10. Diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS.

Sumber : Googleform, diolah 2025

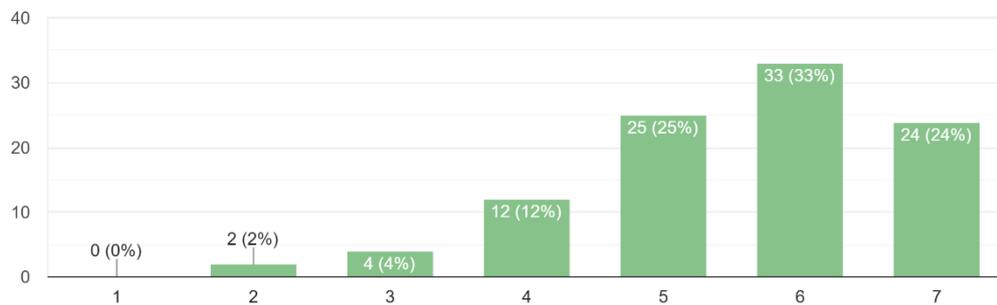
Gambar 4. 23 Indikator Diskriminasi Sosial

Pernyataan dari hasil kuesioner diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 13% (13 responden) netral dengan pernyataan diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS, sebanyak 23% (23 responden) agak setuju dengan pernyataan diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS sebanyak 22% (22 responden) setuju dengan pernyataan diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS, dan sebanyak 28% (28 responden) sangat setuju dengan diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS.

11. Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan.

Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan.

100 jawaban



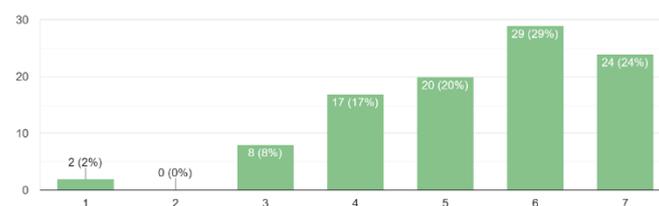
Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 24 Indikator Akses Terhadap Layanan Kesehatan

Pernyataan dari hasil kuesioner Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 12% (12 responden) netral dengan pernyataan Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan, sebanyak 25% (25 responden) agak setuju dengan pernyataan Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan sebanyak 33% (33 responden) setuju dengan pernyataan Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan, dan sebanyak 24% (24 responden) sangat setuju dengan Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan.

Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS.

100 jawaban

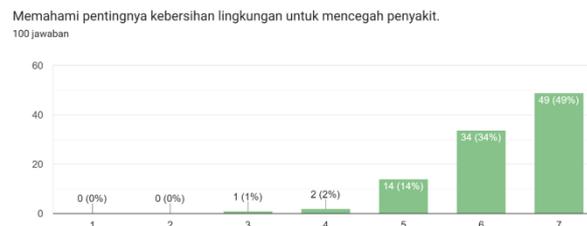


12. Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS.

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 25 Indikator Kesadaran Kesehatan

Pernyataan dari hasil kuesioner Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 8% (8 responden) agak tidak setuju dengan pernyataan Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS, sebanyak 17% (17 responden) netral dengan pernyataan Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS, sebanyak 20% (20 responden) agak setuju dengan pernyataan Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS, sebanyak 29% (29 responden) setuju dengan pernyataan Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS, dan sebanyak 24% (24 responden) sangat setuju dengan pernyataan Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS.



13. Memahami pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah penyakit.

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 26 Indikator Sanitasi

Pernyataan dari hasil kuesioner Memahami pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah penyakit, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 14% (14 responden) agak setuju dengan pernyataan Memahami pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah penyakit, sebanyak 34% (34 responden) setuju dengan pernyataan Memahami pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah penyakit, dan sebanyak 49% (49 responden) sangat setuju dengan

pernyataan Memahami pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah penyakit.



14. Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 27 Indikator Pola makan

Pernyataan dari hasil kuesioner Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 15% (15 responden) netral dengan pernyataan Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari, sebanyak 21% (21 responden) agak setuju dengan pernyataan Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari, sebanyak 29% (29 responden) setuju dengan pernyataan Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari, dan sebanyak 32% (32 responden) sangat setuju dengan pernyataan Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari.

15. Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan



kesehatan

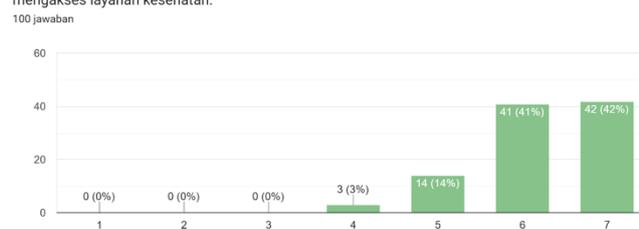
Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 28 Indikator Adopsi Teknologi

Pernyataan dari hasil kuesioner Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 8% (8 responden) netral dengan Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan, sebanyak 23% (23 responden) agak setuju dengan pernyataan Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan, sebanyak 34% (34 responden) setuju dengan pernyataan Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan, dan sebanyak 34% (34 responden) sangat setuju dengan pernyataan Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan.

16. BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman

BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan.



pengguna dalam mengakses layanan kesehatan.

Sumber : Googleform, diolah 2025

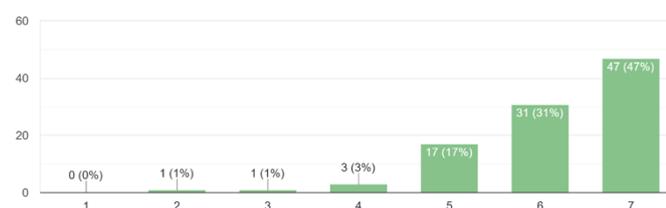
Gambar 4. 29 Indikator Inovasi

Pernyataan dari hasil kuesioner BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 3% (3 responden) netral dengan BPJS

Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan, sebanyak 14% (14 responden) agak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan, sebanyak 41% (41 responden) setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan, dan sebanyak 42% (42 responden) sangat setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan.

17. BPJS Kesehatan harus lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada

BPJS Kesehatan harus lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital.
100 jawaban



penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital.

Sumber : Googleform, diolah 2025

Gambar 4. 30 Mengetahui tentang Digitalisasi

Pernyataan dari hasil kuesioner BPJS Kesehatan harus lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital, dapat dilihat dari olahan data diatas sebanyak 17% (17 responden) agak setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan harus lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital, sebanyak 31% (31 responden) setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan harus

lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital, dan sebanyak 47% (47 responden) sangat setuju dengan pernyataan BPJS Kesehatan harus lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital.

4.5.3 Hasil Penelitian Analisis SmartPLS

A. Analisa Outer Model

1. Uji Validitas

a) *Convergent Validity*

Convergent validity adalah salah satu dari pengukuran model pada indikator yang bersifat reflektif. *Convergent validity* bertujuan untuk mengetahui validitas setiap hubungan antara indikator dengan konstruk atau variabel latennya. Dimana dilihat dari skor butir pertanyaan dengan skor konstraknya atau melalui loading factor pada masing-masing indikator konstruk. Berdasarkan hasil analisis data pada *convergent validity* pada indikator-indikator pada masing-masing variabel, dapat dikemukakan sebagai berikut.

1. *Convergent validity* Pada Faktor Kualitas Sumber Daya Manusia

Dalam Indikator konstruk pada kualitas sumber daya manusia berjumlah 6 indikator konstruk. Berdasarkan hasil analisis data diperoleh nilai *convergent validity* melalui loading factor pada tabel dibawah ini.

Tabel 4. 24 Convergent validity Faktor Kualitas Sumber Daya Manusia (F0)

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F0.1	0.618	0.40	Memenuhi
F0.2	0.624	0.40	Memenuhi

F0.3	0.486	0.40	Memenuhi
F0.4	0.637	0.40	Memenuhi
F0.5	0.778	0.40	Memenuhi
F0.6	0.763	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, olahan 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.24 diatas menunjukkan bahwa di dalam Kualitas Sumber Daya Manusia dengan 6 indikator tidak terdapat indikator yang tidak memenuhi kriteria. Dari pernyataan tersebut setelah dilakukannya pengolahan data menggunakan aplikasi Smart-PLS pernyataan tersebut memperoleh nilai loading factor F0.1 0.618, F0.2 0.624, F0.3 0.486, F0.4 0.637, F0.5 0.778, F0.6 0.763, yang berarti > dari nilai Rule of Thumb 0,40.

Tabel 4. 25 Convergent validity Faktor Ekonomi

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F1.1.	0.770	0.40	Memenuhi
F1.2	0.765	0.40	Memenuhi
F1.3	0.754	0.40	Memenuhi
F1.4	0.201	0.40	Tidak Memenuhi
F1.5	0.392	0.40	Tidak Memenuhi
F1.6	0.176	0.40	Tidak Memenuhi
F1.7	0.538	0.40	Memenuhi
F1.8	0.152	0.40	Tidak Memenuhi
F1.9	0.669	0.40	Memenuhi
F1.10	0.550	0.40	Memenuhi
F1.11	0.424	0.40	Memenuhi
F1.12	0.423	0.40	Memenuhi
F1.13	0.416	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.25 diatas menunjukkan bahwa di dalam variabel faktor Ekonomi dengan 13 indikator pernyataan, terdapat 4 indikator pernyataan yang tidak memenuhi kriteria yaitu pada pernyataan **F1.4** (Mengalami kesulitan mendapatkan layanan kesehatan karena fasilitas kesehatan BPJS terlalu penuh atau antrean terlalu lama.), **F1.5** (Pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat), **F1.6** (Mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur), **F1.8** (BPJS

Kesehatan menjadi beban tambahan setelah menganggur). Dari pernyataan tersebut setelah dilakukannya pengolahan data menggunakan aplikasi Smart-PLS memperoleh nilai loading factor 0.201, 0.392, 0.176, 0.152 ($<0,40$). Hal tersebut dikarenakan pada indikator tersebut tidak benar bahwa mengalami kesulitan mendapatkan layanan kesehatan karena fasilitas kesehatan BPJS terlalu penuh atau antrean terlalu lama, pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat, mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur, dan BPJS Kesehatan menjadi beban tambahan setelah menganggur tidak mempengaruhi kualitas sumber daya manusia.

Tabel 4. 26 Convergent validity Faktor Sosial

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F2.1	0.252	0.40	Tidak Memenuhi
F2.2	0.869	0.40	Memenuhi
F2.3	0.598	0.40	Memenuhi
F2.4	0.665	0.40	Memenuhi
F2.5	0.279	0.40	Tidak Memenuhi
F2.6	0.593	0.40	Memenuhi
F2.7	-0.182	0.40	Tidak Memenuhi
F2.8	-0.122	0.40	Tidak Memenuhi
F2.9	-0.143	0.40	Tidak Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.26 diatas menunjukkan bahwa di dalam variabel faktor Sosial dengan 9 indikator pernyataan, terdapat 5 indikator pernyataan yang tidak memenuhi kriteria yaitu pada pernyataan **F2.1** (Status sosial-ekonomi memengaruhi kemampuan dalam membayar iuran BPJS), **F2.5** (Ada kepercayaan di lingkungan bahwa pengobatan tradisional lebih baik dibanding layanan BPJS Kesehatan), **F2.7** (Diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS), **F2.8** (Mengalami hambatan administratif (proses klaim, antrian, dsb. saat menggunakan BPJS Kesehatan), **F2.9** (Ada stigma negatif

terhadap pengguna BPJS PBI) Dari pernyataan tersebut setelah dilakukannya pengolahan data menggunakan aplikasi Smart-PLS memperoleh nilai loading factor 0.252, 0.279, -0.182, -0.122, -0,143 ($<0,40$). Hal tersebut dikarenakan pada indikator tersebut tidak benar status sosial-ekonomi memengaruhi kemampuan dalam membayar iuran BPJS, tidak benar ada kepercayaan di lingkungan bahwa pengobatan tradisional lebih baik dibanding layanan BPJS Kesehatan, diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS, mengalami hambatan administratif (proses klaim, antrian, dsb.) saat menggunakan BPJS Kesehatan, ada stigma negatif terhadap pengguna BPJS PBI dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia.

Tabel 4. 27 Convergent validity Faktor Kesehatan

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F3.1	0.748	0.40	Memenuhi
F3.2	0.715	0.40	Memenuhi
F3.3	0.546	0.40	Memenuhi
F3.4	0.512	0.40	Memenuhi
F3.5	0.456	0.40	Memenuhi
F3.6	0.707	0.40	Memenuhi
F3.7	0.518	0.40	Memenuhi
F3.8	0.594	0.40	Memenuhi
F3.9	0.204	0.40	Tidak Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

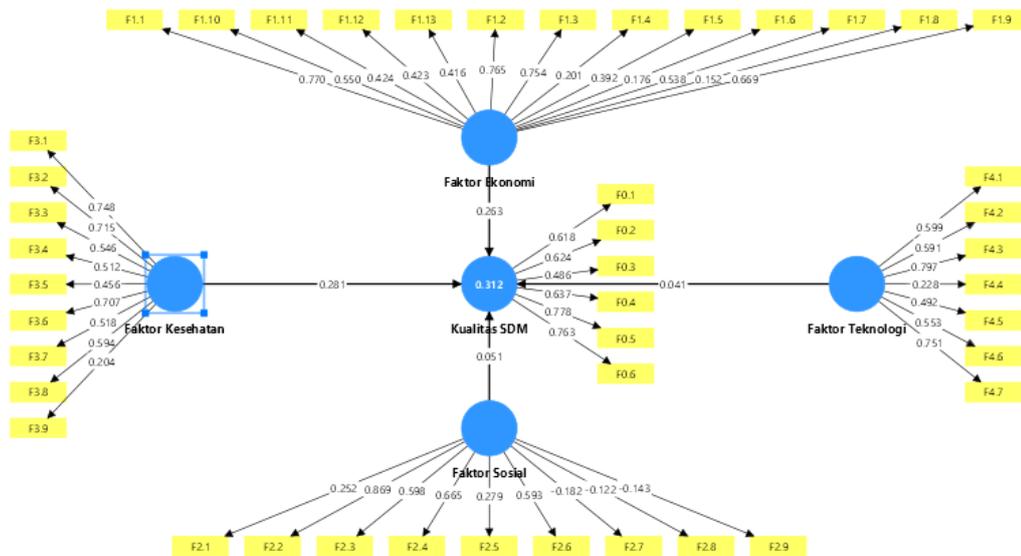
Berdasarkan dari data tabel 4.27 diatas menunjukkan bahwa di dalam variabel faktor Sosial dengan 9 indikator pernyataan, terdapat 1 indikator pernyataan yang tidak memenuhi kriteria yaitu pada pernyataan **F3.9** (sering mengonsumsi makanan dalam jumlah berlebihan saat stres), Dari pernyataan tersebut setelah dilakukannya pengolahan data menggunakan aplikasi Smart-PLS memperoleh nilai loading factor 0.204 ($<0,40$). Hal tersebut dikarenakan pada indikator tersebut tidak benar sering mengonsumsi makanan dalam jumlah berlebihan saat stres dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia.

Tabel 4. 28 Convergent validity Faktor Teknologi

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F4.1	0.599	0.40	Memenuhi
F4.2	0.591	0.40	Memenuhi
F4.3	0.797	0.40	Memenuhi
F4.4	0.228	0.40	Tidak Memenuhi
F4.5	0.492	0.40	Memenuhi
F4.6	0.553	0.40	Memenuhi
F4.7	0.751	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

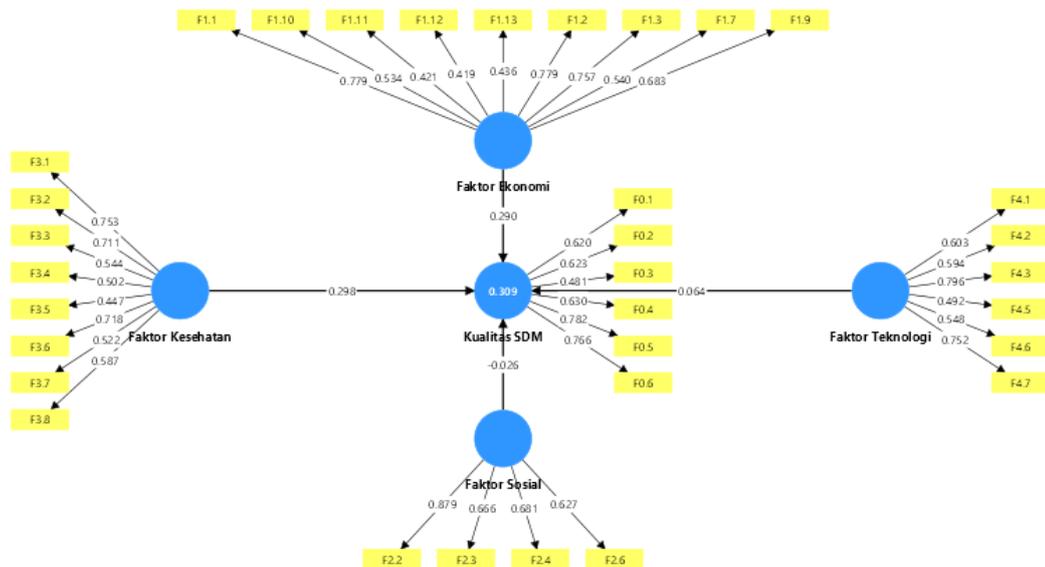
Berdasarkan dari data tabel 4.28 diatas menunjukkan bahwa di dalam variabel faktor Sosial dengan 7 indikator pernyataan, terdapat 1 indikator pernyataan yang tidak memenuhi kriteria yaitu pada pernyataan **F4.4** (Informasi tentang inovasi BPJS Kesehatan masih kurang tersosialisasikan kepada masyarakat), Dari pernyataan tersebut setelah dilakukannya pengolahan data menggunakan aplikasi Smart-PLS memperoleh nilai loading factor 0.228 (<0,40). Hal tersebut dikarenakan pada indikator tersebut benar Informasi tentang inovasi BPJS Kesehatan masih kurang tersosialisasikan kepada masyarakat tidak dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia. adapun hasil evaluasi model pengukuran pada masing-masing indikator konstruk dari Convergent Validity melalui loading factor dapat juga dikemukakan pada gambar dibawah ini.



Sumber : SmartPLS, Olahan Peneliti, 2025

Gambar 4. 31 first Outer Loading

Diketahui bahwa terdapat 11 indikator yang tidak memenuhi nilai loading factor ($<0,40$). Dalam ketentuan analisis convergent validity, jika nilai loading factor tidak terpenuhi maka indikator konstruk dibuang dan dilakukan analisis convergent validity Kembali, yang nantinya hasil analisis dapat terpenuhi pada tahap kedua pada indikator konstruk masing-masing variable. Setelah dilakukan penghapusan 11 indikator dengan nilai Average Variance Extracted (AVE) berada diatas 0,30. Dimana Menurut sugiyono (2017:125) nilai standar dari validitas adalah sebesar 0,3. Jadi total penghapusan indikator yaitu 11 indikator seperti pada gambar dibawah ini.



Sumber : SmartPLS, Olahan Peneliti, 2025

Gambar 4. 32 Second Outer Loading

1) Convergent validity Pada Faktor Kualitas Sumber Daya Manusia Setelah Dilakukan Second Outer Loading

Dalam Indikator konstruk pada factor Kualitas Sumber Daya Manusia pada setelah dilakukan second Outer Loading berjumlah 6 indikator konstruk. Berdasarkan hasil analisis data diperoleh nilai convergent validity melalui loading factor pada tabel dibawah ini.

Tabel 4. 29 Convergent validity Faktor Kualitas Sumber Daya Manusia Setelah Dilakukan Second Outer Model (F0)

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F0.1	0.620	0.40	Memenuhi
F0.2	0.623	0.40	Memenuhi
F0.3	0.481	0.40	Memenuhi
F0.4	0.630	0.40	Memenuhi
F0.5	0.782	0.40	Memenuhi
F0.6	0.766	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.29 diatas menunjukkan bahwa di dalam faktor Kualitas Sumber Daya Manusia dengan 6 indikator tidak terdapat indikator yang

tidak memenuhi kriteria. Dari pernyataan tersebut setelah dilakukannya pegolahan data menggunakan aplikasi Smart-PLS pernyataan tersebut memperoleh nilai loading F01 0.620, F02 0.623, F03 0.481 F04 0.630, F05 0.782, F06 0.766 yang berarti > dari nilai Rule of Thumb 0,40.

Tabel 4. 30 Convergent validity Faktor Ekonomi Setelah Dilakukan Second Outer Model (F1)

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F1.1.	0.779	0.40	Memenuhi
F1.2	0.779	0.40	Memenuhi
F1.3	0.757	0.40	Memenuhi
F1.7	0.540	0.40	Memenuhi
F1.9	0.683	0.40	Memenuhi
F1.10	0.534	0.40	Memenuhi
F1.11	0.421	0.40	Memenuhi
F1.12	0.419	0.40	Memenuhi
F1.13	0.436	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.30 diatas setelah dilakukan second outer loading dengan menghapus 4 indikator pernyataan diantaranya **F1.4 0,201, F1.5 0,392, F1.6 0,176, F1.8 0,152.** menunjukkan bahwa di dalam variabel factor Kualitas Sumber Daya Manusia dengan 4 indikator pernyataan sudah tidak ada lagi indikator yang tidak memenuhi kriteria. Semua indikator diatas rule of thump yaitu > 0,4. Hal tersebut menunjukkan semua pernyataan direspon dengan baik oleh responden.

Tabel 4. 31 Convergent validity Faktor Sosial Setelah Dilakukan Second Outer Loading

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F2.2	0.879	0.40	Memenuhi
F2.3	0.666	0.40	Memenuhi
F2.4	0.681	0.40	Memenuhi
F2.6	0.627	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.31 diatas setelah dilakukan second outer loading dengan menghapus 5 indikator pernyataan diantaranya F2.1 0.252, F2.5 0,279,

F2.7 -0,182, F2.8 -0,122, dan F2.9 -0,143. Menunjukkan bahwa di dalam variabel factor Sosial dengan 5 indikator pernyataan sudah tidak ada lagi indikator yang tidak memenuhi kriteria. Semua indikator diatas rule of thump yaitu $> 0,4$. Hal tersebut menunjukkan semua pernyataan direspon dengan baik oleh responden.

Tabel 4. 32 Convergent validity Faktor Kesehatan Setelah Dilakukan Second Outer Loading

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F3.1	0.753	0.40	Memenuhi
F3.2	0.711	0.40	Memenuhi
F3.3	0.544	0.40	Memenuhi
F3.4	0.502	0.40	Memenuhi
F3.5	0.447	0.40	Memenuhi
F3.6	0.718	0.40	Memenuhi
F3.7	0.522	0.40	Memenuhi
F3.8	0.587	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.32 diatas setelah dilakukan second outer loading dengan menghapus 1 indikator pernyataan diantaranya F3.9 0,204. Menunjukkan bahwa di dalam variabel factor Kesehatan dengan 1 indikator pernyataan sudah tidak ada lagi indikator yang tidak memenuhi kriteria. Semua indikator diatas rule of thump yaitu $> 0,4$. Hal tersebut menunjukkan semua pernyataan direspon dengan baik oleh responden.

Tabel 4. 33 Convergent validity Faktor Teknologi Setelah Dilakukan Second Outer Loading

Indikator	Loading Factor	Rule Of Thumb	Keterangan
F4.1	0.603	0.40	Memenuhi
F4.2	0.594	0.40	Memenuhi
F4.3	0.796	0.40	Memenuhi
F4.5	0.492	0.40	Memenuhi
F4.6	0.548	0.40	Memenuhi
F4.7	0.752	0.40	Memenuhi

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan dari data tabel 4.33 diatas setelah dilakukan second outer loading dengan menghapus 1 indikator pernyataan diantaranya F4.4 0,228. Menunjukkan bahwa di dalam variabel Teknologi dengan 1 indikator pernyataan sudah tidak ada lagi indikator yang tidak memenuhi kriteria. Semua indikator diatas rule of thump yaitu $> 0,4$. Hal tersebut menunjukkan semua pernyataan direspon dengan baik oleh responden.

b). Discriminante Validity

Dalam analisis discriminant validity dimana model pengukuran pada masing-masing indikator konstruk bersifat reflektif dilakukan dengan cara melihat nilai cross loading pada masing-masing variabel. Dalam pengujian discriminant validity menggunakan Average Variance Extracted (AVE). Adapun parameter cross loading dalam menilai nilai average variance extracted untuk mengetahui tingkat validitas dari masing-masing indiaktor konstruk pada setiap variable Menurut sugiyono (2017:125) sebesar 0,3. Jika angka korelasi yang diperoleh lebih besar dari pada nilai standar maka pertanyaan tersebut valid atau signifikan (Sugiono, 2017). Hasil analisis discriminant validity dapat dikemukakan pada table di bawah ini.

Faktor	Nilai AVE
(F0) Faktor Kualitas SDM	0.433
(F1) Faktor Ekonomi	0.375
(F2) Faktor Sosial	0.518
(F3) Faktor Kesehatan	0.369

(F4) Faktor Teknologi	0.409
--	-------

Tabel 4. 34 Discriminante Validity Pada Average Variance Extracted (AVE)

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan hasil running data Tabel 4.34 memperlihatkan nilai average variance extracted (AVE) pada masing-masing faktor telah memenuhi kriteria dalam discriminant validity. Adapun nilai AVE di masing-masing faktor yaitu F0 nilai AVE 0.433, F1 nilai AVE 0.375, F2 nilai AVE 0.518, F3 nilai AVE 0.369 dan F4 nilai AVE 0.409. Hal ini menunjukkan nilai yang lebih besar dari average variance extracted (AVE) ($>0,30$).

Cara lain untuk melihat discriminante validity yaitu dengan cara melihat nilai fornell larcker criterion yaitu nilai akar dari AVE harus lebih besar dari kolerasi dengan faktor yang lain. Adapun tabelnya seperti dibawah ini.

2. Uji Reabilitas

a). Composite Reability

Dalam melakukan uji reliabilitas yang bertujuan untuk membuktikan seberapa akurat, konsistensi dan ketepatan instrument didalam mengukur suatu konstruk. Penggunaan composite reliability bertujuan untuk menguji reliabilitas suatu konstruk (Ghozali dan Latan, 2012). Konstruk dinyatakan reliable jika nilai composite reliability maupun cronbach alpha $> 0,70$ (Ghozali & Latan, 2015). Hasil dari analisis data memperlihatkan sebagai berikut.

Tabel 4. 35 Composite Reability

Faktor	Composite Reliability	Keputusan
F0	0.817	Reliabel
F1	0.835	Reliabel

F2	0.808	Reliabel
F3	0.819	Reliabel
F4	0.802	Reliabel

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Dari tabel diatas dapat dipahami bahwa masing-masing variabel yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai reliabilitas yang berbeda-beda dengan nilai F0 0,817 ($>0,07$), F1 0,835 ($>0,07$), F2 0,808 ($>0,07$), F3 0,819 ($>0,70$) dan F4 0.802 ($>0,07$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa instrument pada variabel penelitian ini semuanya memiliki tingkat reliabilitas yang baik, atau dengan kata lain memiliki kehandalan (terpercaya) dan dapat digunakan untuk pengujian selanjutnya.

B. Evaluasi Model Struktural (Inner Model)

1. R-Square

Dalam Pengujian pada model strukturan (inner model) bertujuan untuk melihat hubungan antara variable. Pengukuran dilakukan dengan melihat nilai R Square yang nantinya dapat diketahui tingkat variance terhadap perubahan variable independent terhadap variable dependent. Hasil analisis R-Square ditunjukkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. 36 R-Square

Faktor	R-Square
Kualitas SDM	0.754

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan Tabel 4.36 diatas yang memperlihatkan nilai R-Square faktor Kualitas SDM sebesar 0.754 Hal tersebut menunjukkan bahwa varian pada faktor Kualitas SDM, faktor Ekonomi, faktor Sosial, faktor Kesehatan dan faktor Teknologi sebesar 0.754 atau sebesar 75%.

2. F-Squared

F squared digunakan untuk menilai besarnya pengaruh antar variabel independen terhadap variabel dependen. Nilai f 0,02 sebagai kecil, 0,15 sebagai sedang dan nilai 0,35 sebagai besar. Nilai kurang dari 0,02 bisa diabaikan atau tidak ada efek. Adapun nilai f squared dari analisis data tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 4. 37 F-Squared

Faktor	F Squared
(F1) Faktor Ekonomi → Kualitas SDM	0.346
(F2) Faktor Sosial → Kualitas SDM	0.000
(F3) Faktor Kesehatan → Kualitas SDM	0.464
(F4) Faktor Teknologi → Kualitas SDM	0.003

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan Tabel diatas dapat dinyatakan bahwa pengujian f squared sebagai berikut:

1. Pengaruh Faktor Ekonomi terhadap Kualitas SDM memiliki nilai f squared sebesar 0.346. Hal ini mengidentifikasikan bahwa Pengaruh Faktor Ekonomii terhadap Kualitas SDM tergolong besar (kuat)

2. Pengaruh Faktor Sosial terhadap Kualitas SDM memiliki nilai f^2 sebesar 0.000. Hal ini mengidentifikasi bahwa Pengaruh Faktor Sosial terhadap Kualitas SDM tergolong kecil (lemah)
3. Pengaruh Faktor Kesehatan terhadap Kualitas SDM memiliki nilai f^2 sebesar 0.464. Hal ini mengidentifikasi bahwa Pengaruh Faktor Kesehatan terhadap Kualitas SDM tergolong besar (kuat)
4. Pengaruh Faktor Teknologi terhadap Kualitas SDM memiliki nilai f^2 sebesar 0.003. Hal ini mengidentifikasi bahwa pengaruh Faktor Teknologi terhadap Kualitas SDM tergolong kecil (lemah).

C. Uji Multikolinieritas

Uji multikolinieritas bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya korelasi yang tinggi antar variabel-variabel bebas (independen) dalam suatu model regresi linear berganda (Kurniawan, 2014). Mendeteksi ada atau tidaknya multikolinieritas dalam model regresi, dapat diketahui dengan memperhatikan nilai tolerance dan nilai VIF (Variance Inflation Factor) apabila $VIF > 10$ dan nilai tolerance $< 0,10$ maka variabel terjadi multikolinieritas (Ghozali, 2016).

Tabel 4. 38 Uji Multikolinieritas

Faktor	Nilai VIF
(F1) Faktor Ekonomi	2.626
(F2) Faktor Sosial	2.739
(F3) Faktor Kesehatan	1.996
(F4) Faktor Teknologi	1,883

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa masing-masing faktor memiliki inner VIF values dibawah 5 (<5). Hal tersebut menunjukkan bahwa faktor terbebas dari multikolinearitas yaitu tidak terjadi kolerasi antara variabel laten sehingga model dalam penelitian dapat dilanjutkan ke tahapan selanjutnya.

D. Pengujian Hipotesis Hasil Penelitian

Ketentuan dalam pengujian hipotesis pada penelitian ini dilakukan dengan melihat nilai original sample sebagai nilai *coefficient* atau disebut juga nilai beta. Dalam menetapkan penerimaan atau penolakan pada H_0 dalam pengujian hipotesis, dapat dilihat dari nilai pada kolom T Statistic dan nilai pada kolom P Values. Adapun ketentuannya adalah jika nilai t statistic lebih besar dari nilai t table ($t \text{ statistic} > t \text{ tabel}$) pada taraf signifikansi 5 % (t table dilihat dari jumlah sampel, dimana sampel pada penelitian ini berjumlah 100 responden) atau menggunakan nilai P Value dengan ketentuan jika $< 0,05$ dimana kesimpulannya tolak H_0 , dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh signifikan, begitu juga sebaliknya. Hasil Analisis Data sebagai berikut:

Tabel 4. 39 Uji Hipotesis

Original Sampel		T-Statistic	P-values	Keputusan
F1 → F0	0.246	2.089	0.037	H0 – Ditolak
F2 → F0	0.059	0.401	0.689	H0 – Diterima
F3 → F0	0.288	2.073	0.038	H0 – Ditolak
F4 → F0	0.042	0.343	0.732	H0 – Diterima

Sumber : SmartPLS, diolah 2025

Berdasarkan hasil olahan data diatas dapat dibuat kesimpulan antara lain:

1. Pengaruh Faktor Ekonomi terhadap Kualitas SDM diperoleh nilai P Values 0,037 yaitu $<0,05$. Ketentuannya ditolak H_0 , maka dapat simpulkan bahwa faktor ekonomi memiliki pengaruh signifikan terhadap Kualitas SDM.
2. Pengaruh Faktor Sosial terhadap Kualitas SDM diperoleh nilai P Values 0,689 yaitu $<0,05$. Ketentuannya diterima H_0 , maka dapat simpulkan bahwa faktor Psikologis memiliki pengaruh tidak signifikan terhadap Kualitas SDM.
3. Pengaruh Faktor Kesehatan terhadap Kualitas SDM diperoleh nilai P Value 0,038 yaitu $>0,05$. Ketentuannya ditolak H_0 , maka dapat simpulkan bahwa faktor kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap Kualitas SDM.
4. Pengaruh Faktor Teknologi terhadap Kualitas SDM diperoleh nilai P Value 0,732 yaitu $<0,05$. Ketentuannya diterima H_0 , maka dapat simpulkan bahwa faktor teknologi memiliki pengaruh tidak signifikan terhadap Kualitas SDM.

F. Pembahasan

1. Pengaruh Faktor Ekonomi terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat kita lihat bawah faktor ekonomi berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia. Hal tersebut ditunjukkan oleh jawaban responden yang menjawab setuju dengan pernyataan tersebut. Ini ditunjukkan dalam point pertanyaan biaya kesehatan yang ditanggung BPJS sangat membantu dalam mengurangi beban ekonomi. Dimana artinya pengguna BPJS Kesehatan merasakan manfaat dari program ini dalam meringankan biaya

pengobatan, sehingga dapat mengalokasikan pendapatan mereka untuk kebutuhan lainnya, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas sumber daya manusia

2. Pengaruh Faktor Sosial terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat kita lihat bawah faktor sosial berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia. Hal tersebut ditunjukkan oleh jawaban responden yang menjawab setuju dengan pernyataan tersebut. Ini ditunjukkan dalam point pertanyaan mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan.

Dimana artinya pengguna BPJS Kesehatan merasakan manfaat dari dukungan sosial dalam memanfaatkan layanan kesehatan, sehingga meningkatkan aksesibilitas dan pemanfaatan fasilitas yang tersedia, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas sumber daya manusia.

3. Pengaruh Faktor Kesehatan terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat kita lihat bawah faktor kesehatan berpengaruh terhadap sumber daya manusia. Hal tersebut ditunjukkan oleh jawaban responden yang menjawab setuju dengan pernyataan tersebut. Ini ditunjukkan dalam point pertanyaan lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Dimana artinya pengguna BPJS Kesehatan semakin sadar akan pentingnya menjaga kesehatan dan rutin memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas mereka.

4. Pengaruh Faktor Teknologi terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat kita lihat bawah faktor teknologi berpengaruh terhadap sumber daya manusia. Hal tersebut ditunjukkan oleh jawaban responden yang menjawab setuju dengan pernyataan tersebut. Ini ditunjukkan dalam point pertanyaan digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan.

Dimana artinya pengguna BPJS Kesehatan merasakan manfaat dari digitalisasi dalam mempercepat dan mempermudah akses layanan kesehatan, sehingga meningkatkan kualitas pelayanan serta pengalaman pasien dalam mendapatkan perawatan medis.

4.6 Pembahasan Hasil Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 menampilkan ringkasan dari berbagai penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh para peneliti mengenai pengaruh variabel-variabel ekonomi terhadap kualitas sumber daya manusia dan anggaran kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian-penelitian tersebut, beberapa temuan signifikan diperoleh, seperti:

1. Nida A. (2018) menemukan bahwa bahwa JKN berpotensi signifikan dalam meningkatkan kualitas kesehatan dan SDM di Indonesia.
2. Yuditia N. (2018) melakukan analisis metode Tipologi Klassen bahwa untuk 33 Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara menunjukkan adanya 1 Kabupaten dan 4 Kota yang tergabung dalam kuadran I yaitu pertumbuhan ekonomi disertai pembangunan manusia yang tinggi, sementara untuk kuadran II terdapat 8 Kabupaten dan 1 Kota. Untuk kuadran III terdapat 4

Kabupaten dan 2 Kota. Sedangkan yang masuk kuadran IV terdapat 12 Kabupaten dan 1 Kota.

3. Romi (2017) mengungkapkan bahwa anggaran kesehatan mengalami peningkatan signifikan di era Jokowi dibandingkan dengan era SBY.
4. Erika M. (2022) menyatakan bahwa adanya pengaruh positif yang signifikan antara anggaran kesehatan dan fasilitas kesehatan terhadap derajat kesehatan masyarakat.
5. Verita Angelia S. Dkk. (2022) menunjukkan bahwa terdapat hubungan erat antara perekonomian dan kesehatan.
6. Edo Julio P. Dkk. (2021) menyatakan bahwa pertumbuhan ekonomi dan kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap kemiskinan di Kabupaten Sidoarjo, sebaliknya, pendidikan tidak berpengaruh secara signifikan.
7. Iqbal S. Dkk. (2023) menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi, tingkat pendidikan dan tingkat kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan di Kabupaten/Kota Jawa Barat tahun 2016-2020, sedangkan laju pertumbuhan penduduk berpengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat kemiskinan di provinsi Jawa Barat tahun 2016-2020.

Penelitian-penelitian ini memberikan berbagai perspektif terkait hubungan antara variabel ekonomi, kemiskinan, pendidikan, dan kesehatan, yang semuanya memiliki relevansi dalam kualitas sumber daya manusia dan anggaran kesehatan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan diatas, maka kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Secara analisis ekonomi deskriptif, terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara nilai belanja negara sektor kesehatan pada era Presiden SBY dan era Presiden Jokowi. Pada masa Presiden SBY (2005–2014), anggaran kesehatan mengalami peningkatan secara bertahap dengan fokus pada penguatan program-program dasar kesehatan seperti pengendalian penyakit, kesehatan ibu dan anak, serta infrastruktur dasar kesehatan. Meskipun peningkatan tersebut cukup stabil, proporsi anggaran terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) masih relatif kecil. Pada era Presiden Jokowi (2015–2023), anggaran kesehatan mengalami lonjakan signifikan, terutama karena implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan dan respons terhadap pandemi COVID-19. Pemerintah mengalokasikan anggaran dalam skala besar untuk perluasan cakupan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), pengadaan vaksin, insentif tenaga kesehatan, serta penanganan pasien Covid-19. Rata-rata pertumbuhan anggaran kesehatan pada masa ini mencapai lebih dari 18% per tahun, menjadikan sektor kesehatan sebagai prioritas pembangunan nasional. Perbandingan ini menunjukkan bahwa komitmen anggaran pada era Presiden Jokowi lebih besar secara nominal dan proporsional

dibandingkan era sebelumnya, dengan fokus pada perluasan akses layanan kesehatan dan peningkatan kualitas SDM Indonesia.

2. Hasil estimasi model ekonometrika terhadap beberapa variabel yang secara signifikan memengaruhi besaran nilai anggaran kesehatan di Indonesia pada tingkat provinsi, dimana variabel prevalensi pneumonia pada balita (PPB), jumlah penduduk (JP), Angka Kematian Ibu (AKI), PDRB per Kapita, jumlah peserta JKN (JPJKN) dan Jumlah Fasilitas Kesehatan (JFK) memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap anggaran kesehatan.
3. Melihat alokasi Anggaran Kesehatan dengan Jumlah Penduduk pada tahun 2023 menggunakan analisis tipologi klassen yaitu Kuadran I (Provinsi Maju dan Berkembang Pesat) Provinsi dalam kuadran ini memiliki nilai anggaran kesehatan yang tinggi dan pertumbuhan yang cepat. Umumnya berada di wilayah barat Indonesia seperti DKI Jakarta, Jawa Barat, dan Jawa Timur. Kuadran IV (Provinsi Tertinggal) Merupakan provinsi dengan kontribusi rendah dan pertumbuhan anggaran yang lambat. Wilayah seperti Papua, Nusa Tenggara Timur, dan Maluku termasuk dalam kelompok ini.
4. Dari hasil olahan SmartPLS menunjukkan bahwa Faktor Ekonomi, Sosial, Kesehatan dan Teknologi berpengaruh signifikan terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti dapat menyusun dan memberikan saran kepada pihak-pihak yang terkait sebagai berikut:

1. Diharapkan kepada pemerintah perlu meningkatkan upaya pemerataan anggaran kesehatan antar provinsi, terutama untuk wilayah yang berada dalam kategori tertinggal (kuadran IV Tipologi Klassen). Langkah afirmatif seperti peningkatan Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan atau penguatan kapasitas fiskal daerah dapat mempercepat pembangunan infrastruktur dan layanan kesehatan di daerah tertinggal.
2. Diharapkan pemerintah bersama BPJS Kesehatan terus meningkatkan efektivitas dan efisiensi implementasi JKN. Hal ini termasuk memperkuat sistem pembiayaan, pelayanan yang berorientasi pada kualitas, serta perluasan edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat agar kesadaran terhadap pentingnya jaminan kesehatan semakin meningkat.
3. Peningkatan Kualitas SDM melalui Pendekatan Multisektor, upaya peningkatan kualitas SDM sebaiknya tidak hanya bertumpu pada sektor kesehatan, melainkan juga melibatkan sektor pendidikan, ekonomi, dan teknologi. Sinergi lintas sektor akan lebih efektif dalam menciptakan SDM yang sehat, terdidik, produktif, dan adaptif terhadap perubahan zaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Ananta, P. (2013). *Determinan Pembangunan Manusia Provinsi Lampung*. Universitas Lampung.
- BBC. (2019). Obamacare: Has Trump managed to kill off Affordable Care Act? *Bbc*, 4. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-24370967>
- BBC Indonesia. (2020). Dampak wabah Covid-19: Jepang kembali alami resesi dan akan catat “kinerja terburuk”, bagaimana negara ini bisa bangkit dari keterpurukan? *Bbc.Com*. <https://www.bbc.com/indonesia/dunia-52706881>
- Black, S. E., Devereux, P. J., & Salvanes, K. G. (2007). From the cradle to the labor market? The effect of birth weight on adult outcomes. *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 409–439. <https://doi.org/10.1162/qjec.122.1.409>
- Boediono. (1999). *Teori Pertumbuhan Ekonomi*. Yogyakarta: BPFE.
- Davidson, P. (2020). *US economy contracted record 32.9% in Q2 amid state shutdowns, COVID-19 contagion fears*. <https://www.usatoday.com/story/money/2020/07/30/economy-gdp-fell-annual-rate-32-9-q-2-amid-covid-19-crisis/5536647002/>
- Gujarati, D. N. (2003). *Ekonometri Dasar* (4th ed.). Erlangga.
- Gujarati, D. N. (2016). *Dasar Dasar Ekonometrika* (5th ed). Salemba4.
- Heka, A. J. L. dkk. (2017). Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Bidang Kesehatan dan Pendidikan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*, 17.
- [Http://www.bps.go.id](http://www.bps.go.id). (2023). Profil Kemiskinan di Indonesia Maret 2023. *Badan Pusat Statistik*, 47, 1–16. <https://www.bps.go.id/pressrelease/2018/07/16/1483/persentase-penduduk-miskin-maret-2018-turun-menjadi-9-82-persen.html>
- Kesehatan, K. (2014). *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. www.kemendes.go.id
- Kuncoro, M. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Erlangga.
- Lucia Mutikani. (2021). U.S. economy contracted 19.2% during COVID-19 pandemic recession. *Reuters*.
- McNicoll, G., & Bank, W. (1997). Poverty Reduction and the World Bank: Progress and Challenges in the 1990s. *Population and Development Review*, 23(1), 202. <https://doi.org/10.2307/2137483>
- Michael P. dan Smith, S. T. (2011). *Pembangunan Ekonomi*.

- Nurdiani, N. (2014). Teknik Sampling Snowball dalam Penelitian Kualitatif. *Jurnal Komunikasi Penelitian*, 9, 111–117.
- Pujoalwanto. (2014). *Ekonomi Makro: Tinjauan Teori, Konsep dan Implementasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rahayu, Sri Endang, dkk. 2017. *Pengantar Ekonomi Makro*, Medan: Perdana Mulia Sarana
- Roloff, R. (2020). Covid-19 and no one's world: What impact for the european union? *Connections*, 19(2), 25–36.
<https://doi.org/10.11610/Connections.19.2.02>
- Römisch, R. (2020). Covid-19 effects on Central Europe. *Interreg Central Europe*, 1(1), 1–16.
- Samuel, R. (2018). *Kenapa Sistem Kesehatan Kuba Menjadi Salah Satu Yang Terbaik Di Dunia?* <http://www.berdikarionline.com/kenapa-sistem-kesehatan-kuba-menjadi-salah-satu-yang-terbaik-di-dunia/>
- Sebayang, R. (2020). Korea Selatan Resesi, Ekonomi Sulit Pulih? *Cnbcindonesia.Com*.
<https://www.cnbcindonesia.com/news/20200824110147-4-181451/korea-selatan-resesi-ekonomi-sulit-pulih>
- Shella Apriani, & De Fretes, C. H. J. (2023). Efektivitas Ipcr Uni Eropa Dalam Mengatasi Krisis Pandemi Covid-19 Tahun 2020. *BHUVANA: Journal of Global Studies*, 1(1), 1–25. <https://doi.org/10.59408/bjgs.v1i1.58>
- Sjafrizal, P. (2008). *Ekonomi Regional Teori dan Aplikasi*. Baduose Media.
- Smith, M. P. T. (2004). *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga* (8th Ed (ed.)). Jakarta.
- Statistik, B. P. (2016). *Statistik Kesehatan 2016*. www.bps.go.id
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukirno, S. (1994). *Pengantar Ekonomi Makro*. Raja Grafindo Perseda.
- Syalkahfi, M. A. (2016). Analisis Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Pengeluaran Sektor Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Lampung Tahun 1999-2014. *Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Lampung*.
- Todaro, M. P. (2015). *Economic Development (12th ed.)*.
- U.S. Centers for Medicare and Medicaid. (2017). *Biweekly Enrollment Snapshot*. <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2017-Fact-Sheet-items/2017-02-03.html?DLPage=1&DLEntries=10&DLSort=0&DLSortDir=descending>
- UNDP. (2022). *Report 2021/2022 overview*.
<https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report->

document/hdr2021-22overviewpdf.pdf

United Nations. (2014). *Press Conference by Secretary-General Ban Ki-moon at United Nations Headquarters.*

<https://press.un.org/en/2014/sgsm16430.doc.htm>

Wagstaff, S. D. R. (2013). Hubungan Kesehatan dan Kemiskinan. *Biro Analisa Anggaran Dan Pelaksanaan APBN Setjen DPR-RI*, 49–57.

http://www.dpr.go.id/doksetjen/dokumen/apbn_Hubungan_Kesehatan_dan_Kemiskinan20130611103510.pdf

World Bank. (2020). *From Containment to Recovery: East Asia and Pacific Economic Update* (Issue October).

LAMPIRAN

A. Data Regresi Linear Berganda (Diolah)

- **Data Regresi**

Rincian Alokasi Anggaran Dekonsentrasi Kemenkes RI Berdasarkan Provinsi Tahun 2019-2023

Provinsi	Alokasi Anggaran Dekonsentrasi Kemenkes RI Menurut Provinsi				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	33.242.305.000	7.957.320.000	11.318.402.000	18.828.522.000	15.689.447.000
Sumatera Utara	43.604.874.000	9.423.397.000	27.113.939.000	23.506.857.000	17.317.332.000
Sumatera Barat	25.690.656.000	8.037.972.000	13.290.910.000	14.765.446.000	11.425.802.000
Riau	22.658.675.000	5.514.787.000	11.828.540.000	12.773.628.000	11.226.574.000
Jambi	22.119.474.000	6.458.756.000	13.656.442.000	11.763.312.000	12.346.529.000
Sumatera Selatan	29.348.520.000	7.854.326.000	23.952.194.000	15.452.776.000	12.252.953.000
Bengkulu	23.492.877.000	6.526.392.000	15.210.547.000	10.458.024.000	11.016.556.000
Lampung	25.883.687.000	4.995.027.000	15.426.169.000	12.258.118.000	11.455.806.000
Kepulauan Bangka Belitung	16.516.239.000	5.046.832.000	8.014.390.000	9.643.779.000	10.051.535.000
Kepulauan Riau	19.773.751.000	7.093.000.000	9.790.117.000	12.118.395.000	9.739.915.000
DKI Jakarta	15.897.847.000	6.357.500.000	4.228.150.000	11.202.307.000	9.059.020.000
Jawa Barat	51.917.659.000	9.788.668.000	17.705.897.000	27.184.977.000	15.119.930.000
Jawa Tengah	57.254.877.000	11.615.160.000	15.680.750.000	25.858.048.000	17.487.195.000
D.I. Yogyakarta	16.569.846.000	4.797.776.000	4.492.206.000	9.314.195.000	8.444.993.000
Jawa Timur	53.136.951.000	10.959.437.000	24.383.512.000	30.165.373.000	18.834.341.000
Banten	23.232.724.000	5.054.338.000	8.447.980.000	13.145.993.000	9.444.465.000
Bali	20.283.135.000	3.674.169.000	7.611.637.000	10.626.055.000	9.750.457.000
Nusa Tenggara Barat	24.228.463.000	7.468.317.000	12.150.569.000	14.251.005.000	12.931.091.000
Nusa Tenggara Timur	42.587.160.000	12.078.935.000	25.245.279.000	19.606.117.000	15.861.502.000
Kalimantan Barat	26.036.079.000	5.832.604.000	9.170.478.000	14.045.213.000	11.537.279.000
Kalimantan Tengah	24.886.158.000	6.087.258.000	9.099.433.000	12.682.678.000	11.943.334.000
Kalimantan Selatan	24.791.847.000	8.517.855.000	11.768.391.000	13.948.185.000	11.997.151.000
Kalimantan Timur	25.558.493.000	7.281.122.000	10.514.734.000	13.276.854.000	10.450.848.000
Kalimantan Utara	18.728.004.000	5.271.236.000	8.692.756.000	9.280.532.000	9.234.610.000

Sulawesi Utara	27.257.139.000	6.129.022.000	18.047.820.000	12.363.120.000	10.884.724.000
Sulawesi Tengah	32.622.857.000	11.379.510.000	20.698.796.000	14.261.153.000	14.785.865.000
Sulawesi Selatan	40.041.303.000	7.019.359.000	33.379.738.000	18.391.596.000	15.367.966.000
Sulawesi Tenggara	28.975.753.000	4.481.058.000	9.754.876.000	15.525.655.000	13.527.322.000
Gorontalo	21.231.903.000	7.278.886.000	15.670.787.000	10.164.832.000	9.560.020.000
Sulawesi Barat	19.493.195.000	5.274.070.000	12.000.264.000	12.195.307.000	10.667.155.000
Maluku	27.745.546.000	5.440.168.000	12.456.753.000	14.166.856.000	13.655.912.000
Maluku Utara	26.488.492.000	5.817.494.000	15.851.576.000	14.126.834.000	13.428.474.000
Papua Barat	48.840.223.000	8.215.388.000	20.680.869.000	18.595.040.000	21.693.584.000
Papua	80.104.443.000	11.303.403.000	23.127.958.000	27.486.943.000	13.710.616.000
	1.040.241.155.000	246.030.542.000	500.462.859.000	523.433.725.000	431.900.303.000

<https://kemkes.go.id/id/category/profil-kesehatan>

Rincian Jumlah Prevalansi Pneumonia Berdasarkan Provinsi Tahun 2019 -2023

Provinsi	Jumlah Prevalansi Pneumonia				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	3.265	1.956	1.318	2.080	3.053
SUMATERA UTARA	6.625	2.508	3.345	5.098	5.028
SUMATERA BARAT	10.206	4.471	3.595	5.591	6.405
RIAU	4.272	2.179	1.595	2.153	2.128
JAMBI	3.525	1.812	1.163	1.207	1.139
SUMATERA SELATAN	10.682	5.928	3.999	6.651	6.496
BENGKULU	550	291	330	425	853
LAMPUNG	9.539	7.531	6.972	5.859	6.090
KEP. BANGKA BELITUNG	4.125	2.147	1.890	2.676	2.675
KEPULAUAN RIAU	2.012	826	1.092	2.964	1.509
DKI JAKARTA	46.354	23.516	12.908	25.061	34.516
JAWA BARAT	104.866	70.508	67.185	101.967	102.576
JAWA TENGAH	50.263	41.049	35.978	38.348	55.232
D I YOGYAKARTA	6.912	2.335	1.178	1.690	5.445
JAWA TIMUR	89.361	76.929	74.071	92.118	75.199
BANTEN	35.151	23.174	23.530	29.540	33.647
BALI	5.096	2.944	2.584	5.269	6.155
NUSA TENGGARA BARAT	21.408	11.735	11.913	13.852	13.255
NUSA TENGGARA TIMUR	6.620	2.764	1.686	3.091	4.621
KALIMANTAN BARAT	1.709	1.165	735	2.115	1.958
KALIMANTAN TENGAH	1.133	515	1.062	1.598	1.856

KALIMANTAN SELATAN	12.276	6.454	4.493	11.466	13.281
KALIMANTAN TIMUR	5.140	2.167	1.519	3.392	4.719
KALIMANTAN UTARA	1.387	322	685	1.342	1.270
SULAWESI UTARA	752	274	281	209	143
SULAWESI TENGAH	8.430	5.724	4.668	6.273	7.873
SULAWESI SELATAN	5.108	3.027	2.443	4.872	9.050
SULAWESI TENGGARA	3.648	1.283	1.048	1.515	1.572
GORONTALO	3.013	1.514	1.424	1.947	2.716
SULAWESI BARAT	1.484	565	396	744	848
MALUKU	1.105	561	554	817	1.196
MALUKU UTARA	834	373	330	741	984
PAPUA BARAT	1.304	1.291	338	1.063	750
PAPUA	17	0	1.953	2.990	2.197
Total	468172	309838	278261	386724	416435

<https://kemkes.go.id/id/category/profil-kesehatan>

Rincian Jumlah Penduduk Berdasarkan Provinsi Tahun 2019-2023

Provinsi	Jumlah Penduduk Menurut Provinsi di Indonesia (Ribuan Jiwa)				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	5316,3	5554,8	5274,9	5334,9	5409,2
SUMATERA UTARA	14639,4	15588,5	14799,4	14970,5	15180,5
SUMATERA BARAT	5479,5	5836,2	5534,5	5597,3	5677,6
RIAU	6835,1	6728,1	6394,1	6466,8	6555,8
JAMBI	2241,6	2183,3	2064,6	2089,9	2121,5
SUMATERA SELATAN	3566,2	3724,3	3548,2	3586,4	3633,2
BENGKULU	8497,2	8837,3	8467,4	8548,6	8647,3
LAMPUNG	1451,1	1531,5	1455,7	1471,8	1492
KEP. BANGKA BELITUNG	1971,8	2112,2	2010,7	2032,4	2059,4
KEPULAUAN RIAU	8457,6	9419,6	9007,8	4438,6	4496,6
DKI JAKARTA	10504,1	10684,9	10562,1	10605,4	10640
JAWA BARAT	49023,2	50345,2	48274,2	48738,8	49306,8
JAWA TENGAH	12714,3	12431,4	11904,6	12023	12167
D I YOGYAKARTA	34552,5	37892,3	36516	36811,1	37180,4
JAWA TIMUR	3868,6	3759,5	3668,7	3687,8	3712,6
BANTEN	39744,8	41814,5	40665,7	40921,1	41230
BALI	5045,7	5695,5	5414,4	5474,7	5549,7
NUSA TENGGARA BARAT	2649,8	2809,7	2670	2700,1	2737,2
NUSA TENGGARA TIMUR	4216,3	4273,4	4073,6	4116,9	4170,2
KALIMANTAN BARAT	3619,7	4045,9	3766	3803,5	3856,8

KALIMANTAN TENGAH	695,6	739,8	701,8	710	720,1
KALIMANTAN SELATAN	2494,1	2701,8	2621,9	2639,5	2660,8
KALIMANTAN TIMUR	1176,4	1227,8	1171,7	1183,5	1198,4
KALIMANTAN UTARA	3042,1	3121,8	2985,7	3015	3051,2
SULAWESI UTARA	8819,5	9463,4	9073,5	9156,9	9260,1
SULAWESI TENGAH	1359,2	1503,2	1419,2	1436,7	1458,9
SULAWESI SELATAN	2663,7	2793,1	2624,9	2659,9	2704,6
SULAWESI TENGGARA	4362	4433,3	4317,4	4343,4	4374,3
GORONTALO	5152,4	5646	5320,1	5387,2	5474
SULAWESI BARAT	5437,2	5656	5325,6	5394,4	5481,8
MALUKU	1768,5	1945,6	1848,9	1869,5	1895,1
MALUKU UTARA	1235,7	1355,6	1282,9	1299,6	1318,5
PAPUA BARAT	963,6	1205,8	1134,1	1149,4	1168,4
PAPUA	3347,1	4542,6	4303,7	4356,8	4429,7
Indonesia	266911,9	281603,8	270203,9	272679,2	275719,9

<https://sulut.bps.go.id/id/statistics-table/2/OTU4IzI=/jumlah-penduduk-menurut-provinsi-di-indonesia.html>

Rincian Jumlah Kematian Ibu Berdasarkan Provinsi Tahun 2019-2023

Provinsi	Jumlah Kematian Ibu				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	157	201	208	106	134
SUMATERA UTARA	202	195	248	119	202
SUMATERA BARAT	116	178	193	90	118
RIAU	119	158	180	98	136
JAMBI	59	177	75	57	50
SUMATERA SELATAN	105	175	131	81	106
BENGKULU	35	179	50	28	38
LAMPUNG	111	192	187	92	110
KEP. BANGKA BELITUNG	36	198	62	32	39
KEPULAUAN RIAU	41	142	99	24	49
DKI JAKARTA	100	48	129	101	115
JAWA BARAT	684	187	1.204	571	792
JAWA TENGAH	416	183	976	359	466
D I YOGYAKARTA	36	58	162	39	26
JAWA TIMUR	520	184	1.279	486	499
BANTEN	212	127	298	175	209
BALI	45	85	125	64	40
NUSA TENGGARA BARAT	97	257	144	95	97
NUSA TENGGARA TIMUR	118	316	181	160	135
KALIMANTAN BARAT	117	246	183	98	136

KALIMANTAN TENGAH	74	200	96	44	77
KALIMANTAN SELATAN	63	224	140	81	102
KALIMANTAN TIMUR	79	177	169	74	83
KALIMANTAN UTARA	21	194	29	10	20
SULAWESI UTARA	51	230	64	9	42
SULAWESI TENGAH	97	264	109	48	67
SULAWESI SELATAN	144	192	195	175	184
SULAWESI TENGGARA	66	226	113	64	74
GORONTALO	40	266	51	21	23
SULAWESI BARAT	49	274	60	46	48
MALUKU	52	261	63	20	77
MALUKU UTARA	47	255	58	38	50
PAPUA BARAT	46	343	49	46	31
PAPUA	66	565	79	21	29
Total	4221	7157	7389	3572	4404

<https://kemkes.go.id/id/category/profil-kesehatan>

Rincian Jumlah PDRB per Kapita Berdasarkan Provinsi Tahun 2019-2023

Provinsi	Jumlah PDRB per Kapita				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	24842,3	25018,28	25356,45	26061,53	26800,13
SUMATERA UTARA	36853,59	36175,16	36582,07	37780,55	39140,19
SUMATERA BARAT	31427,29	30696,21	31264,98	32166,76	33188,07
RIAU	72509,14	76884,74	78319,23	80773,87	83070,74
JAMBI	41812,35	41926,04	42898,41	44515,14	46009,74
SUMATERA SELATAN	37125,75	37323,24	38182,24	39723,97	41283,99
BENGKULU	23504,53	23105,92	23545,64	24238,47	24952,74
LAMPUNG	28894,5	26746,64	27149,57	27973,81	28907,12
KEP. BANGKA BELITUNG	37173,14	36307,61	37620,69	38743,13	39907,76
KEPULAUAN RIAU	81138,52	85012,58	86584,63	89612,57	92869,32
DKI JAKARTA	174812,5	170089	175004,6	183598,5	192134
JAWA BARAT	30413,37	30180,54	30935,23	32246,78	33481,96
JAWA TENGAH	28695,92	26483,68	27092,91	28248,16	29367,22
D I YOGYAKARTA	27008,68	27754,47	29115,86	30410,57	31747,86
JAWA TIMUR	41512,2	39686,19	40779,82	42635,84	44423,32
BANTEN	35913,9	37165,16	38339,42	39790,24	41228,21
BALI	37297,5	34216,52	33123,79	34481,06	36203,04
NUSA TENGGARA BARAT	18219,11	17583,11	17715,84	18647,1	18687,2
NUSA TENGGARA TIMUR	12761,98	12960,95	13076,68	13264,15	13509,37
KALIMANTAN BARAT	27199,78	24953,61	25793,51	26734,57	27560,34

KALIMANTAN TENGAH	37870,47	37148,73	37955,03	39856,48	40959,59
KALIMANTAN SELATAN	31611,46	32212,3	32894,85	34132,71	35342,1
KALIMANTAN TIMUR	134410,6	125764,5	127368,1	131238,6	137510,4
KALIMANTAN UTARA	88299,52	86823,59	88973,51	92392,97	95638,09
SULAWESI UTARA	35687,44	33670,44	34776,43	36368,64	38064,2
SULAWESI TENGAH	42054,5	45052,32	49690,23	56577,06	62584,06
SULAWESI SELATAN	37474,29	36246,26	37501,45	38975,18	40290,12
SULAWESI TENGGARA	35309,9	35708,6	36570,47	37956,13	39342,46
GORONTALO	24167,56	24313,38	24594,17	25268,51	26083,3
SULAWESI BARAT	24163,56	22666,22	22898,21	23060,66	23903,25
MALUKU	17556,86	16688,12	17053,15	17717,1	18392,92
MALUKU UTARA	21524,99	21915,03	25190,72	30526,49	36267,29
PAPUA BARAT	64418,52	54487,7	53324,2	53506,8	71924,23
PAPUA	40203,42	32108,51	36420,15	39112,71	47321,1
Indonesia	1483869	1445075	1483692	1548337	1638095

<https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/Mjg4IzI=/-seri-2010--produk-domestik-regional-bruto-per-kapita--ribu-rupiah-.html>

Rincian Pertumbuhan Jumlah Peserta JKN Berdasarkan Provinsi Tahun 2019-2023

Provinsi	Pertumbuhan Jumlah Peserta JKN				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	-0,033	0,010	0,025	-0,018	0,046
SUMATERA UTARA	0,070	0,030	0,055	0,034	0,055
SUMATERA BARAT	0,058	0,030	0,046	-0,023	0,085
RIAU	0,112	0,057	0,061	0,092	0,152
JAMBI	0,099	0,050	0,053	0,028	0,067
SUMATERA SELATAN	0,296	0,032	0,080	0,029	0,107
BENGKULU	0,058	0,021	0,072	0,103	0,059
LAMPUNG	0,144	0,029	0,053	0,039	0,137
KEP. BANGKA BELITUNG	0,056	0,029	0,099	0,082	0,063
KEPULAUAN RIAU	0,087	0,029	0,079	0,066	0,063
DKI JAKARTA	0,019	-0,368	0,044	0,623	0,039
JAWA BARAT	0,063	0,076	0,040	0,014	0,072
JAWA TENGAH	0,079	0,049	0,032	-0,007	0,087
D I YOGYAKARTA	-0,016	0,016	0,024	0,012	0,031
JAWA TIMUR	0,076	0,053	0,065	0,040	0,087
BANTEN	0,099	-0,110	0,132	0,083	0,068
BALI	0,152	-0,041	0,043	0,008	0,039
NUSA TENGGARA BARAT	0,141	0,036	0,021	0,028	0,113

NUSA TENGGARA TIMUR	0,061	0,050	0,033	0,064	0,051
KALIMANTAN BARAT	0,163	0,016	0,049	0,069	0,112
KALIMANTAN TENGAH	0,179	-0,054	0,067	0,108	0,061
KALIMANTAN SELATAN	0,277	0,072	0,073	0,008	0,099
KALIMANTAN TIMUR	0,066	0,005	0,088	0,052	0,060
KALIMANTAN UTARA	0,020	0,042	0,048	0,036	0,054
SULAWESI UTARA	0,049	-0,037	0,062	-0,049	0,032
SULAWESI TENGAH	0,123	-0,060	0,138	-0,045	0,152
SULAWESI SELATAN	0,054	-0,004	0,039	-0,023	-0,834
SULAWESI TENGGARA	0,082	-0,034	0,062	0,021	2,567
GORONTALO	-0,086	-0,102	0,165	0,000	0,030
SULAWESI BARAT	0,110	0,009	0,040	-0,013	0,987
MALUKU	0,021	-0,018	0,073	0,114	0,052
MALUKU UTARA	0,096	-0,061	0,151	0,118	0,144
PAPUA BARAT	0,024	-0,134	0,030	0,033	2,927
PAPUA	0,031	-0,278	0,522	0,012	-0,696

<https://kemkes.go.id/id/category/profil-kesehatan>

Rincian Jumlah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut Yang Bekerja Sama Dengan BPJS Kesehatan Berdasarkan Provinsi Tahun 2019-2023

Provinsi	Jumlah Fasilitas Kesehatan				
	2019	2020	2021	2022	2023
Aceh	64	65	69	84	86
SUMATERA UTARA	157	158	179	167	178
SUMATERA BARAT	66	64	67	79	85
RIAU	63	68	72	68	73
JAMBI	29	31	39	36	37
SUMATERA SELATAN	64	68	74	83	85
BENGKULU	19	20	23	27	26
LAMPUNG	79	82	89	76	88
KEP. BANGKA BELITUNG	18	18	20	25	25
KEPULAUAN RIAU	29	30	31	39	40
DKI JAKARTA	181	185	191	176	183
JAWA BARAT	327	356	379	447	470
JAWA TENGAH	249	284	311	326	345
D I YOGYAKARTA	62	63	68	74	74
JAWA TIMUR	322	339	367	397	426
BANTEN	97	100	106	114	122
BALI	58	68	70	76	77

NUSA TENGGARA BARAT	29	31	36	38	43
NUSA TENGGARA TIMUR	45	44	49	51	53
KALIMANTAN BARAT	44	44	48	59	57
KALIMANTAN TENGAH	22	24	24	27	28
KALIMANTAN SELATAN	42	41	43	49	53
KALIMANTAN TIMUR	43	46	49	56	60
KALIMANTAN UTARA	5	7	8	9	10
SULAWESI UTARA	43	44	50	54	61
SULAWESI TENGAH	30	30	31	36	37
SULAWESI SELATAN	95	98	106	97	129
SULAWESI TENGGARA	27	28	31	35	37
GORONTALO	13	17	16	20	21
SULAWESI BARAT	9	10	10	12	13
MALUKU	23	25	27	29	28
MALUKU UTARA	14	14	14	17	17
PAPUA BARAT	14	14	16	17	34
PAPUA	30	31	32	34	19
Total	2412	2547	2745	2934	3120

<https://kemkes.go.id/id/category/profil-kesehatan>

- **Statistika Deskriptif**

	NAK	PPB	JP	AKI	PDRBK	JPJKN	JFK
Mean	1.61E+10	10937.82	7986.829	157.3118	3.764647	0.081412	80.92941
Median	1.29E+10	2740.000	4244.850	106.0000	4.485000	0.052000	45.50000
Maximum	8.01E+10	104866.0	50345.20	1279.000	22.94000	2.927000	470.0000
Minimum	3.67E+09	0.000000	695.6000	9.000000	-15.74000	-0.834000	5.000000
Std. Dev.	1.08E+10	21355.85	11280.32	184.2271	4.193371	0.326932	96.23981
Skewness	2.404600	2.915371	2.599403	3.557763	0.298672	6.448420	2.324445
Kurtosis	11.47112	10.99953	8.722015	18.60869	9.466170	55.05553	7.799059
Jarque-Bera	672.1249	694.0959	423.3640	2084.356	298.6913	20372.42	316.2222
Probability	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Sum	2.74E+12	1859430.	1357761.	26743.00	639.9900	13.84000	13758.00
Sum Sq. Dev.	1.98E+22	7.71E+10	2.15E+10	5735798.	2971.757	18.06353	1565295.
Observations	170	170	170	170	170	170	170

B. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan Anggaran Kesehatan di Indonesia

Sebelum menjawab pertanyaan dalam kuisisioner ini, mohon saudara mengisi data berikut terlebih dahulu. (Jawaban yang saudara berikan akan dipperlakukan secara rahasia).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor ekonomi, faktor teknologi, faktor psikologis, faktor sosial dan faktor religius pinjaman *online* yang mempengaruhi pinjaman dan judi *online* di Indonesia. Semua informasi yang Anda berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini. Jika anda memilih salah satu pilihan dari 1 s/d 7 dari tidak setuju s/d setuju berikan tanda () pada kolom yang dipilih. Atas perhatian dan kerjasamanya, saya ucapkan terimakasih.

Berikut daftar kuisisioner saya :

I. Identitas Responden

Email

.....

Nama

.....

Jenis Kelamin

.....

Usia :

- a. ≤ 20
- b. 21-30
- c. 31-40
- d. 41-50
- e. 51-60
- f. > 60

Status Pekerjaan :

- a. Pegawai Negeri
- b. Pegawai Swasta
- c. Wiraswasta
- d. Mahasiswa
- e. Tidak Bekerja

Tingkat Pendidikan :

- a. SMP
- b. SMA/SMK
- c. Diploma
- d. S1

Kondisi Kesehatan Saat ini :

- a. Sangat Baik
- b. Baik
- c. Cukup

- d. Buruk
- e. Sangat Buruk

Apakah Pengguna Layanan BPJS Kesehatan :

- a. Ya
- b. Ya, Tidak Aktif
- c. Tidak

I. Pertanyaan Khusus

Pada bagian ini diharapkan Saudara/i mengisi semua pertanyaan berdasarkan kondisi sesuai dengan keadaan di lapangan. Dimana, pada bagian ini responden dapat memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1 = Sangat Tidak Setuju
- 2 = Tidak Setuju
- 3 = Agak Tidak Setuju
- 4 = Netral
- 5 = Agak Setuju
- 6 = Setuju
- 7 = Sangat Setuju

Variabel Kualitas Sumber Daya Manusia

No	Variabel Pernyataan Kualitas Sumber Daya Manusia	Alternatif Jawaban						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Sehat dan jarang mengalami gangguan kesehatan yang menghambat aktivitas kerja.							
2.	Jarang absen dari pekerjaan/studi karena masalah kesehatan							
3.	Rutin menjalani pemeriksaan kesehatan untuk memastikan kondisi tubuh tetap prima							
4.	Mengonsumsi makanan bergizi seimbang setiap hari							
5.	Memiliki akses yang mudah ke fasilitas kesehatan jika diperlukan							
6.	Menjaga keseimbangan antara waktu kerja dan waktu istirahat							

II. Pertanyaan Khusus

Pada bagian ini diharapkan Saudara/i mengisi semua pertanyaan berdasarkan kondisi sesuai dengan keadaan di lapangan. Dimana, pada bagian

ini responden dapat memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1= Sangat Tidak Setuju
- 2 = Tidak Setuju
- 3 = Agak Tidak Setuju
- 4 = Netral
- 5 = Agak Setuju
- 6 = Setuju
- 7 = Sangat Setuju

Variabel Ekonomi

No	Variabel Pernyataan Faktor Ekonomi	Alternatif Jawaban						
		1	2	3	4	5	6	7
<i>Tingkat Kemiskinan</i>								
1.	BPJS Kesehatan membantu dalam mendapatkan layanan kesehatan meskipun saya memiliki keterbatasan ekonomi.							
2.	Biaya kesehatan yang ditanggung BPJS sangat membantu dalam mengurangi beban ekonomi.							
3.	Program BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) sangat membantu masyarakat miskin dalam mendapatkan layanan kesehatan.							
<i>Infrastruktur</i>								
1.	Mengalami kesulitan mendapatkan layanan kesehatan karena fasilitas kesehatan BPJS terlalu penuh atau antrean terlalu lama.							
2.	Pemerintah perlu meningkatkan infrastruktur kesehatan agar layanan BPJS lebih optimal bagi masyarakat.							
<i>Pengangguran</i>								
1.	Mengalami kesulitan dalam membayar iuran BPJS setelah menganggur.							
2.	Tetap dapat menggunakan BPJS Kesehatan meskipun sedang menganggur..							
3.	BPJS Kesehatan menjadi beban tambahan setelah menganggur.							
<i>Pendapatan per Kapita</i>								
1.	BPJS Kesehatan membantu mengurangi pengeluaran untuk biaya kesehatan.							
2.	Jika tidak memiliki BPJS Kesehatan, saya akan kesulitan membayar biaya kesehatan sendiri.							

3.	BPJS Kesehatan perlu memberikan lebih banyak manfaat bagi peserta dari golongan ekonomi menengah ke bawah..																		
Anggaran Pendidikan																			
1.	Jika biaya kesehatan lebih rendah, dapat mengalokasikan lebih banyak dana untuk pendidikan.																		
2.	Kondisi kesehatan yang baik memungkinkan untuk lebih fokus dalam belajar atau bekerja.																		

III. Pertanyaan Khusus

Pada bagian ini diharapkan Saudara/i mengisi semua pertanyaan berdasarkan kondisi sesuai dengan keadaan di lapangan. Dimana, pada bagian ini responden dapat memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1 = Sangat Tidak Setuju

2 = Tidak Setuju

3 = Agak Tidak Setuju

4 = Netral

5 = Agak Setuju

6 = Setuju

7 = Sangat Setuju

Variabel Sosial

No	Variabel Pernyataan Faktor Sosial	Alternatif Jawaban						
		1	2	3	4	5	6	7
Interaksi Sosial								
1.	Status sosial-ekonomi memengaruhi kemampuan dalam membayar iuran BPJS.							
2.	Mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar terkait akses layanan BPJS Kesehatan.							
Keluarga								
1.	Kehadiran BPJS Kesehatan membantu keluarga dalam mengurangi beban biaya kesehatan.							
2.	Merasa lebih tenang karena keluarga terlindungi oleh BPJS Kesehatan.							
Budaya								
1.	Ada kepercayaan di lingkungan bahwa pengobatan tradisional lebih baik dibanding layanan BPJS Kesehatan.							
2.	BPJS Kesehatan mengubah cara masyarakat melihat pentingnya akses layanan kesehatan.							

Diskriminasi Sosial							
1.	Diperlakukan berbeda oleh tenaga medis karena status kepesertaan BPJS.						
2.	Mengalami hambatan administratif (proses klaim, antrian, dsb. saat menggunakan BPJS Kesehatan).						
3.	Ada stigma negatif terhadap pengguna BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran).						

VI. Pertanyaan Khusus

Pada bagian ini diharapkan Saudara/i mengisi semua pertanyaan berdasarkan kondisi sesuai dengan keadaan di lapangan. Dimana, pada bagian ini responden dapat memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1= Sangat Tidak Setuju
- 2 = Tidak Setuju
- 3 = Agak Tidak Setuju
- 4 = Netral
- 5 = Agak Setuju
- 6 = Setuju
- 7 = Sangat Setuju

Variabel Kesehatan

No	Variabel Pernyataan Faktor Kesehatan	Alternatif Jawaban						
		1	2	3	4	5	6	7
Akses Terhadap Layanan Kesehatan								
1.	Mudah mengakses layanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan.							
2.	Puas dengan kualitas layanan kesehatan yang diberikan melalui BPJS.							
3.	Lebih sering memeriksakan kesehatan sejak memiliki BPJS.							
Kesadaran Kesehatan								
1.	Lebih peduli terhadap kesehatan sejak menjadi peserta BPJS.							
2.	Rutin melakukan pemeriksaan kesehatan (cek darah, tekanan darah, dsb.) dengan BPJS.							
Sanitasi								
1.	Memiliki akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai.							

2.	Memahami pentingnya kebersihan lingkungan untuk mencegah penyakit.								
Pola makan									
1.	Memiliki kebiasaan makan makanan sehat setiap hari.								
2.	Sering mengonsumsi makanan dalam jumlah berlebihan saat stres.								

V. Pertanyaan Khusus

Pada bagian ini diharapkan Saudara/i mengisi semua pertanyaan berdasarkan kondisi sesuai dengan keadaan di lapangan. Dimana, pada bagian ini responden dapat memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1 = Sangat Tidak Setuju

2 = Tidak Setuju

3 = Agak Tidak Setuju

4 = Netral

5 = Agak Setuju

6 = Setuju

7 = Sangat Setuju

Variabel Teknologi

No	Variabel Pernyataan Faktor Teknologi	Alternatif Jawaban						
		1	2	3	4	5	6	7
Adopsi Teknologi								
1.	Mengetahui adanya layanan digital BPJS Kesehatan seperti aplikasi Mobile JKN dan antrean online.							
2.	Menggunakan layanan digital BPJS Kesehatan untuk mengakses informasi atau layanan kesehatan.							
3.	Digitalisasi dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan.							
Inovasi								
1.	Informasi tentang inovasi BPJS Kesehatan masih kurang tersosialisasikan kepada masyarakat							
2.	BPJS Kesehatan perlu terus berinovasi untuk meningkatkan pengalaman pengguna dalam mengakses layanan kesehatan.							
Digitalisasi								

1.	BPJS Kesehatan harus lebih aktif dalam memberikan edukasi digital kepada penggunanya agar lebih siap menghadapi era digital.								
2.	Kemudahan akses layanan BPJS Kesehatan berbasis teknologi dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat.								

Jawaban Responden Kuesioner Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan Anggaran Kesehatan di Indonesia

1. Jawaban Responden Kuesioner Variabel Kualitas Sumber Daya Manusia

No	F0.1	F0.2	F0.3	F0.4	F0.5	F0.6
1	4	7	1	4	4	3
2	6	6	3	7	5	5
3	4	4	4	5	5	5
4	6	6	4	5	4	3
5	6	6	5	5	5	3
6	7	7	2	4	3	6
7	3	7	5	7	6	7
8	6	7	5	6	6	7
9	7	7	3	5	6	6
10	6	6	3	7	7	7
11	6	6	2	3	6	7
12	7	7	5	5	6	7
13	5	4	2	3	5	5
14	4	3	5	4	6	4
15	6	5	6	5	5	6
16	6	6	3	2	5	4
17	3	5	2	3	5	3
18	7	7	4	7	7	3
19	6	5	4	4	6	4
20	6	6	5	5	5	5
21	6	6	4	4	5	6
22	7	7	1	5	7	6
23	6	5	1	2	6	6
24	7	7	5	6	3	7
25	7	7	6	6	6	7
26	6	1	1	7	2	4
27	6	7	2	5	6	5
28	7	6	6	6	6	7
29	3	6	2	5	3	4
30	6	4	6	6	7	5
31	7	6	6	7	5	6
32	5	2	6	5	3	5
33	7	6	6	6	7	7
34	5	6	4	5	6	5
35	5	4	3	6	6	6
36	6	6	4	6	7	6

37	3	3	6	3	5	4
38	7	7	6	5	7	7
39	1	7	6	6	7	1
40	2	1	3	3	5	2
41	5	4	3	3	5	4
42	1	6	3	5	5	4
43	7	7	7	7	7	7
44	5	5	5	6	4	5
45	2	2	5	6	5	5
46	3	2	5	3	5	4
47	4	5	4	6	6	5
48	5	5	6	7	7	7
49	5	6	6	7	6	7
50	2	2	3	5	6	6
51	5	6	7	5	6	5
52	6	6	7	5	6	4
53	5	6	7	7	6	7
54	3	3	2	4	5	4
55	2	4	4	4	5	5
56	3	3	4	4	3	2
57	3	4	4	3	5	4
58	3	4	6	4	4	5
59	5	7	6	7	6	7
60	3	5	5	6	4	5
61	6	6	4	4	5	6
62	2	2	6	3	2	3
63	3	4	2	4	3	3
64	4	6	3	5	5	5
65	3	2	4	4	2	3
66	6	7	3	6	6	6
67	7	7	1	4	6	7
68	2	4	4	4	3	2
69	5	5	6	4	5	5
70	2	3	6	5	7	3
71	5	5	6	7	7	6
72	6	7	7	6	7	7
73	5	5	4	5	5	6
74	6	7	4	7	5	7
75	5	6	7	6	7	6
76	7	7	4	5	6	6
77	5	5	6	6	5	7
78	5	5	3	5	5	5
79	3	2	7	5	5	6

80	6	7	5	6	7	5
81	3	5	3	3	6	6
82	3	6	7	4	7	6
83	7	7	6	5	6	7
84	5	6	7	5	6	6
85	5	5	6	7	6	7
86	3	5	2	3	4	5
87	6	6	5	7	7	6
88	5	5	4	4	6	4
89	4	3	4	4	5	6
90	6	7	2	4	2	5
91	5	5	6	6	7	5
92	6	6	5	5	6	6
93	6	7	6	6	6	7
94	7	1	6	6	7	7
95	6	7	5	6	4	5
96	6	6	7	5	6	6
97	4	6	6	3	5	5
98	6	6	2	4	6	4
99	7	6	5	6	5	5
100	2	1	6	7	5	4

2. Jawaban Responden Kuesioner Faktor Ekonomi

No	F1. 1	F1. 2	F1. 3	F1. 4	F1. 5	F1. 6	F1. 7	F1. 8	F1. 9	F1.1 0	F1.1 1	F1.1 2	F1.1 3
1	6	6	4	4	7	5	4	5	4	5	7	5	4
2	5	6	5	5	7	3	6	4	6	7	7	7	7
3	6	5	5	5	7	4	7	4	4	6	5	7	6
4	4	4	5	7	7	2	3	6	5	5	6	6	7
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6	4	7	7	7	7	4	6	5	7	7	7	6	7
7	7	7	6	6	7	1	5	1	7	5	7	6	7
8	7	7	7	2	7	1	6	2	7	7	7	7	7
9	6	6	6	5	7	5	3	6	6	6	6	6	6
10	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	6	7
11	7	7	7	2	6	2	7	3	6	7	7	7	7
12	7	7	7	4	7	4	7	2	7	7	7	7	7
13	5	6	5	6	7	3	4	3	6	5	6	6	6
14	4	5	5	6	7	1	7	1	7	4	5	6	7
15	7	7	6	6	6	6	5	6	7	7	7	6	6
16	5	4	5	3	7	4	5	4	5	6	7	6	6
17	5	6	7	2	6	4	7	2	7	7	7	7	7

18	7	7	5	3	4	5	4	2	7	6	7	6	7
19	5	6	6	6	7	7	6	5	5	7	7	7	7
20	5	6	6	7	7	3	4	5	6	6	7	7	7
21	6	6	6	7	7	6	6	5	7	7	7	7	7
22	7	7	7	5	7	1	7	1	7	7	7	5	7
23	7	6	7	7	7	7	5	6	6	7	7	7	7
24	6	7	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6
25	7	7	6	7	7	7	7	7	6	6	7	7	6
26	5	5	3	2	7	1	1	1	5	3	7	7	7
27	7	6	6	6	7	5	5	4	5	6	7	6	7
28	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
29	5	2	6	7	4	2	4	5	5	2	5	5	6
30	7	6	6	6	7	6	6	5	7	6	7	6	6
31	7	6	5	6	4	7	6	5	6	4	7	7	5
32	5	5	6	4	5	7	6	5	7	6	7	3	6
33	6	6	7	7	5	6	4	7	7	7	6	6	7
34	6	6	5	3	5	3	5	3	6	4	5	5	5
35	6	7	7	6	7	1	6	2	7	4	6	5	7
36	6	5	7	7	7	3	6	4	5	5	7	6	5
37	3	3	2	6	3	6	6	5	3	5	6	5	5
38	7	6	5	6	6	6	6	4	5	6	6	6	4
39	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
40	6	7	5	5	5	7	6	6	4	6	5	6	6
41	3	3	2	5	5	4	4	3	6	4	6	3	4
42	7	6	7	5	7	5	3	3	6	6	7	6	6
43	6	7	7	3	6	3	6	3	6	4	6	7	7
44	4	6	6	5	6	4	4	5	6	5	7	5	6
45	5	5	5	5	5	5	4	5	4	6	6	5	7
46	7	7	7	4	6	3	5	5	6	7	7	7	7
47	7	7	5	4	6	5	5	4	6	6	7	7	6
48	6	5	7	6	7	5	6	4	3	2	5	7	5
49	6	7	5	5	7	7	6	5	6	6	7	6	5
50	7	7	6	6	7	3	6	2	6	7	6	6	7
51	6	6	6	6	6	1	4	4	6	6	7	7	7
52	7	7	7	5	6	2	6	3	6	4	6	6	7
53	7	6	7	7	7	5	5	6	7	6	7	7	6
54	5	5	5	6	7	5	5	6	6	6	7	7	7
55	6	7	7	5	7	6	5	5	5	6	6	6	5
56	5	5	6	7	7	3	5	4	5	5	6	6	6
57	5	5	4	4	7	4	4	3	5	6	7	5	7
58	5	6	6	7	7	6	5	3	5	6	7	5	7
59	7	5	6	5	7	5	6	5	6	7	7	7	7
60	6	5	6	6	7	5	4	6	5	7	5	4	5

61	5	5	6	6	7	6	5	5	6	5	7	6	6
62	6	7	3	6	7	6	5	7	2	6	7	7	6
63	5	4	5	3	6	2	3	2	4	3	5	3	6
64	5	6	6	6	5	7	4	5	6	6	6	5	5
65	4	6	5	4	5	6	5	5	5	5	5	5	6
66	6	6	7	6	6	1	5	4	6	4	6	6	7
67	7	7	7	7	7	1	4	1	7	7	7	1	7
68	6	5	6	5	7	6	6	7	7	6	6	6	7
69	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6
70	7	6	7	6	7	4	5	5	6	7	6	5	7
71	7	7	6	6	7	7	6	6	6	6	7	7	7
72	7	6	6	5	6	5	7	6	7	5	6	6	7
73	5	7	4	7	7	4	5	5	5	5	6	6	7
74	5	5	5	4	5	3	4	4	5	2	6	6	7
75	6	7	6	6	7	7	6	5	6	7	6	6	5
76	6	6	7	4	7	2	2	2	5	7	6	4	7
77	6	5	5	6	6	5	4	5	5	6	5	5	5
78	5	5	5	5	7	4	5	5	5	5	5	5	5
79	7	7	6	4	7	5	6	3	7	7	7	6	7
80	7	7	7	7	7	4	6	6	6	7	7	7	7
81	6	7	7	3	7	4	6	3	6	7	6	6	7
82	7	6	7	6	5	6	5	6	5	7	5	6	7
83	7	6	7	7	6	1	2	3	7	7	7	2	7
84	6	5	6	4	6	4	6	5	6	5	6	4	6
85	7	6	5	7	7	7	6	7	5	6	6	7	7
86	6	7	7	6	7	5	6	7	7	7	7	7	7
87	4	6	7	6	5	3	4	5	6	5	5	6	4
88	6	6	6	6	7	7	6	6	7	6	7	5	6
89	7	5	6	5	7	3	5	3	5	7	5	7	6
90	5	5	6	7	7	7	1	7	5	6	7	4	6
91	7	6	7	5	6	6	6	7	7	5	6	7	6
92	6	5	5	5	6	2	3	5	5	6	6	5	6
93	7	7	6	6	7	7	6	7	6	6	5	6	6
94	6	7	6	5	7	6	6	3	6	4	6	5	7
95	4	4	5	6	5	6	5	4	6	6	5	5	6
96	6	6	7	6	5	7	7	6	7	7	5	7	6
97	7	7	5	7	7	4	4	4	6	7	7	3	7
98	6	7	7	6	6	3	6	2	6	7	6	6	7
99	5	6	5	5	6	6	7	7	6	6	6	7	7
100	7	6	6	5	5	3	7	5	4	6	6	5	6

3. Jawaban Responden Kuesioner Faktor Sosial

No	F2.1	F2.2	F2.3	F2.4	F2.5	F2.6	F2.7	F2.8	F2.9
1	4	4	6	6	3	4	4	4	4
2	6	6	6	6	4	6	5	3	3
3	5	4	4	4	4	4	6	5	5
4	6	3	5	6	5	7	7	6	7
5	4	4	4	6	5	5	5	5	5
6	7	3	7	7	5	6	7	7	7
7	7	7	7	7	7	7	7	1	7
8	5	7	7	7	7	7	7	6	7
9	6	6	6	6	2	6	6	5	2
10	6	6	7	7	4	6	6	6	4
11	5	7	7	7	2	7	1	1	3
12	1	7	7	7	2	7	4	2	2
13	5	5	5	5	2	5	6	5	5
14	4	5	6	5	4	5	5	3	5
15	6	5	6	5	5	6	6	6	5
16	5	4	6	5	2	5	2	2	5
17	7	6	6	7	7	7	4	3	6
18	7	7	7	7	4	5	6	2	4
19	5	5	7	6	6	6	7	6	7
20	6	6	6	6	2	6	7	7	5
21	7	6	7	7	5	7	7	6	6
22	1	5	7	6	2	5	3	4	2
23	6	5	7	7	5	6	7	7	7
24	6	7	6	6	1	7	5	4	5
25	6	6	7	7	3	6	3	3	3
26	4	1	7	7	4	7	7	5	7
27	6	6	6	6	6	5	5	5	2
28	6	7	7	7	6	7	6	7	7
29	5	2	6	5	6	4	6	4	2
30	6	7	6	6	7	7	6	6	7
31	4	6	5	7	6	5	6	6	6
32	7	6	5	5	6	6	7	7	5
33	7	7	6	7	7	6	4	7	6
34	5	6	6	6	3	5	3	4	4
35	6	6	7	6	2	6	6	3	3
36	7	7	7	7	7	7	7	7	7
37	6	3	4	4	5	3	6	7	6
38	6	5	5	6	7	5	5	6	5
39	7	7	7	7	7	7	1	1	7

40	6	6	5	5	7	6	5	6	6
41	5	4	5	3	5	5	5	4	6
42	6	6	7	7	5	6	4	5	3
43	6	6	6	6	6	6	5	5	5
44	5	6	6	6	6	5	5	6	6
45	6	5	6	5	5	5	5	5	5
46	6	5	7	7	4	6	4	3	6
47	5	6	6	7	6	7	7	6	4
48	7	5	3	5	6	4	5	6	5
49	5	6	7	3	3	5	6	7	5
50	3	6	6	7	1	6	2	2	1
51	6	6	6	6	6	6	5	2	3
52	4	5	6	6	2	6	3	4	5
53	7	7	6	7	3	6	6	7	6
54	6	5	6	6	3	6	5	5	6
55	6	6	6	7	2	5	7	6	4
56	5	6	6	6	2	6	7	6	4
57	6	5	7	7	2	6	5	5	4
58	5	4	6	6	3	4	5	6	4
59	6	7	7	6	5	7	5	7	7
60	6	5	6	4	6	5	6	5	6
61	5	5	6	6	5	6	7	7	7
62	6	2	6	7	6	7	7	6	7
63	4	4	5	5	2	6	4	4	5
64	6	6	7	6	4	5	5	6	6
65	5	6	4	4	5	5	5	6	5
66	4	5	6	6	4	5	3	3	3
67	7	7	7	7	7	7	1	1	1
68	6	6	6	7	7	7	7	7	7
69	5	6	6	6	6	5	4	5	6
70	6	5	7	3	2	6	7	6	7
71	7	6	6	6	7	7	6	7	6
72	7	6	6	7	3	6	2	7	1
73	5	5	4	4	4	6	2	5	6
74	7	4	4	4	4	4	4	4	4
75	5	6	7	6	6	7	6	6	5
76	3	5	7	7	5	5	7	6	4
77	6	6	6	5	4	5	6	6	6
78	5	6	6	6	4	5	5	5	4
79	5	7	7	6	5	6	7	7	5
80	4	6	5	7	6	7	6	6	7
81	6	6	6	7	5	5	4	3	6
82	6	5	5	6	4	4	5	2	6

83	7	7	7	5	1	5	7	5	7
84	7	5	6	4	6	6	4	6	7
85	6	5	5	5	6	7	7	7	7
86	5	7	6	7	7	6	7	6	7
87	6	7	6	6	5	6	6	6	5
88	5	5	6	6	6	7	7	7	7
89	7	5	4	3	5	6	7	7	7
90	7	3	4	2	1	4	7	7	7
91	6	7	7	6	6	6	7	7	6
92	6	6	5	6	4	6	6	6	5
93	7	6	6	7	7	6	5	6	6
94	5	5	6	7	4	5	3	4	4
95	6	5	5	6	6	5	4	5	6
96	7	6	5	7	6	6	5	7	6
97	6	6	7	6	3	6	4	4	3
98	7	6	7	6	3	6	2	6	5
99	7	6	6	6	7	7	7	7	6
100	5	7	6	7	6	5	6	7	6

4. Jawaban Responden Kuesioner Faktor Kesehatan

No	F3.1	F3.2	F3.3	F3.4	F3.5	F3.6	F3.7	F3.8	F3.9
1	4	4	3	4	1	5	7	7	7
2	6	5	3	5	3	7	7	7	5
3	4	5	4	5	4	7	7	7	7
4	6	4	4	4	4	5	6	6	5
5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
6	5	5	3	5	1	7	6	3	5
7	7	7	7	7	7	7	7	6	7
8	6	7	7	7	6	7	7	7	7
9	6	4	6	4	3	7	7	7	2
10	6	6	4	4	4	6	7	6	2
11	7	7	5	7	2	7	7	4	1
12	7	6	6	5	5	5	7	6	6
13	5	5	4	4	4	5	5	5	3
14	4	4	4	3	5	5	5	4	4
15	5	6	6	5	4	6	6	4	6
16	6	5	3	4	3	6	7	7	4
17	6	6	3	4	6	7	7	7	5
18	7	4	1	4	2	7	7	7	2
19	6	4	5	6	5	6	7	6	6
20	6	6	5	6	3	6	7	6	6
21	6	5	7	7	7	7	7	5	6

22	6	6	2	1	2	6	6	7	4
23	5	2	2	5	2	7	7	7	7
24	7	6	7	7	6	7	7	7	6
25	6	7	7	7	7	7	7	7	2
26	4	3	3	3	1	1	6	6	7
27	5	5	3	3	2	7	7	6	7
28	7	7	7	7	6	7	7	7	7
29	6	4	4	6	5	3	4	4	5
30	7	7	6	6	6	6	7	6	5
31	7	5	4	6	6	7	7	6	7
32	4	5	6	7	7	6	5	6	6
33	7	7	6	7	7	7	7	6	7
34	6	5	5	6	4	6	7	5	3
35	6	6	7	7	4	6	6	7	2
36	4	2	2	4	2	7	6	5	7
37	2	2	4	4	3	4	5	5	3
38	6	7	5	6	6	6	6	5	6
39	7	6	6	7	6	7	7	7	7
40	7	6	5	5	7	6	6	7	5
41	4	5	4	6	2	5	3	5	4
42	7	6	5	7	6	7	6	7	5
43	6	6	6	6	6	6	6	6	6
44	6	5	6	7	6	6	7	5	7
45	6	6	6	6	6	6	6	6	6
46	5	4	3	5	3	7	7	6	3
47	6	5	6	6	4	7	6	7	4
48	3	4	3	3	3	7	7	7	1
49	3	2	5	6	3	6	6	5	6
50	6	6	6	7	7	7	6	6	7
51	6	5	6	6	6	7	7	6	4
52	7	6	6	6	5	7	7	6	7
53	5	6	4	5	6	7	7	7	4
54	4	4	3	5	4	6	6	4	6
55	7	6	6	6	5	7	7	7	4
56	4	4	4	5	5	4	5	4	5
57	5	4	4	5	5	7	6	4	2
58	5	5	6	7	6	5	6	5	3
59	6	6	7	7	7	5	6	7	6
60	6	5	5	6	5	6	5	6	4
61	4	4	4	5	5	4	6	6	7
62	3	5	2	6	6	3	7	6	7
63	5	4	4	3	3	6	6	4	4
64	5	6	5	6	5	6	6	4	5

65	4	5	4	5	5	4	5	3	4
66	5	5	3	4	3	6	7	6	4
67	7	7	4	4	1	7	7	7	7
68	6	6	7	7	7	5	5	4	5
69	5	6	5	5	6	6	5	6	6
70	5	4	7	6	6	5	7	5	2
71	7	7	7	6	6	7	6	7	6
72	7	5	6	7	5	6	7	7	6
73	6	5	3	3	1	6	6	4	5
74	4	4	3	3	2	6	7	7	5
75	7	6	7	6	6	5	6	7	6
76	3	1	2	3	2	5	7	4	6
77	6	6	7	6	5	6	6	7	6
78	5	5	4	4	3	6	6	5	5
79	5	6	6	7	5	7	7	4	3
80	6	7	7	7	5	6	7	5	6
81	7	5	7	6	3	5	5	4	5
82	5	4	4	4	6	5	7	5	1
83	7	7	1	1	1	6	7	6	7
84	5	6	4	6	5	6	4	6	7
85	5	5	6	5	6	7	7	7	5
86	5	5	3	4	6	6	7	5	6
87	6	5	5	6	6	6	7	7	7
88	6	6	7	6	6	7	7	6	6
89	6	5	7	7	5	6	7	7	6
90	2	5	4	5	5	2	6	5	7
91	7	6	5	7	6	6	6	7	7
92	5	5	6	6	5	5	6	6	5
93	6	6	7	7	6	6	6	5	6
94	7	6	4	4	4	5	5	4	3
95	5	5	6	5	5	6	5	6	6
96	7	6	6	7	6	7	5	5	7
97	5	5	6	5	7	7	5	5	3
98	5	5	6	6	4	6	7	5	5
99	6	7	5	5	6	7	6	5	6
100	7	3	6	4	2	5	6	1	2

5. Jawaban Responden Kuesioner Faktor Teknologi

No	F4.1	F4.2	F4.3	F4.4	F4.5	F4.6	F4.7
1	7	7	7	7	7	7	7
2	7	5	6	7	7	7	7
3	6	6	5	5	6	5	3

4	6	6	5	5	5	5	5
5	6	6	6	6	6	6	6
6	3	1	7	7	7	7	7
7	1	1	7	7	7	7	7
8	6	6	7	7	7	6	6
9	7	7	7	6	7	7	6
10	7	6	6	6	7	7	7
11	7	7	7	7	7	7	7
12	7	7	7	7	7	7	7
13	6	6	6	6	6	7	5
14	6	5	5	5	6	5	5
15	6	6	5	5	6	4	6
16	7	7	4	5	7	6	5
17	7	7	7	2	7	6	7
18	7	7	7	4	4	7	4
19	6	3	5	6	6	6	6
20	7	7	7	7	7	7	7
21	6	6	6	6	7	7	7
22	6	7	7	6	7	7	7
23	2	2	4	6	7	6	7
24	7	7	7	6	6	7	7
25	6	7	7	7	7	6	7
26	3	2	3	4	7	3	4
27	2	1	6	7	7	7	7
28	7	6	7	7	7	7	7
29	6	3	5	6	6	4	5
30	6	7	6	6	6	7	6
31	7	5	6	5	6	5	5
32	6	6	5	4	4	7	2
33	7	7	6	5	7	6	6
34	6	6	5	4	5	6	7
35	7	6	7	5	6	7	7
36	6	6	5	5	7	7	7
37	3	3	4	6	6	6	4
38	6	7	7	7	6	7	6
39	6	7	6	1	7	6	7
40	7	6	5	5	6	6	7
41	6	4	5	3	5	2	5
42	6	7	6	5	7	7	6
43	6	6	6	6	6	6	6
44	5	5	5	6	6	5	7
45	6	6	6	6	6	6	5
46	7	7	5	7	5	7	7

47	7	7	5	6	7	5	6
48	6	6	5	5	4	5	5
49	5	6	5	6	5	6	4
50	7	6	6	6	7	7	6
51	6	6	6	5	6	6	6
52	7	7	7	5	6	6	7
53	7	6	7	7	6	6	7
54	5	5	6	7	7	7	6
55	5	6	7	6	6	7	5
56	5	6	4	6	5	6	5
57	7	5	7	7	7	6	7
58	6	5	7	5	6	7	4
59	7	6	6	5	7	6	7
60	5	6	4	6	5	4	5
61	5	6	4	5	6	6	6
62	6	5	7	6	7	7	6
63	6	5	6	4	5	5	4
64	5	5	5	6	6	5	6
65	3	3	4	4	5	5	3
66	4	4	4	4	5	5	5
67	7	7	6	7	7	7	7
68	5	6	6	7	7	7	7
69	5	6	6	6	6	6	4
70	1	6	5	7	6	7	5
71	7	6	6	6	7	7	7
72	5	6	6	3	6	7	7
73	5	5	6	6	6	7	7
74	1	1	6	4	5	5	6
75	6	7	6	5	6	7	6
76	7	2	5	5	7	7	7
77	6	6	5	5	7	7	7
78	6	5	5	5	7	7	7
79	7	7	6	3	7	7	7
80	6	7	7	6	6	7	6
81	7	6	6	5	6	6	7
82	7	7	7	5	6	6	6
83	7	7	7	1	7	5	7
84	5	6	7	4	7	6	6
85	5	5	6	7	7	6	7
86	7	7	7	7	7	7	6
87	5	6	7	5	6	7	7
88	7	7	6	7	6	7	6
89	6	7	5	6	5	7	6

90	2	3	6	7	6	7	5
91	6	6	7	7	6	5	7
92	6	6	7	5	7	6	6
93	6	7	7	7	6	6	7
94	7	7	7	4	5	5	7
95	5	6	5	5	6	6	5
96	6	6	7	6	5	6	6
97	7	7	6	7	6	7	7
98	7	7	7	6	7	5	6
99	7	7	6	6	6	5	6
100	5	6	6	5	6	7	6

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Data Pribadi

Nama : Meliana

NPM : 2105180032

Tempat dan Tanggal Lahir : Binjai, 17 Mei 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Kewarganegaraan : Indonesia

2. Data Pendidikan Formal

Tahun 2009-2015 : MI Negeri 1 Kutacane

Tahun 2015- 2018 : SMP Negeri 1 Kutacane

Tahun 2018-2021 : SMKS Tunas Pelita Binjai

Tahun 2021-2025: Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara