

**ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(JKN) TERHADAP KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)
DI INDONESIA**

SKRIPSI

*Diajukan untuk Memenuhi Sebagai Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi (SE)
Program Studi Ekonomi Pembangunan*



Oleh

Nama : NIDA AFIFAH AL ZAHRO HASIBUAN
NPM : 1405180037
Program Studi : Ekonomi Pembangunan

**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2018**



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

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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

PENGESAHAN UJIAN SKRIPSI

Panitia Ujian Strata-1 Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, dalam sidangnya yang diselenggarakan pada hari Selasa, tanggal 03 April 2018, pukul 14.00 WIB sampai dengan selesai, setelah mendengar, melihat, memperhatikan, dan seterusnya.

MEMUTUSKAN

Nama : NIDA AFIEAH AL ZAHRO HASIBUAN
NPM : 1405180037
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) TERHADAP KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) DI INDONESIA

Dinyatakan : (B/A) Lulus Yudisium dan telah memenuhi persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Tim Penguji

Penguji I

(Dra. Hj. LAILAN SAFINA HSB, M.Si)

Penguji II

(Dra. ROSWITA HAFNI, M.Si)

Pembimbing

(Dr. PRAWIDYA HARIANI RS)

Panitia Ujian

Ketua

(H. JANURI, S.E., M.M., M.Si.)

Sekretaris



(ADE GUNAWAN, S.E., M.Si.)



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini disusun oleh :

Nama : NIDA AFIFAH AL ZAHRO HSB
N.P.M : 1405180037
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL (JKN) TERHADAP KUALITAS SUMBER DAYA
MANUSIA (SDM) DI INDONESIA

Disetujui dan memenuhi persyaratan untuk diajukan dalam ujian
mempertahankan skripsi.

Medan, 27 Maret 2018

Pembimbing Skripsi

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

Diketahui/Disetujui
Oleh:

Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, SE, M.Si

Dekan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

H. JANURI, SE, MM, M.Si



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

BERITA ACARA BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Lengkap : NIDA AFIFAH AL ZAHRO HSB
N.P.M : 1405180037
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) TERHADAP KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) DI INDONESIA

Tanggal	Deskripsi Bimbingan Skripsi	Paraf	Keterangan
5/03/2018	Pemulaan pd Bab IV disesuaikan. dgn format yg telah dibuat agar dpt mengantar nntn nntn		
09/03/2018	Peny Data w/ OLS Panel Data dgn EViews, ada tunan pncalit dan model dr log Natural ln		
12/03/2018	Peny Data k-2 Model k-2 dari Panel Data pncalit (ns swat lg hr dr peny lctgi.		
23/03/2018	Uji autokorelasi hrs diperbaiki agar dpt dpt BLUE		
27/03/2018	Semua sdh oke dr nntn Ade siday !!		

Pembimbing Skripsi

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

Medan, 27 Maret 2018
Diketahui /Disetujui
Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
Jl. Kapten M. Y. S. (61) 6624567 Medan 20258

**SURAT PERNYATAAN
PENELITIAN/SKRIPSI**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Nida Afifah Al Zahro Hasibuan
NPM : 1405180037
Konsentrasi : Ekonomi Pembangunan
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis (Akuntansi Perpajakan/Manajemen/EP
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara (UMSU)

Menyatakan bahwa:

1. Saya bersedia melakukan penelitian untuk penyusunan skripsi atas usaha sendiri, baik dalam hal penyusunan proposal penelitian, pengumpulan data penelitian, dan penyusunan laporan akhir penelitian/skripsi.
2. Saya bersedia dikenakan sanksi untuk melakukan penelitian ulang apabila terbukti penelitian saya mengandung hal-hal sebagai berikut :
 - Menjiplak/Plagiat hasil karya penelitian orang lain.
 - Merekayasa tanda angket, wawancara, observasi, atau dokumentasi.
3. Saya bersedia dituntut di depan pengadilan apabila saya terbukti memalsukan stempel, kop surat, atau identitas perusahaan lainnya.
4. Saya bersedia mengikuti sidang meja hijau secepat-cepatnya 3 bulan setelah tanggal dikeluarkannya surat "penetapan proyek proposal/makalah/skripsi dan penghunjakkan Dosen Pembimbing" dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU.

Demikianlah surat pernyataan ini saya perbuat dengan kesadaran sendiri.

Medan, 11 Februari 2018
Pembuat Pernyataan



Nida Afifah Al Zahro Hasibuan

NB :

- Surat pernyataan asli diserahkan kepada Program Studi Pada saat pengajuan judul
- Foto copy surat pernyataan dilampirkan di proposal dan skripsi

**ANALISIS DAMPAK KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(JKN) TERHADAP KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)
DI INDONESIA**

ABSTRAK

Nida Afifah Al Zahro Hasibuan. 1405180037. Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Di Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program yang diberikan pemerintah untuk perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah yang diharapkan mampu meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam penelitian ini, menggunakan dua model estimasi, dimana model pertama ialah IPM yang dipengaruhi oleh DAK, JPJKN, JSK, dan JTK dan model kedua ialah AHH yang dipengaruhi PPK, AK, CI, dan PSG. Berdasarkan model estimasi pertama yaitu variabel-variabel yang mempengaruhi IPM mempunyai nilai R^2 sebesar 72,93%, dari hasil R^2 72,93% maka memiliki sisa ϵ_{rt} sebesar 27,07% yang mana hasil ini ada kemungkinan beberapa variable lainnya memiliki pengaruh terhadap perkembangan Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. Sedangkan dari model estimasi kedua yaitu variabel-variabel yang mempengaruhi AHH di Indonesia dapat dilihat bahwa nilai R^2 adalah sebesar 97,2%, sedangkan nilai 2,8% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dimasukkan ke dalam model estimasi, atau berada dalam *disturbance error term*.

Kata Kunci : JKN, IPM, DAK, JPJKN, JSK, JTK, AHH, PPK, AK, CI, dan PSG

KATA PENGANTAR



Assalaamu'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh

Alhamdulillahirabbil'aalamiin, dengan kesungguhan hati penulis mengucapkan rasa syukur yang tidak ada hentinya kepada sang Khaliq, sang Maha Pengasih yang telah memberikan nikmat yang luar biasa bagi penulis. Puji syukur kehadiran Allaah 'Azza wa Jalla yang telah memberikan nikmat, kesempatan dan hidayah-Nya sehingga saya sebagai penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dalam perkuliahan yang berupa penelitian dengan judul “**Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) di Indonesia**” dengan sebaik mungkin.

Shalawat serta salam tidak lupa penulis hadiahkan kepada sang Kekasih Allaah, Rasulullaah Muhammad Shallallaahu 'alaihi wa Sallam yang telah membawa kita para ummat manusia dari zaman jahiliyah menuju zaman yang penuh dengan ilmu, penuh dengan amal dan penuh dengan iman sampai saat sekarang ini.

Penulis menyadari bahwa isi yang terkandung dalam penelitian ini belum sempurna. Oleh karena itu dengan hati yang tulus dan ikhlas penulis menerima kritik untuk menyempurnakan mini riset ini.

Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan **Jazaakumullaahu Khairan Jazaa** kepada :

1. Kedua orang tua tercinta Abi Muhammad Damrin Hasibuan, Lc dan Ummi Nur Asiah Ritonga, S.Pd.I sebagai murobbi, sebagai guru, yang telah sabar

dalam mendidik dan membesarkan saya dengan penuh cinta dan kasih sayang sesuai dengan syariat-Nya.

2. Untuk abang Muhammad Rois Almaududy Hasibuan, S.Kep dan kakak dr. Fawzhiah Jambak yang tercinta, yang telah memberikan semangat, dan berpartisipasi membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Untuk adik-adik yang terkasih Walidah ‘Izzah Nabilah Hasibuan, Muhammad Fauzan Al-Fatih Hasibuan, Fadhlah Hammadah Munawwaroh Hasibuan, dan Athiyyah Mufidaturridho Hasibuan yang senantiasa mendo’akan saya dan memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak Dr. Agussani, MAP selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
5. Bapak Januri, SE, MM, selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
6. Ibunda Dr. Prawidya Hariani RS, SE, M.Si. selaku Ketua Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis dan juga selaku dosen pembimbing saya yang selalu memberikan bimbingan/arahan/kritikan kepada penulis sehingga terwujudnya skripsi ini.
7. Ibunda Roswita Hafni, M.Si selaku Sekretaris Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
8. Seluruh dosen-dosen yang telah mengajarkan penulis dari semester satu hingga akhir terkhusus dosen-dosen Prodi Ekonomi Pembangunan, serta pegawai Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah memberikan bimbingan kepada penulis selama ini.

9. Untuk seluruh Keluarga Besar Ritonga dan Keluarga Besar Hasibuan (Sisolkot Nasaroha Bersatu) yang turut mendo'akan dan memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Untuk sahabat saya Octavianni Mardiyanty Ritonga dan seluruh mahasiswa Ekonomi Pembangunan angkatan 2014 terkhusus kelas B selaku sahabat-sahabat terbaik penulis yang selalu menemani, membantu dan memberikan semangat kepada penulis.
11. Untuk sahabat-sahabat saya, Muammar Rizky (Gembol), Rashid Ridho (Achid), Adnan Khasogi (Ogik), Pino Riza Andika (Herkules), Baladhil Komala (Omal), Rizky Ananda (Kak QaiQai) dan Mia Audina Siregar.
12. Untuk sahabat-sahabat saya, Lita Anita Siregar, Nora Maya Siregar, dan Diana Yanki Marito Pohan.
13. Untuk keluarga besar Pondokan Muthmainnah II yang shalihah, yang senantiasa menemani penulis di tengah malam dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis mengharapkan semoga Skripsi Penelitian ini memberikan manfaat dan berguna bagi pembaca secara umum dan menjadi pembelajaran bagi peneliti yang akan meneliti pada pembahasan tersebut serta terkhusus bermanfaat bagi penulis. Akhir kata penulis haturkan terima kasih.

Wassalaamu 'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh.

Medan, April 2018

Nida Afifah Al Zahro Hasibuan

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang Masalah.....	1
1.2.Identifikasi Masalah.....	11
1.3.Batasan dan Rumusan Masalah.....	11
1.4.Tujuan dan Manfaat Penelitian	12
BAB II LANDASAN TEORI	15
2.1. Uraian Teori	15
2.1.1. Pengeluaran Pemerintah.....	15
2.1.2. Indeks Pembangunan Manusia.....	24
2.1.3. Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional	26
2.2. Penelitian Terdahulu	32
2.3. Kerangka Pemikiran.....	34
2.4. Hipotesis.....	36
BAB III METODE PENELITIAN	37
3.1. Pendekatan Penulisan.....	37
3.2. Defenisi Operasional.....	38
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian	39
3.4. Jenis dan Sumber Data.....	39
3.5. Teknik Pengumpulan Data.....	39
3.6. Model Estimasi.....	40
3.7. Metode Estimasi.....	41
3.8. Prosedur Analisis	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
4.1. Gambaran Geografi Indonesia	54
4.2. Kondisi Demografi Indonesia	55
4.3. Indikator Pembangunan Ekonomi.....	59
4.4. Analisa Perkembangan IPM khususnya AHH Indonesia.....	74
4.5. Analisa Perkembangan Kebijakan JKN Melalui Jamkesmas,Jamkesda dan BPJS di Indonesia	78
4.6. Analisa Model Ekonometrika	83
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	99
5.1. Kesimpulan	99
5.2. Saran	100

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1-1.	Grafik Indeks Pembangunan Indonesia Tahun 2010-2016..... 10
Gambar 2-1.	Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah..... 18
Gambar 2-2.	Kurva Peacock dan Wiseman..... 20
Gambar 2-3.	Kurva Wagner, Solow, dan Musgrave 21
Gambar 2-4.	Kerangka Konseptual 34
Gambar 2-5.	Bagan Konseptual Model 1 35
Gambar 2-6.	Bagan Konseptual Model 2 36
Gambar 4-1.	Jumlah Penduduk Indonesia (Dalam Jutaan) Menurut Jenis Kelamin Tahun 2012-2016 55
Gambar 4-2.	Jumlah Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2016 56
Gambar 4-3.	Persentase Persebaran Penduduk Indonesia Tahun 2016 56
Gambar 4-4.	Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2016 57
Gambar 4-5.	Peta Persebaran Kepadatan Penduduk di Indonesia Tahun 2016..... 58
Gambar 4-6.	Jumlah Penduduk Miskin, Persentase Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan Tahun 200-2016 66
Gambar 4-7.	Persentase Penduduk Miskin Menurut Provinsi Tahun 2016..... 67
Gambar 4-8.	IPM Indonesia Tahun 1996-2016 69
Gambar 4-9.	Komponen Indeks Pembangunan Manusia Tahun 2015-2016 70
Gambar 4-10.	IPM Menurut Provinsi Tahun 2016 71
Gambar 4-11.	Angka Harapan Hidup Saat Lahir Tahun 2015-2016 73
Gambar 4-12.	IPM dan Peringkat Tahun 2012-2016..... 74
Gambar 4-13.	IPM Menurut Provinsi Tahun 2010 75
Gambar 4-14.	IPM Menurut Provinsi Tahun 2011 76
Gambar 4-15.	IPM Menurut Provinsi Tahun 2012-2013 77
Gambar 4-16.	IPM Menurut Provinsi Tahun 2015-2016..... 78
Gambar 4-17.	Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan 80
Gambar 4-18.	Scatterplot Model IPM 96
Gambar 4-19.	Scatterplot Model AHH 97

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel1-1. Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan 2010-2016	7
Tabel 2-1. Review PenelitianTerdahulu	32
Tabel 3-1. Defenisi Operasional	38
Tabel 4-1. Persentase Rumah Tangga Yang Memiliki JKN.....	81
Tabel 4-2. Statistika Deskriptif Model 1	84
Tabel 4-3. Statistika Derskriptif Model 2	85
Tabel 4-4. Ringkasan Hasil Pengolahan Data Model IPM	86
Tabel 4-5. Autoregressive Model IPM	88
Tabel 4-6. Ringkasan Hasil Pengolahan Data Model AHH	89
Tabel 4-8. Uji Hausman	98

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk di dunia, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan hal yang sangat penting dalam pembangunan. Kesehatan yang baik akan meningkatkan pendidikan, produktivitas Sumberdaya Manusia (SDM), dan pendapatan. Dengan demikian, kesehatan berkontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi (ADB, 2017).

Sektor kesehatan juga merupakan hal yang penting dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar manusia akan kesehatan meliputi perbaikan gizi dan pelayanan kesehatan yang dimana merupakan hak bagi tiap warga negara yang dilindungi Undang-Undang Dasar (Bhakti, 2014).

Namun, indikator kesehatan di dunia masih sangat rendah seperti negara-negara di Asia Pasifik. Setiap tahunnya, 9,2 juta anak di dunia meninggal sebelum mencapai umur 5 tahun dan lebih dari 41% berasal dari Asia Pasifik. Asia Pasifik juga menyumbang lebih dari 44% kematian ibu, lebih dari 56% kematian bayi baru lahir, sekitar 60% anak-anak kerdil (stunting), dan 2/3 bayi yang lahir dengan berat lahir rendah (ADB, 2017).

Rendahnya kesehatan di Asia disebabkan oleh pengeluaran pemerintah untuk kesehatan masyarakat yang masih sangat rendah dan sering kali tidak tepat sasaran, sarana dan prasarana pedesaan yang belum memadai, serta lemahnya kualitas dan layanan kesehatan. Sehingga hal itu menyebabkan tingginya biaya

(out-of-pocket) kesehatan yang dibayarkan oleh masyarakat, yang merupakan penyebab utama timbulnya kemiskinan (ADB, 2017).

Pelaksanaan Millenium Development Goals (MDGs) telah menghasilkan berbagai kemajuan bermakna di berbagai sektor tetapi upaya lebih lanjut dengan kemitraan yang kuat dibutuhkan untuk tidak hanya meningkatkan tetapi juga memperluas berbagai kemajuan. Dalam rangka melanjutkan upaya dan pencapaian MDGs yang berakhir pada tahun 2015 lalu, maka pada bulan September 2015 disepakatilah Agenda 2030 untuk pembangunan berkelanjutan (The 2030 Agenda for Sustainable Development atau SDGs) yang terdiri dari 17 tujuan dan 169 target. Pembangunan kesehatan merupakan tujuan 3 SDGs yaitu Kehidupan Sehat dan Sejahtera. Perkembangan pencapaian SDGs tingkat nasional dilaporkan melalui Voluntary National Review (VNR). VNR tujuan 3 diarahkan untuk membahas indikator penting SDGs yaitu kematian ibu dan bayi, penyakit menular dan tidak menular, kesehatan reproduksi, cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tenaga kesehatan, obat dan vaksin (BPS, 2016).

Untuk mencapai target tujuan pembangunan berkelanjutan (Sustainable Development Goals atau selanjutnya disebut SDGs) dalam bidang kesehatan, maka badan kesehatan dunia (World Health Organization atau selanjutnya disebut WHO) melalui dewan kesehatan dunia (World Health Assembly atau selanjutnya disebut WHA) membentuk program cakupan kesehatan universal (Universal Health Coverage atau selanjutnya disebut UHC) yang diharapkan mampu meningkatkan kesehatan dan mengurangi kemiskinan di dunia.

Dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC) pada dasarnya memerlukan penguatan sistem kesehatan yakni:

1. Memberikan layanan yang efektif dan terjangkau untuk mencegah kesehatan yang buruk.
2. Memberikan promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi dan jasa paliatif.

Penguatan sistem kesehatan membutuhkan pendekatan yang terkoordinasi dimana melibatkan perbaikan:

1. Tata kelola dan pembiayaan kesehatan untuk mendukung tenaga kesehatan.
2. Penyediaan akses terhadap obat-obatan dan teknologi kesehatan lainnya.
3. Tersalurnya layanan yang berkualitas di tingkat masyarakat dan individu (WHO, 2017).

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Usaha ke arah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes dan PT Jamsostek yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah pusat memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan pemerintah daerah dengan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali (Kemenkes, 2014).

Adaanya Jamkesmas, Askes, Jamsostek, dan Jamkesda yang hanya melayani pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta formal adalah kebijakan pemerintah yang belum sesuai dengan sila ke-5 Pancasila yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, dimana pegawai swasta informal tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dari pemerintah sehingga mengeluarkan biaya kesehatan yang tinggi.

Untuk mengatasi hal tersebut, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program JKN (Kemenkes, 2014).

JKN diselenggarakan untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Manfaat JKN terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis dan non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat akomodasi untuk layanan

rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter. Pelaksanaan program JKN ini meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, monitoring dan evaluasi, pengawasan, dan penanganan keluhan (Kemenkes, 2014).

Menurut PMK No.28 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, peserta dalam program JKN meliputi setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta program JKN terdiri atas dua kelompok, yaitu: Peserta Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya (Kemenkes, 2014).

Pada tahap awal kepesertaan program JKN yang dimulai 1 Januari 2014 terdiri dari peserta PBI JKN (pengalihan dari program Jamkesmas), anggota TNI dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, anggota POLRI dan PNS di lingkungan POLRI dan anggota keluarganya, peserta asuransi kesehatan sosial dari PT. Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. Jamsostek (Persero) dan anggota keluarganya, peserta Jamkesda yang telah berintegrasi dan peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan pekerja penerima upah. Tahap selanjutnya

sampai dengan tahun 2019 seluruh penduduk menjadi peserta JKN (Kemenkes, 2014).

Sampai dengan Desember 2014 kepesertaan program JKN berjumlah 133.423.653 peserta yang terdiri dari peserta PBI yang berjumlah 95.167.229 dan peserta non PBI berjumlah 38.256.424 peserta. Peserta PBI terdiri dari peserta dengan iuran bersumber dari APBN berjumlah 86.400.000 peserta dan yang bersumber dari APBD berjumlah 8.767.229 peserta. Sedangkan peserta non PBI terdiri atas pekerja penerima upah berjumlah 24.327.149 peserta, pekerja bukan penerima upah berjumlah 9.052.859 peserta, dan bukan pekerja berjumlah 4.876.416 peserta (Kemenkes, 2014).

Setiap peserta JKN mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi: pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL); pelayanan gawat darurat; dan pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Kemenkes, 2014).

Terlaksananya kebijakan jaminan kesehatan nasional ini dapat dilihat dari seberapa besar anggaran bidang kesehatan pada dana alokasi khusus di setiap

tahunnya. Hal ini dikarenakan tidak tersedianya secara lengkap data anggaran JKN per provinsi di Indonesia. Maka hal ini dapat dilihat pada Tabel 1-1:

Tabel 1-1
Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun 2010-2016

Tahun	DAK Bidang Kesehatan (dalam jutaan rupiah)		
	Pelayanan Dasar	Pelayanan Rujukan	Pelayanan Kefarmasian
2010	2.223.660	606.100	-
2011	1.150.863	749.256	1.100.685
2012	1.155.990	749.256	1.100.685
2013	1.251.604	749.256	1.100.685
2014	1.251.604	777.511	1.100.685
2015	1.603.519	977.611	775.110
2016	6.460.280,55	4.563.484,24	3.641.996,22

Sumber: Kementerian Keuangan 2017

Berdasarkan tabel di atas, dana alokasi khusus bidang kesehatan tahun 2010-2016 di Indonesia mengalami fluktuasi, beberapa tahun tertentu mengalami penurunan dan meningkat pada tahun 2016. Salah satu peran pemerintah dalam mendorong kesejahteraan dan kemakmuran adalah peran alokatif. Dengan peran ini, pemerintah dapat mengalokasikan sumber-sumber ekonomi yang ada agar optimal dan efisien. Bentuk nyatanya adalah pemerintah mempunyai kewenangan besar dalam hal pengelolaan fiskal. Fiskal merupakan kebijakan yang dibuat pemerintah untuk mengarahkan ekonomi suatu negara melalui pengeluaran dan pendapatan (berupa pajak) pemerintah. Sebagaimana diketahui bahwa cakupan

fiskal ini sangat luas, maka apabila dikaitkan dengan penelitian ini, maka fiskal yang dimaksudkan adalah pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan.

Perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera (*welfare society*). Tingkat kesehatan masyarakat akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat (Adjasi dan Osei, 2007).

Menurut David (2009), kesehatan menjadi prediktor awal dibanding pendidikan terhadap pertumbuhan ekonomi karena kondisi kesehatan dianggap cenderung berperan mempengaruhi pertumbuhan ekonomi. Besar anggaran kesehatan yang dikeluarkan pemerintah pusat minimal 5 persen dari APBN di luar gaji, sementara besar anggaran kesehatan oleh pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji, hal ini dicantumkan dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Menurut Yefriza (2015), pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan menjadi faktor penting dalam penurunan angka kematian bayi dan anak serta peningkatan angka harapan hidup (Dianaputra dkk., 2017).

Manusia dalam peranannya merupakan subjek dan objek pembangunan yang berarti manusia selain sebagai pelaku dari pembangunan juga merupakan sasaran pembangunan. Dalam hal ini dibutuhkan berbagai sarana dan prasarana untuk mendorong peran manusia dalam pembangunan.

Oleh karenanya dibutuhkan investasi untuk dapat menciptakan sumber daya manusia yang produktif. Pengeluaran pemerintah dapat digunakan sebagai cerminan kebijakan yang diambil oleh pemerintah dalam suatu wilayah.

Pemerintah sebagai pelaksana pembangunan membutuhkan manusia yang berkualitas sebagai modal dasar bagi pembangunan.

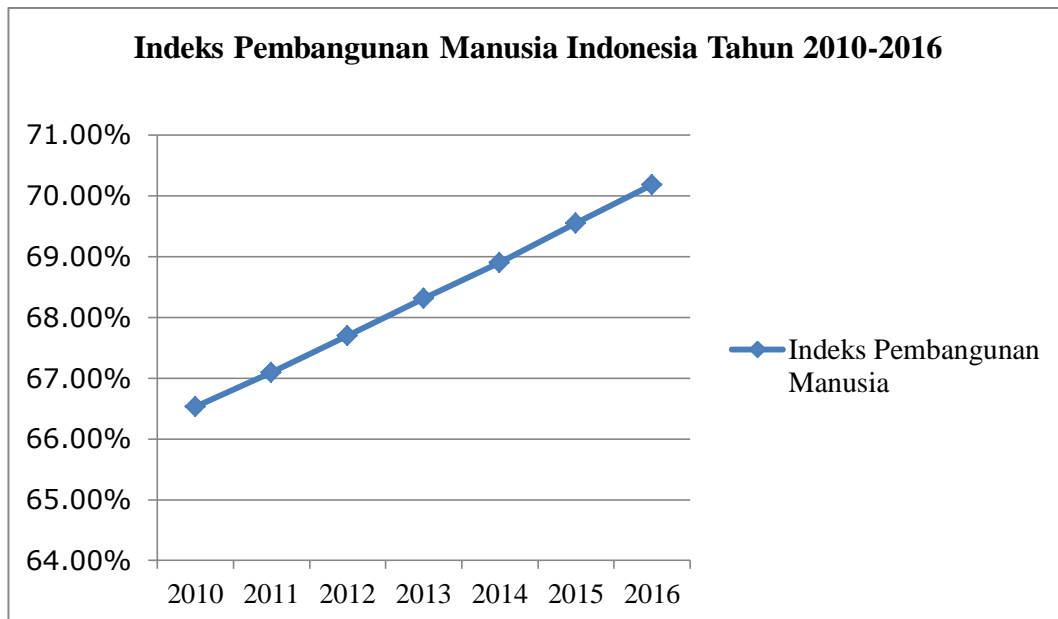
Menempatkan pembangunan manusia sebagai tujuan akhir dari proses pembangunan diharapkan dapat menciptakan peluang-peluang yang secara langsung menyumbang upaya memperluas dan meningkatkan kemampuan manusia dan kualitas kehidupan mereka, antara lain melalui peningkatan layanan kesehatan, pendidikan dasar dan jaminan sosial (Sen, 1999).

Produktivitas sumber daya manusia sangat ditentukan oleh tingkat kesehatan yang berpengaruh dalam melaksanakan pembangunan yang berkelanjutan. Peran gandanya sebagai input maupun output menyebabkan kesehatan sangat penting dalam pembangunan ekonomi. Pemerintah juga mempunyai peran dari Indeks Pembangunan Manusia yaitu dengan meningkatkan anggaran kesehatan yang dapat membantu meningkatkan sumber daya manusia itu sendiri.

Indeks Pembangunan Manusia adalah salah satu hal yang mendasari pembangunan untuk mencapai kesejahteraan manusia sebagai tujuan akhir pembangunan (Adelfina, 2016). Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI) dibuat dan dipopulerkan oleh *United Nation Development Programme* (UNDP) sejak tahun 1996 dalam seri laporan tahunan yang diberi judul "*Human Development Report*" Indeks ini disusun sebagai salah satu dari indikator alternatif untuk menilai keberhasilan pembangunan yang dilaksanakan oleh suatu negara selain pendapatan nasional perkapita. UNDP mendefinisikan IPM sebagai "*a process of enlarging people's choice*" atau suatu proses yang meningkatkan aspek kehidupan masyarakat. Rendahnya kualitas

sumber daya manusia masih menjadi masalah utama di Indonesia. Perkembangan IPM Indonesia dapat dilihat pada gambar 1-1.

Gambar 1-1
Grafik Indeks Pembangunan Manusia Indonesia Tahun 2010-2016



Sumber : Badan Pusat Statistik

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa IPM Indonesia dari tahun 2010-2016 mengalami peningkatan. Data yang diperoleh dari UNDP bahwasanya IPM Indonesia di tahun 2015 sebesar 0,689 menduduki ranking 113 dari 188 negara di dunia. Dengan meningkatnya IPM Indonesia diharapkan mampu meningkatkan kualitas sumber daya manusia sehingga menciptakan manusia yang memiliki produktifitas yang tinggi.

Dalam mendorong peran manusia dalam proses pembangunan, maka dibutuhkannya investasi untuk mempersiapkan dan menciptakan sumber daya

manusia yang produktif, dimana dalam hal ini mengacu pada investasi pendidikan dan kesehatan (Danawati dkk.,2016).

Penelitian ini menunjukkan hubungan antara kebijakan jaminan kesehatan nasional dengan kualitas sumberdaya manusia untuk seluruh propinsi di seluruh Indonesia. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Kualitas Sumberdaya Manusia di Indonesia”.

1.2 Identifikasi Masalah

1. Masih rendahnya kualitas sumberdaya manusia (SDM) di Indonesia.
2. Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan yang selalu meningkat namun tingkat kesehatan di Indonesia masih rendah.
3. Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi pengeluaran pemerintah bidang kesehatan salah satunya jumlah DAK Bidang Kesehatan (Pelayanan Dasar, Pelayanan Rujukan, Pelayanan Kefarmasian) berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia.

1.3 Batasan dan Rumusan Masalah

1.3.1 Batasan Masalah

Ada banyak masalah yang dapat diangkat dari penelitian ini, namun penulis perlu membatasi masalah yang lebih terperinci dan jelas agar pemecahannya terarah. Jadi, penelitian ini hanya dibatasi pada masalah seberapa besar dampak kebijakan jaminan kesehatan nasional khususnya pengeluaran pemerintah bidang

kesehatan mampu mempengaruhi kualitas sumberdaya manusia dalam indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM) pada tahun 2010-2016.

1.3.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) khususnya Angka Harapan Hidup di Indonesia?
2. Bagaimana perkembangan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Jamkesmas, Jamkesda, dan BPJS di Indonesia?
3. Bagaimana hubungan pengeluaran pemerintah bidang kesehatan (DAK bidang kesehatan), Jumlah Peserta JKN, Jumlah Sarana Kesehatan, dan Jumlah Tenaga Kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi se-Indonesia?
4. Bagaimana pengaruh antara Pengeluaran Perkapita, Angka Kematian, Cakupan Imunisasi, dan Prevalensi Status Gizi terhadap Angka Harapan Hidup?

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.4.1 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

1. Melakukan analisis deskriptif perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) khususnya Angka Harapan Hidup di Indonesia.
2. Melakukan analisis deskriptif perkembangan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Jamkesmas, Jamkesda, dan BPJS di Indonesia.

3. Melakukan estimasi hubungan antara pengeluaran pemerintah bidang kesehatan (DAK bidang kesehatan), Jumlah Peserta JKN, Jumlah Sarana Kesehatan, dan Jumlah Tenaga Kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi se-Indonesia.
4. Melakukan estimasi pengaruh antara Pengeluaran Perkapita, Angka Kematian, Cakupan Imunisasi, dan Prevalensi Status Gizi terhadap Angka Harapan Hidup.

1.4.2 Manfaat Penelitian

Adapun dari hasil penelitian ini diharapkan dapat diambil manfaatnya bagi pihak-pihak yang berkepentingan dengan bidang kesehatan dan sumber daya manusia maupun kalangan masyarakat umum. Manfaat yang dapat diambil diantaranya:

1. Manfaat Akademik

a. Bagi peneliti:

- (1) Sebagai bahan studi atau tambahan referensi bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian menyangkut topik yang sama.
- (2) Sebagai tambahan literatur terhadap penelitian sebelumnya.

b. Bagi mahasiswa:

- (1) Melatih mahasiswa untuk dapat menguraikan dan membahas suatu permasalahan secara ilmiah, teoritis, dan sistematis.
- (2) Sebagai tambahan pembelajaran bagi mahasiswa mengenai pembahasan yang terkait.

2. Manfaat Non-akademik

- a. Sebagai bahan masukan dalam penetapan kebijakan pemerintah.
- b. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai penambahan pengetahuan bagi masyarakat.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Uraian Teori

2.1.1 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.

2.1.1.1 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.

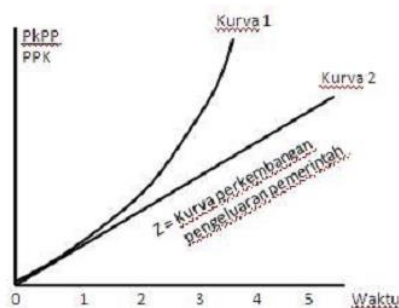
Hukum Wagner dapat diformulasikan sebagai berikut:

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

Dimana: PP_kP = Pengeluaran pemerintah perkapita
 PPK = Pendapatan perkapita (GDP/jlh penduduk)
 $1,2,\dots,n$ = jangka waktu (tahun)

Gambar 2-1

Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah



Sumber: Boediono, 1999

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.

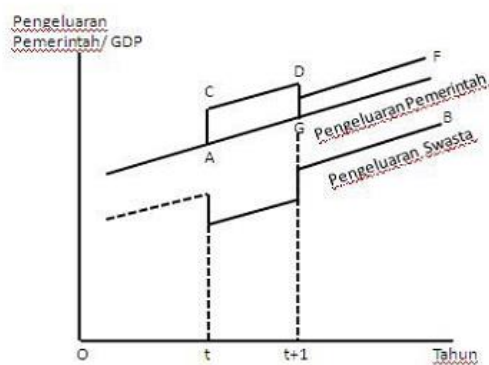
Peacock dan Wiseman mendasarkan teori mereka pada suatu teori bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak, yaitu suatu tingkat dimana masyarakat dapat memahami besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluaran pemerintah. Jadi masyarakat menyadari bahwa 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

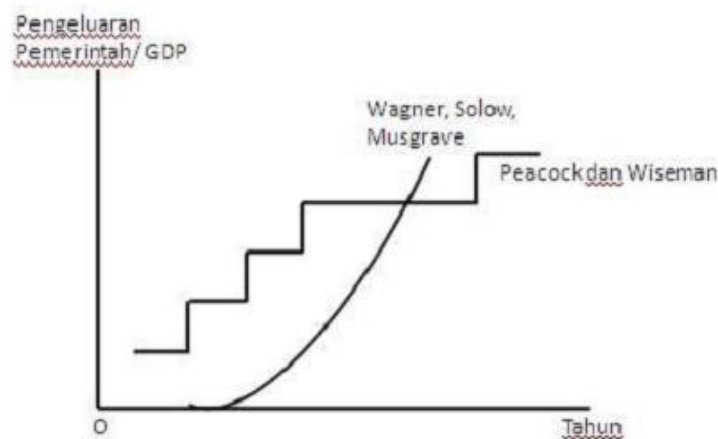


Sumber: Boediono, 1999

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.

Gambar 2-3
Kurva Wagner, Solow, dan Musgrave



Sumber: Boediono, 1999

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 (Mangkoesoebroto, 1993).

2.1.1.2 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 (Mangkoesoebroto, 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 proses, 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*).

2.1.2 Indeks 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/nilai 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 (*“a process 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 Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

A. Dasar Hukum

- Undang-Undang 1945 Pasal 28 H

- (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh kesehatan;
- (2) Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan; dan
- (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

- Undang-Undang 1945 Pasal 34

- (1) Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara;
- (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan; dan
- (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

B. Manfaat JKN

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi *Baccille Calmett Guerin (BCG)*, *Difteri Pertusis Tetanus*, Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi.
- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Vaksin untuk imunisasi dasar dan kontrasepsi dasar disediakan oleh pemerintah dan/atau pemerintah daerah.

C. Pentahapan kepesertaan:

1. Tahap pertama mulai 1 Januari 2014 paling sedikit meliputi :
 - a. PBI Jaminan Kesehatan;
 - b. Anggota TNI dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya;
 - c. Anggota POLRI dan PNS di lingkungan POLRI dan anggota keluarganya;
 - d. Peserta Askes beserta anggota keluarganya;
 - e. Peserta Jamsostek beserta anggota keluarganya.
2. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

D. Hak dan Kewajiban Peserta

1. Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan:
 - a. Identitas peserta;
 - b. Manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:
 - a. Membayar iuran;
 - b. Melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan Identitas Peserta pada saat pindah domisili atau pindah kerja.

E. Masa Berlaku Peserta

1. Kepesertaan JKN berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta;
2. Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.

F. Pelayanan Yang Dijamin

1. Pelayanan Tingkat I/Dasar

Yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik, mencakup:

- a. Pelayanan promotif dan preventif.
- b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.
- c. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif.
- d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- e. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis.
- f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.
- g. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

2. Pelayanan Kesehatan Tingkat II/Lanjutan

1. Pelayanan kesehatan yang dijamin mencakup:
 - a. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub-spesialis.
 - b. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis.
 - c. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 - d. Pelayanan alat kesehatan implant.
 - e. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.

- f. Rehabilitasi medis.
 - g. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis.
 - h. Pelayanan kedokteran forensik.
 - i. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
2. Rawat inap yang mencakup:
- a. Perawatan inap non intensif.
 - b. Perawatan inap di ruang intensif.

G. Pelayanan Yang Tidak Dijamin

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat.
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
4. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
5. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik.
6. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (memperoleh keturunan).
7. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
8. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
9. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.

10. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment / HTA*).
11. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
12. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
13. Perbekalan kesehatan rumah tangga.
14. Pelayanan kesehatan akibat bencana, pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
15. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

H. Iuran Jaminan Kesehatan

Adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan.

Pembayaran iuran:

- Peserta Bantuan Iuran (PBI) dibayarkan oleh Pemerintah.
- Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
- Pekerja Bukan Penerima Upah dibayar oleh peserta yang bersangkutan (JKN Kemkes, 2013).

2.2 Penelitian Terdahulu

Table 2-1
Review Penelitian Terdahulu

No	Nama dan Judul Penelitian	Variabel	Model Estimasi	Hasil Penelitian
1	M.Alyuriza Syalkahfi (2016), Analisis Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Lampung Tahun 1999-2014	<ul style="list-style-type: none"> - Indeks Pembangunan Manusia - Pertumbuhan Ekonomi - Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan - Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan 	OLS	Variable pertumbuhan ekonomi, variable pengeluaran pemerintah sektor pendidikan, dan variable pengeluaran pemerintah sektor kesehatan secara bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap variable Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Lampung
2	Alison Jeackline Lawrence Heka / Agnes Lopian / Imelda Lajuck (2017), Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Bidang Kesehatan dan Pendidikan Terhadap	<ul style="list-style-type: none"> - Indeks Pembangunan Manusia - Pengeluaran Pemerintah Bidang Kesehatan - Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan 	OLS	Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan memiliki pengaruh secara parsial terhadap Indeks Pembangunan Manusia dan Pengeluaran pemerintah bidang pendidikan tidak memiliki pengaruh. Tetapi secara simultan atau serempak

	Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Sulawesi Utara			pengeluaran pemerintah bidang kesehatan dan pengeluaran pemerintah bidang pendidikan berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Sulawesi Utara.
3	Merang Kahang / Muhammad Saleh / Rachmad Budi Suharto (2016), Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Kabupaten Kutai Timur	<ul style="list-style-type: none"> - Indeks Pembangunan Manusia - Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan - Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan 	OLS	Pengeluaran pemerintah sektor pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap Indeks Pembangunan Manusia, Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan berpengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Kabupaten Kutai Timur
4	I Gede Komang Angga Dianaputra / Luh Putu Aswitari (2017), Pengaruh Pembiayaan Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Kualitas Manusia Serta Pertumbuhan	<ul style="list-style-type: none"> - Indeks Kualitas Manusia - Pertumbuhan Manusia - Pembiayaan Pemerintah di Sektor Pendidikan - Pembiayaan Pemerintah di Sektor Kesehatan 	Path Analysis	Pembiayaan pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan berpengaruh signifikan dan positif terhadap indeks kualitas manusia, pembiayaan pemerintah di sektorn pendidikan dan kesehatan serta indeks kualitas manusia memiliki pengaruh signifikan dan positif terhadap pertumbuhan ekonomi, pembiayaan

	Ekonomi Pada Kabupaten/Kota Provinsi Bali Tahun 2011-2015		pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan memiliki pengaruh tidak langsung terhadap pertumbuhan ekonomi melalui indeks kualitas manusia.
--	---	--	--

2.3 Kerangka Pemikiran

Secara umum, terdapat beberapa indikator yang dianggap mempengaruhi kebijakan JKN dalam mempengaruhi kualitas SDM (dilihat dari IPM), yaitu: (1) Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan, (2) Jumlah Peserta JKN, (3) Jumlah Sarana Kesehatan, (4) Jumlah Tenaga Kesehatan. Keempat variabel tersebut akan mempengaruhi Kualitas SDM (dilihat dari IPM). Kerangka pemikiran teoritis dari penelitian kali ini adalah sebagai berikut:

Gambar 2-4

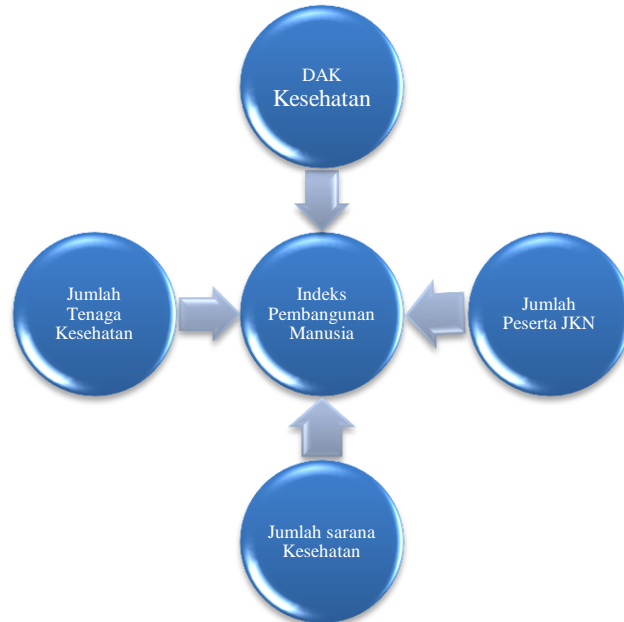
Kerangka Konseptual Penelitian



Model 1 :

Gambar 2-5

Bagan Konseptual Model 1



Dalam model ini, variabel DAK Kesehatan, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Sarana Kesehatan dan Jumlah Tenaga Kesehatan merupakan variabel bebas yang mempengaruhi secara langsung terhadap pertumbuhan IPM, yang dimana IPM merupakan variabel terikat.

Model 2 :

Gambar 2-6

Bagan Konseptual Model 2



Dalam model ini, variabel Pengeluaran Perkapita, Angka Kematian, Cakupan Imunisasi dan Prevalensi Status Gizi adalah variabel bebas yang mempengaruhi secara langsung terhadap pertumbuhan Angka Harapan Hidup, yang dimana Angka Harapan Hidup merupakan variabel terikat.

2.4 Hipotesis

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

1. Terdapat hubungan antara Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, Jumlah Peserta JKN, Jumlah Sarana Kesehatan, dan Jumlah Tenaga Kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusia.
2. Terdapat pengaruh antara Pengeluaran Perkapita, Angka Kematian, Cakupan Imunisasi dan Prevalensi Status Gizi terhadap Angka Harapan Hidup.

BAB III

METODE PENELITIAN

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

3.1 Pendekatan Penulisan

Penulisan ini merupakan sebuah mini riset kuantitatif, yang dimana bertujuan untuk mengestimasi dan menganalisis hubungan antar variabel yang telah ditentukan untuk menjawab rumusan masalah. Data yang disajikan adalah *panel data* yaitu dimana penelitian menggunakan data *cross section*, data yang diteliti lebih dari satu dan *time series*, waktu yang dihimpun pada tahun yang berbeda secara bersama. Data yang akan diteliti mengenai Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan, Jumlah Peserta JKN (JPJKN), Jumlah Sarana Kesehatan (JSK), Jumlah Tenaga Kesehatan (JTK), Angka Harapan Hidup (AHH), Pengeluaran Perkapita (PPK), Angka Kematian (AK), Cakupan Imunisasi (CI), dan Prevalensi Status Gizi (PSG) untuk semua provinsi di Indonesia dari tahun 2010-2016.

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional variable yang diamati adalah sebagai berikut :

Table 3-1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data
IPM (Indeks Pembangunan Manusia)	Data Indeks Pembangunan Manusia	BPS (Badan Pusat Statistik) www.bps.go.id
DAK (Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan)	Anggaran yang telah ditetapkan pemerintah dalam bidang kesehatan dengan satuan milyar rupiah	Kementerian Keuangan www.kemenkeu.go.id
JPJKN (Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional)	Banyaknya peserta dari seluruh jaminan sosial dalam satuan juta jiwa.	Kementerian Kesehatan www.kemkes.go.id www.depkes.go.id
JSK (Jumlah Sarana Kesehatan)	Banyaknya rumah sakit berdasarkan pengelola.	Kementerian Kesehatan www.depkes.go.id www.kemkes.go.id
JTK (Jumlah Tenaga Kesehatan)	Banyaknya Tenaga Kesehatan di seluruh sarana kesehatan yang ada dalam satuan ribu jiwa.	Kementerian Kesehatan www.depkes.go.id www.kemkes.go.id
AHH (Angka Harapan Hidup)	Perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dalam satuan tahun.	Badan Pusat Statistik www.bps.go.id
PPK (Pengeluaran Perkapita)	Rata-rata pengeluaran penduduk dalam satuan ribu rupiah	Badan Pusat Statistik www.bps.go.id
AK (Angka Kematian)	Banyaknya jumlah kematian bayi dalam satuan jiwa	Badan pusat statistic www.bps.go.id

CI (Cakupan Imunisasi)	Persentase bayi yang telah diimunisasi dasar lengkap.	Kementerian Kesehatan www.kemkes.go.id
PSG (Prevalensi Status Gizi)	Besarnya tingkat gizi buruk dalam satuan persen.	Kementerian Kesehatan www.kemkes.go.id

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

a. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan melihat data seluruh Provinsi di Indonesia yang disediakan oleh Kementerian Keuangan Republik Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Badan Pusat Statistik.

b. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini direncanakan selama 3 bulan yaitu November 2017 sampai Januari 2018.

3.4 Jenis dan Sumber Data

Adapun data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Berdasarkan Bentuk : Data Kuantitatif
2. Berdasarkan Waktu : Data Panel
3. Berdasarkan Sumber Data : Data Sekunder

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan pengambilan data secara sekunder melalui website Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, dan Badan Pusat Statistik.

3.6 Model Estimasi

Penelitian ini menggunakan metode regresi linear berganda. Maka model ekonometrika yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Model 1 :

$$IPM_{rt} = \beta_0 + \beta_1 DAK_{rt} + \beta_2 JPJKN_{rt} + \beta_3 JSK_{rt} + \beta_4 JTK_{rt} + \varepsilon_{rt} \dots \dots \dots (3-1)$$

Dimana:	IPM_{rt}	= Indeks Pembangunan Manusia pada tahun t
	r	= Provinsi (<i>Region</i>) di Indonesia
	t	= Unit waktu(2010-2016)
	DAK_{rt}	= Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan tahun t
	$JPJKN_{rt}$	= Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun t
	JSK_{rt}	= Jumlah Sarana Kesehatan pada tahun t
	JTK_{rt}	= Jumlah Tenaga Kesehatan pada tahun t
	β_0	= Konstanta
	$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$	= Parameter dari setiap variabel bebas
	ε_{rt}	= <i>ErrorTerm</i>

Model 2:

$$AHH_{rt} = \lambda_0 + \lambda_1 PPK_{rt} + \lambda_2 AK_{rt} + \lambda_3 CI_{rt} + \lambda_4 PSG_{rt} + \mu_{rt} \dots \dots \dots (3-2)$$

Dimana:	AHH_{rt}	= Angka Harapan Hidup pada tahun t
	r	= Provinsi (<i>Region</i>) di Indonesia
	t	= Unit waktu (2010-2016)
	PPK_{rt}	= Pengeluaran Perkapita pada tahun t
	AK_{rt}	= Angka Kematian pada tahun t
	CI_{rt}	= Cakupan Imunisasi pada tahun t

PSGr _t	= Prevalensi Status Gizi pada tahun t
λ_0	= Konstanta
$\lambda_1, \lambda_2, \lambda_3, \lambda_4$	= Parameter dari setiap variabel bebas
μ_{rt}	= <i>ErrorTerm</i>

Dikarenakan tidak tersedianya data Angka Kematian dari tahun 2013-2016, maka model estimasi kedua diubah menjadi data cross section, yaitu data yang digunakan ialah data tahun 2012, dengan rumus sebagai berikut:

$$AHH_r = \lambda_0 + \lambda_1 PPK_r + \lambda_2 AK_r + \lambda_3 CI_r + \lambda_4 PSG_r + \mu_r \dots \dots \dots (3-3)$$

Dimana:

AHH _r	= Angka Harapan Hidup pada tahun 2012
r	= Provinsi (<i>Region</i>) di Indonesia
PPK _r	= Pengeluaran Perkapita pada tahun 2012
AK _r	= Angka Kematian pada tahun 2012
CI _r	= Cakupan Imunisasi pada tahun 2012
PSGr	= Prevalensi Status Gizi pada tahun 2012
λ_0	= Konstanta
$\lambda_1, \lambda_2, \lambda_3, \lambda_4$	= Parameter dari setiap variabel bebas
μ_r	= <i>ErrorTerm</i>

3.7 Metode Estimasi

Metode estimasi pada penelitian ini adalah untuk mengestimasi semua variable yang diamati menggunakan data panel yaitu data silang tempat (*cross section*) dengan objek penelitian se-Provinsi di Indonesia dan juga data runtut waktu (*time series*) dalam kurun waktu 7 tahun (dari tahun 2010 sampai 2016). Analisis trend dalam kurun waktu tersebut dapat dianalisis dengan menggunakan asumsi OLS (*Ordinary Least Square metode*) dalam bentuk model regresi linier

berganda serta menggunakan *Eviews8* yang disajikan lebih sederhana dan mudah dimengerti.

Asumsi utama yang mendasari model regresi dengan menggunakan metode OLS adalah sebagai berikut:

1. $E(\varepsilon_i) = 0$; nilai rata-rata *disturbance term* adalah nol.
2. $\text{Var}(\varepsilon_i) = \sigma^2$; varians dari *disturbance term* adalah bersifat konstan (homokedastis).
3. $\text{Cov}(\varepsilon_i, \varepsilon_j) = 0$; tidak ada korelasi baik di antara *disturbance term* maupun antara *disturbance term* dan variabel bebas.
4. $u_i \sim N(0, \sigma^2)$; *disturbance term* terdistribusi secara normal dengan rata-rata nol dan varians konstan (Ariefianto, 2012).

3.8 Prosedur Analisis

Karena penelitian ini bersifat data panel dari tahun 2010 sampai tahun 2016 untuk model estimasi pertama dan data cross section untuk model estimasi kedua maka penelitian ini akan di analisis menggunakan analisis regresi linear (*Ordinary Least Square*).

3.8.1 Analisis deskriptif perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) khususnya Angka Harapan Hidup di Indonesia dan Analisis deskriptif perkembangan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Jamkesmas, Jamkesda, dan BPJS di Indonesia.

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 untuk memudahkan pembaca dalam menafsirkan hasil penelitian.

Metode analisis deskriptif dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) khususnya Angka Harapan Hidup di Indonesia pada tahun 2010 – 2016, dan juga untuk mengetahui bagaimana perkembangan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Jamkesmas, Jamkesda, dan BPJS di Indonesia.

3.8.2 Penaksiran

a. Korelasi (R)

Koefisien korelasi adalah nilai yang menunjukkan kuat atau tidaknya suatu hubungan linier antara variable DAK, JPJKN, JSK, dan JTK terhadap IPM dan variable PPK, AK, CI, dan PSG terhadap AHH. Koefisien korelasi biasanya dilambangkan dengan huruf r dimana bervariasi antara -1 sampai +1. Nilai r mendekati -1 atau +1 menunjukkan hubungan yang kuat antara variabel-variabel tersebut nilai r yang mendekati 0 mengindikasikan lemahnya hubungan antara variabel-variabel tersebut. Sedangkan tanda + (positif) dan - (negatif)

memberikan informasi mengenai arah dari hubungan antara variable-variable tersebut. Jika bernilai + (positif) maka variable-variable tersebut memiliki hubungan yang searah, dalam arti lain peningkatan DAK, JPJKN, JSK, dan JTK akan bersamaan dengan peningkatan IPM dan PPK, AK, CI, dan PSG akan bersamaan dengan peningkatan AHH dan begitu juga sebaliknya. Jika bernilai – (negatif) artinya korelasi antara variabel-variabel tersebut bersifat berlawanan. Peningkatan nilai DAK, JPJKN, JSK, dan JTK akan bersamaan dengan penurunan nilai IPM serta penurunan PPK, AK, CI, dan PSG akan bersamaan dengan penurunan AHH dan begitu juga sebaliknya.

b. Koefisien Determinasi (R^2)

Ukuran *Goodness of Fit* mencerminkan seberapa besar variasi dari *regressand* (Y) dapat diterangkan oleh *regressor* (X). Nilai dari *Goodness of Fit* adalah antara 0 dan 1 ($0 \leq 1$). Nilai yang kecil berarti kemampuan variabel-variabel independen dalam menjelaskan variasi variabel dependen sangat terbatas. Nilai yang mendekati satu berarti variabel-variabel independen memberikan hampir semua informasi yang dibutuhkan untuk memprediksi variabel dependen (Nachrowi dan Usman, 2002).

Sedangkan menurut Gujarati (2006) koefisien determinasi adalah 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 (R^2) terjadi bias terhadap satu variabel bebas yang dimasukkan dalam model. Sebagai ukuran kesesuaian garis regresi dengan sebaran data, R^2 menghadapi masalah karena

tidak memperhitungkan derajat bebas. Sebagai alternatif digunakan *corrected* atau adjusted R^2 yang dirumuskan (Gujarati, 2006):

$$Adjusted R^2 = 1 - R^2 - \left(\frac{-1}{n-k} \right) \dots\dots\dots(3-3)$$

Dimana: R^2 : koefisien determinan
 n : jumlah sampel
 k : jumlah variabel independen

3.8.3 Pengujian (*test diagnostic*)

a. Uji Statistik t atau Uji Parsial

Uji t statistik dilakukan untuk melihat signifikan dari pengaruh DAK, JPJKN, JSK, dan JTK secara individual terhadap IPM dan pengaruh PPK, AK, CI, dan PSG secara individual terhadap AHH dengan menganggap variabel bebas lainnya adalah konstan. Dalam hal ini pengujian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Perumusan Hipotesa:

- DAK
 - H_0 : $\beta_1=0$ (DAK tidak berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap IPM)
 - H_a : $\beta_1 \neq 0$ (DAK berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap IPM)
- JPJKN
 - H_0 : $\beta_1=0$ (JPJKN tidak berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap IPM)
 - H_a : $\beta_1 \neq 0$ (JPJKN berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap IPM)
- JSK
 - H_0 : $\beta_1=0$ (JSK berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap IPM)

- $H_a : \beta_1 \neq 0$ (JSK tidak berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap IPM)
- JTK
 - $H_0 : \beta_1 = 0$ (JTK berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap IPM)
 - $H_a : \beta_1 \neq 0$ (JTK tidak berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap IPM)
 - PPK
 - $H_0 : \gamma_1 = 0$ (PPK tidak berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH)
 - $H_a : \gamma_1 \neq 0$ (PPK berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH)
 - AK
 - $H_0 : \gamma_1 = 0$ (AK tidak berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH)
 - $H_a : \gamma_1 \neq 0$ (AK berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH)
 - CI
 - $H_0 : \gamma_1 = 0$ (CI berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH)
 - $H_a : \gamma_1 \neq 0$ (CI tidak berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH)
 - PSG
 - $H_0 : \gamma_1 = 0$ (PSG berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH)
 - $H_a : \gamma_1 \neq 0$ (PSG tidak berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH)

2. Uji Statistik t

Koefisien regresi dapat diketahui dengan cara menghitung nilai t dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$t = \frac{\alpha_i}{se \alpha_j} \dots \dots \dots (3-4)$$

dimana: α_i : koefisien regresi
se : standar error
i : 1,2,3....n
j : 1,2
dibandingkan dengan $t_{tabel} : \pm t (\alpha/2, n-1)$.

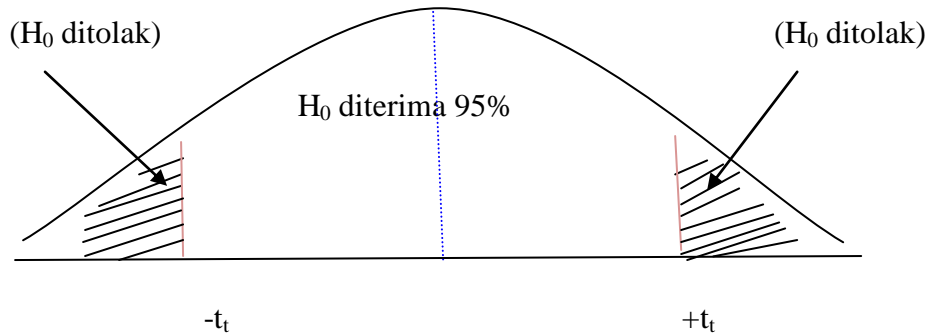
3. Kriteria Uji

Terima H_0 jika $-t_{tabel} < t_{hitung} < +t_{tabel}$, hal lain tolak H_0 .

Distribusi kurva normal t

Daerah kritis 2,5%

Daerah kritis 2,5%



Atau dalam olahan software, dikatakan signifikan jika nilai sig $< \alpha = 5\%$

4. Kesimpulan:

Memberikan kesimpulan sesuai dengan criteria uji.

b. Uji F Statistik atau Uji Simultan

Uji F dilakukan untuk mengetahui pada model 1 apakah DAK,JPJKN, JSK, dan JTK secara keseluruhan signifikan secara statistik dalam mempengaruhi IPM dan pada model 2 apakah PPK, AK, CI, dan PSG secara keseluruhan signifikan secara statistik dalam mempengaruhi AHH.

1. Perumusan Hipotesa:

Model 1

$H_0 : \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4 = 0$ (DAK, JPJKN, JSK, dan JTK tidak berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap IPM)

$H_a : \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4 \neq 0$ (DAK, JPJKN, JSK, dan JTK berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap IPM)

Model 2

$H_0 : \gamma_1, \gamma_2, \gamma_3, \gamma_4 = 0$ (PPK, AK, CI, dan PSG tidak berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH)

$H_a : \gamma_1, \gamma_2, \gamma_3, \gamma_4 \neq 0$ (PPK, AK, CI, dan PSG berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH)

2. Uji Statistik F

$$F = \frac{R^2/k-1}{(1-R^2)/(n-k)} \dots \dots \dots (3-5)$$

Dimana: k : jumlah parameter yang diestimasi termasuk konstanta

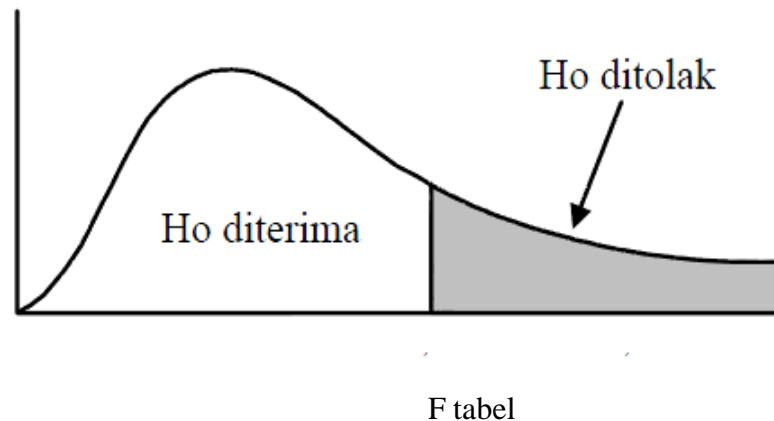
n : jumlah observasi

Dibanding dengan $F_{\text{tabel}} = F(\alpha, n-k-1)$

3. Kriteria Uji

Terima H_0 jika $F_{\text{hitung}} < F_{\text{tabel}}$, hal lain tolak H_0 .

Atau dalam distribusi kurva F



Atau dalam olahan software, dikatakan signifikan jika nilai sig $< \alpha = 5\%$

4. Kesimpulan:

Memberikan kesimpulan apakah tolak H_0 atau terima H_0 .

c. Uji Asumsi Klasik

Metode OLS mendapatkan nilai estimator yang diharapkan dapat memenuhi sifat estimator OLS yang BLUE (*Best Linear Unbiased Estimator*) dengan cara meminimumkan kuadrat simpangan setiap observasi dalam sampel. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa terdapat tiga asumsi dalam metode estimasi OLS 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), dan
3. Tidak ada hubungan variabel gangguan antara satu observasi dengan observasi berikutnya (tidak ada autokoreasi).

d. Multikolinearitas

Multikolinearitas berhubungan dengan situasi dimana ada hubungan linier baik yang pasti atau mendekati pasti antara variabel independen (Gujarati, 2003). Masalah multikolinearitas timbul bila variabel-variabel independen berhubungan satu sama lain. Selain mengurangi kemampuan untuk menjelaskan dan memprediksi, multikolinearitas juga menyebabkan kesalahan baku koefisien (ujit) menjadi indikator yang tidak dipercaya.

Uji multikolinearitas ini bertujuan untuk mengetahui apakah masing- masing variabel bebas saling berhubungan secara linier dalam model persamaan regresi yang digunakan. 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 *auxilliary regression* untuk mendeteksi adanya multikolinearitas. Kriterianya adalah jika R² regresi persamaan utama lebih dari R² regresi *auxilliary* maka didalam model tidak terjadi multikonearitas. *Model auxilliary regression* adalah:

$$F_t = \frac{R^2 \cdot X_1, X_2, X_3, \dots, X_k / (k-2)}{1 - R^2 \cdot X_1, X_2, X_3, \dots, X_k / (N-K+1)} \dots \dots \dots (3-6)$$

e. Heterokedastisitas

Heterokedastisitas adalah keadaan dimana varians dari setiap gangguan tidak konstan. Dampak adanya hal tersebut adalah tidak efisiennya 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 dipertanggungjawabkan.

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 χ^2 , dimana $\chi^2 = n \cdot R^2$ (Gujarati, 2003). Dimana pengujiannya adalah jika nilai probability *Observation R-Squared* lebih besar dari taraf nyata 5 persen. Maka hipotesis alternatif adanya heterokedastisitas dalam model ditolak.

f. Autokorelasi

Autokorelasi adalah keadaan dimana variabel gangguan pada periode tertentu berkorelasi dengan variabel pada periode lainnya, dengan kata 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 atau Durbin Watson Test. Dimana apabila d_i dan

d_u adalah batas bawah dan batas atas, statistik menjelaskan apabila nilai Durbin Watson berada pada $2 < DW < 4 - d_u$ maka dapat dinyatakan tidak terdapat autokorelasi atau *no-autocorrelation* (Ariefianto,2012).

g. Uji Hausman (Pemilihan Model Regresi Data Panel)

Uji yang digunakan untuk menentukan model regresi pada data panel yaitu *Fixed Effect* atau *Random Effect*, maka selanjutnya akan dilakukan uji signifikan antara model *Fixed Effect* dan *Random Effect* untuk mengetahui model mana yang lebih tepat untuk digunakan, pengujian ini disebut dengan Uji Hausman.

Uji Hausman dapat didefinisikan sebagai pengujian statistik untuk memilih apakah model *Fixed Effect* atau *Random Effect* yang akan digunakan. Pengujian Uji Hausman dilakukan dengan hipotesis berikut:

H_0 : Random Effect Model

H_a : Fixed Effect Model

Uji Hausman akan mengikuti distribusi chi-squares sebagai berikut:

$$m = q' \text{Var}(q) - 1 \quad q'$$

Statistik uji Hausman ini mengikuti distribusi statistik Chi Square dengan *degree of freedom* sebanyak k , dimana k adalah jumlah variabel independen. Jika nilai statistik Hausman lebih besar dari nilai kritisnya, maka H_0 ditolak dan model yang tepat adalah model *Fixed Effect*, sedangkan sebaliknya bila nilai statistik Hausman lebih kecil dari nilai kritisnya maka, model yang tepat adalah model *Random Effect*.

1. Pendekatan Efek Tetap (*Fixed Effect Model*)

Efek tetap disini dimaksudkan bahwa satu objek, memiliki konstanta yang tetap besarnya untuk berbagai periode waktu. Demikian juga dengan koefisien regresinya, tetap besarnya dari waktu ke waktu (*time invariant*).

Untuk membedakan satu objek dengan objek lainnya, digunakan variabel semu (dummy). Oleh karena itu, model ini sering disebut juga dengan *Least Squares Dummy Variables (LSDV)* (Winarno, 2015).

2. Pendekatan Efek Acak (*Random Effect Model*)

Efek random digunakan untuk mengatasi kelemahan metode efek tetap yang menggunakan variabel semu, sehingga model mengalami ketidakpastian. Tanpa menggunakan variabel semu, metode efek random menggunakan residual, yang diduga memiliki hubungan antar waktu dan antar objek.

Namun untuk menganalisis metode efek random ini ada satu syarat, yaitu objek data silang harus lebih besar daripada banyaknya koefisien (Ariefianto:2012).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. 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° Lintang Utara sampai 11° Lintang Selatan dan 95° sampai 141° 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.

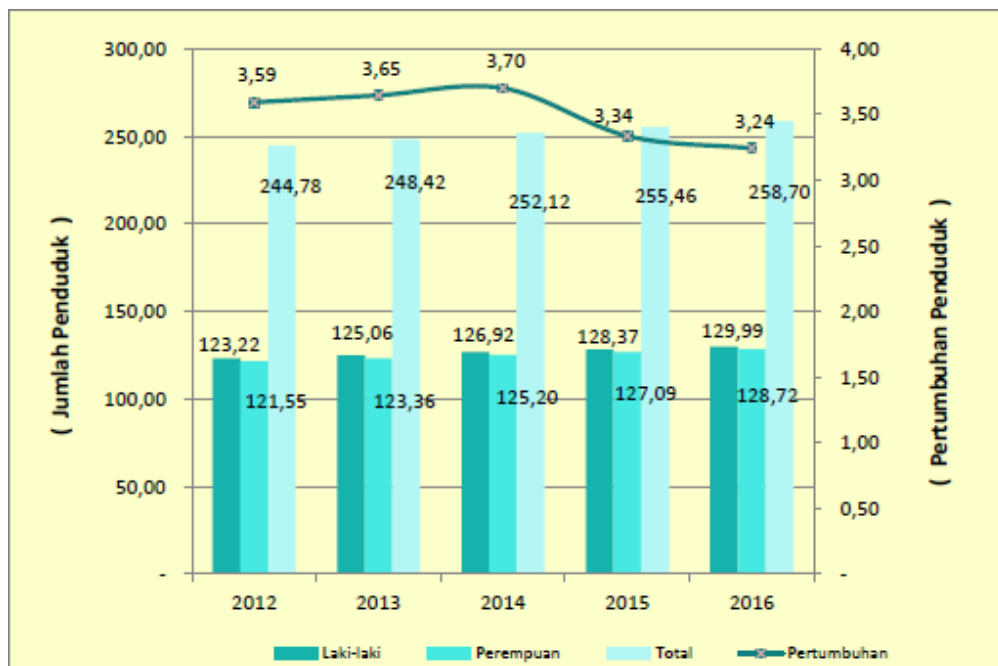
Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 39 Tahun 2015 tentang Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan, secara administratif wilayah Indonesia terbagi atas 34 provinsi, 514 kabupaten/kota (416 kabupaten dan 98 kota), 7.094 kecamatan, 8.412 kelurahan dan 74.093 desa. Jumlah provinsi bertambah satu dari tahun 2013, yaitu Provinsi Kalimantan Utara. Provinsi Kalimantan Utara merupakan pemekaran dari Provinsi Kalimantan Timur, dengan 5 kabupaten/kota yaitu Kabupaten Malinau, Bulungan, Tana Tidung, Nunukan dan Kota Tarakan.

4.2. Kondisi Demografi Indonesia

Hasil estimasi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2016 sebesar 258.704.986 jiwa, yang terdiri atas 129.988.690 jiwa penduduk laki-laki dan 128.716.296 jiwa penduduk perempuan.

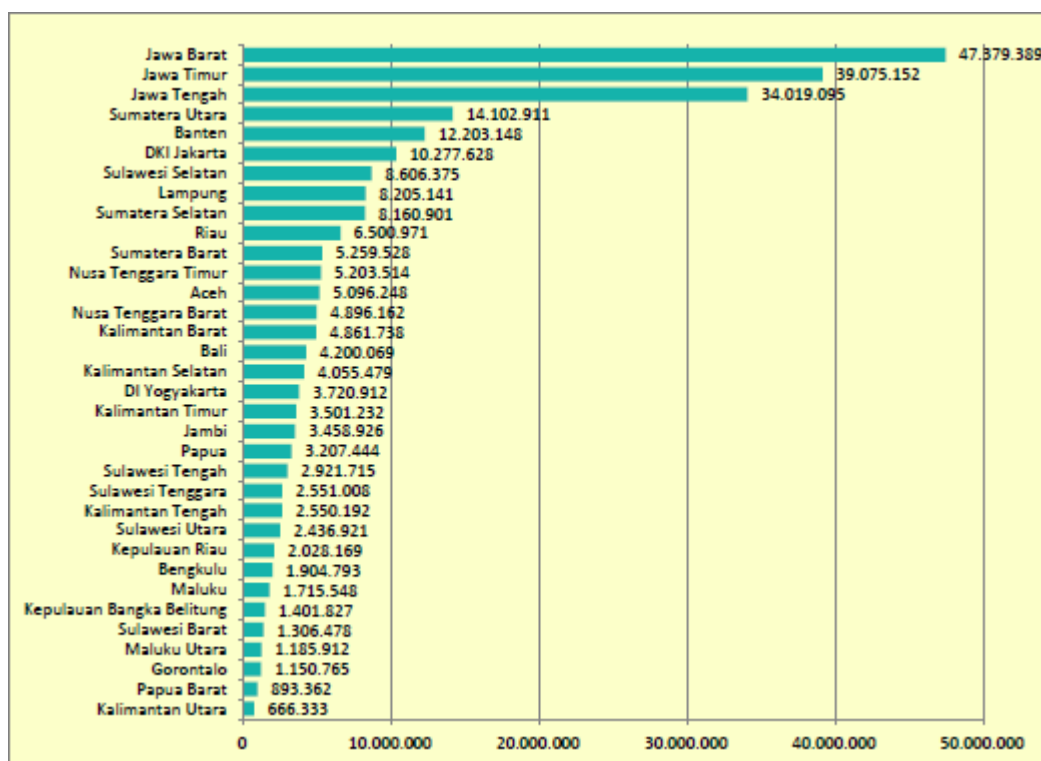
Gambar 4-1 memperlihatkan peningkatan jumlah penduduk di Indonesia tahun 2012 hingga 2016. Dari tahun 2012-2014 pertumbuhan penduduk per tahun terus meningkat, dari 3,59 juta per tahun menjadi 3,70 juta per tahun. Tahun 2016 pertumbuhan penduduk sedikit menurun dari tahun 2015 menjadi 3,24 juta per tahun. Rasio jenis kelamin pada tahun 2016 adalah 101, yang artinya terdapat 101 laki-laki diantara 100 perempuan.

Gambar 4-1
Jumlah Penduduk Indonesia (Dalam Jutaan) Menurut Jenis Kelamin
Tahun 2012 – 2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

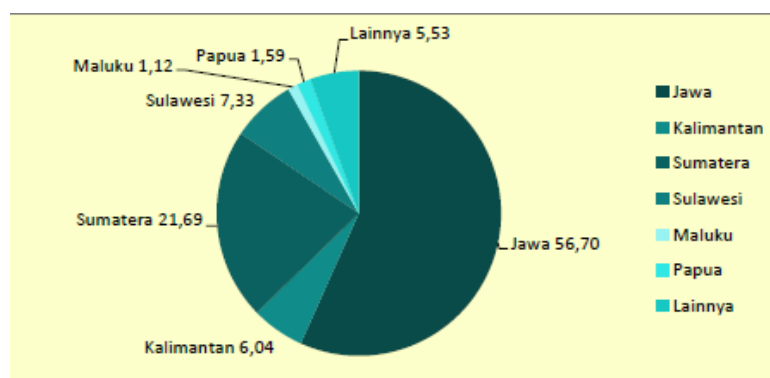
Gambar 4-2
Jumlah Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

Pada gambar 4-2, berdasarkan hasil estimasi, jumlah penduduk paling banyak di Indonesia terdapat di Provinsi Jawa Barat dengan jumlah penduduk sebesar 47.379.389 jiwa, sedangkan jumlah penduduk paling sedikit terdapat di Kalimantan Utara dengan jumlah penduduk sebesar 666.333 jiwa.

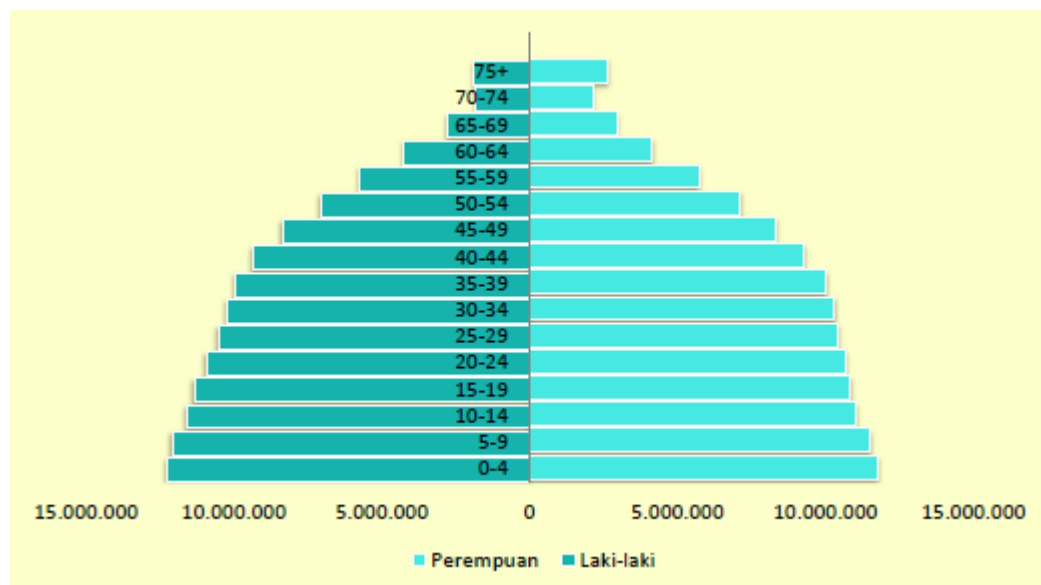
Gambar 4-3
Persentase Persebaran Penduduk Indonesia Tahun 2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

Dari gambar 4-2 di atas dapat dilihat bahwa pulau Jawa merupakan wilayah yang memiliki populasi penduduk Indonesia paling banyak yakni sebesar 56,70%. Penduduk yang paling sedikit berada di wilayah timur Indonesia yakni Maluku sebesar 1,12% dan Papua sebesar 1,59%

Gambar 4-4
Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

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 usia di atasnya. Lebih melebarnya grafik pada usia muda membuktikan bahwa penduduk Indonesia memiliki struktur muda. Bagian atas yang lebih pendek pada piramida tersebut menunjukkan angka kematian yang masih tinggi pada penduduk usia tua. Kondisi ini menuntut kebijakan terhadap penduduk usia tua.

Konsentrasi penduduk di suatu wilayah dapat dipelajari dengan menggunakan ukuran kepadatan penduduk. 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. Rata-rata kepadatan penduduk di Indonesia tahun 2016 berdasarkan hasil estimasi sebesar 135,19 jiwa per km², keadaan ini meningkat dari tahun sebelumnya yang sebesar 133,5 jiwa per km². Kepadatan penduduk berguna sebagai acuan dalam rangka mewujudkan pemerataan dan persebaran penduduk.

Gambar 4-5
Peta Persebaran Kepadatan Penduduk (Jiwa/Km2) Di Indonesia
Tahun 2016



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2016

Pada Gambar 4-5 terlihat bahwa kepadatan penduduk di Indonesia belum merata. Kepadatan penduduk tertinggi terdapat di Pulau Jawa yaitu Provinsi DKI Jakarta sebesar 15.478,12 jiwa per km². Kepadatan penduduk terendah terdapat di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 8,83 jiwa per km².

Dalam rangka pemerataan penduduk pemerintah melaksanakan beberapa cara, antara lain: (1) transmigrasi atau program memindahkan penduduk dari tempat yang padat ke tempat yang jarang penduduknya; (2) pemerataan lapangan kerja dengan mengembangkan industri, terutama untuk provinsi yang berada di luar Pulau Jawa; (3) pengendalian jumlah penduduk dengan menurunkan jumlah kelahiran melalui program keluarga berencana atau penundaan umur pernikahan pertama.

4.3. Indikator Pembangunan Ekonomi

4.3.1. Kesehatan

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, karena 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.

Terdaftar 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 aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas)

sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di Kawasan ASEAN. Pada tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup.

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.

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyatakan bahwa persentase balita (0-59 bulan) dengan bayi berat lahir rendah sebesar 10,2%. Persentase bayi berat lahir rendah tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Tengah (16,8%) dan terendah di Sumatera Utara (7,2%). Masalah pada bayi dengan berat lahir rendah terutama pada prematur terjadi karena ketidakmatangan sistem organ pada bayi tersebut. Bayi berat lahir rendah mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi dan mudah terserang komplikasi. Masalah pada bayi berat lahir

rendah yang sering terjadi adalah gangguan pada sistem pernafasan, susunan saraf pusat, kardiovaskular, hematologi, gastro intestinal, ginjal, dan termoregulasi.

Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah dan infeksi (Risksedas, 2007). Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan ditangani. Namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan social ekonomi, sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini dan kesadaran orangtua untuk mencari pertolongan kesehatan.

Penanganan neonatal dengan komplikasi adalah penanganan terhadap neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan atau komplikasi/kegawatdaruratan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih baik di rumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Capaian penanganan neonatal dengan komplikasi mengalami peningkatan dari tahun 2012 yang sebesar 48,48% menjadi 51,47% pada tahun 2013. Meskipun terjadi peningkatan capaian, namun masih terdapat disparitas yang cukup besar antar provinsi. Capaian tertinggi diperoleh Provinsi DI Yogyakarta dengan angka sebesar 90,60% diikuti oleh Jawa Tengah sebesar 75,36%, dan Bali sebesar 71,27%. Capaian terendah terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 15,34%, diikuti oleh Papua sebesar 15,38%, dan Sumatera Utara sebesar 18,69%.

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai 28 hari, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim

menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi. Pada usia yang rentan ini, berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Masalah utama penyebab kematian bayi dan balita adalah pada masa neonatus (bayi baru lahir umur 0-28 hari). Menurut hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 78,5% dari kematian neonatal terjadi pada umur 0-6 hari. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah, dan infeksi. Dengan melihat adanya risiko kematian yang tinggi dan berbagai serangan komplikasi pada minggu pertama, maka setiap bayi baru lahir harus mendapatkan pemeriksaan sesuai standar lebih sering (minimal 2 kali) dalam minggu pertama. Langkah ini dilakukan untuk menemukan secara dini jika terdapat penyakit atau tanda bahaya pada neonatus sehingga pertolongan dapat segera diberikan untuk mencegah penyakit bertambah berat yang dapat menyebabkan kematian. Kunjungan neonatus merupakan salah satu intervensi untuk menurunkan kematian bayi baru lahir.

Setiap tahun lebih dari sepertiga kematian anak di dunia berkaitan dengan masalah kurang gizi, yang dapat melemahkan daya tahan tubuh

terhadap penyakit. Ibu yang mengalami kekurangan gizi pada saat hamil, atau anaknya mengalami kekurangan gizi pada usia 2 tahun pertama, pertumbuhan serta perkembangan fisik dan mentalnya akan lambat.

Menurut Riskesdas, pada tahun 2013, terdapat 19,6% balita kekurangan gizi yang terdiri dari 5,7% balita dengan gizi buruk dan 13,9% berstatus gizi kurang. Sebesar 4,5% balita dengan gizi lebih. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%), prevalensi kekurangan gizi pada balita 2013 terlihat meningkat. Balita kekurangan gizi tahun 2010 terdiri dari 13% balita berstatus gizi kurang dan 4,9% berstatus gizi buruk. Perubahan terutama pada prevalensi status gizi buruk yaitu dari 5,4% tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010, dan 5,7% tahun 2013. Untuk mencapai sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1% dalam periode 2013-2015.

Pada tahun 2013 diantara 33 provinsi di Indonesia, 19 provinsi memiliki prevalensi balita kekurangan gizi diatas angka prevalensi nasional yang berkisar antara 19,7% sampai dengan 33,1%. Terdapat 3 provinsi yang memiliki prevalensi balita kekurangan gizi sudah mencapai sasaran yaitu: Bali (13,2 %), DKI Jakarta (14%), dan Kepulauan Bangka Belitung (15,1%). Masalah kesehatan masyarakat dianggap serius bila prevalensi kekurangan gizi pada balita antara 20-29%, dan dianggap prevalensi sangat tinggi bila $\geq 30\%$. Pada tahun 2013, secara nasional prevalensi kekurangan gizi pada anak balita sebesar 19,6%, yang berarti

masalah kesehatan masyarakat mendekati prevalensi tinggi, yaitu Papua Barat dan Nusa Tenggara Timur (33%).

Gambaran status gizi pada kelompok umur dewasa >18 tahun dapat diketahui melalui prevalensi status gizi berdasarkan indikator Indeks Masa Tubuh (IMT). Status gizi pada kelompok dewasa berusia 18 tahun didominasi dengan masalah obesitas, walaupun masalah kurus juga masih cukup tinggi. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada kelompok umur dewasa sebanyak 14,76% dan berat badan lebih sebesar 11,48%. Dengan demikian prevalensi kelompok dewasa kelebihan berat sebesar 26,23%, sedangkan prevalensi penduduk dewasa kurus 11,09%.

Prevalensi penduduk laki-laki dewasa obesitas pada tahun 2013 sebanyak 19,7%, lebih tinggi dari tahun 2007. Pada tahun 2013, prevalensi obesitas perempuan dewasa 32,9%, naik 18,1% dari tahun 2007 (13,9%) dan 17,5% dari tahun 2010 (15,5%). Pada semua kelompok umur penduduk dewasa, kelebihan berat badan lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Rata-rata prevalensi kelebihan berat badan relatif tinggi terdapat pada usia 35-59 tahun pada laki-laki maupun perempuan. Pada usia tersebut, sekitar sepertiganya mengalami kelebihan berat badan di kelompok perempuan dan sekitar seperlimanya di kelompok laki-laki.

Menurut laporan Riskesdas 2013 provinsi dengan prevalensi kelebihan berat badan pada penduduk >18 tahun terendah yaitu Nusa Tenggara Timur (12,95%), Lampung (18,51%), Nusa Tenggara Barat (19,47%). Provinsi dengan prevalensi kelebihan berat badan tertinggi yaitu

Sulawesi Utara (40,54%), Kalimantan Timur (35,38%), dan DKI Jakarta (34,67%). Prevalensi penduduk kurus terendah di Provinsi Sulawesi Utara (5,6%) dan tertinggi di Nusa Tenggara Timur (19,5%). Dua belas provinsi dengan prevalensi penduduk dewasa kurus diatas prevalensi nasional, yaitu Kalimantan Tengah, Sulawesi Barat, Sumatera Barat, Jawa Timur, Maluku, Jawa Tengah, Banten, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Prevalensi penduduk obesitas terendah di Provinsi Nusa Tenggara Timur (6,2%) dan tertinggi di Sulawesi Utara (24%). Enam belas provinsi dengan prevalensi diatas nasional, yaitu Jawa Barat, Bali, Papua, DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Tengah, Jawa Timur, Bangka Belitung, Sumatera Utara, Papua Barat, Kepulauan Riau, Maluku Utara, Kalimantan Timur, DKI Jakarta, Gorontalo, dan Sulawesi Utara. Berdasarkan karakteristik, masalah obesitas cenderung lebih tinggi pada penduduk yang tinggal di perkotaan, berpendidikan lebih tinggi dan pada kelompok status ekonomi yang tertinggi.

4.3.2. Kemiskinan

Gambar 4-6

**Jumlah Penduduk Miskin, Persentase Penduduk Miskin Dan Garis Kemiskinan
Kemiskinan
Tahun 2000 - 2016**

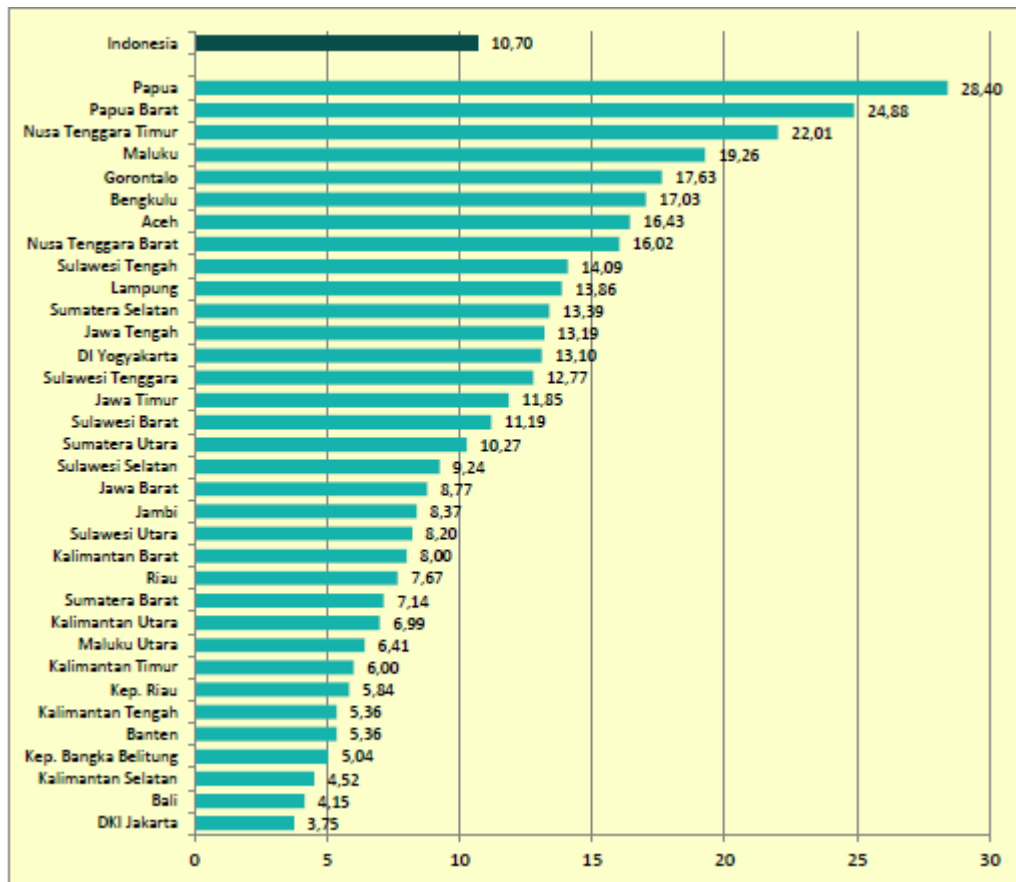
No	Tahun	Jumlah Penduduk Miskin (dalam juta Orang)			Persentase Penduduk Miskin			Garis Kemiskinan (Rp/Kapita/Bulan)	
		Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	2000	12,31	26,43	38,74	14,6	22,38	19,14	91.632,00	73.648,00
2	2001	8,60	29,27	37,87	9,79	24,84	18,41	100.011,00	80.382,00
3	2002	13,32	25,08	38,39	14,46	21,1	18,2	130.499,00	96.512,00
4	2003	12,26	25,08	37,34	13,57	20,23	17,42	138.803,00	105.888,00
5	2004	11,37	24,78	36,15	12,13	20,11	16,66	143.455,00	108.725,00
6	2005	12,40	22,7	35,1	11,68	19,98	15,97	165.565,00	117.365,00
7	2006	14,49	24,81	39,3	13,47	21,81	17,75	174.290,00	130.584,00
8	2007	13,56	23,61	37,17	12,52	20,37	16,58	187.942,00	146.837,00
9	2008	12,77	22,19	34,96	11,65	18,93	15,42	204.895,99	161.830,79
10	2009	11,91	20,62	32,53	10,72	17,35	14,15	222.123,10	179.834,57
11	2010	11,10	19,93	31,02	9,87	16,56	13,33	232.989,00	192.353,83
12	Maret 2011	11,05	18,97	30,02	9,23	15,72	12,49	253.015,51	213.394,51
13	September 2011	10,95	18,94	29,89	9,09	15,59	12,36	263.593,84	223.180,69
14	Maret 2012	10,65	18,49	29,13	8,78	15,12	11,96	267.407,53	229.225,78
15	September 2012	10,51	18,09	28,59	8,6	14,7	11,66	277.381,99	240.441,35
16	Maret 2013	10,33	17,74	28,07	8,39	14,32	11,37	289.042,00	253.273,00
17	September 2013	10,63	17,92	28,55	8,52	14,42	11,47	308.626,00	275.779,00
18	Maret 2014	10,51	17,77	28,28	8,34	14,17	11,25	318.514,00	286.097,00
19	September 2014	10,36	17,37	27,73	8,16	13,76	10,96	326.853,00	296.681,00
20	Maret 2015	10,65	17,94	28,59	8,29	14,21	11,22	342.541,00	317.881,00
21	September 2015	10,62	17,89	28,51	8,22	14,09	11,13	356.378,00	333.034,00
22	Maret 2016	10,34	17,67	28,01	7,79	14,11	10,86	364.527,00	343.647,00
23	September 2016	10,49	17,28	27,76	7,73	13,96	10,70	372.114,00	350.420,00

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan mengalami peningkatan sedangkan jumlah penduduk miskin di daerah perdesaan mengalami penurunan. Selama periode Maret 2016-September 2016, penduduk miskin di daerah perkotaan meningkat sekitar 0,15 juta orang, sementara di daerah perdesaan menurun sekitar 0,39 juta orang. Sebagian besar penduduk miskin tinggal di daerah perdesaan. Pada September 2016, penduduk miskin yang tinggal di perdesaan sebesar 62,23 % dari seluruh penduduk miskin, sementara pada Maret 2016 sebesar 63,08 %.

Gambar 4-7

Persentase Penduduk Miskin Menurut Provinsi Tahun 2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

Berdasarkan provinsi pada tahun 2016, persentase penduduk miskin terbesar yaitu Papua (28,40%), Papua Barat (24,88%) dan Nusa Tenggara Timur (22,01%). Sedangkan provinsi dengan persentase penduduk miskin terendah adalah DKI Jakarta (3,75%), Bali (4,15%) dan Kalimantan Selatan (4,52%).

Semakin meningkatnya penduduk miskin di daerah pedalaman disebabkan oleh kurangnya infrastruktur, rendahnya sarana dan prasarana publik, serta mahalnya biaya hidup yang dikeluarkan. Namun tidak sama halnya dengan DKI Jakarta dengan penduduk miskin sebesar 3,75%. DKI Jakarta sudah memiliki infrastruktur yang memadai namun penyebab kemiskinan ialah lapangan kerja yang tersedia tidak mampu untuk menampung banyaknya penduduk yang ada,

sehingga pengangguran semakin bertambah. Maka untuk mengatasi masalah ini, pemerintah meluncurkan berbagai macam program kebijakan seperti Jamkesmas, Jamkesda, Program Keluarga Harapan, KIP, KIS, dll.

4.3.3. Indeks Pembangunan Manusia

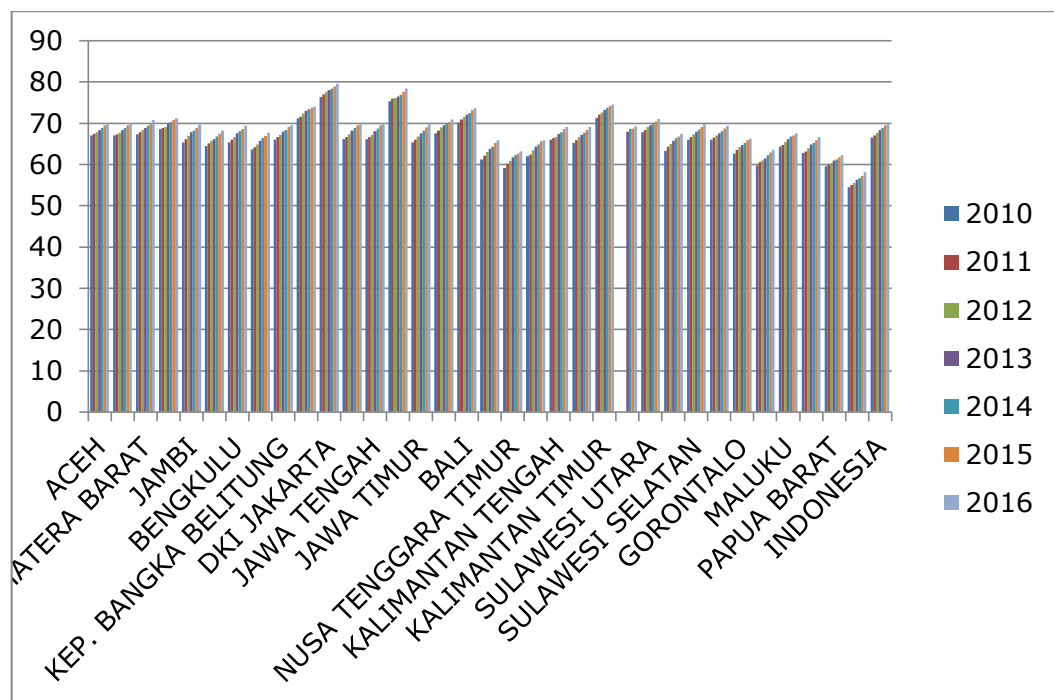
Menurut *United Nations Development Programme (UNDP)*, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. IPM dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar, sebagai ukuran kualitas hidup, yaitu umur panjang dan sehat, pengetahuan dan standar hidup layak. Untuk mengukur dimensi umur panjang dan sehat (dimensi kesehatan) digunakan Angka Harapan Hidup (AHH) waktu lahir. Untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan gabungan indikator Angka Melek Huruf dan Rata-rata Lama 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 (PDB).

Pada tahun 2014 terjadi perubahan metodologi IPM. Angka Melek Huruf pada metode lama diganti dengan angka harapan lama sekolah. Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita diganti dengan Produk Nasional Bruto (PNB) per kapita. Metode agregasi dari rata-rata aritmatik menjadi rata-rata geometrik. Pembangunan manusia Indonesia terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun baik dengan metode lama (1996-2013) maupun dengan metode baru (2010-2016). Dengan metode baru selama

periode 2010-2016, nilai IPM Indonesia telah meningkat 3,65 poin, yaitu dari 66,53 tahun 2010 menjadi 70,18 pada tahun 2016. Bila dilihat berdasarkan target APBN, yang menargetkan IPM sebesar 70,1 sudah melampaui target (IPM 2016=70,18). Akselerasi yang tinggi diduga merupakan salah satu penyebab terlampauinya target APBN tersebut. Pada tahun 2016, IPM Indonesia tumbuh 0,91% atau bertambah 0,63 poin dibandingkan IPM tahun 2015.

Gambar 4-8

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia Tahun 2010-2016



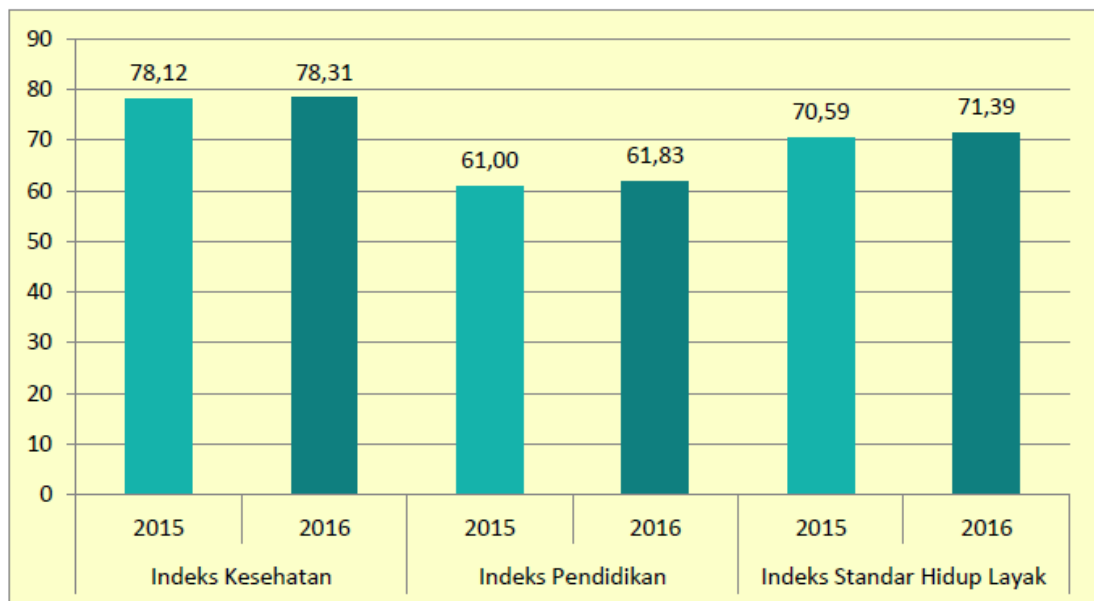
Sumber: Badan Pusat Statistik

Dari grafik di atas dapat diketahui bahwa IPM di tiap provinsi mengalami peningkatan pada tahun 2016. Pertumbuhan IPM yang tinggi pada tahun 2016 didorong oleh peningkatan semua indeks komponen pembentuknya. Indeks pendidikan merupakan komponen IPM yang

mengalami akselerasi paling tinggi. Pada tahun 2016, indeks pendidikan mencapai 61,83 atau meningkat 0,83 poin dari tahun sebelumnya. Demikian halnya dengan indeks standar hidup layak yang mengalami peningkatan 0,80 poin. Sementara itu indeks kesehatan yang diwakili oleh angka harapan hidup saat lahir peningkatannya yang tidak terlalu signifikan.

Gambar 4-9

Komponen Indeks Pembangunan Manusia Indonesia Tahun 2015-2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia, 2016

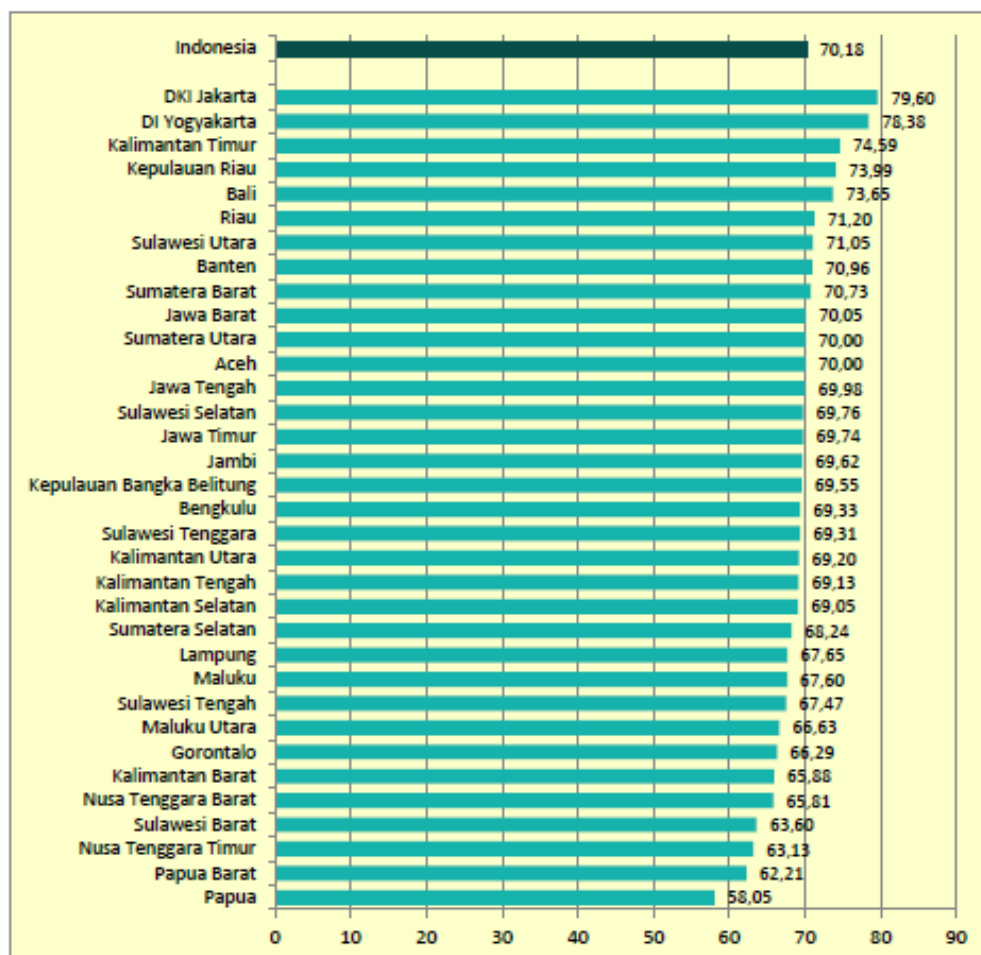
Pada periode 2015-2016, tercatat tiga provinsi dengan kemajuan pembangunan manusia paling cepat, yaitu Papua (1,40%), Sumatera selatan (1,16%) dan Jawa Timur (1,15%). Sebaliknya pada periode yang sama, tercatat tiga provinsi dengan kemajuan pembangunan manusia paling lambat, yaitu Kepulauan Riau (0,33%), Kalimantan Barat (0,44%)

dan Riau (0,51%). Untuk melihat capaian IPM antar wilayah dapat dilihat melalui pengelompokan IPM ke dalam beberapa kategori, yaitu:

- $IPM < 60$: IPM rendah
- $60 \leq IPM < 70$: IPM sedang
- $70 \leq IPM < 80$: IPM tinggi
- ≥ 80 : IPM sangat tinggi

Gambar 4-10

Indeks Pembangunan Menurut Provinsi Tahun 2016



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia, 2016

Gambar 4-10 menunjukkan nilai IPM menurut provinsi tahun 2016. Berdasarkan pembagian tersebut, belum ada provinsi di Indonesia yang mempunyai nilai IPM kategori sangat tinggi. Ada 12 provinsi (35,29%) masuk dalam kategori IPM tinggi, 21 provinsi (61,76%) masuk kategori IPM sedang. Sejak tahun 2015 hingga tahun 2016, masih terdapat satu provinsi di Indonesia masuk dalam kategori IPM rendah yaitu Papua. Otonomi daerah diharapkan dapat meningkatkan kemajuan pembangunan khususnya dalam rangka meningkatkan kualitas kehidupan manusia. Provinsi dengan peringkat IPM tertinggi adalah DKI Jakarta.

Sejak pertama kali dihitung hingga tahun 2016, capaian IPM Provinsi DKI Jakarta selalu paling tinggi di antara provinsi lainnya. Ketersediaan sarana kesehatan, pendidikan dan perekonomian serta kemudahan akses terhadap semua sarana tersebut membuat Provinsi DKI Jakarta lebih unggul dibandingkan wilayah lain di Indonesia. Kondisi ini menjadi salah satu faktor pendorong tingginya capaian pembangunan manusia di Provinsi DKI Jakarta.

Strategi pembangunan nasional menempatkan sumber daya manusia sebagai perspektif pembangunan. Pertumbuhan ekonomi yang terjadi seiring dengan peningkatan sumber daya manusia. Beberapa faktor penting dalam pembangunan yang sangat efektif bagi pembangunan manusia adalah pendidikan dan kesehatan. Kedua faktor ini merupakan kebutuhan dasar manusia yang perlu dimiliki untuk meningkatkan potensinya dalam pembangunan. Pendidikan tercermin dalam rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf sedangkan pembangunan bidang kesehatan tercermin dalam angka harapan hidup waktu lahir.

Indikator terkait bidang kesehatan yang mempengaruhi nilai IPM, yaitu Angka Harapan Hidup (AHH) adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan mortalitas (kematian) menurut umur. AHH merupakan angka pendekatan yang menunjukkan kemampuan untuk bertahan hidup lebih lama. Selain itu, AHH merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya.

Gambar 4-11

Angka Harapan Hidup Saat Lahir Tahun 2015-2016

No.	Provinsi	Angka Harapan Hidup Saat Lahir (tahun)	
		2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Aceh	69,50	69,51
2	Sumatera Utara	68,29	68,33
3	Sumatera Barat	68,66	68,73
4	Riau	70,93	70,97
5	Jambi	70,56	70,71
6	Sumatera Selatan	69,14	69,16
7	Bengkulu	68,50	68,56
8	Lampung	69,90	69,94
9	Kepulauan Bangka Belitung	69,88	69,92
10	Kepulauan Riau	69,41	69,45
11	DKI Jakarta	72,43	72,49
12	Jawa Barat	72,41	72,44
13	Jawa Tengah	73,96	74,02
14	DI Yogyakarta	74,68	74,71
15	Jawa Timur	70,68	70,74
16	Banten	69,43	69,46
17	Bali	71,35	71,41
18	Nusa Tenggara Barat	65,38	65,48
19	Nusa Tenggara Timur	65,96	66,04
20	Kalimantan Barat	69,87	69,90
21	Kalimantan Tengah	69,54	69,57
22	Kalimantan Selatan	67,80	67,92
23	Kalimantan Timur	73,65	73,68
24	Kalimantan Utara	72,16	72,43
25	Sulawesi Utara	70,99	71,02
26	Sulawesi Tengah	67,26	67,31
27	Sulawesi Selatan	69,80	69,82
28	Sulawesi Tenggara	70,44	70,46
29	Gorontalo	67,12	67,13
30	Sulawesi Barat	64,22	64,31
31	Maluku	65,31	65,35
32	Maluku Utara	67,44	67,51
33	Papua Barat	65,19	65,30
34	Papua	65,09	65,12
Indonesia		70,78	70,90

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia, 2016

Pada tahun 2016, nilai AHH Indonesia mencapai 70,90 lebih tinggi dari nilai AHH tahun 2015 (70,78 tahun). Tabel 4.1 menunjukkan nilai AHH menurut provinsi di Indonesia tahun 2015 dan 2016. Provinsi dengan nilai AHH tertinggi yaitu DI Yogyakarta sebesar 74,68 tahun pada tahun 2015 dan sebesar 74,71 tahun pada tahun 2016 dan provinsi dengan nilai AHH terendah yaitu Sulawesi Barat sebesar 64,22 tahun pada tahun 2015 dan sebesar 64,31 tahun pada tahun 2016. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya angka harapan hidup yakni tingginya persentase gizi buruk bayi di daerah, rendahnya pendapatan perkapita masyarakat, dll. Untuk mengatasi masalah gizi buruk pada bayi, pemerintah mencanangkan program seperti MPASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu).

4.4. Analisa Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Khususnya Angka Harapan Hidup di Indonesia

Gambar 4-12

Indeks Pembangunan Manusia & Peringkat Tahun 2012-2016

No.	Provinsi	2012		2013		2014		2015		2016	
		IPM	Peringkat	IPM	Peringkat	IPM	Peringkat	IPM	Peringkat	IPM	Peringkat
(1)	(2)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
1	Aceh	67,81	10	68,30	11	68,81	11	69,45	13	70,00	11
2	Sumatera Utara	67,74	11	68,36	10	68,87	10	69,51	10	70,00	11
3	Sumatera Barat	68,36	9	68,91	9	69,36	9	69,98	9	70,73	9
4	Riau	69,15	6	69,91	6	70,33	6	70,84	6	71,20	6
5	Jambi	66,94	17	67,76	17	68,24	17	68,89	17	69,62	15
6	Sumatera Selatan	65,79	22	66,16	23	66,75	23	67,46	23	68,24	22
7	Bengkulu	66,61	21	67,50	20	68,06	20	68,59	20	69,33	17
8	Lampung	64,87	25	65,73	26	66,42	26	66,95	25	67,65	23
9	Kepulauan Bangka Belitung	67,21	14	67,92	15	68,27	16	69,05	15	69,55	16
10	Kepulauan Riau	72,36	4	73,02	4	73,40	4	73,75	4	73,99	4
11	DKI Jakarta	77,53	1	78,08	1	78,39	1	78,99	1	79,60	1
12	Jawa Barat	67,32	12	68,25	12	68,80	12	69,50	11	70,05	10
13	Jawa Tengah	67,21	14	68,02	13	68,78	13	69,49	12	69,98	12
14	DI Yogyakarta	76,15	2	76,44	2	76,81	2	77,59	2	78,38	2
15	Jawa Timur	66,74	18	67,55	18	68,14	18	68,95	16	69,74	14
16	Banten	68,92	8	69,47	8	69,89	8	70,27	8	70,96	8
17	Bali	71,62	5	72,09	5	72,48	5	73,27	5	73,65	5
18	Nusa Tenggara Barat	62,98	29	63,76	30	64,31	30	65,19	30	65,81	29
19	Nusa Tenggara Timur	60,81	31	61,68	31	62,26	31	62,67	32	63,13	31
20	Kalimantan Barat	63,41	28	64,30	29	64,89	29	65,59	29	65,88	28
21	Kalimantan Tengah	66,66	20	67,41	21	67,77	21	68,53	21	69,13	20
22	Kalimantan Selatan	66,68	19	67,17	22	67,63	22	68,38	22	69,05	21
23	Kalimantan Timur	72,62	3	73,21	3	73,82	3	74,17	3	74,59	3
24	Kalimantan Utara	-	-	67,99	14	68,64	14	68,76	18	69,20	19
25	Sulawesi Utara	69,04	7	69,49	7	69,96	7	70,39	7	71,05	7
26	Sulawesi Tengah	65,00	24	65,79	25	66,43	25	66,76	26	67,47	25
27	Sulawesi Selatan	67,26	13	67,92	15	68,49	15	69,15	14	69,76	13
28	Sulawesi Tenggara	67,07	16	67,55	18	68,07	19	68,75	19	69,31	18
29	Corontalo	64,16	26	64,70	28	65,17	28	65,86	28	66,29	27
30	Sulawesi Barat	61,01	30	61,53	32	62,24	32	62,96	31	63,60	30
31	Maluku	65,43	23	66,09	24	66,74	24	67,05	24	67,60	24
32	Maluku Utara	63,93	27	64,78	27	65,18	27	65,91	27	66,63	26
33	Papua Barat	60,30	32	60,91	33	61,38	33	61,73	33	62,21	32
34	Papua	55,55	33	56,25	34	56,75	34	57,25	34	58,05	33
	Indonesia	67,70		68,31		68,90		69,55		70,18	

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2016

Pada gambar 4-12 di atas, dapat diketahui bahwa IPM Indonesia dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 terus mengalami peningkatan dimana pada tahun 2012 IPM Indonesia sebesar 67,70%, IPM tahun 2013 sebesar 68,31%, IPM tahun 2014 sebesar 68,90%, IPM tahun 2015 sebesar 69,55%, dan IPM pada tahun 2016 sebesar 70,18%. Dimana pada peringkat pertama di duduki oleh Provinsi DKI Jakarta, Provinsi DI Yogyakarta di peringkat kedua dan Provinsi Papua pada peringkat terendah dengan IPM pada tahun 2016 sebesar 58,05%.

Rendahnya IPM di Papua sebesar 58,05% berarti bahwa kualitas hidup di Provinsi Papua masih sangat rendah. Hal ini dapat dilihat dari tingkat kesehatannya yang masih rendah, tingkat pendidikan yang masih rendah, sarana kesehatan yang rendah, akses jalan yang belum memadai dan angka harapan hidup yang masih rendah.

Untuk itu pemerintah terus melakukan pembangunan khususnya daerah terpencil dan daerah pinggiran.

Gambar 4-13
Indeks Pembangunan Manusia Menurut Provinsi Tahun 2010

Provinsi	2010					
	Angka Harapan Hidup (Tahun)	Meas-PMU Lahir (Meas)	Angka Meas (Meas)	Penggunaan Meas (Meas)	IPM	Peringkat
DKI	76,10	8,01	86,88	811,42	71,70	12
JK	74,50	8,05	87,32	836,33	74,19	8
JB	74,40	8,40	87,28	825,29	73,78	9
DI	71,40	8,58	86,35	848,83	78,07	3
DA	68,10	7,84	86,07	833,87	73,74	13
RI	69,60	7,82	87,28	829,38	72,85	10
RA	69,90	8,25	85,30	828,51	72,82	11
BB	69,50	7,75	84,84	818,83	71,42	21
BT	69,90	7,45	85,89	841,51	72,88	12
BR	69,80	8,15	87,19	863,0	75,07	6
BT	73,20	10,60	86,13	828,97	77,80	1
BT	68,20	8,02	86,18	820,22	72,29	15
DI	71,40	7,24	88,85	827,27	72,48	14
DI	73,20	8,07	88,84	848,38	75,77	4
DI	69,80	7,24	88,24	842,38	73,62	16
DI	64,90	8,32	86,20	829,70	70,48	23
DI	70,72	8,27	88,43	824,87	72,28	18
DI	62,11	8,77	81,05	828,89	65,20	32
DI	67,50	8,99	88,59	822,75	67,28	31
DI	68,80	8,82	88,28	821,85	68,15	28
DI	71,20	8,03	87,78	838,47	74,84	7
DI	63,81	7,85	85,84	827,48	68,82	26
DI	71,20	8,87	87,05	842,51	75,88	5
DI	72,22	8,89	86,45	834,88	78,28	2
DI	68,80	8,0	86,08	829,30	71,14	22
DI	70,0	7,84	87,75	838,80	71,82	19
DI	67,80	8,11	87,85	818,88	70,0	25
DI	68,81	7,38	88,0	822,82	70,28	24
DI	67,80	7,11	88,48	821,78	68,84	27
DI	67,40	8,78	86,14	814,01	71,42	20
DI	68,81	8,83	86,08	830,20	68,22	30
DI	68,81	8,21	85,19	848,28	68,15	29
DI	69,80	8,88	78,80	838,38	64,84	33
DI	68,43	7,49	82,21	822,48	72,27	

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2011

Gambar di atas menunjukkan bahwa IPM Indonesia pada tahun 2010 ialah sebesar 72,27 % dengan angka harapan hidup sebesar 69,43 tahun yang mana pada peringkat pertama masih diduduki oleh Provinsi DKI Jakarta.

Gambar 4-14

Indeks Pembangunan Manusia Menurut Provinsi Tahun 2011

No.	Provinsi	2011					
		Angka Harapan Hidup (Tahun)	Rata-rata Lama Sekolah (Tahun)	Angka Melek Huruf (%)	Pengeluaran RIB / Kapita (Rp.000)	IPM	Peringkat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Aceh	68,80	8,90	96,95	615,60	72,16	18
2	Sumatera Utara	69,65	8,91	97,46	640,23	74,65	8
3	Sumatera Barat	69,76	8,57	97,16	638,73	74,28	9
4	Riau	71,55	8,63	98,42	650,83	76,53	3
5	Jambi	69,25	8,05	96,16	637,60	73,30	13
6	Sumatera Selatan	69,80	7,84	97,44	633,57	73,42	10
7	Bengkulu	70,16	8,33	95,40	631,86	73,40	11
8	Lampung	69,75	7,82	95,02	621,77	71,94	20
9	Kepulauan Bangka Belitung	69,05	7,58	95,83	645,37	73,37	12
10	Kepulauan Riau	69,85	9,73	97,67	644,96	75,78	6
11	DKI Jakarta	73,35	10,95	99,15	632,17	77,97	1
12	Jawa Barat	68,40	8,06	96,29	635,80	72,73	16
13	Jawa Tengah	71,55	7,29	90,34	640,41	72,94	14
14	DI Yogyakarta	73,27	9,20	91,49	650,16	76,32	4
15	Jawa Timur	69,86	7,34	88,52	647,46	72,18	17
16	Banten	65,05	8,41	96,25	633,64	70,95	23
17	Bali	70,78	8,35	89,17	637,86	72,84	15
18	Nusa Tenggara Barat	62,41	6,97	83,24	642,80	66,23	32
19	Nusa Tenggara Timur	67,76	7,05	88,74	607,31	67,75	31
20	Kalimantan Barat	66,75	6,89	90,51	635,85	69,66	28
21	Kalimantan Tengah	71,30	8,06	97,84	640,73	75,06	7
22	Kalimantan Selatan	64,17	7,68	96,14	640,73	70,44	26
23	Kalimantan Timur	71,40	9,19	97,21	646,01	76,22	5
24	Sulawesi Utara	72,33	8,92	99,46	639,57	76,54	2
25	Sulawesi Tengah	66,86	8,03	96,12	633,31	71,62	22
26	Sulawesi Selatan	70,20	7,92	88,07	640,30	72,14	19
27	Sulawesi Tenggara	68,00	8,21	91,95	621,44	70,55	25
28	Gorontalo	67,11	7,45	96,10	626,77	70,82	24
29	Sulawesi Barat	68,00	7,15	88,54	635,84	70,11	27
30	Maluku	67,60	8,82	98,15	617,75	71,87	21
31	Maluku Utara	66,31	8,86	96,19	603,20	69,47	30
32	Papua Barat	68,81	8,26	93,39	599,28	69,65	29
33	Papua	68,85	6,69	75,81	609,18	65,36	33
	Indonesia	69,65	7,94	92,99	638,05	72,77	

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2012

Gambar di atas menunjukkan bahwa Angka Harapan Hidup Indonesia ialah 69,65 tahun. Dengan angka harapan hidup tertinggi ialah Provinsi DKI Jakarta dengan angka harapan hidup 73,35 tahun.

Gambar 4-15

Indeks Pembangunan Manusia Menurut Provinsi Tahun 2012-2013

No.	Provinsi	2012						2013					
		Angka Harapan Hidup (Tahun)	Rata-rata Lama Sekolah (Tahun)	Angka Melek Huruf (%)	Pengeluaran RSI / Kapita (Rp.000)	IPM	Peringkat	Angka Harapan Hidup (Tahun)	Rata-rata Lama Sekolah (Tahun)	Angka Melek Huruf (%)	Pengeluaran RSI / Kapita (Rp.000)	IPM	Peringkat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1	Aceh	68,94	8,93	96,99	618,79	72,51	19	69,40	9,02	97,84	621,40	73,05	20
2	Sumatera Utara	69,81	9,07	97,51	643,63	75,13	8	69,90	9,13	97,84	646,83	75,55	8
3	Sumatera Barat	70,02	8,60	97,23	641,05	74,70	9	70,09	8,63	97,38	644,59	75,01	9
4	Riau	71,09	8,64	98,45	654,40	76,90	3	71,73	8,70	98,40	657,26	77,25	5
5	Jambi	69,44	8,20	96,20	640,02	73,78	13	69,61	8,32	96,85	644,05	74,35	13
6	Sumatera Selatan	70,05	7,99	97,50	637,47	73,99	10	70,10	8,04	97,55	641,35	74,36	12
7	Bangka	70,39	8,40	95,69	634,74	73,93	11	70,44	8,55	96,55	637,50	74,41	11
8	Lampung	70,05	7,87	95,13	625,52	72,45	20	70,09	7,89	95,92	628,24	72,87	21
9	Kepulauan Bangka Belitung	69,21	7,68	95,80	640,49	73,78	12	69,46	7,73	96,44	651,22	74,29	14
10	Kepulauan Riau	69,91	8,81	97,80	640,92	76,20	6	69,97	9,91	98,07	651,37	76,56	6
11	DKI Jakarta	73,49	10,90	99,21	635,29	78,33	1	73,56	11,00	99,22	637,92	78,59	1
12	Jawa Barat	68,60	8,00	96,39	630,90	73,11	16	68,84	8,11	96,87	641,63	73,58	17
13	Jawa Tengah	71,71	7,39	90,45	643,53	73,36	15	71,97	7,43	91,71	646,44	74,05	16
14	DI Yogyakarta	73,33	9,21	92,02	623,70	76,75	4	73,62	9,33	92,86	656,19	77,37	2
15	Jawa Timur	70,09	7,45	89,28	671,04	72,83	17	70,37	7,53	90,49	674,02	73,54	18
16	Banten	65,23	8,61	96,71	636,73	71,49	23	65,47	8,61	96,87	639,28	71,90	24
17	Bali	70,84	8,57	93,17	640,86	73,49	14	71,20	8,58	93,83	643,78	74,11	15
18	Nusa Tenggara Barat	62,73	7,19	83,68	645,72	64,89	32	63,21	7,20	85,19	648,66	67,73	33
19	Nusa Tenggara Timur	60,04	7,09	89,23	610,29	68,28	31	60,05	7,16	90,34	612,88	68,77	32
20	Kalimantan Barat	66,92	7,14	91,13	638,82	70,31	28	67,40	7,17	91,70	641,41	70,93	29
21	Kalimantan Tengah	71,41	8,15	97,80	644,21	75,46	7	71,47	8,17	97,99	646,01	75,60	7
22	Kalimantan Selatan	64,52	7,89	96,43	643,66	71,80	25	64,82	8,01	97,18	646,77	71,74	26
23	Kalimantan Timur	71,58	9,22	97,55	649,05	76,71	5	71,78	9,39	97,95	653,70	77,33	4
24	Kalimantan Utara							69,70	8,52	96,40	647,51	74,72	10
25	Sulawesi Utara	72,44	9,0	99,53	643,20	76,95	2	72,62	9,09	99,56	646,19	77,36	3
26	Sulawesi Tengah	67,11	8,13	96,16	637,34	72,14	22	67,21	8,22	96,22	640,69	72,54	23
27	Sulawesi Selatan	70,45	7,95	88,73	643,59	72,70	18	70,60	8,01	89,69	646,71	73,28	19
28	Sulawesi Tenggara	68,21	8,25	92,04	625,81	71,85	26	68,56	8,44	92,59	628,77	71,73	27
29	Gorontalo	67,47	7,49	94,16	630,01	71,31	24	67,54	7,52	94,87	633,14	71,77	25
30	Sulawesi Barat	68,27	7,32	88,79	639,56	70,73	27	68,34	7,35	90,54	642,66	71,41	28
31	Maluku	67,84	8,15	98,17	630,88	72,42	21	67,88	8,20	98,25	632,59	72,70	22
32	Maluku Utara	66,65	8,71	94,43	604,22	68,88	30	66,97	8,72	97,45	609,26	70,63	30
33	Papua Barat	69,14	8,45	93,74	601,56	70,22	29	69,14	8,53	94,14	604,82	70,62	31
34	Papua	69,12	6,87	75,83	611,99	65,86	33	69,13	6,87	75,92	616,76	66,25	34
	Indonesia	69,87	8,88	93,23	641,84	73,29		70,87	8,14	94,14	643,36	73,81	

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2014

Dari gambar di atas dapat diketahui bahwa IPM pada tahun 2012 sampai dengan tahun 2013 mengalami peningkatan dari 73,29% menjadi 73,81%. Sama halnya dengan angka harapan hidup, mengalami peningkatan dari 69,87 tahun menjadi 70,07 tahun. Dimana pada tahun 2012 dan 2013 IPM tertinggi ialah Provinsi DKI Jakarta, namun pada peringkat kedua pada tahun 2012 diduduki oleh Provinsi Sulawesi Utara dan pada tahun 2013 diduduki oleh Provinsi DI Yogyakarta.

Gambar 4-16

Indeks Pembangunan Manusia Menurut Provinsi Tahun 2015-2016

No.	Provinsi	Angka Harapan Hidup Saat Lahir (tahun)		Harapan Lama Sekolah (tahun)		Rata-rata Lama Sekolah (tahun)		Pengeluaran per Kapita Disesuaikan (Rp 000)		Capaian		Pertumbuhan 2015-2016
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	Aceh	69,50	69,51	13,72	13,99	8,77	8,86	8.533	8.768	69,45	70,00	0,79
2	Sumatera Utara	68,29	68,33	12,82	13,00	9,03	9,12	9.563	9.744	69,51	70,00	0,70
3	Sumatera Barat	68,66	68,73	13,60	13,79	8,42	8,59	9.804	10.126	69,98	70,73	1,07
4	Riau	70,93	70,97	12,74	12,86	8,49	8,59	10.364	10.465	70,84	71,20	0,51
5	Jambi	70,56	70,71	12,57	12,72	7,96	8,07	9.446	9.795	68,89	69,62	1,06
6	Sumatera Selatan	69,14	69,16	12,02	12,23	7,77	7,83	9.474	9.955	67,46	68,24	1,16
7	Bengkulu	68,50	68,56	13,18	13,38	8,29	8,37	9.123	9.492	68,59	69,33	1,08
8	Lampung	69,90	69,94	12,25	12,35	7,56	7,63	8.729	9.156	66,95	67,65	1,05
9	Kepulauan Bangka Belitung	69,88	69,92	11,60	11,71	7,46	7,62	11.781	11.960	69,05	69,55	0,72
10	Kepulauan Riau	69,41	69,45	12,60	12,66	9,65	9,67	13.177	13.359	73,75	73,99	0,33
11	DKI Jakarta	72,43	72,49	12,59	12,73	10,70	10,88	17.075	17.468	78,99	79,60	0,77
12	Jawa Barat	72,41	72,44	12,15	12,30	7,86	7,95	9.778	10.035	69,50	70,05	0,79
13	Jawa Tengah	73,96	74,02	12,38	12,45	7,03	7,15	9.930	10.153	69,49	69,98	0,71
14	DI Yogyakarta	74,68	74,71	15,03	15,23	9,00	9,12	12.684	13.229	77,59	78,38	1,02
15	Jawa Timur	70,68	70,74	12,66	12,98	7,14	7,23	10.383	10.715	68,95	69,74	1,15
16	Banten	69,43	69,46	12,35	12,70	8,27	8,37	11.261	11.469	70,27	70,96	0,98
17	Bali	71,35	71,41	12,97	13,04	8,26	8,36	13.078	13.279	73,27	73,65	0,52
18	Nusa Tenggara Barat	65,38	65,48	13,04	13,16	6,71	6,79	9.241	9.575	65,19	65,81	0,95
19	Nusa Tenggara Timur	65,96	66,04	12,84	12,97	6,93	7,02	7.003	7.122	62,67	63,13	0,73
20	Kalimantan Barat	69,87	69,90	12,25	12,37	6,93	6,98	8.279	8.348	65,59	65,88	0,44
21	Kalimantan Tengah	69,54	69,57	12,22	12,33	8,03	8,13	9.809	10.155	68,53	69,13	0,88
22	Kalimantan Selatan	67,80	67,92	12,21	12,29	7,76	7,89	10.891	11.307	68,38	69,05	0,98
23	Kalimantan Timur	73,65	73,68	13,18	13,35	9,15	9,24	11.229	11.355	74,17	74,59	0,57
24	Kalimantan Utara	72,16	72,43	12,54	12,59	8,36	8,49	8.354	8.434	68,76	69,20	0,64
25	Sulawesi Utara	70,99	71,02	12,43	12,55	8,88	8,96	9.729	10.148	70,39	71,05	0,94
26	Sulawesi Tengah	67,26	67,31	12,72	12,92	7,97	8,12	8.768	9.034	66,76	67,47	1,06
27	Sulawesi Selatan	69,80	69,82	12,99	13,16	7,64	7,75	9.992	10.281	69,15	69,76	0,88
28	Sulawesi Tenggara	70,44	70,46	13,07	13,24	8,18	8,32	8.697	8.971	68,75	69,31	0,81
29	Gorontalo	67,12	67,13	12,70	12,88	7,05	7,12	9.035	9.175	65,86	66,29	0,65
30	Sulawesi Barat	64,22	64,31	12,22	12,34	6,94	7,14	8.260	8.450	62,96	63,60	1,02
31	Maluku	65,31	65,35	13,56	13,73	9,16	9,27	8.026	8.215	67,05	67,60	0,82
32	Maluku Utara	67,44	67,51	13,10	13,45	8,37	8,52	7.423	7.545	65,91	66,63	1,09
33	Papua Barat	65,19	65,30	12,06	12,26	7,01	7,06	7.064	7.175	61,73	62,21	0,78
34	Papua	65,09	65,12	9,95	10,23	5,99	6,15	6.469	6.637	57,25	58,05	1,40
	Indonesia	70,78	70,90	12,58	12,72	7,84	7,95	10.150	10.420	69,55	70,18	0,91

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2016

Dari gambar di atas dapat disimpulkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia dari tahun 2010-2016 terus mengalami peningkatan. Dapat dilihat dari Angka Harapan Hidup yang terus meningkat, dimana Angka Harapan Hidup tahun 2015 ialah 70,78 tahun dan pada tahun 2016 ialah 70,90 tahun. Dengan pertumbuhan IPM sebesar 0,91.

4.5. Analisa Perkembangan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui

Jamkesmas, Jamkesda, dan BPJS di Indonesia

Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan hampir miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Jamkesmas diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu, menurunkan kematian bayi dan balita serta menurunkan

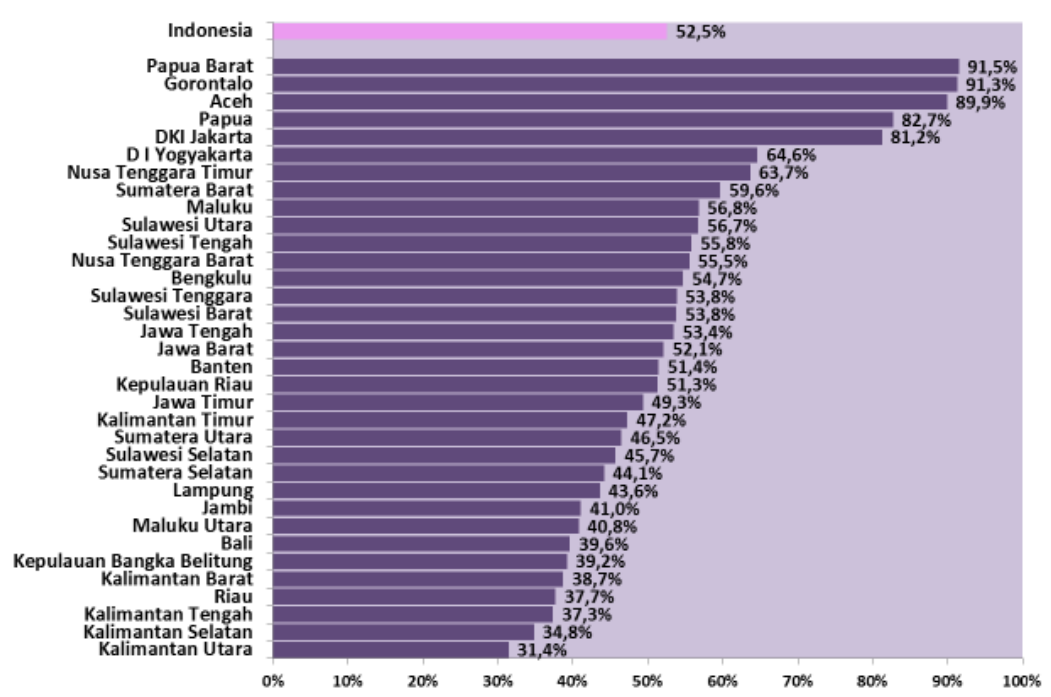
angka kelahiran di samping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan hampir miskin di puskesmas dan jaringannya, pelayanan kesehatan di rumah sakit serta memberikan perlindungan finansial dari pengeluaran akibat sakit.

Sampai dengan Desember 2013 terdapat 181.292.912 orang yang memiliki jaminan kesehatan dengan persentase terhadap jumlah penduduk sebesar 76,18%. Jumlah ini lebih tinggi dibandingkan tahun 2012 ketika terdapat 163.547.921 orang yang memiliki jaminan kesehatan atau sebesar 66,82% terhadap jumlah penduduk. 153.363.315 orang pada tahun 2011 atau sebesar 64,98% terhadap jumlah penduduk lebih tinggi dari pada tahun 2010 ketika terdapat 148.709.645 orang yang memiliki jaminan kesehatan atau sebesar 63% terhadap jumlah penduduk.

Sampai dengan Desember 2014 kepesertaan program JKN berjumlah 133.423.653 peserta yang terdiri dari peserta PBI yang berjumlah 95.167.229 dan peserta non PBI berjumlah 38.256.424 peserta. Peserta PBI terdiri dari peserta dengan iuran bersumber dari APBN berjumlah 86.400.000 peserta dan yang bersumber dari APBD berjumlah 8.767.229 peserta. Sedangkan peserta non PBI terdiri atas pekerja penerima upah berjumlah 24.327.149 peserta, pekerja bukan penerima upah berjumlah 9.052.859 peserta, dan bukan pekerja berjumlah 4.876.416 peserta.

Gambar 4-17

Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan Per 31 Desember 2014



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia, 2014

Dari gambar diatas diketahui cakupan kepesertaan JKN adalah sebesar 52,5%. Provinsi dengan cakupan kepesertaan tertinggi adalah Papua Barat dengan 91,5%. Sedangkan provinsi dengan cakupan kepesertaan terendah adalah Kalimantan Utara dengan 31,4%.

Tabel 4-1

**Persentase Rumah Tangga Yang Salah Satu Anggota Rumah Tangganya
Memiliki Jaminan Pembiayaan/Asuransi Kesehatan dalam Setahun Terakhir
(Persen)**

No	Provinsi	Persentase Rumah Tangga Yang Salah Satu Anggota Rumah Tangganya Memiliki Jaminan Pembiayaan/Asuransi Kesehatan dalam Setahun Terakhir (Persen)		
		Jamkesmas 2015	Jaskesda 2015	Jaminan Kesehatan Lainnya 2015
1	Aceh	37.97	27.44	1
2	Sumatera Utara	21.79	3.34	2.54
3	Sumatera Barat	20.95	8.29	1.48
4	Riau	15.03	19.32	3.73
5	Jambi	15.63	2.42	1.85
6	Sumatera Selatan	13.66	64.06	1.87
7	Bengkulu	23.97	1.52	1.29
8	Lampung	25.26	4.49	1.26
9	Kepulauan Bangka Belitung	6.33	15.99	3.59
10	Kepulauan Riau	9.27	20.24	3.24
11	DKI Jakarta	10.26	7.36	11.89
12	Jawa Barat	22.71	3.81	4.18

13	Jawa Tengah	30.72	7.66	2.5
14	DI Yogyakarta	42.26	16.93	3.8
15	Jawa Timur	23.53	3.43	1.87
16	Banten	18.49	2.23	6.75
17	Bali	9.61	68.08	5.96
18	Nusa Tenggara Barat	33.32	13.78	0.93
19	Nusa Tenggara Timur	46.77	4.22	0.35
20	Kalimantan Barat	16.89	3.03	2.35
21	Kalimantan Tengah	10.99	7.38	3.59
22	Kalimantan Selatan	12.37	25.57	2.43
23	Kalimantan Timur	15.38	25.22	6.62
24	Kalimantan Utara	17.07	14.69	1.35
25	Sulawesi Utara	25.21	4.17	1.53
26	Sulawesi Tengah	33.04	11.95	1.18
27	Sulawesi Selatan	27.69	45.04	1.52
28	Sulawesi Tenggara	33.41	14.74	0.76
29	Gorontalo	43.45	6.86	0.55
30	Sulawesi Barat	26.21	9.53	0.5
31	Maluku	39.88	3.76	0.5

32	Maluku Utara	23.82	20.67	0.69
33	Papua Barat	52.93	6.51	1.16
34	Papua	32.61	25.96	1.62
Indonesia		25.05	13.98	2.47

Sumber : Badan Pusat Statistik, 2015

Berdasarkan tabel diatas diketahui pada tahun 2015 rumah tangga yang salah satu anggota rumah tangganya memiliki jaminan pembiayaan/asuransi kesehatan paling banyak ialah menggunakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sebesar 25.05% dengan jumlah jaminan terbanyak ialah Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 46.77% diikuti Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sebesar 13,98% dengan jumlah jaminan terbanyak ialah Provinsi Bali sebesar 68.08%.

4.6. Analisa Model Ekonometrika

4.6.1 Statistik Deskriptif

Statistik deskriptif bertujuan untuk melihat frekuensi data independen dan data dependen, serta sebaran data dan peningkatan maksimum dan minimum dari data. Adapun hasil dari pengujian berikut :

Tabel 4-2**Statistika Deskriptif Model 1**

	IPM	DAK	JPJKN	JSK	JTK
Mean	66.60252	6.108445	4.263361	63.81933	22.70496
Median	67.46500	3.780000	2.280000	36.50000	14.36000
Maximum	79.60000	42.01000	28.84000	377.0000	117.6700
Minimum	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Std. Dev.	8.677545	8.750184	5.483457	76.43776	24.35927
Skewness	-5.654834	2.406956	2.469715	2.265786	2.265581
Kurtosis	44.37327	8.230615	8.640112	7.514357	7.751986
Jarque-Bera	18243.25	501.1197	557.4043	405.7361	427.5353
Probability	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Sum	15851.40	1453.810	1014.680	15189.00	5403.780
Sum Sq. Dev.	17846.05	18146.08	7126.188	1384727.	140629.6
Observations	238	238	238	238	238

Sumber : E-views 8 dan diolah

Dari hasil statistik deskriptif di atas, menunjukkan bahwasanya dalam rentang tahun 2010-2016, nilai rata-rata (mean) Indeks Pembangunan Manusia(IPM) dari seluruh provinsi di Indonesia sebesar 66,60% yang artinya kualitas hidup penduduk di Indonesia masih sangat rendah. Sementara nilai rata-rata dari Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan sebesar 6.108445 yang artinya dalam kurun waktu tahun 2010-2016 rata-rata Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan dari setiap provinsi adalah sebesar 6,12 miliar rupiah. Dan nilai rata-rata Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebesar 4.263361 yang artinya dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2016 untuk seluruh provinsi di Indonesia rata-rata Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebanyak 4,26 juta jiwa. Dan nilai rata-rata Jumlah Sarana Kesehatan adalah sebesar 63.81933, yang artinya rata-rata jumlah rumah sakit di seluruh provinsi

pada tahun 2010-2016 adalah sebanyak 63,82 rumah sakit. Sedangkan nilai rata-rata dari Jumlah Tenaga Kesehatan adalah sebesar 22.70496 yang artinya rata-rata Jumlah Tenaga Kesehatan dari tahun 2010-2016 untuk seluruh provinsi di Indonesia adalah sebanyak 22,70 ribu jiwa.

Tabel 4-3

Statistika Deskriptif Model 2

	AHH	PPK	AK	CI	PSG
Mean	67.19706	617.2574	37.73529	77.70588	5.532353
Median	69.32500	639.2300	32.50000	83.20000	5.350000
Maximum	73.49000	654.4800	74.00000	107.4000	11.20000
Minimum	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Std. Dev.	12.10412	109.9066	15.49840	21.19723	2.665347
Skewness	-5.243044	-5.437764	0.374571	-1.718944	0.203242
Kurtosis	29.66597	31.06444	3.126511	6.692427	2.532577
Jarque-Bera	1163.128	1283.344	0.817728	36.05853	0.543593
Probability	0.000000	0.000000	0.664405	0.000000	0.762009
Sum	2284.700	20986.75	1283.000	2642.000	188.1000
Sum Sq. Dev.	4834.823	398622.1	7926.618	14827.64	234.4344
Observations	34	34	34	34	34

Sumber : E-views 8 dan diolah

Dari hasil statistik deskriptif model kedua di atas, menunjukkan bahwa dari tahun 2012 nilai rata-rata Angka Harapan Hidup adalah sebesar 67.19706, yang artinya rata-rata Angka Harapan Hidup penduduk dari seluruh provinsi di Indonesia adalah 67,20 tahun. Sementara nilai rata-rata Pengeluaran PerKapita adalah sebesar 617.2574 yang artinya rata-rata Pengeluaran PerKapita seluruh provinsi di Indonesia pada tahun 2012 adalah sebesar 617.257 rupiah.

Dan nilai rata-rata Angka kematian adalah sebesar 37.73529 yang artinya pada tahun 2012 rata-rata jumlah bayi yang meninggal di seluruh provinsi adalah sebanyak 37,74 bayi. Sedangkan nilai rata-rata Cakupan Imunisasi adalah sebesar 77.70588, yang artinya pada tahun 2012 rata-rata bayi yang mengikuti imunisasi dasar lengkap di seluruh provinsi adalah sebesar 77,71%. Sementara nilai rata-rata Prevalensi Status Gizi adalah sebesar 5.532353 yang artinya bahwa pada tahun 2012, rata-rata gizi buruk di seluruh provinsi adalah sebesar 5,53%.

4.6.2 Ringkasan Hasil Pengolahan Data

Berikut adalah ringkasan hasil dari pengolahan data dengan menggunakan software pengolah data EVIEWS-8, akan ditampilkan pada tabel berikut ini:

Tabel 4-4

Ringkasan Hasil Pengolahan Data Model IPM

Variabel	OLS	
	(1)	(2)
DAK	0.041812	-0.009110**
	(0.063082)	(0.004752)
JPJKN	-0.944719***	-0.078015***
	(0.291300)	(0.009962)
JSK	0.043837	0.086810***
	(0.030674)	(0.013528)
JTK	0.143739	0.021353

	(0.088132)	(0.014626)
Cons	64.31357***	3.913358***
	(0.813361)	(0.030159)
N_cities	34	34
Numb of Obs	238	238
Adj R-Square	0.078803	0.365100
Prob>chi	0	0

Keterangan: Level Signifikansi *** = 5%, **=10%, *=15% , (dalam kurung standar error)

Dari hasil regresi pertama, ditemukan masalah autokorelasi namun variabel bebas secara parsial berpengaruh secara signifikan terhadap variabel terikat. Sehingga diduga lag variabel terikat (variabel terikat pada tahun sebelumnya IPM_{t-1}) menjadi variabel bebas dan mempengaruhi variabel terikat pada tahun sekarang. Maka variabel bebas baru di dalam model yaitu IPM_{t-1} ditambahkan. Untuk menentukan nilai IPM_{t-1} maka dilakukan uji *autoregressive*. Namun sebelum uji *autoregressive*, perlu dilakukan uji regresi dengan menggunakan logaritma natural karena ditemukannya nilai probability yang jauh lebih besar daripada derajat kesalahan.

Sehingga dilakukan pengujian kedua yaitu menggunakan logaritma kedua. Dari hasil regresi logaritma natural di atas bahwa semua variabel bebas signifikan di bawah derajat kesalahan 5% kecuali variabel Jumlah Tenaga Kesehatan yang signifikan di bawah derajat kesalahan 15%. Namun pada hasil regresi ini masih ditemukan autokorelasi maka perlu dilakukan uji *autoregressive*.

Tabel 4-5**Autoregressive model IPM**

Dependent Variable: IPM
 Method: Panel Least Squares
 Date: 03/23/18 Time: 21:58
 Sample (adjusted): 2011 2016
 Periods included: 6
 Cross-sections included: 34
 Total panel (balanced) observations: 204
 Convergence achieved after 3 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	69.79433	1.182177	59.03883	0.0000
AR(1)	0.736684	0.031578	23.32896	0.0000
R-squared	0.729310	Mean dependent var		67.09289
Adjusted R-squared	0.727970	S.D. dependent var		7.912687
S.E. of regression	4.126983	Akaike info criterion		5.682726
Sum squared resid	3440.461	Schwarz criterion		5.715256
Log likelihood	-577.6380	Hannan-Quinn criter.		5.695885
F-statistic	544.2403	Durbin-Watson stat		2.491524
Prob(F-statistic)	0.000000			
Inverted AR Roots	.74			

Sumber : E-Views 8 dan diolah

Hasil uji autoregressive, maka didapat hasil bahwasanya variabel terikat pada tahun sebelumnya (IPM_{t-1}) memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap variabel terikat pada tahun t (IPM_t). Sehingga di dalam model akan ditambahkan lag variabel terikat atau variabel terikat pada tahun sebelumnya sebagai variabel bebas yang mempengaruhi variabel terikat secara signifikan.

Tabel 4-6**Ringkasan Hasil Pengolahan Data Model AHH**

Variabel	OLS
PPK	0.118621***
	(0.005235)
AK	0.026239
	(0.037607)
CI	-0.060568***
	(0.025342)
PSG	-0.513935***
	(0.212773)
Cons	0.537120
	(2.151585)
N_cities	34
Numb of Obs	34
Adj R-Square	0.972016
Prob>chi	0

Keterangan: Level Signifikansi *** = 5%, **=10%, *=15% , (dalam kurung standar error)

Dari hasil regresi model kedua yaitu angka harapan hidup terlihat R (koefisien korelasi) bernilai 98,4% yang artinya mempunyai hubungan yang sangat kuat antara variabel bebas dengan variabel terikat. Dimana beberapa variabel signifikan dibawah 5% yaitu Pengeluaran PerKapita, Cakupan Imunisasi, dan Prevalensi Status Gizi.

4.6.2.1. Penafsiran

4.6.2.1.1. Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi (R-squared) berarti proporsi persentase variable total dalam menjelaskan variable terikat yang dijelaskan oleh variable bebas secara bersama-sama. Berdasarkan dari model pertama yaitu variable-variabel yang mempengaruhi IPM di Indonesia dapat dilihat bahwa setelah dilakukan autoregressive nilai R^2 adalah sebesar 72,93%, artinya secara bersama-sama variable DAK, JPJKN, JSK, dan JTK memberikan variasi penjelasan terhadap Indeks Pembangunan Manusia, dari hasil R^2 72,93% maka memiliki sisa ϵ_{it} sebesar 27,07% yang mana hasil ini ada kemungkinan beberapa variable lainnya memiliki pengaruh terhadap perkembangan Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia.

Sedangkan dari model estimasi kedua yaitu variabel-variabel yang mempengaruhi AHH di Indonesia dapat dilihat bahwa nilai R^2 adalah sebesar 97,2%, artinya secara bersama-sama variabel PPK,AK,CI,PSG memberikan variasi penjelasan terhadap Angka Harapan Hidup, sedangkan nilai 2,8% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dimasukkan ke dalam model estimasi, atau berada dalam *disturbance error term*.

4.6.2.1.2. Korelasi

Dari hasil regresi pada model pertama dan model autoregressive pada model pertama diperoleh nilai R korelasi sebesar 85,32%, yang artinya variable DAK, JPJKN, JSK, JTK, IPM_{t-1} dapat menjelaskan variable terikat (IPM) secara signifikan.

Sedangkan hasil regres pada model kedua diperoleh R korelasi sebesar 98,4%, yang artinya variabel PPK, AK, CI dan PSG mampu menjelaskan variabel terikat (AHH) secara signifikan.

4.6.2.2. Interpretasi Hasil

Dari data pertama yang diperoleh maka persamaan regresi berikut dan kemudian akan dianalisis dengan menggunakan hasil autoregresi model pertama sebagai berikut :

$$\begin{aligned} IPM_{rt} = & 64,31357 + 0,041812DAK_{rt} - 0,944719JPJKN_{rt} + \\ & 0,043837JJSK_{rt} + 0,143739JTK_{rt} + 0,736684IPM_{rt-1} + \\ & \varepsilon_{rt} \end{aligned}$$

Dan persamaan regresi dari model kedua sebagai berikut :

$$\begin{aligned} AHH_r = & 0,537120 + 0,118621PPK_r + 0,026239AK_r - \\ & 0,060568CI_r - 0,513935PSG_r + \mu_r \end{aligned}$$

Dari hasil estimasi yang diperoleh dapat dibuat pengujian hasil model atau hipotesa yang diambil melalui hasil regresi ini :

1. Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan (DAK)

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable DAK adalah 0.041812 dimana variable tersebut berpengaruh positif terhadap IPM di Indonesia. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = 0.662827$ dan nilai probability 0.5081 (di atas α 5%, α 10%, α 15%). Hal ini menunjukkan bahwa hubungan DAK dengan IPM adalah positif dan tidak signifikan. Sehingga dapat dikatakan bahwa DAK naik sebesar 1 milyar rupiah maka IPM akan mengalami peningkatan 4,18%. Namun setelah dilakukan logaritma natural koefisien

variabel logDAK menjadi -0,009110 dengan nilai probability 0,059 (dibawah α 15%), yang menunjukkan bahwa hubungan logDAK dengan logIPM adalah negative dan signifikan.

2. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JPJKN)

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable JPJKN adalah -0.944719 dimana variable tersebut, berpengaruh negative terhadap IPM. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = -3.243114$ dan nilai probability 0.0014 (dibawah α 5%). Hal ini menunjukkan bahwa jika JPJKN naik sebanyak 1 orang maka IPM akan mengalami penurunan sebesar -0,948%. Oleh sebab itu variable JPJKN terbukti berpengaruh negative dan signifikan terhadap IPM.

3. Jumlah Sarana Kesehatan (JSK)

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable JSK adalah 0.043837 dimana variable tersebut berpengaruh positif terhadap IPM. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = 1.429111$ dan nilai probability 0.1543 (diatas α 5%). Hal ini menunjukkan bahwa jika JSK naik sebanyak 1 rumah sakit maka IPM mengalami peningkatan sebesar 0,044%. Oleh sebab itu variable JSK berpengaruh positif dan signifikan (pada α 15%) terhadap IPM di provinsi seluruh Indonesia.

4. Jumlah Tenaga Kesehatan (JTK)

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable JTK adalah 0.143739 dimana variable tersebut berpengaruh positif terhadap IPM. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = 1.630960$ dan nilai probability 0.1042 (diatas α 5%). Hal ini menunjukkan bahwa jika JTK naik sebanyak 1 orang maka

IPM mengalami peningkatan sebesar 0,144%. Oleh sebab itu JTK berpengaruh positif dan signifikan (pada α 10%) terhadap IPM.

5. Indeks Pembangunan Manusia Tahun Sebelumnya (IPM_{t-1})

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variabel IPM_{t-1} adalah 0,736684 dimana variabel tersebut berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM. Hal ini ditunjukkan dengan nilai probability 0,0000 (dibawah α 5%). Hal ini menunjukkan bahwa jika IPM_{t-1} naik sebanyak 1% maka IPM akan mengalami peningkatan 0,737%. Oleh sebab itu, IPM_{t-1} berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM.

Dari hasil regresi model kedua maka, :

6. Pengeluaran PerKapita (PPK)

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable PPK adalah 0,118621 dimana variable tersebut, berpengaruh positif terhadap AHH. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = 22,65975$ dan nilai probability 0.0000 (dibawah α 5%). Hal ini menunjukkan bahwa jika PPK naik sebesar 1000 rupiah orang maka AHH akan mengalami peningkatan sebesar 0,119%. Oleh sebab itu variable PPK terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap AHH.

7. Angka Kematian (AK)

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable AK adalah 0,026239 dimana variable tersebut, berpengaruh positif terhadap AHH. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = 0,697706$ dan nilai probability 0.4909 (di atas

α 5%, α 10%, α 15%). Hal ini menunjukkan bahwa jika AK naik sebesar 1 orang bayi orang maka AHH akan mengalami peningkatan sebesar 0,026%. Oleh sebab itu variable AK terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap AHH.

8. Cakupan Imunisasi

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable CI adalah -0,060568 dimana variable tersebut, berpengaruh negatif terhadap AHH. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = -2,390016$ dan nilai probability 0.0236 (di bawah α 5%, α 10%, α 15%). Hal ini menunjukkan bahwa jika CI naik sebesar 1 % maka AHH akan mengalami penurunan sebesar 0,061%. Oleh sebab itu variable CI terbukti berpengaruh negatif dan signifikan terhadap AHH.

9. Prevalensi Status Gizi

Dari hasil regresi, nilai koefisien untuk variable PSG adalah -0,513935 dimana variable tersebut, berpengaruh negatif terhadap AHH. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $t_{hitung} = -2,415413$ dan nilai probability 0,0222 (di bawah α 5%, α 10%, α 15%). Hal ini menunjukkan bahwa jika PSG (persentase gizi buruk naik) sebesar 1% maka AHH akan mengalami penurunan sebesar 0,514%. Oleh sebab itu variable PSG terbukti berpengaruh negatif dan signifikan terhadap AHH.

4.6.2.3. Uji Asumsi Klasik

4.6.2.3.1 Multikolinearitas

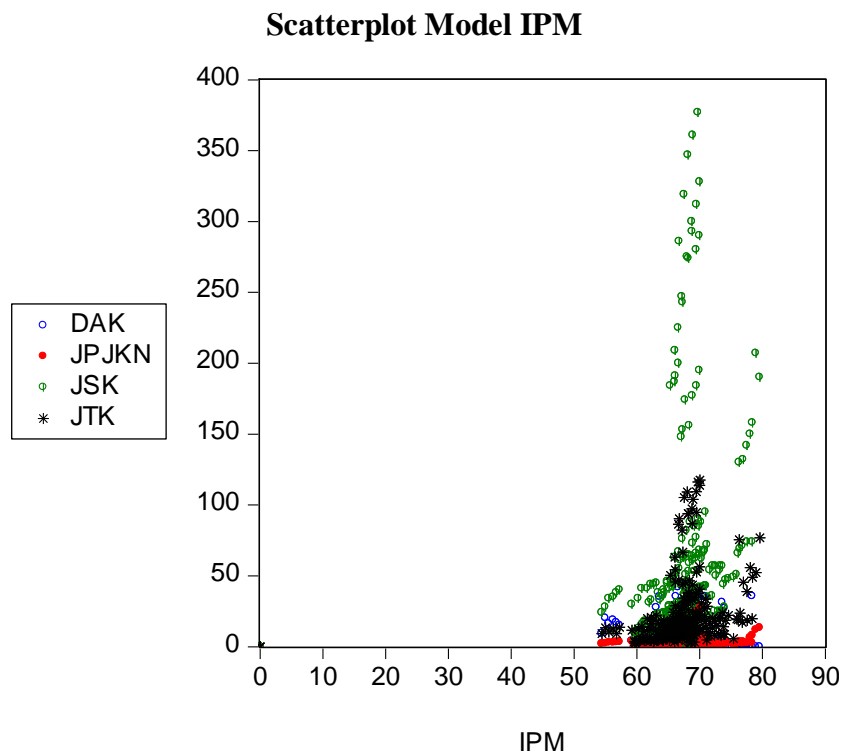
Uji ini bertujuan untuk menguji apakah model regresi terdapat adanya korelasi antar variabel bebas. Syarat model regresi yang baik adalah seharusnya

terbebas dari multikolinearitas, dan dapat dilihat dari hasil analisa model masih ditemukan adanya multikolinearitas.

4.6.2.3.2. Heterokedastisitas

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

Gambar 4-18

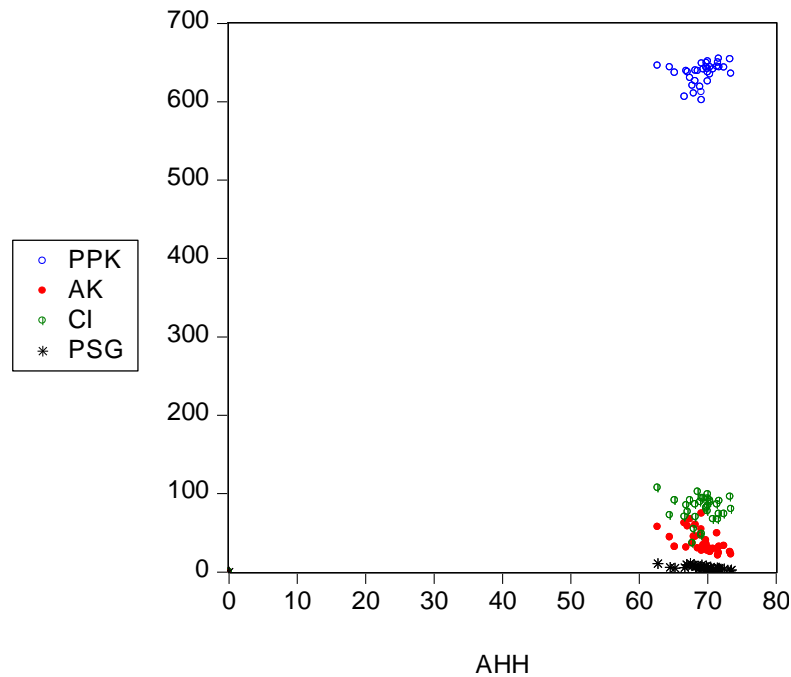


Sumber : E-Views 8 dan diolah

Gambar di atas menunjukkan bahwa titik-titik menyebar secara acak, membentuk pola garis lurus walaupun tak sejajar serta tersebar ke atas, samping dan bawah angka 0 dan Y. dengan demikian tidak terjadi heterokedastisitas pada model pertama.

Gambar 4-19

Scatterplot Model AHH



Sumber: E-Views 8 dan diolah

Gambar di atas menunjukkan bahwa titik-titik menyebar secara acak, membentuk pola garis lurus walaupun tak sejajar serta tersebar ke atas, samping dan bawah angka 0 dan Y. dengan demikian tidak terjadi heterokedastisitas pada model kedua.

4.6.2.3.3. Autokorelasi

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 statistic Durbin-Watson yaitu dengan melihat nilai (D-W) yang diperoleh. Pada model autoregressive pertama diperoleh Durbin-Watson sebesar 2,491524 dan pada model kedua

diperoleh Durbin-Watson sebesar 2,209753 yang artinya pada model autoregressive pertama maupun model kedua sudah terbebas dari autokorelasi.

4.6.2.3.4. Uji Hausman

Tabel 4-7

Uji Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test

Equation: Untitled

Test period random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Period random	7.601464	4	0.1073

Sumber : E-Views 8 dan diolah

Dari hasil di atas, maka didapat nilai time-series random sebesar 0,1073 nilai probability > 0,05, maka model yang dipilih adalah *random effect*, disimpulkan bahwa model random effect lebih tepat dibandingkan model *fixed effect*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

Dari penelitian mengenai Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) di Indonesia dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari hasil regresi pada model pertama dan model autoregressive pada model pertama diperoleh nilai R korelasi sebesar 85,32%, yang artinya variable DAK, JPJKN, JSK, JTK, IPM_{t-1} dapat menjelaskan variable terikat (IPM) secara signifikan.

Sedangkan hasil regresi pada model kedua diperoleh R korelasi sebesar 98,4%, yang artinya variabel PPK, AK, CI dan PSG mampu menjelaskan variabel terikat (AHH) secara signifikan.

2. Berdasarkan dari model pertama yaitu variable-variabel yang mempengaruhi IPM di Indonesia dapat dilihat bahwa setelah dilakukan autoregressive nilai R^2 adalah sebesar 72,93%, artinya secara bersama-sama variable DAK, JPJKN, JSK, dan JTK memberikan variasi penjelasan terhadap Indeks Pembangunan Manusia, dari hasil R^2 72,93% maka memiliki sisa ϵ_{it} sebesar 27,07% yang mana hasil ini ada kemungkinan beberapa variable lainnya memiliki pengaruh terhadap perkembangan Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. Sedangkan dari model estimasi kedua yaitu variabel-variabel yang mempengaruhi AHH di Indonesia dapat dilihat bahwa nilai R^2 adalah sebesar 97,2%, artinya

secara bersama-sama variabel PPK,AK,CI,PSG memberikan variasi penjelasan terhadap Angka Harapan Hidup, sedangkan nilai 2,8% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dimasukkan ke dalam model estimasi, atau berada dalam *disturbance error term*.

3. Pada model pertama secara bersama-sama DAK, JPJKN, JSK, dan JTK berpengaruh besar terhadap nilai IPM sama halnya dengan dengan model kedua PPK, AK, CI, dan PSG secara bersama-sama berpengaruh besar terhadap nilai AHH.

5.2. SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka saran-saran yang dapat diberikan melalui hasil penelitian ini baik kepada pemerintah, masyarakat maupun kepada peneliti selanjutnya untuk pengembangan penelitian yang lebih lanjut adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah selaku pembuat kebijakan sebaiknya memperhatikan dampak dari variabel jumlah tenaga kesehatan dan sarana kesehatan, karena kedua variabel tersebut sangat berpengaruh terhadap IPM di Indonesia. Seperti daerah terpencil atau pun daerah yang baru saja mekar, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakatnya.
2. Pemerintah juga selaku pembuat kebijakan sebaiknya memperhatikan dampak dari meningkatnya status gizi buruk di Indonesia terutama pada daerah terpencil, karena dengan meningkatnya persentase gizi buruk di Indonesia dapat menurunkan Angka Harapan Hidup.

3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk menambah variabel lainnya yang diperkirakan berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia dan Angka Harapan Hidup di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adelfina dan I made Jember. 2016. Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Kemiskinan, dan Belanja Daerah Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Kabupaten Kota Provinsi Bali Periode 2005-2013. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Universitas Udayana*. Vol.5. No. 10 Oktober 2016. ISSN: 2303-0178
- Adjasi, Charles K.D dan Kofi A. Osei. 2007. Poverty Profile and Correlates of Poverty in Ghana. *International Journal of Social Economics*. Volume 34, No. 7.
- Ananta, Prayudha. 2013. *Determinan Pembangunan Manusia Provinsi Lampung*. Tesis. FEB Universitas Lampung.
- Ariefianto, Moch. Doddy. 2012. *Ekonometrika Esensi dan Aplikasi dengan menggunakan E-Views*. Jakarta: Erlangga
- ASEAN Development Bank. 2017. *Health Issues in Asia and The Pacific*. www.adb.org
- ASEAN Development Bank. 2017. *Investing in Maternal, Newborn and Child Health*. www.adb.org
- Basri, F. 2002. *Perekonomian Indonesia : Tantangan dan Harapan bagi Kebangkitan Ekonomi Indonesia*. Erlangga. Jakarta.
- Bhakti, Nadia Ayu. 2014. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia Periode 2008-2012. *Jurnal Ekonomi dan Keuangan*. Volume 18, No. 4. ISSN: 1411-0393
- Badan Pusat Statistik. 2016. *Statistik Kesehatan 2016*. www.bps.go.id

- Boediono. 1999. *Teori Pertumbuhan Ekonomi*. Yogyakarta: BPFE
- Danawati, Sri dkk. 2016. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah dan Investasi Terhadap Kesempatan Kerja, Pertumbuhan Ekonomi Serta Ketimpangan Pendapatan Kabupaten/Kota Di Provinsi Bali. *E-Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana*. Volume 5 No.7. ISSN: 2337-3067
- Dianaputra, I Gede Komang Angga dkk., 2017. Pengaruh Pembiayaan Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Kualitas Manusia Serta Pertumbuhan Ekonomi Pada Kabupaten/Kota Provinsi Bali Tahun 2011-2015. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Universitas Udayana*. Vol.6 No.3. ISSN: 2303-0178
- Gujarati, Damodar. 2006. *Dasar-dasar Ekonometrika Edisi Ketiga Jilid 1*. Jakarta: Erlangga
- Heka, Aliso J. Lawrence dkk., 2017. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Bidang Kesehatan dan Pendidikan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*. Vol.17 No.01.
- JKN Kementerian Kesehatan. 2013. *Final Leaflet JKN*. www.jkn.kemkes.go.id
- Kahang, Merang dkk., 2016. *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Kabupaten Kutai Timur*. *Jurnal Ekonomi, Manajemen, dan Akuntansi*. Vol.18 No.2. ISSN: 1411-1713
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2010*. www.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2011*. www.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2012*. www.kemkes.go.id

- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2013*.
www.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2014*.
www.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2015*.
www.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2016*.
www.kemkes.go.id
- Kuncoro, Mudrajad. 2004. *Otonomi Daerah dan Pembangunan Daerah :Reformasi,Perencanaan, Strategis dan Peluang*. Erlangga, Jakarta
- Kuncoro, Prof. Mudrajad Ph.D. 2014. *Otonomi Daerah Menuju Era Baru Pembangunan Daerah Edisi 3*. Yogyakarta:Erlangga
- Mangkoesoebroto, Guritno. 1993. *Ekonomi Publik Edisi Ketiga*.Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta
- Nachrowi, Nachrowi Djalal dan Hardius Usman. 2002. *Penggunaan Teknik Ekonometri*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Putra, Adi Dwi. 2015. *Analisis Pengaruh Tingkat Pengangguran Terbuka, Pertumbuhan Ekonomi, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Lampung*.FEB Universitas Lampung.
- Sen, A.K. 1999. *Development as Freedom*.New York: Oxford University Press.
- Suminto.2004. *Pengelolaan APBN Dalam Sistem Manajemen Keuangan Negara*.Makalah sebagai bahan penyusunan Budget in Brief 2004 (Ditjen AnggaranDepartemen Keuangan). Jakarta
- Syalkahfi, M. Alyuriza. 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.

World Health Organization. 2017. *Universal Health Coverage*. www.who.int

LAMPIRAN

HASIL REGRESI MODEL 1

Dependent Variable: IPM
 Method: Panel Least Squares
 Date: 03/16/18 Time: 23:51
 Sample: 2010 2016
 Periods included: 7
 Cross-sections included: 34
 Total panel (balanced) observations: 238

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	64.31357	0.813361	79.07138	0.0000
DAK	0.041812	0.063082	0.662827	0.5081
JPJKN	-0.944719	0.291300	-3.243114	0.0014
JSK	0.043837	0.030674	1.429111	0.1543
JTK	0.143739	0.088132	1.630960	0.1042
R-squared	0.094350	Mean dependent var		66.60252
Adjusted R-squared	0.078803	S.D. dependent var		8.677545
S.E. of regression	8.328622	Akaike info criterion		7.098058
Sum squared resid	16162.27	Schwarz criterion		7.171005
Log likelihood	-839.6689	Hannan-Quinn criter.		7.127457
F-statistic	6.068471	Durbin-Watson stat		0.677202
Prob(F-statistic)	0.000116			

HASIL REGRESI MODEL 2 (PANEL)

Dependent Variable: AHH
 Method: Panel Least Squares
 Date: 03/20/18 Time: 17:00
 Sample: 2010 2016
 Periods included: 7
 Cross-sections included: 34
 Total panel (balanced) observations: 238

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
PPK	0.000479	0.000187	2.564930	0.0109
AK	0.289452	0.060554	4.780081	0.0000
CI	0.574367	0.027398	20.96369	0.0000
PSG	1.567389	0.365148	4.292477	0.0000
R-squared	-1.394090	Mean dependent var		68.32777
Adjusted R-squared	-1.424784	S.D. dependent var		8.126025
S.E. of regression	12.65362	Akaike info criterion		7.930427
Sum squared resid	37466.68	Schwarz criterion		7.988785
Log likelihood	-939.7208	Hannan-Quinn criter.		7.953946
Durbin-Watson stat	1.336297			

HASIL REGRESI MODEL 1 (LOGARITMA NATURAL)

Dependent Variable: LOGIPM
 Method: Panel Least Squares
 Date: 03/23/18 Time: 21:46

Sample: 2010 2016
 Periods included: 7
 Cross-sections included: 32
 Total panel (unbalanced) observations: 170

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	3.913358	0.030159	129.7564	0.0000
LOGDAK	-0.009110	0.004752	-1.917258	0.0569
LOGJPJKN	-0.078015	0.009962	-7.831260	0.0000
LOGJSK	0.086810	0.013528	6.417110	0.0000
LOGJTK	0.021353	0.014626	1.459942	0.1462
R-squared	0.380127	Mean dependent var		4.201311
Adjusted R-squared	0.365100	S.D. dependent var		0.060646
S.E. of regression	0.048323	Akaike info criterion		-3.192845
Sum squared resid	0.385295	Schwarz criterion		-3.100615
Log likelihood	276.3918	Hannan-Quinn criter.		-3.155419
F-statistic	25.29587	Durbin-Watson stat		0.471515
Prob(F-statistic)	0.000000			

HASIL REGRESI MODEL 1 (AUTOREGRESSIVE)

Dependent Variable: IPM
 Method: Panel Least Squares
 Date: 03/23/18 Time: 21:58
 Sample (adjusted): 2011 2016

Periods included: 6
 Cross-sections included: 34
 Total panel (balanced) observations: 204
 Convergence achieved after 3 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	69.79433	1.182177	59.03883	0.0000
AR(1)	0.736684	0.031578	23.32896	0.0000
R-squared	0.729310	Mean dependent var		67.09289
Adjusted R-squared	0.727970	S.D. dependent var		7.912687
S.E. of regression	4.126983	Akaike info criterion		5.682726
Sum squared resid	3440.461	Schwarz criterion		5.715256
Log likelihood	-577.6380	Hannan-Quinn criter.		5.695885
F-statistic	544.2403	Durbin-Watson stat		2.491524
Prob(F-statistic)	0.000000			
Inverted AR Roots	.74			

HASIL REGRESI MODEL 2 (CROSS SECTION)

Dependent Variable: AHH
 Method: Least Squares
 Date: 03/23/18 Time: 23:43
 Sample: 1 34

Included observations: 34

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.537120	2.151585	0.249639	0.8046
PPK	0.118621	0.005235	22.65975	0.0000
AK	0.026239	0.037607	0.697706	0.4909
CI	-0.060568	0.025342	-2.390016	0.0236
PSG	-0.513935	0.212773	-2.415413	0.0222
R-squared	0.972016	Mean dependent var		67.19706
Adjusted R-squared	0.968156	S.D. dependent var		12.10412
S.E. of regression	2.159971	Akaike info criterion		4.513120
Sum squared resid	135.2988	Schwarz criterion		4.737585
Log likelihood	-71.72304	Hannan-Quinn criter.		4.589669
F-statistic	251.8245	Durbin-Watson stat		1.967890
Prob(F-statistic)	0.000000			

HASIL REGRESI MODEL 2 (CROSS SECTION/ LOGARITMA NATURAL)

Dependent Variable: LOGAHH

Method: Least Squares

Date: 03/25/18 Time: 12:40

Sample: 1 34

Included observations: 33

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
----------	-------------	------------	-------------	-------

C	4.636668	2.017094	2.298687	0.0292
LOGPPK	-0.017376	0.314771	-0.055203	0.9564
LOGAK	-0.031737	0.021455	-1.479226	0.1502
LOGCI	-0.027519	0.024210	-1.136704	0.2653
LOGPSG	-0.032720	0.013160	-2.486347	0.0191
<hr/>				
R-squared	0.466168	Mean dependent var	4.236897	
Adjusted R-squared	0.389906	S.D. dependent var	0.034902	
S.E. of regression	0.027262	Akaike info criterion	-4.227936	
Sum squared resid	0.020810	Schwarz criterion	-4.001192	
Log likelihood	74.76094	Hannan-Quinn criter.	-4.151644	
F-statistic	6.112733	Durbin-Watson stat	2.209753	
Prob(F-statistic)	0.001149			

HASIL REGRESI MODEL 2 (PANEL)

Dependent Variable: AHH
 Method: Panel Least Squares
 Date: 03/23/18 Time: 23:48
 Sample: 2010 2016
 Periods included: 7
 Cross-sections included: 34
 Total panel (balanced) observations: 238

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	50.95471	2.283691	22.31243	0.0000

PPK	0.000128	0.000107	1.193192	0.2340
AK	0.019995	0.036330	0.550361	0.5826
CI	0.182765	0.023417	7.804647	0.0000
PSG	0.344916	0.213757	1.613591	0.1080
<hr/>				
R-squared	0.236742	Mean dependent var	68.32777	
Adjusted R-squared	0.223639	S.D. dependent var	8.126025	
S.E. of regression	7.159951	Akaike info criterion	6.795668	
Sum squared resid	11944.72	Schwarz criterion	6.868615	
Log likelihood	-803.6845	Hannan-Quinn criter.	6.825067	
F-statistic	18.06757	Durbin-Watson stat	1.044230	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Statistic deskriptif model 1

	IPM	DAK	JPJKN	JSK	JTK
Mean	66.60252	6.108445	4.263361	63.81933	22.70496
Median	67.46500	3.780000	2.280000	36.50000	14.36000
Maximum	79.60000	42.01000	28.84000	377.0000	117.6700
Minimum	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Std. Dev.	8.677545	8.750184	5.483457	76.43776	24.35927
Skewness	-5.654834	2.406956	2.469715	2.265786	2.265581
Kurtosis	44.37327	8.230615	8.640112	7.514357	7.751986
Jarque-Bera	18243.25	501.1197	557.4043	405.7361	427.5353
Probability	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000

Sum	15851.40	1453.810	1014.680	15189.00	5403.780
Sum Sq. Dev.	17846.05	18146.08	7126.188	1384727.	140629.6
Observations	238	238	238	238	238

Statistic deskriptif model 2
Data Cross section

	AHH	PPK	AK	CI	PSG
Mean	67.19706	617.2574	37.73529	77.70588	5.532353
Median	69.32500	639.2300	32.50000	83.20000	5.350000
Maximum	73.49000	654.4800	74.00000	107.4000	11.20000
Minimum	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Std. Dev.	12.10412	109.9066	15.49840	21.19723	2.665347
Skewness	-5.243044	-5.437764	0.374571	-1.718944	0.203242
Kurtosis	29.66597	31.06444	3.126511	6.692427	2.532577
Jarque-Bera	1163.128	1283.344	0.817728	36.05853	0.543593
Probability	0.000000	0.000000	0.664405	0.000000	0.762009
Sum	2284.700	20986.75	1283.000	2642.000	188.1000
Sum Sq. Dev.	4834.823	398622.1	7926.618	14827.64	234.4344
Observations	34	34	34	34	34