

**ANALISIS PENGARUH BELANJA SEKTOR KESEHATAN
TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP DI SUMATERA
UTARA**

SKRIPSI

*Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi (SE)
Program Studi Ekonomi Pembangunan*

Oleh:
YUDITYA NASUTION
NPM: 1405180038



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



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

Jl. Kapt. Mochtar Basri No. 3 (061) 66224567 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 : YUDITYA NASUTION
N P M : 1405180038
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS PENGARUH BELANJA SEKTOR KESEHATAN
TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP DI SUMATERA UTARA

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

TIM PENGUJI

Penguji I

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

Penguji II

HASTINA FEBRIATY, S.E., M.Si

Pembimbing

Dra. Hj. LAILAN SAFINA HSB, M.Si

Ketua



Sekretaris

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

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 : YUDITYA NASUTION
N.P.M : 1405180038
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS PENGARUH BELANJA SEKTOR
KESEHATAN TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP
DI SUMATERA UTARA

Disetujui dan memenuhi persyaratan untuk diajukan dalam ujian
mempertahankan skripsi.

Medan, Maret 2018

Pembimbing Skripsi

Dra. Hj. LAILAN SAFINA HSB, M.Si

Diketahui/Disetujui
Oleh:

Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

Dekan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU



H. JANURI, SE, MM, M.Si

SURAT PERNYATAAN PENELITIAN/SKRIPSI

Nama : Yudinya Nambon
NPM : 1405180038
Konsentrasi : -
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis (Akuntansi/Perpajakan/Manajemen/Ekonomi
Pembangunan)
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Menyatakan Bahwa ,

1. Saya bersedia melakukan penelitian untuk penyusunan skripsi atas usaha saya 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 data angket, wawancara, obeservasi, atau dokumentasi.
3. Saya bersedia dituntut di depan pengadilan apabila saya terbukti mamalsukan stempel, kop surat, atau identintas perusahaan lainnya.
4. Saya bersedia mengikuti sidang meja hijau secepat-cepatnya 3 bulan setelah tanggal dikeluarkannya surat "Penetapan Proyek Proposal / Makalah/Skripsi dan Penghunjukan Dosen Pembimbing " dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU.

Demikianlah Pernyataan ini saat perbuat dengan kesadaran sendiri

Medan, 15.7.2018
Pembuat Pernyataan



NB :

- Surat Pernyataan asli diserahkan kepada Program Studi Pada saat Pengajuan Judul.
- Foto Copy Surat pernyataan dilampirkan di proposal dan skripsi.



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 : YUDITYA NASUTION
N.P.M : 1405180038
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS PENGARUH BELANJA SEKTOR KESEHATAN
TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP DI SUMATERA UTARA

Tanggal	Deskripsi Bimbingan Skripsi	Paraf	Keterangan
20-03-2018	- Masukkan gambaran umum sumut di aspek geografi, demografi dan sosial	} <u>Ln</u>	
	- Perbaiki penulisan tabel, dan buat analisa utk setiap data yg disajikan		
21-03-2018	- Masukkan data pengeluaran kesehatan utk kab dan kota. Buat analisisnya.	} <u>Ln</u>	
23-03-2018	- Hitung perkembangan/kenaikan data pengeluaran kesehatan. Analisis dan cari penyebab mengapa naik/turun	} <u>Ln</u>	
26-03-2018	- Buat analisa hipotesis kelas. Gunakan petunjuk yg diberikan.	} <u>Ln</u>	
27-03-2018	- lengkapi abstrak, dftt ini, lampiran yg perlu.	} <u>Ln</u>	
28-03-2018	Telah selesai diketik dan all utk sidang	} <u>Ln</u>	

Pembimbing Skripsi

Dra. Hj. LAILAN SAFINA HSB, M.Si

Medan, 28 Maret 2018
Diketahui /Disetujui
Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

ABSTRAK

YUDITYA NASUTION. NPM. 1405180038. Analisis Pengaruh Belanja Sektor Kesehatan Terhadap Angka Harapan Hidup Di Sumatera Utara. Skripsi.

Skripsi S-1. Program Studi Ekonomi Pembangunan. Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. 2018

Di dalam meningkatkan Pertumbuhan Perekonomian di suatu daerah sangat diperlukan peranan yang dominan Pemerintah di daerah tersebut, dimana pemerintah melakukan pembelanjaan dengan harapan semakin besarnya belanja pemerintah dapat semakin besar pertumbuhan ekonomi daerah tersebut. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang didalamnya terdapat komponen angka harapan hidup merupakan salah satu alat ukur dalam melihat pertumbuhan ekonomi disuatu daerah. Apabila angka harapan hidup disuatu daerah semakin tinggi maka tingkat produktifitas masyarakat di daerah tersebut semakin tinggi pula diikuti dengan peningkatan pendapatan perkapita yang meningkatkan daya beli sehingga memacu pertumbuhan ekonomi daerah tersebut. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk meneliti pengaruh belanja kesehatan pemerintah dibidang kesehatan terhadap angka harapan hidup di provinsi sumatera utara. Data yang digunakan adalah data belanja pemerintah sumatera utara di bidang kesehatandan data angka harapan hidup disumatera utara dengan tahun dasar 2006-2014 yang diperoleh dari BPS Sumatera Utara dan Kementerian Kesehatan. Hasil dari Tipologi Klassen menunjukkan bahwa hubungan antara belanja sektor kesehatan dengan angka harapan hidup dalam kabupaten/kota provinsi sumatera utara bahwa daerah mana termasuk kategori pengeluaran perkapita tinggi dan mana daerah tingkat angka harapan hidup rendah.

Kata Kunci: Belanja Sektor Kesehatan, angka harapan hidup di Sumatera Utara.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.wb.

Segala puji syukur penulis ucapkan kehadirat ALLAH SWT karena berkat rahmat dan karunianya penulis dapat menyelesaikan skripsi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Strata-1 (S1) Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna dan memuaskan. Penulis mengharapkan kritik dan saran para pembaca untuk menyempurnakan skripsi ini agar lebih bermanfaat di masa yang akan datang.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah mendorong dan membantu dalam penyusunan skripsi ini, baik secara moril, materil maupun sprituil, kepada :

1. ALLAH SWT atas berkah, rahmat, nikmat dan kasih sayang yang telah diberikan-Nya kepada penulis serta Rasulullah SAW yang telah membawa kita dari zaman jahiliyah menuju zaman yang kaya dengan ilmu pengetahuan.
2. Keluarga Penulis, Ayahanda Saipul Nasution dan Alm. Ibunda ELLY, berkat do'a dan dukungannya yang tiada henti ditujukan untuk penulis.
3. Buat orang-orang terdekat penulis Kak Vivi Yanti, Ce Desy, dan Ji Ona, penulis berterima kasih telah memberi doa, dukungan, nasehat disaat mulai jenuh dalam menyelesaikan masa-masa dikuliah.
4. Ibu Prawidya Hariani RS.,S.E.,M.SI. yang telah banyak meluangkan waktu dalam bidang akademik.
5. Ibu Lailan Safina Hsb., M.SI. yang telah banyak meluangkan waktu dalam membimbing penyusunan skripsi dan memberikan kritik dan saran dalam tahap bisa menyelesaikan tugas akhir dimasa kuliah.
6. Ibu Roswita Hafni, M.SI yang telah memberikan masukan dalam proses penyusunan skripsi hingga saat ini.
7. Bapak Dr. Agussani, M.AP selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
8. Bapak H. Januari, SE, M.,Msi selaku Dekan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

9. Seluruh Dosen dan Karyawan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Jurusan Ekonomi Pembangunan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
10. Teman seperjuangan stambuk 2014 Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis menyadari bahwa masih banyak keterbatasan dan kekurangan dalam penyajiannya. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi menyempurnakan skripsi ini. Penulis mengharapkan, semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi pembaca secara umum dan secara khusus bagi penulis. Akhir kata penulis haturkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Medan, Maret 2018

Penulis

YUDITYA NASUTION
1405180038

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR GRAFIK	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I :PENDAHULUAN	
I.1.Latar Belakang Masalah.....	1
I.2.Identifikasi Masalah	17
I.3.Batasan Masalah	17
I.4.Rumusan Masalah	18
I.5.Tujuan Penelitian	18
I.6.Manfaat Penelitian	19
BAB II: LANDASAN TEORI	
II.1. Uraian Teoritis.....	21
II.1.1. Konsep Teori Pembangunan Manusia	28
II.1.2. Teori Pengeluaran Pemerintah.....	38
II.1.3. Pengeluaran Pemerintah Disektor Kesehatan.....	38
II.1.4. Ruang Lingkup Aspek Kesehatan dalam ilmu ekonomi.....	39
II.1.5. Pelayanan Kesehatan Dasar.....	40
II.1.6. Pengelolaan Keuangan Daerah	43
II.1.7. Anggaran Pemerintah.....	45
II.2. Penelitian Terdahulu	48
II.3.Kerangka Konseptual.....	51
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	
III.1. Pendekatan Penelitian.....	52
III.2.Definisi Operasional Variabel	52
III.3.Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	53
III.4. Jenis dan Sumber Data.....	53
III.5. Teknik Pengumpulan Data.....	54
III.6. Metode Analisis Data.....	54
III.7. Tipologi Klassen.....	55

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
IV.I. Gambaran Umum Objek Penelitian	56
IV.2.Perkembangan Pengeluaran Kesehatan Provinsi Sumatera Utara .	65
IV.3.Komposisi Cangkupan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sumut	68
IV.4. Perkembangan Tingkat Harapan Hidup Provinsi Sumut.....	79
IV.5. Tipologi Klassen Kab/Kota dalam Pengeluaran Kesehatan	80
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
V.I. Kesimpulan	84
V.2.Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1-1 IPM di Negara ASEAN	3
Tabel 1-2 Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Provinsi Sumut	9
Tabel 1-3 Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk	12
Tabel 3-1 Definisi Operasional	52
Tabel 4-1 luas daerah kabupaten/kota Sumatera utara	57
Tabel 4-2 ketinggian kabupaten/kota Sumut	58
Tabel 4-3 jarak ibukota kabupaten/kota provinsi Sumut	59
Tabel 4-4 Hasil dana pengeluaran Kesehatan Provinsi Sumatera Utara	65
Tabel 4-5 Kenaikan Dana Kesehatan	67
Tabel 4-6 Cakupan kunjungan ibu hamil dan ibu nifas bersalin	70
Tabel 4-7 jumlah Peserta KB Baru dan Aktif Provinsi Sumut	71
Tabel 4-8 Cakupan UCI dan Puskesmas Provinsi Sumut	73
Tabel 4-9 Jaminan Kesehatan Sumut	74
Tabel 4-10 Tingkat Harapan Hidup Provinsi Sumatera Utara	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1-1 IPM Pulau Sumatera menurut Provinsi tahun 2015.....	4
Gambar 1-2 perbedaan AKB dan AKBAL Provinsi Sumut	5
Gambar 1-3 Angka Harapan Hidup Pulau Sumatera	6
Gambar 1-4 AKB/IMR per kabupaten/kota provinsi Sumut hasil sensus	7
Gambar 2-1 tiga dimensi IPM	28
Gambar 2-2 kurva hukum aktivitas pemerintah selalu meningkat	33
Gambar 2-3 proses pengelolaan keuangan daerah	45
Gambar 2-1 tiga dimensi IPM	28
Gambar 4-1 piramida penduduk provinsi Sumatera utara	61
Gambar 4-2 persentase penduduk miskin provinsi Sumut	62

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1-1 Proporsi anggaran kesehatan Provinsi sumut tahun 2012	14
Grafik 1-2 pembiayaan kesehatan sumber provinsi sumut tahun 2004-2014.....	15
Grafik 2-1 proporsi KB aktif yang digunakan peserta Provinsi Sumut.....	41
Grafik 2-2 pelayanan imunisasi	42
Grafik 2-1 tiga dimensi IPM	28
Grafik 2-2 kurva hukum aktivitas pemerintah selalu meningkat	33
Grafik 2-3 proses pengelolaan keuangan daerah	45
Grafik 2-1 tiga dimensi IPM	28
Grafik 2-1 tiga dimensi IPM	28

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Konsep pembangunan ekonomi saat ini telah diterapkan dengan lebih luas dan mulai melibatkan banyak faktor, Di samping faktor yang bersifat ekonomi pembangunan juga perlu didukung dengan kemajuan dibidang non ekonomis atau yang bersifat sosial. Para ahli telah banyak mengkaji indikator-indikator sosial yang menjadi pendukung utama bagi pencapaian pembangunan bagi suatu bangsa. Indikator-indikator tersebut antara lain, tingkat pendidikan, kondisi dan kualitas pelayanan kesehatan, kecukupan kebutuhan perumahan, dan lain sebagainya. Dengan demikian, pembangunan ekonomi saat ini tidak hanya berorientasi ekonomi saja, melainkan telah berubah menuju arah pembangunan kualitas sumber daya manusia.

Mengingat pentingnya peran manusia dalam proses pembangunan ekonomi, maka peningkatan sumber daya manusia harus menjadi perhatian utama pemerintah. Peningkatan ini tidak hanya dilihat dari segi kuantitas saja melainkan jauh lebih penting dari segi kualitas. Pada dasarnya, setiap pemerintah di daerah berusaha untuk menentukan besaran belanja yang sesuai untuk menghasilkan iuran yang secara efektif dan efisien. Perbedaan hasil studi tersebut menimbulkan sebuah dugaan bahwa mungkin masalah hubungan antara belanja kesehatan dengan capaian indikator kesehatan bukan hanya terletak pada sisi besaran belanja, melainkan juga pada sisi kualitas dan implementasi belanja pemerintah.

Menurut *United Nation Development Program* (UNDP), indeks pembangunan manusia (IPM) mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. Sebagai ukuran kualitas hidup, IPM dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup:

1. Umur panjang dan hidup sehat (*a long and healthy life*).
2. Pengetahuan (*knowledge*).
3. Standar hidup layak (*decent standard of living*).

Ketiga dimensi tersebut memiliki pengertian sangat luas karena terkait banyak faktor. Pada laporan pertamanya, UNDP mengukur dimensi kesehatan dengan menggunakan angka harapan hidup waktu lahir. Selanjutnya untuk mengukur dimensi pengetahuan digunakan angka melek huruf. Adapun untuk mengukur dimensi standar hidup layak digunakan indikator produk domestik bruto (PDB) per kapita.

Publikasi yang dilakukan oleh UNDP memperlihatkan bahwa secara absolut, IPM Indonesia telah mengalami peningkatan yang cukup berarti dalam beberapa tahun terakhir, namun masih jauh tertinggal dan beberapa negara khususnya ASEAN. HDI atau disebut dengan (Indeks Pembangunan Manusia) menjadi perbandingan internasional bagaimana pembangunan manusia suatu negara bisa diukur dalam suatu indeks. Misalnya seperti bagaimana kinerja pembangunan IPM Indonesia dibandingkan dengan negara-negara ASEAN yang lain. Berikut indeks pembangunan manusia di wilayah negara ASEAN.

Tabel 1.1

Indeks Pembangunan Manusia di Negara ASEAN

NEGARA ASEAN	HDI SCORE 2011	RANK
Singapore	0,866	26
Brunei Darussalam	0,838	33
Malaysia	0,761	61
Thailand	0,682	103
Philippines	0,644	112
Indonesia	0,617	124
Vietnam	0,593	128
Laos	0,524	138
Cambodia	0,523	139
Myanmar	0,483	149

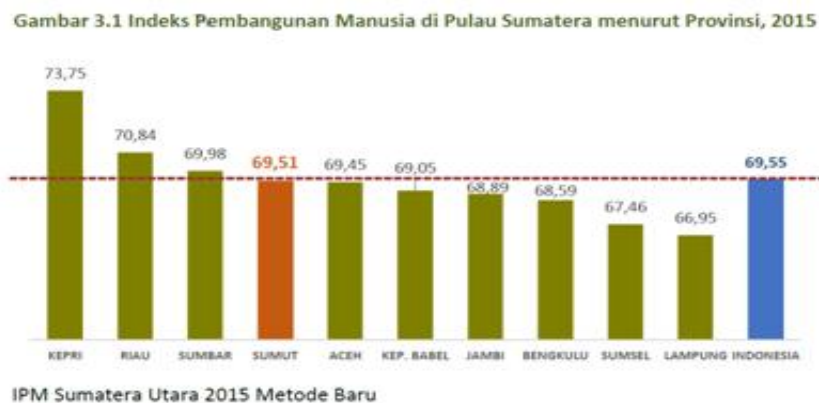
Sumber: hdr.UNDP.Org

Berdasarkan tabel 1.1 di atas dapat memberi gambaran Singapore menjadi Negara ASEAN dengan score IPM tertinggi yaitu 0,866 diikuti oleh Brunei Darussalam 0,838 dan Malaysia dengan 0,761. Dan Philippines dengan score IPM mencapai 0,644. Indonesia berada di urutan ke-6 negara ASEAN dengan score IPM 0,617 dan disusul oleh negara Vietnam dengan 0,593 dan Laos dengan 0,524 dan Cambodia dengan IPM 0,523. Myanmar menjadi negara dengan tingkat IPM terendah di ASEAN dengan tingkat IPM 0,483.

Jika dibandingkan dengan provinsi lain di Pulau Sumatera, Sumatera Utara berada pada posisi keempat dari sepuluh provinsi. Di Sumatera, IPM tertinggi

yaitu Kepulauan Riau, status pembangunan manusia provinsi pemekaran Riau tersebut telah masuk pada kategori “Tinggi”. Provinsi Riau juga telah masuk pada kategori “Tinggi”. Sementara itu, Sumatera Barat, Sumatera Utara bersama dengan Aceh, Kep Bangka Belitung, Jambi, Bengkulu, Sumatera Selatan dan Lampung berada pada posisi “Sedang”. Tidak ada provinsi di pulau Sumatera yang berada pada kategori pembangunan manusia “Sangat Tinggi” maupun “Rendah”.

**Gambar 1.1 Indeks Pembangunan Manusia
di Pulau Sumatera menurut Provinsi, 2015**



Sumber: BPS Sumut

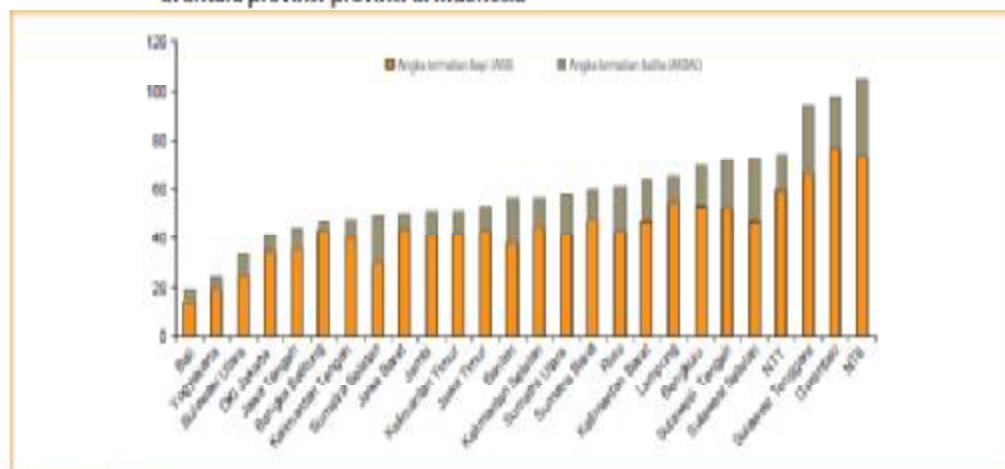
IPM Sumatera Utara tahun 2015 sebesar 69,51, lebih rendah dibanding Provinsi Kepulauan Riau, Riau dan Sumatera Barat. IPM terendah di Sumatera yaitu Provinsi Lampung dengan IPM sebesar 66,95. Walaupun di tingkat nasional

IPM Sumatera Utara menduduki rangking ke 10, namun angka IPM Sumatera Utara sedikit masih dibawah angka nasional yang mencapai 69,55.

Dan di Indonesia umumnya terjadi peningkatan yang signifikan, masih terdapat disparitas wilayah. Hal ini ditunjukkan oleh adanya perbedaan angka kematian bayi (AKB) yang mencolok di antara provinsi-provinsi di Indonesia.

Gambar 1.2 menunjukkan perbedaan AKB yang mencolok di antara provinsi-provinsi di Indonesia. Contohnya, di Nusa Tenggara Timur (NTT) AKB-nya adalah 80, empat kali lebih tinggi dari AKB yang hanya 20. dan sedangkan di Sumatera Utara bagian AKB-nya masih berada seimbang dan di susul oleh AKB-nya di provinsi Sumatera Barat.

Gambar 1.2 Terdapat perbedaan yang mencolok pada angka kematian bayi dan balita (AKB dan AKBAL) di antara provinsi-provinsi di Indonesia



Sumber: ICMS, 2012-03.

Dalam dimensi umur panjang dan hidup sehat diwakili oleh indikator angka harapan hidup (AHH) saat lahir. Angka harapan hidup Sumatera Utara tahun 2015 yaitu 68,29 tahun, masih dibawah angka nasional yang mencapai 70,78 tahun. AHH Sumatera Utara berada di urutan cukup rendah yaitu 24 secara nasional.

Gambar 1.3 Angka Harapan Hidup Provinsi di Pulau Sumatera, 2015



Sumber: BPS Sumut

Angka harapan hidup tertinggi di Pulau Sumatera yaitu Provinsi Riau yang mencapai 70,93 tahun. Tidak hanya masih di bawah angka nasional, AHH Sumatera Utara paling rendah jika dibandingkan provinsi lain di pulau Sumatera.

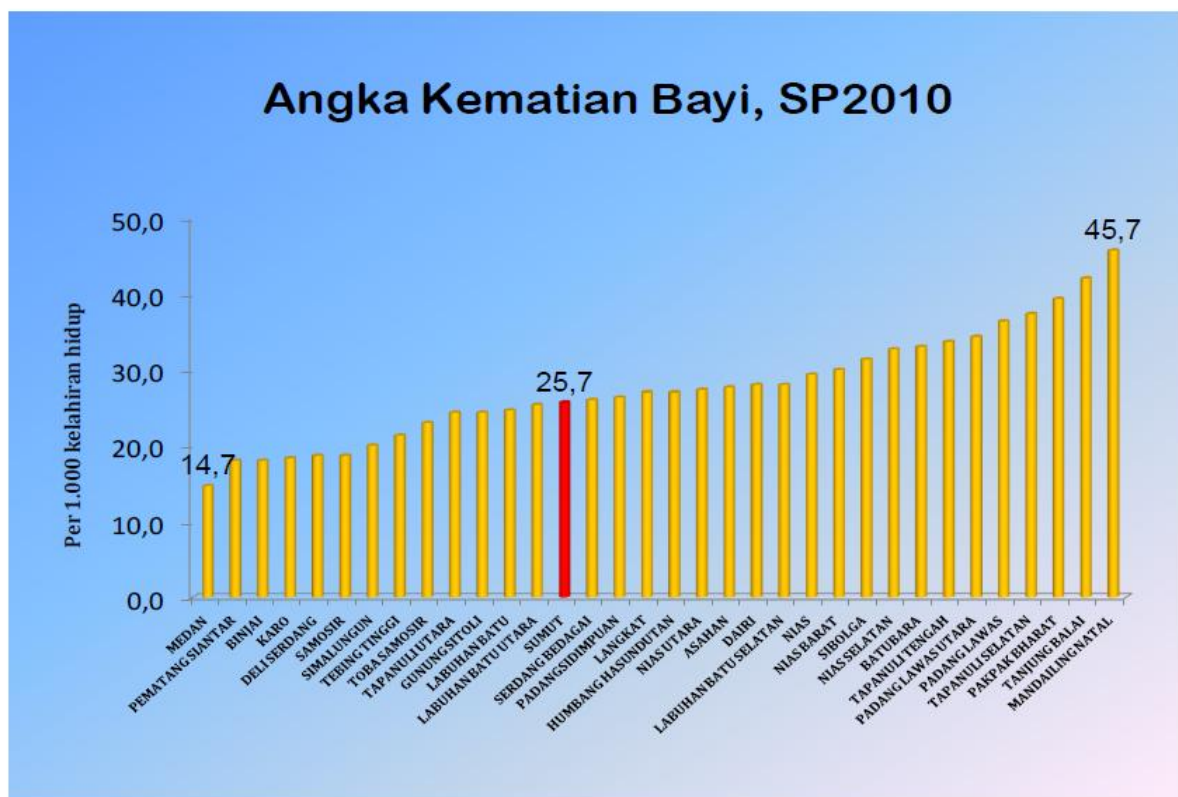
Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tataran provinsi maupun nasional. Selain itu, program pembangunan kesehatan di Indonesia banyak menitikberatkan pada upaya penurunan AKB. Angka kematian bayi merujuk kepada jumlah bayi yang meninggal pada fase antara kelahiran hingga bayi belum mencapai umur 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup. Dari 259.320 bayi lahir hidup terdapat 1.970 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini, diperhitungkan angka kematian bayi (AKB) di Sumatera Utara hanya 7,6/1000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2012. Rendahnya angka ini mungkin

disebabkan karena kasus-kasus yang dilaporkan adalah kasus kematian yang terjadi disarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum seluruhnya dilaporkan.

Dapat dilihat bahwa AKB hasil SP 2010 berdasarkan Kabupaten/Kota diketahui bahwa AKB terendah adalah Kota Medan sebesar 14,7/1.000 KH dan yang tertinggi adalah Kabupaten Mandailing Natal dengan AKB sebesar 45,7/1.000 KH. Untuk lebih jelasnya variasi AKB per Kabupaten/Kota se Sumatera Utara akan ditampilkan pada grafik berikut ini.

Gambar 1.4

**Angka Kematian Bayi (AKB)/ Infant Mortality Rate (IMR)
Per Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara
Berdasarkan Hasil Sensus Penduduk Tahun 2010**



Sumber : BPS Provinsi Sumatera Utara 2012

Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. Kondisi kesehatan yang buruk, khususnya pada ibu dan anak akan menciptakan kualitas sumber daya manusia yang rendah. Anak-anak yang kurang sehat akan mengalami gangguan dalam proses pendidikan. Gangguan kesehatan dapat membuat proses pendidikan di bangku sekolah terhambat, sehingga kualitas pendidikan pun akan mengalami penurunan. Begitu pula dengan ketenagakerjaan, tenaga kerja yang tidak sehat tidak akan mampu bekerja secara optimal, sehingga produktivitas para tenaga kerja akan menjadi rendah. Kondisi-kondisi seperti ini kedepannya akan sangat berpeluang besar menghambat proses pembangunan ekonomi negara. Terkait dengan hal tersebut maka untuk mencapai pembangunan ekonomi yang mapan, harus didahulukan dengan perbaikan kualitas sumber daya manusia, terutama di bidang kesehatan. Derajat kesehatan dapat terus ditingkatkan dengan salah satunya adalah peningkatan pembangunan berbagai fasilitas dan sarana layanan kesehatan public yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung, dengan keberadaannya yang representatif, murah, dan aksesnya mudah untuk dimanfaatkan secara optimal (Profil Kesehatan Sumatera Utara,2012).

Pelayanan kesehatan di puskesmas diupayakan terus meningkat. Jumlah puskesmas dari tahun ketahun mengalami peningkatan sehingga diharapkan pelayanan kesehatan dapat terjangkau oleh masyarakat dan merata sampai ke daerah terpencil. Selain penambahan jumlah, peningkatan status puskesmas juga dilakukan, yaitu peningkatan status puskesmas yang awalnya adalah puskesmas

non perawatan menjadi puskesmas perawatan atau peningkatan status puskesmas dari yang sebelumnya puskesmas pembantu menjadi puskesmas induk.

Pada tabel 1.2. terlihat peningkatan jumlah puskesmas di Provinsi Sumatera Utara selama tahun 2008-2012, akan disajikan dalam tabel 1.2 berikut ini :

Tabel 1.2

Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2008-2012

No	Sarana Kesehatan	2008	2009	2010	2011	2012
1	Puskesmas perawatan	145	154	155	159	163
2	Puskesmas non perawatan	349	347	371	387	406
3	Puskesmas pembantu	1.933	1.992	1.819	1.927	2.085
4	Puskesmas keliling	514	473	391	463	522

Sumber: Profil Kabupaten/Kota Tahun 2012

pada tahun 2012. Hal ini terjadi karena kebutuhan daerah dan adanya pemekaran kabupaten/kota. Jumlah puskesmas perawatan mengalami peningkatan, dari 145 unit menjadi 163 unit pada tahun 2012. jumlah puskesmas pembantu mengalami kenaikan dari 1.819 unit tahun 2010 menjadi 2.085 unit tahun 2012. Puskesmas keliling juga mengalami kenaikan dari tahun 2010 (391 unit) menjadi 522 unit di tahun 2012.

Persebaran puskesmas di kabupaten/kota sudah cukup merata. Setiap kecamatan di provinsi Sumatera Utara sudah memiliki paling sedikit 1 (satu) puskesmas. Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk Sumatera Utara (13.215.401 jiwa), maka 1 puskesmas melayani 23.225 jiwa, bila dibandingkan dengan standar nasional (IS 2010), 1 (satu) puskesmas melayani 30.000 jiwa, berarti pemerintah Provinsi Sumatera Utara telah mampu menyediakan sarana kesehatan khususnya puskesmas mencapai standar nasional tersebut.

Merujuk profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2012, jumlah kunjungan rawat jalan dan inap di seluruh puskesmas di Provinsi Sumatera Utara adalah 3.740.818 kunjungan. Bila diperkirakan rata-rata tiap penduduk memanfaatkan puskesmas adalah 1,5 kali, maka tahun 2012 diperkirakan persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas adalah 18,87%, angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2011 yaitu 29,83%.

Untuk lebih mendekatkan keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, dilaksanakan pelayanan kesehatan di puskesmas pembantu yang tersebar di wilayah kerja puskesmas induk. Pada tahun 2012, jumlah puskesmas pembantu di Provinsi Sumatera Utara sebanyak 2.085 unit. Bila dibandingkan dengan jumlah desa, maka ratio puskesmas pembantu dengan desa adalah sekitar 1:3. Sampai akhir tahun 2012 jumlah RS di Sumatera Utara adalah 200 unit dengan rincian, 58 unit RS Pemerintah dan 142 RS Swasta.

Berdasarkan penyelenggaraan dan kepemilikan RS, RS Pemerintah terbagi atas 1 unit RS Pusat Depkes, 4 unit RS Provinsi Sumatera Utara, 33 unit RSU

Pemerintah Kabupaten/Kota, 10 unit RS TNI/Polri dan 10 unit RS BUMN. Dari 58 unit RS Pemerintah terdapat 55 unit RS Umum, 1 unit RS Jiwa, 2 unit RS Khusus. Selanjutnya dari 142 unit RS Swasta terdiri dari 118 unit RSU, 5 unit RS Jiwa, 19 unit RS Khusus lainnya. Dari 33 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara, sebagian besar telah memiliki RS Pemerintah, kecuali Kabupaten pemekaran Batu Bara, Labuhan Batu Utara, Labuhan Batu Selatan, Nias Utara, Nias Barat dan Kota Gunung Sitoli.

Untuk mengetahui jenis ketenagaan dan rasio terhadap jumlah penduduk, berikut ini akan disajikan jumlah tenaga kesehatan menurut masing-masing disiplin ilmu dan profesi di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2009 sampai dengan 2012.

Tabel 1.3

**Jumlah Tenaga Kesehatan Dan Rasio Tenaga Kesehatan Per
100.000 Penduduk di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2009-2012**

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga				Rasio per 100.000 penduduk			
		2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
1	Dokter Spesialis	660	855	419	2098	4.98	6,57	3,15	15,84
2	Dokter Umum	2.370	2.405	2.244	2971	17.89	17,64	16,22	21,44
	Dokter Gigi	679				5.12			
3			746	728	915		5,48	5,56	6,70
4	Perawat	10.080	11.876	9.778	15.765	76.08	88,21	74,62	112,58
5	Bidan	9.400	10.051	10.723	12.792	70.95	76	81,83	93,01
6	Apoteker dan Assisten	1.284	1.458	1.364	1.824	9,69	9,88	10,41	11,22
7	Sarjana Kesmas	906	1.170	1.201	1.612	6.84	4,34	9,17	7,36
8	Sanitarian (D3)	604	650	516	545	4.56	4,07	3,94	3,43
9	Gizi (D3-D4)	448	914	792	1.006	3.38	6,25	6,04	6,09
10	Keterapian Fisik	109	167	131	281	0.82	1,29	1,00	2,10
11	Keteknisan Medis	1.011	805	1.028	1.382	7.63	5,92	7,85	11

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota 2012

Dari tabel 1.3 dapat diketahui bahwa secara umum pada tahun 2012 terdapat sebagian peningkatan jumlah tenaga kesehatan. Peningkatan ini terdapat pada seluruh jenis tenaga kesehatan kecuali tenaga sarjana kesmas dan sanitarian yang

mengalami penurunan. Fluktuatifnya jumlah tenaga kesehatan lebih karena kurangnya validnya pencatatan jumlah tenaga kesehatan disetiap unit-unit pelayanan, sehingga perlu adanya suatu sistem pendataan tenaga kesehatan yang meliputi seluruh unit pelayanan pemerintah maupun swasta.

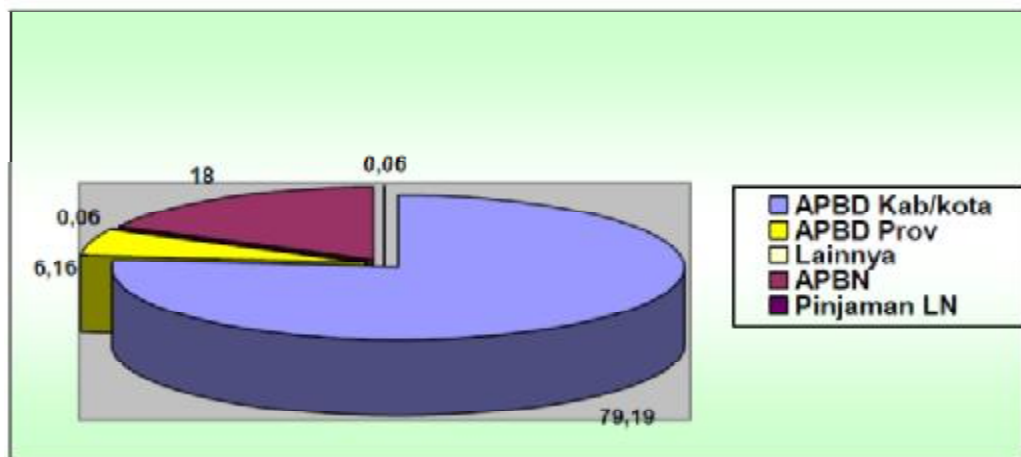
Untuk dapat mengukur seberapa besar keberhasilan program pembangunan kesehatan disuatu daerah dapat digunakan komponen dalam indeks pembangunan manusia yaitu angka harapan hidup. Dimana angka harapan hidup adalah angka harapan hidup pada suatu umur x adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x . pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku dilingkungan masyarakatnya atau angka harapan hidup saat lahir adalah rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu.

Belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah termasuk ke dalam alokasi belanja pembangunan. Belanja pembangunan merupakan pengeluaran yang bertujuan untuk pembiayaan proses perubahan dan bersifat menambah modal masyarakat baik dalam bentuk pembangunan fisik maupun non fisik. Mills dan Gilson (1990) memberikan kriteria belanja sektor kesehatan secara umum ke dalam lima aspek, yaitu; (1) pelayanan kesehatan dan jasa-jasa sanitasi lingkungan, (2) rumah sakit, institusi kesejahteraan sosial, (3) pendidikan, pelatihan, penelitian medis murni, (4) pekerjaan medis sosial, kerja sosial, (5) praktisi medis dan penyedia pelayanan kesehatan tradisional. Sektor-sektor tersebut yang kemudian akan mendapat alokasi belanja kesehatan dari pemerintah.

Pembiayaan kesehatan oleh pemerintah di Provinsi Sumatera Utara bersumber dari APBD Kabupaten/Kota, APBD provinsi, APBN, Pinjaman Luar Negeri dan sumber lainnya. Dilihat proporsinya, maka pembiayaan kesehatan yang paling tinggi bersumber dari APBD Kabupaten/Kota (79,19), disusul dari APBN (18%) dan APBD Provinsi (6,16%). Untuk lebih jelasnya lihat grafik berikut ini.

Grafik 1.1

**Proporsi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sumbernya
Di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2012**

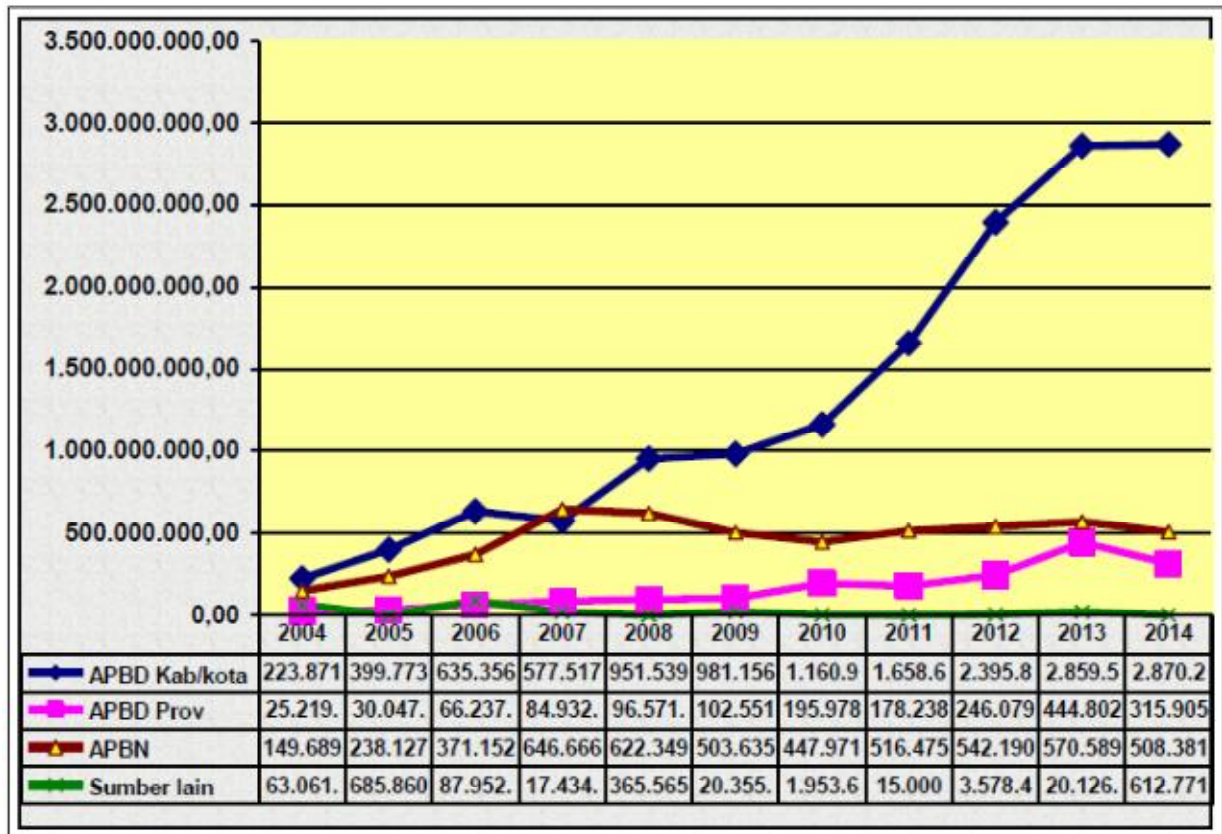


Sumber: Profil Kesehatan Kab/Kota Tahun 2011

Alokasi anggaran untuk sektor kesehatan yang bersumber dana pemerintah setiap tahunnya mengalami peningkatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 1.2

Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Sumber di Provinsi Sumatera Utara
Tahun 2004-2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2014
Keterangan: anggaran dalam ribuan rupiah

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa dalam kurun waktu 10 (sepuluh) tahun jumlah dana yang bersumber dari APBD kabupaten/kota mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Selama 10 tahun terakhir (2004-2014), pembiayaan pembangunan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara terbesar bersumber dari APBD kabupaten/kota dan pemprovsu.

Bila dihitung pembiayaan kesehatan perkapita di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2014 ada pada angka Rp. 282,423,-/kapita mengalami penurunan bila dibandingkan tahun 2013 yaitu 294.740,35,-/kapita. Namun, masih lebih rendah dibandingkan tahun 2012 yaitu Rp. 228.916/kapita (hasil pembagian total dana APBN, APBD Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan sumber lain dengan total penduduk Provinsi Sumatera Utara). Adanya penurunan ini disebabkan pada tahun 2013, kabupaten/kota menerima dana bantuan daerah bawahan dari Pemerintah Provinsi Sumatera Utara. dan pada tahun 2014 dana kegiatan ini mengalami penurunan yang cukup signifikan.

Untuk mengetahui seberapa besar pengaruh kebijakan belanja pembangunan khususnya untuk sektor kesehatan terhadap perkembangan indikator kesehatan, maka penulis tertarik menganalisis masalah ini dengan melakukan penelitian dengan judul “**Analisis Pengaruh Belanja Sektor Kesehatan Terhadap Angka Harapan Hidup di Sumatera Utara**”.

1.2 Identifikasi Masalah

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

1. Pembiayaan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara tahun 2014 pada anggaran biaya APBD Provinsi mengalami penurunan yang cukup signifikan.
2. Jumlah tenaga kesehatan dan ratio tenaga kesehatan yang berfluktuatif periode waktu tahun 2009 – 2012.
3. Angka Harapan Hidup Provinsi Sumatera Utara tahun 2015 lebih rendah dari angka harapan hidup untuk Indonesia.

1.3 Batasan Masalah

Dalam penelitian ini batasan masalah dimaksudkan untuk memfokuskan permasalahan yang akan dibahas. Mengingat ketersediaan waktu, biaya maupun kemampuan yang dimiliki, penelitian ini difokuskan pada masalah pengeluaran pemerintah daerah untuk sektor kesehatan terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Utara.

1.4 Rumusan Masalah

Dari latar belakang masalah, identifikasi masalah dan pembatasan masalah diatas, dapat dikemukakan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana perkembangan pengeluaran kesehatan di kabupaten/kota di Sumatera Utara periode 2006-2015.
2. Bagaimana komposisi Cangkupan fasilitas untuk pelayanan kesehatan di kabupaten/kota di Sumatera Utara.
3. Bagaimana tingkat harapan hidup di kabupaten/kota di Sumatera Utara dengan adanya anggaran belanja untuk sektor kesehatan.

1.5 Tujuan penelitian

Sesuai dengan rumusan masalah diatas, maka penelitian ini mempunyai tujuan yaitu :

1. Menganalisis perkembangan pengeluaran kesehatan di Kabupaten/Kota di Sumatera Utara periode 2006-2015.
2. Menganalisis komposisi Cakupan fasilitas untuk pelayanan kesehatan di kabupaten/kota di Sumatera Utara.
3. Menganalisis perkembangan tingkat harapan hidup di kabupaten/kota di Sumatera Utara.
4. Memetakan kabupaten/kota di Sumatera Utara berdasarkan pengeluaran anggaran kesehatan dan tingkat harapan hidup dengan menggunakan Tipologi Klassen.

1.6 Manfaat penelitian

Manfaat yang diharapkan dalam penelitian ini adalah :

1. Akademik

- a. bagi penulis, hasil penelitian ini memberi kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya pengetahuan pengaruh belanja sektor kesehatan terhadap angka harapan hidup di Sumatera utara.
- b. Bagi lembaga pendidikan, hasil penelitian berguna untuk memberikan informasi kepada masyarakat bahwa berapa banyak anggaran yang dikeluarkan dalam sektor kesehatan dan juga dapat mempengaruhi tingkat angka harapan hidup.
- c. Bagi peneliti berikutnya, hasil penelitian ini bisa dijadikan bahan kajian yang lebih luas lagi guna menyempurnakan penelitian khususnya pengaruh belanja sektor kesehatan terhadap angka harapan hidup di Sumatera utara.

2. Non Akademik

- a. Bagi pemerintah, hasil penelitian ini dijadikan masukan yang bermanfaat dalam mengambil kebijakan dan pengambilan keputusan dalam sektor pengeluaran pemerintah, terutama yang berkaitan dengan strategi dalam menentukan pembiayaan anggaran belanja sektor kesehatan dan memaksimalkan pembangunan manusia.

- b. Bagi kementerian kesehatan, hasil penelitian ini akan dijadikan sebagai masukan yang bermanfaat agar diharapkan dapat menjadi salah satu untuk memantau dan mengevaluasi hasil penyelenggaraan pembangunan kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota serta memberikan data yang dibutuhkan oleh para penentu kebijakan sebagai suatu bukti untuk dapat dilakukannya pengambilan keputusan berdasarkan fakta.
- c. Bagi stakeholder, hasil penelitian ini akan dijadikan acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan dan juga untuk mengetahui seberapa besarnya anggaran pemerintah yang dikeluarkan dalam pembiayaan sektor kesehatan.

BAB II

LANDASAN TEORITIS

2.1 Uraian Teoritis

2.1.1 Konsep Teori Pembangunan Manusia

Pembangunan manusia merupakan paradigma pembangunan yang menempatkan manusia (penduduk) sebagai fokus dan sasaran akhir dari seluruh kegiatan pembangunan, yaitu tercapainya penguasaan atas sumber daya yang tercermin pada pendapatan untuk mencapai hidup layak, peningkatan derajat kesehatan yang tercermin pada usia hidup panjang dan sehat, dan peningkatan pendidikan yang tercermin pada kemampuan baca tulis dan keterampilan untuk dapat berpartisipasi dalam masyarakat dan kegiatan ekonomi. (BPS,2006).

Pembangunan manusia adalah suatu proses untuk memperbesar pilihan-pilihan bagi manusia (*a process of enlarging people's choices*). Dari definisi ini dapat ditarik kesimpulan bahwa fokus pembangunan suatu negara merupakan penduduk bagi kekayaan yang nyata dalam suatu negara. Pembangunan harus mengutamakan penduduk sebagai pusat perhatian dan pembangunan dimaksudkan untuk memperbesar pilihan-pilihan bagi penduduk, tidak hanya untuk meningkatkan pendapatannya saja. Oleh karena itu, konsep pembangunan manusia harus terpusat pada penduduk secara keseluruhan, dan bukan hanya pada aspek ekonomi saja. Pembangunan manusia memperhatikan bukan hanya pada upaya meningkatkan kemampuan manusia tetapi juga pada upaya-upaya memanfaatkan kemampuan manusia

tersebut secara optimal. Pembangunan manusia terjadi dasar penentuan tujuan pembangunan dan dalam menganalisis pilihan-pilihan untuk dapat mencapainya. (BPS, 2006).

Berdasarkan *human development report* (HDR) paradigma pembangunan manusia terdiri dari 4 (empat) komponen utama, yaitu :

1. Produktivitas, masyarakat harus dapat meningkatkan produktivitas dan berpartisipasi secara penuh dalam proses memperoleh penghasilan dan pekerjaan berupah. Oleh karena itu, pertumbuhan ekonomi adalah salah satu bagian dari jenis pembangunan manusia.
2. Ekuitas, masyarakat harus punya akses untuk memperoleh kesempatan yang adil. Semua hambatan terhadap peluang ekonomi dan politik harus dihapus agar masyarakat dapat berpartisipasi dan memperoleh manfaat dari kesempatan ini.
3. Kestinambungan, akses untuk memperoleh kesempatan harus dipastikan tidak hanya untuk generasi sekarang tetapi juga generasi yang akan datang. Segala bentuk pemodalan fisik manusia dan lingkungan hidup harus dilengkapi.
4. Pemberdayaan, pembangunan harus dilakukan oleh masyarakat dan masyarakat harus berpartisipasi penuh dalam mengambil keputusan dan proses-proses yang mempengaruhi kehidupan yang akan datang.

Untuk dapat mengukur seberapa besar keberhasilan program pembangunan kesehatan disuatu daerah dapat digunakan komponen dalam indeks pembangunan manusia yaitu angka harapan hidup. Dimana angka harapan hidup adalah angka harapan hidup pada suatu umur x adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x . pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku dilingkungan masyarakatnya atau angka harapan hidup saat lahir adalah rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu. Selain itu, suatu negara dapat dikatakan telah berhasil melakukan pembangunan ekonomi jika negara tersebut mempunyai pengevaluasian dan penghitungan atas terlaksananya serangkaian program pembangunan ekonomi.

Untuk menghitung dan mengevaluasi pembangunan ekonomi, harus memperhatikan indikator keberhasilan pembangunan ekonomi, yang terdiri dari indikator moneter, indikator kesejahteraan ekonomi dan indikator non moneter.

a. Indikator Moneter

Indikator moneter didalamnya ada beberapa faktor, salah satunya adalah pendapatan riil perkapita. Fokusnya terdapat pada upaya meningkatkan standar serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat didalam suatu negara sehingga angka kemiskinan pada negara tersebut dapat berkurang.

b. Indikator Kesejahteraan Ekonomi

Indikator kesejahteraan ekonomi dapat dilihat dari perhitungan GNP yang dapat dilihat dari perhitungan GNP yang dapat dilakukan dengan dua cara yaitu :

1. Pertumbuhan PDB atau produk domestik bruto mengalami peningkatan yang merupakan total produksi dari suatu barang atau jasa yang telah dihasilkan oleh suatu wilayah tertentu dalam jangka waktu tertentu.
2. Pendapatan perkapita meningkat yang dapat dilihat dengan membandingkan PDB yang dihasilkan dengan jumlah penduduk. Pendapatan perkapita dapat mencerminkan tingkat kesejahteraan penduduk. Peningkatan pendapatan perkapita yang berlangsung secara terus menerus dapat menjadi indikasi berhasilnya suatu perekonomian.

c. Indikator Non Moneter

1. Indikator sosial yang meliputi kesamaan gender, tingkat pendidikan dasar, penurunan kematian ibu melahirkan, penurunan kematian bayi dan balita dan kesehatan reproduksi.
2. Indeks kualitas hidup masyarakat yang meliputi angka harapan hidup mulai umur satu tahun, angka kematian bayi, dan persentase tingkat melek huruf.
3. Indeks pembangunan manusia yang merupakan penggabungan dari indeks pendidikan, harapan hidup, dan standar hidup layak.

4. Indikator campuran yang meliputi aspek kesehatan, keluarga berencana, pendidikan, angkatan kerja, fertilitas, tingkat konsumsi perkapita serta akses media massa.

Namun, keberhasilan pembangunan sering kali dilihat dari pencapaian kualitas sumber daya manusianya. Untuk mencapai tujuan tersebut, pemerintah daerah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya alam (SDM) diwilayah, baik dari aspek fisik (kesehatan), aspek intelektualitas (pendidikan), aspek kesejahteraan ekonomi (berdaya beli), serta aspek moralitas (iman dan ketaqwaan) sehingga partisipasi rakyat dalam pembangunan akan meningkat (BPS, 2004).

d. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

IPM merupakan indeks yang digunakan untuk mengukur pencapaian rata-rata suatu negara dalam tiga hal mendasar pembangunan manusia, yaitu :

1. lama hidup, yang diukur dengan angka harapan ketika lahir.
2. Pendidikan, yang diukur berdasarkan rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf penduduk usia 15 tahun ke atas dan
3. Standar hidup yang diukur dengan konsumsi perkapita.

Nilai indeks berkisar antara 0-100. IPM memberikan suatu ukuran gabungan tiga dimensi tentang pembangunan manusia yaitu : a. panjang umur dan menjalani hidup sehat (diukur dari usia harapan hidup), b. terdidik (diukur dari tingkat kemampuan baca tulis orang dewasa dan tingkat pendaftaran di sekolah dasar, lanjutan dan tinggi), c. dan memiliki standar hidup yang layak (diukur dari paritas daya beli dan penghasilan). Indeks tersebut bukan 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 (UNDP,2004).

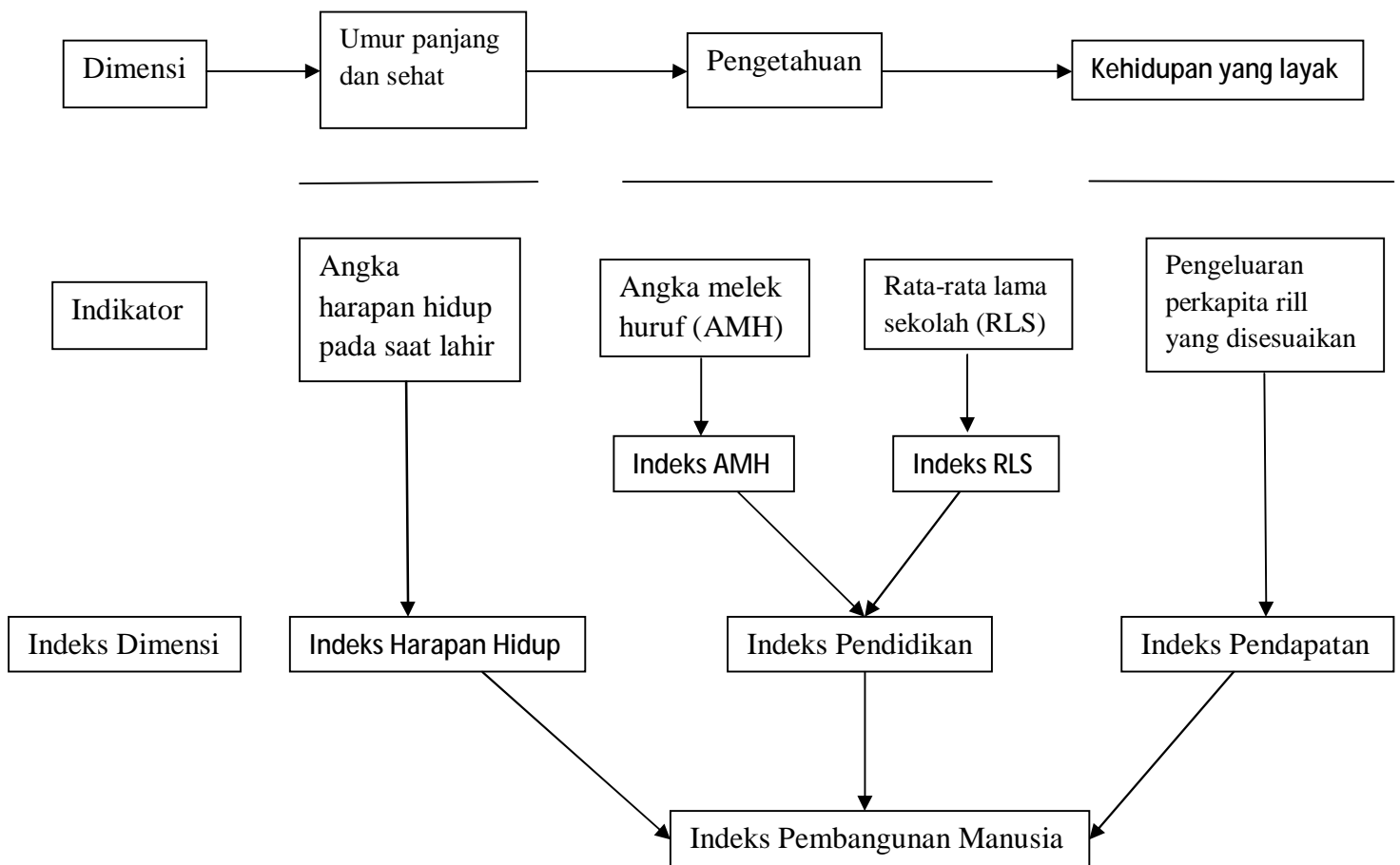
Indikator IPM merupakan salah satu indikator untuk mengukur taraf kualitas fisik dan non fisik penduduk. Kualitas fisik mencerminkan dari angka harapan hidup sedangkan kualitas non fisik (intelektualitas) melalui lamanya rata-rata penduduk bersekolah dan angka melek huruf dan mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat yang tercermin dari nilai *purchasing power parity index* (PPP). IPM mengukur pencapaian keseluruhan dari satu daerah atau 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 perkapita. (BPS, 2007)

Secara lebih lengkap, tiga dimensi pembangunan manusia diperlihatkan pada Gambar 2.1 yaitu :

- a. Dimensi ekonomi yang diwujudkan oleh kehidupan yang layak dan diukur dengan indikator pengetahuan perkapita rill.
- b. Dimensi sosial, diwujudkan oleh tingkat pengetahuan dan diukur oleh angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah.
- c. Dimensi kesehatan, perwujudannya adalah umur panjang dan sehat dengan indikator yaitu angka harapan hidup saat lahir (hidayat,2008).

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 tolak ukur indikator kesehatan. Semakin tinggi angka harapan hidup suatu masyarakat mengindikasikan tingginya derajat kesehatan masyarakat tersebut. (Ananta, 2013)



Gambar 2.1. Gambaran Umum Indeks Pembangunan Manusia
 Sumber: BPS,2004

2.1.2 Teori Pengeluaran Pemerintah

Aspek pengeluaran pemerintah dalam kajian tentang keuangan Negara maupun daerah merupakan aspek dari penggunaan sumber daya ekonomi secara langsung yang dimiliki atau dikuasai oleh pemerintah dan secara tidak langsung yang dimiliki oleh masyarakat dalam arti yang seluas-luasnya. Pengeluaran pemerintah mencerminkan kebijakan yang ditempuh oleh suatu pemerintahan, Apabila pemerintah telah menetapkan suatu kebijakan untuk membeli barang dan jasa, pengeluaran pemerintah mencerminkan biaya yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Terdapat berbagai teori yang

menjelaskan tentang pengeluaran pemerintah, teori-teori tersebut dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu teori makro dan teori mikro.

Secara mikro tujuan dari teori 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. Lebih lanjut, perkembangan pengeluaran pemerintah secara mikro dapat dijelaskan dengan beberapa faktor di bawah ini :

- a. Perubahan permintaan akan barang publik.
- b. Perubahan dari aktivitas pemerintah faktor produksi yang digunakan dalam proses produksi.
- c. Perubahan kualitas barang publik.
- d. Perubahan harga faktor-faktor produksi.

Dalam tatanan makro, pengeluaran pemerintah merupakan salah satu unsur permintaan agregat. Konsep perhitungan pendapatan nasional dengan pendekatan pengeluaran menyatakan bahwa $Y=C+I+G+(X-M)$. formula ini dikenal sebagai identitas pendapatan nasional. Variable Y sebagai variable dependen melambangkan pendapatan nasional dalam arti luas, sekaligus mencerminkan dalam penawaran agregat. Sedangkan variabel-variabel diruas kanan disebut permintaan agregat. Variabel G melambangkan pengeluaran pemerintah (*Government Expenditure*).

Dumairy dalam (Diah Pradonowati,2009) menyatakan bahwa dengan membandingkan nilai G terhadap Y, serta mengamatinya dari waktu ke waktu dapat diketahui seberapa besar kontribusi pengeluaran pemerintah dalam pembentukan permintaan agregat atau pendapatan nasional. Berdasarkan hal tersebut dapat dianalisis seberapa penting peranan pemerintah dalam perekonomian nasional.

Dalam perkembangannya terdapat beberapa teori yang mencoba menjelaskan definisi tentang pengeluaran pemerintah. Teori-teori tersebut antara lain sebagai berikut :

a. Model Pembangunan dalam Perkembangan Pengeluaran Pemerintah

Model ini dikembangkan oleh Rostow dan Musgrave yang menghubungkan perkembangan pengeluaran pemerintah dengan tahap-tahap pembangunan. Rostow bersama dengan Musgrave menghubungkan model tahap-tahap pembangunan dengan pengeluaran pemerintah, sehingga kemudian dibedakan antara tahap awal, tahap menengah, dan tahap lanjut. Pada tahap awal perkembangan ekonomi, jumlah investasi yang dikeluarkan pemerintah untuk pembangunan sangat dominan dan dalam jumlah yang besar, hal ini disebabkan pada tahap ini pemerintah harus menyediakan prasarana, seperti misalnya pendidikan, kesehatan, prasarana transportasi, dan sebagainya.

Pada tahap kedua, peran pengeluaran pemerintah dalam pembangunan sudah mulai tergeser dengan adanya investasi yang dilakukan oleh sektor swasta,

namun demikian pada tahap ini pemerintah tetap memiliki peran yang cukup besar dalam pembangunan, hal ini disebabkan jika peran swasta dibiarkan mendominasi pembangunan akan berdampak pada munculnya kekuatan monopoli dan kegagalan pasar, sehingga menyebabkan pemerintah harus menyediakan barang dan jasa publik dalam jumlah yang lebih besar. Disamping itu, pada tahap kedua perkembangan ekonomi ini menyebabkan terjadinya hubungan antar sektor yang semakin rumit. Misalnya pertumbuhan ekonomi yang ditimbulkan oleh perkembangan sektor industri akan menimbulkan semakin tingginya tingkat polusi lingkungan dan juga berpeluang terhadap timbulnya masalah eksploitasi buruh, sehingga dalam hal ini diperlukan campur tangan pemerintah untuk meminimalisasi dampak buruk dari pembangunan ekonomi yang semakin maju.

Pada tingkat yang lebih lanjut, dalam teorinya tentang perkembangan pengeluaran pemerintah, Rostow menjelaskan bahwa dalam pembangunan ekonomi aktivitas pemerintah beralih dari penyediaan sarana dan prasarana menjadi pengeluaran-pengeluaran yang bersifat sosial seperti halnya, program kesejahteraan hari tua, program pelayanan masyarakat dan program bantuan yang bersifat sosial lainnya.

b. Hukum Wagner mengenai Perkembangan Aktivitas Pemerintah

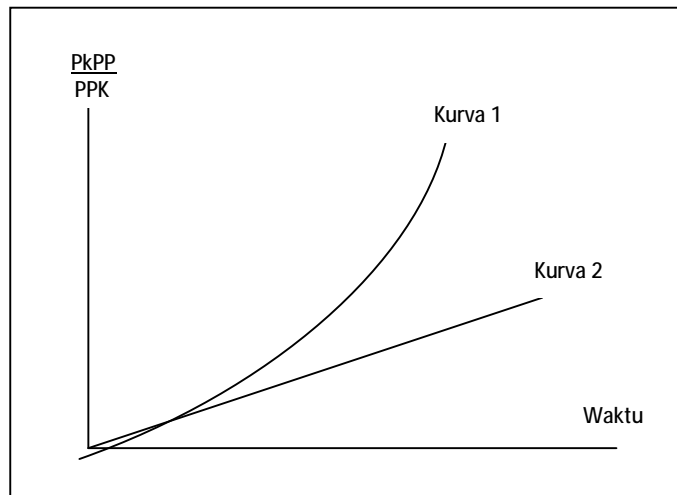
Wagner mengemukakan suatu teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin besar dalam proporsinya terhadap GNP. Dalam hal ini Wagner menerangkan mengapa peranan pemerintah menjadi semakin besar, yang terutama disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul

dalam masyarakat, hukum, pendidikan, rekreasi, kesehatan, kebudayaan, dan lain sebagainya. (Dimas,2010)

Hukum Wagner yang menjelaskan tentang perkembangan pengeluaran pemerintah ditunjukkan dalam gambar berikut ini, dimana kenaikan pengeluaran pemerintah mempunyai bentuk eksponensial dengan kurva berbentuk cembung dan bergerak naik dari kiri bawah menuju kanan atas, sebagaimana yang ditunjukkan Kurva 1, dan bukan seperti ditunjukkan oleh Kurva 2 yang memiliki bentuk linear.

Gambar 2.2

Kurva Hukum Aktivitas Pemerintah yang Selalu Meningkatkan



Sumber: Guritno Mangkusubroto, 2006

Keterangan :

PkPP : Pengeluaran pemerintah per kapita

PPK : pendapatan per kapita, yaitu GDP / jumlah penduduk

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

Dalam teorinya wagner juga menyebutkan penyebab dari kegiatan pemerintah selalu meningkat adalah, diantaranya :

- a. Tuntutan peningkatan perlindungan pertahanan.
- b. Adanya kenaikan tingkat pendapatan masyarakat.
- c. Fenomena urbanisasi yang mengiringi pertumbuhan ekonomi.
- d. Perkembangan demokrasi

Namun demikian seiring dengan berkembangnya peranan pemerintah tersebut, hal ini justru mengakibatkan adanya ketidak efisienan birokrasi sehingga pengeluaran pemerintah menjadi semakin besar.

Selanjutnya, masih dalam tatanan ruang lingkup makro, terdapat tiga pos utama pada sisi pengeluaran pemerintah, yaitu:

- a. Pengeluaran pemerintah untuk pembelian barang dan jasa
- b. Pengeluaran pemerintah untuk gaji pegawai
- c. Pengeluaran pemerintah untuk pembayaran transfer (*transfer payment*).

Pembayaran transfer pemerintah adalah pembayaran pemerintah kepada individu yang tidak digunakan untuk menghasilkan barang dan jasa sebagai imbalannya (Samuelson dan Nordhaus, 2003). Dengan kata lain pembayaran transfer pemerintah merupakan pengeluaran pemerintah berupa pembayaran subsidi atau bantuan kepada berbagai golongan masyarakat.

Disamping untuk membiayai bantuan yang diberikan kepada masyarakat, pemerintah juga mampu mempengaruhi tingkat pendapatan keseimbangan, pengaruh pemerintah terhadap tingkat pendapatan keseimbangan ini dapat dilakukan dengan dua cara. Pertama, pembelian pemerintah atas barang dan jasa yang merupakan komponen dari permintaan agregat. Kedua, pajak dan transfer mempengaruhi hubungan antara output dan pendapatan serta pendapatan disposibel (pendapatan bersih yang siap untuk dibelanjakan).

Perubahan dalam pengeluaran pemerintah dan pajak akan mempengaruhi tingkat pendapatan. Hal ini akan menimbulkan kemungkinan bahwa kebijakan fiskal dapat digunakan untuk menstabilkan perekonomian. Jika perekonomian berada dalam keadaan resesi, maka langkah yang harus dilakukan pemerintah adalah dengan mengurangi pajak. Di sisi lain pengeluaran harus ditingkatkan untuk menaikkan output. Namun jika perekonomian sedang berada dalam keadaan yang baik, maka kebijakan yang hendaknya ditempuh oleh pemerintah adalah dengan menaikkan jumlah pajak yang dihimpun dari masyarakat, dan di sisi lain diikuti dengan mengurangi besarnya pengeluaran pemerintah. Kebijakan tersebut dilakukan pemerintah dengan tujuan agar perekonomian kembali pada kondisi *full employment*.

c. Klasifikasi Pengeluaran Pemerintah

Menurut **Suparmoko (1996)** Pengeluaran pemerintah dapat dinilai dari berbagai segi sehingga dapat dibedakan menjadi empat klasifikasi sebagai berikut:

- a. Pengeluaran pemerintah merupakan investasi untuk menambah kekuatan dan ketahanan ekonomi di masa yang akan datang.
- b. Pengeluaran pemerintah langsung memberikan kesejahteraan bagi masyarakat.
- c. Pengeluaran pemerintah merupakan pengeluaran yang akan datang.
- d. Pengeluaran pemerintah merupakan sarana penyedia kesempatan kerja lebih banyak dan penyebaran daya beli yang lebih luas.

Berdasarkan penilaian tersebut, pengeluaran pemerintah dapat dibedakan menjadi sebagai berikut:

- a. Pengeluaran yang *self liquidating* sebagian atau seluruhnya, artinya pengeluaran pemerintah mendapatkan pembayaran kembali dari masyarakat yang menerima jasa atau barang yang bersangkutan. Contohnya, pengeluaran untuk jasa negara, atau untuk proyek-proyek produktif barang ekspor.
- b. Pengeluaran yang reproduktif, artinya mewujudkan keuntungan-keuntungan ekonomis bagi masyarakat, dimana dengan naiknya tingkat penghasilan dan sasaran pajak yang lain pada akhirnya akan menaikkan penerimaan pemerintah. Misalnya, pengeluaran untuk bidang pengairan, pertanian, pendidikan, kesehatan masyarakat (*public health*).
- c. Pengeluaran yang tidak *self liquidating* maupun yang tidak produktif, yaitu pengeluaran yang langsung menambah kegembiraan dan kesejahteraan masyarakat. Misalnya, untuk bidang rekreasi, pendirian monument, objek-objek pariwisata dan sebagainya. Hal ini dapat juga menaikkan penghasilan dalam kaitannya jasa-jasa.

Di Indonesia pengeluaran pemerintah baik yang berasal dari PAD (pendapatan asli daerah) maupun sumbangan dan bantuan direncanakan setiap

tahun dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Berdasarkan tujuannya pengeluaran pemerintah dibedakan dalam dua klasifikasi, yaitu:

- a. Pengeluaran rutin adalah anggaran yang disediakan untuk menyelenggarakan tugas umum pemerintahan dan pelaksanaan pembangunan. Pengeluaran ini meliputi belanja pegawai, belanja barang, berbagai macam subsidi (subsidi daerah dan subsidi harga barang), angsuran dan bunga utang pemerintah, serta jumlah pengeluaran lain. Anggaran pengeluaran rutin memegang peran penting untuk menunjang kelancaran mekanisme sistem pemerintahan serta upaya peningkatan efisiensi dan produktifitas, yang pada gilirannya akan menunjang tercapainya sasaran dan tugas setiap tahap pembangunan. Penghematan dan efisiensi tersebut antara lain diupayakan melalui pinjaman alokasi pengeluaran rutin, pengendalian dan koordinasi pelaksanaan pembelian barang dan jasa kebutuhan departemen dan non departemen/non lembaga, dan pengurangan berbagai macam subsidi secara bertahap.
- b. Sedangkan yang dimaksud dengan pengeluaran pembangunan merupakan pengeluaran yang bertujuan untuk pembiayaan proses perubahan, yang merupakan kemajuan dan perbaikan menuju arah yang ingin dicapai. Pengeluaran pembangunan bersifat menambah modal masyarakat baik dalam bentuk pembangunan fisik maupun non fisik. Di samping itu, pengeluaran pembangunan juga ditujukan untuk membiayai program-program pembangunan sehingga anggarannya selalu disesuaikan dengan dana yang berhasil dimobilisasi.

Dana tersebut kemudian dialokasikan pada berbagai bidang sesuai dengan prioritas yang telah direncanakan.

2.1.3 Pengeluaran Pemerintah di Sektor Kesehatan

Mills dan Gilson (1990) dalam literturnya mencoba membatasi ruang lingkup sektor kesehatan ke dalam lima aspek, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan, jasa-jasa sanitasi lingkungan (misalnya: air, sanitasi, pengawasan polusi lingkungan, keselamatan kerja, dan lain-lain)
- b. Rumah sakti, institusi kesejahteraan sosial.
- c. Pendidikan, pelatihan-pelatihan, penelitian medis murni.
- d. Pekerjaan medis-sosial, kerja sosial.
- e. Praktisi medis yang mendapat pendidikan formal, penyedia pelayanan kesehatan tradisional.

Wasisto dan Ascobat (1986) menyebutkan bahwa secara garis besar sumber pembiayaan untuk upaya kesehatan dapat digolongkan sebagai sumber pemerintah dan sumber non pemerintah (masyarakat dan swasta). Selanjutnya sumber pemerintah dapat berasal dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten / kota, dan bantuan luar negeri. Adapun sumber biaya masyarakat atau swasta dapat berasal dari pengeluaran rumah tangga atau perorangan (*out of pocket*), perusahaan swasta atau BUMN untuk membiayai karyawannya, badan penyelenggara beberapa jenis jaminan pembiayaan kesehatan termasuk asuransi kesehatan untuk membiayai pesertanya, dan lembaga non pemerintah

yang umumnya digunakan untuk kegiatan kesehatan yang bersifat sosial dan kemasyarakatan.

2.1.4 Ruang Lingkup Aspek Kesehatan dalam Kajian Ilmu Ekonomi

Esensi dari ilmu ekonomi pada dasarnya adalah mengkaji tentang alternatif penggunaan sumber daya yang langka secara efisien. Seiring dengan perkembangannya, penerapan ilmu ekonomi saat ini dapat digunakan dalam berbagai sektor, salah satunya adalah sektor kesehatan. Mils dan Gilson (1990) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep dan teknik ilmu ekonomi pada sektor kesehatan, sehingga dengan demikian ekonomi kesehatan berkaitan erat dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. alokasi sumber daya di antara berbagai upaya kesehatan
- b. jumlah sumber daya yang digunakan dalam pelayanan kesehatan
- c. pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan
- d. efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya.
- e. dampak upaya pencegahan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat.

Beberapa ekonom menganggap bahwa kesehatan merupakan fenomena ekonomi baik jika dinilai dari stok maupun sebagai investasi. Sehingga fenomena kesehatan menjadi variabel yang nantinya dapat dianggap sebagai faktor produksi

untuk meningkatkan nilai tambah barang dan jasa, atau sebagai suatu sasaran dari tujuan-tujuan yang ingin dicapai baik oleh individu, rumah tangga maupun masyarakat, yang dikenal sebagai tujuan kesejahteraan *'welfare objective'*. Oleh karena itu kesehatan dianggap sebagai modal dan memiliki tingkat pengembalian yang positif baik untuk individu maupun untuk masyarakat.

2.1.5 Pelayanan Kesehatan Dasar

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Peran seorang Ibu sangat besar dalam pertumbuhan bayi dan perkembangan Anak. Ibu Hamil yang mengalami gangguan kesehatan bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anaknya.

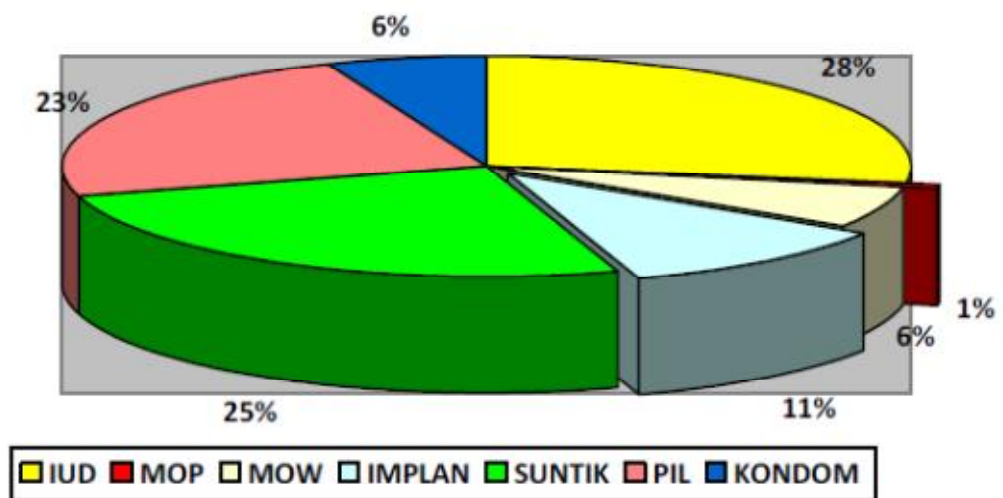
b. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Keberhasilan program KB diukur dengan beberapa indikator, diantaranya proporsi peserta KB baru menurut metode kontrasepsi, persentase KB aktif terhadap jumlah pasangan usia subur (PUS) dan persentase baru metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP).

Berdasarkan data dari BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB baru adalah sebesar 419,961 atau 17,83% dari PUS yang ada. Angka ini mengalami perlambatan dibandingkan tahun 2013 yaitu 20%, tahun 2012 yaitu 19,44%, lebih tinggi dibandingkan pencapaian tahun 2011 yaitu 14,08%, tahun 2010 yaitu 17,05% dan tahun 2009 yaitu 14,58%. Rincian persentase pemakaian jenis kontrasepsi berdasarkan Kabupaten/Kota tahun 2014 dapat dilihat dibawah ini :

Grafik 2.1

Proporsi Jenis Alat Kontrasepsi Yang Digunakan Peserta KB Aktif Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2014

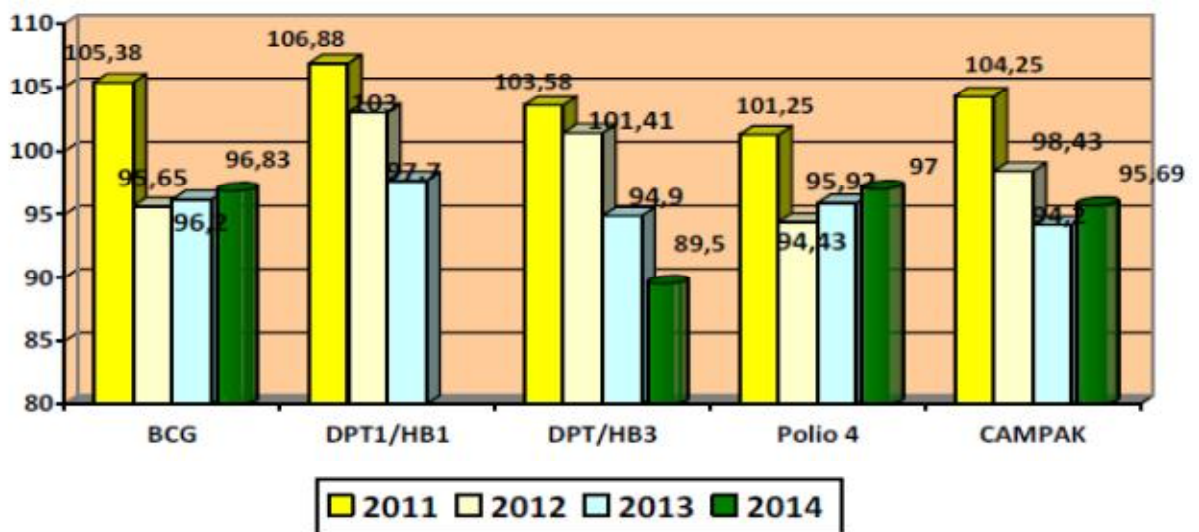
c. Pelayanan Imunisasi

Kegiatan imunisasi rutin meliputi pemberian imunisasi kepada bayi umur 0-1 tahun (BCG, DPT, Polio, Campak, HB). Imunisasi untuk wanita

usia subur atau ibu hamil (TT) dan imunisasi untuk anak SD (kelas 1 : DT dan kelas 2-3: TT), sedangkan kegiatan imunisasi tambahan dilakukan atas dasar ditemukan masalah seperti Desa Non UCI, potensial/risti KLB ditemukan dan diduga adanya virus polio liar atau kegiatan lainnya berdasarkan kebijakan teknis. Hasil pelaksanaan program imunisasi berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2014 akan digambarkan pada grafik dibawah ini :

Grafik 2.2

Persentase Cakupan Program Imunisasi Rutin BCG, DPT1-HB1, Polio3, DPT3-HB3 Dan Campak di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2011-2014



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota, 2011- 2014.

Setelah sejak tahun 2011-2013, capaian imunisasi mengalami penurunan, namun pada tahun 2014 cakupan imunisasi BCG, Polio dan Campak mengalami peningkatan. Namun DPT3/HB3 masih mengalami

penurunan sehingga capaian program imunisasi dalam kurun waktu 4 tahun (2011-2014) memperlihatkan trend perlambatan. Disamping itu, berdasarkan perhitungan pencapaian program imunisasi untuk rata-rata Drop Out (DO) Sumatera Utara menunjukkan angka perbaikan hanya sekitar 1% dibandingkan tahun 2013 yaitu 3,6% berada dibawah angka toleransi yaitu 3,55%.

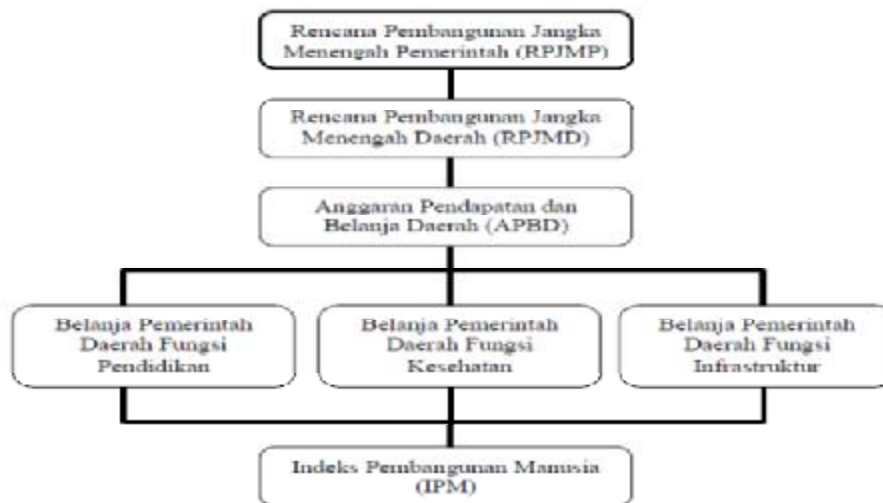
Pencapaian UCI (*Universal Child Immunization*) merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi secara lengkap pada sekelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut menggambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Dalam hal ini pemerintah menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi Desa/Kelurahan. Suatu Desa/Kelurahan telah mencapai target UCI apabila >80% bayi di Desa/Kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi lengkap.

2.1.6 Pengelolaan Keuangan Daerah

Pengelolaan keuangan daerah yang diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2013 pasal 3 meliputi kekuasaan pengelolaan keuangan daerah, azas umum dan struktur APBD, penyusunan rancangan APBD, penyusunan dan penetapan APBD bagi daerah yang belum memiliki DPRD, Pelaksanaan dan Perubahan APBD, pengelolaan kas, penatausahaan keuangan daerah, akuntansi keuangan daerah, pertanggungjawaban

pelaksanaan APBD, pembinaan dan pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah, kerugian daerah dan pengelolaan keuangan BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Pengelolaan keuangan daerah harus dikelola secara teratur, tertib dan taat pada peraturan perundang-undangan, efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab dengan memperhatikan azas keadilan, kepatutan, dan manfaat untuk masyarakat.

Proses pengelolaan keuangan daerah dimulai dengan perencanaan atau penyusunan rencana pembangunan menengah pemerintah (RPJMP) yang nantinya akan menyusun dan merencanakan anggaran pendapatan belanja daerah (APBD). Ukuran dari keberhasilan RPJMD yang telah disusun dapat dilihat dari berbagai indikator salah satunya yaitu indeks pembangunan manusia (IPM). Indeks Pembangunan Manusia meningkat bila anggaran belanja yang digunakan pemerintah sudah tepat sasaran seperti meningkatkan kualitas pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur yang nantinya akan meningkatkan kualitas manusia. Berdasarkan penjelasan proses pengelolaan keuangan daerah di atas, dapat dilihat alur seperti gambar 2.3



Gambar 2.3 Proses Pengelolaan Keuangan Daerah dalam peningkatan Indeks Pembangunan Manusia.

2.1.7 Anggaran Pemerintah

Berdasarkan *law of ever increasing state activity*, maka peran pemerintah dalam kegiatan ekonomi nasional disusun anggaran pendapatan dan belanja negara ataupun daerah (APBN/APBD). Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Daerah adalah suatu daftar yang memuat secara rinci tentang sumber-sumber penerimaan dan pengeluaran dalam jangka waktu tertentu untuk mencapai sasaran pembangunan dalam kurun waktu satu tahun, dalam pengertiannya sebagai berikut :

a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara

Pengertian tentang APBN didasarkan pada UUD 1945 pasal 23 ayat 1, ayat 2, ayat 3 yang menyatakan bahwa anggaran pendapatan dan belanja negara sebagai wujud dari pengelolaan keuangan negara ditetapkan setiap

tahun dengan undang-undang dan dilaksanakan secara terbuka dan bertanggung jawab untuk kemakmuran rakyat.

b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah

APBD adalah suatu rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (UU No. 17 Tahun 2003 pasal 1 butir 8 tentang Keuangan Negara). Penyusunan APBD berpedoman kepada RKPD (Rencana Kerja Pembangunan Daerah) dalam rangka mewujudkan pelayanan kepada masyarakat untuk tercapainya tujuan bernegara. APBD mempunyai fungsi (Suryanto,2014) :

1. Fungsi Otorisasi mengandung arti bahwa anggaran daerah menjadi dasar untuk melaksanakan pendapatan dan belanja pada tahun yang bersangkutan.
2. Fungsi Perencanaan mengandung arti bahwa anggaran daerah menjadi pedoman bagi manajemen dalam merencanakan kegiatan pada tahun yang bersangkutan.
3. Fungsi Pengawasan mengandung arti bahwa anggaran daerah menjadi pedoman untuk menilai apakah kegiatan penyelenggaraan pemerintahan daerah sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
4. Fungsi Alokasi mengandung arti bahwa anggaran daerah harus diarahkan untuk menciptakan lapangan kerja atau mengurangi pengangguran dan pemborosan sumber daya, serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas perekonomian.
5. Fungsi Distribusi mengandung arti bahwa kebijakan anggaran daerah harus memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan.

6. Fungsi Stabilisasi mengandung arti bahwa anggaran pemerintah daerah menjadi alat untuk memelihara dan mengupayakan keseimbangan fundamental perekonomian daerah.

Kedudukan APBD sangat penting sebagai alat untuk memelihara dan megupayakan keseimbangan fundamental perekonomian daerah dalam proses pembangunan di daerah. APBD juga merupakan alat atau wadah untuk menampung berbagai kepentingan publik (*public accountability*) yang diwujudkan melalui program dan kegiatan. APBD ialah instrumen kebijakan yang sebagai alat untuk meningkatkan pelayanan umum dan kesejahteraan masyarakat di daerah yang harus mencerminkan kebutuhan rill masyarakat sesuai dengan potensi dan karakteristik daerah serta dapat memenuhi tuntutan terciptanya anggaran daerah yang berorientasi pada kepentingan dan akuntabilitas publik.

2.2 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1

Ringkasan Penelitian Terdahulu

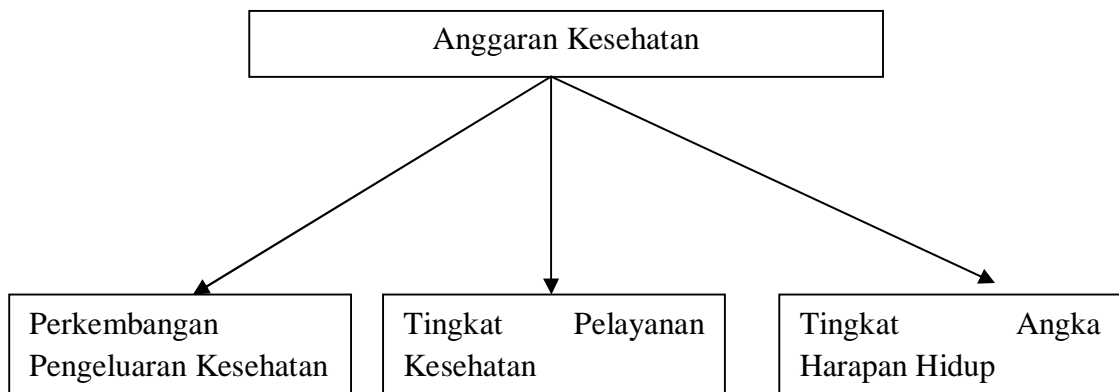
Nama Peneliti	Tujuan Penelitian	Metodelogi penelitian	Hasil / Kesimpulan
Asnita Firda Sebayang (Jurnal Ekonomi Pembangunan, Vol. 10 No. 3 Desember 2005, hal. 203214), Dengan judul Kinerja Kebijakan Fiskal Daerah di Indonesia Pasca Krisis.	Studi ini bertujuan untuk mengukur kinerja kebijakan fiskal daerah.	Dengan menggunakan metode <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA), pengukuran kebijakan fiskal menggunakan variabel DAU, belanja rutin, pengeluaran untuk transportasi, pajak dan retribusi daerah.	Hasil penelitian ini menemukan bahwa selama periode penelitian (1999-2002) provinsi DKI Jakarta dan Jawa Timur merupakan provinsi yang memiliki kinerja terbaik, kedua daerah tersebut tidak hanya efisien tetapi juga yang paling konsisten.
Lela Dina Pertiwi (Jurnal Ekonomi Pembangunan, Vol. 12 No. 2 Agustus 2007, hal. 123-139), dengan judul Efisiensi Pengeluaran Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengukur tingkat efisiensi pengeluaran pemerintah daerah di sektor pendidikan dan	Untuk mengukur tingkat efisiensi, penelitian ini menggunakan alat analisis Data Envelopment Analysis (DEA) dengan variabel input yang digunakan: <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran pembangunan untuk sektor pendidikan dan 	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kabupaten/kota di Jawa tengah yang mencapai efisiensi sempurna (100%) untuk

Tengah.	kesehatan di seluruh provinsi di Jawa Tengah selama periode penelitian, tahun 1999-2002.	<p>kesehatan 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah selama tahun 1999-2002 Adapun data output yang digunakan untuk mengukur kinerja sektor pendidikan adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah penduduk usia 15 tahun ke atas. • Sedangkan angka harapan hidup merupakan ukuran kinerja di sektor kesehatan. 	pengeluaran sektor pendidikan pada tahun 2002 adalah Kota Salatiga dan Boyolali. Adapun tingkat efisiensi tertinggi untuk pengeluaran sektor kesehatan dicapai oleh Kota Salatiga dan Surakarta.
Marijn Verhoeven, dkk. (<i>IMF Working Paper</i> , 2007), dengan judul <i>Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending</i> .	Penelitian yang dilakukan pada tahun 2005 ini bertujuan untuk menilai tingkat efisiensi di sektor pendidikan dan kesehatan dan mencari hubungan antara perbedaan efisiensi dari berbagai negara, kebijakan serta	Dalam mengukur tingkat efisiensi pengeluaran pemerintah, penelitian ini menggunakan metode analisis statistik non parametrik berupa <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA). Penelitian ini menggunakan 3 tahap penghitungan efisiensi dengan meletakkan satu variabel intermediate diantara input dan output akhir. Adapun untuk sektor kesehatan Variabel input yang digunakan adalah pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan, dengan variabel intermedietnya berupa jumlah tempat tidur di rumah sakit, jumlah dokter per kapita, jumlah imunisasi, dan jumlah konsultasi dokter. Sedangkan untuk variabel indikator outcome kesehatannya	Inefisiensi pengeluaran pemerintah untuk sektor publik yang terjadi pada negara-negara G7 disebabkan karena kurangnya efektifitas dalam memperoleh sumberdaya, seperti guru dan tenaga medis (dokter).

	faktor institusional.	digunakan Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Kasar, Angka kematian bayi per 1000 penduduk, angka kematian anak per 1000 penduduk, dan angka kematian maternal per 1000 penduduk.	
Etibar Jafarov dan Victoria Gunnarsson (<i>IMF Working Paper</i> , 2008), dengan judul <i>Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options</i> .	Penelitian ini mengkaji tingkat efisiensi relatif dari pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan di Negara Kroasia pada tahun 2007. Hasil efisiensi yang di hitung berupa efisiensi teknis biaya, efisiensi teknis sistem dan efisiensi teknis keseluruhan.	Dalam meneliti tingkat efisiensi relatif dari pengeluaran pemerintah di Negara Kroasia, peneliti menggunakan metode analisis <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA). Untuk sektor kesehatan peneliti menggunakan variabel input besaran anggaran kesehatan yang dikeluarkan pemerintah Kroasia. Adapun untuk variabel output dalam penelitian ini digunakan data Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Kasar per 100.000 penduduk, angka kematian bayi per 1000 kelahiran, angka kematian balita per 1000 kelahiran, angka kematian ibu maternal per 100.000 kelahiran, dan kasus tuberkolosis per 100.000 penduduk.	Hasil penelitian menyabutkan telah terjadi inefisiensi yang signifikan dalam teknis biaya pengeluaran kesehatan di Negara Kroasia pada tahun 2007. Hal tersebut berkaitan dengan adanya ketidakcukupan dalam me-recovery biaya, mekanisme pembiayaan dan penyelenggaraan institusi yang buruk, serta kelemahan dalam penetapan sasaran subsidi kesehatan.

2.3 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual merupakan unsur dasar dari pokok dalam suatu penelitian dimana konsep teoritis akan berubah kedalam definisi operasional. Penelitian ini ingin melihat bagaimana perkembangan anggaran bidang kesehatan di kabupaten/kota di Sumatera Utara, komposisi pengeluaran bidang kesehatan di kabupaten/kota di Sumatera Utara serta perkembangan tingkat harapan hidup di kabupaten/kota di Sumatera Utara. Skema penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :



BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian

Agar penelitian ini dapat terarah serta sesuai dengan tujuan yang diinginkan, maka metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif. Penelitian ini merupakan penelitian yang bertujuan menjelaskan fenomena yang ada dengan menggunakan angka-angka untuk menjabarkan karakteristik individu atau kelompok (Syamsudin & Damiyanti:2011).

3.2 Defenisi Operasional Variabel

Variablel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data
Pengeluaran Kesehatan	Besarnya pengeluaran pemerintah kabupaten/kota Sumatera Utara untuk sektor kesehatan yang mencerminkan pengeluaran pemerintah dari total realisasi belanja daerah yang dialokasikan untuk sektor kesehatan, anggaran dalam ribuan rupiah.	Kementerian Kesehatan
Tingkat Angka Harapan Hidup	Indikator komposit yang menggabungkan tiga aspek penting, yaitu pendidikan (angka melek huruf, rata-rata lama sekolah), kesehatan (angka harapan hidup), dan	Badan Pusat Statistik

	pengeluaran perkapita.	
Pelayanan Kesehatan	Derajat kesehatan dapat terus ditingkatkan dengan salah satunya adalah peningkatan pembangunan berbagai fasilitas dan sarana layanan kesehatan public yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung dengan keberadaannya yang represif, murah dan aksesnya mudah untuk dimanfaatkan secara optimal.	Kementerian Kesehatan

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Provinsi Sumatera Utara dengan melihat pada Kabupaten dan Kota yang di Provinsi Sumatera Utara. Waktu penelitian direncanakan mulai bulan Desember – Maret 2018.

3.4 Jenis dan Sumber data

Data yang digunakan pada penelitian ini merupakan data sekunder yang dikumpulkan melalui study literature terhadap publikasi instansi terkait BPS, Profil Kesehatan, Jurnal Ilmiah dan sumber lainnya yang berhubungan dengan masalah penelitian.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

1. Data Sekunder

Data Sekunder, yaitu data yang telah dikumpulkan oleh pihak lain. Peneliti dapat mencari data sekunder melalui sumber data sekunder. Melalui data sekunder, peneliti akan memperoleh gambaran yang lebih jelas dari permasalahan yang dihadapi.

Data Sekunder tidak hanya dapat membantu memperjelas masalah, penyusunan alternatif keputusan, melainkan juga keputusan yang diambil berdasarkan data sekunder yang dikumpulkan.

2. Dokumen dan Arsip

Pada teknik ini akan dilakukan telaah pustaka, dimana peneliti mengumpulkan data dari penelitian sebelumnya berupa jurnal dan buku. Dokumen dan arsip yang berkaitan dengan fokus penelitian yang menjadi salah satu sumber data yang paling penting dalam penelitian. Dokumen yang dimaksud yaitu dokumen tertulis, gambar atau foto dan laporan penelitian sebelumnya maupun tertulis ilmiah.

3.6 Metode Analisis Data

Untuk dapat menjawab tujuan penelitian, data yang telah dikumpulkan diolah dan kemudian dianalisis dan disajikan dalam bentuk diagram, grafik dan tabel. Metode yang digunakan untuk menganalisis perkembangan pengeluaran

kesehatan serta tingkat harapan hidup di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara digambarkan lewat scatter plot dengan menggunakan Tipologi Klassen.

3.7 Tipologi Klassen

Tipologi Klassen digunakan untuk memetakan Kabupaten dan Kota di Propinsi Sumatera Utara berdasarkan angka harapan hidup dan anggaran kesehatan. Dengan menentukan rata-rata angka harapan hidup sebagai sumbu vertikal dan anggaran kesehatan sebagai sumbu horizontal, daerah yang diamati dapat dibagi menjadi empat klasifikasi, yaitu:

1. Daerah dengan anggaran kesehatan dan angka harapan hidup yang tinggi (kuadran I)
2. Daerah dengan anggaran kesehatan tinggi namun angka harapannya rendah (kuadran II)
3. Daerah dengan angka harapan hidup tinggi namun anggarannya rendah (kuadran III)
4. Daerah relatif tertinggi, baik dalam anggaran kesehatan maupun angka harapan hidup (kuadran IV)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Objek Penelitian

4.1.1 Kondisi Geografi Provinsi Sumatera Utara

Provinsi Sumatera Utara berada dibagian barat Indonesia, terletak pada garis 1°- 4° Lintang Utara dan 98° - 100° Bujur Timur. Sebelah Utara perbatasan dengan Provinsi Nangroe Aceh Darussalam (NAD), sebelah Timur dengan Negara Malaysia diselat Malaka, sebelah Selatan berbatasan dengan Provinsi Riau dan Sumatera Barat dan disebelah Barat berbatasan dengan Samudera Hindia.

Berdasarkan kondisi letak dan kondisi alam, Sumatera Utara dibagi dalam 3 (tiga) kelompok wilayah yaitu Pantai Barat, Dataran Tinggi dan Pantai Timur. Provinsi Sumatera Utara tergolong ke dalam daerah beriklim tropis, Kisaran suhu antara 13,4°C-33,9°C, mempunyai Musim Kemarau (Juni s/d September) dan musim hujan (November s/d Maret). Diantara kedua musim itu diselingi oleh musim pancaroba.

Luas daratan Provinsi Sumatera Utara adalah 71.680,68 Km² sebagian besar berada di daratan Pulau Sumatera dan sebagian kecil di Pulau Nias, Pulau-Pulau Batu, serta beberapa Pulau kecil baik dibagian Barat maupun bagian Timur pantai Pulau Sumatera. Luas Daerah menurut Kabupaten/Kota di Sumatera Utara dapat disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.1

Luas Daerah Menurut Kabupaten/Kota di Sumatera Utara

Luas Daerah menurut Kabupaten/Kota di Sumatera Utara

NO	NAMA KAB/KOTA	LUAS / AREA (Km ²)	RASIO (%)
1	Nias	980,32	1,37
2	Mandailing Natal	6.620,70	9,23
3	Tapanuli Selatan	4.352,86	6,07
4	Tapanuli Tengah	2.158,00	3,01
5	Tapanuli Utara	3.764,65	5,25
6	Toba Samosir	2.352,35	3,28
7	Labuhan Batu	2.561,38	3,57
8	Asahan	3.675,79	5,13
9	Simalungun	4.386,60	6,12
10	Dairi	1.927,80	2,69
11	Karo	2.127,25	2,97
12	Deli Serdang	2.486,14	3,47
13	Langkat	6.263,29	8,74
14	Nias Selatan	1.625,91	2,27
15	Humbang Hasundutan	2.297,20	3,20
16	Pakpak Bharat	1.218,30	1,70
17	Samosir	2.433,50	3,39
18	Serdang Bedagai	1.913,33	2,67
19	Batu Bara	904,96	1,26
20	Padang Lawas Utara	3.918,05	5,46
21	Padang Lawas	3.892,74	5,43
22	Labuhan Batu Selatan	3.116	4,35
23	Labuhan Batu Utara	3.545,80	4,95
24	Nias Utara	1.501,62	2,09
25	Nias Barat	544,09	0,76
71	Sibolga	10,77	0,02
72	Tanjung Balai	61,52	0,09
73	Pematang Siantar	79,97	0,11
74	Tebing Tinggi	38,44	0,05
75	Medan	265,10	0,37
76	Binjai	90,24	0,13
77	Padang Sidempuan	114,65	0,16
78	Gunung Sitoli	469,36	0,65
	Sumatera Utara	71.680,68	100,00

Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2014

Berdasarkan luas daerah menurut Kabupaten/Kota di Sumatera Utara, luas daerah terbesar adalah Kabupaten Mandailing Natal dengan luas 6.620,70 Km² atau sekitar 9,23% dari total luas Sumatera Utara. Diikuti Kabupaten-Kabupaten Langkat dengan luas 6.263,29 Km² (8,74%) kemudian Kabupaten Simalungun dengan luas 4.386,60 Km² atau sekitar 6,12%. Sedangkan luas daerah terkecil adalah Kota Sibolga dengan luas 10,77 Km² atau 0,02% dari total luas wilayah Sumatera Utara.

Pengukuran Ketinggian Kabupaten/Kota dari permukaan laut di Sumatera Utara dapat dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 4.2

Ketinggian Kabupaten/Kota dari Permukaan Laut di Sumatera Utara

Ketinggian Kabupaten/Kota dari Permukaan Laut di Sumatera Utara

NO	NAMA KABUPATEN/KOTA	KETINGGIAN DARI PERMUKAAN LAUT
1	Gunung Sitoli	0 -
2	Padang Sidempnan	260 – 1.100 m
3	Binjai	0 - 28 m
4	Medan	2,5 – 37,5 m
5	Tebing Tinggi	26 – 34 m
6	Pematang Siantar	0 - 400 m
7	Tanjung Balai	0 – 3 m
8	Sibolga	0 – 50 m
7	Serdang Bedagai	0 – 500 m
8	Samosir	300 – 2.200 m
9	Pakpak Bharat	700 – 1.500 m
10	Humbang Hasundutan	330 – 2.075 m
11	Nias Selatan	0 – 800 m
12	Langkat	0 – 1.200 m
13	Deli Serdang	0 – 500 m
14	Karo	140 – 1.400 m
15	Dairi	700 – 1.250 m
16	Simahungun	0 – 369 m
17	Asahan	0 – 1.000 m
18	Labuhan Batu	0 – 2.151 m
19	Toba Samosir	300 – 2.200 m
20	Tapanuli Utara	300 – 1.500 m
21	Kabupaten Tapanuli Tengah	0 – 1.266 m
22	Tapanuli Selatan	0 – 1.915 m
23	Mandailing Natal	0 – 500 m
24	Nias	0 – 800 m

Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2014

Berdasarkan kondisi letak ketinggian Kabupaten/Kota dari permukaan laut di Sumatera Utara mencapai ketinggian antara 0 - 2.220 M, letak ketinggian tertinggi adalah Kabupaten Samosir dan Toba Samosir yang mencapai 300-2.200 M, dan disusul oleh Kabupaten Labuhan Batu mencapai ketinggian 0-2.151 M. sementara Kabupaten Humbang Hasundutan mencapai ketinggian

antara 330-2.075 M. sementara letak ketinggian terendah adalah Kota Gunung Sitoli mencapai 0 M, dan disusul oleh Kota Tanjung Balai mencapai 0-3 M dan Kota Binjai mencapai 0-28 M.

Jarak pada Ibukota Kabupaten/Kota di Sumatera Utara dapat dilihat dibawah ini :

Tabel 4.3
Jarak Ibukota Provinsi ke Ibukota di Sumatera Utara

Jarak Ibukota Provinsi ke Ibukota Kab/Kota di Sumatera Utara

NO	NAMA KABUPATEN / KOTA	JARAK (KM)
1	Kota Medan	0
2	Kota Binjai	22
3	Kota Tebing Tinggi	78
4	Kota Pematang Siantar	125
5	Kota Tanjung Balai	184
6	Kota Sibolga	347
7	Kota Padang Sidempuan	389
8	Kabupaten Langkat (Stabat)	42
9	Kab. Deli Serdang (Lubuk Pakam)	28
10	Kabupaten Karo (Kabanjahe)	78
11	Kabupaten Dairi (Sidikalang)	151
12	Kabupaten Simalungun (Parapat)	175
13	Kabupaten Asahan (Kisaran)	158
14	Kab. Labuhan Batu (Rantau Prapat)	285
15	Kabupaten Toba Samosir (Balige)	232
16	Kabupaten Tapanuli Utara (Tarutung)	281
17	Kabupaten Tapanuli Tengah (Pandan)	357
18	Kab. Tapanuli Selatan (P.Sidempuan)	389
19	Kab. Mandailing Natal (Penyabungan)	460

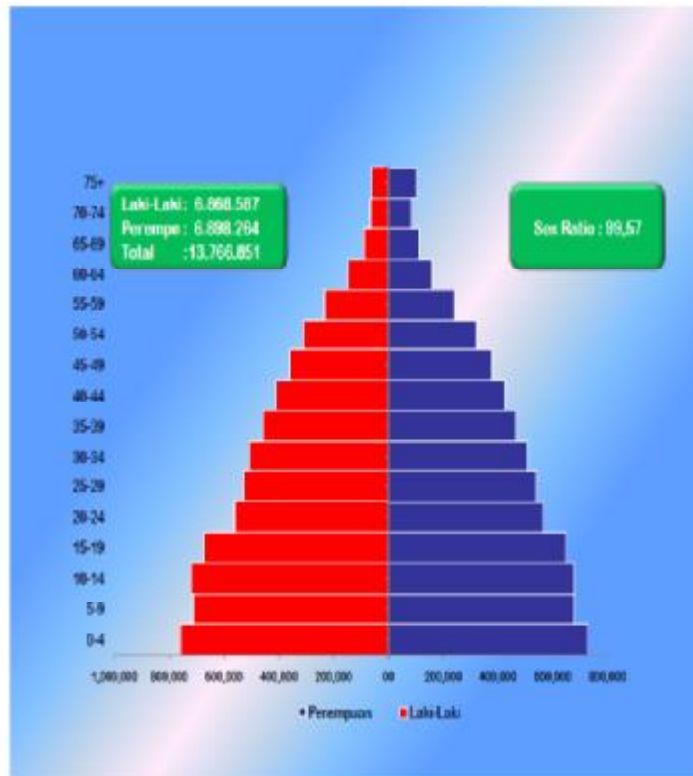
Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2014

Jarak pada Ibukota Provinsi Sumatera Utara pada Kota Medan berjarak 0 KM dan mendekati jarak pada Kota Binjai yaitu 22 KM dan juga Kabupaten Deli Serdang yang terdapat di Lubuk Pakam yaitu 28 KM. sedangkan jarak pada Ibukota Provinsi Sumatera Utara, jarak yang paling jauh yaitu Kabupaten Mandailing Natal (Penyabungan) berjarak 460 KM dan disusul oleh Kabupaten Tapanuli Selatan (P. Sidempuan) dan Kota Padang Sidempuan berjarak 389 KM.

4.1.2 Kependudukan

Sumatera Utara merupakan Provinsi Keempat yang Terbesar jumlah penduduknya di Indonesia setelah Jawa Timur, Jawa Barat, dan Jawa Tengah. Berdasarkan Data dari BPS Provinsi Sumatera Utara, jumlah penduduk Sumatera Utara tahun 2014 tercatat sebesar 13.766,851 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 192 per Km². tingkat kepadatan penduduk yang tinggi didominasi oleh daerah perkotaan. Kota yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi adalah Kota Medan sebesar 8.265,33 jiwa per Km², disusul dengan Kota Sibolga dengan kepadatan penduduk sebesar 8.000,56 jiwa per Km² dan Kota Tebing Tinggi dengan kepadatan penduduk sebesar 4.027,16 jiwa per Km². daerah dengan kepadatan penduduk terendah yaitu Kabupaten PakPak Barat sebesar 36,54 jiwa per Km². disusul dengan Kabupaten Samosir sebesar 50,57 jiwa per Km² dan disusul Kabupaten Tapanuli Selatan sebesar 62,75 jiwa per Km². data pada tingkat Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014 dapat dilihat tabel dibawah ini :

Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014



Gambar 41 Piramida Penduduk Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014
Sumber : BPS Sumatera Utara 2014

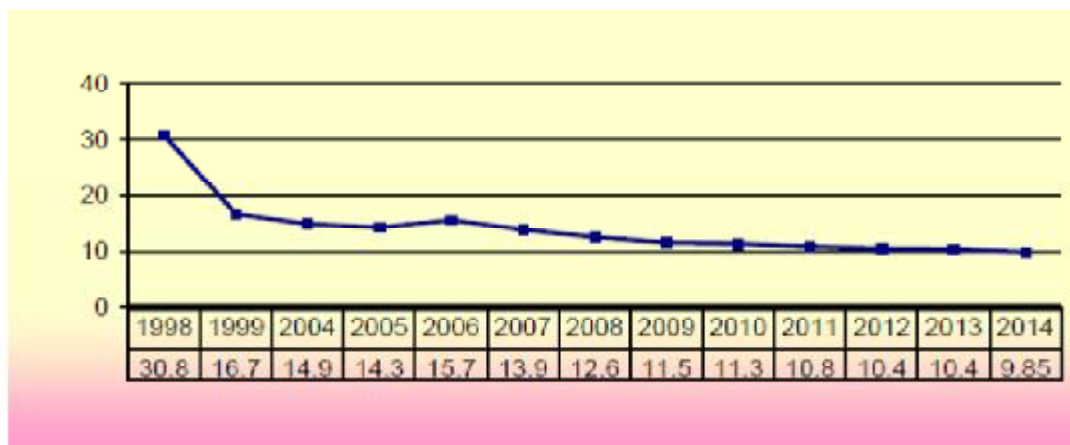
Jumlah penduduk laki-laki di Sumatera Utara lebih sedikit dibandingkan dengan penduduk perempuan. Jumlah penduduk perempuan sebanyak 6.898,264 jiwa dan laki-laki 6.868,587 jiwa, dengan sex ratio sebesar 99,57%. Bila dilihat berdasarkan rata-rata banyaknya anggota keluarga di Sumatera Utara pada tahun 2014 adalah sebesar 4,27 (yang berarti rata-rata pada setiap keluarga terdiri dari 4-5 anggota keluarga). Kabupaten yang rata-rata jumlah anggota keluarganya paling banyak adalah Kabupaten Nias Barat yaitu 5,07 dan yang paling sedikit adalah Kabupaten Karo yaitu 3,70 orang.

Komposisi penduduk Sumatera Utara menurut kelompok umur, menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) sebesar 32,22% yang berusia

produktif (15-64 tahun) sebesar 63,85% dan yang berusia tua (>65 tahun) sebesar 3,93%. Dengan demikian maka angka beban tanggungan (*Dependency Ratio*) penduduk Sumatera Utara tahun 2014 sebesar 56,62%. angka ini mengalami penurunan sebesar 0,16% bila dibandingkan dengan tahun 2013 sebesar 56,78%.

Tingkat pada persentase penduduk miskin di Provinsi Sumatera Utara dapat dilihat Gambar dibawah ini :

**Persentase Penduduk Miskin
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 1998-2014**



Sumber : SUDA-BPS Sumatera Utara 2013

Gambar 4.2 Persentase Penduduk Miskin Provinsi Sumatera Utara Tahun 1998-2014

Permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi masyarakat. Sejak terjadinya krisis moneter jumlah penduduk miskin meningkat secara drastis mencapai 30,77% tahun 1998. Walaupun angka ini sudah dapat diturunkan secara signifikan sejak tahun 1999, namun data terakhir menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin tahun 2012 mengalami penurunan dari tahun 2011 yaitu 1.490,900 jiwa atau 10,8% menjadi 1.378.400 jiwa (10,4%). Pada

tahun 2014 jumlah penduduk miskin ini mengalami penurunan menjadi 1.360.600 (9,85%).

Jika dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di kota dan desa, diketahui bahwa persentase penduduk miskin di daerah perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan pedesaan yaitu 9,81% untuk perkotaan dan 9,89 untuk pedesaan.

4.1.3 Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu indikator yang kerap ditelaah dalam mengukur tingkat pembangunan manusia suatu negara. Pendidikan berkontribusi terhadap perubahan perilaku masyarakat. Pendidikan menjadi pelopor utama dalam rangka persiapan sumber daya manusia dan merupakan salah satu aspek pembangunan yang mutlak untuk mewujudkan tujuan pembangunan nasional. Untuk meningkatkan peran pendidikan dalam pembangunan, maka kualitas pendidikan harus ditingkatkan salah satunya dengan meningkatkan rata-rata lama sekolah. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus *predisposing* yang berperan dalam mempengaruhi keputusan untuk berperilaku sehat.

Peningkatan kualitas dan partisipasi sekolah penduduk tentunya harus diimbangi dengan penyediaan sarana fisik pendidikan maupun tenaga guru yang memadai. Ditingkat pendidikan dasar, jumlah sekolah dasar (SD)/ Madrasah Ibtidiyah pada tahun 2013 ada sebanyak 9.432 unit dengan jumlah guru 122.128

orang, murid sebanyak 1.518.184 orang sehingga rasio murid SD terhadap sekolah sebesar 161 murid/sekolah.

Jumlah Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP)/Madrasah Tsanawiyah ada sebanyak 2.357 sekolah dengan jumlah guru 57.563 orang dan jumlah murid ada sebanyak 552.761 orang, dan rasio murid SLTP terhadap sekolah sebesar 235 per sekolah. Pada tahun yang sama jumlah Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA)/Madrasah Aliyah ada sebanyak 868 sekolah dengan jumlah guru 17.509 orang dan jumlah murid 233.916 dengan rasio murid terhadap sekolah sebesar 269 murid per sekolah. Jumlah Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) ada sebanyak 828 unit dengan jumlah guru 14.178 orang dan jumlah murid 228.809 orang, dengan rasio murid terhadap sekolah sebesar 276 murid/sekolah. Sedangkan jumlah perguruan tinggi swasta pada tahun 2013 sebanyak 253 PTS , yang terdiri 31 Universitas, 86 Sekolah Tinggi, 4 Institut, 118 Akademi dan 14 Politeknik dengan jumlah dosen 6.340 orang (dosen tetap dan dosen tidak tetap) dengan jumlah mahasiswa sebanyak 244.947 orang. Dengan rasio mahasiswa terhadap dosen sebesar 38,58.

Kemampuan membaca dan menulis tercermin dari Angka Melek Huruf yaitu penduduk usia 10 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan huruf lainnya. Pada tahun 2013, persentase penduduk Sumatera Utara yang melek huruf 97,84% dimana persentase laki-laki lebih tinggi dari perempuan yaitu 98,31% dan 95,93%. Persentase penduduk berumur 10 tahun keatas yang melek huruf per Kabupaten/Kota tahun 2013 terendah di Kabupaten Nias Barat yaitu

84,48% disusul Kabupaten Nias Selatan yaitu 85,38% sedangkan yang tertinggi adalah Kabupaten Tapanuli Selatan sebesar 99,88%.

4.2 Perkembangan Pengeluaran Kesehatan di Kabupaten/Kota di Sumatera Utara periode 2006 – 2015

4.2.1 Pengeluaran Kesehatan di Kabupaten/Kota Sumatera Utara

Besarnya jumlah pengeluaran untuk kesehatan di Provinsi Sumatera Utara menurut Kabupaten/Kota di sajikan pada tabel berikut :

Tabel 4.4
Pengeluaran Kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara
Tahun 2006 – 2014

KABUPATEN/KOTA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
NIAS	Rp. 6.355.700	3.313.700	5.000.700	4.015.000	1.300.000	3.403.470	10.560.000	11.700.000	12.000.000
MANDAILING NATAI	Rp. 11.440.000	11.000.000	13.900.000	15.100.000	5.000.000	10.000.000	11.000.000	9.000.000	9.000.000
TAPANULI SELATAN	Rp. 1.000.000	10.437.000	11.000.000	13.400.000	14.314.000	16.000.000	15.200.000	15.500.000	16.000.000
TAPANULI TENGAH	Rp. 2.000.000	6.500.000	7.600.000	9.000.000	3.777.000	5.000.000	9.816.000	10.500.000	12.100.000
TAPANULI UTARA	Rp. 3.800.000	7.543.000	11.182.000	13.596.000	11.699.000	14.934.000	16.700.000	17.400.000	17.755.000
TODA SIKONGIR	Rp. 9.000.000	5.000.000	4.900.000	6.922.000	7.893.000	4.290.000	10.200.000	9.072.000	9.000.000
TAROHAN BATHI	Rp. 5.000.000	16.602.000	13.217.000	16.200.000	20.000.000	20.011.000	20.571.000	22.571.000	23.000.000
ARAHAN	Rp. 4.800.000	6.074.000	6.400.000	7.970.000	8.976.000	10.099.000	11.424.000	12.793.000	13.070.000
SIMALUNGUN	Rp. 2.930.000	2.693.000	2.000.000	2.620.000	4.300.000	5.020.000	7.020.000	6.972.000	9.000.000
NABO	Rp. 2.930.000	1.000.000	2.300.000	4.270.000	1.150.000	2.000.000	3.310.000	4.070.000	5.300.000
DELI SERDANG	Rp. 1.500.000	3.300.000	5.000.000	1.557.000	1.000.000	1.000.000	1.430.000	2.100.000	3.500.000
LASKIAT	Rp. 1.500.000	2.420.000	4.555.000	3.070.000	4.930.000	4.280.000	4.200.000	1.020.000	2.400.000
NIAS SELATAN	Rp. 2.000.000	3.500.000	6.000.000	4.020.000	5.100.000	1.900.000	2.150.000	2.150.000	2.100.000
DAIRI	Rp. 1.000.000	1.111.000	1.500.000	1.000.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.500.000	1.700.000
ILHAMANG LILANG NULIAN	Rp. 1.300.000	1.300.000	1.480.000	3.040.000	5.000.000	1.480.000	2.000.000	1.200.000	2.000.000
DAKTAH BARAT	Rp. 1.300.000	3.100.000	3.000.000	4.070.000	5.100.000	1.310.320	3.020.000	3.020.000	3.100.000
SAMPUR	Rp. 2.830.000	3.000.000	2.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	2.000.000	1.500.000
SERDANG BUDAUL	Rp. 2.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	3.200.000	3.200.000	3.000.000	3.100.000	3.100.000
BATU BARA	Rp. 3.000.000	3.000.000	7.000.000	4.070.000	1.000.000	3.900.000	5.410.000	3.070.000	1.200.000
PADANG LAWAN SUDAJA	Rp. 6.000.000	3.800.000	7.800.000	6.000.000	4.150.000	5.000.000	6.900.000	1.500.000	3.000.000
PADANG LAWAS	Rp. 7.000.000	2.300.000	2.000.000	2.400.000	3.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	3.000.000
TAROHAN BATHI SELATAN	Rp. 5.400.000	2.010.000	3.400.000	3.040.000	4.000.000	5.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
TAROHAN BATHI UTARA	Rp. 1.000.000	3.000.000	4.000.000	4.000.000	1.000.000	1.000.000	1.400.000	1.500.000	1.500.000
NIAS UTARA	Rp. 3.400.000	0	4.900.000	3.000.000	4.000.000	4.500.000	6.700.000	2.670.000	4.500.000
NIAS BARAT	Rp. 3.000.000	0	5.000.000	3.470.000	5.300.000	2.000.000	5.000.000	3.570.000	4.500.000
KOTA SIBOLGA	Rp. 4.500.000	3.000.000	6.000.000	4.000.000	1.000.000	4.000.000	5.670.000	3.550.000	3.500.000
KOTA DANANG BALAI	Rp. 5.000.000	4.000.000	5.000.000	4.200.000	4.000.000	2.700.000	3.440.000	4.000.000	3.400.000
NOTA PEMANTANG SIANTAR	Rp. 3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	4.000.000	4.000.000	5.000.000	5.000.000	4.500.000
KOTA PININGI	Rp. 7.000.000	4.000.000	4.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	5.700.000	6.500.000	4.000.000
KOTA MEDAN	Rp. 8.500.000	7.000.000	1.000.000	2.000.000	3.800.000	1.400.000	4.000.000	4.000.000	5.000.000
NOTA BINDAI	Rp. 3.000.000	3.000.000	4.300.000	5.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000	4.000.000	3.400.000
KOTA PADANG SIDEMPURAN	Rp. 5.000.000	4.000.000	6.000.000	4.000.000	4.000.000	1.800.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
KOTA GUNUNG SILULU	Rp. 5.500.000	6.000.000	5.500.000	3.000.000	4.200.000	1.500.000	7.000.000	4.200.000	3.700.000
SIMATUPA UTARA	Rp. 146.700.000	Rp. 153.458.150	Rp. 198.117.900	Rp. 134.915.200	Rp. 195.346.640	Rp. 3.651.046.573	Rp. 210.080.287	Rp. 107.580.081	Rp. 226.623.020

Sumber: BPS Sumut 2014

Berdasarkan total keseluruhan diatas bahwa dana pengeluaran kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara dilihat per tahun, ada 3 Daerah yang

memiliki dana pengeluaran yang tinggi yaitu Kota Tebing Tinggi, Kota Medan dan Kota Binjai. Sementara dana pengeluaran yang terendah yaitu Kabupaten Padang Lawas, Kota Gunung Sitoli dan Kabupaten Simalungun.

Berdasarkan dari hasil data diatas bahwa dana pengeluaran kesehatan kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara dilihat bahwa tahun 2006 dana yang dikeluarkan untuk kesehatan yaitu Rp. 146.760.007 mengalami penurunan ditahun 2007 yaitu 153.458.200 yang mencapai 8,55%. Pada tahun 2008 mencapai pengeluaran kesehatan yaitu Rp. 198.117.900 mengalami kenaikan dari tahun 2009 yaitu Rp. 194.915.308 yang mencapai 5,70%. Dan tahun 2010 s/d tahun 2014 mengalami penurunan fluktuatif dalam dana pengeluaran kesehaan. Dari data diatas bahwa dana pengeluaran kesehatan Kabupaten/Kota dana yang tertinggi mencapai pada tahun 2011 yaitu Rp. 3.651.096.573 sedangkan dana yang terendah mencapai tahun 2006 yaitu Rp. 146.760.007. Persentase tingkat kenaikan dana kesehatan dapat dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 4.5
Kenaikan Dana Kesehatan (%)

KABUPATEN/KOTA	KENAIKAN DATA KESEHATAN (%)
NIAS	6,36
MANDAILING NATAL	9,74
TAPANULI SELATAN	14,11
TAPANULI TENGAH	8,97
TAPANULI UTARA	14,39
TOBA SAMOSIR	7,42
LABUHAN BATU	19,67
ASAHAN	9,81
SIMALUNGUN	6,26
KARO	3,29
DELI SERDANG	4,40
LANGKAT	3,73
NIAS SELATAN	3,72
DAIRI	3,83
HUMBANG HASUNDUTAN	2,71
PAKPAK BARAT	3,73
SAMOSIR	3,25
SERDANG BEDAGAI	3,60
BATU BARA	4,32
PADANG LAWAS UTARA	5,59
PADANG LAWAS	4,15
LABUHAN BATU SELATAN	3,87
LABUHAN BATU UTARA	4,40
NIAS UTARA	4,18
NIAS BARAT	3,68
KOTA SIBOLGA	3,94
KOTA TANJUNG BALAI	4,80
KOTA PEMANTANG SIANTAR	4,13
KOTA TEBING TINGGI	4,76
KOTA MEDAN	4,98
KOTA BINJAI	5,07
KOTA PADANG SIDEMPUAN	5,24
KOTA GUNUNG SITOLI	5,17
SUMATERA UTARA	197,27

Sumber : BPS Sumut 2014

Berdasarkan hasil data diatas bahwa kenaikan dana kesehatan mengeluarkan dana kesehatan yang paling tinggi diraih oleh daerah

Labuhan Batu (19,67%). Sedangkan dana yang paling rendah diraih oleh daerah Humbang Hasundutan (2,71%).

4.3 Komposisi Cakupan Fasilitas Untuk Pelayanan Kesehatan di Kabupaten/Kota Sumatera Utara

4.3.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

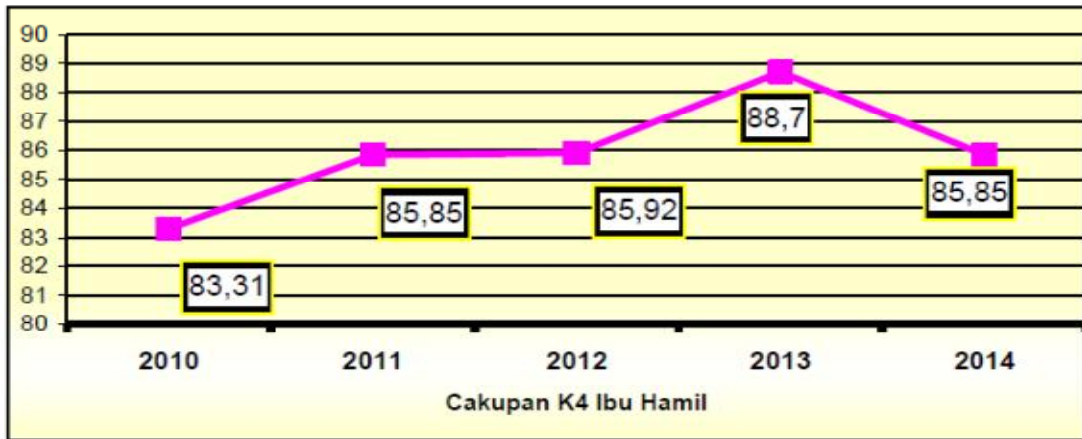
4.3.1.1 Pelayanan Antenatal Care (K4)

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis obgyn, dokter umum, bidan dan perawat) seperti pengukuran berat badan dan tekanan darah, pemeriksaan tinggi *fundus uteri*, serta pemberian tablet besi kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif.

Cakupan K1 merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan Cakupan K4 ibu hamil adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standar serta sedikit empat kali kunjungan dengan distribusi. Sekali pada triwulan pertama, triwulan kedua dan triwulan ketiga umur kehamilan. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil. Cakupan K4 dalam 5 (lima) tahun terakhir di Sumatera Utara dapat dilihat grafik dibawah ini :

Grafik 4.3

**Persentase Cakupan Pelayanan K4 Ibu Hamil
di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2010 – 2014**



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota Tmn 2010- 2014

Dari grafik diatas bahwa cakupan kunjungan K4 ibu hamil di Sumatera Utara sejak tahun 2010 mengalami peningkatan yang melambat dari 3,31% menjadi 85,85% ditahun 2014. Puncak peningkatan dalam 5 tahun ini terjadi pada tahun 2013 yaitu mencapai 88,7%. Data cangkupan kunjungan ibu hamil dan ibu nifas bersalin ditolong tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan Kecamatan dan Puskesmas Provinsi Sumatera Utara tahun 2014 dapat dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 4.6 Cakupan Kunjungan Ibu Hamil dan Ibu Nifas Bersalin Ditolong Tenaga Kesehatan Dan Pelayanan Kesehatan Kecamatan Dan Puskesmas Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014

KABUPATEN/KOTA	PUSKESMAS	JUMLAH	IBU HAMIL				IBU BERSALIN/NIFAS							
			K4		K1		PERSALINAN DITOLONG NAKES		MENDAPAI YANKES NIFAS		IBU NIFAS MENDAPAI NTA			
			JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%		
NIFAS	10	3.156	2.913	92,3	36,3	32,2								
MANDAILING NATAL	20	9.809	8.827	90,1	45,6	45,2								
PAPANULI SELATAN	10	6.278	5.168	82,3	37,3	36,3								
PAPANULI TENGAH	23	7.883	6.182	78,4	38,3	36,5								
PAPANULI UTARA	10	6.687	6.171	92,3	36,3	33,3								
KOBA SAMOSIR	13	4.103	3.578	87,2	33,6	33,4								
LABUAN BATU	12	10.125	9.622	94,9	43,7	43,3								
ASAHAN	22	16.087	15.115	93,9	51,3	50,4								
SIMALUNGUN	44	19.156	17.255	90,1	45,5	46,4								
BALIK	13	6.381	5.253	82,3	31,3	32,1								
KARO	13	8.388	7.583	90,4	35,7	35,1								
DELI SERDANG	34	45.826	44.402	97,1	51,4	50,1								
LANGKAT	33	25.934	24.794	95,6	37,3	35,5								
NIAS SELATAN	20	6.973	5.566	79,8	35,3	37,7								
BAKPAK BARAT	8	1.223	991	81,1	31,3	31,1								
SAMOSIR	12	2.829	2.453	86,7	34,3	33,6								
SERDANG BHDAGAI	20	13.940	13.557	97,2	34,3	35,6								
BATU BARA	13	8.112	8.315	102,6	35,6	37,7								
PADANG LAWAS UTARA	10	5.585	3.713	66,5	33,7	30,9								
SIBOLGA	10	7.062	6.267	88,6	36,3	36,4								
LABUA	10	8.006	7.883	98,5	34,3	35,7								
NIAS UTARA	10	3.052	2.813	92,1	31,6	33,3								
NIAS BARAT	6	1.911	1.303	68,2	33,3	33,5								
SIBOLGA	4	2.748	1.724	62,4	33,3	33,4								
PANJUNG BALAI	5	3.786	3.005	79,4	30,3	30,9								
PEMANTANG SIANTAR	10	5.535	5.141	92,9	31,2	31,1								
TERING TINGGI	3	3.500	3.378	96,5	31,2	31,1								
MEDAN	43	50.474	49.695	98,5	44,2	44,0								
BINAI	3	6.328	6.013	95,0	33,3	33,3								
PADANG SIBEMPIAN	3	1.713	1.613	94,2	33,3	33,6								
GUNUNG SITOLI	3	3.083	2.973	96,4	33,3	33,6								
JUMLAH (KAB/KOTA)	576	321.971	298.983	92,86	276.404	85,85	267.481	87,28	259.314	84,62	243.584	79,48		

Sumber : BPS Sumut 2014

Merujuk pada target bidang kesehatan yaitu 95% ditahun 2015 maka hanya tiga daerah yang telah mencapai K4 yaitu 95% yaitu Kabupaten Deli Serdang (95,01%), Kabupaten Batu Bara (97,72%) dan Kota Medan (100,50%). Tiga Kabupaten/Kota dengan cakupan terendah yaitu Kabupaten Nias Selatan (37,70%), Kabupaten Padang Lawas (50,97%) dan Kota Sibolga (58,04%). Melihat pencapaian ini sangat diperlukan upaya-upaya yang lebih komprehensif serta berhasil guna untuk mengakselerasi cakupan K4 tersebut pada masa mendatang.

4.3.2 Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Keberhasilan program KB diukur dengan beberapa indikator, diantaranya proporsi peserta KB baru menurut metode kontrasepsi, persentase KB aktif terhadap jumlah pasangan usia subur (PUS) dan persentase baru metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP). Rincian persentase pemakaian jenis kontrasepsi berdasarkan Kabupaten/Kota tahun 2014 dapat dilihat dibawah ini :

Tabel 4.7

Jumlah Peserta KB Baru Dan KB Aktif Menurut Kecamatan Dan Puskesmas Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014

KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PUS	PESERTA KB BARU		PESERTA KB AKTIF	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%
NIAS	10	23,385	7,373	31,53	14,926	63,83
MANDAILING NATAL	26	73,187	8,564	11,70	48,429	66,17
TAPANULI SELATAN	16	42,122	8,438	20,03	26,969	64,03
TAPANULI TENGAH	23	56,328	13,616	24,17	40,803	72,44
TAPANULI UTARA	19	35,074	7,443	21,22	23,405	66,73
TOBA SAMOSIR	19	25,125	4,476	17,81	18,214	72,49
LABUHAN BATU	13	85,204	16,442	19,30	58,182	68,29
ASAHAN	22	130,301	31,368	24,07	95,834	73,55
SIMALUNGUN	34	155,943	22,201	14,24	111,960	71,80
DAIRI	18	36,300	5,563	15,33	22,487	61,95
KARO	19	78,977	8,205	10,39	61,982	78,48
DELI SERDANG	34	335,881	56,169	16,72	228,553	68,05
LANGKAT	30	199,838	38,093	19,06	135,105	67,61
NIAS SELATAN	36	95,183	7,202	7,57	55,075	57,86
HUMBANG HASUNDUTAN	12	25,604	7,105	27,75	17,047	66,58
SAMOSIR	12	13,303	2,560	19,24	9,844	74,00
SERDANG BEDAGAI	20	116,152	25,007	21,59	86,769	74,70
BATU BARA	13	71,798	13,087	18,23	46,471	64,72
PADANG LAWAS UTARA	17	39,460	3,626	9,19	33,181	84,09
LABUHAN BATU SELATAN	17	55,472	9,916	17,88	35,454	63,91
LABUHAN BATU UTARA	17	62,079	14,383	23,17	38,586	62,16
NIAS UTARA	11	14,253	3,371	23,65	8,893	62,39
NIAS BARAT	8	11,418	473	4,14	3,971	34,78
SIBOLGA	4	12,068	2,978	24,68	8,209	68,02
TANJUNG BALAI	8	26,226	6,738	25,69	17,267	65,84
PEMATANG SIANTAR	19	39,258	9,625	24,52	28,100	71,58
TEBING TINGGI	9	23,898	5,100	21,34	18,013	75,37
MEDAN	39	335,353	58,772	17,53	244,292	72,85
BINJAI	8	39,781	6,541	16,44	29,508	74,18
PADANG SIDEMPUAN	9	27,923	6,175	22,11	18,047	64,63
GUNUNG SITOLI	6	22,477	3,638	16,19	15,296	68,05
JUMLAH (Kab/Kota)	570	2,354,389	419,691	17,83	1,630,298	69,25

Sumber: BPS Sumut 2014

Berdasarkan data dari BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB baru adalah sebesar 419,961 atau 17,83% dari PUS yang ada. Angka ini mengalami perlambatan dibandingkan tahun 2013 yaitu 20%, tahun 2012 yaitu 19,44%, lebih tinggi dibandingkan pencapaian tahun 2011 yaitu 14,08%, tahun 2010 yaitu 17,05% dan tahun 2009 yaitu 14,58%.

4.3.3 Pelayanan Imunisasi

Pencapaian UCI (*Universal Child Immunization*) merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi secara lengkap pada sekelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut menggambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Dalam hal ini pemerintah menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi Desa/Kelurahan. Suatu Desa/Kelurahan telah mencapai target UCI apabila >80% bayi di Desa/Kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi lengkap. Cakupan Desa/Kelurahan UCI menurut Kecamatan dan Puskesmas Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014 dapat dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 4.8

Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) Menurut Kecamatan Dan Puskesmas Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014

KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/KELURAHAN	DESA/KELURAHAN UCI	% DESA/KELURAHAN UCI
NIAS	10	170	111	65,3
MANDAILING NATAL	26	407	277	68,1
TAPANULI SELATAN	16	218	199	90,2
TAPANULI TENGAH	23	215	83	38,6
TAPANULI UTARA	19	252	189	75,0
TOBA SAMOSIR	19	244	201	82,4
LABUHAN BATU	13	98	86	87,8
ASAHAN	22	204	118	57,8
SIMALUNGUN	34	413	413	100,0
DAIRI	18	169	130	76,9
KARO	19	269	233	86,6
DELI SERDANG	31	391	386	98,0
LANGKAT	30	277	265	95,7
NIAS SELATAN	36	356	51	14,3
HUMBANG HASUNDUTAN	12	152	32	20,0
SAMOSIR	12	131	88	65,7
SIRDANG HIDAYAT	20	243	199	81,9
BATU BARA	13	151	92	60,9
PADANG LAWAS UTARA	17	388	290	71,7
LABUHAN BATU SELATAN	17	54	44	81,5
LABUHAN BATU UTARA	17	80	70	87,5
NIAS UTARA	11	113	74	65,5
NIAS BARAT	8	105	11	10,5
SIBOLGA	4	17	14	82,4
TANJUNG BALAI	8	13	21	162,3
PIMATANG SIANTAR	19	53	32	60,4
TEBING TINGGI	9	33	33	100,0
MEDAN	39	151	151	100,0
BINJAI	8	37	25	67,6
PADANG SIDEMPURAN	9	79	29	36,7
GUNUNG SITOLI	6	101	50	49,5
JUMLAH (Kab/Kota)	570	6.008	4.292	71,4

Sumber: BPS Sumut 2014

Pencapaian desa dengan UCI di Provinsi Sumatera Utara tahun 2014 yaitu 71,4% mengalami percepatan dibandingkan tahun 2013 yaitu 68,98%. Namun mengalami perlambatan bila dibandingkan pencapaian tahun 2012 yaitu 74,19%. Angka pencapaian tahun 2014 yaitu 71,4% masih dibawah target nasional yaitu 100% hanya 2 daerah yang 100% desanya telah mencapai UCI Kabupaten Simalungun dan Medan.

4.3.4 Pelayanan Kesehatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (JPK MM/JAMKESMAS)

Sejak tahun 2008 program Askeskin berganti nama menjadi Jamkesmas (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Program ini merupakan salah satu upaya pemerintah dalam bidang kesehatan untuk membantu masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Pada tahun 2014 jumlah penduduk miskin dengan jaminan pemeliharaan adalah 4.191.454 (30,45%) mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 yaitu 4.124.247 jiwa. Melebihi persentase penduduk miskin menurut data BPS yaitu 1.360.600 jiwa (9,85%). Dapat disimpulkan bahwa program pemeliharaan kesehatan telah mencakup bukan hanya masyarakat miskin tetapi juga masyarakat dalam kategori *abu-abu* yaitu mereka yang jatuh miskin akibat sakit. Data dapat disajikan dari hasil dari cakupan jaminan kesehatan penduduk menurut jenis jaminan dan jenis kelamin Provinsi Sumatera Utara tahun 2014 dibawah ini :

Tabel 4.9

Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Jaminan dan Jenis Kelamin Provinsi Sumatera Utara Tahun 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	KIS						MAYORITAS NATAL						TAPANULI SELATAN					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	0	0	85,410	0,00	0,00	63,12	0	0	179,821	0,00	0,00	40,06	0	0	140,268	0,00	0,00	1,02
PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) APBN	0	0	85,410	0,00	0,00	63,12	0	0	162,603	0,00	0,00	39,14	0	0	116,159	0,00	0,00	0,29
PG APBD	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	8,213	0,00	0,00	2,53	0	0	9,380	0,00	0,00	0,04
PEKERJA PEMERINTAH UPAH (PPU)	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	12,846	0,00	0,00	0,09
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBBU)/MEM	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	1,340	0,00	0,00	0,01
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	4,259	0,00	0,00	0,03
IRAKESDA	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	7,879	0,00	0,00	1,83	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	3,783	0,00	0,00	0,87	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERKORPORASIAN	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	2,177	0,00	0,00	0,60	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KABUPATEN	0	0	85,410	0,00	0,00	63,12	0	0	184,997	0,00	0,00	42,71	0	0	140,268	0,00	0,00	100,00

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	TAPANULI TENGAH						TAPANJULI TARA						TORA SAMOSIR					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	102,704	101,700	204,404	1,50	1,47	1,49	76,653	73,793	150,446	1,08	1,07	1,07	87,709	87,130	174,839	0,55	0,54	0,54
PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) APBN	68,831	68,633	137,464	1,00	1,00	1,00	51,617	51,219	102,836	0,78	0,77	0,78	27,775	27,162	54,937	0,40	0,40	0,40
PG APBD	19,648	19,448	39,096	0,29	0,28	0,28	1,597	1,592	3,189	0,04	0,04	0,04	951	1,089	2,040	0,01	0,02	0,02
PEKERJA PEMERINTAH UPAH (PPU)	3,671	3,473	7,144	0,14	0,14	0,14	10,789	11,629	22,418	0,18	0,18	0,18	5,906	6,389	12,295	0,10	0,10	0,10
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBBU)/MEM	2,051	1,887	3,938	0,03	0,03	0,03	2,103	2,187	4,290	0,03	0,03	0,03	2,068	2,110	4,178	0,03	0,03	0,03
BUKAN PEKERJA (BP)	2,472	2,273	4,745	0,04	0,03	0,03	4,699	4,214	8,913	0,07	0,07	0,07	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
IRAKESDA	12,530	12,130	24,660	0,18	0,18	0,18	2,748	2,232	5,000	0,04	0,03	0,04	1,840	1,857	3,697	0,02	0,02	0,02
ASURANSI SWASTA	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERKORPORASIAN	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KABUPATEN	113,034	113,030	226,064	1,68	1,63	1,65,16	76,702	76,047	152,749	1,12	1,10	1,11,80	31,340	30,267	61,607	0,37	0,37	0,37

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	LABUHAN BATU						ASAHAN						SIMALUNGIN					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL				0,00	0,00	0,00	2	2	209,009	0,00	0,00	4,07	173,714	181,094	354,808	2,62	2,62	2,62
PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) APBN	51,000	51,14	102,144	0,73	0,51	1,27	7	7	227,467	0,00	0,00	4,67	115,000	115,077	230,077	1,69	1,59	1,59
PBI APBD	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	19,240	0,00	0,00	0,30	23,240	23,442	46,682	0,43	0,43	0,43
PEKERJA PEMERINTAH UPAH (PPU)	0	0	4,551	0,00	0,00	0,03	0	0	12,762	0,00	0,00	0,29	31,771	31,831	63,602	0,50	0,50	0,50
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBBU)/MEM	0	0	4,795	0,00	0,00	0,03	0	0	17,879	0,00	0,00	0,38	300	377	677	0,01	0,01	0,01
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	8,283	0,00	0,00	0,05	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
IRAKESDA	115,000	135,000	250,000	1,67	1,94	1,81	0	0	0,000	0,00	0,00	0,01	2,140	2,624	4,764	0,03	0,04	0,03
ASURANSI SWASTA	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERKORPORASIAN	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00	0	0	0,000	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KABUPATEN	166,000	191,14	357,144	2,40	2,77	2,60,71	2	2	249,079	0,00	0,00	5,11,82	181,453	183,573	365,026	2,68	2,66	2,66,08

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	LINGKAT						NIAS SELATAN						HUMBANG HASUNDUTA					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PENERIMA BANTUAN LUKAN (PBL) APBN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PBL APBD	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PEKERJA PENERIMA UPAH (PPU)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JAMKESDA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	51,761	54,074	105,835	0,75	0,78	1,53	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERUSAHAAN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KABUPATEN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	51,761	54,074	105,835	0,75	0,78	1,53	0	0	0	0,00	0,00	0,00

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	PAKPAK BHAIAT						SAMUDER						SERDANG BERDAGAI					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	4,810	8,556	13,366	0,13	0,12	0,25	23,070	29,611	52,681	0,42	0,43	0,85	58,462	147,692	206,154	1,43	2,14	3,57
PENERIMA BANTUAN LUKAN (PBL) APBN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	29,701	28,952	58,653	0,39	0,29	0,68	18,815	103,221	122,036	1,10	1,25	2,35
PBL APBD	6,064	5,596	11,660	0,09	0,09	0,18	1,423	1,577	3,000	0,02	0,02	0,04	21,230	31,844	53,074	0,21	0,46	0,67
PEKERJA PENERIMA UPAH (PPU)	2,710	2,173	4,883	0,04	0,04	0,08	1,101	1,212	2,313	0,02	0,02	0,04	8,411	12,625	21,036	0,18	0,15	0,33
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBP)	56	86	142	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	1	0	1	0,00	0,00	0,00	0	1	1	0,00	0,00	0,00
JAMKESDA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	1	0	1	0,00	0,00	0,00	0	1	1	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERUSAHAAN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KABUPATEN	4,810	8,556	13,366	0,13	0,12	0,25	23,071	29,611	52,682	0,42	0,43	0,85	58,462	147,692	206,154	1,43	2,14	3,57

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	HAIKI						KAIKO						DELI SERANG					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	9	4	13	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	240,875	274,959	515,834	1,82	3,90	5,72
PENERIMA BANTUAN LUKAN (PBL) APBN	3	5	8	0,00	0,00	0,04	0	0	0	0,00	0,00	0,00	157,594	160,580	318,174	2,29	2,33	4,62
PBL APBD	1	1	2	0,00	0,00	0,04	0	0	0	0,00	0,00	0,00	18,185	26,400	44,585	0,27	0,38	0,65
PEKERJA PENERIMA UPAH (PPU)	1	2	3	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	52,464	47,880	100,344	0,73	1,69	2,42
PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	25,819	25,106	50,925	0,38	0,33	0,71
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JAMKESDA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KABUPATEN	9	4	13	0,00	0,00	0,04	0	0	0	0,00	0,00	0,00	240,875	274,959	515,834	1,82	3,90	5,72

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	BATU BARA						PADANG LARAS						PADANG LAWAN UJARA					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	23.065	156.145	179.210	1,34	1,27	1,30	74.662	20.241	94.903	0,09	0,45	0,52	46.113	46.893	93.006	1,34	1,47	1,40
PENERIMA BANTUAN BUKAN (PBI) APBN	11.332	37.577	48.909	1,15	0,05	1,00	57.912	24.901	82.813	0,77	0,75	0,76	37.710	73.094	110.804	1,48	1,41	1,30
PBI APBD	1.002	17.572	18.574	0,25	0,06	0,06	3.449	1.159	4.608	0,03	0,02	0,00	5.553	5.451	11.004	0,03	0,03	0,00
PEKERJA PENERIMA LIPAH (PPL)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	10.142	3.001	13.143	0,12	0,01	0,00	490	721	1.211	0,01	0,01	0,00
PEKERJA BUKAN PENERIMA LIPAH (PBPI)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	7.815	1.764	9.579	0,04	0,07	0,05	6.540	6.677	13.217	0,18	0,11	0,00
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	1.342	522	1.864	0,02	0,01	0,01	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JAMKESDA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	3.415	3.457	6.872	0,15	0,05	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERUSAHAAN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KATEGORI	46.139	315,49	371,628	1,25	1,25	1,41	149,321	416,354	565,675	2,14	1,9	1,95	57,14	115,522	172,666	1,39	1,39	1,30

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	BATU BARA						PADANG LARAS						PADANG LAWAN UJARA					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	29.812	31.138	60.950	0,45	0,41	0,43	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PEKERJA BUKAN PENERIMA LIPAH (PBPI)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PBI APBD	774	801	1.575	0,01	0,01	0,01	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PEKERJA PENERIMA LIPAH (PPL)	1.414	1.474	2.888	0,02	0,02	0,02	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JAMKESDA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KATEGORI	31.000	33,113	64,113	0,45	0,43	0,44	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	PEMANGKILAN						TEBING TINGGI					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	0	0	0	0,00	0,00	0,00	36,177	38,777	74,954	0,53	0,56	0,54
PENERIMA BANTUAN BUKAN (PBI) APBN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	22.005	22.005	44.010	0,30	0,32	0,31
PBI APBD	0	0	0	0,00	0,00	0,00	15.360	16.472	31.832	0,22	0,24	0,23
PEKERJA PENERIMA LIPAH (PPL)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
PEKERJA BUKAN PENERIMA LIPAH (PBPI)/MANDIR	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
BUKAN PEKERJA (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JAMKESDA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI SWASTA	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
ASURANSI PERUSAHAAN	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KATEGORI	0	0	0	0,00	0,00	0,00	51,542	54,977	106,519	1,05	1,12	1,08

Sumber: BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	KABUPATEN/KOTA PADANG						KABUPATEN/KOTA TAPANULI SELATAN						KABUPATEN/KOTA MANDAILING NATAL					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB
JAMINAN KESEHATAN KESKAWAL	0	0	24.000	0,00	0,00	0,00	81.153	36.000	80.803	0,00	0,00	0,00	0	0	120.100	0,00	0,00	0,00
POLYUMBA DAN TUAN TUKAN (TANAMAN)	0	0	14.000	0,00	0,00	81.153	36.000	55.803	0,00	0,00	0,00	0	0	110.100	0,00	0,00	0,00	0,00
PAK PAK	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
PERUSAHAAN PERUMAHAN (PPL)	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
PERUSAHAAN PERUMAHAN (PPL) (MAMAK)	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
BUKAN PERUSAHAAN (BP)	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAMBUJA	0	0	27.000	0,00	0,00	37.211	36.000	121.803	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
KEBUNYAH KAWAN	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KAWAN	0	0	27.000	0,00	0,00	37.211	36.000	121.803	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Sumber : BPS Sumut 2014

JENIS JAMINAN KESEHATAN	KABUPATEN/KOTA PADANG						KABUPATEN/KOTA TAPANULI SELATAN						KABUPATEN/KOTA MANDAILING NATAL					
	JUMLAH			%			JUMLAH			%			JUMLAH			%		
	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB	L	P	JAB
JAMINAN KESEHATAN KESKAWAL	1	0	52.200	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	1.621.500	1.730.000	1.500.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
POLYUMBA DAN TUAN TUKAN (TANAMAN)	1	0	46.800	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	9.100	1.000.000	1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PAK PAK	1	0	0	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	1.200	1.000.000	1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PERUSAHAAN PERUMAHAN (PPL)	1	0	0	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	40.000	1.000.000	1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PERUSAHAAN PERUMAHAN (PPL) (MAMAK)	1	0	0	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	1.000.000	1.000.000	1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BUKAN PERUSAHAAN (BP)	1	0	0	0,00	0,00	1	0	0	0,00	0,00	10.000	10.000	10.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAMBUJA	1	0	12.200	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	1.000.000	1.000.000	1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
KEBUNYAH KAWAN	1	0	0	0,00	0,00	1	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH KAWAN	1	0	64.800	0,00	0,00	1	0	11.200	0,00	0,00	1.730.000	1.730.000	1.730.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Sumber : BPS Sumut 2014

Berdasarkan Tabel diatas bahwa cakupan jaminan fasilitas kesehatan penduduk menurut jenis jaminan dan jenis kelamin Provinsi Sumatera Utara tahun 2014 ada 6 Kabupaten/Kota yang tidak mendapatkan fasilitas jaminan kesehatan (Jamkesmas) dalam jumlah persentase rendah (%) yaitu Nias, Toba Samosir, Nias Selatan, PakPak Barat, Samosir, Dairi dan Humbang Hasundutan. Sedangkan ada beberapa Kabupaten/Kota yang telah mendapatkan fasilitas jaminan kesehatan (Jamkesmas) dalam jumlah persentase tinggi (%) yaitu Mandailing Natal, Tapanuli Selatan, Labuhan Batu, Langkat, Serdang Bedagai dan Deli Serdang.

4.4 Perkembangan Tingkat Harapan Hidup di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara

4.4.1 Perkiraan Angka Harapan Hidup menurut Kabupaten/Kota (Tahun 2012-2014)

Perkiraan hasil angka harapan hidup dapat dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 4.10
Perkiraan Angka Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota
Tahun 2012-2014

Kabupaten/Kota	Angka Harapan Hidup		
	2012	2013	2014
Nias	68.69	68.77	68.87
Mandailing Natal	60.95	61.08	61.18
Tapanuli Selatan	62.87	63.04	63.14
Tapanuli Tengah	66.46	66.47	66.49
Tapanuli Utara	67.05	67.15	67.25
Toba Samosir	68.86	68.94	69.04
Labuhanbatu	69.22	69.24	69.26
Asahan	67.1	67.17	67.27
Simalungun	70.08	70.14	70.24
Dairi	67.26	67.38	67.48
Karo	70.34	70.38	70.42
Deli Serdang	70.76	70.78	70.8
Langkat	67.14	67.23	67.33
Nias Selatan	67.01	67.06	67.16
Humbang			
Hasundutan	67.63	67.7	67.8
Pakpak Bharat	64.39	64.42	64.45
Samosir	69.48	69.56	69.66
Serdang Bedagai	67.03	67.17	67.27
Batu Bara	65.32	65.4	65.5
Padang Lawas Utara	66.36	66.38	66.4
Padang Lawas	65.93	65.97	66.01
Labuhanbatu Selatan	68.01	68.03	68.06
Labuhanbatu Utara	68.36	68.4	68.5
Nias Utara	68.33	68.39	68.49
Nias Barat	67.44	67.54	67.64
Sibolga	67.17	67.3	67.4
Tanjungbalai	61.23	61.3	61.4
Pematang siantar	71.57	71.59	71.69
Tebing Tinggi	69.92	69.94	70.04
Medan	72.08	72.13	72.18
Binjai	71.29	71.34	71.39
Padangsidempuan	68.18	68.22	68.27
Gunungsitoli	70.08	70.13	70.19
Sumatera Utara	67.81	67.94	68.04

Sumber : BPS Sumut 2014

Berdasarkan survei BPS pencapaian tingkat angka harapan hidup di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara mengalami perkembangan yang cukup pesat. Mengingat banyaknya peningkatan tingkat angka harapan hidup yang dikarenakan sejumlah penderita yang masih belum ditangani penyakit yang dideritanya tersebut. Tingkat angka harapan hidup yang tertinggi dan berkembang setiap tahunnya yaitu Pematang Siantar, Medan dan Binjai. Sedangkan tingkat angka harapan hidup terendah yaitu Mandailing Natal dan Tapanuli Selatan.

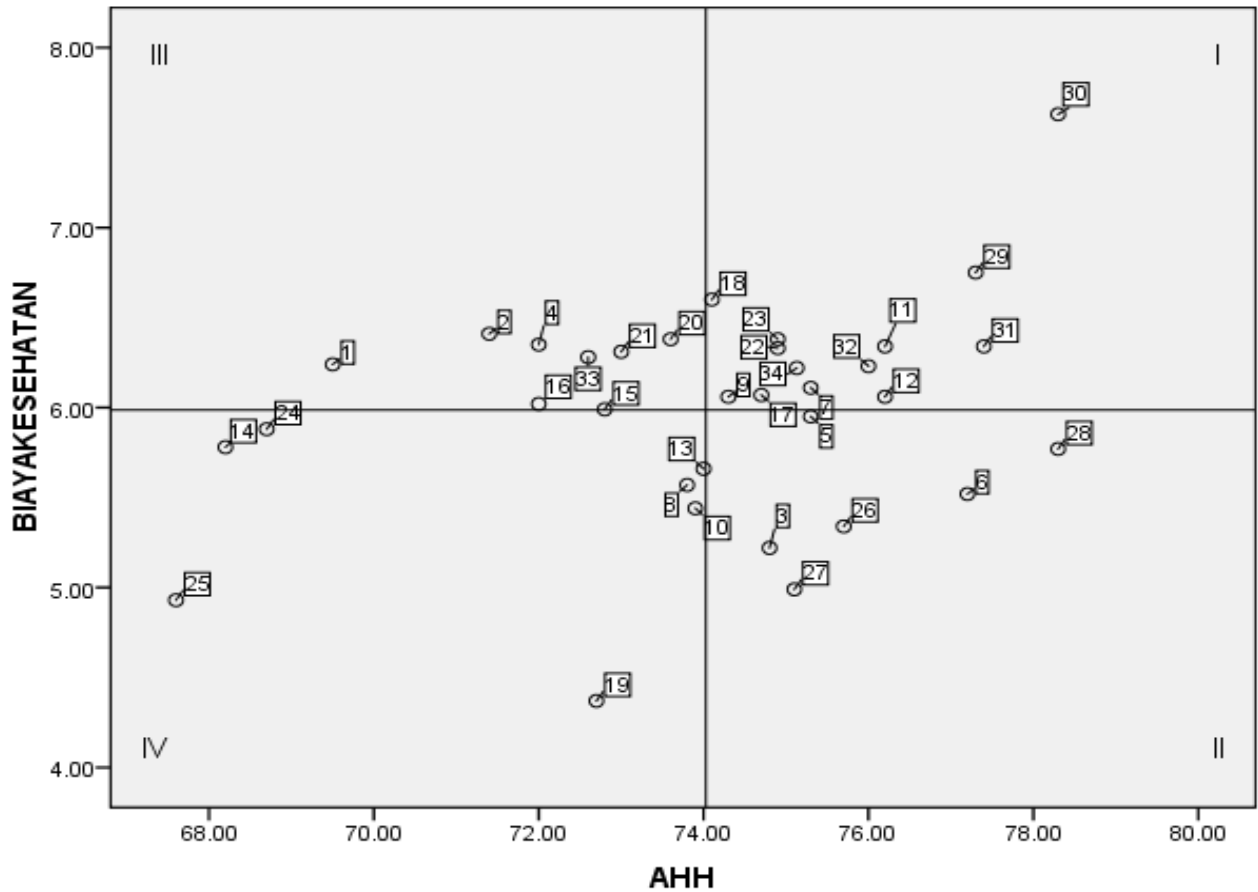
4.5 Tipologi Klassen Kabupaten/Kota di Sumatera Utara berdasarkan pengeluaran anggaran kesehatan dan tingkat harapan hidup

Tipologi Klassen digunakan untuk mengidentifikasi sektor, subsektor atau unggulan suatu daerah. Dalam hal ini Tipologi Klassen dilakukan untuk membagi daerah berdasarkan dua indikator utama, yaitu Anggaran Biaya Kesehatan dan Angka Harapan Hidup (AHH). Dengan menentukan rata-rata biaya kesehatan sebagai sumbu vertikal dan rata-rata Angka Harapan Hidup sebagai sumbu horizontal. Daerah yang diamati dapat dibagi menjadi empat klasifikasi, yaitu : daerah dengan biaya kesehatan dan angka harapan hidup yang tinggi (Kuadran I), daerah dengan biaya kesehatan tinggi, namun angka harapan hidup rendah (Kuadran II), daerah angka harapan hidup tinggi namun biaya kesehatan rendah (Kuadran III), dan daerah relatif tertinggal, baik dalam biaya kesehatan maupun angka harapan hidup (Kuadran IV).

Dalam Tipologi Klassen tiap daerah akan diklasifikasikan daerah mana saja yang tergolong daerah dengan biaya kesehatan dan AHH yang tinggi, daerah yang hanya AHH-nya tinggi namun biaya kesehatan rendah. Dan daerah dengan biaya kesehatan tinggi, sementara AHH-nya rendah, serta AHH maupun biaya kesehatan kedua-duanya sama rendah.

Berdasarkan Gambar 4.3 maka tiap daerah dapat diklasifikasikan kedalam 4 Kuadran seperti berikut ini :

Gambar 4.3
Klasifikasi Tipologi Klassen



Keterangan :

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Nias | 15. Humbang Hasundutan | 29. Tebing Tinggi |
| 2. Mandailing Natal | 16. PakPak Barat | 30. Medan |
| 3. Tapanuli Selatan | 17. Samosir | 31. Binjai |
| 4. Tapanuli Tengah | 18. Serdang Bedagai | 32. Padang Sidempuan |
| 5. Tapanuli Utara | 19. Batu Bara | 33. Gunung Sitoli |
| 6. Toba Samosir | 20. Padang Lawas Utara | |
| 7. Labuhan Batu | 21. Padang Lawas | |
| 8. Asahan | 22. Labuhan Batu Selatan | |
| 9. Simalungun | 23. Labuhan Batu Utara | |
| 10. Dairi | 24. Nias Utara | |
| 11. Karo | 25. Nias Barat | |
| 12. Deli Serdang | 26. Sibolga | |
| 13. Langkat | 27. Tanjung Balai | |
| 14. Nias Selatan | 28. Pemantang Siantar | |

Daerah yang terletak di Kuadran 1 yaitu : Kabupaten Karo, Tebing Tinggi, Kota Medan, Kota Binjai, dan Kota Padang Sidempuan termasuk dalam kategori daerah dengan biaya kesehatan dan angka harapan hidup yang tinggi, dikarenakan masing-masing Kabupaten/Kota baik nilai angka harapan hidup dan biaya kesehatannya diatas nilai rata-rata, yaitu nilai rata-rata angka harapan hidup sebesar 74,00 dan nilai biaya kesehatan sebesar 6,00

Daerah yang terletak di Kuadran II yaitu : Kabupaten Nias, Kabupaten Mandailing Natal, Kabupaten Tapanuli Tengah, Kabupaten Serdang Bedagai, Kabupaten Padang Lawas Utara, Kabupaten Padang Lawas, Kabupaten Labuhan Batu Selatan, Kabupaten Labuhan Batu Utara dan Kota Gunung Sitoli termasuk kedalam kategori Kuadran II yaitu daerah dengan biaya kesehatan tinggi namun angka harapan hidupnya rendah. Dikarenakan nilai masing-masing kabuupaten/kota memiliki nilai biaya kesehatan yang lebih rendah dan angka harapan hidup yang lebih tinggi dari nilai rata-rata, yaitu nilai rata-rata AHH sebesar 74,00 dan nilai biaya kesehatan sebesar 6,00.

Daerah yang terletak di Kuadran III yaitu daerah Kabupaten Tapanuli Utara, Kabupaten Toba Samosir, Labuhan Batu Utara, Deli Serdang, Kota Sibolga dan Kota Pematang Siantar termasuk kedalam Kuadran III yaitu daerah dengan AHH tinggi namun biaya kesehatan rendah. Dikarenakan nilai masing-masing Kabupaten/Kota memiliki nilai AHH yang lebih tinggi dari nilai rata-rata, dan nilai biaya kesehatan yang lebih kecil dari nilai rata-ratanya yaitu nilai rata-rata AHH sebesar 74,00 dan nilai biaya kesehatan senilai 6,00.

Daerah terletak Kuadran 1V yaitu : Tapanuli Selatan, Kabupaten Asahan, Kabupaten Simalungun, Kabupaten Dairi, Kabupaten Langkat, Nias Selatan, Kabupaten Humbang Hasundutan, PakPak Barat, Kabupaten Samosir, Kabupaten Batu Bara, Nias Utara, Kabupaten Nias Barat dan Tanjung Balai masuk dalam kategori Kuadran IV, yaitu daerah relatif tertinggal, baik dalam AHH maupun biaya kesehatan dikarenakan nilai masing-masing kabupaten/kota untuk nilai AHH maupun biaya kesehatannya dibawah nilai rata-rata, yaitu nilai rata-rata yaitu nilai rata-rata AHH sebesar 74,00 dan biaya kesehatannya sebesar 6,00.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah, terutama APBD kabupaten/kota mengalami peningkatan setiap tahunnya, walaupun belum mencapai alokasi sebesar 10% untuk sektor kesehatan dari total APBD Kabupaten/Kota sesuai dengan tuntutan UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan.
2. Pelaksanaan Upaya kesehatan yang dilakukan di Provinsi Sumatera Utara dapat digambarkan sebagai berikut :
 - a. Cakupan K4 sebanyak 85,85%
 - b. Cakupan Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 87,28%
 - c. Cakupan UCI sebesar 71,40%
3. Dari analisis metode Tipologi Klassen untuk 33 Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara menunjukkan adanya 1 Kabupaten dan 4 Kota yang tergabung dalam kuadran 1 yaitu pertumbuhan ekonomi disertai pembangunan manusia yang tinggi, sementara untuk kuadran II terdapat 8 Kabupaten dan 1 Kota. Untuk kuadran III terdapat 4 Kabupaten dan 2

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

5.2 Saran

1. Perlu peningkatan alokasi anggaran kesehatan terutama dari APBD Kabupaten/Kota guna mendukung pembangunan sektor kesehatan.
2. Meningkatkan sistem informasi kesehatan melalui peningkatan kemampuan tenaga kesehatan di dalam mengolah dan analisa data, khususnya teknis pengisian data kedalam tabel profil kesehatan.
3. Diharapkan adanya keseragaman dalam pengisian format tabel yang telah ditentukan serta ketepatan waktu dalam pengiriman profil kabupaten/kota sehingga memudahkan dalam penyusunan profil kesehatan provinsi ditahun mendatang
4. Diharapkan profil kesehatan ini dapat mendukung kebutuhan data dan informasi di dalam penyusunan program kesehatan di provinsi sumatera utara dalam rangka mencapai sasaran target pembangunan kesehatan, baik di kabupaten/kota, provinsi dan pusat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anand Sudhir and Ravallion, Martin. 1993. *Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services. The Journal of Economic Perspectives*. Vol. 7. No. 1 (Winter,1993):133-150.
- Badan Pusat statistik.2014. Indeks Pembangunan Manusia Provinsi dan Nasional 2004-2014, (Online), <http://www.bps.go.id> diakses tanggal 15 januari 2018.
- Badan Pusat statistik.2009. Indeks Pembangunan Manusia Provinsi dan Nasional 2006-2012, (Online), <http://www.bps.go.id> diakses tanggal 15 januari 2018.
- BPS-BAPPENAS-UNDP.2004. *Indonesia Human Development Report 2004*. Jakarta: BPS.
- Darma, Budi. 2011. *Anggaran-Pendapatan-dan-Belanja-Daerah-APBD*.
- Diah Pradonowati. 2009. **Efisiensi Sektor Unggulan Kecamatan di Kabupaten Klaten Tahun 2000-2006**. Skripsi Tidak Dipublikasikan, Universitas Diponegoro.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara,2014, **Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2014**, Sumatera Utara.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara,2015, **Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2015**, Sumatera Utara.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara,2014, **Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2014**, Sumatera Utara.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara,2013, **Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2013**, Sumatera Utara.
- Mangkoesebroto, Guritno. 1999. **Ekonomi Publik**. Yogyakarta: BPFE.
- Mardiasmo. 2004. **Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah**, Edisi Kedua,Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Mils. A. dan Gilson, L. 1990. **Ekonomi Kesehatan untuk Negara Sedang Berkembang**. Jakarta: Unit Analisa Kebijakan dan Ekonomi Kesehatan.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri No.54 Tahun 2010 tentang *pelaksanaan peraturan pemerintah No 8 Tahun 2008*.
- Sujudi, Ahmad 2003. **Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi**. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Sugiharti, Agung. 2009. **Pengaruh Anggaran Berbasis Kinerja terhadap Akuntabilitas Dinas Pendidikan Kota Depok**. Universitas Gunadharma.

- Suparmoko. 1996. **Pengantar Ekonomi Makro**. Yogyakarta: Penerbit UGM.
- Suryanto, 2014. Pengelolaan Keuangan Daerah dan APBD. <http://bpkad.natunakab.go.id/index.php/2018-01-21-00-44-45/64anggaran/87-pengelolaan-keuangan-daerah-danpbd>
- Todaro, Michael P. 2003. **Pembangunan Ekonomi Dunia Ketiga**, Alih Bahasa : Burhanudin Abdullah dan Harris Munandar, Erlangga, Jakarta.
- United nation Development Program*, 2009, **Human Development Report 2009**. <http://www.hdr.undp.org> diakses tanggal 17 januari 2018.
- Wasisto dan Ascobat. 1986. **Seminar Ekonomi Kesehatan**. Jakarta : Departemen Kesehatan.