

Kementerian Pendidikan Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung
Jl. Prof. Dr. Ir. Soemantri Brojonegoro No. 1
Gedong Meneng, Bandar Lampung

**PENGELUARAN PEMERINTAH SEKTOR KESEHATAN, RASIO
JUMLAH DOKTER, SANITASI DAN PDRB PERKAPITA TERHADAP
ANGKA HARAPAN HIDUP
(STUDI KASUS 10 PROVINSI SUMATRA TAHUN 2016-2019)**

(Skripsi)

Oleh:
Nama : Siti Urfah
NPM : 1711021030
Jurusan : Ekonomi Pembangunan
Konsentrasi : Ekonomi Publik dan Fiskal
Dosen Pembimbing : Dedy Yuliawan, S.E., M.Si.



**JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

ABSTRAK

PENGELUARAN PEMERINTAH SEKTOR KESEHATAN, RASIO JUMLAH DOKTER, SANITASI DAN PDRB PERKAPITA TERHADAP ANGKA HARAPAN HIDUP (STUDI KASUS 10 PROVINSI SUMATRA TAHUN 2016-2019)

Oleh

SITI URFAH

Terkait dengan kualitas hidup terdapat unsur Angka Harapan Hidup (AHH) di dalamnya. Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan penduduk yang menggunakan kualitas hidup. Tujuan dalam penelitian ini yaitu: 1) untuk menganalisis pengaruh pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, rasio jumlah dokter dan PDRB perkapita secara simultan berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) di 10 Provinsi Sumatra pada tahun 2016-2019 dan 2) untuk menganalisis pengaruh pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, rasio jumlah dokter dan PDRB perkapita secara parsial berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) di 10 Provinsi Sumatra pada tahun 2016-2019. Penelitian ini menggunakan teknik analisis Regresi Data Panel menggunakan software Eviews 10. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap angka harapan hidup, rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani berpengaruh negatif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup, sanitasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup dan PDRB perkapita berpengaruh positif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di 10 provinsi sumatra.

**Kata kunci : AHH , Jumlah dokter, PDRB Perkapita, Pengeluaran
Pemerintah Kesehatan dan Sanitasi.**

ABSTRACT

By

SITI URFAH

Regarding the quality of life, there is an element of life expectancy (AHH) in it. Life expectancy (AHH) is one of the indicators used to assess the health status of the population using quality of life. The objectives of this study are: 1) to analyze the effect of government spending on the health sector, the ratio of the number of doctors, GRDP per capita simultaneously affect the number Life Expectancy (AHH) in 10 Sumatra Provinces in 2016-2019 and 2) to analyze the effect of government spending on the health sector, the ratio of the number of doctors, GDP per capita partially affecting Life Expectancy (AHH) in 10 Sumatra Provinces in 2016- 2019. This research uses Panel Data Regression analysis techniques using Eviews 10 software. The results showed that government spending in the health sector had a positive and insignificant effect on life expectancy, the ratio of the number of doctors had a negative and significant effect on life expectancy, sanitation had a positive and significant effect on life expectancy and GRDP per capita had a positive and significant effect on life expectancy. live in 10 provinces of Sumatra.

Keywords : AHH ,Number of Doctors, PDRB Percapita, Government Expenditure on Health and Sanitation.

**PENGELUARAN PEMERINTAH SEKTOR KESEHATAN, RASIO
JUMLAH DOKTER, SANITASI DAN PDRB PERKAPITA TERHADAP
ANGKA HARAPAN HIDUP (STUDI KASUS 10 PROVINSI SUMATRA
TAHUN 2016-2019)**

Oleh
SITI URFAH

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
SARJANA EKONOMI

Pada

Jurusan Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung



**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

Judul Skripsi

**: PENGELUARAN PEMERINTAH
SEKTOR KESEHATAN, RASIO
JUMLAH DOKTER, SANITASI DAN
PDRB PERKAPITA TERHADAP
ANGKA HARAPAN HIDUP (Studi
Kasus di 10 Provinsi Sumatera tahun
2016-2019)**

Nama Mahasiswa

: Siti Urfah

No. Pokok Mahasiswa

: 1711021030

Jurusan

: Ekonomi Pembangunan

Fakultas

: Ekonomi dan Bisnis



1. Komisi Pembimbing

**Dedy Yuliawan, S.E., M.Si.
NIP 197707292005011001**

2. Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan

**Dr. Neli Aida, S.E., M.Si.
NIP 19631215 198903 2 002**

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dedy Yuliawan, S.E., M.Si.



Penguji I : Dr. Marselina, S.E., M.P.M



Penguji II : Prof.Dr.Toto Gunarto,S.E.,M.Si



2. Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis

**Dr. Nairobi, S.E., M.Si.,
NIP 19660621 199003 1 003**



Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 04 April 2022

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Skripsi ini ditulis dengan sungguh-sungguh dan bukan merupakan penjiplakan hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar maka, saya siap dan sanggup untuk menerima hukuman / sanksi yang berlaku.

Bandar Lampung, 04 April 2022

Penulis



Siti Urfah
1711021030

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Selayo, Kabupaten Solok Sumatra Barat pada tanggal 5 Oktober 1998, sebagai anak pertama dari pasangan Bapak Ihsan dan Ibu Saonah.

Pendidikan yang telah ditempuh penulis yaitu Sekolah Dasar (SD) Negeri 24 Selayo diselesaikan pada tahun 2011. Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 1 Selayo diselesaikan pada tahun 2014. Kemudian penulis melanjutkan di Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 1 Kubung dan diselesaikan pada tahun 2017.

Penulis melanjutkan pendidikan di Perguruan Tinggi Negeri (PTN) Universitas Lampung di jurusan Ekonomi Pembangunan melalui jalur SNMPTN pada tahun 2017. Adapun kegiatan organisasi yang pernah diikuti yaitu sebagai Anggota Muda EBEC Tahun 2017/2018, Anggota Muda Himpunan Mahasiswa Ekonomi Pembangunan (Himepa) Tahun 2017/2018, Staf Kestari Himpunan Mahasiswa Ekonomi Pembangunan (Himepa) Tahun 2018/2020, Staf Dana Usaha ROIS Tahun 2018/2019 dan Staf Bendahara Kabinet organisasi BEM Universitas Lampung Tahun 2019/2020.

Pada tahun 2019 penulis mengikuti kegiatan KKL (Kuliah Kunjung Lapangan) di Kementerian Keuangan, Kementerian Perekonomian. Pada tahun 2020 penulis juga melakukan KKN (Kuliah Kerja Nyata) di Desa Robo Kecamatan Kelumbayan Barat Kabupaten Tanggamus selama 40 hari.

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya, puji syukur kepada Allah SWT karena atas rahmat-Nya lah telah memberikanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta kemudahan sehingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan. Penulis mempersembahkan karya sederhana ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati kepada:

Kedua orang tua penulis yang terhormat, yang tersayang, yang penulis banggakan, sebagai panutan dalam hidup, yaitu Ayah Ihsan Hadi dan Ibu Saonah. Terima kasih atas segala nasihat, dukungan, motivasi, doa yang tiada hentinya dan semua hal yang telah diberikan kepada penulis yang tidak akan pernah bisa terbalas.

Nenekku Edah dan seluruh keluarga besar. Terima kasih selalu memberikan dukungan, semangat dan kepercayaan bagi penulis untuk terus menjadi kebanggaan.

Bapak Dedy Yuliawan, S. E., M.Si. selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran serta, memberikan arahan, ilmu, dan saran kepada penulis hingga skripsi ini selesai.

Dosen-dosen Fakultas Ekonomi dan Bisnis Jurusan Ekonomi Pembangunan dan sahabat-sahabat yang senantiasa membantu, memberikan motivasi dan semangat dalam pengerjaan karya tulis ini. Serta Almamater tercinta Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.

MOTTO

Dipupuk Dengan Prasangka Baik Agar Tumbuh Kebaikan

(Siti Urfah)

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ

“Hai orang-orang yang beriman, jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar.”

(Q.S Al-Baqarah: 153)

“Jika kita memiliki keinginan yang kuat dari dalam hati, maka seluruh alam semesta akan bahu membahu mewujudkannya”

(Ir.Soekarno)

SANWACANA

Alhamdulillahirobil alamin, Puji syukur kehadiran Allah SWT karena berkat limpahan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Rasio Jumlah Dokter, Sanitasi Dan PDRB Perkapita Terhadap Angka Harapan Hidup (Studi Kasus 10 Provinsi Sumatra)” yang merupakan salah satu syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ekonomi di Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Lampung.

Penulis menyadari bahwa dalam penyelesaian skripsi ini tidak akan berjalan dengan baik tanpa adanya dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. Nairobi, S.E.,M.Si. selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Lampung.
2. Ibu Dr. Neli Aida, S.E.,M.Si. selaku Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
3. Bapak Dr. Heru Wahyudi, S.E.,M.Si. selaku Sekretaris Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung
4. Bapak Dedy Yuliawan, S. E., M.Si. selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran serta, memberikan arahan, ilmu, dan saran kepada penulis hingga skripsi ini selesai.
5. Ibu Dr. Marselina, S.E.,M.P.M. selaku Penguji. Terima kasih untuk atas bimbingan, koreksi, dan arahan yang diberikan;
6. Bapak Prof.Dr. Toto Gunarto, S.E.,M.Si. selaku Penguji. Terima kasih atas ilmu dan saran-saran yang telah diberikan

7. Bapak Dr. Nairobi., S.E.,M.Si. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan nasihat dan bimbingan yang berharga untuk perkembangan studi penulis.
8. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Ekonomi Pembangunan: Prof. SSP. Pandjaitan, Pak Moneyzar, Pak Arief, Pak Wayan, Pak Ambya, Pak Husaini, Pak Imam, Pak Yudha, Pak Saimul, Pak Thomas, Ibu Betty, Ibu Irma, Ibu Asih, Ibu Marselina, Ibu Zulfa, Ibu Ratih, serta seluruh Bapak Ibu dosen Fakultas Ekonomi dan Bisnis yang telah memberikan ilmu dan pelajaran yang sangat bermanfaat selama menuntut ilmu di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
9. Ibu Yati dan Ibu Mimi seluruh staf dan pegawai Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung atas seluruh bantuan yang selama ini diberikan kepada penulis.
10. Bapak dan Ibuku tercinta, Ihsan Hadi dan Ibu Saonah yang selalu memberikan doa dan dukungannya kepada penulis, terima kasih untuk segalanya.
11. Nenekku Edah, sepupuku Selfi Septiana dan Febri Setiawan, serta keluarga besar yang selalu mendukung, memberi semangat dan memberikan motivasi kepada penulis.
12. Terimakasih kepada sahabat kuliah kerja nyata (KKN) Alda, terima kasih sudah memberikan perhatian dan dukungan kepada penulis.
13. Sahabat dan teman-teman tercinta semasa kuliah Darmiyanti, Feni, Fairus, Amanda, Nada, Mella, Marina, Dinda, Herja, Frans, Ahmad. Terima kasih atas semua keceriaan dan bantuannya kepada penulis selama perkuliahan.
14. Terimakasih kepada om jaka umbara yang telah membantu dalam percetakan skripsi ini.
15. Sahabat dan teman-teman semasa kecil Pisa Roma, Afni, Sri Terima kasih untuk semua dukungan selama ini.
16. Teman-teman seperjuangan selama perskripsian Feni Setiani, dan Deska irwanti. Terima kasih sudah memberikan bantuan dan dukungan selama semester akhir.

17. Teman-teman jurusan ekonomi pembangunan 2017 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu. Terima kasih atas kekompakannya selama ini.
18. Keluarga angkat Betha Resto dan teman-teman selama kerja Bapak Yogi, Ibu Kalsum, Fendy, Reja, Yudis, Bonfi, Beni, Roy. Terima kasih telah memberikan kesempatan dan bantuan bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi sambil bekerja di Betha Resto tercinta.
19. Terimakasih kepada kakak Bertha yang telah memberikan bantuan sarana dan prasarana bagi penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi
20. Terima kasih kepada diri saya, siti urfah selaku penulis yang telah semangat dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini dari awal hingga skripsi ini selesai.

Akhir kata penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, saran dan kritik untuk pengembangan lebih lanjut sangatlah diharapkan penulis. Semoga skripsi ini dapat berguna dan bermanfaat bagi kita semua. Aamiin.

Bandar Lampung, 04 April 2022
Penulis

Siti Urfah
NPM. 1711020130

DAFTAR ISI

COVER	ii
ABSTRAK	iii
COVER DALAM	iv
LEMBAR PESETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	vii
RIWAYAT HIDUP	viii
PERSEMBAHAN	ix
MOTTO	x
SANWACANA	xi
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang dan Masalah	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13

II. KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori	14
2.1 Pengeluaran Pemerintah	14
1. Rostow dan Musgrav	14
2. Hukum Wagner	15
3. Teori Peacock dan Wiseman	15
2.2 Pembangunan Manusia	16
2.3 Peranan Pemerintah.....	17
2.4. Angka Harapan Hidup(AHH)	17
2.5. Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan.....	19
2.6.Rasio Jumlah Dokter Terhadap Penduduk Yang Terlayani	20
2.7.Sanitasi Layak di Rumah Tangga	20
2.8.PDRB Perkapita	22
B. Tinjau Empiris	23
C. Kerangka Pemikiran	27
D. Hipotesis.....	29

III. METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	30
B. Data dan Sumber Data.....	30
C. Lokasi Penelitian	31
D. Definisi Operasional Variabel.....	31
1. Angka Harapan Hidup(AHH)	31
2. Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan.....	32
3. Rasio Jumlah Dokter Terhadap Penduduk Yang Terlayani	32
4. Sanitasi Layak di Rumah Tangga	33
5. PDRB Perkapita	33
E. Metode Analisis	34
1. Model Regresi	34
a. Uji Chow	35
b. Uji Hautsman	36
c. Uji L-M	36
2. Uji Asumsi Klasik.....	37
a. Uji Normalitas	37
b. Uji Multikolinieritas.....	38
c. Uji Heteroskedastis	38
3. Uji Hipotesis	38
a. Uji Simultan(F)	38
b. Uji Parsial(t)	39
c. Uji Koefisien Determinasi (R^2).....	39

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Analisis Statistik Deskriptif.	40
B. Hasil Uji Regresi Data Panel.....	43
1. Uji Spesifikasi Model.....	43
a. Uji Chow	43
b. Uji Hausman	44
c. Uji L-M	44
2. Hasil Estimasi Regresi Model Data Panel	45
a. Uji Asumsi Klasik	45
- Uji Normalitas	45
- Uji heterokedastisitas	46
- Uji Multikolonieritas.....	47
b. Hasil Pengujian Hipotesis.....	47
Uji Parsial (Uji t-statistik).....	47
Uji F- Statistik.....	49
3. Interpretasi koefisien REM	52

4. Pembahasan.....	52
1. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Kesehatan terhadap AHH.....	53
2. Pengaruh Rasio Jumlah Dokter terhadap AHH	54
3. Pengaruh Sanitasi terhadap AHH.....	54
4. Pengaruh PDRB Perkapita terhadap AHH.....	55

V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	55
B. Saran	57

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Angka Harapan Hidup 10 Provinsi di Sumatra.....	3
1.2. Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan.....	7
1.3. Rasio jumlah dokter Terhadap Penduduk Yang Terlayani.....	9
1.4. Persentasi Sanitasi Layak di Rumah Tangga.....	11
1.5. PDRB Perkapita.....	12
1.6. Tinjauan Empiris.....	26
1.7 Data dan Sumber Data..	34
1.8. Analisis Deskriptif.	43
1.9. Hasil uji Chow.....	46
1.10. Hasil uji Hautsman.....	47
1.11. Hasil uji L-M.....	47
1.12 Hasil uji REM.....	48
1.13 Hasil uji Heteroskedastis.....	49
1.15 Nilai Koefisien Antar Variabel Independen.....	50
1.16 Uji Signifikan.....	51
1.17 Individual Effect.....	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1. Kerangka Pemikiran.....	32

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan manusia merupakan alat yang digunakan untuk mencapai tujuan bangsa dan pertumbuhan ekonomi merupakan salah satu indikator untuk menilai keberhasilan pembangunan di suatu negara. Dalam pelaksanaan pembangunan, pertumbuhan ekonomi yang tinggi adalah sasaran utama bagi negara-negara sedang berkembang. Hal ini disebabkan pertumbuhan ekonomi berkaitan erat dengan peningkatan barang dan jasa yang diproduksi, maka kesejahteraan masyarakat akan meningkat.

Dengan meningkatnya pertumbuhan ekonomi diharapkan juga dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan meningkatkan pembangunan manusia dengan indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM) (Baeti,2013). IPM adalah salah satu hal yang mendasari pembangunan untuk mencapai kesejahteraan manusia sebagai tujuan akhir pembangunan,IPM memberi wawasan pembangunan yang lebih luas karena pembentukannya didesain untuk memfokuskan perhatian pada aspek pembangunan kesehatan dan pendidikan, sehingga bisa mengetahui perbandingan kinerja pembangunan manusia antar negara maupun antar daerah (Kuncoro,2000).

Tidak hanya sekadar berbicara pembangunan semata, tetapi juga harus tentang pembangunan yang berkualitas dengan resiko yang seminimal mungkin dengan manfaat yang luar biasa tinggi bagi masyarakat. Kualitas hidup yang dimiliki oleh suatu negara ataupun wilayah, menggambarkan kesejahteraan rakyat dan keberhasilan dari program-program yang dibuat oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kehidupan manusia. Terkait dengan kualitas hidup terdapat

unsur Angka Harapan Hidup (AHH) di dalamnya. Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan penduduk yang menggunakan kualitas hidup. Terkait dengan kualitas hidup AHH merupakan ukuran yang menggabungkan kuantitas dan kualitas hidup berdasarkan sisa usia yang dijalani (Yang, 2017). Derajat kesehatan masyarakat juga dapat diukur dengan melihat besarnya AHH. AHH adalah hasil perhitungan proyeksi yang sering dipakai sebagai salah satu Indikator Kesejahteraan Rakyat (IKR).

Dengan asumsi Angka Kematian Bayi (AKB) menurun serta perubahan susunan umum penduduk. Angka Harapan Hidup, dijadikan indikator dalam mengukur kesehatan suatu individu di suatu daerah. Angka Harapan Hidup adalah rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh seseorang selama hidup. Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan, dan program sosial lainnya termasuk kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan dan PDRB Perkapita.

Ada dua jenis data yang digunakan dalam perhitungan AHH yaitu Anak Lahir Hidup (ALH) dan Anak Masih Hidup (AMH). Dalam penelitian ini yang akan dibahas lebih spesifik adalah Angka Harapan Hidup (AHH) dihubungkan dengan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, rasio jumlah dokter, sanitasi layak di rumah tangga dan PDRB perkapita. Tingkat kesehatan akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat (Adjasi, 2007). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mellington (1999), bahwa peningkatan investasi kesehatan adalah salah satu cara untuk menurunkan AKB dan meningkatkan AHH. Besar anggaran kesehatan yang dikeluarkan pemerintah pusat minimal 5 persen dari APBN di luar gaji, sementara besar anggaran kesehatan oleh pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji, hal ini dicantumkan dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Menurut (Yefriza,2015), pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan menjadi faktor penting dalam peningkatan AHH. Melalui hal tersebut, berarti bahwa pemerintah memiliki peran dalam menentukan besaran pembiayaan/pengeluaran yang dianggap tepat untuk menghasilkan sumber daya yang berkualitas (Badrudin,2011).Selain pengeluaran pemerintah sektor kesehatan yang mempengaruhi AHH disuatu daerah,pendapatan perkapita juga dapat mempengaruhi AHH. Pendapatan perkapita disuatu daerah memberikan gambaran mengenai kesejahteraan masyarakat diberbagai negara dan juga dapat menggambarkan perubahan corak perbedaan tingkat kesejahteraan masyarakat yang sudah terjadi diantara berbagai negara (Wyshak,2014). Semakin tinggi tingkat pendapatan seseorang maka akan semakin tinggi tingkat kepedulian seseorang akan pentingnya AHH.Hal ini sejalan dengan semakin tinggi PDRB perkapita semakin sejahtera penduduk suatu wilayah.

Tabel 1.1 Angka Harapan Hidup 10 Provinsi di Sumatra (tahun).

Provinsi	2016	2017	2018	2019
Aceh	69.51	69.52	69.64	69.87
Sumatra Utara	68.33	68.37	68.61	68.95
Sumatra Barat	68.73	68.78	69.01	69.31
Riau	70.97	70.99	71.19	71.48
Jambi	70.71	70.76	70.89	71.06
Sumatra Selatan	69.16	69.18	69.41	69.65
Bengkulu	68.56	68.56	68.84	69.21
Lampung	69.94	69.95	70.18	70.51
Kep. Bangka Belitung	69.92	69.95	70.18	70.5
Kep. Riau	69.45	69.48	69.64	69.6
Indonesia	70.90	71.06	71.20	71.35

Sumber data : BPS

Pada Tabel 1.1 bahwa Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Terdapat 3 provinsi dengan AHH tertinggi dari tahun 2016-2019 yakni Provinsi Riau,Provinsi Jambi dan Provinsi Lampung.Provinsi Riau sebagai provinsi tertinggi pertama dengan AHH pada tahun 2016 sebesar 70.97 tahun serta mengalami peningkatan pada tahun 2019 dengan AHH paling tinggi sebesar 71.48. Hal ini dikarenakan tingginya IPM

Provinsi Riau tampak dari sisi kesehatan yang diwakilkan oleh Angka Harapan Hidup pada tahun 2016 sampai dengan 2019 meningkat jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya dengan angka kelahiran umur bayi yang baru lahir dari tahun 2016 semakin meningkat dari tahun sebelumnya.

Provinsi Jambi sebagai provinsi tertinggi kedua dengan AHH pada tahun 2016 sebesar 70.71 serta mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, pada tahun 2019 dengan AHH sebesar 71.06, Provinsi Jambi telah berhasil meningkatkan Angka Harapan Hidup saat lahir sebesar 0,82 tahun, selama periode tersebut, secara rata-rata Angka Harapan Hidup tumbuh sebesar 0,20 persen per tahun. Bayi yang baru lahir memiliki peluang untuk hidup hingga 70,71 tahun, meningkat 0,15 tahun dibandingkan tahun sebelumnya.

Provinsi Lampung sebagai provinsi tertinggi ketiga yang berada di Pulau Sumatra dengan Angka Harapan Hidup (AHH) pada tahun 2016 sebesar 69.94 serta mengalami peningkatan dari tahun ketahun, pada tahun 2019 dengan Angka Harapan Hidup (AHH) sebesar 70.51. Hal ini dikarenakan kualitas kesehatan, pendidikan dan pemenuhan kebutuhan hidup masyarakat lampung mengalami peningkatan. Provinsi Lampung telah berhasil meningkatkan AHH saat lahir sebesar 1,60 tahun. Selama periode tersebut, secara rata-rata AHH tumbuh sebesar 0,26 persen per tahun.

Provinsi Sumatra Utara merupakan Provinsi dengan Angka Harapan Hidup (AHH) terendah pada tahun 2016 sebesar 68.33 tahun dan pada tahun 2019 sebesar 68.95. pembangunan manusia Sumatera Utara terus mengalami kemajuan selama periode 2010 hingga 2019.

Jika dilihat dari tabel 1.1 terlihat perbandingan Angka Harapan Hidup secara Nasional dan Provinsi Sumatra masih dibawah nilai Angka Harapan Hidup Nasional sebesar 71,22. Pemerintah sebagai pelaksana pembangunan tentunya membutuhkan modal manusia yang berkualitas sebagai modal dasar pembangunan. Untuk menghasilkan manusia yang berkualitas juga diperlukan upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusianya. Pemerintah melakukan pengeluaran atau investasi yang ditujukan untuk pembangunan manusia. Pengeluaran pemerintah merupakan cerminan kebijakan yang diambil oleh pemerintah. Dalam hal ini pengeluaran pemerintah tersebut digunakan untuk

membiayai sektor publik yang lebih penting dan menjadi prioritas dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia yang tercermin pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Baeti (2013).

Pengeluaran pemerintah sektor kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi pembangunan manusia. Faktor tersebut, merupakan layanan jasa yang normatifnya disediakan oleh pemerintah, bukan bertumpu pada swasta terlebih pasar. Dalam hal peningkatan pembangunan manusia, kesehatan yang baik bagi setiap manusia bisa terwujud melalui alokasi pengeluaran pemerintah disektor kesehatan. Dengan meningkatnya alokasi pengeluaran pemerintah disektor tersebut maka akan meningkatkan prioduktivitas penduduk sehingga bisa meningkatkan pembangunan manusia. Untuk selanjutnya, pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan dapat disebut sebagai investasi publik Astri (2013). Pengeluaran pemerintah dibidang kesehatan menurut Kuncoro (2013) “Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan”.

Menurut Tjiptoherijanto, dalam Astri (2013) “Melihat mutu manusia dari sisi kesehatan dimana kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sumber daya manusia, dengan kata lain aspek kesehatan turut mempengaruhi kualitas manusia. Kekurangan kalori, gizi, ataupun rendahnya derajat kesehatan bagi penduduk akan menghasilkan kualitas manusia yang rendah dengan tingkat mental yang terbelakang”.

Todaro and Smith,(2003) “Bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor anggaran kesehatan yang dikeluarkan untuk memenuhi salah satu hak dasar untuk memperoleh pelayanan kesehatan berupa fasilitas dan pelayanan kesehatan merupakan prasyarat bagi peningkatan produktivitas masyarakat”.

Didukung teori Suparmoko dalam Patta (2012) pengeluaran merupakan investasi yang dapat menambah kekuatan dan ketahanan ekonomi dimasa yang akan datang. Banyak pengeluaran yang dilakukan oleh pemerintah, salah satunya adalah pengeluaran di bidang kesehatan. Kemudia (Jhinghan,2002) mengemukakan

bahwa fasilitas dan pelayanan kesehatan, pada umumnya diartikan mencakup semua pengeluaran yang mempengaruhi harapan hidup, kekuatan dan stamina tenaga serta vitalitas rakyat. (Winarti, 2014) suatu bangsa harus meningkatkan investasi bidang pendidikan dan kesehatan untuk mencapai pembangunan.

Tabel 1.2 Pengeluaran Pemerintah Kesehatan di 10 Provinsi Sumatra (juta rupiah).

Provinsi	2016	2017	2018	2019
Aceh	40.956.964	26.144.831	149.289.470	28.569.217
Sumatra Utara	57.580.067	45.620.884	765.286.063	38.972.632
Sumatra Barat	31.969.294	23.740.102	791.660.855	24.036.368
Riau	26.280.292	20.020.877	88.191.155	20.851.025
Jambi	34.880.625	26.202.064	72.304.226	21.520.917
Sumatra Selatan	39.885.032	30.241.125	890.882.566	26.866.682
Bengkulu	31.109.680	21.022.656	89.632.652	22.706.273
Lampung	41.835.881	35.126.171	132.727.121	24.591.753
Kep. Bangka Belitung	24.555.189	16.791.614	57.819.070	15.201.342
Kep. Riau	22.580.450	19.940.407	19.683.849	18.296.387

Sumber data : Profil Kesehatan Provinsi di Indonesia

Pada Tabel 1.2 pengeluaran pemerintah sektor kesehatan di 10 Provinsi Sumatra menunjukkan keadaan yang tidak tetap dari tahun ke tahun. Terdapat tiga provinsi dengan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan tertinggi yakni pada Provinsi Sumatra Utara, Lampung, dan Aceh. Pada Provinsi Sumatra Utara dengan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan tertinggi pertama pada tahun 2016 sebesar Rp57.580.067 dan pada tahun 2018 sebesar Rp765.286.063. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk demi menurunkan angka penderita penyakit DBD.

Provinsi Lampung merupakan provinsi tertinggi kedua pada pengeluaran pemerintah sektor kesehatan pada tahun 2016 sebesar Rp41.835.881 dan pada tahun 2018 sebesar Rp132.727.121. Dari alokasi tersebut digunakan untuk program pencegahan stunting di Provinsi Lampung, Pada tahun 2013 Provinsi Lampung memiliki angka Prevalensi Stunting sebesar 42,6, angka tersebut berubah menjadi 27,3 pada tahun 2018 dengan adanya tingkat penurunan sebesar 15,3 (Kedua terbesar di Indonesia setelah Provinsi Papua Barat) menjadikan

angka prevalensi Provinsi Lampung berada dibawah rata-rata Nasional yang sebesar 30,8.

Provinsi Aceh merupakan provinsi tertinggi ketiga pada pengeluaran pemerintah sektor kesehatan pada tahun 2016 sebesar Rp40.956.964 dan pada tahun 2018 sebesar Rp149.289.470. Pada tahun 2016-2018 Provinsi Aceh sedang berfokus dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat antara lain melalui perilaku hidup bersih dan sehat yang dimulai dari lingkungan keluarga, dan keempat dukungan anggaran, pemerintah Aceh terus mendorong pemenuhan tenaga dokter spesialis dengan menyediakan dana beasiswa pendidikan kesehatan melalui PPSDM Aceh, namun terdapat satu provinsi dengan pengeluaran pemerintah sektor kesehatan terendah yakni pada Provinsi Kepulauan Riau pada tahun 2016 sebesar Rp22.580.450 dan pada tahun tahun 2019 sebesar Rp18.296.387. Hal ini terjadi dikarenakan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2019 belum ada kabupaten/kota yang sudah menjalankan amanat undang-undang kesehatan No 36 tahun 2009 bahwa besar anggaran kesehatan kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji, sehingga kurangnya komitmen akan pembangunan kesehatan di kabupaten/kota.

Di Indonesia sektor kesehatan merupakan hal terpenting yang sangat diperhatikan oleh pemerintah oleh karena itu dalam pelayanan kesehatan, masalah yang menyangkut kualitas pelayanan menjadi lebih baik, berhubung dalam manajemen pelayanan kesehatan tidak saja terkait beberapa kelompok manusia, tetapi juga sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri. Sehingga diperlukan peran tenaga medis untuk melaksanakan peran pemerintah tersebut. Amanat Undang-undang No 36 tahun 2014 adalah pendayagunaan tenaga kesehatan yang mengatur penempatan tenaga kesehatan di rumah sakit sesuai dengan syarat dan ketentuan yang ditetapkan menurut jumlah dan jenis tenaga kesehatannya berdasarkan kompetensi dan wewenang tenaga kesehatan. Tenaga medis atau dokter dalam penelitian ini merupakan gambaran untuk fasilitas kesehatan dimana dokter sangat dibutuhkan dalam meningkatkan Angka Harapan Hidup sektor kesehatan. Dalam penelitian ini penulis menggunakan data rasio rasio jumlah dokter umum.

(Cellesti,2011) mengatakan bahwa kebutuhan untuk meningkatkan rasio jumlah dokter di negara berkembang seperti di Indonesia diakui menjadi masalah dibidang kesehatan. Menurut WHO kondisi standar ideal tenaga kesehatan dokter dalam memberikan pelayanan adalah 1:1000 penduduk,(*Measuring Health Workforce Inequalities*) artinya 1 orang dokter untuk melayani 1000 penduduk. Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2016 Tentang Kriteria Daerah Kabupaten/ Kota Peduli Hak Asasi Manusia (HAM),khususnya pemenuhan hak atas kesehatan,di dalam peraturan tersebut juga disebutkan kondisi ideal tenaga kesehatan dokter khususnya pada dokter umum yaitu 1:2.500. Distribusi tenaga kesehatan yang kurang ideal masih dialami oleh beberapa Provinsi di Sumatra, diantaranya pada Provinsi Lampung,Kep.Bangka Belitung dan Provinsi Bengkulu.

Tabel 1.3 Rasio Jumlah Dokter Terhadap Penduduk yang di Layani di 10 Provinsi

Sumatra(jiwa)

Provinsi	2016	2017	2018	2019
Aceh	1236	1147	1075	1022
Sumatra Utara	1101	1032	964	915
Sumatra Barat	1187	1109	1040	971
Riau	1441	1328	1238	1143
Jambi	1908	1717	1548	1410
Sumatra Selatan	1929	1793	1653	1531
Bengkulu	2077	1921	1695	1565
Lampung	2893	2688	2473	2294
Kep. Bangka Belitung	2257	2110	1957	1838
Kep. Riau	1526	1397	1279	1237

Sumber:profil kesehatan provinsi di Indonesia

Pada Tabel 1.3 bahwa rasio 1 dokter dengan jumlah penduduk yang terlayani di 10 Provinsi Sumatra mengalami penurunan dari tahun ke tahun.Terdapat tiga provinsi yang memiliki rasio dokter yang melayani jumlah penduduk kurang dari 1:1000 di 10 Provinsi Sumatra yakni pada Provinsi Sumatra Utara, Provinsi Sumatra Barat, dan Provinsi Aceh. Provinsi Sumatra Utara merupakan provinsi pertama yang memiliki rasio jumlah dokter yang melayani penduduk kurang dari 1:1000 pada tahun 2019 dimana 1 orang dokter bisa menangani 915 penduduk dengan jumlah dokter umum 15.910 jiwa.

Provinsi Sumatra Barat merupakan provinsi kedua yang memiliki rasio jumlah dokter yang melayani penduduk kurang dari 1:1000 pada tahun 2019 sebanyak 971 penduduk dengan jumlah dokter umum 5.603 jiwa.

Provinsi Aceh merupakan provinsi ketiga yang memiliki rasio jumlah dokter yang melayani penduduk kurang dari 1:1000 pada tahun dalam menangani penduduk pada tahun 2019 sebanyak 1.022 penduduk, dengan jumlah dokter umum 5.257 jiwa.

Provinsi Lampung merupakan provinsi tertinggi dalam melayani penduduk dengan rasio 1 dokter menangani 2.893 penduduk pada tahun 2016 dengan jumlah dokter sebesar 2.836 jiwa, angka ini melebihi target nasional WHO yaitu 1:1000.

Keluarga mempunyai peran penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, karena dalam keluarga terjadi komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga yang menjadi awal penting dari suatu proses pendidikan perilaku (Jones, 1998). Pelaksanaan perilaku hidup bersih dengan sanitasi yang layak dalam keluarga dapat menciptakan keluarga yang sehat dan aktif dalam setiap upaya kesehatan di masyarakat. Perilaku hidup bersih seseorang sangat berkaitan dengan peningkatan kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

Tabel 1.4 Sanitasi Layak di Rumah Tangga di 10 Provinsi Sumatra (persen)

Provinsi	2016	2017	2018	2019
Aceh	62,68	63,38	67,09	79,42
Sumatra Utara	72,86	73,00	74,60	84,46
Sumatra Barat	53,24	52,77	56,85	79,44
Riau	71,36	70,04	71,48	91,07
Jambi	65,65	64,20	63,99	88,53
Sumatra Selatan	65,05	66,36	68,60	86,56
Bengkulu	49,75	42,71	44,31	87,84
Lampung	58,58	52,89	52,48	91,89
Kep. Bangka Belitung	83,16	83,56	85,64	95,57
Kep. Riau	79,55	86,33	85,07	94,63

Sumber data: kemenkes

Pada Tabel 1.4 diketahui bahwa penggunaan sanitasi layak di rumah tangga di 10 Provinsi Sumatra mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Ada tiga provinsi yang memiliki sanitasi layak di rumah tangga di 10 Provinsi Sumatra yaitu pada Provinsi Kep.Bangka Belitung, Kep Riau, dan Sumatra Utara. Pada Provinsi Kep.Bangka Belitung merupakan provinsi tertinggi pertama dalam penggunaan jumlah sanitasi layak di rumah tangga pada tahun 2019 sebesar 95,57 persen(%) dengan jumlah rumah tangga pada tahun 2019 397.378 rumah tangga. Provinsi Kep.Riau merupakan provinsi tertinggi kedua dalam penggunaan sanitasi layak di rumah tangga pada tahun 2019 sebesar 94,63 persen(%) dengan jumlah rumah tangga 1.674.068 rumah tangga.

Provinsi Sumatra Utara merupakan provinsi ketiga dalam penggunaan sanitasi layak di rumah tangga tahun 2019 sebesar 84,46 persen(%) dengan jumlah rumah tangga 3.453.874 rumah tangga.

Provinsi Bengkulu merupakan provinsi terendah dalam penggunaan sanitasi layak di rumah tangga pada tahun 2017 sebesar 42,71 persen(%) dengan jumlah rumah tangga 495.115 rumah tangga.

Dalam rangka memacu pertumbuhan ekonomi perlu diiringi dengan pembangunan manusia, kebijakan pembangunan yang tidak mendorong peningkatan kualitas manusia hanya akan membuat daerah yang bersangkutan tertinggal dari daerah lain, termasuk dalam hal kinerja ekonominya (Brata,2004). Dalam teori *human capital* dijelaskan pentingnya meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dengan peningkatan pendidikan. Sumber daya manusia yang berkualitas dapat memberikan *multiplier effect* terhadap pembangunan suatu daerah, khususnya pembangunan bidang ekonomi.

Subandi, (2012) mengatakan bahwa tingkat kesejahteraan penduduk akan tercapai jika PDRB Perkapita meningkat lebih cepat dibandingkan pertumbuhan penduduk. Hal ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang seberapa besar nilai tambah yang diterima tiap-tiap penduduk, sehingga secara tidak langsung akan menggambarkan tingkat kesejahteraan penduduk di daerah/wilayah

bersangkutan. Semakin besar nilai PDRB Perkapita, maka dapat dikatakan suatu daerah/wilayah makin sejahtera atau makmur.

Tabel 1.5. Produk Domestik Regional Bruto Perkapita di 10 Provinsi Sumatra

(ribu rupiah)

Provinsi	2016	2017	2018	2019
Aceh	22.835,29	23.362,90	24.013,81	24.587,82
Sumatra Utara	32.885,09	34.183,58	35.570,71	37.048,04
Sumatra Barat	28.164,93	29.312,17	30.477,76	31.649,98
Riau	70.569,36	70.740,43	70.750,52	71.086,67
Jambi	37.728,80	38.833,87	40.044,09	41.147,56
Sumatra Selatan	32.699,50	34.059,71	35.670,04	37.243,07
Bengkulu	21.039,84	21.751,64	22.498,43	23.267,68
Lampung	25.568,57	26.614,88	27.741,25	28.928,50
Kep. Bangka Belitung	34.132,87	34.933,52	35.767,10	36.231,00
Kep. Riau	80.295,60	79.743,68	81.293,05	83.070,63

Sumber data :BPS

Pada tabel 1.5 dapat dilihat bahwa PDRB Perkapita di 10 Provinsi Sumatra mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Terdapat tiga provinsi dengan PDRB Perkapita tertinggi yakni pada Provinsi Riau, Provinsi Kep.Bangka Belitung, dan Provinsi Sumatra Utara. Pada Provinsi Riau dengan PDRB Perkapita tertinggi pertama pada tahun 2016 sebesar Rp70.569,36 dan pada tahun 2019 sebesar Rp71.086,67. Provinsi Riau merupakan salah satu penopang ekonomi Nasional terutama dari hasil kegiatan pertambangan seperti minyak bumi, batu bara, emas, timah dan hasil tambang lainnya. Kontribusi sektor pertambangan dan penggalian terhadap PDRB Riau mencapai 24,23 persen(%). Serta kontribusi disektor pertanian mencapai 23,18 persen(%) dari total PDRB Riau.

Provinsi Kep.Bangka Belitung merupakan provinsi tertinggi kedua dengan PDRB Perkapita pada tahun 2016 sebesar Rp34.132,87 dan pada tahun 2019 sebesar Rp36.231,00. Dimana Provinsi ini memiliki potensi sumber daya alam timah terbesar kedua setelah cina dengan motor penggerak dibidang industri pengolahan 20,27 persen(%) yang memiliki 85 perusahaan yang berada di pangkal pinang. Perusahaan yang terbanyak bergerak di industri makanan sebanyak 40

perusahaan. Pertanian, kehutanan dan perikanan 19,69 persen(%) serta perdagangan besar dan eceran berupa reparasi mobil dan sepeda motor 14,29 persen(%).

Provinsi Sumatera Utara merupakan provinsi tertinggi ketiga dengan PDRB Perkapita pada tahun 2016 sebesar Rp32.885,09 dan pada tahun 2019 sebesar Rp37.048,04. Perekonomian Sumatra Utara masih didominasi oleh pertanian, kehutanan, perikanan 20,48 persen(%), industri pengolahan 18,98 persen(%), perdagangan besar dan eceran, reparasi mobil dan sepeda motor 18,95 persen(%) dan konstruksi 14,19 persen(%),namun terdapat satu provinsi dengan PDRB Perkapita terendah yakni pada Provinsi Bengkulu dengan PDRB perkapita pada tahun 2016 sebesar Rp21.039,84 dan pada tahun 2019 sebesar Rp23.267,68. Provinsi ini memiliki jumlah industri pengolahan UMK mencapai 99,54 persen(%) menyerap 1,14 juta tenaga kerja. Sementara skala UMB sejumlah usaha 4,55 persen(%) dan menyerap tenaga kerja 6,23 persen(%) pada tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas didapatkan rumusan masalah penelitian ini yakni:

1. Bagaimana pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (PPK),rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani,sanitasi dan PDRB Perkapita terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) secara parsial di 10 Provinsi Sumatra tahun 2016-2019 ?
2. Bagaimana pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (PPK) pengaruh,rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani,sanitasi dan PDRB Perkapita terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) secara bersama sama di 10 Provinsi Sumatra tahun 2016-2019 ?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini yakni:

1. Guna mengetahui pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (PPK), rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani, sanitasi dan PDRB Perkapita terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) secara parsial di 10 Provinsi Sumatra tahun 2016-2019.
2. Guna mengetahui pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan (PPK), rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani, sanitasi dan PDRB Perkapita terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) secara bersama sama di 10 Provinsi Sumatra tahun 2016-2019.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Bagi pemerintah penelitian diharapkan akan menjadi pertimbangan pemerintah mengenai peningkatan Angka Harapan Hidup khususnya kebijakan dalam mengelola pengeluaran sektor kesehatan, serta PDRB Perkapita.
2. Bagi akademisi penelitian ini dapat dijadikan sebagai rujukan informasi mengenai penelitian yang relevan selanjutnya
3. Bagi masyarakat luas, penelitian ini diharapkan memberikan informasi, masukan, ataupun acuan memperkaya referensi atau literatur mengenai pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, layanan kesehatan dan PDRB Perkapita.
4. Bagi peneliti, sebagai salah satu syarat kelulusan S1 Ekonomi Pembangunan Universitas Lampung.

BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS

A. Tinjauan Teori

2.1 Pengeluaran Pemerintah

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. Teori mengenai pengeluaran pemerintah dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu teori makro dan teori mikro.

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

1. Model pembangunan tentang perkembangan pengeluaran pemerintah

Model ini dikembangkan oleh Rostow dan Musgrav yang menghubungkan pengeluaran pemerintah dengan tahap-tahap pembangunan ekonomi. Pada tahap awal perkembangan ekonomi, rasio investasi pemerintah terhadap total investasi, atau dengan perkataan lain rasio pengeluaran pemerintah terhadap pendapatan Nasional adalah relatif besar. Hal ini disebabkan karena pada tahap awal ini pemerintah harus menyediakan prasarana. Pada tahap menengah pembangunan ekonomi, investasi pemerintah tetap diperlukan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi agar dapat tinggal landas, namun pada tahap ini peranan investasi swasta sudah semakin membesar.

2. Hukum Wagner

Wagner mengemukakan suatu teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin besar dalam persentase terhadap GNP, disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum pendidikan, rekreasi, kebudayaan dan sebagainya. Kelemahan hukum Wagner adalah karena hukum tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang-barang publik. Wagner mendasarkan pandangannya dengan suatu teori yang disebut teori organis mengenai pemerintah (*organic theory of the state*) yang menganggap pemerintah sebagai individu yang bebas bertindak, terlepas dari anggota masyarakat lainnya.

3. Teori Peacock dan Wiseman

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

Teori mikro mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang publik dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang publik. Interaksi antara permintaan dan penawaran untuk barang publik menentukan jumlah barang publik yang akan disediakan melalui anggaran belanja. Jumlah barang publik yang akan disediakan tersebut selanjutnya akan menimbulkan permintaan akan barang lain.

Perkembangan pengeluaran pemerintah dapat dijelaskan dengan beberapa faktor dibawah ini :

1. Perubahan permintaan akan barang publik
2. Perubahan dari aktivitas pemerintah dalam menghasilkan barang publik, dan juga perubahan dari kombinasi faktor produksi yang digunakan dalam proses produksi
3. perubahan kualitas barang publik
4. perubahan harga-harga faktor-faktor produksi

2.2 Pembangunan Manusia

Menurut Badan Pusat Statistik (2016) pembangunan manusia merupakan proses perluasan yang dipilih oleh masyarakat. Pada level pembangunan terdapat tiga pilihan yang paling mendasar yaitu umur panjang dan hidup sehat, memperoleh pendidikan dan hidup layak. Ketika ketiga hal mendasar tersebut tidak dapat terpenuhi, maka pilihan lain tidak dapat diakses. Treena, (2013) berpendapat bahwa pembangunan manusia pada dasarnya memiliki beberapa dimensi diantaranya :

- Pemberdayaan yang dipengaruhi oleh kapabilitas, setiap orang bebas untuk melakukan sesuatu tetapi jika tidak memiliki kapabilitas maka tidak akan menikmati kebebasan tersebut.
- Dengan bekerja sama maka akan tercipta perluasan pilihan seseorang sehingga pembangunan manusia tidak hanya terfokus pada individual melainkan pada kehidupan sosialnya.
- Kesetaraan yang berarti kesamaan peluang.
- Keberlanjutan yang berarti kesamaan peluang antar generasi.
- Keamanan dari berbagai aspek baik ancaman dari bencana maupun lainnya.

United Nation Development Program (UNDP) mendefinisikan pembangunan manusia sebagai suatu “proses” untuk mempeluas pilihan-pilihan bagi penduduk (*Human Development Report, 2009*), dalam arti bahwa manusia diberi pilihan

yang lebih banyak dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik yang menyangkut ekonomi, sosial, dan budaya.

2.3 Peranan Pemerintah

Peranan pemerintah sangatlah besar dalam sistem perekonomian sosial dalam kapitalis yang dikemukakan oleh Adam Smith, dalam perekonomian kapitalis setiap individu akan melaksanakan aktivasi yang harmonis seakan-akan diatur oleh tangan-tangan gaib. Adam Smith menyatakan bahwa ruang lingkup aktivitas pemerintah sangat terbatas, yaitu hanya melaksanakan kegiatan yang tidak dilaksanakan oleh pihak swasta. Peran pemerintah meliputi 3 ruang saja :

1. Melaksanakan peradilan
2. Melaksanakan pertahanan/keamanan
3. Melaksanakan pekerjaan umum

Dalam perekonomian modern, peranan pemerintah dapat di klasifikasi dalam 3 golongan besar yaitu :

1. Peranan alokasi, yaitu peranan pemerintah dalam alokasi sumber-sumber ekonomi
2. Peranan distribusi
3. Peranan stabilisasi

2.4 Angka Harapan Hidup

Angka Harapan Hidup merupakan salah satu indikator pembangunan manusia. Dalam berbagai publikasi Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan bagian dari pembangunan di bidang kesehatan yang menunjukkan jumlah tahun hidup yang diharapkan dapat dinikmati penduduk suatu wilayah. Semakin tinggi AHH maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik, begitu pula sebaliknya. AHH di 10 Provinsi Sumatra mencapai 71,51 tahun dan hal ini berarti bahwa setiap bayi yang lahir hidup di Indonesia mempunyai harapan untuk bertahan hidup sampai usia 71 tahun. Indikator AHH yaitu AKB, persentase penduduk dengan keluhan kesehatan, persentase penduduk yang sakit, rata-rata lamanya penduduk sakit,

persentase penduduk mengobati sendiri penyakitnya, persentase kelahiran yang ditolong oleh tenaga medis, persentase balita yang kurang gizi, persentase rumah tangga yang memiliki akses ke sumber air minum bersih, persentase penduduk tanpa adanya akses terhadap fasilitas kesehatan, persentase rumah tangga tanpa adanya akses terhadap sanitasi. Sedangkan unsur-unsur standar hidup yaitu jumlah penduduk yang bekerja, jumlah pengangguran terbuka, jumlah dan persentase penduduk miskin, dan PDRB riil per kapita (Bhakti, 2012). AHH dijadikan indikator dalam mengukur kesehatan suatu individu di suatu daerah.

AHH adalah rata-rata perkiraan banyak tahun yang di tempuh seseorang selama hidup. AHH dihitung menggunakan pendekatan tak langsung (*indirect estimation*). Ada dua jenis data yang digunakan dalam perhitungan AHH yaitu Anak Lahir Hidup (ALH) dan Anak Masih Hidup (AMH) rumah tangga tanpa adanya akses terhadap sanitasi. Sedangkan unsur-unsur standar hidup yaitu jumlah penduduk yang bekerja, jumlah pengangguran terbuka, jumlah dan persentase penduduk miskin, dan PDRB riil perkapita (Bhakti, 2012).

Sementara itu untuk menghitung AHH digunakan nilai maksimum harapan hidup sesuai UNDP, dimana angka tertinggi sebagai batas atas untuk menghitung indeks dipakai 85 tahun dan terendah 25 tahun (standar UNDP) (UNDP, 2010). AHH adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas (kematian) menurut umur. Angka ini adalah angka pendekatan yang menunjukkan kemampuan hidup lebih lama. Usia harapan hidup dapat panjang jika status kesehatan, gizi, dan lingkungannya yang baik. Dengan memasukkan informasi mengenai pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, rasio jumlah dokter, sanitasi dan PDRB Perkapita variabel diharapkan akan mencerminkan Angka Harapan Hidup serta mencerminkan kesejahteraan masyarakat.

2.5 Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan

Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. (Kuncoro, 2000). Menurut Tjiptoherijanto, dalam (Astri,2013) melihat mutu manusia dari sisi kesehatan dimana kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sumber daya manusia, dengan kata lain aspek kesehatan turut mempengaruhi kualitas manusia.

Todaro and Smith, (2003) bahwa pengeluaran pemerintah pada sektor anggaran kesehatan yang dikeluarkan untuk memenuhi salah satu hak dasar untuk memperoleh pelayanan kesehatan berupa fasilitas dan pelayanan kesehatan merupakan prasyarat bagi peningkatan produktivitas masyarakat.

Pada sektor kesehatan, Undang-Undang di Indonesia yang mengatur mengenai anggaran kesehatan adalah UU No 36 tahun 2009 yang menyebutkan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah pusat dialokasikan minimal 5 persen dari APBN di luar gaji, sementara besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi dan Kabupaten/Kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji. (Sahrah,2007) pengeluaran untuk bidang kesehatan diharapkan mampu meningkatkan Angka Harapan Hidup maupun menurunkan angka kematian ibu hamil dan bayi sebagai salah satu komponen dalam penentuan pembangunan manusia.

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

- a. Pelayanan kesehatan,jasa-jasa sanitasi seperti air,sanitasi,pengawasan polusi lingkungan,keselamat kerja dan lain-lain.
- b. Rumah sakit,institusi kesejahteraan sosial.
- c. Pendidikan,pelatihan-pelatihan,penelitian medis murni.
- d. Pekerjaan medis-sosial,kerja sosial.
- e. Praktisi medis yang mendapatkan pendidikan formal,penyedia pelayanan kesehatan tradisional.

Wasisto and 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

2.6.Rasio Jumlah Dokter Terhadap Penduduk Yang Terlayani

Rasio tenaga kesehatan dokter menunjukkan seberapa besar ketersediaan tenaga kesehatan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk. Semakin tinggi nilai rasio tenaga kesehatan dokter terhadap penduduk yang terlayani maka akan menurunkan Angka Harapan Hidup,sebaliknya semakin rendah nilai rasio tenaga kesehatan dokter terhadap penduduk yang terlayani maka akan semakin baik dalam peningkatan Angka Harapan Hidup.Rasio tenaga kesehatan terhadap populasi adalah salah satu perhitungan yang paling umum digunakan dalam penilaian dan perencanaan layanan kesehatan karena memungkinkan perbandingan antar wilayah dan subregional dengan ukuran populasi yang berbeda dan mudah dalam perhitungan,tetapi masih menawarkan ketidaksetaraan relatif yang cukup baik (Anand and WHO,2010).

2.7. Sanitasi Layak di Rumah Tangga

Sanitasi adalah prilaku disengaja dalam pembudayaan hidup bersih dengan maksud mencegah manusia bersentuhan langsung dengan kotoran dan bahan buangan berbahaya lainnya dengan harapan usaha ini akan menjaga dan meningkatkan kesehatan manusia.Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia.(Guidelines on sanitation and health, 2018) definisi sanitasi dari WHO merujuk kepada penyediaan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia seperti urine dan faeces. Istilah sanitasi juga mengacu kepada pemeliharaan kondisi higienis melalui upaya pengelolaan

sampah dan pengolahan limbah cair. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit. Kesehatan menjadi modal manusia untuk berfikir dan bekerja secara produktif. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit. Angka Harapan Hidup mencerminkan derajat kesehatan masyarakat, sehingga menjadi salah satu alat ukur untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Menurut Kementerian Kesehatan RI dalam Jamaludin (2018) definisi rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak adalah apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan, antara lain dilengkapi dengan jenis kloset leher angsa atau plengsengan dengan tutup dan memiliki tempat pembuangan akhir tinja tangki (septic tank) atau Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL), dan merupakan fasilitas buang air besar yang digunakan sendiri atau bersama. Metode pembuangan tinja yang baik yaitu menggunakan jamban dengan syarat sebagai berikut:

1. Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi.
2. Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur.
3. Tidak boleh terkontaminasi air permukaan.
4. Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain.
5. Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar, atau bila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin.
6. Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang.
7. Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

Persentase santasi rumah tangga layak yang menerapkan kebijakan perilaku hidup bersih dan sehat yang semakin meningkat dapat diartikan bahwa meningkatnya pula individu, keluarga dan masyarakat yang sadar akan pentingnya kesehatan dalam hidupnya. Semakin tinggi persentase sanitasi rumah tangga yang menerapkan kebijakan PHBS (Prilaku Hidup Bersih dan Sehat) akan meningkatkan tingkat kesehatan yang dapat mencerminkan meningkatnya juga Angka Harapan Hidup.

2.8. Produk Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB Perkapita)

Pendapatan Perkapita yaitu pendapatan rata-rata penduduk suatu daerah sedangkan pendapatan Nasional merupakan nilai produksi barang-barang dan jasa jasa yang diciptakan dalam suatu perekonomian di dalam masa satu tahun. PDRB merupakan ukuran yang sifatnya global dan merupakan alat ukur pertumbuhan ekonomi yang kurang tepat, karena belum dapat mencerminkan kesejahteraan penduduk yang sesungguhnya, padahal sesungguhnya kesejahteraan harus dinikmati oleh setiap penduduk di negara atau daerah yang bersangkutan (Suartha, 2017). Pendapatan Perkapita merupakan gambaran dari rata-rata pendapatan yang diterima oleh setiap penduduk selama satu tahun di suatu daerah akibat adanya proses produksi, dengan pendapatan perkapita yang tinggi, masyarakat akan mampu mengeluarkan konsumsinya lebih banyak untuk pendidikan (Todaro, 2006). Pendapatan perkapita ini merupakan salah satu tolak ukur kesejahteraan dari suatu daerah. Daerah yang memiliki nilai pendapatan yang lebih tinggi belum tentu lebih sejahtera bila dibandingkan dengan daerah yang berpendapatan rendah dikarenakan jumlah penduduk menentukan tingkat kesejahteraan dari daerah tersebut.

Pendapatan perkapita adalah pendapatan rata-rata penduduk suatu negara (Untoro, 2010). Pendapatan perkapita menunjukkan tingkat pendapatan masyarakat dalam suatu negara. Variabel yang digunakan untuk menghitung pendapatan perkapita adalah Produk Nasional Bruto dan jumlah penduduk. Secara matematis, rumus perhitungan pendapatan perkapita adalah sebagai berikut: Pendapatan perkapita = Produk Nasional Bruto (GNP) / Jumlah Penduduk. Pendapatan perkapita ini merupakan salah satu tolak ukur kesejahteraan dari suatu daerah.

B. Tinjauan Empiris

Tinjauan empiris dari penelitian terdahulu di jelaskan secara sistematis tentang hasil penelitian yang telah dilakukan dan berhubungan dengan penelitian yang akan dilakukan. Tinjauan empiris diuraikan dalam tabel

Tabel 1.6 Tinjauan Empiris

Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Reza Perkasa Felangi dan I.G.W.Murjana Yasa 2021	<i>“Analisis Beberapa Variabel Yang Berpengaruh Terhadap Angka Harapan Hidup di Kabupaten/Kota di Provinsi Bali”</i>	Metode Analisis jalur dan uji sobel Variabel PDRB perkapita, rata-rata lama sekolah, rasio jumlah dokter, serta perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan AHH	Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa PDRB perkapita berpengaruh positif dan signifikan terhadap PHBS. Rata-rata lama sekolah tidak berpengaruh terhadap PHBS. Rasio jumlah dokter berpengaruh positif dan signifikan terhadap PHBS. PDRB perkapita berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup. Rata-rata lama sekolah tidak berpengaruh terhadap angka harapan hidup. Rasio jumlah dokter berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup. PHBS berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup. PHBS mampu memediasi serta memperkuat PDRB perkapita, rata-rata lama sekolah dan rasio jumlah dokter terhadap angka harapan hidup.
Fitri Pratiwi dan Budyandra 2019	<i>“Analisis Determinan Angka Harapan Hidup di Provinsi Maluku tahun 2015-2017”</i>	Metode Regresi data Panel Variabel PDRB perkapita, akses	Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa variabel PDRB per kapita, akses rumah tangga terhadap air bersih, dan rasio puskesmas per

		rumah tangga terhadap air bersih, rasio puskesmas perkecamatan.	kecamatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap AHH di Provinsi Maluku
Nanda rahmi dan Afdhal putera 2019	<i>“Kesejahteraan Pemerintah Sektor Kesehatan dan Harapan Hidup di Provinsi Aceh</i>	Metode Regresi data Panel Variabel Perilaku hidup bersih dan sehat, pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, PDRB, dan AHH.	Hubungan ini menjelaskan bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan mampu meningkatkan angka harapan hidup, sehingga pemerintah kabupaten dan kota di Aceh perlu untuk menjaga kualitas dan konsistensi pengeluaran atas sektor ini. Di samping itu, keberadaan besaran koefisien PDRB yang lebih besar dari koefisien pengeluaran pemerintah, mengarahkan pemerintah juga perlu untuk menjaga tumbuhnya PDRB di wilayah masing-masing.
Astri Vonita Ardiyanti, Sunlip Wibisono, Aisah Jumiati. 2014	<i>“Faktor-faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Kabupaten Jember”</i>	Metode Analisis kuantitatif berupa analisis regresi berganda. Variabel Pendidikan, pelayanan kesehatan, PHBS, PDRB, AHH.	Hasil Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan, pelayanan kesehatan, PHBS, dan PDRB berpengaruh terhadap angka harapan hidup. Berpengaruh secara simultan ditunjukkan dengan nilai probabilitas F hitung 0,001240 lebih kecil dari level signifikan $\alpha(5\%)$ yang berarti bahwa pendidikan, pelayanan kesehatan, PHBS, dan PDRB secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap angka harapan hidup di Kabupaten Jember.

Riyan muda, Rosalina koleangan, Josep bintang kalangi. 2019	<i>“Pengaruh Angka Harapan Hidup Tingkat Pendidikan dan Pengeluaran Perkapita Terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Sulawesi Utara pada tahun 2003-2017”</i>	Metode analisis regresi berganda Variabel Pendidikan, kesehatan, pengeluaran perkapita, pertumbuhan ekonomi	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa indikator tingkat pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi, indikator kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi, dan pengeluaran per kapita berpengaruh positif dan signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi
M.Angga Wicaksono 2016	<i>“Analisis Efisiensi Belanja Daerah di Provinsi Jawa Barat pada Anggaran Bidang Pendidikan dan Kesehatan pada tahun 2009-2013”</i>	Metode analisis Data Envelopment Analysis (DEA). Variabel Angka melek huruf, Rata-rata lama sekolah, Jumlah puskesmas, rasio jumlah dokter, Angka harapan hidup	Menunjukkan skor rata-rata efisiensi dalam lima tahun penelitian belum efisien. Kota Bandung mampu meraih efisiensi secara keseluruhan di semua tahun penelitian pada bidang pendidikan. Untuk bidang kesehatan, tidak ada satupun daerah yang mampu meraih efisiensi secara keseluruhan di seluruh tahun penelitian. Inefisiensi yang terjadi di daerah lainnya menunjukkan bahwa adanya pengalokasian sumber daya yang buruk karena lemahnya sistem kelola/manajemen pemerintah.
Eka dian puspitasaki 2016	<i>“Analisis Efisiensi Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah tahun 2012-2014”</i>	Metode analisis Data Envelopment Analysis (DEA). Variabel Angka kematian bayi,	menunjukkan bahwa hanya 11 daerah kabupaten/kota yang telah mencapai kondisi efisien sempurna. Daerah tersebut adalah Kabupaten Magelang,

angka kematian ibu, angka harapan hidup, pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, jumlah puskesmas, jumlah perawat/bidan.	Pati, Jepara, Demak, Semarang, Pemalang, Tegal, Brebes, Kota Salatiga, Kota Semarang, dan Kota Pekalongan. Ini membuktikan bahwa secara teknis sistem, sebagian besar kabupaten/kota dalam penggunaan input berupa fasilitas dan layanan kesehatan dalam menghasilkan derajat kesehatan yang baik masih kurang optimal.
---	---

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah penelitian ini merupakan gabungan ide-ide dari penelitian terdahulu yang disatukan dan diperbaharui baik dari tempat penelitiannya, waktu penelitian, dan variabel-variabel independen yang dipakai.

C. Kerangka Pemikiran

Berdasarkan BPS, Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan dan program sosial lainnya. UNDP (*United Nation Development Programme*) “Mendefinisikan pembangunan manusia sebagai suatu proses untuk memperluas pilihan-pilihan bagi penduduk.

Dalam konsep tersebut penduduk ditempatkan sebagai tujuan akhir (*the ultimated end*) sedangkan upaya pembangunan dipandang sebagai sarana (*principal means*) untuk mencapai tujuan itu. Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan manusia, empat hal pokok yang perlu diperhatikan adalah produktivitas,

pemerataan, kesinambungan, pemberdayaan (UNDP, 1995). Terkait dengan kualitas hidup terdapat unsur Angka Harapan Hidup (AHH) di dalamnya. Hal ini sesuai dengan fungsi pemerintah yang pertama yaitu fungsi alokasi dimana pemerintah mengeluarkan anggaran untuk kesejahteraan masyarakat.

Menurut (Yefriza,2015),pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan menjadi faktor penting dalam peningkatan AHH melalui hal tersebut, berarti bahwa pemerintah memiliki peran dalam menentukan besaran pembiayaan/pengeluaran yang dianggap tepat untuk menghasilkan sumber daya yang berkualitas. Selain pengeluaran pemerintah bidang pendidikan dan kesehatan yang mempengaruhi AHH di suatu daerah, pendapatan perkapita juga dapat mempengaruhi AHH.Pendapatan perkapita di suatu daerah memberikan gambaran mengenai kesejahteraan masyarakat diberbagai negara dan juga dapat menggambarkan perubahan corak perbedaan tingkat kesejahteraan masyarakat yang sudah terjadi di antara berbagai negara (Wyshak,2014).

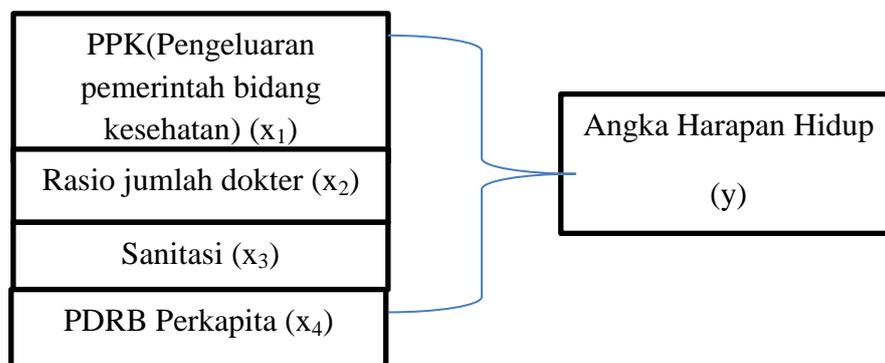
Semakin tinggi tingkat pendapatan seseorang maka akan semakin tinggi kepedulian seseorang akan pentingnya AHH,hal ini sejalan dengan semakin tingginya PDRB Perkapita semakin sejahtera penduduk suatu wilayah. (Jhingan,2002) menyatakan bahwa apabila pertumbuhan pendapatan perkapita tinggi berarti terdapat lebih banyak pekerjaan yang lebih baik dan tingkat pendapatan yang lebih tinggi.

Di Indonesia kesehatan merupakan salah satu hal yang sangat diperhatikan oleh pemerintah,melalui program BPJS misalnya pemerintah menawarkan bantuan pengobatan kepada masyarakat kurang mampu atau menengah kebawah. Dalam pelayanan kesehatan,masalah yang menyangkut kualitas pelayanan menjadi lebih pelik,berhubung dalam manajemen pelayanan kesehatan tidak saja terkait beberapa kelompok manusia,tetapi juga sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri. Untuk itu sangat diperlukannya peran tenaga medis untuk melaksanakan tugas pemerintahan tersebut. Dimana pemerintah berkeinginan untuk menciptakan suatu pelayanan yang baik, yang cepat, tepat, efektif dan efisien kepada masyarakat (Ariany, 2017).

Amanat Undang-undang No 36 Tahun 2014 adalah pendayagunaan tenaga kesehatan yang mengatur penempatan tenaga kesehatan di rumah sakit sesuai dengan syarat dan ketentuan yang ditetapkan menurut jumlah dan jenis tenaga kesehatannya berdasarkan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan. Tenaga medis atau dokter dalam penelitian ini merupakan gambaran fasilitas kesehatan. Dokter sangat dibutuhkan guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat dibidang kesehatan, namun penyebaran dokter di 10 Provinsi Sumatra masih kurang merata. (Celleti, 2011) mengatakan bahwa kebutuhan untuk meningkatkan rasio jumlah dokter di negara-negara berkembang seperti Indonesia diakui menjadi masalah di bidang kesehatan.

Faktor lain yang diduga berpengaruh terhadap Angka Harapan Hidup adalah lingkungan yang sehat persentase santasi rumah tangga yang menerapkan kebijakan perilaku hidup bersih dan sehat yang semakin meningkat dapat diartikan bahwa meningkatnya pula individu, keluarga dan masyarakat yang sadar akan pentingnya kesehatan dalam hidupnya. Semakin tinggi persentase sanitasi rumah tangga yang menerapkan kebijakan PHBS akan meningkatkan tingkat kesehatan yang dapat mencerminkan meningkatnya juga angka harapan hidup. PHBS di rumah tangga dilakukan untuk mencapai rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku hidup bersih dan sehat seseorang sangat berkaitan dengan peningkatan kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungannya. Belum diketahui bahwa status kesehatan individu erat kaitanya dengan perilakunya, semakin baik perilaku yang berhubungan dengan kesehatan maka status kesehatannya akan semakin baik (Umaroh, 2016).

Bagan kerangka pemikiran dapat dilihat pada gambar 1.



D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka pemikiran tersebut, maka hipotesis sementara dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Diduga Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan(PPK) tidak berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH
2. Diduga rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani berpengaruh secara negatif dan signifikan terhadap AHH
3. Diduga sanitasi berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH
4. Diduga PDRB Perkapita berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap AHH
5. Diduga PPK,rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani ,sanitasi,dan PDRB perkapita berpengaruh secara bersama-sama signifikan terhadap AHH

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif dikarenakan penelitian ini menjelaskan peristiwa yang terjadi pada saat ini guna memecahkan permasalahan dengan menggunakan data-data yang ada. Penelitian ini menggunakan pengujian hipotesis serta formulasi statistika yang akan digunakan, hal ini disebabkan penelitian ini hanya memerlukan pengujian dan hipotesis berdasarkan teori yang telah ada atau diciptakan.

B. Data Dan Sumber Data

Berdasarkan sumber data dapat dibedakan menjadi data primer dan sekunder. Pada penelitian ini menggunakan data sekunder dikarenakan data ini diperoleh dari sumber instansi terkait seperti Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan (kemenkes), profil kesehatan provinsi, jurnal ilmiah dan sumber lainnya yang berkaitan dengan penelitian ini.

Tabel 1.7 Data dan Sumber Data.

No	Data	Sumber data	Satuan
1.	AHH(Angka Harapan Hidup)	BPS	Tahun
2	PPK(Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan)	Kemenkes	Juta Rupiah
3	Rasio jumlah dokter	Profil kesehatan provinsi	Jiwa
4	Sanitasi layak di rumah tangga	Kemenkes	Persen
5	PDRB Perkapita	BPS	Ribu rupiah

C. Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini menggunakan populasi 10 Provinsi di Pulau Sumatra pada tahun 2016-2019 10 Provinsi diantaranya:

1. Aceh
2. Sumatra Utara
3. Sumatra Barat
4. Riau
5. Jambi
6. Sumatra Selatan
7. Bengkulu
8. Lampung
9. Kep.Bangka Belitung
10. Kep.Riau

D. Definisi Operasional Variabel

A. Variabel Terikat

1 Angka Harapan Hidup (AHH)

Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini. AHH 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 di lingkungan masyarakatnya. AHH merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya.

Data AHH yang digunakan diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) dengan menggunakan tahun 2016-2019. Sementara itu untuk menghitung AHH digunakan nilai Maksimum Harapan Hidup sesuai UNDP, dimana angka tertinggi sebagai batas atas untuk perhitungkan indeks dipakai 85 tahun dan terendah 25 tahun (standar UNDP) (UNDP, 2010).

AHH adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas (kematian) menurut umur. Angka ini adalah angka pendekatan yang menunjukkan kemampuan hidup lebih lama. Usia harapan hidup dapat panjang jika status kesehatan, gizi, dan lingkungannya yang baik.

B. Variabel Bebas

1 PPK (Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan)

Besarnya pengeluaran pemerintah 10 Provinsi di Sumatra untuk sektor kesehatan dari anggaran APBD yang dialokasikan untuk sektor kesehatan provinsi di sumatra. Data pengeluaran pemerintah sektor kesehatan diperoleh dari profil kesehatan provinsi dengan menggunakan data tahun 2016-2019 dengan satuan juta rupiah. Undang-undang di Indonesia yang mengatur mengenai anggaran kesehatan adalah UU No 36 tahun 2009 yang menyebutkan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah pusat dialokasikan minimal 5 persen dari APBN di luar gaji, sementara besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi dan Kabupaten/Kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji.

2 Rasio Jumlah Dokter Terhadap Penduduk Yang Terlayani

Rasio tenaga kesehatan dokter menunjukkan seberapa besar ketersediaan tenaga kesehatan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk. Semakin tinggi nilai rasio tenaga kesehatan dokter, semakin besar ketersediaan tenaga kesehatan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk. Data rasio jumlah dokter dalam penelitian ini menggunakan data jumlah keseluruhan dokter umum terhadap jumlah penduduk di 10 Provinsi Sumatra. Hasil yang diperoleh rasio 1 dokter dapat melayani jumlah jiwa penduduk dalam satu Provinsi di Sumatra. Nilai tersebut yang digunakan dalam variabel untuk nilai jumlah penduduk yang terlayani oleh 1 orang dokter.

3 Sanitasi Layak di Rumah Tangga

Definisi sanitasi dari WHO merujuk kepada penyediaan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia seperti urine dan faeces. Istilah sanitasi juga

mengacu kepada pemeliharaan kondisi higienis melalui upaya pengelolaan sampah dan pengolahan limbah cair. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Dalam penelitian ini menggunakan data sanitasi layak pada rumah tangga pada tahun 2016-2019 diperoleh dari profil kesehatan provinsi dengan satuan persen (%). Kriteria rumah tangga dengan sanitasi layak adalah jamban sehat permanen, jamban sehat semi permanen dan sharing/komunal. Jamban sharing/komunal merupakan jamban yang digunakan bersama dalam masyarakat (pengguna lebih dari satu keluarga). Jamban sehat semi permanen belum menggunakan konstruksi leher angsa tetapi memiliki tutup dan terletak di dalam rumah. Jamban sehat permanen adalah jamban yang sudah menggunakan konstruksi leher angsa dan terletak di dalam rumah, dengan rumus yang digunakan yaitu :

$$PLSL = \frac{JRTL}{JRTS} \times 100\%$$

JRTS

Keterangan :

PLSL : Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak.

JRTL : Jumlah rumah tangga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi layak

JRTS : Jumlah rumah tangga seluruhnya

4 PDRB Perkapita (Produk Domestik Regional Bruto Perkapita)

Pendapatan perkapita merupakan gambaran dari rata-rata pendapatan yang diterima oleh setiap penduduk selama satu tahun di suatu daerah akibat adanya proses produksi, dengan pendapatan perkapita yang tinggi, masyarakat akan mampu mengeluarkan konsumsinya lebih banyak untuk pendidikan (Todaro, 2006). Data PDRB Perkapita diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) dengan menggunakan tahun 2016-2019 dengan satuan ribu rupiah. Hal ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang seberapa besar nilai tambah yang diterima tiap-tiap penduduk, sehingga secara tidak langsung akan menggambarkan tingkat kesejahteraan penduduk di daerah/wilayah bersangkutan. Semakin besar nilai

PDRB Perkapita, maka dapat dikatakan suatu daerah/wilayah makin sejahtera atau makmur.

E. Metode Analisis

1. Model Regresi

Penelitian ini menggunakan teknik model regresi data panel, yaitu penggabungan cross section dan time series. Data cross section adalah data observasi pada beberapa subjek penelitian dalam satu waktu, misalnya dalam satu tahun. Sedangkan data time series adalah data observasi pada satu subjek penelitian diamati dalam satu periode waktu, misalnya selama sembilan tahun. Dalam data panel, observasi dilakukan pada beberapa subjek analisis dari waktu ke waktu. Persamaan model dengan menggunakan data cross section ditunjukkan oleh :

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \epsilon_i ; i = 1, 2, \dots, n$$

Di mana n merupakan jumlah data cross section. Sedangkan persamaan model dengan time series dapat ditulis sebagai berikut :

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 X_t + \epsilon_t ; t = 1, 2, \dots, t$$

Di mana t merupakan jumlah data time series. Sehingga persamaan data panel yang merupakan gabungan dari data cross section dan time series dapat ditulis sebagai berikut :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + \epsilon_{it}$$

$$i = 1, 2, \dots, N ; t = 1, 2, \dots, T$$

Dalam model tersebut, Y merupakan variabel terikat sedangkan X merupakan variabel bebas, n menunjukkan banyaknya observasi sedangkan t menunjukkan banyaknya waktu yang dianalisis. Sehingga variabel-variabel dalam penelitian ini diaplikasikan dalam sebuah model sebagai berikut :

$$AHH_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{LogPPK}_{it} + \beta_2 \text{RasioDokter}_{it} + \beta_3 \text{IndeksSanitasi}_{it} + \beta_4 \text{LogPDRB} \\ \text{Perkapita}_{it} + \mu_{it}$$

Dimana :

AHH : Angka Harapan Hidup

LogPPK : Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan

Rasio Dokter : Rasio Jumlah Dokter Terhadap Penduduk Terlayani

Indeks Sanitasi : Sanitasi

LogPDRB perkapita : Produk Domestik Regional Bruto Perkapita

μ_{it} : *error term*

i menunjukkan subjek ke- i , sedangkan t menunjukkan tahun ke- t .

Beberapa kelebihan data panel menurut Gujarati :

- Teknik estimasi data panel dapat mengatasi heterogenitas dalam setiap unit secara eksplisit dengan memberikan variabel spesifik subjek.
- Penggabungan observasi *time series* dan *cross section* memberikan lebih banyak informasi, lebih banyak variasi, sedikit kolinearitas antarvariabel, lebih banyak *degree of freedom* dan lebih efisien.
- Dengan mempelajari observasi *cross section* berulang-ulang, data panel sangat cocok untuk mempelajari dinamika perubahan.
- Data panel paling baik untuk mendeteksi dan mengukur dampak yang secara sederhana tidak bisa dilihat pada data *time series* murni atau *cross section* murni.

Dalam regresi data panel terdapat tiga teknik yang bisa digunakan yaitu model dengan metode OLS (*common*), model *Fixed Effects* dan model *Random Effect* (Gujarati, 2013). Pemilihan model yang akan dipakai, diseleksi dengan uji spesifikasi model. Terdapat dua uji spesifikasi yaitu efek tetap (*fixed effects*) atau efek random (*random effect*). Uji spesifikasi bertujuan untuk menentukan model analisis data panel yang akan digunakan.

- **Uji Chow**

Uji Chow digunakan untuk memilih antara model *fixed effect* atau model *common effect* yang sebaiknya dipakai.

H_0 : *Common Effect*

H_a : *Fixed Effect*

Apabila hasil uji spesifikasi ini menunjukkan probabilitas *Chi-square* lebih dari 0,05 maka model yang dipilih adalah *common effect*. Sebaliknya, apabila probabilitas *Chi-square* kurang dari 0,05 maka model yang sebaiknya dipakai adalah *fixed effect*.

- **Uji Hausman**

Ketika model yang terpilih adalah *Fixed Effect* maka perlu dilakukan pengujian kembali, yaitu uji Hausman untuk mengetahui apakah sebaiknya memakai *fixed effect model* (FEM) atau *random effect model* (REM). Manakah model terbaik dari *fixed effect / random effect model*. Dalam FEM setiap obyek memiliki intersep yang berbeda-beda, akan tetapi intersep masing-masing obyek tidak berubah seiring waktu. Hal ini disebut dengan *time-invariant*. Sedangkan dalam REM, intersep (bersama) mewakili nilai rata-rata dari semua intersep (*cross section*) dan komponen mewakili deviasi (acak) dari intersep individual terhadap nilai rata-rata tersebut (Gujarati, 2013).

Hipotesis dalam uji Hausmann sebagai berikut :

H_0 : *Random Effect Model*

H_a : *Fixed Effect Model*

Jika H_0 ditolak maka kesimpulannya sebaiknya memakai FEM. Karena REM kemungkinan berkorelasi dengan satu atau lebih variabel bebas. Sebaliknya, apabila H_a ditolak, maka model yang sebaiknya dipakai adalah REM.

- **Uji Langrange Multiplier**

Uji LM digunakan untuk membandingkan apakah *random effect* model lebih baik daripada *common effect model*. Uji signifikansi Random Effect ini dikembangkan oleh Breusch Pagan. Metode Breusch Pagan untuk menguji signifikansi Random Effect didasarkan pada nilai residual dari metode *Common Effect*. Adapun nilai statistik LM dihitung berdasarkan formula sebagai berikut. Hipotesis dari Uji LM adalah :

H_0 : *model common effect* ; p-value lebih > nilai α .

H_a : *model random effect* ; p-value < nilai α .

2. Uji Asumsi Klasik

Uji Asumsi Klasik adalah persyaratan statistik yang harus dipenuhi pada analisis regresi linier berganda yang berbasis *Ordinary Least Square* (OLS), yang di dalamnya meliputi Autokorelasi, Heteroskedastisitas, deteksi Multikolinearitas, dan Normalitas. Dalam data panel uji yang digunakan hanya Multikolinearitas dan Heteroskedastisitas. Menurut (Gujarati, 2009) menyimpulkan bahwa keunggulan lain pada data panel yaitu data panel memiliki implikasi tidak harus dilakukan pengujian asumsi klasik, maka data panel tidak perlu melakukan pengujian asumsi klasik seperti normalitas atau autokorelasi. Penjelasan lain mengapa tidak membutuhkan pengujian autokorelasi.

Menurut Baltagi (2008), uji autokorelasi dan normalitas sebaiknya tidak dilakukan karena hasilnya tidak akan memberikan makna sama sekali. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya uji normalitas digunakan hanya pada data primer dan uji autokorelasi untuk data *time series* dengan periode waktu yaitu 20 sampai 30 tahun lebih. Uji Autokorelasi digunakan untuk menguji apakah model regresi linear ada korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pengganggu pada periode sebelumnya.

Metode *Generalized Least Square* (GLS) adalah sebuah metode untuk membuang autokorelasi urutan pertama pada sebuah estimasi persamaan regresi. Hal ini juga ditegaskan oleh Sarwoko (2005:144), bahwa “penggunaan metode GLS dapat menekan adanya autokorelasi yang biasanya timbul dalam kesalahan estimasi varian sehingga dengan metode GLS masalah autokorelasi dapat diatasi.” Selain daripada itu, Gujarati (2003:450) juga menyatakan bahwa “penggunaan metode GLS dapat menekan autokorelasi yang biasanya timbul dalam rumus OLS (*Ordinary Least Square*) sebagai akibat dari kesalahan estimasi varians.

a. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel terikat dan variabel bebas kedua-duanya berdistribusi normal atau tidak. Pengambilan keputusan dengan Jarque-Bera test atau J-B test yaitu apabila probabilitas $>5\%$, maka variabel-variabel tersebut berdistribusi normal.

b. Uji Multikolinieritas

Uji multikolinieritas bertujuan menguji apakah model regresi terdapat korelasi antar variabel bebas atau tidak. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel bebas. Apabila variabel bebas saling berkorelasi, maka variabel-variabel tidak ortugal. Variabel tidak ortugal adalah variabel bebas yang nilai korelasi antar sesama variabel bebas sama dengan nol. Menurut Gujarati (2013), jika koefisien korelasi antarvariabel bebas lebih dari 0,8 maka dapat disimpulkan bahwa model mengalami masalah multikolinieritas. Sebaliknya, koefisien korelasi kurang dari 0,8 maka model bebas dari multikolinieritas.

c. Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika varians dari nilai residual antar pengamatan tetap, maka kondisi ini disebut homokedastis. Akan tetapi jika berbeda, maka disebut heteroskedastis. Model regresi yang baik adalah model yang bersifat homokedastis. Untuk mendeteksi adanya heteroskedastis adalah dengan meregresi model dengan log residu kuadrat sebagai variabel terikat.

H_0 : homokedastis

H_a : heteroskedastis

Apabila, probabilitas dari masing-masing variabel bebas lebih dari 0,05 maka terjadi penerimaan terhadap H_0 . Sehingga tidak terdapat heteroskedastis pada model tersebut atau hasilnya data dalam kondisi homokedastis.

3. Uji Hipotesis

a. Uji Simultan (F)

Uji F digunakan untuk mengetahui besarnya pengaruh dari seluruh variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Apabila nilai prob $F < \text{taraf sig } 5\%$, maka dapat disimpulkan bahwa variabel bebas secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat.

b. Uji Parsial (t)

Uji parsial digunakan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh variabel bebas secara individual dalam menjelaskan variabel terikat. Uji ini dilakukan dengan melihat probabilitas t hitung, ketika $\text{prob} < \text{taraf sig } 5\%$, maka H_0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan variabel bebas tersebut signifikan mempengaruhi variabel terikat

c. Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi atau *goodness of fit* digunakan untuk mengetahui seberapa jauh kemampuan model dalam menjelaskan variasi variabel terikat. Nilai dari R^2 berada pada rentang 0-1. Semakin tinggi angka tersebut maka semakin baik model yang dibuat dan sebaliknya.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian dengan judul Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Rasio Jumlah Dokter, Sanitasi dan PDRB Perkapita terhadap Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra tahun 2016-2019 adalah sebagai berikut :

1. Pengeluaran pemerintah bidang sektor kesehatan tidak signifikan mempengaruhi Angka Harapan Hidup (AHH) di 10 Provinsi Sumatra, artinya pengeluaran pemerintah sektor kesehatan secara langsung belum bisa dikatakan dapat mempengaruhi kenaikan Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra pada tahun 2016-2019. Berdasarkan fakta dilapangan dapat dikatakan bahwa pengalokasian pengeluaran pemerintah bidang kesehatan dalam pelayanan kesehatan belum tersalurkan secara merata dalam artian belum semua masyarakat dapat memperolehnya.
2. Rasio jumlah dokter terhadap penduduk yang terlayani mempengaruhi secara negatif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) di 10 Provinsi Sumatra, artinya apabila jumlah penduduk yang terlayani oleh 1 dokter meningkat maka akan menurunkan Angka Harapan Hidup, dengan kata lain jika jumlah penduduk yang terlayani oleh 1 dokter kurang dari 1:1000 maka akan meningkatkan Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra tahun 2016-2019 dikarenakan semakin sedikitnya jumlah penduduk yang terlayani maka pelayanan kesehatan akan semakin baik dalam meningkatkan Angka Harapan Hidup.
3. Sanitasi layak di rumah tangga mempengaruhi secara positif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup (AHH) di 10 Provinsi Sumatra tahun

2016-2019, artinya dengan adanya peningkatan sanitasi yang layak dalam rumah tangga maka akan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan lingkungannya hal ini akan meningkatkan Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra pada tahun 2016-2019.

4. PDRB Perkapita mempengaruhi secara positif dan signifikan terhadap Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra, artinya kenaikan PDRB Perkapita mampu menaikkan Angka Harapan Hidup di 10 Provinsi Sumatra pada tahun 2016-2019. Dapat dinyatakan bahwa pendapatan penduduk merupakan salah satu indikator yang mempengaruhi Angka Harapan Hidup, semakin tinggi pendapatan perkapita akan meningkatkan daya beli guna memperpanjang harapan hidup.

B. Saran

Berdasarkan dari hasil penelitian maka saran yang dapat disampaikan adalah :

1. Pemerintah Provinsi Sumatra Utara diharapkan dapat membuat kebijakan mengenai peningkatan Angka Harapan Hidup melalui peningkatan pendapatan perkapita, serta program-program dibidang kesehatan seperti kebijakan jaminan kesehatan, kebijakan jaminan kesehatan ibu dan anak serta kebijakan desentralisasi kesehatan dan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Pemerintah Provinsi Lampung diharapkan dapat meningkatkan jumlah dokter umum dalam bidang kesehatan sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap penduduk sesuai dengan standar ideal dari WHO 1:1000 dan angka nasional menurut Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016 Tentang Pemenuhan Hak atas Kesehatan 1:2500 sehingga dapat meningkatkan Angka Harapan Hidup di Provinsi Lampung tahun 2016-2019.
3. Pemerintah Provinsi Bengkulu diharapkan dapat meningkatkan kebijakan pada bidang kesehatan terutama kesadaran masyarakat akan berperilaku hidup bersih dan sehat seperti memiliki sanitasi yang layak dalam rumah tangga, memiliki sumber air bersih, pengolahan sampah dan limbah cair. Serta peningkatan sumber daya manusia di Provinsi Bengkulu harus

terus ditingkatkan dan dikembangkan guna dengan sumber daya manusia yang baik diharapkan dapat meningkatkan produktivitas masyarakat dalam mengelola sumber daya yang dimiliki sehingga dapat menaikkan Angka Harapan Hidup di Provinsi Bengkulu pada tahun 2016-2019.

4. Melalui peraturan pemerintah di 10 Provinsi Sumatra agar dapat lebih meningkatkan kuantitas dan kualitas produksi di segala sektor baik di bidang pertanian, peternakan, perkebunan, pertambangan sehingga mampu meningkatkan pendapatan perkapita di setiap Provinsi di Sumatra dalam meningkatkan Angka Harapan Hidup.

DAFTAR PUSTAKA

- Adjasi, Charles K.D. & Kofi A. Osei.(2007). Proverty Profile and Correlates of Proverty in Ghana.*Journal of Social Economics*,34(7):215.
- Anand, S. & WHO. 2010. *Measuring Health Workforce Inequalities: Methods and Application to China and India*. Geneva: WHO Press.
- Ardianti, Astri.V,Sunlip,Wibisono, & Aisah,J. (2015). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Kabupaten Jember*. Artikel Ilmiah Mahasiswa, Jurusan IESP Fakultas Ekonomi Universitas Jember, Jawa Timur.
- Ariany, A.(2017). Pengaruh Kualitas Pelayanan Tenaga Medis terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Kecamatan Haruai Kabupaten Tabalong Kalimantan Selatan. *E-Journal Administrasi Negara*. Vol. 5, No. 4: 6883-6896.
- Ariany, Ayu (2017). Pengaruh Kualitas Pelayanan Tenaga Medis terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Kecamatan Haruai Kabupaten Tabalong Kalimantan Selatan. *E-Journal Administrasi Negara*. Vol. 5, No. 4: 6883-6896.
- Artana, I Wayan. (2014). Tri Hita Karana Meningkatkan Kualitas Modal Manusia dari Perspektif Kesehatan. *Jurnal Piramida 10 (2):6*.
- Astri, M., Nikensari,I.S & Kuncara.W.H .(2013). Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Daerah Pada Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. *Jurnal Pendidikan dan Ekonomi Bisnis Vol 1, No.1.UNJ. Jakarta*.

- Badan Pusat Statistik (2019). *Data PDRB* . Jakarta . (diakses 18 Maret 2021)
<http://www.bps.go.id>
- Badrudin, Rudy. (2011). Pengaruh Pendapatan dan Belanja Daerah terhadap Pembangunan Manusia di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Manajemen, Akuntansi, dan Ekonomi Pembangunan*, 9(1):1.
- Baeti, N. (2013). Pengaruh Pengangguran, Pertumbuhan Ekonomi, dan Pengeluaran Pemerintah terhadap Pembangunan Manusia Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2011. *Economics Development Analysis Journal*, Volume 2, No.3. ISSN: 2252 – 6889.
- Baltagi, B. H., & Baltagi, B. H. (2008). *Econometric analysis of panel data* (Vol. 4). Chichester: John Wiley & Sons.
- Barclay, K. & Mikko, M. (2018). Parental Age and Offspring Mortality: Negative Effects of Reproductive Ageing May be Counterbalanced by Secular Increases in Longevity. *Population Studies*. Vol.72; No.2: 157-173; DOI:10.1080/00324728.2017.1411969
- Bhakti, Nadia Ayu. (2014). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia periode 2008-2012. *Jurnal Ekonomi dan Keuangan*. 18(4):4.
- Brata, A.G. (2004). *Komposisi Penerimaan Sektor Publik dan Pertumbuhan Ekonomi Regional*. Lembaga Penelitian Universitas Atma Jaya. Yogyakarta
- Celleti, Francesca, Teri A. Reynolds, Anna, W., Aaron, S. & Manuel, D. (2011). Educating a New Generation of Doctors to Improve the Health of Populations in Low- and Middle-Income Countries. *Journal Plos Medicine*. Vol. 8; No.10: 1-4; DOI:10.1371.
- Dinas Kesehatan. Jakarta. (diakses 28 September 2021)
[http://dinkes.babelprov.go.id/sites/default/files/dokumen/bank_data/Profin si Provinsi](http://dinkes.babelprov.go.id/sites/default/files/dokumen/bank_data/Profin%20Provinsi).

- Fahmi, A. H. (2018). *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Di Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Di Provinsi Papua Tahun 2011-2015*. Universitas Islam Indonesia. Yogyakarta.
- Felangi,P.R, & Yasa,I.W.G.M.(2021). Analisis Beberapa Variabel Yang Berpengaruh Terhadap Angka Harapan Hidup Di Kabupaten/KotaProvinsi Bali. *E-Jurnal Unud,10[4]:1447-1477*
- Gujarati, D.N. & Porter,D.C (2013). *Dasar-dasar Ekonometrika* Buku 2. Jakarta : Salemba Empat.
- Gujarati, Damodar. 2006. *Dasar-Dasar Ekonometrika*.Jakarta: Erlangga.
- Gujarati, Damodar. 2007. *Dasar-Dasar Ekonometrika*.Jakarta: Erlangga.
- Gujarati, Damodar. 2012. *Dasar-Dasar Ekonometrika*.Jakarta: Erlangga.
- Handayani.S.N.(2016).Pengaruh Jumlah Penduduk, Angka Harapan Hidup, Rata-rata Lama Sekolah dan PDRB per Kapita terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Provinsi Bali. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana*
- Jhinghan, M. L. (2002). *Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Jones, Gavin W, Laila Nagib, Sumono, dan Tri Handayani (1998). The Expansion of High School Education in Poor Regions: The Case of East Nusa Tenggara, Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, Vol.34; No.3: 59-84; DOI: 10.1080/00074919812331337420.
- Kahan, M. , Saleh,M. , & Suharto,R.B. (2016) *Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Indkes Pembangunan Manusia Di Kabupaten Kutai Timur*. Fakultas Ekonomi dan Binis Universitas Mulawarman, Indonesia.Volume 18, No 1,2016. ISSN: 1411-1713.
- KementerianPendidikandanKebudayaanRI.(2019).*Data Anggaran*.Jakarta.(diakses 18Maret2021) <https://npd.kemdikbud.go.id/?appid=anggaran&tahun>.
- Kementrian Kesehatan RI.(2019).*Data Anggaran*.Jakarta.Di akses pada tanggal 18 Maret pukul 14:15 WIB dari <http://npd.kemenkes.go.id>

Kompaspedia.Jakarta.(diakses28september2021)

<https://kompaspedia.kompas.id/baca/profil/daerah/provinsi>.

Kuncoro,M.(2000).*Ekonomi Pembangunan (Teori, Masalah dan Kebijakan)*.

Edisi Pertama. Yogyakarta.UPP AMP YKPN.

Mellington, Nicole and Lisa Cameron.(1999). Female Education and Child Mortality in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. 35(3) 115.

Mills.A, Gilson.L (1990). *Ekonomi kesehatan untuk negara-negara sedang berkembang*.Jakarta Dian Rakyat.

Munte, E. H. (2017). Pengaruh Alokasi Belanja Bidang Kesehatan Terhadap Angka Harapan Hidup Di Kabupaten Sarolangun Tahun 2006-2015. Pengaruh Alokasi Belanja Bidang Kesehatan Terhadap Angka Harapan Hidup Di Kabupaten Sarolangun Tahun 2006-2015.*Jurnal.Universitas Jambi*.

Nasution, Yuditya dan Lailan Safina Hasibuan.(2018). Analisis Pengaruh Belanja Sektor Kesehatan Terhadap Angka Harapan Hidup Di Sumatera Utara. *Jurnal Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*.18(1):79.

Patta,D.(2012).Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Sulawesi Selatan Periode 2001-2010.*Jurnal.Makassar: Fakultas Ekonomi Universitas Hasanuddin*.

Pratiwi, F., & Budyanra, B. (2019). *Analisis Determinan Angka Harapan Hidup Di Provinsi Maluku Tahun 2015-2017*. In Seminar Nasional Official Statistics (Vol. 2019, No. 1, pp. 602-607).

Pratiwi, R. D. A., & Wibowo, W. (2016). Pengaruh Karakteristik Sosial Ekonomi terhadap Angka Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Menggunakan Analisis Regresi Multivariat. *Jurnal Sains dan Seni ITS*, 5(2).

- Pratiwi, R. D. A., & Wibowo, W. (2016). Pengaruh Karakteristik Sosial Ekonomi terhadap Angka Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Menggunakan Analisis Regresi Multivariat. *Jurnal Sains dan Seni ITS*, 5(2).
- Qibithiyah, R. & Ariane J.U. (2016). Family Matters: Demographic Change and Social Spending in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. Vol. 52; No. 2: 133–59; DOI:10.1080/00074918.2016.1211077
- Ramlan, J. and Sumihardi. (2018). *Kesehatan Lingkungan Sanitasi Industri dan K3*. Edisi pertama. Jakarta Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan 27 (15):213-256.
- Rustariyuni, Surya Dewi. (2014). Pengaruh Gini Ratio, Pengeluaran Non Makanan Per Kapita, Belanja Daerah dan Laju Pertumbuhan Ekonomi Pada Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten/Kota di Provinsi Bali periode 2004-2012. *Jurnal Piramida 10 (1):48*.
- Sahrah, A. (2007). *Memberdayakan Sumber Daya Manusia Untuk Meningkatkan Kualitas Bangsa*. Pidato Dies Natalis Unwama ke XXI, Yogyakarta.
- Sasana, H. (2009). Peran Desentralisasi Fiskal Terhadap Kinerja Ekonomi di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Terakreditasi. Jurnal Ekonomi Pembangunan*. 1(1): h:103 – 124.
- Suartha, N., & Yasa, I. G. W. M. (2017). Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Migrasi Masuk Terhadap Pertumbuhan Penduduk and Alih Fungsi Bangunan Penduduk Asli Kota Denpasar. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan (JEKT)*, 10(2), 95-107.
- Subandi, 2012. *Ekonomi Pembangunan*. CV. Alfabeta, Bandung
- Sukirno, S. (2000). *Ekonomi Pembangunan (Proses, Masalah, dan Dasar Kebijaksanaan)*. Jakarta : Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Tjiptoherijanto, Prijono. 1994. *Ekonomi Kesehatan*. PT Rineka Cipta. Jakarta

- Todaro, M. P. & Semith, S. C (2003) *Economic Development, Eighth Edition*. PT. Gelora Aksara Pratama, Jakarta
- Todaro, M. P. & Semith, S. C (2003) *Economic Development, Eighth Edition*. PT. Gelora Aksara Pratama, Jakarta.
- Todaro, M. P. & Semith, S. C (2006) *Pembangunan Ekonomi (edisi kesembilan, jilid 1)*. Jakarta: Erlangga
- Todaro, M. P. (2000). *Economic Development, sevent edition*. Longman: New York and Essex.
- Umaroh, Ayu Khoirotul, Heru Yuda Hanggara, dan Choiri (2016). Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Wilayah Kerja Puskesmas Bulu Kabupaten Sukoharjo Bulan Januari Maret 2015. *Jurnal Kesehatan. Vol.1;No.1:25-31*.
- United nation Development Program, 2009, *Human Development Report 2009*. <http://www.hdr.undp.org> diakses tanggal 17 januari 2022.
- Untoro, Joko, 2010, *Ekonomi*, Jakarta Kawah media.
- Untoro, J. 2010, *Ekonomi*, Jakarta Kawah media.
- Wasisto dan Ascobat. 1986. Seminar Ekonomi Kesehatan. Jakarta : *Departemen Kesehatan*.
- Winarti, A. (2014). *Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan, Kemiskinan dan PDB terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia Periode 1992-2012*. Semarang: Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
- World Healty Organization. (2018). *Guidelines On Sanitation And Health*. ISBN 879-92-4-151470-5.
- Wowor, R. (2015). Pengaruh Belanja Sektor Kesehatan Terhadap Angka Harapan Hidup di Sulawesi Utara. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*, 15(2), 62-73.

- Wu, Treena. (2013). Constrains to Human Capital Investment in Developing Countries: Using TheAsian Financial Crisis in Indonesia as a Natural Experiment. *Bulletinof Indonesian Economic Studies*.49(1):105.
- Wyshak, Grace. (2014). New Insight into the Deteminants of the Total Fertility Rate, Infant Mortality Rate and Life Expectancy. *International Journal of Education*, 6(3):115.
- Yang, Suwen. (2017). The Effects ofSocio Economic Status on Healthy Life Expectancy among Different Age Groups of Japnese Suburban Elderly. *International Journal of Population Studies*. 43(12):595.
- Yefriza. (2015). Managing Public Health Expenditure in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*,51(1):147-148.