

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

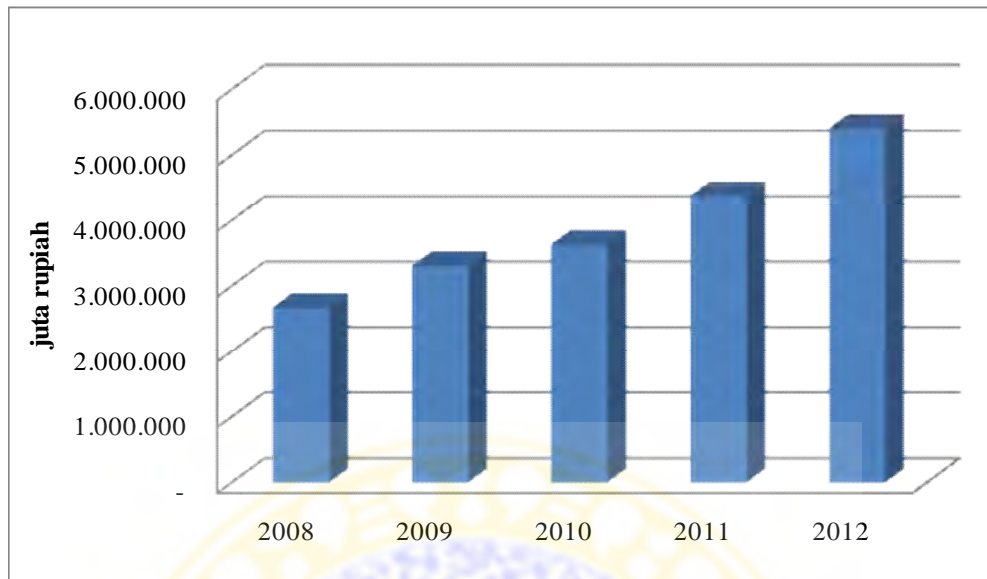
Kesehatan merupakan hak dasar bagi setiap manusia. Hak dasar ini terwujud melalui UU Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) tahun 2005-2025 dinyatakan bahwa pembangunan nasional diarahkan untuk mengedepankan pembangunan sumberdaya manusia. Pembangunan kesehatan adalah salah satu investasi dalam pembangunan nasional untuk meningkatkan mutu sumberdaya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Pembangunan kesehatan tidak hanya pada masalah kuratif (pengobatan) saja, namun juga pada aspek preventif dan promotif yang bersifat mencegah juga melalui promosi pentingnya kesehatan kepada masyarakat.

Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, karena kesehatan adalah salah satu komponen utama dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM) selain pendidikan dan pendapatan. Kesehatan dan pendidikan berkaitan sangat erat dalam pembangunan ekonomi. Modal kesehatan yang baik dapat meningkatkan pengembalian investasi yang digunakan untuk pendidikan, karena kesehatan merupakan faktor penting atas kehadiran anak di sekolah, anak-anak yang sehat dapat belajar lebih efisien dan berprestasi. Di sisi lain, modal pendidikan yang baik dapat meningkatkan pengembalian atas investasi dalam kesehatan karena banyak program kesehatan bergantung pada keterampilan dasar yang dipelajari di

sekolah termasuk kesehatan pribadi dan sanitasi, di samping melek huruf dan angka (Todaro dan Smith, 2006:437).

Baik atau buruknya derajat kesehatan masyarakat dapat dipengaruhi salah satu faktor, yaitu dari besar kecilnya belanja pemerintah untuk sektor kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan Gupta (1997) di Negara Afrika menjelaskan bahwa besarnya belanja kesehatan berhubungan positif dengan pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Semakin besar belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah maka akan semakin baik pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

Pemenuhan hak masyarakat atas kesehatan tercermin dalam alokasi anggaran Negara (APBN/APBD) dalam UU Kesehatan No.36 tahun 2009 diatur secara konkrit, yaitu pemenuhan alokasi anggaran kesehatan untuk pusat (APBN) sebesar 5 persen dalam Pasal 171 ayat 1 dan untuk daerah (APBD Provinsi/Kabupaten/Kota) menyiapkan 10 persen dari total anggaran setiap tahunnya diluar gaji pegawai dalam Pasal 171 ayat 2. Gambar 1.1 menunjukkan besarnya komitmen pemerintah daerah kabupaten/kota Jawa Timur dalam menyediakan layanan kesehatan dapat dilihat dari alokasi anggaran belanja yang meningkat setiap tahunnya, alokasi belanja kesehatan mengalami peningkatan dari Rp. 2,67 triliun pada tahun 2008 menjadi Rp. 5,41 triliun pada tahun 2012. Rata-rata pemerintah daerah kabupaten/kota Jawa Timur sejak tahun 2009 sampai tahun 2012 sudah mengalokasikan anggaran belanja kesehatan sebesar 10% terhadap APBD nya sesuai dengan amanat UU kesehatan No.36 tahun 2009, lihat pada lampiran.



Sumber : Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, 2012

Gambar 1.1

Total Belanja Daerah Sektor Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2008 -2012

Berdasarkan data pada Tabel 1.1 pada tahun 2012 alokasi anggaran belanja sektor kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah yang terbesar secara nominal dan untuk proporsi alokasi anggaran belanja daerah terhadap Anggaran Pembiayaan dan Belanja Daerah (APBD) berada di urutan ke-4 dibandingkan dengan provinsi lainnya di Pulau Jawa dengan pencapaian indeks kesehatan yang diukur dari angka harapan hidup sebesar 68,69 tahun. Jika dibandingkan dengan DKI Jakarta dengan alokasi anggaran belanja kesehatan yang lebih kecil dari Provinsi Jawa Timur baik secara nominal dan proporsi namun lebih efektif dalam pencapaian indeks kesehatan (angka harapan hidup) sebesar 73,49 tahun. Menunjukkan bahwa pemerintah DKI Jakarta lebih efisien dalam menggunakan belanja daerah kesehatan untuk menghasilkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal di daerahnya.

Tabel 1.1**Perbandingan Alokasi Anggaran Belanja Daerah Sektor Kesehatan dan Indeks Kesehatan Provinsi di Pulau Jawa Tahun 2010-2012**

No	Nama Provinsi	2010			2011			2012		
		Belanja Kesehatan		Indeks kesehatan	Belanja Kesehatan		Indeks kesehatan	Belanja Kesehatan		Indeks kesehatan
		Nominal (milyar rupiah)	Proporsi APBD (persen)		Nominal (milyar rupiah)	Proporsi APBD (persen)		Nominal (milyar rupiah)	Proporsi APBD (persen)	
1	DKI Jakarta	2,080	5,11	73,20	2,532	9,08	73,35	3,304	9,76	73,49
2	Jawa Barat	3,320	10,1	68,20	3,751	9,90	68,4	4,715	10,74	68,60
3	Jawa Tengah	3,220	10,96	71,40	3,751	10,69	71,55	4,396	10,96	71,71
4	DI Yogyakarta	460	11,2	73,22	519	11,59	73,27	618	11,27	73,33
5	Jawa Timur	3,633	10,89	68,27	4,381	10,88	68,51	5,415	10,94	68,69
6	Banten	658	9,58	64,90	916	9,34	65,05	1,299	11,17	65,23

Sumber: Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan dan Badan Pusat Statistik Jawa Timur, 2012

Tabel 1.2 memperlihatkan nilai masing-masing proporsi alokasi anggaran belanja kesehatan, angka harapan hidup (AHH), angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu (AKI) Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur. Kota Kediri adalah salah satu daerah yang memiliki proporsi alokasi anggaran belanja kesehatan terbesar ke-2 setelah Kota Mojokerto pada tahun 2012 dengan proporsi sebesar 20,9% dari total APBD. Nilai yang dicapai pada angka harapan hidup (AHH) sebesar 70,78 tahun kemudian nilai untuk angka kematian bayi (AKB) sebesar 24,85 dan angka kematian ibu (AKI) sebesar 182,77. Indikator AKB dan AKI merupakan indikator derajat kesehatan yang berkarakter negatif maka nilai yang semakin kecil menunjukkan derajat kesehatan masyarakat yang semakin baik. Jika dibandingkan dengan Kabupaten Blitar dengan proporsi alokasi anggaran belanja kesehatan sebesar 7,0% dari total APBD berhasil mencapai angka harapan hidup sebesar 71,19 tahun, angka kematian bayi (AKB) sebesar

23,71 dan angka kematian ibu (AKI) sebesar 104,25. Hal ini menunjukkan apakah ada inefisiensi dalam penggunaan alokasi anggaran kesehatan di 38 Kabupaten/Kota di provinsi Jawa Timur tahun 2012. Maka perlunya dilakukan penelitian mengenai efisiensi belanja pemerintah sektor kesehatan.

Tabel 1.2

Proporsi Alokasi Anggaran Belanja Daerah Kesehatan Terhadap APBD, Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur tahun 2012

No	Kabupaten/Kota	Proporsi Belanja Kesehatan dalam APBD (persen)	Indikator Kesehatan		
			AHH	AKB	AKI
1	Kab.Pacitan	9,9	71,58	22,63	95,01
2	Kab.Ponorogo	10,9	70,48	27,03	98,82
3	Kab.Trenggalek	11,1	72,02	21,41	98,4
4	Kab.Tulungagung	11,6	71,8	22,02	72,8
5	Kab.Blitar	7,0	71,19	23,71	104,25
6	Kab.Kediri	10,4	70,25	27,79	145,24
7	Kab.Malang	7,3	69,44	30,46	61,29
8	Kab.Lumajang	10,0	67,56	37,89	48,56
9	Kab.Jember	10,7	63,22	56,33	116,44
10	Kab.Banyuwangi	8,7	68,12	34,81	65,56
11	Kab.Bondowoso	11,0	63,79	53,93	109,5
12	Kab.Situbondo	10,6	63,55	54,94	142,87
13	Kab.Probolinggo	9,0	61,52	63,51	81,07
14	Kab.Pasuruan	9,1	64,47	51,07	111,68
15	Kab.Sidoarjo	15,3	70,99	24,27	96,27
16	Kab.Mojokerto	9,7	70,53	25,54	116,89
17	Kab.Jombang	13,1	70,32	27,56	102,91
18	Kab.Nganjuk	14,1	69,24	31,12	151,9
19	Kab.Madiun	9,4	69,22	31,18	108,99
20	Kab.Magetan	10,7	71,5	22,85	35,3
21	Kab.Ngawi	9,9	70,47	27,06	106,3
22	Kab.Bojonegoro	10	67,35	38,67	95,5
23	Kab.Tuban	9,9	68,24	34,41	140,54
24	Kab.Lamongan	10,7	68,45	33,72	56,42
25	Kab.Gresik	11,8	71,35	23,27	75,96
26	Kab.Bangkalan	10,2	63,64	54,56	32,6
27	Kab.Sampang	8,8	63,66	54,48	56,45
28	Kab.Pamekasan	10,2	64,56	50,69	84,92
29	Kab.Sumenep	10,1	65,1	48,42	72,67
30	Kota Kediri	20,9	70,78	24,85	182,77
31	Kota Blitar	14,1	72,71	19,5	339,31
32	Kota Malang	6,1	70,82	24,74	164,64
33	Kota Probolinggo	12,8	70,68	25,12	106,87
34	Kota Pasuruan	10,5	67,14	39,45	28,4
35	Kota Mojokerto	21,8	71,85	21,88	54,7
36	Kota Madiun	9,1	71,36	23,24	29,77
37	Kota Surabaya	13,1	71,38	23,18	144,64
38	Kota Batu	4,0	69,92	28,87	107,33
	Jawa Timur	10,88	68,69	33,85	101,15

Sumber: Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan dan BPS Jawa Timur, 2012

Farrell (1957) memperkenalkan pengukuran efisiensi pertama kali dengan mendefinisikan suatu ukuran sederhana untuk mengukur efisiensi suatu unit perusahaan. Salah satu efisiensi yang dimaksud adalah efisiensi teknis. Analisis mengenai efisiensi teknis adalah analisis tentang hubungan antara *input* dan *output*. Efisiensi ini mencoba mengukur tingkat penggunaan dari sejumlah *input* untuk menghasilkan *output* yang maksimal atau *input* yang minimal untuk menghasilkan *output* tertentu. Efisiensi teknis sering dikaitkan dengan efisiensi dalam penggunaan *input*. Sebuah perusahaan yang memiliki nilai efisiensi 100% atau 1 menunjukkan bahwa perusahaan tersebut efisien secara teknis dan sebaliknya perusahaan yang memiliki nilai efisiensi di bawah 100% atau kurang dari 1 menunjukkan bahwa perusahaan tersebut belum efisien dalam memanfaatkan *input* untuk menghasilkan outputnya (Coelli, dkk, 2005).

Penelitian ini didasarkan pada penelitian yang dilakukan oleh Etibar dan Victoria (2008) di Kroasia. Penelitian ini menghitung nilai efisiensi belanja pemerintah sektor kesehatan terhadap *output* akhir kesehatan yaitu derajat kesehatan masyarakat. Analisis efisiensi pada penelitian Etibar dan Victoria (2008) terbagi menjadi tiga bagian yaitu analisis efisiensi teknis biaya, analisis efisiensi teknis sistem dan analisis efisiensi keseluruhan. Alasan keterbatasan data maka pada penelitian ini hanya menggunakan dua bagian analisis, yaitu analisis efisiensi teknis biaya dan analisis efisiensi teknis sistem serta dilakukan secara parsial tanpa menghitung efisiensi teknis secara keseluruhan (*overall*). Efisiensi teknis biaya dan teknis sistem digunakan untuk menjelaskan hubungan tidak

langsung antara *input* dengan *output* akhir dengan menggunakan variabel perantara berupa fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada analisis bagian pertama dapat disebut dengan analisis efisiensi teknis biaya, analisis ini mengukur nilai efisiensi teknis belanja sektor kesehatan 38 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur (*input*) dalam menghasilkan pelayanan kesehatan pada tahun 2012 (*intermediate output*). Variabel *input* yang digunakan adalah belanja pemerintah daerah sektor kesehatan. Variabel ini dipilih karena fungsinya untuk membiayai program dan operasional pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan ditunjukkan pada variabel *intermediate output* yaitu rasio dokter, rasio perawat, rasio bidan dan rasio tenaga kefarmasian yang termasuk ke dalam tenaga kesehatan. Variabel ini dipilih karena pentingnya tenaga kesehatan sebagai fasilitas untuk melayani masyarakat dalam mencari akses kesehatan. Hal ini juga telah diamanatkan oleh WHO sebagai organisasi kesehatan dunia mengenai rasio standard tenaga kesehatan untuk per satu wilayah.

Pada bagian kedua disebut dengan teknis sistem, analisis ini mengukur nilai efisiensi teknis 38 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur dalam menghasilkan nilai indikator kesehatan (*output*) dengan menggunakan pelayanan kesehatan yang sudah ada pada tahun 2012 (*input*). Variabel *input* yang digunakan adalah rasio dokter, rasio perawat, rasio bidan dan rasio tenaga kefarmasian. Variabel ini menunjukkan pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada masyarakat. Variabel *output* yang digunakan adalah angka harapan hidup, angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Salah satu syarat pada penghitungan DEA mengharuskan nilai *input* atau *output* harus berkarakter positif maka pada

penelitian ini angka kematian bayi (AKB) di proksi menjadi angka bayi hidup (ABH) dan angka kematian ibu (AKI) diproksi menjadi angka ibu melahirkan selamat (AIMS). Variabel ini dipilih karena dapat merepresentasikan derajat kesehatan masyarakat. Angka harapan hidup yang semakin meningkat menunjukkan kualitas kesehatan masyarakat suatu daerah semakin baik, begitu juga dengan angka bayi hidup dan angka ibu melahirkan selamat yang semakin meningkat menunjukkan kualitas kesehatan ibu dan anak semakin baik. Hasil dari analisis teknis biaya dan analisis teknis sistem akan diperoleh daerah yang efisien dan tidak efisien. Hasil analisis DEA juga memberikan nilai perbaikan bagi daerah yang tidak efisien agar menjadi efisien dengan mengacu pada daerah yang efisien. Nilai perbaikan adalah selisih antara nilai riil *input* atau *output* dengan nilai target *input* atau *output*. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka sangat penting untuk dilakukan penelitian mengenai bagaimana tingkat efisiensi belanja sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka dapat ditarik beberapa permasalahan, diantaranya sebagai berikut:

1. Bagaimana tingkat efisiensi teknis biaya sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012?
2. Bagaimana tingkat efisiensi teknis sistem sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012?
3. Berapa nilai perbaikan efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui tingkat efisiensi teknis biaya sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012
2. Untuk mengetahui tingkat efisiensi teknis sistem sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012
3. Untuk mengetahui perbaikan nilai efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2012

1.4. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan keilmuan mengenai tingkat efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem sektor kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur.
2. Bagi pemerintah Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur, penelitian ini diharapkan mampu menjadi masukan dalam pengelolaan belanja pemerintah yang potensial dan upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat di Provinsi Jawa Timur.
3. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan menjadikan sebagai referensi bagi penelitian lain yang berkaitan dengan topik penelitian ini.

1.5. Sistematika Penulisan

BAB 1 PENDAHULUAN

Bab ini membahas tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan skripsi.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi tentang landasan teori yang digunakan untuk membangun model analisis penelitian. Dalam bab ini juga akan menguraikan tentang pengkajian hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dan kerangka berpikir.

BAB 3 METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang pendekatan penelitian, identifikasi variabel, definisi operasional, jenis dan sumber data, prosedur pengumpulan data serta teknik analisis.

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang gambaran umum, deskripsi hasil penelitian, analisis model dan pembahasan mengenai hasil penelitian.

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bagian akhir dari skripsi yang terdiri dari simpulan dan saran. Simpulan berisi tentang kesimpulan yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah dilakukan serta saran yang diajukan sebagai alternatif pemecahan masalah dari hasil penelitian sehingga diharapkan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pihak yang berkepentingan.

Daftar Pustaka

Lampiran