

**ANALISIS EFISIENSI BELANJA KESEHATAN
PEMERINTAH DAERAH
DI PROVINSI JAWA TENGAH
TAHUN 2005-2007**



SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)
pada Program Sarjana Fakultas Ekonomi
Universitas Diponegoro

Disusun oleh :

DIMAS RIZAL HAKIMUDIN
NIM. C2B006021

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2010**

PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Penyusun : Dimas Rizal Hakimudin
Nomor Induk Mahasiswa : C2B006021
Fakultas/Jurusan : Ekonomi/Ilmu Ekonomi Studi
Pembangunan

Judul usulan Penelitian Skripsi : ANALISIS EFISIENSI BELANJA
KESEHATAN PEMERINTAH DAERAH
DI PROVINSI JAWA TENGAH
TAHUN 2005 – 2007

Dosen Pembimbing : Banatul Hayati, SE, MSi

Semarang, 17 September 2010

Dosen Pembimbing,

(Banutul Hayati, SE, MSi)
NIP. 19680316 199802 2001

PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Penyusun : Dimas Rizal Hakimudin
Nomor Induk Mahasiswa : C2B006021
Fakultas/Jurusan : Ekonomi/Ilmu Ekonomi Studi
Pembangunan

Judul usulan Penelitian Skripsi : ANALISIS EFISIENSI BELANJA
KESEHATAN PEMERINTAH DAERAH
DI PROVINSI JAWA TENGAH
TAHUN 2005 – 2007

Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal.....2010

Tim Penguji

1. Banatul Hayati, SE, MSi (.....)
2. Prof. Dr. Purbayu Budi Santosa, MS (.....)
3. Dra. Tri Wahyu Rejekiningsih, MSi (.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Dimas Rizal Hakimudin, menyatakan bahwa skripsi dengan judul : Analisis Efisiensi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007, adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin, tiru, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut di atas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijasah yang telah diberikan oleh universitas batal saya terima.

Semarang, 17 September 2010

Yang membuat pernyataan,

(Dimas Rizal Hakimudin)
NIM. C2B 006 021

ABSTRACT

This study aims to analyze the efficiency of public sector spending, especially government spending on health sector. Using the concept of technical efficiency based on production theory, the measurement of the efficiency value is obtained by using analytical methods Data Envelopment Analysis (DEA), which the DEA method the efficiency score obtained in this study of technical efficiency relatively.

Furthermore, based on similar research that ever held by Jafarov and Gunnarsson in 2008, the variable that use in this study are input variable and output variable , this research also uses the output variables. Calculating of technical efficiency score obtained in this study partially done by connecting each of these variables, so that in this study will be found score for technical efficiency and cost efficiency to technical systems.

The results showed that generally most of the districts / cities in Central Java is inefficient in technical health care costs, this phenomenon indicates that so many wastage in the use of health expenditure but not accompanied by the provision of facilities and health services for the society .

Keywords: Theory of Production, Data Envelopment Analysis, cost technical efficiency, system technical efficiency.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis tingkat efisiensi sektor publik terutama belanja sektor kesehatan pemerintah daerah. Dengan menggunakan konsep efisiensi teknis yang didasarkan pada teori produksi, pengukuran nilai efisiensi diperoleh dengan menggunakan metode analisis Data Envelopment Analysis (DEA), dimana dengan metode DEA nilai efisiensi yang diperoleh berupa efisiensi teknis secara relatif.

Lebih lanjut, dengan mendasarkan pada penelitian serupa yang pernah dilakukan oleh Jafarov dan Gunnarsson tahun 2008, maka selain variabel input berupa belanja kesehatan pemerintah daerah dan variabel output berupa derajat kesehatan masyarakat penelitian ini juga menggunakan variable output antara berupa fasilitas dan layanan kesehatan. Perhitungan nilai efisiensi teknis yang diperoleh dalam penelitian ini dilakukan secara parsial dengan menghubungkan masing-masing variabel tersebut, sehingga dalam penelitian ini akan ditemukan nilai efisiensi untuk teknis biaya dan efisiensi untuk teknis sistem.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum sebagian besar daerah kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah masih belum efisien dalam teknis biaya kesehatan, hal ini mengindikasikan masih terjadinya pemborosan dalam penggunaan belanja kesehatan yang cukup besar namun tidak diikuti dengan pengadaan fasilitas dan layanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat.

Kata kunci : Teori Produksi, Data Envelopment Analysis, Efisiensi teknis biaya, Efisiensi teknis sistem

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Illahi Rabbi yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis Efisiensi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005 – 2007**”.

Penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program sarjana Strata Satu (S1) pada Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro Semarang.

Selama proses penulisan skripsi ini Penulis mendapatkan begitu banyak dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga dengan segala kerendahan hati Penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada

1. Bapak Dr. H. M. Chabachib, Msi, Akt selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro Semarang.
2. Ibunda dosen pembimbing, Ibu Banatul Hayati SE, MSi. yang dengan sabar telah meluangkan banyak sekali waktu dan perhatian di tengah kesibukannya untuk memberikan pengarahan, bimbingan, serta petunjuk kepada Penulis selama proses penyusunan skripsi ini.
3. Bapak Drs. R. Mulyo Hendarto, MSP selaku Dosen Wali yang telah memberikan petunjuk dan pengarahan selama Penulis menuntut ilmu di Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro Semarang.

4. Bapak dan Ibu Dosen yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama Penulis menuntut ilmu di Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro Semarang.
5. Ibu dan Bapakku tercinta, *matur nembah suwun* atas hari yang lelah dan malam yang terjaga, untuk semua kasih sayang, keringat, air mata, tenaga, pikiran, doa, dan segala yang telah tumpah bagi putramu ini. Doakan putramu ini senantiasa tunaikan pesan, genggam harapan untuk mengukir senyum bahagia di wajah Ibu dan Bapak.
6. Terima kasih untuk adikku tersayang simata wayang Khairul Rizal Ashidik. Teruslah berkarya dengan citamu untuk jadi generasi harapan. Yuk, kita bahagiakan ibu dan bapak di dunia dan akhirat nanti. Kalau bukan kita siapa lagi dek. Maaf kalau selama ini mamas belum bisa jadi panutan yang baik sepenuhnya buatmu. *You are my best*.
7. Terima kasih kepada sahabat-sahabat tercinta yang telah setia mengukir kisah bersama: Bagus, Angling, Rifki, Coeya, Dana, Ridwan, Pleburan 1 No 10, Wonodri Baru Raya No 35, Kertanegara Selatan 12 B.
8. Kakak-kakakku ketemu besar: Mas Azhar, Mas Sigit, Mas Sofyan, Mas Dudi, Mbak Retno, Mbak Shoi, Mbak Ika, mas dan mbak yang lain. Terima kasih atas nasihat, motivasi dan doanya selama ini.
9. Adik-adikku yang juga ketemu besar: Shuna, Nurdy, Bisri, Vita dan adik-adik lainnya. Terima kasih .
10. Saudara-Saudaraku IESP 2006, Partner sejatiku Ari Widyastuti, guru berhitungku Rica Amanda, Yuki motivator senasib seimbang, Selly dan

Atika para asisten sejati, Atov, Desi, Ririn, Tina, Ilum dan 63 nama lagi yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

11. Teman-teman ZIS Center terutama Edwin, senang bekerjasama dengan Anda

12. Teman-teman ROHIS FE, KSEI, PD, SATOE ATAP, BIC, WPM, Seven Comp, Dipo Solution, MED-O terima kasih telah menempaku dengan berbagai pengalaman hidup..

Akhir kata, segala puja dan puji hanya milik-Nya dan tidak ada satupun pujian yang pantas ditujukan kepada soerang makhlukpun melainkan semua akan kembali kepada-Nya. Segala kebenaran hanya milik Allah Sang *Rabbul Izzati*. Demikian pula dengan berbagai keterbatasan pengetahuan yang dimiliki Penulis maka segala kesalahan yang terjadi dalam penulisan skripsi ini merupakan sepenuhnya tanggung jawab Penulis. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

Wallohu A'alam Bishowab

Semarang, 17 September 2010

Penulis

Dimas Rizal Hakimudin
NIM. C2B006021

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI | ii |
| PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN | iii |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | iv |
| <i>ABSTRACT</i> | v |
| ABSTRAK | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 9 |
| 1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian..... | 11 |
| 1.4 Sistematika Penulisan | 11 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 14 |
| 2.1 Landasan Teori dan Penelitian Terdahulu | 14 |
| 2.2 Landasan Teori..... | 14 |
| 2.2.1 Teori Pengeluaran Pemerintah..... | 14 |
| 2.2.1.1 Model Pembangunan dalam Perkembangan Pengeluaran Pemerintah | 16 |
| 2.2.1.2 Hukum Wagner mengenai Perkembangan Aktivitas Pemerintah | 18 |
| 2.2.2 Klasifikasi Pengeluaran Pemerintah | 21 |
| 2.2.3 Pengeluaran Pemerintah di Sektor Kesehatan | 23 |
| 2.2.4 Ruang Lingkup Aspek Kesehatan dalam Kajian Ilmu Ekonomi | 25 |
| 2.2.5 Pengukuran Kinerja, <i>Outcome</i> dan Indikator dalam Bidang Kesehatan | 26 |
| 2.2.6 Teori Produksi..... | 28 |
| 2.2.6.1 Produksi Jangka Pendek | 29 |
| 2.2.6.2 Produksi Jangka Panjang..... | 31 |
| 2.2.7 Efisiensi Produksi | 33 |
| 2.2.8 Metode Pengukuran Kinerja dan Efisiensi Sektor Publik | 35 |
| 2.3 Penelitian Terdahulu | 38 |
| 2.4 Kerangka Pemikiran Teoritis..... | 43 |
| | |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 45 |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 3.1 | Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... | 45 |
| 3.2 | Jenis dan Sumber Data | 48 |
| 3.3 | Metode Pengumpulan Data | 49 |
| 3.4 | Metode Analisis Data | 49 |
| BAB IV | HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 53 |
| 4.1 | Deskripsi Objek Penelitian | 53 |
| 4.1.1 | Letak Geografis dan Pemerintahan | 53 |
| 4.1.2 | Keadaan Penduduk..... | 53 |
| 4.1.3 | Gambaran Fasilitas dan Layanan Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah..... | 54 |
| 4.1.4 | Gambaran Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah..... | 57 |
| 4.1.5 | Kondisi Derajat Kesehatan Masyarakat | 58 |
| 4.1.5.1 | Angka Harapan Hidup..... | 59 |
| 4.1.5.2 | Mortalitas (angka kematian) | 60 |
| 4.1.6 | Analisis Data..... | 62 |
| 4.1.6.1 | Efisiensi Teknis Biaya Kesehatan..... | 63 |
| 4.1.6.2 | Efisiensi Teknis Sistem Kesehatan | 68 |
| 4.1.7 | Target Perbaikan Variabel Input dan Output untuk Mencapai Kondisi Efisien | 73 |
| Bab V | PENUTUP..... | 86 |
| 5.1 | Kesimpulan..... | 86 |
| 5.3 | Saran..... | 87 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 90 |
| | LAMPIRAN | 91 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 1.1 Belanja Kesehatan menurut Provinsi Tahun 2007 (dalam juta Rupiah) | 4 |
| Tabel 1.2 Tabel Pertumbuhan Indikator Derajat Kesehatan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007..... | 7 |
| Tabel 2.1 Ringkasan Penelitian Terdahulu | 40 |
| Tabel 4.1 Rasio Jumlah Dokter dan Rasio Jumlah Tempat Tidur Tersedia di Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007..... | 56 |
| Tabel 4.2 Alokasi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Prvinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007..... | 58 |
| Tabel 4.3 Nilai Efisiensi Teknis Biaya Kesehatan Per Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007..... | 65 |
| Tabel 4.4 Nilai Efisiensi Teknis Sistem Sektor Kesehatan Per Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 69 |
| Tabel 4.5 Target Perbaikan Variabel Input dan Output dalam Mencapai Teknis Biaya dan Sistem Belanja Sektor Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007 | 73 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 1.1 Diagram Perkembangan Persentase Belanja Sektor Kesehatan Dalam APBD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 6 |
| Gambar 2.1 Kurva Hukum Aktivitas Pemerintah yang Selalu Meningkat | 19 |
| Gambar 2.2 Kurva Proses Produksi Jangka Pendek | 30 |
| Gambar 2.3 Kurva <i>Isoquant</i> | 32 |
| Gambar 2.4 Efisiensi Produksi dan <i>Production Possibilities Frontier</i> | 33 |
| Gambar 2.5 Kurva <i>Isoquant</i> dan <i>Isocost</i> dalam Menggambarkan Efisiensi Produksi | 34 |
| Gambar 2.6 Kerangka Pemikiran Teoritis | 44 |
| Gambar 4.1 Diagram Rata-Rata Tingkat Kepadatan Penduduk (jiwa/km ²) Provinsi Jawa Tengah | 54 |
| Gambar 4.2 Diagram Pencapaian Angka Harapan Hidup Rata-Rata di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 59 |
| Gambar 4.3 Diagram Jumlah Angka Kematian Bayi Rata-Rata di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007..... | 61 |
| Gambar 4.4 Diagram Jumlah Angka Kematian Ibu Maternal Rata-Rata di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007..... | 62 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|--|---------|
| Lampiran A. Data Belanja Kesehatan Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007..... | 92 |
| Lampiran B. Data Jumlah Tenaga Dokter di Rumah Sakit Pemerintah Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 93 |
| Lampiran C. Data Jumlah Tempat Tidur Tersedia di Rumah Sakit Pemerintah Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 94 |
| Lampiran D. Data Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005..... | 95 |
| Lampiran E. Data Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006..... | 96 |
| Lampiran F. Data Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007..... | 97 |
| Lampiran G. Data Jumlah Kematian Ibu Maternal Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005..... | 98 |
| Lampiran H. Data Jumlah Kematian Ibu Maternal Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006..... | 99 |
| Lampiran I. Data Jumlah Kematian Ibu Maternal Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007..... | 100 |
| Lampiran J. Data Angka Harapan Hidup Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 101 |
| Lampiran K. Data Jumlah Populasi Penduduk Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 200-2007 | 102 |
| Lampiran L. Data Rasio Jumlah Dokter di Rumah Sakit Pemerintah per 100000 penduduk Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 103 |
| Lampiran M. Data Rasio Tempat Tidur di Rumah Sakit Pemerintah per 100000 penduduk Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 104 |
| Lampiran N. Data Angka Kematian Bayi Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 105 |
| Lampiran O. Data Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007... | 106 |
| Lampiran P. Data Angka Bayi Hidup (ABH)Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 | 107 |
| Lampiran Q. Data Angka Ibu Melahirkan Selamat (AIMS) Menururut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 .. | 108 |
| Lampiran R. Data Input dan Output Analisis DEA Tahun 2005 | 109 |
| Lampiran S. Data Input dan Output Analisis DEA Tahun 2006..... | 110 |
| Lampiran T. Data Input dan Output Analisis DEA Tahun 2005..... | 111 |

| | |
|---|-----|
| Lampiran U. Hasil Perhitungan DEA untuk Nilai Efisiensi Relatif Teknis Biaya | 112 |
| Lampiran V. Hasil Perhitungan DEA untuk Nilai Efisiensi Relatif Teknis Sistem..... | 113 |
| Lampiran W. Hasil Perhitungan DEA untuk Perbaikan Nilai Efisiensi Relatif Teknis Biaya..... | 114 |
| Lampiran X. Hasil Perhitungan DEA untuk Perbaikan Nilai Efisiensi Relatif Teknis Sistem | 118 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Konsep pembangunan ekonomi saat ini telah diterapkan dengan lebih luas dan mulai melibatkan banyak faktor, Di samping faktor yang bersifat ekonomi pembangunan juga perlu didukung dengan kemajuan dibidang non ekonomis atau yang bersifat sosial. Para ahli telah banyak mengkaji indikator-indikator sosial yang menjadi pendukung utama bagi pencapaian pembangunan bagi suatu bangsa. Indikator-indikator tersebut antara lain, tingkat pendidikan, kondisi dan kualitas pelayanan kesehatan, kecukupan kebutuhan akan perumahan, dan lain sebagainya. Dengan demikian, pembangunan ekonomi saat ini tidak hanya berorientasi ekonomi saja (mencapai tingkat pendapatan yang setinggi-tingginya), melainkan telah berubah menuju arah pembangunan kualitas sumber daya manusia. Mengingat pentingnya peran manusia dalam proses pembangunan ekonomi, maka peningkatan sumber daya manusia harus menjadi perhatian utama pemerintah. Peningkatan ini tidak hanya dilihat dari segi kuantitas saja melainkan jauh lebih penting dari segi kualitas. Sumber daya manusia yang berkualitas menjadi syarat perlu dalam proses pembangunan.

Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. Kondisi kesehatan yang buruk, khususnya pada ibu dan anak akan menciptakan kualitas sumber daya manusia yang rendah. Anak-anak yang kurang sehat akan mengalami gangguan dalam proses pendidikan.

Gangguan kesehatan dapat membuat proses pendidikan di bangku sekolah terhambat, sehingga kualitas pendidikan pun akan mengalami penurunan. Begitu pula dengan ketenagakerjaan, tenaga kerja yang tidak sehat tidak akan mampu bekerja secara optimal, sehingga produktivitas para tenaga kerja akan menjadi rendah. Kondisi-kondisi seperti ini kedepannya akan sangat berpeluang besar menghambat proses pembangunan ekonomi negara. Terkait dengan hal tersebut maka untuk mencapai pembangunan ekonomi yang mapan, harus didahulukan dengan perbaikan kualitas sumber daya manusia, terutama di bidang kesehatan.

Salah satu faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya derajat kesehatan adalah seberapa besar tingkat pembiayaan untuk sektor kesehatan (Sujudi, 2003). Besarnya belanja kesehatan berhubungan positif dengan pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Semakin besar belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah maka akan semakin baik pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

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

praktisi medis dan penyedia pelayanan kesehatan tradisional. Sektor-sektor tersebut yang kemudian akan mendapat alokasi belanja kesehatan dari pemerintah.

Tahun 2000 lahir sebuah peraturan yang berisi tentang kesepakatan antara pemerintah daerah di seluruh Indonesia untuk mengalokasikan minimal 15% dari masing-masing APBD untuk sektor kesehatan. Terkait dengan lahirnya kebijakan itu, pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah sudah mulai menerapkan kebijakan tersebut. Penerapan itu dilakukan dengan meningkatkan besarnya belanja kesehatan.

Berdasarkan data yang bersumber dari Direktorat Jendral Perimbangan. Pada tahun 2005 belanja kesehatan di Provinsi Jawa Tengah adalah sebesar Rp.145.197.000.000,00 jumlah ini meningkat menjadi Rp. 393.212.000.000,00 pada tahun 2006 dan Rp.599.499.000.000,00 pada tahun 2007. Angka tersebut jauh lebih besar dari pada angka belanja kesehatan yang dikeluarkan dua Provinsi tetangga yaitu Provinsi Jawa Barat yang hanya sebesar Rp.82.407.000.000,00 dan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang hanya sebesar Rp. 49.232.000.000. Lebih lanjut, besarnya angka belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah Provinsi Jawa Tengah tersebut secara peringkat menduduki peringkat terbesar ketiga. Peringkat ini berada di bawah Provinsi DKI Jakarta dengan besarnya belanja kesehatan sebesar Rp.1.288.777.000.000,00 dan Provinsi Jawa Timur besarnya belanja kesehatan sebesar Rp. 686.911.000.000,00. (Sumber: Direktorat Jendral Perimbangan Keuangan, 2010)

Tabel 1.1
Belanja Kesehatan menurut Provinsi Tahun 2007
(dalam juta Rupiah)

| Provinsi | Kesehatan |
|---------------------|-----------|
| DKI Jakarta | 1.288.777 |
| Jawa Timur | 686.911 |
| Jawa Tengah | 599.049 |
| NAD | 508.335 |
| Kalimantan Timur | 404.505 |
| Papua | 272.823 |
| Riau | 204.174 |
| Kalimantan Selatan | 191.018 |
| Sumatera Barat | 159.801 |
| Sulawesi Selatan | 155.534 |
| Sumatera Utara | 152.217 |
| Lampung | 150.889 |
| Kalimantan Barat | 133.140 |
| Sumatera Selatan | 132.007 |
| Banten | 121.431 |
| Bengkulu | 121.087 |
| Jambi | 113.179 |
| Nusa Tenggara Barat | 111.301 |
| Nusa Tenggara Timur | 92.574 |
| Kalimantan Tengah | 89.302 |
| Jawa Barat | 82.407 |
| Sulawesi Tengah | 78.076 |
| Bali | 69.656 |
| Sulawesi Tenggara | 64.066 |
| Kepulauan Riau | 59.311 |
| Maluku | 55.959 |
| DI Jogjakarta | 49.232 |
| Sulawesi Utara | 47.848 |
| Papua Barat | 40.919 |
| Bangka Belitung | 36.906 |
| Maluku Utara | 35.499 |
| Gorontalo | 11.864 |
| Sulawesi Barat | 11.650 |

Sumber: Direktorat Jendral Perimbangan Keuangan, 2010

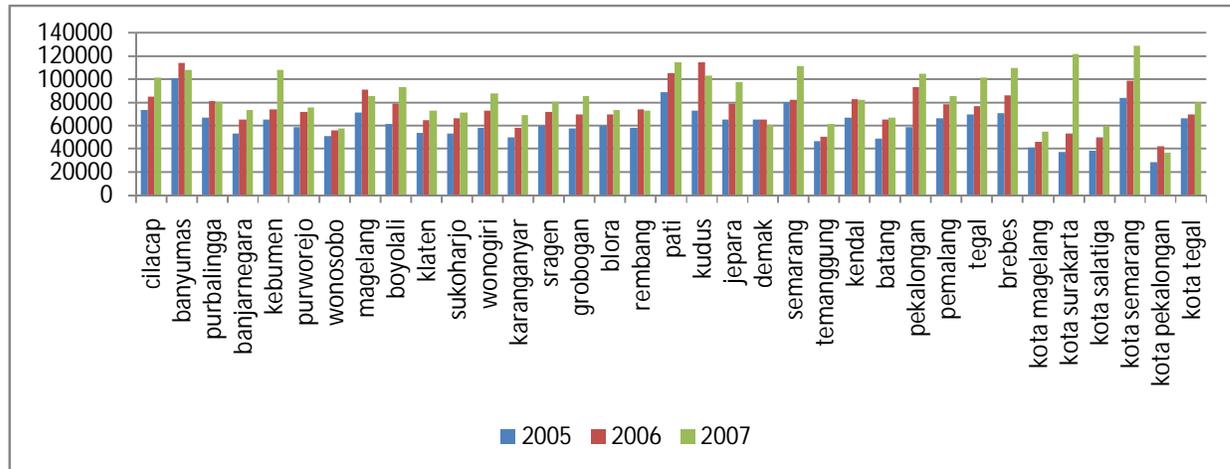
Pada tahun yang sama juga telah diberlakukan kebijakan otonomi daerah yang didasarkan pada Undang-Undang No. 22 tahun 1999. Penerapan kebijakan

otonomi daerah oleh pemerintah menuntut perubahan tata kelola urusan pemerintahan dari yang semula bersifat sentralistik atau terpusat, menjadi desentralistik atau diserahkan dan dikelola pemerintah daerah masing-masing.

Menurut Kartasasmita dalam Pertiwi (2007) desentralisasi pada dasarnya adalah penataan mekanisme pengelolaan kebijakan dengan kewenangan yang lebih besar diberikan kepada pemerintah daerah dengan tujuan agar penyelenggaraan dan pelaksanaan pembangunan lebih efektif dan efisien. Penerapan desentralisasi di Indonesia mencakup berbagai aspek dengan asumsi bahwa pemerintah daerah lebih mengetahui akan kebutuhan dan kondisi daerah masing-masing. Sehingga diharapkan dengan adanya desentralisasi mampu meningkatkan efisiensi dalam berbagai hal. Kondisi yang efisien akan berdampak pada terakselerasinya proses pembangunan ekonomi di daerah. Broto Wasisto, dkk (1986) menyebutkan bahwa efisiensi dalam belanja kesehatan terjadi ketika dana yang tersedia secara cukup dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal sehingga mampu mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik.

Berdasarkan data yang bersumber dari Setda Pemerintah Provinsi Jawa Tengah diketahui bahwa secara umum sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah memiliki proporsi belanja kesehatan pemerintah terhadap APBD yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Gambar 1.1 merupakan grafik yang menggambarkan perkembangan proporsi belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh masing-masing pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah tahun 2005-2007.

Gambar 1.1
Diagram Perkembangan Persentase Belanja Sektor Kesehatan dalam APBD
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007



Sumber: Rekap APBD Kabupaten/Kota Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

Berdasarkan Gambar 1.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah memiliki trend alokasi belanja kesehatan yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Bahkan di beberapa daerah peningkatan belanja kesehatan terjadi peningkatan yang sangat tajam. Daerah tersebut antara lain Kabupaten Kebumen, Kabupaten Semarang, dan Kota Surakarta.

Ditinjau dari aspek derajat kesehatan masyarakat. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Tengah menyebutkan bahwa terdapat tiga indikator utama yang digunakan untuk melihat kemajuan pembangunan kesehatan di Jawa Tengah, yaitu Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu Maternal (AKI), dan Angka Harapan Hidup (AHH).

Tabel 1.2
Tabel Pertumbuhan Indikator Derajat Kesehatan
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007*

| No | Kabupaten/kota | Pertumbuhan | | |
|----|-----------------|-------------|--------|--------|
| | | AKB | AKI | AHH |
| 1 | Cilacap | -0.588 | 0.419 | 0.004 |
| 2 | Banyumas | -0.012 | 0.247 | 0.001 |
| 3 | Purbalingga | 0.736 | 0.017 | 0.012 |
| 4 | Banjarnegara | 9.823 | -0.007 | 0.004 |
| 5 | Kebumen | 0.056 | -0.071 | 0.005 |
| 6 | Purworejo | 1.056 | 1.159 | 0.011 |
| 7 | Wonosobo | -0.173 | 0.236 | 0.004 |
| 8 | Magelang | 0.966 | -0.198 | 0.002 |
| 9 | Boyolali | 5.347 | -0.181 | -0.002 |
| 10 | Klaten | 0.092 | 1.194 | 0.003 |
| 11 | Sukoharjo | 0.301 | 0.979 | 0.004 |
| 12 | Wonogiri | -0.342 | 0.338 | 0.001 |
| 13 | Karanganyar | 8.635 | -0.457 | 0.001 |
| 14 | Sragen | 0.065 | 0.170 | 0.003 |
| 15 | Grobogan | 0.446 | 0.282 | -0.001 |
| 16 | Blora | 1.179 | 1.048 | 0.001 |
| 17 | Rembang | 0.344 | 0.147 | 0.009 |
| 18 | Pati | 1.800 | 0.325 | 0.000 |
| 19 | Kudus | 1.935 | 1.291 | 0.002 |
| 20 | Jepara | 2.319 | 0.144 | 0.002 |
| 21 | Demak | -0.118 | 1.410 | 0.011 |
| 22 | Semarang | 0.318 | 0.438 | 0.001 |
| 23 | Temanggung | 7.590 | 0.494 | -0.001 |
| 24 | Kendal | -0.326 | -0.345 | 0.009 |
| 25 | Batang | 0.913 | -0.025 | 0.004 |
| 26 | Pekalongan | 4.839 | 0.881 | 0.004 |
| 27 | Pemalang | 1.643 | 0.132 | 0.008 |
| 28 | Tegal | -0.131 | 0.014 | 0.006 |
| 29 | Brebes | -0.137 | 0.161 | 0.006 |
| 30 | Kota Magelang | -0.722 | -1.000 | 0.004 |
| 31 | Kota Surakarta | -0.550 | 0.185 | 0.001 |
| 32 | Kota Salatiga | 1.525 | -1.000 | 0.004 |
| 33 | Kota Semarang | 0.933 | 0.639 | 0.001 |
| 34 | Kota Pekalongan | -0.064 | -0.163 | 0.009 |
| 35 | Kota Tegal | -0.325 | 1.882 | 0.002 |

Sumber: Lampiran J, N, dan O, diolah

Keterangan: *Tahun 2005 sebagai tahun dasar.

Berdasarkan ketiga indikator yang merepresentasikan derajat kesehatan di Provinsi Jawa Tengah tersebut, secara umum derajat kesehatan masih sangat membutuhkan perhatian dan perlu ditingkatkan. Berdasarkan Tabel 1.2, kondisi tersebut tercermin dari tiga indikator yang digunakan pemerintah untuk mengukur derajat kesehatan, terdapat dua indikator mortalitas yaitu AKB dan AKI pada sebagian besar daerah kabupaten/ kota memiliki angka pertumbuhan yang bernilai positif selama periode penelitian.

Indikator AKB dan AKI disebagian besar daerah di Jawa Tengah memiliki pertumbuhan yang positif atau terus bertambah. Daerah yang memiliki pertumbuhan AKB negatif hanya sebanyak 12 daerah, sedangkan daerah dengan pertumbuhan AKI negatif hanya sebanyak 10 daerah. Adapun indikator AHH yang seharusnya meningkat seiring meningkatnya belanja kesehatan pemerintah. Namun selama periode penelitian peningkatan AHH yang terjadi di berbagai daerah di Provinsi Jawa Tengah sangat kecil. Hal ini mengindikasikan tingkat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang terjadi sebagian besar daerah di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2005-2007 masih belum baik.

Kondisi ini merupakan suatu fenomena yang ironis dan tidak semestinya terjadi, karena seharusnya dengan besarnya alokasi pengeluaran kesehatan yang terus meningkat akan berdampak pada peningkatan tingkat derajat kesehatan masyarakat secara umum. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Sujudi (2003) yang menyebutkan bahwa investasi kesehatan dapat menjadi daya ungkit dalam upaya dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara umum.

Berdasarkan berbagai penjelasan tersebut di atas, maka penelitian ini akan menguraikan secara jelas kajian mengenai tingkat efisiensi pengeluaran pemerintah daerah untuk sektor kesehatan pada 35 daerah kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah.

1.2 Rumusan Masalah

Paradigma pembangunan ekonomi saat ini sudah tidak lagi hanya semata menitik beratkan pada pencapaian tingkat pendapatan nasional yang tinggi saja, melainkan sudah berubah kepada pencapaian pembangunan manusia. Pembangunan manusia ini ditentukan dengan tingkat pembentukan kualitas sumberdaya manusia.

Kesehatan memegang peran yang paling penting dalam proses pembentukan kualitas sumber daya manusia, hal ini disebabkan karena kesehatan merupakan modal dasar yang harus dimiliki manusia dalam mencapai pendidikan dan kehidupan yang layak. Tingkat kesehatan yang rendah pada anak-anak akan menghambat proses kegiatan belajar sehingga berpengaruh pada tingkat pendidikan yang dicapai. Begitu pula dalam dunia ketenagakerjaan, tenaga kerja yang tidak sehat akan menyebabkan produktivitas pekerja berkurang sehingga dengan kondisi-kondisi yang seperti ini akan menyebabkan terhambatnya proses pembangunan.

Salah satu faktor yang menentukan baik atau buruknya derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari besarnya pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan. Jawa Tengah sebagai provinsi dengan jumlah populasi terbesar ke tiga di Indonesia sudah menerapkan hal tersebut. Belanja kesehatan di Provinsi Jawa

Tengah menduduki peringkat terbesar ketiga serta mengalami trend yang selalu meningkat selama tahun 2005-2007. Namun demikian, fenomena besarnya belanja kesehatan yang dikeluarkan masing-masing pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah ternyata belum diikuti dengan kenaikan derajat kesehatan masyarakat di sebagian besar daerah kabupaten/ kota di Provinsi tersebut.

Berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Jawa Tengah. Indikator-indikator yang telah ditetapkan pemerintah Provinsi Jawa Tengah untuk menggambarkan tingkat kesehatan masyarakat adalah angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu maternal (AKI), dan angka harapan hidup (AHH). Indikator angka kematian (mortalitas) yaitu AKB dan AKI pada tahun 2005-2007 memiliki angka pertumbuhan yang positif sebagaimana yang ditunjukkan pada Tabel 1.2. Adapun peningkatan AHH di sebagian besar daerah memiliki tingkat pertumbuhan yang sangat kecil. Hal ini mengindikasikan semakin besar belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah, tetapi derajat kesehatan tidak menjadi lebih baik, atau dengan kata lain telah terjadi fenomena inefisiensi di dalam pengeluaran pemerintah daerah untuk sektor kesehatan di Provinsi Jawa Tengah.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut maka penelitian ini akan menguraikan dengan jelas pertanyaan kajian tentang tingkat efisiensi pengeluaran kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah tahun 2005-2007, khususnya berkaitan dengan indikator derajat kesehatan masyarakat.

1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana tingkat efisiensi anggaran belanja pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah untuk sektor kesehatan terhadap tingkat kesehatan masyarakat yang diukur dengan AKB, AKI, dan AHH di seluruh daerah kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah.

Adapun kegunaan penelitian ini adalah:

1. Hasil penelitian ini menjadi masukan bagi perencanaan pembangunan dan kebijakan strategis khususnya di bidang belanja kesehatan dalam rangka pembangunan di tiap-tiap kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah.
2. Hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan bagi pemerintah terkait dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia.
3. Hasil penelitian ini dapat dikembangkan oleh peneliti lain sebagai referensi penelitian lebih lanjut.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika yang digunakan dalam menyusun penelitian ini adalah sebagai berikut:

BAB 1 Pendahuluan

Pada Bab ini menjelaskan latar belakang perlunya analisis tingkat efisiensi belanja kesehatan pemerintah daerah pada 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah yang di bandingkan dengan indikator derajat kesehatan masyarakat yaitu angka kematian bayi, angka kematian ibu maternal, dan angka harapan hidup penduduk pada tahun 2005 sampai tahun 2007. Latar

belakang ini akan menjadi masukan bagi terbentuknya perumusan masalah untuk menganalisis tingkat efisiensi belanja pemerintah di sektor kesehatan yang dikaitkan dengan angka kematian bayi, angka kematian ibu maternal, dan angka harapan hidup. Adapun kegunaan penelitian ini yaitu menjadi masukan bagi perencanaan pembangunan dan kebijakan strategis dalam rangka pembangunan Provinsi Jawa Tengah terutama untuk pembangunan di bidang kesehatan, menjadi pertimbangan bagi pemerintah terkait dalam upaya meningkatkan efisiensi belanja pemerintah di sektor kesehatan dalam rangka menuju derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik, dan semoga dapat dikembangkan oleh peneliti lain sebagai referensi penelitian lebih lanjut.

BAB II Tinjauan Pustaka

Bab ini berisi landasan-landasan teori yang menjadi dasar dan berhubungan dengan permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini, yaitu teori-teori yang relevan sehingga mendukung bagi tercapainya hasil penelitian yang ilmiah. Dasar teori yang digunakan sebagai landasan dalam penelitian ini antara lain teori pengeluaran pemerintah, teori aspek kesehatan dalam kajian ilmu ekonomi, teori produksi serta teori efisiensi.. Selain itu dalam bab ini juga dicantumkan adanya penelitian terdahulu yang merupakan penelitian yang menjadi dasar pengembangan bagi penulisan penelitian ini, sehingga dapat disusun kerangka pemikiran teoritis.

Bab III Metodologi Penelitian

Pada studi ini digunakan metodologi studi kasus dengan menggunakan data sekunder. Jenis dan sumber data yang digunakan adalah data sekunder sehingga metode pengumpulan data yang digunakan tidak memerlukan teknik sampling dan kuesioner. Data diperoleh dari instansi-instansi terkait dan metode analisis dalam penelitian ini menggunakan model analisis *Data Envelopment Analysis* (DEA).

Bab IV Hasil dan Pembahasan

Bab ini berisi deskripsi objek penelitian yaitu wilayah Provinsi Jawa Tengah dilihat dari sisi geografis, sosial dan budaya, derajat kesehatan, serta struktur anggaran belanja pemerintah daerah Provinsi Jawa Tengah tahun 2005-2007 khususnya di bidang kesehatan. Bab ini juga memuat hasil dan pembahasan analisis data yang menjelaskan hasil estimasi dari penelitian yang dilakukan. Bagian pembahasan menerangkan interpretasi dan pembahasan hasil penelitian secara komprehensif.

Bab V Penutup

Bab ini merupakan penutup yang memuat kesimpulan dari analisis data dan pembahasan. Dalam bab ini juga berisi saran-saran yang direkomendasikan kepada pihak-pihak tertentu berkaitan dengan tema penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori dan Penelitian Terdahulu

Dalam meneliti tingkat efisiensi pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan terhadap indikator derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Jawa Tengah, penelitian ini mendasarkan teori pada teori-teori yang relevan sehingga mendukung bagi tercapainya hasil penelitian yang ilmiah. Dasar teori yang digunakan sebagai landasan dalam penelitian ini antara lain teori pengeluaran pemerintah, teori aspek kesehatan dalam kajian ilmu ekonomi, teori produksi, serta teori efisiensi.

Di samping itu, agar secara empiris penelitian ini dapat dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian sejenis atau yang memiliki tema hampir sama, maka dilengkapi juga dengan beberapa penelitian terdahulu tentang efisiensi belanja kesehatan pemerintah yang dikaitkan dengan derajat kesehatan masyarakat. Penelitian-penelitian tersebut kemudian digunakan menjadi acuan serta pembanding dalam penelitian ini.

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Teori Pengeluaran Pemerintah

Aspek pengeluaran pemerintah dalam kajian tentang keuangan negara maupun daerah merupakan aspek dari penggunaan sumber daya ekonomi secara langsung yang dimiliki atau dikuasai oleh pemerintah dan secara tidak langsung yang dimiliki oleh masyarakat dalam arti yang seluas-luasnya.

Pengeluaran pemerintah mencerminkan kebijakan yang ditempuh oleh suatu pemerintahan. Apabila pemerintah telah menetapkan suatu kebijakan untuk membeli barang dan jasa, pengeluaran pemerintah mencerminkan biaya yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Terdapat berbagai teori yang menjelaskan tentang pengeluaran pemerintah, teori-teori tersebut dapat di bagi menjadi dua bagian, yaitu teori makro dan teori mikro

Secara mikro tujuan dari teori perkembangan pengeluaran pemerintah adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang publik dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang publik. Interaksi antara permintaan dan penawaran untuk barang publik menentukan jumlah barang publik yang akan disediakan melalui anggaran belanja. Lebih lanjut, perkembangan pengeluaran pemerintah secara mikro dapat dijelaskan dengan beberapa faktor di bawah ini:

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

Barang dan jasa publik yang disediakan oleh pemerintah ditentukan oleh politisi yang memilih jumlah barang/jasa yang dihasilkan. Selain itu, para politisi juga menentukan jumlah pajak yang akan dikenakan kepada masyarakat untuk membiayai barang/jasa publik tersebut dalam menentukan jumlah barang dan jasa publik yang disediakan, para politisi memperhatikan selera atau keinginan

masyarakat agar masyarakat merasa puas dan tetap memilih mereka sebagai wakil masyarakat.

Dalam tatanan makro pengeluaran pemerintah merupakan salah satu unsur permintaan agregat. Konsep perhitungan pendapatan nasional dengan pendekatan pengeluaran menyatakan bahwa $Y = C+I+G+(X-M)$. Formula ini dikenal sebagai identitas pendapatan nasional. Variabel Y sebagai variabel dependen melambangkan pendapatan nasional (dalam arti luas), sekaligus mencerminkan penawaran agregat. Sedangkan variabel-variabel di ruas kanan disebut permintaan agregat. Variabel G melambangkan pengeluaran pemerintah (*Government Expenditure*). Dumairy (dikutip oleh Diah Pradonowati, 2009) mengatakan bahwa dengan membandingkan nilai G terhadap Y, serta mengamatinya dari waktu ke waktu dapat diketahui seberapa besar kontribusi pengeluaran pemerintah dalam pembentukan permintaan agregat atau pendapatan nasional. Berdasarkan hal tersebut dapat dianalisis seberapa penting peranan pemerintah dalam perekonomian nasional.

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

2.2.1.1 Model Pembangunan dalam Perkembangan Pengeluaran Pemerintah

Model ini dikembangkan oleh Rostow dan Musgrave yang menghubungkan perkembangan pengeluaran pemerintah dengan tahap-tahap pembangunan. Rostow bersama dengan Musgrave menghubungkan model tahap-tahap pembangunan dengan pengeluaran pemerintah, sehingga kemudian

dibedakan antara tahap awal, tahap menengah, dan tahap lanjut. Pada tahap awal perkembangan ekonomi, jumlah investasi yang dikeluarkan pemerintah untuk pembangunan sangat dominan dan dalam jumlah yang besar, hal ini disebabkan pada tahap ini pemerintah harus menyediakan prasarana, seperti misalnya pendidikan, kesehatan, prasarana transportasi, dan sebagainya.

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

Pada tingkat yang lebih lanjut, dalam teorinya tentang perkembangan pengeluaran pemerintah, Rostow menjelaskan bahwa dalam pembangunan ekonomi aktivitas pemerintah beralih dari penyediaan sarana dan prasarana menjadi pengeluaran-pengeluaran yang bersifat sosial seperti halnya, program

kesejahteraan hari tua, program pelayanan masyarakat dan program bantuan yang bersifat sosial lainnya.

2.2.1.2 Hukum Wagner mengenai Perkembangan Aktivitas Pemerintah

Wagner mengemukakan suatu teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin besar dalam proporsinya terhadap GNP. Dalam hal ini Wagner menerangkan mengapa peranan pemerintah menjadi semakin besar, yang terutama disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum, pendidikan, rekreasi, kesehatan, kebudayaan, dan lain sebagainya.

Wagner sendiri menamakannya “hukum aktivitas pemerintah yang selalu meningkat” (*law of ever increasing state activity*). Hukum Wagner dirumuskan dengan notasi sebagai berikut:

$$\boxed{\text{—} < \text{—} < \dots < \text{—}} \dots\dots\dots (2.1)$$

Keterangan:

PkPP : Pengeluaran pemerintah per kapita

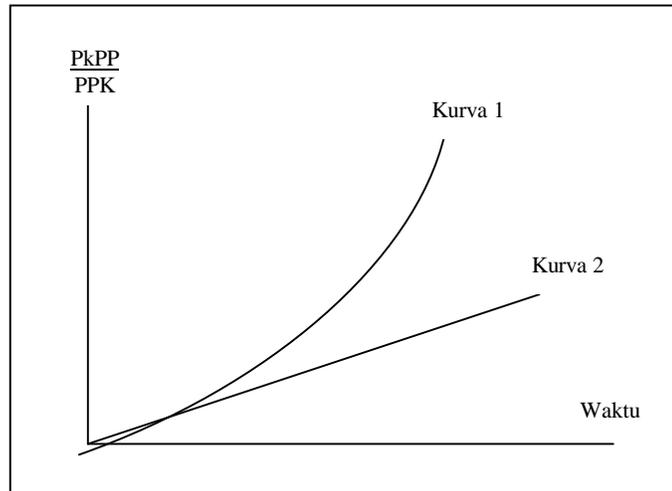
PPK : pendapatan per kapita, yaitu GDP / jumlah penduduk

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

Hukum Wagner yang menjelaskan tentang perkembangan pengeluaran pemerintah ditunjukkan dalam gambar berikut ini, dimana kenaikan pengeluaran pemerintah mempunyai bentuk eksponensial dengan kurva berbentuk cembung dan bergerak naik dari kiri bawah menuju kanan atas, sebagaimana yang

ditunjukkan Kurva 1, dan bukan seperti ditunjukkan oleh Kurva 2 yang memiliki bentuk linear.

Gambar 2.1
Kurva Hukum Aktivitas Pemerintah yang Selalu Meningkatkan



Sumber: Guritno Mangkusubroto, 2006

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

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

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

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

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

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

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

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

diikuti dengan mengurangi besarnya pengeluaran pemerintah. Kebijakan tersebut dilakukan pemerintah dengan tujuan agar perekonomian kembali pada kondisi *full employment*.

2.2.2 Klasifikasi Pengeluaran Pemerintah

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

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

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

- a. Pengeluaran yang *self liquidating* sebagian atau seluruhnya, artinya pengeluaran pemerintah mendapatkan pembayaran kembali dari masyarakat yang menerima jasa atau barang yang bersangkutan. Contohnya, pengeluaran untuk jasa negara, atau untuk proyek-proyek produktif barang ekspor.
- b. Pengeluaran yang reproduktif, artinya mewujudkan keuntungan-keuntungan ekonomis bagi masyarakat, dimana dengan naiknya tingkat penghasilan dan sasaran pajak yang lain pada akhirnya akan menaikkan

penerimaan pemerintah. Misalnya, pengeluaran untuk bidang pengairan, pertanian, pendidikan, kesehatan masyarakat (*public health*).

- c. Pengeluaran yang tidak *self liquidating* maupun yang tidak produktif, yaitu pengeluaran yang langsung menambah kegembiraan dan kesejahteraan masyarakat. Misalnya, untuk bidang rekreasi, pendirian monument, objek-objek pariwisata dan sebagainya. Hal ini dapat juga menaikkan penghasilan dalam kaitannya jasa-jasa tadi.
- d. Pengeluaran yang secara langsung tidak produktif dan merupakan pemborosan, misalnya untuk pembiayaan pertahanan atau perang meskipun pada saat pengeluaran terjadi penghasilan yang menerimanya akan naik.
- e. Pengeluaran yang merupakan penghematan di masa yang akan datang. Misalnya pengeluaran untuk anak-anak yatim piatu. Jika hal ini tidak dijalankan sekarang, kebutuhan-kebutuhan pemeliharaan bagi mereka di masa yang akan datang pasti akan lebih besar.

Di Indonesia pengeluaran pemerintah baik yang berasal dari PAD maupun sumbangan dan bantuan direncanakan setiap tahun dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Berdasarkan tujuannya pengeluaran pemerintah dibedakan dalam dua klasifikasi, yaitu:

- a. Pengeluaran rutin adalah anggaran yang disediakan untuk menyelenggarakan tugas umum pemerintahan dan pelaksanaan pembangunan. Pengeluaran ini meliputi belanja pegawai, belanja barang, berbagai macam subsidi (subsidi daerah dan subsidi harga barang),

angsuran dan bunga utang pemerintah, serta jumlah pengeluaran lain. Anggaran pengeluaran rutin memegang peran penting untuk menunjang kelancaran mekanisme sistem pemerintahan serta upaya peningkatan efisiensi dan produktifitas, yang pada gilirannya akan menunjang tercapainya sasaran dan tugas setiap tahap pembangunan. Penghematan dan efisiensi tersebut antara lain diupayakan melalui pinjaman alokasi pengeluaran rutin, pengendalian dan koordinasi pelaksanaan pembelian barang dan jasa kebutuhan departemen/non lembaga/non departemen, dan pengurangan berbagai macam subsidi secara bertahap.

- b. Sedangkan yang dimaksud dengan pengeluaran pembangunan merupakan pengeluaran yang bertujuan untuk pembiayaan proses perubahan, yang merupakan kemajuan dan perbaikan menuju arah yang ingin dicapai. Pengeluaran pembangunan bersifat menambah modal masyarakat baik dalam bentuk pembangunan fisik maupun non fisik. Di samping itu, pengeluaran pembangunan juga ditujukan untuk membiayai program-program pembangunan sehingga anggarannya selalu disesuaikan dengan dana yang berhasil dimobilisasi. Dana tersebut kemudian dialokasikan pada berbagai bidang sesuai dengan prioritas yang telah direncanakan.

2.2.3 Pengeluaran Pemerintah di Sektor Kesehatan

Di dalam beberapa literatur tentang ekonomi kesehatan pembahasan tentang pembiayaan sektor kesehatan selalu diawali dengan pendefinisian sektor kesehatan itu sendiri. Hal ini disebabkan karena yang terjadi pada kenyataannya terdapat perbedaan definisi sektor kesehatan antara satu negara dengan negara

lainnya. Sektor kesehatan memiliki definisi yang lebih luas di negara sedang berkembang dari pada negara-negara maju. Perbedaan definisi ini sudah pasti akan mempengaruhi proses pengambilan kebijakan di sektor kesehatan, terutama dalam hal pembiayaannya.

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

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

Dalam rangka mencapai tujuan dan sarana pembangunan kesehatan maka diperlukan dana, baik yang bersumber dari pemerintah maupun dari masyarakat. Wasisto dan Ascobat (1986) menyebutkan bahwa secara garis besar sumber pembiayaan untuk upaya kesehatan dapat digolongkan sebagai sumber pemerintah dan sumber non pemerintah (masyarakat, dan swasta). Selanjutnya sumber pemerintah dapat berasal dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten / kota, dan bantuan luar negeri. Adapun sumber biaya masyarakat atau swasta dapat berasal dari pengeluaran rumah tangga atau perorangan (*out of pocket*), perusahaan swasta/BUMN untuk membiayai karyawannya, badan penyelenggara beberapa jenis jaminan pembiayaan kesehatan termasuk asuransi kesehatan untuk

membayai pesertanya, dan lembaga non pemerintah yang umumnya digunakan untuk kegiatan kesehatan yang bersifat sosial dan kemasyarakatan.

2.2.4 Ruang Lingkup Aspek Kesehatan dalam Kajian Ilmu Ekonomi

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

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

Beberapa ekonom menganggap bahwa kesehatan merupakan fenomena ekonomi baik jika dinilai dari stok maupun sebagai investasi. Sehingga fenomena kesehatan menjadi variabel yang nantinya dapat dianggap sebagai faktor produksi untuk meningkatkan nilai tambah barang dan jasa, atau sebagai suatu sasaran dari tujuan-tujuan yang ingin dicapai baik oleh individu, rumah tangga maupun masyarakat, yang dikenal sebagai tujuan kesejahteraan "*welfare objective*". Oleh

karena itu kesehatan dianggap sebagai modal dan memiliki tingkat pengembalian yang positif baik untuk individu maupun untuk masyarakat

2.2.5 Pengukuran Kinerja, *Outcome* dan Indikator dalam Bidang Kesehatan

Mardiasmo (2004) menyatakan bahwa pengukuran kinerja sektor publik dilakukan untuk memenuhi tiga tujuan. Pertama, pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk membantu memperbaiki kinerja pemerintah. Ukuran kinerja dimaksudkan untuk dapat membantu pemerintah berfokus pada tujuan dan sasaran program unit kerja. Hal ini pada akhirnya akan meningkatkan efisiensi dan efektifitas organisasi sektor publik. Kedua, ukuran kinerja sektor publik digunakan untuk mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan. Kinerja adalah gambaran pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan atau program dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi. (Indra Bastian, 2006).

Indikator digunakan sebagai proksi terhadap *outcome* kinerja. Indikator bermanfaat dalam menilai atau mengukur kinerja instansi. Indra Bastian (2006) mendefinisikan indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan memperhitungkan indikator masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcome*), manfaat (*benefit*), dan dampak (*impact*). Tujuan yang paling mendasar adalah keinginan atas akuntabilitas pemerintah daerah terhadap pemerintah pusat atau masyarakat.

Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan untuk dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi sering sekali memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan.

Dalam menggabungkan disiplin ilmu ekonomi ke dalam cabang kesehatan perlu adanya pengukuran hasil kesehatan baik dari segi fisik maupun nilai kesehatan. Hal ini berguna untuk membandingkan besarnya nilai masukan dan luaran atau untuk mengevaluasi efisiensi ekonominya. Elemen-elemen pengukuran hasil kesehatan tersebut mencakup definisi, cara mengukur, serta bagaimana dan kapan hal tersebut perlu diukur. Elemen-elemen tersebut selanjutnya digabung menjadi satu indeks tentang status kesehatan.

Dalam rencana strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 terkait dengan dengan visi Menuju Indonesia Sehat 2010 membagi tiga jenis klasifikasi indikator dalam menilai kinerja, yaitu:

1. Indikator proses dan masukan (input). Indikator ini terdiri atas indikator-indikator pembiayaan kesehatan, pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor terkait.
2. Indikator hasil antara (*Intermediate Output*). Indikator ini terdiri dari indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.

3. Indikator hasil akhir (*outcomes*) yaitu derajat kesehatan. Indikator ini terdiri dari indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbilitas (kesakitan) dan indikator status gizi.

2.2.6 Teori Produksi

Proses produksi adalah proses yang dilakukan oleh perusahaan berupa kegiatan mengkombinasikan input (sumber daya) untuk menghasilkan output. Dengan kata lain produksi merupakan proses perubahan dari input menjadi output (Samsubar Saleh, 2000).

Sumber daya atau input dikelompokkan menjadi sumber daya manusia, termasuk tenaga kerja dan kemampuan manajerial (*entrepreneurship*), modal (*capital*), tanah atau sumber daya alam. Adapun yang dimaksud dengan kemampuan manajerial adalah kemampuan yang dimiliki individu dalam melihat berbagai kemungkinan untuk mengkombinasikan sumber daya untuk menghasilkan output dengan cara baru atau cara yang lebih efisien, baik produk baru maupun produk yang sudah ada. Lebih lanjut, input dibagi menjadi input tetap dan input variabel. Input tetap adalah input yang tidak dapat diubah jumlahnya dalam waktu tertentu atau bisa diubah namun dengan biaya yang sangat besar. Adapun input variabel adalah input yang dapat diubah dengan cepat dalam jangka pendek.

Berdasarkan pengklasifikasian jenis input tersebut, maka ilmu ekonomi dalam mengkaji proses produksi membaginya kedalam dua konsep, yaitu jangka pendek dan jangka panjang. Konsep jangka pendek dan jangka panjang dalam teori produksi bukan berdasarkan waktu atau seberapa lama proses produksi tersebut

dilakukan. Konsep jangka panjang dan jangka pendek dalam teori produksi didasarkan pada jenis input yang digunakan. Konsep produksi jangka pendek mengacu pada kondisi di mana dalam proses produksi terdapat satu input yang bersifat tetap jumlahnya. Adapun konsep jangka panjang dalam teori produksi mengacu pada kondisi di mana dalam proses produksi semua input yang digunakan merupakan input variabel.

2.2.6.1 Produksi Jangka Pendek

Konsep produksi dalam jangka pendek di mana perusahaan memiliki input tetap, sehingga pelaku usaha harus menentukan berapa banyak input variabel yang perlu digunakan untuk menghasikan output. Pelaku usaha akan memperhitungkan seberapa besar dampak penambahan input variabel terhadap produksi total. Sebagai contoh, input variabel yang digunakan adalah tenaga kerja (L) dan input tetap yang digunakan adalah modal (K). Dengan demikian pengaruh penambahan input tenaga kerja terhadap produksi secara total (TP) dapat dilihat dari produksi rata-rata (*Average Product/ AP*) dan produksi marginal (*Marginal Product/ MP*).

Produksi rata-rata (AP) merupakan rasio antara total produksi dengan total input (variabel). Adapun produksi marginal (MP) adalah tambahan produksi total (output total) karena tambahan input sebanyak satu satuan.

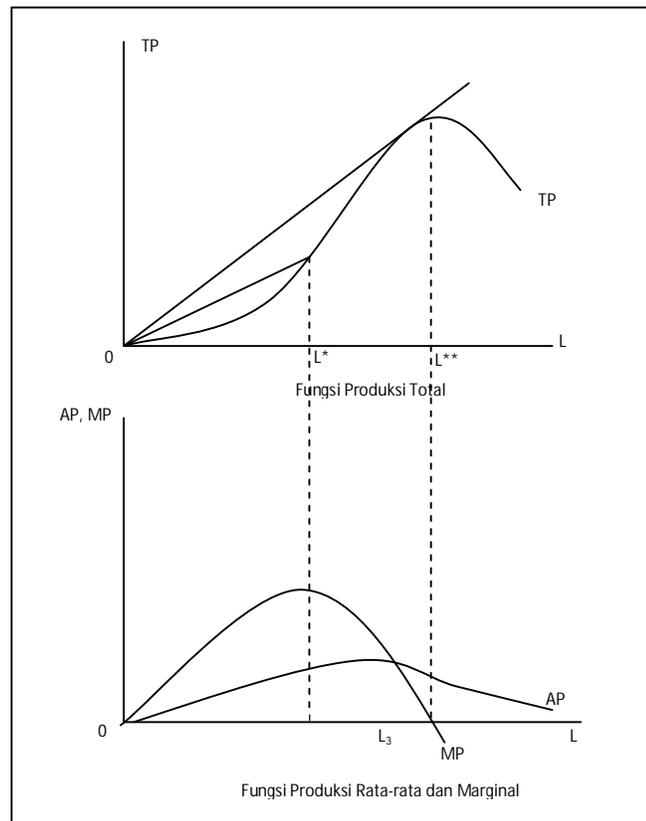
$$AP = \frac{TP}{L} \dots\dots\dots(2.2)$$

$$MP = \frac{\delta TP}{\delta L} \dots\dots\dots(2.3)$$

Gambar 2.2 berikut ini akan mengilustrasikan bagaimana terjadinya proses produksi dalam jangka pendek. Ilustrasi berikut menggunakan asumsi

bahwa proses produksi hanya menggunakan satu input saja, yaitu input tenaga kerja (L).

Gambar 2.2
Kurva Proses Produksi Jangka Pendek



Sumber: Samsubar Saleh, 2000

Kurva AP merupakan penurunan dari kurva TP . Pada setiap titik di sepanjang kurva TP dapat dibuat garis sinar (garis yang menghubungkan titik 0 dengan suatu titik pada TP). AP adalah slope dari garis sinar. MP adalah slope garis singgung pada TP . MP akan memiliki slope positif (naik) ketika TP juga naik dengan laju yang semakin tinggi, MP akan berslope negatif (turun) ketika TP naik dengan laju yang semakin rendah, adapun MP akan sama dengan nol ketika

TP mencapai maksimum, dan MP negatif ketika TP menurun. MP mencapai kondisi maksimum lebih dahulu dari pada AP, selama AP bergerak naik, MP lebih tinggi dari pada AP, dan ketika AP bergerak turun, maka MP lebih rendah dari pada AP. Lebih lanjut ketika AP mencapai kondisi maksimum maka $MP=AP$ (kedua kurva berpotongan).

Berdasarkan gambar di atas, maka proses produksi dapat dibagi kedalam tiga tahap, yaitu tahap pertama mulai dari titik 0 sampai dengan AP mencapai maksimum. Tahap kedua terjadi dari AP maksimum sampai MP menjadi nol. Tahap ketiga terjadi pada MP negatif.

Berdasarkan gambar tersebut juga dapat dijelaskan apabila tenaga kerja yang digunakan sebanyak 0, maka output yang dihasilkan juga sebesar 0. Hal ini berarti bahwa proses produksi tidak akan menghasilkan output apabila hanya menggunakan satu macam input (input tetap). Apabila jumlah tenaga kerja yang digunakan semakin banyak, maka output akan meningkat. Mula-mula produksi total naik dengan tambahan semakin tinggi (mulai 0 sampai L^*), kemudian dengan tambahan yang semakin kecil (setelah melewati L^* dan seterusnya). Setelah L^{**} tambahan input tenaga kerja justru menurunkan tingkat output yang dihasilkan atau yang dikenal dengan hukum pertambahan hasil yang semakin menurun (*Law of Diminishing Return*).

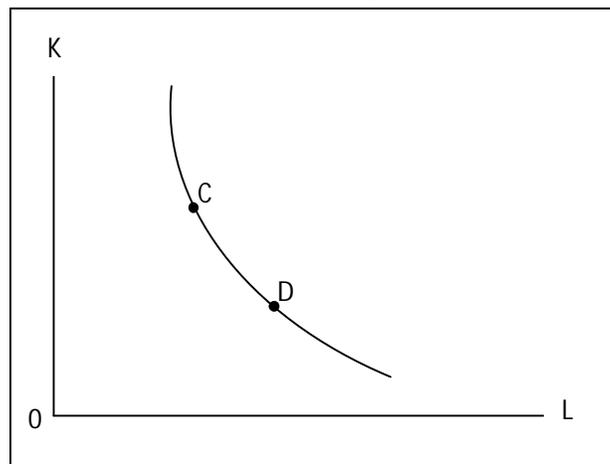
2.2.6.2 Produksi Jangka Panjang

Sebagaimana yang telah dipaparkan sebelumnya proses produksi jangka panjang merupakan proses produksi dimana semua input atau faktor produksi atau

faktor produksi yang digunakan bersifat variabel atau dengan kata lain dalam produksi jangka panjang tidak ada input tetap.

Kombinasi penggunaan berbagai input tetap tersebut dapat digambarkan dengan sebuah kurva yang disebut dengan kurva isokuan (*isoquant curve*). Isokuan merupakan daftar yang merangkum berbagai alternatif yang tersedia bagi produsen atau merupakan kendala teknis bagi produsen.

Gambar 2.3
Kurva Isoquant



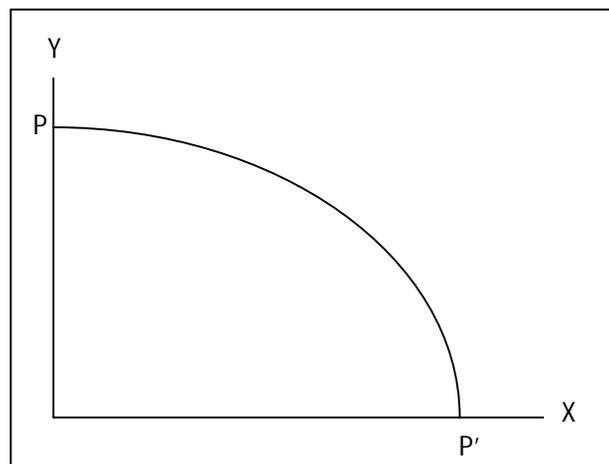
Sumber: Samsubar Saleh, 2000

Kurva di atas menggambarkan apabila produsen berpindah dari titik C ke titik D, berarti produsen menambah banyaknya tenaga kerja yang digunakan dan mengurangi jumlah modal yang digunakan. Dengan kata lain, produsen mengganti atau mensubstitusi penggunaan modal dengan menggunakan tenaga kerja. Banyak sedikitnya suatu input yang digunakan dalam proses produksi ditentukan oleh produksi marginal masing-masing input.

2.2.7 Efisiensi Produksi

Efisiensi produksi adalah efisiensi menyangkut biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan output tertentu. Jika produsen tidak efisien dalam memproduksi hal itu berarti bahwa dalam kondisi tersebut produsen dapat memproduksi barang lebih banyak tanpa mengurangi produksi dari barang lain. Berikut ini adalah ilustrasi mengenai efisiensi produksi yang digambarkan dengan menggunakan kurva Production Possibilities Frontier. Berdasarkan ilustrasi tersebut, produsen dapat disebut efisien jika semua unit kegiatan ekonomi yang beroperasi berada di sepanjang kurva batas produksi (*production frontier*) atau di sepanjang garis P-P'. Adapun kondisi yang tidak efisien terjadi ketika produsen memproduksi tidak di sepanjang garis batas produksi, baik di area dalam garis maupun di area luar garis batas produksi.

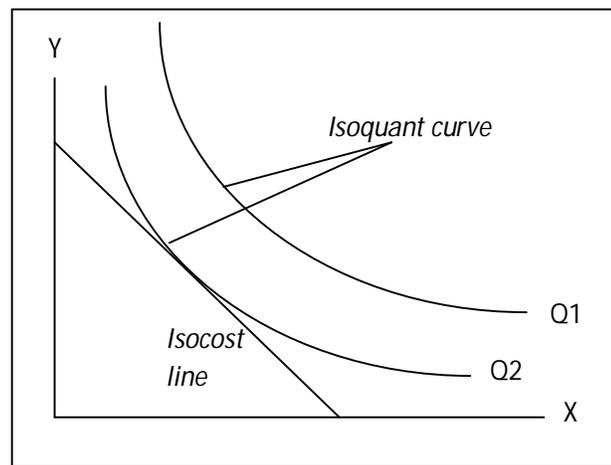
Gambar 2.4
Efisiensi Produksi dan *Production Possibilities Frontier*



Sumber: Stiglitz, Joseph, 2000

Selain dengan pendekatan *Production Possibility Frontier*, efisiensi produksi juga melalui pendekatan *budget constraint* dimana terdapat *isocost line* yang memberikan kombinasi input dari biaya. Sebagai ilustrasi, berikut ini merupakan gambar kurva *isoquant* dan *isocost*.

Gambar 2.5
Kurva *Isoquant* dan *Isocost* dalam
Menggambarkan Efisiensi Produksi



Sumber: Stiglitz, Joseph, 2000

Gambar 2.5 menjelaskan kombinasi dua input yaitu X (Tenaga Kerja) dan Y (Tanah) yang memproduksi output yang sama. Kurva Q1 memproduksi output yang lebih tinggi dari pada Q2. Slope dari kurva *isoquant* disebut *marginal rate of technical substitution*. Kurva *isocost* merupakan kombinasi input dimana biaya untuk memproduksi barang dengan biaya yang sama. Slope dari kurva *isocost* mempresentasikan harga relatif dari dua input. Suatu perusahaan memaksimalkan output dengan *marginal rate of technical substitution* sama untuk harga yang relatif.

Suatu perusahaan memaksimalkan jumlah output yang diproduksi, dengan memberikan tingkat pengeluaran dari input dimana *isoquant* merupakan tangen dari *isocost* sehingga *marginal rate of substitution* sama untuk harga yang relatif. Dalam ekonomi persaingan, semua perusahaan menunjukkan harga yang sama karena perusahaan dalam menggunakan input tenaga kerja dan tanah mengatur agar *marginal rate of technical substitution* yang sama untuk harga yang relatif.

2.2.8 Metode Pengukuran Kinerja dan Efisiensi Sektor Publik

Pada dasarnya kinerja suatu perusahaan diukur dengan menggunakan efisiensi ekonomi. Efisiensi ekonomi terdiri atas efisiensi teknis (*technical efficiency*) dan efisiensi alokasi (*allocative efficiency*). Efisiensi teknis adalah kombinasi antara kapasitas dan kemampuan unit ekonomi untuk memproduksi sampai tingkat output maksimum dari sejumlah input yang digunakan. Sedangkan efisiensi alokasi adalah kemampuan dan kesediaan unit ekonomi yang digunakan dalam proses produksi pada tingkat harga relatif. Seiring dengan perkembangannya penggunaan ukuran efisiensi saat ini tidak hanya digunakan bagi perusahaan saja, tetapi juga dapat digunakan dalam mengukur kinerja pemerintah atau sektor publik (Jafarov dan Gunnarsson, 2008)

Pengukuran efisiensi sektor publik khususnya dalam pengeluaran belanja pemerintah didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika tidak mungkin lagi realokasi sumber daya yang dilakukan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat. dengan kata lain, efisiensi pengeluaran belanja pemerintah daerah diartikan ketika setiap Rupiah yang dibelanjakan oleh pemerintah daerah

menghasilkan kesejahteraan masyarakat yang paling optimal. Ketika kondisi tersebut terpenuhi, maka dikatakan belanja pemerintah telah mencapai tingkat yang efisien.

Menyandarkan pada penelitian serupa yang dilakukan oleh Jafarov dan Gunnarsson (2008), dalam mengukur efisiensi efisiensi sektor publik maka digunakan pengukuran efisiensi teknis dimana nilai efisiensi diukur dengan menggunakan sejumlah input yang digunakan untuk menghasilkan sejumlah output tertentu. Lebih lanjut dalam pengukuran efisiensi sektor publik, efisiensi teknis dapat dibagi ke dalam tiga jenis, yaitu efisiensi teknis biaya (*technical cost efficiency*), efisiensi teknis sistem (*technical system efficiency*), dan efisiensi keseluruhan (*over all efficiency*).

Efisiensi teknis biaya merupakan pengukuran tingkat penggunaan sarana ekonomi/ sejumlah input berupa besarnya nilai nominal belanja kesehatan yang dikeluarkan baik oleh pemerintah maupun oleh masyarakat untuk menghasilkan sejumlah output berupa indikator output hasil antara (*ouput intermediate*) yang terdiri dari fasilitas dan layanan kesehatan. Kondisi efisien akan tercapai ketika sejumlah nominal belanja kesehatan yang dikeluarkan dalam jumlah tertentu dapat menghasilkan output berupa fasilitas dan layanan kesehatan yang maksimum.

Efisiensi teknis sistem merupakan pengukuran tingkat penggunaan sejumlah input berupa indikator *ouput intermediate* untuk menghasilkan sejumlah output berupa indikator hasil akhir (*outcomes*) yaitu derajat kesehatan masyarakat. Kondisi efisien akan tercapai jika penggunaan sejumlah input berupa fasilitas dan

layanan kesehatan dalam jumlah tertentu akan menghasilkan output berupa derajat kesehatan yang maksimum.

Adapun pengukuran efisiensi keseluruhan dilakukan dengan cara menghubungkan secara langsung penggunaan indikator input berupa belanja kesehatan dengan hasil *outcome* kesehatan berupa derajat kesehatan masyarakat sebagai outputnya. Kondisi yang efisien akan terjadi jika dengan besarnya belanja kesehatan sejumlah tertentu dapat menghasilkan derajat kesehatan masyarakat yang optimum.

Terdapat beberapa pendekatan atau metode yang dapat digunakan dalam mengukur efisiensi. Secara garis besar pendekatan-pendekatan tersebut dikelompokkan ke dalam dua teknik estimasi yaitu estimasi parametrik dan non-parametrik. Teknik-teknik analisis yang masuk dalam teknik non-parametrik adalah *Data Envelopment Analysis* (DEA) dan *Free Disposal Hull* (FDH), sedangkan teknik analisis yang masuk dalam kelompok parametrik adalah *The Stochastic Frontier Approach* (SFA), *The Thick Frontier Approach* (TFA) dan *Distribution Free Approach* (DFA), (Ahmad Syakir, 2006)

Metode pengukuran efisiensi dengan menggunakan pendekatan non-parametrik yaitu DEA dan FDH sama-sama menggunakan teknik *linear programming*. Analisis DEA dan FDH sama-sama menghasilkan urutan skor efisiensi unit kegiatan ekonomi. Angka efisiensi yang dihasilkan merupakan perbandingan kinerja suatu unit kegiatan ekonomi dengan kurva batas kemungkinan produksinya (*production possibility frontier*), oleh karena itu skor efisiensi unit kegiatan ekonomi tersebut relatif terhadap kinerja kemungkinan

terbaiknya. Metode pengukuran efisiensi dengan pendekatan non-parametrik khususnya DEA adalah dapat digunakan untuk mengukur efisiensi teknis unit kegiatan ekonomi secara relatif dengan menggunakan banyak input dan banyak output (multi input dan multi output). Selain itu, keunggulan lain dari penggunaan DEA adalah menghitung tingkat efisiensi adalah bahwa pengukuran efisiensi dengan DEA mengukur efisiensi secara relatif terhadap kemungkinan kinerja yang terbaik. DEA juga memberi arah pada unit kegiatan ekonomi yang tidak efisien untuk meningkatkan efisiensinya melalui kegiatan *benchmarking* terhadap unit kegiatan ekonomi yang efisien (*efficient reference set*). Di samping itu secara spesifik pengukuran efisiensi memiliki kegunaan sebagai berikut:

- Sebagai tolok ukur untuk memperoleh efisiensi relatif, sehingga mempermudah perbandingan antara unit ekonomi satu dengan lainnya.
- Apabila terdapat variasi tingkat efisiensi dari beberapa unit ekonomi yang ada maka dapat dilakukan penelitian untuk menjawab faktor-faktor apa saja yang menentukan perbedaan tingkat efisiensi, dengan demikian dapat ditemukan solusi yang tepat.
- Informasi mengenai efisiensi memiliki implikasi kebijakan karena manajer dapat menentukan kebijakan perusahaan secara tepat.

2.3 Penelitian Terdahulu

Penelitian yang berhubungan dengan efisiensi pengeluaran pemerintah telah banyak dilakukan oleh para ahli ekonomi. Secara khusus penelitian ini mengacu pada penelitian yang dilakukan oleh Javarov dan Gunnarsson. Namun demikian dalam penelitian ini terdapat perbedaan dari penelitian terdahulu yaitu

wilayah objek penelitian, tahun periode penelitian serta analisis efisiensi yang digunakan. Penelitian terdahulu yang menjadi acuan mengukur tingkat efisiensi teknis dengan menggunakan tiga jenis efisiensi, yaitu efisiensi teknis biaya, efisiensi teknis sistem, dan efisiensi teknis keseluruhan. Kondisi dan karakteristik data yang terbatas berbeda dengan kondisi di negara asal peneliti, sehingga penelitian ini hanya mengukur efisiensi dengan menggunakan dua tahap serta dilakukan secara parsial tanpa menghitung efisiensi teknis secara keseluruhan (*overall*).

Tabel 2.1
Ringkasan Penelitian Terdahulu

| No | Nama Peneliti | Judul | Tujuan Penelitian | Metodelogi penelitian | Hasil / Kesimpulan |
|----|---|---|--|--|---|
| 1 | Asnita Firda Sebayang (Jurnal Ekonomi Pembangunan, Vol. 10 No. 3 Desember 2005, hal. 203-214) | Kinerja Kebijakan Fiskal Daerah di Indoneisa Pasca Krisis | Studi ini bertujuan untuk mengukur kinerja kebijakan fiskal daerah. | Dengan menggunakan metode <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA), pengukuran kebijakan fiskal menggunakan variabel DAU, belanja rutin, pengeluaran untuk tranportasi, pajak dan retribusi daerah. | Hasil penelitian ini menemukan bahwa selama periode penelitian (1999-2002) provinsi DKI Jakarta dan Jawa Timur merupakan provinsi yang memiliki kinerja terbaik, kedua daerah tersebut tidak hanya efisien tetapi juga yang paling konsisten. |
| 2 | Lela Dina Pertiwi (Jurnal Ekonomi Pembangunan, Vol. 12 No. 2 Agustus 2007, hal. 123-139) | Efisiensi Pengeluaran Pemerintah Daerah di propinsi Jawa Tengah | Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengukur tingkat efisiensi pengeluaran pemeirntah daerah di sektor pendidikan dan kesehatan di seluruh provinsi di Jawa Tengah selama periode penelitian, tahun 1999-2002. | Untuk mengukur tingkat efisiensi, penelitan ini menggunakan alat analisis Data Envelopment Analysis (DEA) dengan variabel input yang digunakan: <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran pembangunan untuk sektor pendidikan dan kesehatan 35 kapupaten/kota di Jawa Tengah selama tahun 1999-2002 Adapun data output yang digunakan untuk mengukur kinerja sektor pendidikan adalah: | Hasil penelitian meunjukkan bahwa kabupaten/kota di Jawa tengah yang mencapai efisiensi sempurna (100%) untuk pengeluaran sektor pendidikan pada tahun 2002 adalah Kota Salatiga dan Boyolali. Adapun tingkat efisiensi tertinggi untuk pengeluaran sektor kesehatan dicapai oleh Kota Slatiga dan Surakarta. |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah penduduk usia 15 tahun ke atas. • Sedangkan angka harapan hidup merupakan ukuran kinerja di sektor kesehatan. | |
| 3 | Marijn Verhoeven, dkk. (<i>IMF Working Paper</i> , 2007) | <i>Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending</i> | Penelitian yang dilakukan pada tahun 2005 ini bertujuan untuk menilai tingkat efisiensi di sektor pendidikan dan kesehatan dan mencari hubungan antara perbedaan efisiensi dari berbagai negara, kebijakan serta faktor institusional. | Dalam mengukur tingkat efisiensi pengeluaran pemerintah, penelitian ini menggunakan metode analisis statistik non parametrik berupa <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA). Penelitian ini menggunakan 3 tahap penghitungan efisiensi dengan meletakkan satu variabel intermediate diantara input dan output akhir. Adapun untuk sektor kesehatan Variabel input yang digunakan adalah pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan, dengan variabel intermedietenya berupa jumlah tempat tidur di rumah sakit, jumlah dokter per kapita, jumlah imunisasi, dan jumlah konsultasi dokter. Sedangkan untuk variabel indikator outcome kesehatannya digunakan Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Kasar, Angka kematian bayi per 1000 | Inefisiensi pengeluaran pemerintah untuk sektor publik yang terjadi pada negara-negara G7 disebabkan karena kurangnya efektifitas dalam memperoleh sumberdaya, seperti guru dan tenaga medis (dokter) |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| | | | | penduduk, angka kematian anak per 1000 penduduk, dan angka kematian maternal per 1000 penduduk. | |
| 4 | Etibar Jafarov dan Victoria Gunnarsson (<i>IMF Working Paper</i> , 2008) | <i>Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options</i> | Penelitian ini mengkaji tingkat efisiensi relatif dari pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan di Negara Kroasia pada tahun 2007. Hasil efisiensi yang di hitung berupa efisiensi teknis biaya, efisiensi teknis sistem dan efisiensi teknis keseluruhan. | Dalam meneliti tingkat efisiensi relatif dari pengeluaran pemerintah di Negara Kroasia, peneliti menggunakan metode analisis <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA). Untuk sektor kesehatan peneliti menggunakan variabel input besaran anggaran kesehatan yang dikeluarkan pemerintah Kroasia. Adapun untuk variabel output dalam penelitian ini digunakan data Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Kasar per 100.000 penduduk, angka kematian bayi per 1000 kelahiran, angka kematian balita per 1000 kelahiran, angka kematian ibu maternal per 100.000 kelahiran, dan kasus tuberkolosis per 100.000 penduduk. | Hasil penelitian menyebutkan telah terjadi inefisiensi yang signifikan dalam teknis biaya pengeluaran kesehatan di Negara Kroasia pada tahun 2007. Hal tersebut berkaitan dengan adanya ketidak cukupan dalam me-recovery biaya, mekanisme pembiayaan dan penyelenggaraan institusi yang buruk, serta kelemahan dalam penetapan sasaran subsidi kesehatan. |

2.4 Kerangka Pemikiran Teoritis

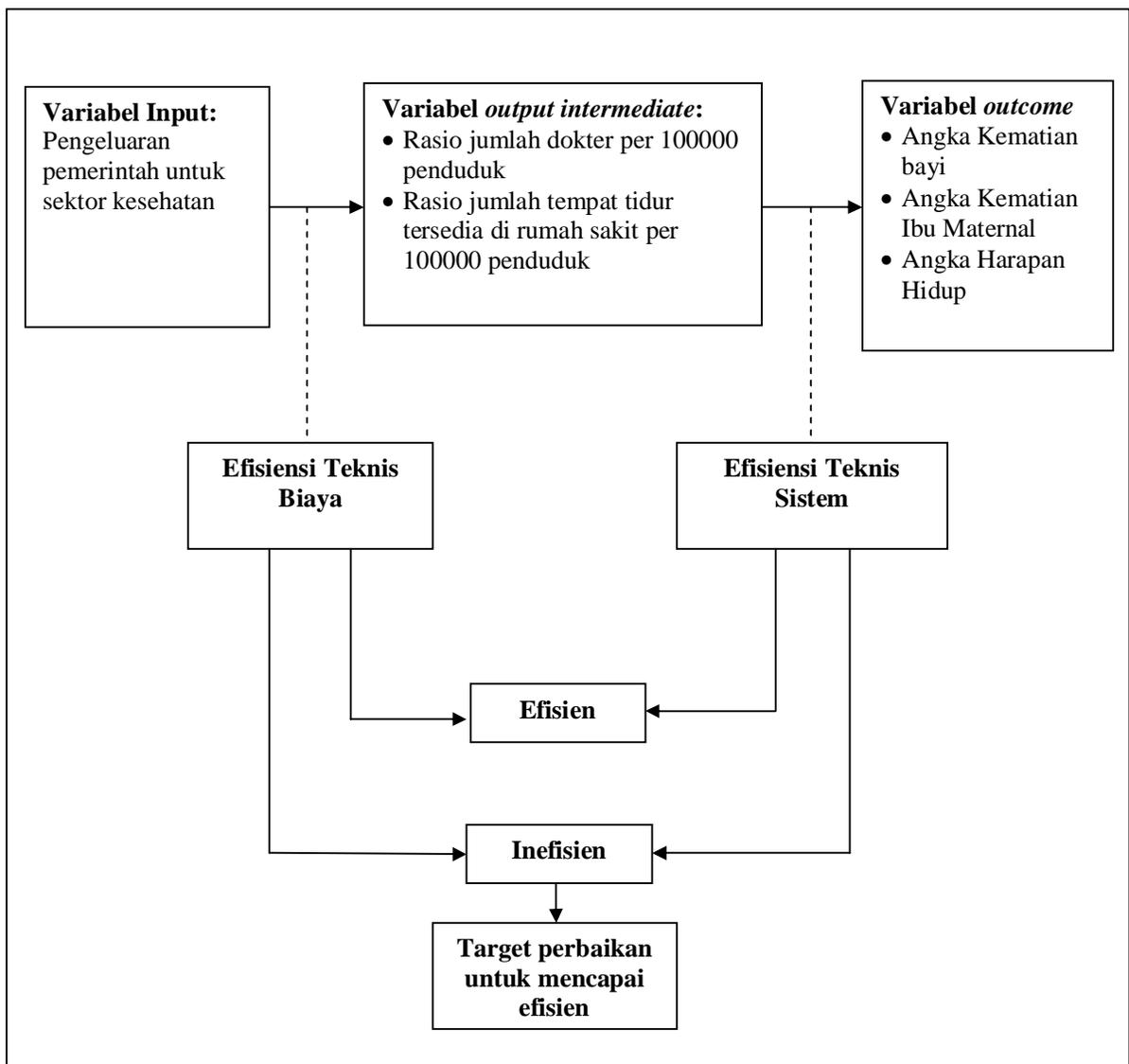
Analisis efisiensi teknis dalam penelitian ini mengacu pada penelitian yang telah dilakukan oleh Jafarov dan Gunnarsson pada tahun 2008. Penghitungan nilai efisiensi teknis dilakukan dengan menggunakan tiga variabel, yaitu variabel input, variabel *output intermediate*, dan variabel *outcome*.

Variabel input menggambarkan besarnya belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah. Indikator yang digunakan dalam variabel input berupa pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan. Variabel *output intermediate* merupakan variabel yang menggambarkan fasilitas dan layanan kesehatan yang dimiliki oleh masing-masing pemerintah daerah. Indikator yang digunakan dalam variabel *output intermediate* adalah rasio jumlah dokter per 100000 penduduk dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit per 100000 penduduk. Adapun variabel *outcome* menggambarkan derajat kesehatan masyarakat. Indikator yang digunakan dalam variabel *outcome* ini adalah angka kematian bayi, angka kematian ibu maternal, dan angka harapan hidup.

Variabel input akan dibandingkan dengan variabel *ouput intermediate* dan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis biaya. Efisiensi teknis biaya merupakan efisiensi dalam penggunaan input berupa belanja kesehatan untuk menghasilkan output berupa fasilitas dan layanan kesehatan. Selanjutnya, variabel *output intermediate* akan dibandingkan dengan variabel *outcome* dan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis sistem. Efisiensi teknis sistem adalah efisiensi dalam penggunaan input berupa fasilitas dan layanan kesehatan untuk menghasilkan output berupa derajat kesehatan.

Kedua nilai efisiensi tersebut akan terbagi ke dalam dua kondisi, yaitu efisien dan tidak efisien.(inefisien). Pada kondisi yang tidak efisien akan dilakukan analisis lebih lanjut mengenai besarnya target perbaikan untuk menjadi efisien.

Gambar 2.6
Kerangka Pemikiran Teoritis



Sumber: Jafarov dan Gunnarsson (2008)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel adalah objek penelitian atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Suharsimi Arikunto, 2002). Dalam menganalisis tingkat efisiensi belanja kesehatan pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah, penelitian ini menggunakan tiga jenis variabel yaitu variabel input, variabel *output intermediate*, dan variabel output, adapun indikator-indikator variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagaimana yang dijelaskan berikut ini:

a. Variabel Input

Belanja Pemda di Bidang Kesehatan

Menurut Sujudi (2003) alokasi belanja kesehatan pemerintah adalah besarnya pengeluaran pemerintah dari total anggaran pendapatan dan belanja yang dialokasikan untuk sektor kesehatan.

b. Variabel *Output Intermediate*

Variabel output intermediate merupakan variabel perantara

- Rasio jumlah dokter per 100000 penduduk

Berdasarkan definisi yang dijelaskan oleh peneliti sebelumnya, jumlah dokter per 100000 penduduk merupakan jumlah dokter yang bertugas di rumah sakit pemerintah, puskesmas, puskesmas pembantu atau fasilitas kesehatan publik milik pemerintah lainnya di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu (Jafarov dan Gunnarsson, 2008). Adapun untuk

mendapatkan angka indikator ini dapat diperoleh dengan formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah dokter di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun} \times 100000}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \dots\dots\dots(3.1)$$

- Rasio Jumlah Tempat Tidur tersedia di Rumah Sakit per 100000 penduduk

Variabel ini merupakan indikator dari fasilitas layanan kesehatan yang disediakan pemerintah yang dihitung dari jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah dalam satu tahun tertentu (Jafarov dan Gunnarsson, 2008). Penggunaan indikator ini menggambarkan daya tampung rumah sakit milik pemerintah. Penghitungan indikator ini dapat diperoleh melalui formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah dalam satu wilayah dan tahun tertentu} \times 100000}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \dots\dots\dots(3.2)$$

c. Variabel *Indikator Outcome*

- Angka Kematian Bayi per 1000 jumlah kelahiran

Definisi AKB menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah adalah jumlah kematian yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun, formula pengukuran indikatornya adalah:

$$\frac{\text{Jumlah bayi yang meninggal di suatu wilayah dalam 1 tahun} \times 1000}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \dots\dots\dots(3.3)$$

Indikator AKB merupakan indikator derajat kesehatan yang memiliki karakteristik negatif, artinya semakin rendah nilai dari AKB maka

menggambarkan semakin baik kondisi derajat kesehatan. Hal ini bertentangan dengan salah satu syarat penghitungan efisiensi dengan menggunakan analisis DEA yaitu bobot harus bernilai sehingga indikator AKB dalam analisis ini diproksi dengan Angka Bayi Hidup (ABH) yang di dapat dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah bayi yang hidup di suatu wilayah dalam 1 tahun} \times 1000}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \dots\dots\dots(3.4)$$

Angka bayi hidup merupakan angka yang berkebalikan dengan angka kematian bayi, sehingga jumlah bayi hidup yang meningkat mencerminkan jumlah kematian bayi yang berkurang.

- Angka Kematian Ibu Maternal per 100.000 penduduk

Definisi angka kematian ibu maternal menurut Badan Pusat Statistik adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dll. Adapun untuk angka kematian ibu maternal per 100000 kelahiran hidup dapat diproksi dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah kematian ibu maternal di suatu wilayah dalam 1 tahun} \times 100000}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \dots\dots\dots(3.5)$$

Sama halnya dengan indikator AKB, indikator AKI memiliki karakteristik yang negatif, sehingga dalam analisis ini indikator AKI diproksi dengan

menggunakan indikator Angka Ibu Melahirkan Selamat (AIMS) yang di dapat dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah ibu melahirkan dengan selamat di suatu wilayah dalam 1 tahun} \times 100000}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \dots\dots\dots(3.6)$$

AIMS merupakan angka yang berkebalikan dengan AKI, sehingga jumlah AIMS yang meningkat akan mencerminkan jumlah AKI yang menurun.

- **Angka Harapan Hidup**

Definisi Angka Harapan Hidup menurut Badan Pusat Statistik adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur tertentu, pada tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya.

3.2 Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini seluruhnya menggunakan data sekunder dari 35 Kabupaten / Kota di Jawa Tengah dari tahun 2005-2007. Data sekunder ini dikumpulkan melalui identifikasi informasi spesifik yang diperoleh terkait dengan variabel-variabel penelitian untuk menghasilkan kesimpulan yang obyektif. Data-data tersebut diperoleh dari Departemen Kesehatan, SETDA Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, BPS Pusat, BPS Provinsi Jawa Tengah, serta kantor BKKBN Provinsi Jawa Tengah. Di samping itu, penelitian ini juga menggunakan berbagai literatur yang diterbitkan oleh lembaga-lembaga kesehatan seperti World Health Organization, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Badan Pusat Statistik, lembaga – lembaga penelitian lain, dan perguruan tinggi.

3.3 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan suatu usaha dasar untuk mengumpulkan data dengan prosedur standar (Suharsimi Arikunto, 2002). Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode dokumentasi atau studi pustaka, sehingga tidak diperlukan teknik sampling serta kuesioner.

Suharsimi Arikunto (2002) mendefinisikan dokumentasi yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, parasasti, notulen, rapat, lengger, agenda dan sebagainya. Adapun studi pustaka merupakan teknik analisis untuk informasi melalui catatan, literatur, dokumentasi, dan lain-lain yang masih relevan dengan penelitian (Moh Nasir, 1999). Penelitian ini menggunakan metode dokumentasi atau studi pustaka berupa catatan mengenai Rekap Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah, Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Statistik Keuangan Daerah Provinsi Jawa Tengah, Kabupaten / Kota dalam Angka, serta berbagai buku dan literatur baik berupa jurnal penelitian maupun publikasi laporan kinerja pemerintah yang berkaitan dengan penelitian ini.

3.4 Metode Analisis Data

Metode pengukuran kinerja melalui efisiensi pengeluaran sektor kesehatan dengan menggunakan analisis DEA. Dalam DEA, efisiensi relatif unit kegiatan ekonomi (UKE) didefinisikan sebagai rasio dari total output tertimbang dibagi total input tertimbangya (*total weighted output/total weighted input*). Inti dari DEA adalah menentukan bobot (*weights*) atau timbangan untuk setiap input dan output UKE. Bobot tersebut memiliki sifat ; (1) tidak bernilai negatif , dan (2)

bersifat universal, artinya setiap UKE dalam sampel harus dapat menggunakan seperangkat bobot yang sama untuk mengevaluasi rasionya (*total weighted output/total weighted input*) dan rasio tersebut tidak boleh lebih dari 1 (*total weighted output/total weighted input <1*).

$$\sum_{r=1}^s U_{rk} \cdot Y_{rk} - \sum_{i=1}^m V_{ik} \cdot X_{ik} \leq 0; k=1, \dots, n \quad \dots\dots\dots(3.7)$$

Dengan batasan atau kendala :

$$\sum_{k=1}^n (U_{rk} \cdot Y_{rk}) - \sum_{k=1}^n (V_{ik} \cdot X_{ik}) \leq 0; j=1, \dots, n \quad \dots\dots\dots(3.8)$$

$$\sum_{k=1}^n (U_{rk} \cdot Y_{rk}) = 1$$

$$U_{rk} \geq 0; r=1, \dots, s$$

$$V_{ik} \geq 0; i=1, \dots, m$$

Y_{rk} : jumlah output r yang dihasilkan oleh UKE k

X_{ij} : jumlah input I yang digunakan sub UKE j

Y_{rj} : jumlah output r yang dihasilkan oleh UKE j

X_{ik} : jumlah input I yang digunakan sub UKE k

S : jumlah UKE yang dianalisis

M : jumlah input yang digunakan

U_{rk} : bobot tertimbang dari output r yang dihasilkan tiap UKE k

V_{ik} : bobot tertimbang dari input i yang dihasilkan tiap UKE k

Z_k : nilai optimal sebagai indikator efisiensi relatif dari subUKE k

DEA berasumsi bahwa setiap UKE akan memilih bobot yang memaksimalkan rasio efisiensinya (*maximize total weighted output/total*

weighted input). Karena setiap UKE menggunakan kombinasi input yang berbeda untuk menghasilkan kombinasi output yang berbeda pula, maka setiap UKE akan memilih seperangkat bobot yang mencerminkan keragaman tersebut. Secara umum UKE akan mendapatkan bobot yang tinggi untuk input yang penggunaannya sedikit dan untuk output yang dapat diproduksi dengan banyak. Bobot-bobot tersebut bukan merupakan nilai ekonomis dari input dan outputnya, melainkan sebagai variabel keputusan penentu untuk memaksimalkan efisiensi dari suatu UKE.

DEA memiliki beberapa nilai manajerial. Pertama, DEA menghasilkan efisiensi untuk setiap UKE, relatif terhadap UKE yang lain di dalam sampel. Angka efisiensi ini memungkinkan seseorang analis untuk mengenali UKE yang paling membutuhkan perhatian dan merencanakan tindakan perbaikan bagi UKE yang tidak/kurang efisien.

Kedua, jika UKE kurang efisien (efisiensi $<100\%$), DEA menunjukkan sejumlah UKE yang memiliki efisiensi sempurna dan seperangkat angka pengganda yang dapat digunakan oleh manajer untuk menyusun strategi perbaikan. Informasi tersebut memungkinkan seorang analis membuat UKE hipotesis yang menggunakan input yang lebih sedikit dan menghasilkan output paling tidak sama atau lebih banyak dibanding UKE yang tidak efisien, sehingga UKE hipotesis tersebut akan memiliki efisiensi yang sempurna jika menggunakan bobot input atau bobot output dari UKE yang tidak efisien. Pendekatan tersebut memberi arah strategis manager untuk meningkatkan efisiensi suatu UKE yang tidak efisien melalui pengenalan terhadap input yang terlalu banyak digunakan

serta output yang produksinya terlalu rendah. Sehingga seorang manajer tidak hanya mengetahui UKE yang tidak efisien, tetapi ia juga mengetahui seberapa besar tingkat input dan output harus disesuaikan agar dapat memiliki efisiensi yang tinggi.

Ketiga, DEA menyediakan matriks efisiensi silang. Efisiensi Silang UKE A terhadap UKE B merupakan rasio dari output tertimbang dibagi input tertimbang yang dihitung dengan menggunakan tingkat input dan output UKE A dan bobot input dan output UKE B. Analisis efisiensi silang dapat membantu seorang manajer untuk mengenali UKE yang efisien tetapi menggunakan kombinasi input dan menghasilkan kombinasi output yang sangat berbeda dengan UKE yang lain.

Dalam penggunaan DEA pada sektor kesehatan, asumsi yang digunakan adalah *variabel return to scale* (VRTS). Alasan yang dipakai adalah VRTS, bukan *constant return to scale* (CRTS), sebab dalam sektor kesehatan penambahan proporsi input belum tentu dapat meningkatkan proporsi output dengan nilai yang sama. Karena hasil ditentukan pula dengan tingkat pendidikan serta kesadaran masyarakat, kondisi lingkungan tempat tinggal, dan lain sebagainya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Deskripsi Objek Penelitian

4.1.1 Letak Geografis dan Pemerintahan

Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang letaknya cukup strategis karena berada di daratan padat Pulau Jawa, serta diapit oleh dua provinsi besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan satu Daerah Istimewa Yogyakarta.

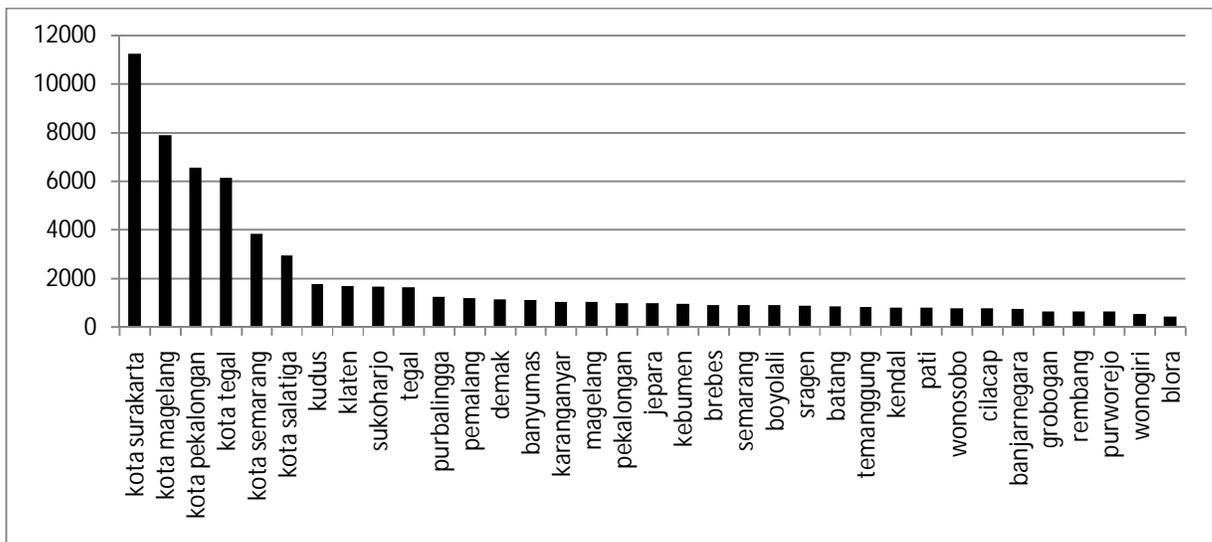
Luas wilayah Provinsi Jawa Tengah sebesar 32.797,69 km², terdiri dari 29 Kabupaten dan 6 Kota dengan 565 Kecamatan serta 8.568 desa/kelurahan. Daerah yang terluas adalah Kabupaten Cialacap dengan luas 2.124,47 km² atau sekitar 6,57 persen dari luas total Provinsi Jawa Tengah, sedangkan Kota Magelang merupakan daerah yang memiliki wilayah paling kecil yaitu seluas 16,06 km²

4.1.2 Keadaan Penduduk

Jumlah Penduduk Jawa Tengah sampai tahun 2007 sebesar 31.875.737 jiwa (Susenas 2007). Rata-rata kepadatan penduduk Jawa Tengah tercatat 989 jiwa setiap kilometer persegi. Wilayah terpadat adalah Kota Surakarta dengan tingkat kepadatan hampir mencapai angka rata-rata sebesar 12 ribu jiwa setiap kilometer persegi. Adapun kondisi kepadatan penduduk paling sedikit terdapat di Kabupaten Blora dengan angka kepadatan penduduknya sebesar 426 jiwa per

kilometer persegi. Diagram berikut ini menggambarkan dengan lebih jelas bagaimana kondisi persebaran penduduk di Provinsi Jawa Tengah.

Gambar 4.1
Diagram Rata-Rata Tingkat Kepadatan Penduduk (jiwa/km²)
Provinsi Jawa Tengah



Sumber: Data Statistik Indonesia 2007, diolah

Berdasarkan diagram di atas terlihat bahwa tingkat persebaran penduduk di Provinsi Jawa Tengah masih belum merata. Ditinjau dari segi kesehatan, tingkat kepadatan dan mobilitas penduduk akan berpengaruh terhadap penyebaran beberapa penyakit menular dan masalah kesehatan lainnya.

4.1.3 Gambaran Fasilitas dan Layanan Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah

Menurut definisi profil kesehatan yang dipublikasi oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, pada dasarnya terdapat banyak indikator yang digunakan untuk menggambarkan fasilitas dan layanan kesehatan di suatu daerah. Indikator yang sering digunakan

untuk menggambarkan fasilitas dan pelayanan kesehatan dasar secara umum adalah rasio jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit per jumlah penduduk, serta rasio jumlah dokter per jumlah penduduk.

Ditinjau dari indikator fasilitas kesehatan berupa tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah di Provinsi Jawa Tengah. Indikator tersebut masih mengalami ketimpangan yang cukup besar. Hal ini tercermin dari sebagian besar kabupaten/ kota di Jawa Tengah (27 kabupaten/ kota) masih memiliki fasilitas tempat tidur tersedia di rumah sakit dengan jumlah di bawah rata-rata provinsi (72 unit per 100000 penduduk). Di samping itu terdapat perbedaan yang cukup besar pada rasio jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit antara daerah kota dengan daerah kabupaten. Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa pada daerah Kota di Jawa Tengah memiliki rasio jumlah tempat tidur diatas angka 100 sedangkan untuk daerah kabupaten seluruhnya memiliki rasio jumlah tempat tidur di bawah angka 100.

Adapun ditinjau dari ketersediaan layanan kesehatan dengan menggunakan indikator rasio jumlah dokter di rumah sakit milik pemerintah per 100000 penduduk terlihat bahwa persebaran jumlah dokter di Provinsi Jawa Tengah juga masih belum merata. Terdapat 20 kabupaten/ kota yang memiliki jumlah dokter di bawah jumlah dokter rata-rata provinsi (5.6 rasio dokter per 100000 penduduk).

Berdasarkan dua indikator tentang fasilitas dan layanan kesehatan tersebut, secara umum dapat diketahui bahwa di Provinsi Jawa Tengah masih membutuhkan perhatian yang serius dari pemerintah terkait penyediaan serta penyebaran fasilitas dan layanan kesehatan.

Tabel 4.1
Rasio Jumlah Dokter dan Rasio Tempat Tidur Tersedia di Rumah Sakit
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ kota | Rasio Jumlah Dokter | | | Rasio Jumlah Tempat Tidur | | |
|----|-----------------|---------------------|------|------|---------------------------|--------|--------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 3.9 | 2.4 | 2.8 | 29.31 | 28.97 | 29.35 |
| 2 | Banyumas | 4.7 | 4.9 | 5.0 | 75.23 | 77.62 | 68.49 |
| 3 | Purbalingga | 4.1 | 4.2 | 4.2 | 38.72 | 38.33 | 38.20 |
| 4 | Banjarnegara | 5.0 | 6.6 | 9.6 | 32.06 | 31.64 | 59.14 |
| 5 | Kebumen | 4.0 | 4.1 | 3.4 | 35.31 | 35.09 | 40.31 |
| 6 | Purworejo | 6.9 | 7.0 | 6.3 | 48.88 | 48.74 | 53.80 |
| 7 | Wonosobo | 3.0 | 3.3 | 3.3 | 26.52 | 26.16 | 36.16 |
| 8 | Magelang | 5.7 | 5.4 | 3.8 | 12.30 | 12.14 | 12.40 |
| 9 | Boyolali | 5.6 | 5.3 | 5.2 | 36.48 | 36.11 | 54.52 |
| 10 | Klaten | 4.4 | 5.2 | 5.6 | 50.45 | 49.77 | 50.53 |
| 11 | Sukoharjo | 7.4 | 6.8 | 7.4 | 74.94 | 73.38 | 63.05 |
| 12 | Wonogiri | 4.1 | 6.6 | 6.8 | 31.66 | 31.57 | 29.53 |
| 13 | Karanganyar | 6.5 | 8.2 | 8.0 | 38.64 | 38.00 | 46.52 |
| 14 | Sragen | 8.5 | 8.5 | 7.0 | 41.48 | 41.24 | 51.38 |
| 15 | Grobogan | 3.7 | 4.0 | 4.5 | 30.43 | 29.98 | 55.15 |
| 16 | Blora | 1.7 | 3.1 | 3.3 | 40.23 | 39.85 | 44.95 |
| 17 | Rembang | 4.8 | 5.8 | 6.0 | 25.77 | 25.50 | 26.28 |
| 18 | Pati | 2.8 | 5.4 | 4.6 | 44.41 | 43.83 | 56.64 |
| 19 | Kudus | 3.4 | 5.7 | 5.9 | 98.18 | 96.41 | 114.97 |
| 20 | Jepara | 4.7 | 5.7 | 5.4 | 33.04 | 32.29 | 33.93 |
| 21 | Demak | 2.8 | 4.9 | 4.1 | 17.32 | 16.89 | 22.50 |
| 22 | Semarang | 7.9 | 8.9 | 7.9 | 40.21 | 38.48 | 48.71 |
| 23 | Temanggung | 4.7 | 4.9 | 4.7 | 72.78 | 71.50 | 73.82 |
| 24 | Kendal | 6.7 | 5.7 | 6.8 | 14.32 | 14.15 | 25.93 |
| 25 | Batang | 5.7 | 6.2 | 6.5 | 20.68 | 20.35 | 21.44 |
| 26 | Pekalongan | 5.7 | 5.6 | 4.3 | 26.84 | 26.32 | 43.20 |
| 27 | Pemalang | 4.2 | 4.0 | 4.0 | 29.27 | 28.57 | 26.48 |
| 28 | Tegal | 4.1 | 3.9 | 4.1 | 32.01 | 31.47 | 34.76 |
| 29 | Brebes | 3.8 | 3.6 | 3.9 | 12.05 | 11.85 | 27.36 |
| 30 | Kota Magelang | 11.3 | 11.5 | 11.9 | 409.46 | 387.05 | 365.22 |
| 31 | Kota Surakarta | 4.0 | 8.6 | 6.8 | 310.80 | 285.85 | 353.68 |
| 32 | Kota Salatiga | 12.7 | 5.7 | 8.8 | 178.81 | 167.65 | 186.86 |
| 33 | Kota Semarang | 4.4 | 6.2 | 7.2 | 200.46 | 199.75 | 223.46 |
| 34 | Kota Pekalongan | 5.1 | 6.7 | 7.0 | 105.25 | 101.37 | 105.96 |
| 35 | Kota Tegal | 6.2 | 6.4 | 7.1 | 191.87 | 185.09 | 193.27 |

Sumber: Jawa Tengah dalam Angka 2005- 2007, diolah

4.1.4 Gambaran Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah

Berdasarkan data tentang belanja pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah yang bersumber dari Setda Pemerintah Provinsi Jawa Tengah diketahui bahwa secara umum belanja kesehatan pemerintah daerah kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah mengalami kecenderungan yang selalu meningkat setiap tahunnya, bahkan di beberapa daerah peningkatan belanja kesehatan terjadi sangat signifikan, sebagaimana yang terjadi di Kabupaten Kebumen, Kabupaten Semarang, dan Kota Surakarta pada tahun 2007.

Angka belanja kesehatan terbesar dicapai oleh Kabupaten Banyumas dengan jumlah rata-rata selama tiga tahun mencapai angka Rp. 107,4 milyar. Di sisi lain, jumlah belanja kesehatan paling kecil dikeluarkan oleh pemerintah Kota Pekalongan dengan jumlah belanja rata-rata tahun 2005-2007 sebesar Rp. 35,6 milyar. Berikut ini merupakan diagram perkembangan belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah daerah kabupaten/ kota di Provinsi selama tahun 2005-2007. Besar kecilnya proporsi belanja kesehatan dalam APBD yang diupayakan oleh masing-masing pemerintah daerah salah satunya sangat dipengaruhi oleh tingkat kebutuhan masing-masing daerah terhadap penyediaan fasilitas dan layanan kesehatan. Fasilitas dan layanan kesehatan yang diupayakan pemerintah nantinya akan digunakan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik.

Tabel 4.2
Data Alokasi Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007 (dalam juta Rupiah)

| No | Kabupaten/ Kota | 2005 | 2006 | 2007 | Rata-rata |
|----|-----------------|----------|----------|----------|------------|
| 1 | Cilacap | 72961.03 | 85032.62 | 101479.8 | 86491.1597 |
| 2 | Banyumas | 100936.4 | 113838.3 | 107506.7 | 107427.151 |
| 3 | Purbalingga | 66839.35 | 80939.75 | 80455.46 | 76078.187 |
| 4 | Banjarnegara | 53171.92 | 64843.04 | 73170.1 | 63728.3542 |
| 5 | Kebumen | 64842.69 | 73421.56 | 107690.8 | 81985.0189 |
| 6 | Purworejo | 58519.82 | 71600 | 75733.8 | 68617.8713 |
| 7 | Wonosobo | 50728.1 | 55633.76 | 57120.07 | 54493.9771 |
| 8 | Magelang | 71215.4 | 90589.89 | 85250.41 | 82351.8994 |
| 9 | Boyolali | 61309.46 | 78700.81 | 93328.72 | 77779.6607 |
| 10 | Klaten | 53409.15 | 64084.31 | 72810.02 | 63434.4923 |
| 11 | Sukoharjo | 52880.44 | 65798.14 | 70805.02 | 63161.2021 |
| 12 | Wonogiri | 57506.41 | 72796.98 | 87393.51 | 72565.6323 |
| 13 | Karanganyar | 49751.51 | 57449.58 | 68845.2 | 58682.1006 |
| 14 | Sragen | 59742.5 | 71715.57 | 80204.4 | 70554.158 |
| 15 | Grobogan | 57045.22 | 69430.97 | 85446.22 | 70640.8032 |
| 16 | Blora | 59872.93 | 69372.8 | 73186.97 | 67477.5647 |
| 17 | Rembang | 57903.77 | 73713.65 | 72528.82 | 68048.7453 |
| 18 | Pati | 88345.4 | 105129.8 | 114130.8 | 102535.329 |
| 19 | Kudus | 72807.25 | 114213.6 | 102996.5 | 96672.4407 |
| 20 | Jepara | 65064.11 | 78784.29 | 97150.21 | 80332.869 |
| 21 | Demak | 65025.83 | 65023.35 | 60776.13 | 63608.4371 |
| 22 | Semarang | 79942.53 | 81648.59 | 111430.1 | 91007.0665 |
| 23 | Temanggung | 46429.28 | 50457.07 | 61091.64 | 52659.3286 |
| 24 | Kendal | 66777.52 | 82258.89 | 81885.54 | 76973.9844 |
| 25 | Batang | 48280.29 | 64752.17 | 66914.28 | 59982.2466 |
| 26 | Pekalongan | 58902.58 | 93305.79 | 104367.4 | 85525.2417 |
| 27 | Pemalang | 66137.25 | 78249.73 | 85566.06 | 76651.0093 |
| 28 | Tegal | 69303.38 | 76458.44 | 101219.1 | 82326.9771 |
| 29 | Brebes | 70416.87 | 86128.16 | 109658.4 | 88734.4753 |
| 30 | Kota Magelang | 40871.43 | 45800.53 | 54404.25 | 47025.4057 |
| 31 | Kota Surakarta | 37155.67 | 53060.7 | 121520.8 | 70579.0401 |
| 32 | Kota Salatiga | 37842.81 | 49943.03 | 59626.23 | 49137.357 |
| 33 | Kota Semarang | 83312.33 | 98356.55 | 128672.3 | 103447.061 |
| 34 | Kota Pekalongan | 28062.38 | 42349.3 | 36462.33 | 35624.6685 |
| 35 | Kota Tegal | 65688.56 | 69314.91 | 79994.76 | 71666.076 |

Sumber: Rekap APBD Kabupaten/Kota Pemerintah Provinsi Jawa Tengah
Tahun 2005-2007

4.1.5 Kondisi Derajat Kesehatan Masyarakat

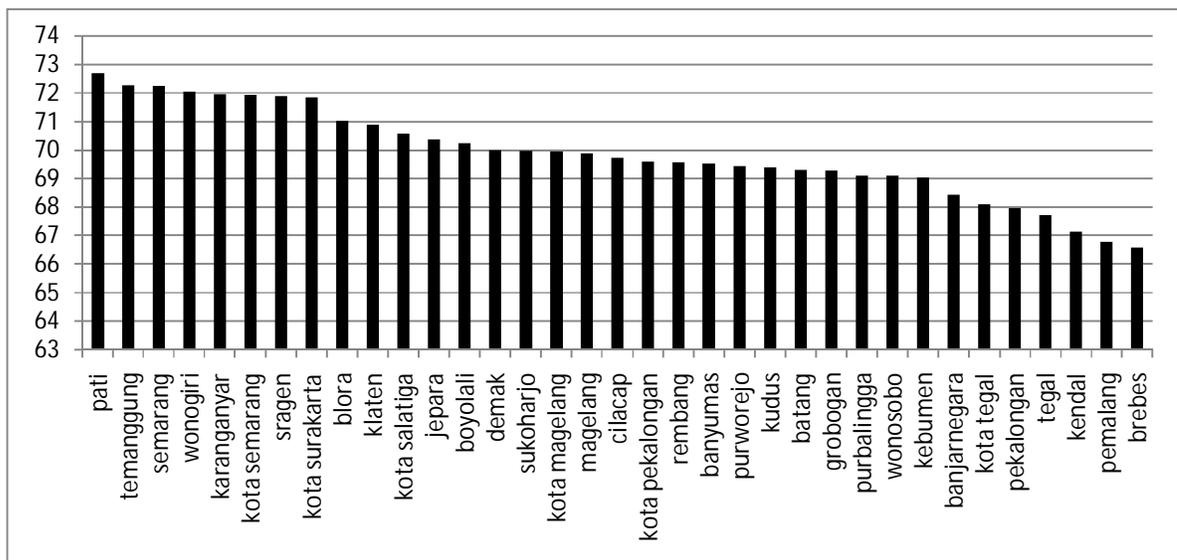
Berdasarkan Rencana Strategis Pemerintah Jawa Tengah yang dipublikasikan oleh Badan Perencanaan dan Pembangunan (BAPPEDA) Provinsi

Jawa Tengah, kondisi derajat kesehatan penduduk di Jawa Tengah dapat dilihat dari 3 indikator utama, yaitu dan Angka Harapan hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI).

4.1.5.1 Angka Harapan Hidup

Angka harapan hidup provinsi Jawa Tengah dari tahun ke tahun cenderung mengalami kenaikan. Peningkatan angka harapan hidup pada suatu saat akan berdampak terhadap masalah-masalah kesehatan *degenerative* yang sangat berkaitan dengan kelompok usia lanjut.

Gambar 4.2
Diagram Pencapaian Angka Harapan Hidup Rata-Rata
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007



Sumber: Bank Data Kementerian Pemberdayaan Perempuan Tahun 2005-2007, diolah

Berdasarkan grafik tersebut diketahui bahwa pencapaian angka harapan hidup rata-rata untuk tiap-tiap kabupaten kota di Provinsi Jawa Tengah pada tahun

2005-2007 sebagian besar sudah mencapai angka yang cukup tinggi yaitu berkisar antara 66,8 tahun sampai 72,7 tahun. Angka harapan hidup tertinggi dicapai oleh Kabupaten Pati dengan angka harapan hidup penduduknya mencapai usia 72,7 tahun, sedangkan angka harapan hidup terendah dicapai oleh Kabupaten Brebes dengan angka harapan hidup penduduknya mencapai usia 66,8 tahun.

4.1.5.2 Mortalitas (angka kematian)

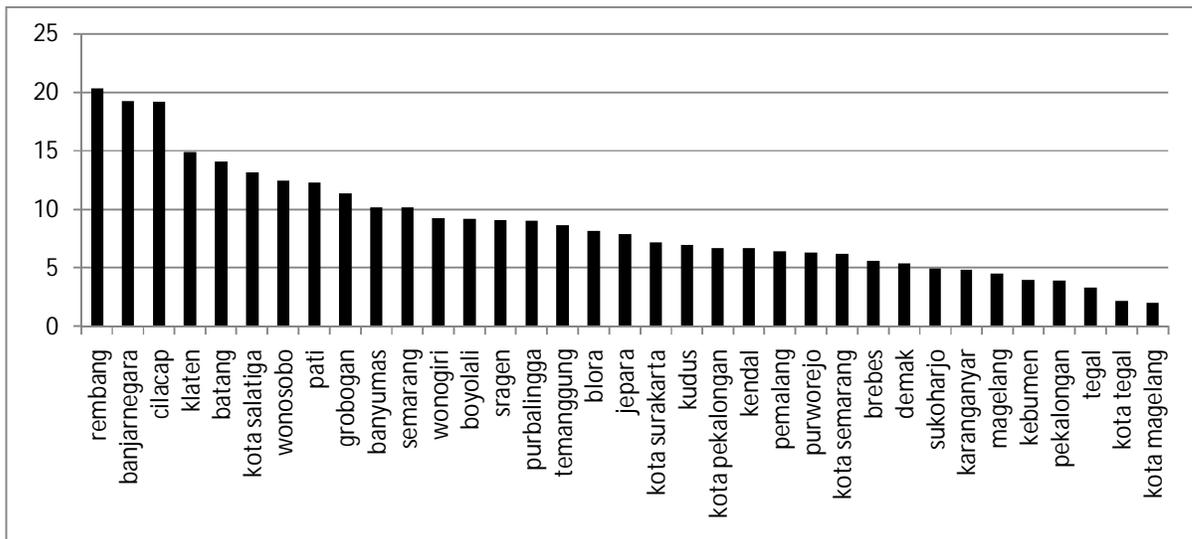
Menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah disebutkan bahwa kejadian kematian dalam masyarakat dari waktu ke waktu dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat secara kasar, kondisi/ tingkat permasalahan kesehatan, kondisi lingkungan fisik dan biologis secara tidak langsung. Di samping itu data digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan. Berdasarkan definisi tersebut indikator-indikator yang digunakan dalam mengukur angka kematian (mortalitas) masyarakat adalah angka kematian bayi (AKB), dan angka kematian ibu (AKI).

a. Angka Kematian Bayi

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, AKB rata-rata pada 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2005-2007 diketahui sebanyak 15 kabupaten/kota masih memiliki AKB lebih tinggi dari pada AKB rata-rata provinsi, yaitu 8,7 per seribu jumlah kelahiran hidup, dengan AKB rata-rata tertinggi terdapat di Kabupaten Rembang (20,3) yang kemudian diikuti oleh Kabupaten Banjarnegara dengan angka kematian bayi mencapai 19,3 per seribu jumlah kelahiran hidup. Adapun AKB rata-rata terendah berhasil

dicapai oleh Kota Magelang dengan capaian AKB sebesar 1,9 per seribu kelahiran hidup. Ditinjau dari perkembangan pencapaian AKB di tiap-tiap kabupaten/ kota, secara umum AKB pada sebagian besar kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah mengalami trend yang meningkat, sebagai contoh Kabupaten Rembang yang memiliki AKB rata-rata tertinggi selama tiga tahun penelitian terus mengalami peningkatan, yaitu sebesar 17,6 pada tahun 2005 meningkat menjadi 19,6 pada tahun 2006 dan terus meningkat pada tahun 2007 menjadi sebesar 23,6 per seribu kelahiran hidup.

Gambar 4.3
Diagram Jumlah Angka Kematian Bayi Rata-Rata
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007



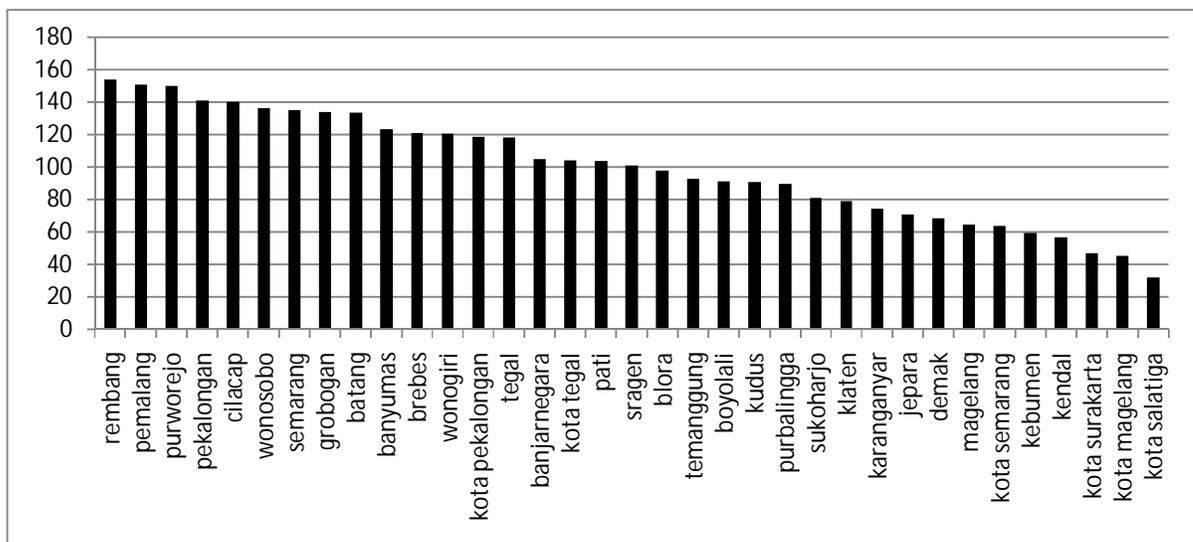
Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007, diolah

b. Angka Kematian Ibu

Angka kematian ibu maternal di Provinsi Jawa Tengah juga mengalami trend yang sama dengan angka kematian bayi, selalu meningkat dari tahun ke

tahun. Ditinjau dari banyaknya jumlah kasus AKI rata-rata, data tahun 2005-2007 mencatat bahwa sebanyak 18 Kabupaten masih memiliki AKI di atas AKI rata-rata provinsi (99,8), dengan AKI rata-rata tertinggi dicapai oleh Kabupaten Rembang yang besarnya mencapai 154 kematian ibu per 100000 kelahiran hidup. Adapun pencapaian AKI terendah berhasil dicapai oleh Kota Salatiga dengan AKI rata-ratanya sebesar 31,8 kematian ibu per 100000 kelahiran hidup.

Gambar 4.4
Diagram Jumlah Angka Kematian Ibu Maternal Rata-Rata
di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007



Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007, diolah

4.1.6 Analisis Data

Dalam menghitung nilai efisiensi dengan metode Data Envelopment Analysis (DEA) dapat menggunakan program warwick windows DEA.

Perhitungan efisiensi teknis ini akan menghasilkan nilai efisiensi teknis relatif antar unit kegiatan ekonomi (UKE) yang diteliti.

UKE yang diteliti dalam penelitian ini adalah seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2005-2007 yang totalnya berjumlah 29 daerah kabupaten dan 6 daerah kota atau dengan kata lain berjumlah total 35 daerah atau UKE. Adapun nilai efisiensi relatif yang dihitung dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis, yaitu efisiensi teknis biaya, dan efisiensi teknis sistem. Berikut ini merupakan hasil perhitungan efisiensi dengan menggunakan metode *Data Envelopment Analysis* (DEA).

Perhitungan nilai efisiensi teknis dengan menggunakan DEA selain dapat memperoleh nilai efisiensi teknis untuk masing-masing UKE, DEA juga mampu menentukan bobot untuk masing-masing variabel input dan output. Kemampuan ini yang menjadikan analisis efisiensi teknis dengan menggunakan DEA dapat menghasilkan perhitungan lebih lanjut dalam menentukan target-target perbaikan bagi UKE yang belum mencapai kondisi efisien. Perhitungan target perbaikan bagi tiap UKE ini memberikan keuntungan bagi para mana atau pembuat kebijakan dalam menentukan kebijakan penentuan besarnya jumlah input yang seharusnya digunakan serta output yang ditargetkan untuk mencapai kondisi yang efisien.

4.1.6.1 Efisiensi Teknis Biaya Kesehatan

Nilai efisiensi teknis biaya kesehatan pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah diperoleh dengan menggunakan variabel input berupa nominal jumlah

belanja kesehatan yang dikeluarkan masing-masing pemerintah daerah kabupaten/kota. Adapun variabel output yang digunakan untuk menghitung nilai efisiensi teknis adalah variabel *output intermediate* berupa indikator fasilitas dan layanan kesehatan yang tersedia atas belanja kesehatan pemerintah. Indikator-indikator fasilitas dan layanan kesehatan yang digunakan adalah rasio jumlah dokter tersedia per 100.000 penduduk dan rasio jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah per 100.000 penduduk.

Variabel *ouput intermediate* berupa fasilitas dan layanan kesehatan ini mencerminkan seberapa besar upaya pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah untuk menyediakan sarana kesehatan yang memadai bagi masyarakatnya. Nilai efisiensi teknis biaya digunakan untuk melihat sejauh mana tingkat efisiensi penggunaan input berupa belanja kesehatan yang dikeluarkan masing-masing pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah untuk menghasilkan fasilitas dan layanan kesehatan dasar dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik.

Asumsi yang digunakan adalah bahwa besarnya input belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah daerah mampu menghasilkan jumlah ouput fasilitas dan layanan kesehatan dengan besaran yang tidak sama. Perhitungan efisiensi teknis biaya ini menggunakan asumsi *Variabel Return to Scale* (VRTS) dan model orientasi output (*output oriented*) serta *ceteris paribus*.

Tabel 4.3
Nilai Efisiensi Teknis Biaya Kesehatan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| Kota/kabupaten | Efisiensi | | | Rata-rata Efisiensi |
|-----------------|-----------|-------|-------|---------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | |
| Cilacap | 38.46 | 49.8 | 35.93 | 41.40 |
| Banyumas | 27.8 | 37.2 | 33.92 | 32.97 |
| Purbalingga | 41.98 | 52.32 | 45.32 | 46.54 |
| Banjarnegara | 52.78 | 65.31 | 64.54 | 60.88 |
| Kebumen | 43.28 | 57.68 | 33.86 | 44.94 |
| Purworejo | 52.13 | 59.15 | 48.15 | 53.14 |
| Wonosobo | 55.32 | 76.12 | 63.83 | 65.09 |
| Magelang | 41.12 | 46.75 | 42.77 | 43.55 |
| Boyolali | 47.77 | 53.81 | 39.07 | 46.88 |
| Klaten | 52.54 | 66.08 | 50.08 | 56.23 |
| Sukoharjo | 57.69 | 64.36 | 51.5 | 57.85 |
| Wonogiri | 48.8 | 58.17 | 41.72 | 49.56 |
| Karanganyar | 58.86 | 75.22 | 58.18 | 64.09 |
| Sragen | 53.11 | 61.46 | 45.46 | 53.34 |
| Grobogan | 49.19 | 60.99 | 42.67 | 50.95 |
| Blora | 46.87 | 61.05 | 49.82 | 52.58 |
| Rembang | 48.46 | 57.45 | 50.27 | 52.06 |
| Pati | 31.76 | 40.28 | 31.95 | 34.66 |
| Kudus | 38.54 | 37.08 | 36.01 | 37.21 |
| Jepara | 43.13 | 53.75 | 37.53 | 44.80 |
| Demak | 43.16 | 65.13 | 59.99 | 56.09 |
| Semarang | 39.69 | 53.98 | 35.94 | 43.20 |
| Temanggung | 60.44 | 83.93 | 59.68 | 68.02 |
| Kendal | 45.69 | 51.48 | 44.53 | 47.23 |
| Batang | 60.66 | 65.4 | 54.49 | 60.18 |
| Pekalongan | 47.64 | 45.39 | 34.94 | 42.66 |
| Pemalang | 42.43 | 54.12 | 42.61 | 46.39 |
| Tegal | 40.49 | 55.39 | 36.02 | 43.97 |
| Brebes | 39.85 | 49.17 | 33.25 | 40.76 |
| Kota magelang | 100 | 100 | 100 | 100.00 |
| Kota surakarta | 98.89 | 84.02 | 44.14 | 75.68 |
| Kota salatiga | 100 | 86.41 | 73.19 | 86.53 |
| Kota semarang | 38.49 | 44.27 | 34.64 | 39.13 |
| Kota pekalongan | 100 | 100 | 100 | 100.00 |
| Kota tegal | 48.3 | 62.56 | 53.11 | 54.66 |

Sumber: Lampiran U , diolah

Berdasarkan hasil analisis dengan menggunakan metode DEA dalam kurun waktu 2005-2007 menunjukkan hasil empiris tentang efisiensi teknis biaya kesehatan pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah sebagai berikut:

- Pada tahun 2005, hasil penghitungan nilai efisiensi teknis untuk biaya sektor kesehatan di 35 kabupaten/kota menunjukkan bahwa hanya terdapat tiga kota yang mencapai nilai efisiensi 100 persen (efisien), yaitu Kota Magelang, Kota Salatiga, dan Kota Pekalongan.
- Pada tahun 2006 jumlah kabupaten/kota yang mampu mencapai skor efisiensi 100 persen berkurang menjadi dua kota, yaitu Kota Pekalongan dan Kota Magelang, Kota Salatiga yang pada tahun sebelumnya mencapai nilai efisiensi 100 persen pada tahun 2006 nilai efisiensinya turun cukup signifikan hingga hanya mencapai angka 86.41.
- Tahun 2007 kondisi pencapaian efisiensi teknis biaya belanja sektor kesehatan hampir sama dengan kondisi tahun 2006, yaitu hanya kota pekalongan dan Kota Magelang yang mencapai tingkat efisiensi 100 persen. Hal ini menunjukkan bahwa secara teknis biaya belum ada upaya yang secara signifikan telah dilakukan pemerintah kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah selama tiga tahun penelitian.
- Berdasarkan hasil perhitungan selama periode penelitian menunjukkan bahwa pencapaian nilai efisiensi secara rata-rata di seluruh kabupaten/kota hanya sebanyak dua kota (5,7 persen) dari seluruh objek penelitian yang telah efisien dalam menggunakan belanja kesehatan pemerintah daerahnya secara konsisten selama periode penelitian.

- Daerah kabupaten/ kota yang memiliki nilai pencapaian efisiensi teknis biaya sebesar 100 persen mengindikasikan bahwa daerah tersebut sudah efisien dalam menggunakan sejumlah input biaya yang dibelanjakan pemerintahnya di sektor kesehatan terutama yang dialokasikan untuk penyediaan output fasilitas dan layanan kesehatan dasar yang terdiri dari penyediaan jumlah dokter di rumah sakit milik pemerintah serta penambahan kapasitas tempat tidur di rumah sakit milik pemerintah. Dengan kata lain setiap tambahan input berupa biaya yang digunakan untuk membiayai belanja kesehatan telah menghasilkan tambahan sejumlah output yang besarnya sama.
- Adapun daerah kabupaten/ kota yang pencapaian skor efisiensinya tidak mencapai angka 100 persen, maka daerah-daerah tersebut tergolong ke dalam daerah yang tidak efisien dalam hal teknis biaya kesehatan. Semakin kecil pencapaian skor efisiensinya maka semakin tidak efisien penggunaan biaya kesehatannya. Di mana setiap tambahan input biaya yang digunakan akan menghasilkan sejumlah tambahan output yang lebih kecil, sehingga kebijakan untuk tetap menambah jumlah belanja kesehatan akan membuat pertambahan output kesehatan berupa fasilitas dan layanan kesehatan dasar bertambah dengan jumlah yang lebih kecil. Hal ini mengindikasikan bahwa di daerah-daerah tersebut masih terdapat fenomena pemborosan belanja kesehatan yang terlalu besar namun tidak diikuti dengan penyediaan fasilitas dan sarana kesehatan dasar bagi masyarakatnya.

4.1.6.2 Efisiensi Teknis Sistem Kesehatan

Nilai efisiensi teknis sistem kesehatan dihasilkan dengan memasukkan input berupa indikator fasilitas dan layanan kesehatan dasar yaitu jumlah dokter per 100.000 jumlah penduduk, dan jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit milik pemerintah per 100.000 jumlah penduduk. Adapun output yang dibandingkan untuk menghasilkan nilai efisiensi teknis sistem kesehatan ini adalah indikator derajat kesehatan masyarakat berupa jumlah angka kematian bayi yang diproksi dengan angka bayi hidup per 1000 penduduk, jumlah angka kematian ibu maternal yang diproksi dengan angka ibu melahirkan selamat per 100000 penduduk, serta angka harapan hidup penduduk.

Nilai efisiensi teknis sistem menggambarkan sejauh mana tingkat efisiensi pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah dalam mengupayakan fasilitas dan layanan kesehatan dasar berupa fasilitas tempat tidur yang tersedia di rumah sakit milik pemerintah serta jumlah tenaga dokter yang tersedia di rumah sakit milik pemerintah. Dengan asumsi bahwa besarnya input fasilitas dan layanan kesehatan yang diupayakan pemerintah daerah mampu menghasilkan jumlah derajat kesehatan masyarakat dengan besaran yang berbeda-beda (tidak konstan). Dengan demikian penghitungan nilai efisiensi teknis sistem dilakukan dengan menggunakan asumsi *Variabel Return to Scale* (VRTS). Di samping itu dengan asumsi kondisi efisien yang terbaik adalah dengan meningkatkan jumlah output maka model yang digunakan berupa orientasi output (*output oriented*) serta *ceteris paribus*.

Tabel 4.4
Nilai Efisiensi Teknis Sistem Sektor Kesehatan
Per Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| Kota/kabupaten | Efisiensi | | | Rata-rata Efisiensi |
|-----------------|-----------|-------|-------|---------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | |
| Cilacap | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Banyumas | 99,23 | 99,26 | 99,42 | 99,30 |
| Purbalingga | 100 | 100 | 99,55 | 99,85 |
| Banjarnegara | 99,89 | 99,28 | 96,53 | 98,57 |
| Kebumen | 99,74 | 100 | 100 | 99,91 |
| Purworejo | 99,81 | 99,24 | 99,75 | 99,6 |
| Wonosobo | 100 | 99,41 | 100 | 99,80 |
| Magelang | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Boyolali | 99,88 | 99,33 | 99,17 | 99,46 |
| Klaten | 99,02 | 98,93 | 99,34 | 99,1 |
| Sukoharjo | 99,83 | 99,69 | 100 | 99,84 |
| Wonogiri | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Karanganyar | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Sragen | 99,59 | 99,72 | 100 | 99,77 |
| Grobogan | 99,46 | 99,50 | 99,06 | 99,34 |
| Blora | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Rembang | 98,66 | 98,44 | 99,09 | 98,73 |
| Pati | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kudus | 100 | 99,57 | 99,25 | 99,61 |
| Jepara | 99,70 | 100 | 100 | 99,9 |
| Demak | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Semarang | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Temanggung | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kendal | 100 | 100 | 99,80 | 99,93 |
| Batang | 99,62 | 99,08 | 98,75 | 99,15 |
| Pekalongan | 100 | 99,67 | 99,74 | 99,80 |
| Pemalang | 99,93 | 99,44 | 99,67 | 99,68 |
| Tegal | 99,94 | 100 | 100 | 99,98 |
| Brebes | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Kota magelang | 99,81 | 100 | 100 | 99,93 |
| Kota surakarta | 99,35 | 99,80 | 100 | 99,71 |
| Kota salatiga | 99,27 | 99,33 | 98,66 | 99,08 |
| Kota semarang | 100 | 99,93 | 99,94 | 99,95 |
| Kota pekalongan | 99,40 | 99,53 | 99,67 | 99,53 |
| Kota tegal | 100 | 100 | 100 | 100 |

Sumber: Lampiran V , diolah

Berdasarkan hasil Tabel 4.4 dapat disimpulkan hasil empiris tentang efisiensi teknis sistem belanja kesehatan pemerintah daerah di Provinsi Jawa Tengah sebagai berikut:

- Pada tahun 2005, hasil penghitungan nilai efisiensi teknis sistem belanja sektor kesehatan di 35 kabupaten/kota menunjukkan bahwa terdapat 17 kabupaten/ kota yang mencapai tingkat efisiensi dengan nilai efisiensi mencapai 100 persen.
- Pada tahun 2006 jumlah kabupaten/ kota yang mampu mencapai skor efisiensi 100 persen tetap sejumlah 17 kabupaten/kota. Jumlah ini tetap walaupun terjadi inkonsistensi dalam pencapaian efisiensi di beberapa kabupaten/kota. Sebagai contoh Kabupaten Wonosobo yang pada tahun 2005 berhasil mencapai tingkat efisiensi 100 persen, namun pada tahun 2006 mengalami inefisiensi yang ditandai dengan penurunan nilai efisiensi yang didapat. Fenomena serupa terjadi juga pada beberapa kabupaten/kota lainnya.
- Tahun 2007 kondisi pencapaian efisiensi teknis sistem belanja sektor kesehatan kembali mengalami peningkatan. Jumlah kabupaten/kota yang mampu mencapai nilai efisiensi 100 persen bertambah dari 17 kabupaten/kota pada tahun 2006 menjadi 19 kabupaten/kota pada tahun 2007. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum telah ada upaya perbaikan efisiensi teknis sistem pada kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah.

- Ditinjau dari pencapaian nilai efisiensi teknis sistem secara rata-rata selama periode penelitian ditemukan hasil yang berbeda dengan pencapaian efisiensi teknis biaya. Berdasarkan hasil perhitungan DEA diperoleh hasil empiris berupa pencapaian kondisi efisiensi teknis sistem yang jauh lebih baik dari pada kondisi efisiensi teknis biaya. Hasil ini dibuktikan dengan adanya 11 kabupaten/ kota (31,4 persen) dari seluruh jumlah objek penelitian yang berhasil mencapai kondisi efisien secara konsisten selama periode penelitian. Di samping itu tingkat keparahan inefisiensi teknis sistem yang terjadi tidak separah inefisiensi teknis biaya. Tingkat keparahan ini ditunjukkan dengan nilai efisiensi teknis sistem bagi daerah-daerah yang tidak efisien masih berkisar pada selisih yang tidak begitu jauh dari angka 100 persen
- Daerah kabupaten/ kota yang memiliki skor pencapaian efisiensi teknis sistem sebesar 100 persen mengindikasikan bahwa secara empiris daerah tersebut tergolong ke dalam kategori yang efisien dalam menggunakan fasilitas dan layanan kesehatan dasar yang dimilikinya untuk mencapai tingkat derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Lebih lanjut, efisien secara teknis sistem dalam sektor kesehatan dapat juga berarti setiap penambahan fasilitas kesehatan dan layanan kesehatan yang dilakukan daerah-daerah yang efisien akan menghasilkan tambahan sejumlah output berupa derajat kesehatan yang sama.

- Serupa dengan efisiensi teknis biaya, daerah kabupaten/ kota yang pencapaian skor efisiensi teknis sistemnya tidak mencapai angka 100 persen, maka secara empiris daerah-daerah tersebut tergolong ke dalam daerah yang tidak efisien dalam teknis biaya. Semakin kecil pencapaian skor efisiensinya maka semakin tidak efisien daerah tersebut. Hal ini mengindikasikan bahwa secara teknis telah berlaku hukum penurunan hasil (*law of deminsing return*), di mana tambahan sejumlah input sumber daya fasilitas dan layanan kesehatan dasar yang diupayakan pemerintah berupa jumlah dokter yang tersedia dan tempat tidur tersedia di rumah sakit telah melampaui titik optimal dan akan menyebabkan tambahan output yang dihasilkan lebih sedikit. Dengan kata lain kebijakan menambah jumlah fasilitas dan layanan kesehatan pada daerah-daerah yang inefisien jika tidak diikuti dengan adanya perbaikan sistem kesehatan justru akan berdampak negatif pada pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Perbaikan sistem kesehatan ini dapat dilakukan dengan cara meningkatkan peran dokter yang sudah ada untuk menjangkau lebih banyak pasien yang membutuhkan layanan kesehatan. Di sisi lain pemerataan jumlah fasilitas kesehatan berupa tempat tidur yang telah tersedia di rumah sakit juga perlu dilakukan agar lebih banyak lagi masyarakat yang dapat mengakses layanan kesehatan dengan mudah dalam rangka mencapai tingkat derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

4.1.7 Target Perbaikan Variabel Input dan Output untuk Mencapai Kondisi Efisien

Salah satu keunggulan analisis penghitungan efisiensi dengan menggunakan metode DEA adalah selain mampu menemukan nilai efisiensi relatif dari masing-masing UKE, metode DEA juga mampu membuat skenario perbaikan input dan output yang sebaiknya digunakan bagi UKE-UKE yang belum efisien melalui langkah identifikasi input yang terlalu banyak atau output yang terlalu rendah. Skenario perbaikan yang dihasilkan DEA dapat digunakan untuk memperbaiki tingkat efisiensi daerah atau UKE yang belum efisien.

Tabel 4.5
Target Perbaikan Variabel Input Output dalam Mencapai Efisiensi Teknis Biaya dan Sistem Belanja Sektor Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

| Kab/Kota | Variabel | Actual | Target | To Gain | To Achieved |
|-----------------|-------------------------|-----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Cilacap | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 101 480 000 000 | 36 462 329 000 | 64.1 % | 35.9% |
| | + Jmlh. Dokter | 3 | 7 | 133.3 % | 42.9% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 29 | 106 | 265.5% | 27.4% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 3 | 3 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 29 | 29 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 986,3 | 986,3 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 992,3 | 992,3 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 69.9 | 69.9 | 0,0% | 100,0% |
| Banyumas | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 107.507.000.000 | 36.462.329.000 | 66.1% | 33.9% |
| | + Jmlh. Dokter | 5 | 7 | 40.0% | 71.4% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 68 | 106 | 55.9% | 64.2% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 5 | 5 | 0.0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 68 | 68 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 990 | 995,8 | 0,6% | 99,4% |
| | + AIMS | 1061,9 | 1130,8 | 6,5% | 93,9% |
| | + AHH | 69.6 | 70 | 0,6% | 99,4% |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|--------|
| Purbalingga | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 80.455.464.000 | 36.462.329.000 | 54.7% | 45.3% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 38 | 106 | 178.9% | 35.8% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 38 | 29,8 | 21,7% | 78,3% |
| + ABH | 987,2 | 991,6 | 0,4% | 99,6% | |
| + AIMS | 1266,2 | 1271,8 | 0,4% | 99,6% | |
| + AHH | 69,5 | 69,8 | 0,4% | 99,6% | |
| Banjarnegara | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 73.170.098.000 | 47.227.482.200 | 35.5% | 65.5% |
| | + Jmlh. Dokter | 10 | 10 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 59 | 261.4 | 343.1% | 22.6% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 10 | 7 | 30,0% | 70,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 59 | 59 | 0.0% | 100.0% |
| + ABH | 959,2 | 993,7 | 3,6% | 96,5% | |
| + AIMS | 1016,6 | 1139,2 | 12,1% | 89,2% | |
| + AHH | 68.6 | 71,7 | 3,6% | 96,5% | |
| Kebumen | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 107.691.000.000 | 36.462.329.000 | 66.1% | 33.9% |
| | + Jmlh. Dokter | 3 | 7 | 133.3% | 42.9% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 40 | 106 | 165.0% | 37.7% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 3 | 3 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 40 | 40 | 0,0% | 100,0% |
| + ABH | 995,8 | 995,8 | 0,0% | 100,0% | |
| + AIMS | 1083,5 | 1083,5 | 0,0% | 100,0% | |
| + AHH | 69.2 | 70.7 | 0,0% | 100,0% | |
| Purworejo | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 75.733.797.900 | 36.462.329.000 | 51.9% | 48.1% |
| | + Jmlh. Dokter | 6 | 7 | 16.7% | 85.7% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 54 | 106 | 96.3% | 50.9% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 6 | 6 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 54 | 54 | 0,0% | 100,0% |
| + ABH | 993,6 | 996,1 | 0,3% | 99,7% | |
| + AIMS | 1043,1 | 1159,2 | 11,1% | 90,0% | |
| + AHH | 69,8 | 70,0 | 0,3% | 99,7% | |
| Wonosobo | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 57.120.067.250 | 36.462.329.000 | 36.2% | 63.8% |
| | + Jmlh. Dokter | 3 | 7 | 133.3% | 42.9% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 36 | 106 | 194.4% | 34.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| - Jmlh. Dokter | 3 | 3 | 0,0% | 100,0% | |
| - Jmlh. Tempat Tidur | 36 | 36 | 0,0% | 100,0% | |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|-----------|-------------------------|----------------|----------------|--------|--------|
| | + ABH | 989,8 | 989,8 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1138,1 | 1138,1 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 69.3 | 69.3 | 0,0% | 100,0% |
| Magelang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 85.250.413.500 | 36.462.329.000 | 57.2% | 42.8% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 12 | 106 | 783.2% | 11.3% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 12 | 12 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 995,2 | 995,2 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1105,1 | 1105,1 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 70 | 70 | 0,0% | 100,0% |
| Boyolali | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 93.328.717.000 | 36.462.329.000 | 60.9% | 39.1% |
| | + Jmlh. Dokter | 5 | 7 | 40.0% | 71.4% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 55 | 106 | 92.7% | 51.9% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 5 | 5 | 0.0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 55 | 55 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 985,6 | 993,8 | 0,8% | 99,2% |
| | + AIMS | 1099,7 | 1108,9 | 0,8% | 99,2% |
| | + AHH | 70.2 | 70,8 | 0,8% | 99,2% |
| Klaten | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 72.810.020.000 | 36.462.329.000 | 49.9% | 50.1% |
| | + Jmlh. Dokter | 6 | 7 | 16.7% | 85.7% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 51 | 106 | 107.8% | 48.1% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 6 | 6 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 51 | 51 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 985,6 | 992,1 | 0,7% | 99,7% |
| | + AIMS | 1007 | 1095,4 | 3,1% | 97% |
| | + AHH | 71 | 71.5 | 0,3% | 99,7% |
| Sukoharjo | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 70.805.022.000 | 36.462.329.000 | 48.5% | 51.5% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0.0% | 100,0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 63 | 106 | 68.3% | 59.4% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 5 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 63 | 63 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 996,4 | 996,4 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1185,5 | 1185,5 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 70.1 | 70,1 | 0,0% | 100,0% |
| Wonogiri | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 85.566.055.000 | 36.462.329.000 | 57.4% | 42.66% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 106 | 307.7% | 24.5% |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------|----------------|--------|--------|
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 30 | 30 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 990,4 | 990,4 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1084,7 | 1084,7 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 72,1 | 72,1 | 0,0% | 100,0% |
| Karanganyar | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 68.845.203.000 | 40.050.713.400 | 41.8% | 58.2% |
| | + Jmlh. Dokter | 8 | 8 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 47 | 157.8 | 235.7% | 29.8% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 8 | 6.5 | 0,0% | 100,0% |
| - Jmlh. Tempat Tidur | 47 | 47 | 0,0% | 100,0% | |
| | + ABH | 988,7 | 988,7 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1232,4 | 1232,4 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 72 | 72.4 | 0,0% | 100,0% |
| Sragen | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 80.204.403.000 | 36.462.329.000 | 54.5% | 45.5% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 51 | 106 | 107.8% | 48.1% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 5.4 | 0,0% | 100,0% |
| - Jmlh. Tempat Tidur | 51 | 51 | 0,0% | 100,0% | |
| | + ABH | 990,8 | 990,8 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1153,9 | 1153,9 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 72 | 72 | 0,0% | 100,0% |
| Grobogan | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 85.446.222.000 | 36.462.329.000 | 57.3% | 42.7% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 55 | 106 | 92.7% | 51.9% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100.0% |
| - Jmlh. Tempat Tidur | 55 | 55 | 0,0% | 100,0% | |
| | + ABH | 985,5 | 994,9 | 1,0% | 99,1% |
| | + AIMS | 1139,7 | 1150,5 | 1,0% | 99,1% |
| | + AHH | 69,8 | 70,4 | 1,0% | 99,1% |
| Blora | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 73.186.967.000 | 36.462.329.000 | 50.2% | 49.8% |
| | + Jmlh. Dokter | 3 | 7 | 133.3% | 42.9% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 45 | 106 | 135.6% | 42.5% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 3 | 3 | 0,0% | 100,0% |
| - Jmlh. Tempat Tidur | 45 | 45 | 0,0% | 100,0% | |
| | + ABH | 991 | 991 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1073,1 | 1073,1 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 71,1 | 71,1 | 0,0% | 100,0% |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|--------|
| Rembang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 72.528.816.000 | 36.462.329.000 | 49.7% | 50.3% |
| | + Jmlh. Dokter | 6 | 7 | 16.7% | 85.7% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 106 | 307.7% | 24.5% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 6 | 4,8 | 20,0% | 80,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 26 | 0,0% | 100,0% |
| + ABH | 976,7 | 988,8 | 1,2% | 98,8% | |
| + AIMS | 1307,2 | 1319,3 | 0,9% | 99,1% | |
| + AHH | 69.8 | 70,4 | 0,9% | 99,1% | |
| Pati | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 114.131.000.000 | 36.462.329.000 | 68.1% | 31.9% |
| | + Jmlh. Dokter | 5 | 7 | 40.0% | 71.4% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 57 | 106 | 86.0% | 53.8% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 5 | 5 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 57 | 57 | 0,0% | 100,0% |
| + ABH | 979,3 | 979,3 | 0,0% | 100,0% | |
| + AIMS | 1012 | 1012 | 0,0% | 100,0% | |
| + AHH | 72.7 | 72.7 | 0,0% | 100,0% | |
| Kudus | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 102.996.000.000 | 37.085.793.471 | 64.0% | 36.0% |
| | + Jmlh. Dokter | 6 | 7.2 | 19.6% | 83.6% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 115 | 115 | 0.0% | 100.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 6 | 6 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 115 | 115 | 0,0% | 100,0% |
| + ABH | 988,8 | 996,3 | 0,8% | 99,2% | |
| + AIMS | 1127,2 | 1150,1 | 2,0% | 98,0% | |
| + AHH | 96,5 | 70,0 | 0,8% | 99,2% | |
| Jepara | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 97.150.210.000 | 36.462.329.000 | 62.5% | 37.5% |
| | + Jmlh. Dokter | 5 | 7 | 40.0% | 71.4% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 34 | 106 | 211.8% | 32.1% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 5 | 5 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 34 | 34 | 0,0% | 100,0% |
| + ABH | 984,7 | 984,7 | 0,0% | 100,0% | |
| + AIMS | 1479,9 | 1479,9 | 0,0% | 100,0% | |
| + AHH | 70.5 | 70.5 | 0,0% | 100,0% | |
| Demak | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 60.776.130.600 | 36.462.329.000 | 40.0% | 60.0% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 22 | 106 | 381.8% | 20.8% |
| Efisiensi Teknis Sistem | | | | | |
| - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% | |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|------------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|--------|
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 22 | 22 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 993,3 | 993,3 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1225,9 | 1225,9 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 70.4 | 70.4 | 0,0% | 100,0% |
| Semarang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 111.430.000.000 | 40.050.713.400 | 64.1% | 35.9% |
| | + Jmlh. Dokter | 8 | 8 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 49 | 157.8 | 222.0% | 31.1% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 8 | 8 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 49 | 49 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 987,5 | 987,5 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1016,9 | 1016,9 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 72.3 | 72.3 | 0,0% | 100,0% |
| Temanggung | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 61.091.635.202 | 36.462.329.000 | 40.3% | 59.7% |
| | + Jmlh. Dokter | 5 | 7 | 40.0% | 71.4% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 74 | 106 | 43.2% | 69.8% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 4 | 42,9% | 57,1% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 26 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 994,2 | 994,2 | 0,2% | 99,8% |
| | + AIMS | 1143,9 | 1143,9 | 0,2% | 99,8% |
| | + AHH | 67.5 | 68,6 | 1,6% | 98,5% |
| Kendal | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 81.885.544.000 | 36.462.329.000 | 55.5% | 44.5% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 106 | 307.7% | 24.5% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 4,9 | 30,4% | 69,6% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 21 | 21 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 982,1 | 994,5 | 1,3% | 98,8% |
| | + AIMS | 1064,3 | 1110,8 | 4,4% | 95,8% |
| | + AHH | 69,5 | 70,4 | 1,3% | 98,8% |
| Batang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 66.914.276.464 | 36.462.329.000 | 45.5% | 54.5% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 21 | 106 | 404.8% | 19.8% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 4,9 | 30,4% | 69,6% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 21 | 21 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 982,1 | 994,5 | 1,3% | 98,8% |
| | + AIMS | 1064,3 | 1110,8 | 4,4% | 95,8% |
| | + AHH | 69,5 | 70,4 | 1,3% | 98,8% |
| Pekalongan | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 104.367.000.000 | 36.462.329.000 | 65.1% | 34.9% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|------------------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|--------|
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 43 | 106 | 146.5% | 40.6% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 43 | 43 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 994,2 | 996,8 | 0,3% | 99,7% |
| | + AIMS | 978,5 | 1119,8 | 14,4% | 87,4% |
| | + AHH | 68,2 | 68,4 | 0,3% | 99,7% |
| Pemalang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 85.566.055.000 | 36.462.329.000 | 57.4% | 42.6% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 106 | 307.7% | 24.5% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 26 | 26 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 992,9 | 996,2 | 0,3% | 97,7% |
| | + AIMS | 1155,5 | 1159,3 | 0,3% | 97,7% |
| | + AHH | 67,1 | 68,5 | 2,0% | 98,0% |
| Tegal | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 101.219.000.000 | 36.462.329.000 | 64.0% | 36.0% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 35 | 106 | 202.9% | 33.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 35 | 35 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 997 | 997 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1126,3 | 1126,3 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 68 | 68 | 0,0% | 100,0% |
| Brebes | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 109.658.000.000 | 36.462.329.000 | 66.7% | 33.3% |
| | + Jmlh. Dokter | 4 | 7 | 75.0% | 57.1% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 27 | 106 | 292.6% | 25.5% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 4 | 4 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 27 | 27 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 995,5 | 995,5 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1354,6 | 1354,6 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 66,8 | 66,8 | 0,0% | 100,0% |
| Kota Magelang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 54.404.251.000 | 54.404.251.000 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Dokter | 12 | 12 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 365 | 365 | 0.0% | 100.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 12 | 12 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 365 | 365 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 999,1 | 999,1 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1224,3 | 1224,3 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 70,1 | 70,1 | 0,0% | 100,0% |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|--------|
| Kota Surakarta | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 121.521.000.000 | 53.642.238.869 | 55.9% | 44.1% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 11.8 | 68.4% | 59.4% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 354 | 354 | 0.0 | 100.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 354 | 354 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 995,4 | 995,4 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1158,9 | 1158,9 | 0,0% | 100,0% |
| + AHH | 71,9 | 71,9 | 0,0% | 100,0% | |
| Kota Salatiga | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 59.626.229.000 | 43.639.097.800 | 26.8% | 73.2 |
| | + Jmlh. Dokter | 9 | 9 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 187 | 209.6 | 12.1% | 89.2% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 9 | 6,1 | 32,0% | 68,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 187 | 187 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 978,8 | 992,1 | 1,4% | 98,7% |
| | + AIMS | 1241,5 | 1258,5 | 1,4% | 98,7% |
| + AHH | 70,7 | 71,7 | 1,4% | 98,7% | |
| Kota Semarang | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 128.672.000.000 | 44.567.367.124 | 65.4% | 34.6% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 9.3 | 32.3% | 75.6% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 223 | 223 | 0.0% | 100.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0,0% | 100,0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 223 | 223 | 0.0% | 100,0% |
| | + ABH | 991,7 | 992,3 | 0,1% | 99,9% |
| | + AIMS | 905 | 1115,1 | 23,2% | 81,2% |
| + AHH | 72 | 72 | 0,1% | 99,9% | |
| Kota Pekalongan | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 36.462.329.000 | 36.462.329.000 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0.0% | 100.0% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 106 | 106 | 0.0% | 100.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| | - Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0.0% | 100.0% |
| | - Jmlh. Tempat Tidur | 106 | 106 | 0,0% | 100,0% |
| | + ABH | 993,3 | 996,5 | 0,3% | 99,7% |
| | + AIMS | 1141,3 | 1176,2 | 3,1% | 97,0% |
| + AHH | 69,9 | 70,1 | 0,3% | 99,7% | |
| Kota Tegal | Efisiensi Teknis Biaya | | | | |
| | - Belanja Kesehatan | 79.994.764.000 | 42.489.152.220 | 46.9% | 53.1% |
| | + Jmlh. Dokter | 7 | 8.7 | 24.0% | 80.6% |
| | + Jmlh. Tempat Tidur | 193 | 193 | 0.0% | 100.0% |
| | Efisiensi Teknis Sistem | | | | |
| - Jmlh. Dokter | 7 | 7 | 0,0% | 100,0% | |
| - Jmlh. Tempat Tidur | 193 | 193 | 0,0% | 100,0% | |

Tabel 4.5 (lanjutan)

| | | | | | |
|--|--------|--------|--------|------|--------|
| | + ABH | 997,6 | 997,6 | 0,0% | 100,0% |
| | + AIMS | 1522,7 | 1522,7 | 0,0% | 100,0% |
| | + AHH | 68,2 | 68,2 | 0,0% | 100,0% |

Sumber: Lampiran W dan X ,diolah

Sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya bahwa salah satu keunggulan metode DEA dalam menganalisis tingkat efisiensi adalah kemampuannya dalam membuat perhitungan lebih lanjut tentang nilai target secara relatif yang harus dicapai oleh UKE yang belum mencapai kondisi efisien agar mampu mencapai tingkat efisiensi yang sempurna.

Berdasarkan perhitungan lebih lanjut mengenai target yang harus dicapai oleh daerah yang belum efisien baik secara teknis alokasi maupun teknis sistem dalam belanja kesehatan sebagaimana yang telah dirangkum dalam Tabel 4.5 maka dapat diambil beberapa gambaran mengenai kondisi efisiensi teknis alokasi dan sistem yang terjadi pada 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah sebagai berikut.

Daerah yang telah mencapai kondisi efisiensi ideal dalam belanja kesehatan adalah daerah yang baik secara teknis biaya maupun secara teknis sistem berhasil mencapai nilai efisiensi sempurna sebesar 100 persen sebagaimana yang telah dicapai oleh Kota Magelang. Berdasarkan hasil perhitungan efisiensi relatif diketahui bahwa Kota Megelang berhasil mencapai kondisi efisiensi sempurna baik secara teknis biaya maupun secara teknis sistem. Dengan demikian di dalam perhitungan target perbaikan input dan output untuk Kota Magelang tidak ditemukan adanya nilai persentase target yang harus dirubah oleh Pemerintah Kota Magelang.

Kabupaten/kota yang telah efisien secara teknis biaya belum tentu juga efisien secara teknis sistem. Fenomena seperti ini yang terjadi di sebagian besar

kabupaten/kota yang diteliti. Sebagai contoh Kabupaten Cilacap yang telah mencapai kondisi efisien sempurna secara teknis sistem dengan capaian nilai efisiensi 100 persen, namun secara teknis biaya kesehatan Kabupaten Cilacap berada jauh di bawah kondisi efisien dengan capaian nilai efisiensi 35,93 persen.

Berdasarkan hasil tersebut maka dalam hal ini Pemerintah Kabupaten Cilacap dapat mengevaluasi kebijakan belanja kesehatan yang diambil terkait pencapaian efisiensi yang terjadi. Apabila dalam mengambil kebijakan belanja kesehatan Pemerintah Kabupaten Cilacap lebih berorientasi pada pencapaian efisiensi teknis biaya maka langkah kebijakan yang dapat ditempuh yaitu melakukan penghematan belanja kesehatan dengan menekan besarnya alokasi belanja di sektor kesehatan sebesar 66,1 persen dari jumlah aktual yang terjadi sekarang sebesar Rp.101.480.000.000 menjadi Rp.36.462.329.000,00. Di samping itu Pemerintah Kabupaten Cilacap juga harus meningkatkan target output fasilitas dan pelayanan kesehatan berupa jumlah tenaga dokter sebesar 133,3 persen dari jumlah aktual yang ada sebanyak 3 orang menjadi 7 orang, serta meningkatkan jumlah fasilitas tempat tidur yang tersedia di rumah sakit milik pemerintah sebesar 265,5 persen dari jumlah aktual yang ada sebanyak 29 unit menjadi 106 unit. Namun apabila Pemerintah Kabupaten Cilacap lebih berorientasi pada pencapaian efisiensi teknis sistem, maka kebijakan yang ditempuhnya pada tahun 2007 sudah tepat dan tidak perlu ada perubahan jumlah target baik input maupun output.

Kondisi efisiensi lain dialami oleh Kabupaten Banjarnegara dimana pencapaian efisiensi baik secara teknis biaya maupun teknis sistem berada pada

kondisi yang tidak efisien. Pencapaian efisiensi yang terjadi di Kabupaten Banjarnegara pada tahun 2007 secara teknis biaya hanya mencapai angka 64,54 persen sementara secara teknis sistem hanya mencapai angka 96,53 persen. Fenomena tersebut dapat diperbaiki oleh Pemerintah Kabupaten Banjarnegara dengan mengambil suatu kebijakan yang berorientasi pencapaian kondisi efisien baik secara teknis biaya maupun secara teknis sistem. Ditinjau dari segi teknis biaya Pemerintah Kabupaten Banjarnegara dapat mengambil langkah kebijakan perbaikan dengan mengurangi pemborosan belanja kesehatan dan menghemat jumlah belanja kesehatan sebesar 35,5 persen dari jumlah aktual yang terjadi sebesar Rp.73.170.098.000,00 menjadi hanya sebesar Rp.47.227.482.200,00. Di samping itu Pemerintah Kabupaten Banjarnegara juga harus meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan berupa tempat tidur yang tersedia di rumah sakit milik pemerintah sebesar 343,1 persen atau dari jumlah fasilitas tempat tidur sebanyak 59 unit menjadi 261,4 unit.

Ditinjau dari sisi efisiensi teknis sistem, maka langkah kebijakan yang dapat di tempuh oleh Pemerintah Banjarnegara adalah dengan meningkatkan peran dokter yang telah tersedia sebanyak 3 orang, hal ini dikarenakan sebanyak 3 orang dokter di Kabupaten Banjarnegara masih belum optimal sehingga untuk mencapai efisiensi pemerintah Kabupaten Banjarnegara dapat meningkatkan peran dokter yang telah tersedia agar mampu menjangkau lebih banyak masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan. Di samping itu Pemerintah Banjarnegara juga harus berusaha meningkatkan target pencapaian jumlah angka

bayi hidup sebesar 3,6 persen, meningkatkan angka ibu melahirkan selamat sebesar 12,1 persen dan meningkatkan angka harapan hidup sebesar 71,7 persen.

Berdasarkan hasil perhitungan target perbaikan efisiensi teknis biaya dan teknis sistem menurut kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah tahun 2007 sebagaimana yang telah diangkum dalam Tabel 4.5 dapat diketahui bahwa tingkat inefisiensi lebih parah terjadi pada teknis biaya kesehatan daripada inefisiensi yang terjadi pada teknis sistem, di mana ditunjukkan dengan nilai skor efisiensi teknis biaya untuk tiap kabupaten/ kota di Jawa Tengah masih jauh dari angka 100 pesen. Lebih lanjut, perhitungan tentang target perbaikan efsiensi teknis biaya menunjukkan bahwa secara umum dari total belanja kesehatan di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2007 sebanyak 2,96 trilyun sebesar 1,35 trilyun (45,51 persen) merupakan suatu bentuk pemborosan sehingga menjadi penyebab timbulnya masalah inefisiensi teknis biaya yang cukup serius pada sebagian besar kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah.

Adapun secara umum perbaikan yang dapat dilakukan terkait dengan inefisiensi teknis sistem kesehatan adalah dengan cara meningkatkan peran dokter yang sudah ada untuk menjangkau lebih banyak masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan. Di sisi lain pemerataan jumlah fasilitas kesehatan berupa tempat tidur yang telah tersedia di rumah sakit juga perlu dilakukan agar lebih banyak lagi masyarakat yang dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan mudah dalam rangka mencapai tingkat derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Kondisi efisiensi belanja kesehatan di Provinsi Jawa Tengah ditinjau dari kedua hasil pencapaian efisiensi tersebut, maka diketahui bahwa sebagian besar kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah mengalami permasalahan serius terkait dengan teknis penggunaan biaya belanja kesehatan di masing-masing daerahnya yang ditandai dengan sangat besarnya tingkat pemborosan dalam belanja kesehatan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis efisiensi belanja kesehatan di Provinsi Jawa Tengah tahun 2005-2007 dengan menggunakan metode *Data Envelopment Analysis*, maka kesimpulan yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Selama periode penelitian ditemukan hasil empiris bahwa secara umum pemerintah kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah masih mengalami inefisiensi dalam teknis biaya kesehatan di masing-masing daerahnya. Fenomena ini diindikasikan dengan pencapaian nilai efisiensi teknis biaya untuk masing-masing kabupaten/ kota yang secara umum masih jauh berada dibawah nilai efisiensi teknis sistem.
2. Daerah yang sudah mencapai kondisi efisien dalam teknis biaya selama periode penelitian adalah Kota Magelang dan Kota Pekalongan. Adapun daerah yang sudah mencapai kondisi efisien dalam teknis sistem selama periode penelitian adalah Kabupaten Cilacap, Kabupaten Magelang, Kabupaten Wonogiri, Kabupaten Karanganyar, Kabupaten Blora, Kabupaten Demak, Kabupaten Semarang, Kabupaten Temanggung, Kabupaten Brebes, dan Kota Tegal.
3. Daerah yang mengalami inefisiensi dalam teknis biaya kesehatan mencerminkan bahwa daerah tersebut belum mampu menggunakan belanja kesehatan yang dianggarkan pemerintahnya secara optimal.

Penambahan jumlah input belanja kesehatan menghasilkan jumlah penambahan output fasilitas dan layanan kesehatan dasar dengan jumlah yang lebih kecil. Lebih lanjut, daerah yang tidak efisien dalam teknis biaya juga mengindikasikan bahwa di daerah tersebut telah terjadi pemborosan biaya belanja kesehatan yang terlalu besar namun tidak diikuti dengan peningkatan fasilitas dan layanan kesehatan dasar yang dibutuhkan masyarakatnya untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

4. Daerah yang secara teknis sistem belum efisien berarti bahwa daerah tersebut belum mampu menggunakan input sumberdaya berupa fasilitas dan layanan kesehatan dasar dengan optimal. Penambahan jumlah input berupa fasilitas dan layanan kesehatan dasar yang diupayakan pemerintah akan menghasilkan tambahan output derajat kesehatan yang lebih kecil. Temuan ini memberi arti lebih jauh bahwa dalam rangka mencapai pembangunan derajat kesehatan masyarakat perlu adanya perbaikan sistem untuk meningkatkan peran dan manfaat dari fasilitas dan pelayanan kesehatan yang telah tersedia agar lebih efisien.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil analisis, dapat disampaikan saran sebagai berikut:

1. Sesuai dengan hasil analisis yang dilakukan diketahui bahwa secara umum pemerintah kabupaten/ kota di Provinsi Jawa Tengah belum efisien secara teknis biaya. Hal ini mengindikasikan masih besarnya

pemborosan yang dilakukan oleh pemerintah daerah kabupaten/ kota di Jawa Tengah. Terkait dengan hal tersebut, hendaknya pemerintah di masing-masing daerah dapat lebih mengefisienkan belanja kesehatan. Peningkatan efisiensi ini dapat dilakukan dengan cara mengurangi pemborosan belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah. Langkah ini dilakukan dengan meningkatkan fasilitas dan layanan kesehatan masyarakat di daerahnya masing-masing sesuai dengan kebutuhan yang telah ditargetkan. Dengan adanya peningkatan fasilitas dan layanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat diharapkan besarnya belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah akan menghasilkan manfaat yang lebih besar.

2. Daerah yang tidak efisien secara sistem adalah daerah yang penggunaan input berupa fasilitas dan layanan kesehatan belum efisien penggunaannya. Sehingga output berupa derajat kesehatan yang dihasilkan masih berada di bawah target yang seharusnya terjadi. Terkait dengan hal tersebut, hendaknya pemerintah melakukan perbaikan melalui peningkatan manfaat serta peran dari fasilitas dan layanan kesehatan yang telah dimiliki. Peningkatan manfaat ini dapat dilakukan dengan cara dengan cara mengurangi birokrasi yang berbelit bagi masyarakat untuk mengakses fasilitas dan layanan kesehatan yang dimiliki pemerintah. Dengan demikian pemanfaatan fasilitas dan layanan kesehatan dapat lebih ditingkatkan.

3. Penelitian ini mempunyai keterbatasan yang sebaiknya dijadikan masukan bagi penelitian selanjutnya. Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu adanya keterbatasan dan perbedaan karakteristik data dengan penelitian yang menjadi acuan. Perbedaan tersebut menyebabkan analisis efisensi dalam penelitian ini dilakukan secara parsial. Hendaknya pada penelitian selanjutnya yang sejenis perlu dilakukan analisis secara keseluruhan untuk memperoleh hasil studi yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Sugiharti.2009. “ **Pengaruh Anggaran Berbasis Kinerja terhadap Akuntabilitas Dinas Pendidikan Kota Depok**”. Tesis Tidak Dipublikasikan, Universitas Gunadharma.
- Ahmad Sujudi. 2003. **Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi**. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Ahmad Syakir. 2006. Model Pengukuran Kinerja dan Efisiensi Sektor Publik Metode Free Disposable Hull (FDH). *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, Vol.11, No. 2, h. 1-20
- Badan Pelaksana dan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Tengah, 2008, **Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2008-2013**, Semarang.
- Badan Pusat Statistik. 2010. “*Statistics Indonesia*” <http://www.datastatistik-indonesia.com> diakses 15 Juli 2010.
- Badan Pusat Statistik Indonesia, 2005, **Statistik Keuangan Pemerintah Daerah 2004**, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Indonesia, 2006, **Statistik Keuangan Pemerintah Daerah 2005**, Jakarta
- Badan Pusat Statistik Indonesia, 2007, **Statistik Keuangan Pemerintah Daerah 2006**, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Indonesia, 2008, **Statistik Keuangan Pemerintah Daerah 2007**, Jakarta
- Badan Pusat Statistik Indonesia, 2008, **Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007**, Jakarta
- Boediono, 1982, **Ekonomi Mikro**, BPFE, Yogyakarta
- Wasisto dan Ascobat. 1986. **Seminar Ekonomi Kesehatan**. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Diah Pradonowati. 2009. “ **Efisiensi Sektor Unggulan Kecamatan di Kabupaten Klaten Tahun 2000-2006**”. Skripsi Tidak Dipublikasikan, Universitas Diponegoro.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2004, **Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2004**, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2005, **Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005**, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2006, **Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006**, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2007, **Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007**, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008, **Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008**, Semarang.
- Guritno Mangkoesobroto. 1999. **Ekonomi Publik**. Yogyakarta: BPFE
- Ida Bagoes. 2003. **Demografi Umum**. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Indra Bastian, 2006, **Sistem Perencanaan dan Penganggaran Pemerintahan Daerah di Indonesia**. Jakarta : Salemba Empat
- Javarov, E dan Gunnarson, V. 2008. **Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Option**.
- Juanita. 2002. **Kesehatan dan Pembangunan Nasional**. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Mardiasmo. 2004. **Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah**, Edisi Kedua, Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. 2010. **“Informasi Data dan Aplikasi PP dan KPA”**
<http://www.menegpp.go.id/aplikasidata/> diakses 15 Juli 2010.
- Metodologi Empiris Data Envelopment Analysis (DEA)**, 2000, Yogyakarta : Pusat Antar Universitas Studi Ekonomi Universitas Gajah Mada.
- Mills, A. dan Gilson, L. 1990. **Ekonomi Kesehatan untuk Negara Sedang Berkembang**. Jakarta: Unit Analisa Kebijakan dan Ekonomi Kesehatan.
- Moh Nasir.1999. **Metode Penelitian**, Edisi Keempat, Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Pusat Kajian Departemen Kesehatan, 2008, **Pembangunan Kesehatan di Indonesia Tahun 2004-2007**, Jakarta.

- Samsubar Saleh.2000. **Data Envelopment Analysis (DEA): Konsep Dasar dalam Metodologi Empiris Data Envelopment Analysis (DEA)**, Yogyakarta: Pusat Antar Universitas Studi Ekonomi Universitas Gajah Mada.
- Sadono Sukirno. 2007. **Makroekonomi Modern**. Jakarta: Penerbit Raja Grafindo Persada.
- Samuelson, A. dan Nordhaus, D. 2003. **Microeconomics**. Jakarta: Penerbit Media Global Edukasi.
- Setda Provinsi Jawa Tengah, 2010, **Rekap APBD Kabupaten/Kota tahun 2005-2007**, Semarang.
- Stiglitz, Joseph. 2000, **Economic of The Public Sector**. New York: W.W. Norton.
- Suharsimi Arikunto. 2002. **Prosedur Penelitian Suatu Pedekatan Praktik**. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sularsono. 2005. **“Peningkatan Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi Indonesia”** Tesis Dipublikasikan. Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Universitas Indonesia.
- Suparmoko.1996. **Pengantar Ekonomi Makro**. Yogyakarta: Penerbit UGM.
- Todaro, Michael P. 2003. **Pembangunan Ekonomi Dunia Ketiga**, Alih Bahasa : Burhanudin Abdullah dan Harris Munandar, Erlangga, Jakarta.
- Tulus Tambunan. 2001. **Perekonomian Indonesia, Beberapa Masalah Penting**. Jakarta : Penerbit Ghalia Indonesia
- United nation Development Programe, 2009, **Human Development Report 2009**. <http://www.hdr.undp.org> dikases tanggal 17 Juni 2010
- World Helath Organization. 2008, **The World Health Report 2008**, <http://www.who.int> dikases tanggal 10 Juni 2010

Lampiran

\

Lampiran A. Data Belanja Kesehatan Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| | Kabupaten / Kota | 2005 | 2006 | 2007 |
|----|-------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | Cilacap | 72961028000 | 85032621000 | 101479830000 |
| 2 | Banyumas | 100936416610 | 113838343406 | 107506692974 |
| 3 | Purbalingga | 66839348000 | 80939749000 | 80455464000 |
| 4 | Banjarnegara | 53171920200 | 64843044400 | 73170098000 |
| 5 | Kebumen | 64842688000 | 73421555385 | 107690813300 |
| 6 | Purworejo | 58519818040 | 71599998000 | 75733797900 |
| 7 | Wonosobo | 50728100900 | 55633763000 | 57120067250 |
| 8 | Magelang | 71215396000 | 90589888740 | 85250413500 |
| 9 | Boyolali | 61309458000 | 78700807000 | 93328717000 |
| 10 | Klaten | 53409147000 | 64084310000 | 72810020000 |
| 11 | Sukoharjo | 52880440700 | 65798143475 | 70805022000 |
| 12 | Wonogiri | 57506410000 | 72796977000 | 87393510000 |
| 13 | Karanganyar | 49751514515 | 57449584432 | 68845203000 |
| 14 | Sragen | 59742504000 | 71715567000 | 80204403000 |
| 15 | Grobogan | 57045216661 | 69430970824 | 85446222000 |
| 16 | Blora | 59872927000 | 69372800000 | 73186967000 |
| 17 | Rembang | 57903766000 | 73713654000 | 72528816000 |
| 18 | Pati | 88345400000 | 105129782300 | 114130806000 |
| 19 | Kudus | 72807245000 | 114213611000 | 102996466000 |
| 20 | Jepara | 65064106000 | 78784291000 | 97150210000 |
| 21 | Demak | 65025831513 | 65023349100 | 60776130600 |
| 22 | Semarang | 79942529616 | 81648594000 | 111430076000 |
| 23 | Temanggung | 46429280089 | 50457070472 | 61091635202 |
| 24 | Kendal | 66777517000 | 82258892050 | 81885544000 |
| 25 | Batang | 48280292035 | 64752171250 | 66914276464 |
| 26 | Pekalongan | 58902578082 | 93305785000 | 104367362000 |
| 27 | Pemalang | 66137248000 | 78249725000 | 85566055000 |
| 28 | Tegal | 69303377000 | 76458440212 | 101219114000 |
| 29 | Brebes | 70416866000 | 86128155000 | 109658405000 |
| 30 | Kota Magelang | 40871432000 | 45800534000 | 54404251000 |
| 31 | Kota Surakarta | 37155667750 | 53060698459 | 121520754232 |
| 32 | Kota Salatiga | 37842810000 | 49943032000 | 59626229000 |
| 33 | Kota Semarang | 83312327000 | 98356550950 | 128672305000 |
| 34 | Kota Pekalongan | 28062377265 | 42349299187 | 36462329000 |
| 35 | Kota Tegal | 65688557000 | 69314907000 | 79994764000 |

Sumber: Rekap APBD Kabupaten/Kota Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

Lampiran B. Data Jumlah Tenaga Dokter di Rumah Sakit Pemerintah Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ kota | Jumlah dokter | | |
|----|-----------------|---------------|------|------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 64 | 41 | 45 |
| 2 | Banyumas | 71 | 75 | 75 |
| 3 | Purbalingga | 35 | 36 | 34 |
| 4 | Banjarnegara | 45 | 60 | 54 |
| 5 | Kebumen | 48 | 50 | 41 |
| 6 | Purworejo | 49 | 50 | 45 |
| 7 | Wonosobo | 23 | 26 | 25 |
| 8 | Magelang | 66 | 63 | 44 |
| 9 | Boyolali | 52 | 50 | 48 |
| 10 | Klaten | 50 | 59 | 63 |
| 11 | Sukoharjo | 61 | 57 | 60 |
| 12 | Wonogiri | 41 | 67 | 67 |
| 13 | Karanganyar | 53 | 68 | 64 |
| 14 | Sragen | 73 | 74 | 60 |
| 15 | Grobogan | 49 | 54 | 59 |
| 16 | Blora | 14 | 26 | 27 |
| 17 | Rembang | 28 | 34 | 34 |
| 18 | Pati | 34 | 65 | 54 |
| 19 | Kudus | 25 | 43 | 45 |
| 20 | Jepara | 50 | 61 | 57 |
| 21 | Demak | 29 | 52 | 42 |
| 22 | Semarang | 68 | 80 | 70 |
| 23 | Temanggung | 33 | 35 | 33 |
| 24 | Kendal | 59 | 51 | 63 |
| 25 | Batang | 40 | 44 | 44 |
| 26 | Pekalongan | 48 | 48 | 36 |
| 27 | Pemalang | 56 | 55 | 54 |
| 28 | Tegal | 59 | 58 | 58 |
| 29 | Brebes | 68 | 65 | 68 |
| 30 | Kota Magelang | 14 | 15 | 15 |
| 31 | Kota Surakarta | 20 | 46 | 35 |
| 32 | Kota Salatiga | 21 | 10 | 15 |
| 33 | Kota Semarang | 62 | 89 | 106 |
| 34 | Kota Pekalongan | 14 | 19 | 19 |
| 35 | Kota Tegal | 15 | 16 | 17 |

Sumber: Jawa Tengah Dalam Angka Tahun 2005-2007

Lampiran C. Data Jumlah Tempat Tidur Tersedia di Rumah Sakit Pemerintah
Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ Kota | Unit tersedia | | |
|----|-----------------|---------------|------|------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 485 | 485 | 476 |
| 2 | Banyumas | 1139 | 1189 | 1021 |
| 3 | Purbalingga | 331 | 331 | 312 |
| 4 | Banjarnegara | 286 | 286 | 331 |
| 5 | Kebumen | 424 | 424 | 485 |
| 6 | Purworejo | 347 | 347 | 386 |
| 7 | Wonosobo | 204 | 204 | 272 |
| 8 | Magelang | 142 | 142 | 143 |
| 9 | Boyolali | 340 | 340 | 506 |
| 10 | Klaten | 569 | 567 | 569 |
| 11 | Sukoharjo | 615 | 615 | 513 |
| 12 | Wonogiri | 319 | 319 | 289 |
| 13 | Karanganyar | 317 | 317 | 372 |
| 14 | Sragen | 358 | 358 | 440 |
| 15 | Grobogan | 400 | 400 | 727 |
| 16 | Blora | 335 | 335 | 373 |
| 17 | Rembang | 150 | 150 | 150 |
| 18 | Pati | 532 | 532 | 660 |
| 19 | Kudus | 732 | 732 | 879 |
| 20 | Jepara | 348 | 348 | 359 |
| 21 | Demak | 181 | 181 | 229 |
| 22 | Semarang | 344 | 344 | 434 |
| 23 | Temanggung | 513 | 513 | 513 |
| 24 | Kendal | 127 | 127 | 240 |
| 25 | Batang | 145 | 145 | 145 |
| 26 | Pekalongan | 226 | 226 | 362 |
| 27 | Pemalang | 392 | 392 | 356 |
| 28 | Tegal | 463 | 463 | 489 |
| 29 | Brebes | 215 | 215 | 483 |
| 30 | Kota Magelang | 506 | 506 | 460 |
| 31 | Kota Surakarta | 1570 | 1528 | 1814 |
| 32 | Kota Salatiga | 295 | 295 | 320 |
| 33 | Kota Semarang | 2819 | 2868 | 3281 |
| 34 | Kota Pekalongan | 288 | 288 | 288 |
| 35 | Kota Tegal | 462 | 462 | 462 |

Sumber: Jawa Tengah Dalam Angka Tahun 2005-2007

Lampiran D. Data Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi Menurut Kabupaten/
Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005

| No | Kabupaten/ kota | Lahir hidup | Lahir mati | Total lahir | Bayi mati | Bayi hidup |
|----|-----------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|
| 1 | Cilacap | 24735 | 210 | 24945 | 828 | 24117 |
| 2 | Banyumas | 26280 | 175 | 26455 | 266 | 26189 |
| 3 | Purbalingga | 14670 | 110 | 14780 | 109 | 14671 |
| 4 | Banjarnegara | 14978 | 195 | 15173 | 57 | 15116 |
| 5 | Kebumen | 24072 | 70 | 24142 | 96 | 24046 |
| 6 | Purworejo | 9824 | 104 | 9928 | 31 | 9897 |
| 7 | Wonosobo | 14614 | 162 | 14776 | 182 | 14594 |
| 8 | Magelang | 20779 | 193 | 20972 | 51 | 20921 |
| 9 | Bojolali | 15730 | 78 | 15808 | 36 | 15772 |
| 10 | Klaten | 16759 | 125 | 16884 | 221 | 16663 |
| 11 | Sukoharjo | 12664 | 13 | 12677 | 35 | 12642 |
| 12 | Wonogiri | 12899 | 33 | 12932 | 188 | 12744 |
| 13 | Karanganyar | 12669 | 45 | 12714 | 15 | 12699 |
| 14 | Sragen | 15037 | 83 | 15120 | 130 | 14990 |
| 15 | Grobogan | 20959 | 229 | 21188 | 212 | 20976 |
| 16 | Blora | 16289 | 95 | 16384 | 68 | 16316 |
| 17 | Rembang | 8620 | 121 | 8741 | 152 | 8589 |
| 18 | Pati | 17356 | 119 | 17475 | 129 | 17346 |
| 19 | Kudus | 14049 | 60 | 14109 | 54 | 14055 |
| 20 | Jepara | 23842 | 77 | 23919 | 110 | 23809 |
| 21 | Demak | 25827 | 70 | 25897 | 198 | 25699 |
| 22 | Semarang | 13114 | 86 | 13200 | 126 | 13074 |
| 23 | Temanggung | 10152 | 113 | 10265 | 15 | 10250 |
| 24 | Kendal | 14934 | 27 | 14961 | 129 | 14832 |
| 25 | Batang | 11281 | 142 | 11423 | 107 | 11316 |
| 26 | Pekalongan | 15942 | 78 | 16020 | 16 | 16004 |
| 27 | Pemalang | 23388 | 67 | 23455 | 63 | 23392 |
| 28 | Tegal | 27437 | 240 | 27677 | 94 | 27583 |
| 29 | Brebes | 36332 | 203 | 36535 | 192 | 36343 |
| 30 | Kota Magelang | 2168 | 8 | 2176 | 7 | 2169 |
| 31 | Kota Surakarta | 9704 | 25 | 9729 | 99 | 9630 |
| 32 | Kota Salatiga | 2956 | 20 | 2976 | 25 | 2951 |
| 33 | Kota Semarang | 22381 | 39 | 22420 | 97 | 22323 |
| 34 | Kota Pekalongan | 6215 | 41 | 6256 | 45 | 6211 |
| 35 | Kota Tegal | 4576 | 3 | 4579 | 16 | 4563 |

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005

Lampiran E. Data Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

| No | Kabupaten/ kota | Lahir hidup | Lahir mati | Total lahir | Bayi mati | Bayi hidup |
|----|-----------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|
| 1 | Cilacap | 23653 | 185 | 23838 | 247 | 23591 |
| 2 | Banyumas | 27047 | 113 | 27160 | 283 | 26877 |
| 3 | Purbalingga | 14361 | 60 | 14421 | 98 | 14323 |
| 4 | Banjarnegara | 13920 | 199 | 14119 | 179 | 13940 |
| 5 | Kebumen | 21781 | 65 | 21846 | 83 | 21763 |
| 6 | Purworejo | 10199 | 150 | 10349 | 94 | 10255 |
| 7 | Wonosobo | 13575 | 117 | 13692 | 200 | 13492 |
| 8 | Magelang | 20676 | 208 | 20884 | 128 | 20756 |
| 9 | Bojolali | 15246 | 119 | 15365 | 164 | 15201 |
| 10 | Klaten | 16912 | 82 | 16994 | 289 | 16705 |
| 11 | Sukoharjo | 11803 | 12 | 11815 | 100 | 11715 |
| 12 | Wonogiri | 13906 | 40 | 13946 | 49 | 13897 |
| 13 | Karanganyar | 13065 | 72 | 13137 | 25 | 13112 |
| 14 | Sragen | 15106 | 86 | 15192 | 143 | 15049 |
| 15 | Grobogan | 22016 | 252 | 22268 | 204 | 22064 |
| 16 | Blora | 12488 | 46 | 12534 | 139 | 12395 |
| 17 | Rembang | 9052 | 142 | 9194 | 178 | 9016 |
| 18 | Pati | 18576 | 110 | 18686 | 159 | 18527 |
| 19 | Kudus | 15301 | 52 | 15353 | 87 | 15266 |
| 20 | Jepara | 20165 | 103 | 20268 | 76 | 20192 |
| 21 | Demak | 24380 | 63 | 24443 | 39 | 24404 |
| 22 | Semarang | 13425 | 111 | 13536 | 111 | 13425 |
| 23 | Temanggung | 10498 | 109 | 10607 | 124 | 10483 |
| 24 | Kendal | 14660 | 33 | 14693 | 83 | 14610 |
| 25 | Batang | 11527 | 154 | 11681 | 170 | 11511 |
| 26 | Pekalongan | 15783 | 71 | 15854 | 77 | 15777 |
| 27 | Pemalang | 23809 | 131 | 23940 | 224 | 23716 |
| 28 | Tegal | 25880 | 208 | 26088 | 93 | 25995 |
| 29 | Brebes | 40004 | 205 | 40209 | 279 | 39930 |
| 30 | Kota Magelang | 2229 | 6 | 2235 | 4 | 2231 |
| 31 | Kota Surakarta | 10052 | 26 | 10078 | 67 | 10011 |
| 32 | Kota Salatiga | 3234 | 31 | 3265 | 31 | 3234 |
| 33 | Kota Semarang | 24498 | 53 | 24551 | 142 | 24409 |
| 34 | Kota Pekalongan | 6710 | 54 | 6764 | 41 | 6723 |
| 35 | Kota Tegal | 5136 | 2 | 5138 | 4 | 5134 |

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

Lampiran F. Data Jumlah Kelahiran dan Kematian Bayi Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

| No | Kabupaten/ kota | Lahir hidup | Lahir mati | Total lahir | Bayi mati | Bayi hidup |
|----|-----------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|
| 1 | Cilacap | 28403 | 253 | 28656 | 392 | 28264 |
| 2 | Banyumas | 27007 | 104 | 27111 | 270 | 26841 |
| 3 | Purbalingga | 14420 | 112 | 14532 | 186 | 14346 |
| 4 | Banjarnegara | 16097 | 151 | 16248 | 663 | 15585 |
| 5 | Kebumen | 23754 | 65 | 23819 | 100 | 23719 |
| 6 | Purworejo | 9556 | 124 | 9680 | 62 | 9618 |
| 7 | Wonosobo | 13685 | 142 | 13827 | 141 | 13686 |
| 8 | Magelang | 20727 | 165 | 20892 | 100 | 20792 |
| 9 | Bojolali | 14939 | 108 | 15047 | 217 | 14830 |
| 10 | Klaten | 17565 | 42 | 17607 | 253 | 17354 |
| 11 | Sukoharjo | 12796 | 17 | 12813 | 46 | 12767 |
| 12 | Wonogiri | 13657 | 15 | 13672 | 131 | 13541 |
| 13 | Karanganyar | 11659 | 71 | 11730 | 133 | 11597 |
| 14 | Sragen | 15427 | 82 | 15509 | 142 | 15367 |
| 15 | Grobogan | 22486 | 227 | 22713 | 329 | 22384 |
| 16 | Blora | 13740 | 90 | 13830 | 125 | 13705 |
| 17 | Rembang | 7512 | 127 | 7639 | 178 | 7461 |
| 18 | Pati | 18834 | 144 | 18978 | 392 | 18586 |
| 19 | Kudus | 15333 | 59 | 15392 | 173 | 15219 |
| 20 | Jepara | 15936 | 26 | 15962 | 244 | 15718 |
| 21 | Demak | 21434 | 82 | 21516 | 145 | 21371 |
| 22 | Semarang | 13981 | 144 | 14125 | 177 | 13948 |
| 23 | Temanggung | 9061 | 92 | 9153 | 115 | 9038 |
| 24 | Kendal | 14256 | 17 | 14273 | 83 | 14190 |
| 25 | Batang | 11572 | 154 | 11726 | 210 | 11516 |
| 26 | Pekalongan | 16382 | 36 | 16418 | 96 | 16322 |
| 27 | Pemalang | 23879 | 123 | 24002 | 170 | 23832 |
| 28 | Tegal | 26201 | 220 | 26421 | 78 | 26343 |
| 29 | Brebes | 37064 | 207 | 37271 | 169 | 37102 |
| 30 | Kota Magelang | 2229 | 5 | 2234 | 2 | 2232 |
| 31 | Kota Surakarta | 10237 | 6 | 10243 | 47 | 10196 |
| 32 | Kota Salatiga | 2716 | 18 | 2734 | 58 | 2676 |
| 33 | Kota Semarang | 24831 | 67 | 24898 | 208 | 24690 |
| 34 | Kota Pekalongan | 6495 | 24 | 6519 | 44 | 6475 |
| 35 | Kota Tegal | 4234 | 0 | 4234 | 10 | 4224 |

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

Lampiran G. Data Jumlah Kematian Ibu Maternal Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005

| No | Kabupaten/ kota | Ibu hamil | Ibu melahirkan tidak selamat | Ibu melahirkan selamat |
|----|--------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1 | Cilacap | 30587 | 27 | 30560 |
| 2 | Banyumas | 32003 | 32 | 31971 |
| 3 | Purbalingga | 18274 | 16 | 18258 |
| 4 | Banjarnegara | 17659 | 15 | 17644 |
| 5 | Kebumen | 25617 | 12 | 25605 |
| 6 | Purworejo | 11187 | 10 | 11177 |
| 7 | Wonosobo | 17389 | 19 | 17370 |
| 8 | Magelang | 23864 | 15 | 23849 |
| 9 | Boyolali | 17217 | 18 | 17199 |
| 10 | Klaten | 19263 | 10 | 19253 |
| 11 | Sukoharjo | 13770 | 6 | 13764 |
| 12 | Wonogiri | 15090 | 12 | 15078 |
| 13 | Karanganyar | 13818 | 12 | 13806 |
| 14 | Sragen | 18045 | 15 | 18030 |
| 15 | Grobogan | 24660 | 24 | 24636 |
| 16 | Blora | 17609 | 11 | 17598 |
| 17 | Rembang | 10081 | 15 | 10066 |
| 18 | Pati | 20448 | 16 | 20432 |
| 19 | Kudus | 16190 | 8 | 16182 |
| 20 | Jepara | 23936 | 17 | 23919 |
| 21 | Demak | 25888 | 9 | 25879 |
| 22 | Semarang | 18538 | 15 | 18523 |
| 23 | Temanggung | 12202 | 9 | 12193 |
| 24 | Kendal | 19113 | 8 | 19105 |
| 25 | Batang | 14166 | 14 | 14152 |
| 26 | Pekalongan | 17435 | 15 | 17420 |
| 27 | Pemalang | 26367 | 32 | 26335 |
| 28 | Tegal | 31790 | 32 | 31758 |
| 29 | Brebes | 44820 | 38 | 44782 |
| 30 | Kota Magelang | 2541 | 1 | 2540 |
| 31 | Kota Surakarta | 11101 | 4 | 11097 |
| 32 | Kota Salatiga | 3096 | 1 | 3095 |
| 33 | Kota Semarang | 27621 | 11 | 27610 |
| 34 | Kota Pekalongan | 7104 | 8 | 7096 |
| 35 | Kota Tegal | 6289 | 3 | 6286 |

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005

Lampiran H. Data Jumlah Kematian Ibu Maternal Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

| No | Kabupaten/ kota | Ibu hamil | Ibu melahirkan tidak selamat | Ibu melahirkan selamat |
|----|--------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1 | Cilacap | 29414 | 37 | 29377 |
| 2 | Banyumas | 30361 | 26 | 30335 |
| 3 | Purbalingga | 18274 | 7 | 18267 |
| 4 | Banjarnegara | 17020 | 16 | 17004 |
| 5 | Kebumen | 25683 | 18 | 25665 |
| 6 | Purworejo | 10588 | 13 | 10575 |
| 7 | Wonosobo | 16493 | 16 | 16477 |
| 8 | Magelang | 23391 | 13 | 23378 |
| 9 | Boyolali | 16830 | 10 | 16820 |
| 10 | Klaten | 18487 | 8 | 18479 |
| 11 | Sukoharjo | 14476 | 12 | 14464 |
| 12 | Wonogiri | 14960 | 20 | 14940 |
| 13 | Karanganyar | 14096 | 10 | 14086 |
| 14 | Sragen | 17932 | 13 | 17919 |
| 15 | Grobogan | 25160 | 31 | 25129 |
| 16 | Blora | 16186 | 11 | 16175 |
| 17 | Rembang | 9958 | 8 | 9950 |
| 18 | Pati | 19773 | 18 | 19755 |
| 19 | Kudus | 16747 | 13 | 16734 |
| 20 | Jepara | 23766 | 12 | 23754 |
| 21 | Demak | 26091 | 21 | 26070 |
| 22 | Semarang | 16389 | 17 | 16372 |
| 23 | Temanggung | 12221 | 6 | 12215 |
| 24 | Kendal | 17713 | 12 | 17701 |
| 25 | Batang | 13247 | 18 | 13229 |
| 26 | Pekalongan | 16747 | 24 | 16723 |
| 27 | Pemalang | 26998 | 38 | 26960 |
| 28 | Tegal | 30666 | 31 | 30635 |
| 29 | Brebes | 47536 | 55 | 47481 |
| 30 | Kota Magelang | 2635 | 2 | 2633 |
| 31 | Kota Surakarta | 11485 | 5 | 11480 |
| 32 | Kota Salatiga | 3234 | 2 | 3232 |
| 33 | Kota Semarang | 25061 | 15 | 25046 |
| 34 | Kota Pekalongan | 7262 | 8 | 7254 |
| 35 | Kota Tegal | 6372 | 3 | 6369 |

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

Lampiran I. Data Jumlah Kematian Ibu Maternal Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

| No | Kabupaten/ kota | Ibu hamil | Ibu melahirkan tidak selamat | Ibu melahirkan selamat |
|----|--------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1 | Cilacap | 28241 | 44 | 28197 |
| 2 | Banyumas | 28719 | 41 | 28678 |
| 3 | Purbalingga | 18274 | 16 | 18258 |
| 4 | Banjarnegara | 16381 | 16 | 16365 |
| 5 | Kebumen | 25749 | 11 | 25738 |
| 6 | Purworejo | 9989 | 21 | 9968 |
| 7 | Wonosobo | 15597 | 22 | 15575 |
| 8 | Magelang | 22918 | 12 | 22906 |
| 9 | Boyolali | 16443 | 14 | 16429 |
| 10 | Klaten | 17711 | 23 | 17688 |
| 11 | Sukoharjo | 15182 | 12 | 15170 |
| 12 | Wonogiri | 14830 | 17 | 14813 |
| 13 | Karanganyar | 14374 | 6 | 14368 |
| 14 | Sragen | 17819 | 18 | 17801 |
| 15 | Grobogan | 25660 | 33 | 25627 |
| 16 | Blora | 14763 | 19 | 14744 |
| 17 | Rembang | 9835 | 15 | 9820 |
| 18 | Pati | 19098 | 23 | 19075 |
| 19 | Kudus | 17304 | 20 | 17284 |
| 20 | Jepara | 23596 | 13 | 23583 |
| 21 | Demak | 26294 | 18 | 26276 |
| 22 | Semarang | 14240 | 23 | 14217 |
| 23 | Temanggung | 12240 | 12 | 12228 |
| 24 | Kendal | 16313 | 5 | 16308 |
| 25 | Batang | 12328 | 14 | 12314 |
| 26 | Pekalongan | 16059 | 29 | 16030 |
| 27 | Pemalang | 27629 | 37 | 27592 |
| 28 | Tegal | 29542 | 31 | 29511 |
| 29 | Brebes | 50252 | 45 | 50207 |
| 30 | Kota Magelang | 2729 | 0 | 2729 |
| 31 | Kota Surakarta | 11869 | 5 | 11864 |
| 32 | Kota Salatiga | 3372 | 0 | 3372 |
| 33 | Kota Semarang | 22501 | 20 | 22481 |
| 34 | Kota Pekalongan | 7420 | 7 | 7413 |
| 35 | Kota Tegal | 6455 | 8 | 6447 |

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007

Lampiran J. Data Angka Harapan Hidup Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/kota | AHH | | | |
|----|-----------------|-------|-------|-------|-----------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 | Rata-rata |
| 1 | Cilacap | 69.6 | 69.65 | 69.9 | 69.72 |
| 2 | Banyumas | 69.5 | 69.55 | 69.55 | 69.53 |
| 3 | Purbalingga | 68.6 | 69.25 | 69.45 | 69.10 |
| 4 | Banjarnegara | 68.3 | 68.4 | 68.55 | 68.42 |
| 5 | Kebumen | 68.8 | 69.15 | 69.15 | 69.03 |
| 6 | Purworejo | 69 | 69.55 | 69.75 | 69.43 |
| 7 | Wonosobo | 69 | 69.05 | 69.25 | 69.10 |
| 8 | Magelang | 69.8 | 69.95 | 69.95 | 69.90 |
| 9 | Boyolali | 70.3 | 70.3 | 70.15 | 70.25 |
| 10 | Klaten | 70.8 | 70.85 | 71 | 70.88 |
| 11 | Sukoharjo | 69.8 | 70.05 | 70.1 | 69.98 |
| 12 | Wonogiri | 72 | 72.05 | 72.1 | 72.05 |
| 13 | Karanganyar | 71.9 | 71.95 | 72 | 71.95 |
| 14 | Sragen | 71.8 | 71.85 | 72 | 71.88 |
| 15 | Grobogan | 69.3 | 69.3 | 69.25 | 69.28 |
| 16 | Blora | 71 | 71.05 | 71.05 | 71.03 |
| 17 | Rembang | 69.2 | 69.75 | 69.8 | 69.58 |
| 18 | Pati | 72.7 | 72.7 | 72.7 | 72.70 |
| 19 | Kudus | 69.3 | 69.45 | 69.45 | 69.40 |
| 20 | Jepara | 70.3 | 70.35 | 70.45 | 70.37 |
| 21 | Demak | 69.6 | 70.05 | 70.35 | 70.00 |
| 22 | Semarang | 72.2 | 72.25 | 72.25 | 72.23 |
| 23 | Temanggung | 72.3 | 72.3 | 72.2 | 72.27 |
| 24 | Kendal | 66.85 | 67.15 | 67.45 | 67.15 |
| 25 | Batang | 69.2 | 69.25 | 69.45 | 69.30 |
| 26 | Pekalongan | 67.85 | 67.9 | 68.15 | 67.97 |
| 27 | Pemalang | 66.5 | 66.85 | 67.05 | 66.80 |
| 28 | Tegal | 67.55 | 67.65 | 67.95 | 67.72 |
| 29 | Brebes | 66.4 | 66.55 | 66.8 | 66.58 |
| 30 | Kota Magelang | 69.8 | 70.05 | 70.05 | 69.97 |
| 31 | Kota Surakarta | 71.8 | 71.85 | 71.9 | 71.85 |
| 32 | Kota Salatiga | 70.4 | 70.65 | 70.7 | 70.58 |
| 33 | Kota Semarang | 71.9 | 71.95 | 71.95 | 71.93 |
| 34 | Kota Pekalongan | 69.2 | 69.75 | 69.85 | 69.60 |
| 35 | Kota Tegal | 68.05 | 68.05 | 68.2 | 68.10 |

Sumber: Bank Data Kementerian Pemberdayaan Perempuan Tahun 2005-2007

Lampiran K. Data Jumlah Populasi Penduduk Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ Kota | Populasi Penduduk | | |
|----|-----------------|-------------------|---------|---------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 1654971 | 1674210 | 1621664 |
| 2 | Banyumas | 1514105 | 1531737 | 1490665 |
| 3 | Purbalingga | 854924 | 863478 | 816720 |
| 4 | Banjarnegara | 891964 | 903919 | 559668 |
| 5 | Kebumen | 1200724 | 1208486 | 1203230 |
| 6 | Purworejo | 709878 | 712003 | 717439 |
| 7 | Wonosobo | 769138 | 779919 | 752136 |
| 8 | Magelang | 1154862 | 1169638 | 1153234 |
| 9 | Boyolali | 931950 | 941624 | 928164 |
| 10 | Klaten | 1127747 | 1139218 | 1126165 |
| 11 | Sukoharjo | 820685 | 838149 | 813657 |
| 12 | Wonogiri | 1007435 | 1010456 | 978808 |
| 13 | Karanganyar | 820432 | 834265 | 799595 |
| 14 | Sragen | 863046 | 868036 | 856296 |
| 15 | Grobogan | 1314280 | 1334380 | 1318286 |
| 16 | Blora | 832723 | 840729 | 829745 |
| 17 | Rembang | 582111 | 588320 | 570870 |
| 18 | Pati | 1197856 | 1213664 | 1165159 |
| 19 | Kudus | 745584 | 759267 | 764563 |
| 20 | Jepara | 1053116 | 1077586 | 1058064 |
| 21 | Demak | 1044978 | 1071487 | 1017884 |
| 22 | Semarang | 855500 | 894018 | 890898 |
| 23 | Temanggung | 704820 | 717486 | 694949 |
| 24 | Kendal | 887091 | 897560 | 925620 |
| 25 | Batang | 701277 | 712542 | 676152 |
| 26 | Pekalongan | 842122 | 858650 | 837906 |
| 27 | Pemalang | 1339112 | 1371943 | 1344597 |
| 28 | Tegal | 1446284 | 1471043 | 1406796 |
| 29 | Brebes | 1784094 | 1814274 | 1765564 |
| 30 | Kota Magelang | 123576 | 130732 | 125952 |
| 31 | Kota Surakarta | 505153 | 534540 | 512898 |
| 32 | Kota Salatiga | 164979 | 175967 | 171248 |
| 33 | Kota Semarang | 1406233 | 1435800 | 1468292 |
| 34 | Kota Pekalongan | 273633 | 284112 | 271808 |
| 35 | Kota Tegal | 240784 | 249612 | 239038 |

Sumber: Jawa Tengah Dalam Angka Tahun 2005-2007

Lampiran L. Data Rasio Jumlah Dokter di Rumah Sakit Pemerintah per 100000 penduduk Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ kota | Rasio Dokter per 100.000 penduduk | | |
|----|-----------------|-----------------------------------|------|------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 3.9 | 2.4 | 2.8 |
| 2 | Banyumas | 4.7 | 4.9 | 5.0 |
| 3 | Purbalingga | 4.1 | 4.2 | 4.2 |
| 4 | Banjarnegara | 5.0 | 6.6 | 9.6 |
| 5 | Kebumen | 4.0 | 4.1 | 3.4 |
| 6 | Purworejo | 6.9 | 7.0 | 6.3 |
| 7 | Wonosobo | 3.0 | 3.3 | 3.3 |
| 8 | Magelang | 5.7 | 5.4 | 3.8 |
| 9 | Boyolali | 5.6 | 5.3 | 5.2 |
| 10 | Klaten | 4.4 | 5.2 | 5.6 |
| 11 | Sukoharjo | 7.4 | 6.8 | 7.4 |
| 12 | Wonogiri | 4.1 | 6.6 | 6.8 |
| 13 | Karanganyar | 6.5 | 8.2 | 8.0 |
| 14 | Sragen | 8.5 | 8.5 | 7.0 |
| 15 | Grobogan | 3.7 | 4.0 | 4.5 |
| 16 | Blora | 1.7 | 3.1 | 3.3 |
| 17 | Rembang | 4.8 | 5.8 | 6.0 |
| 18 | Pati | 2.8 | 5.4 | 4.6 |
| 19 | Kudus | 3.4 | 5.7 | 5.9 |
| 20 | Jepara | 4.7 | 5.7 | 5.4 |
| 21 | Demak | 2.8 | 4.9 | 4.1 |
| 22 | Semarang | 7.9 | 8.9 | 7.9 |
| 23 | Temanggung | 4.7 | 4.9 | 4.7 |
| 24 | Kendal | 6.7 | 5.7 | 6.8 |
| 25 | Batang | 5.7 | 6.2 | 6.5 |
| 26 | Pekalongan | 5.7 | 5.6 | 4.3 |
| 27 | Pemalang | 4.2 | 4.0 | 4.0 |
| 28 | Tegal | 4.1 | 3.9 | 4.1 |
| 29 | Brebes | 3.8 | 3.6 | 3.9 |
| 30 | Kota Magelang | 11.3 | 11.5 | 11.9 |
| 31 | Kota Surakarta | 4.0 | 8.6 | 6.8 |
| 32 | Kota Salatiga | 12.7 | 5.7 | 8.8 |
| 33 | Kota Semarang | 4.4 | 6.2 | 7.2 |
| 34 | Kota Pekalongan | 5.1 | 6.7 | 7.0 |
| 35 | Kota Tegal | 6.2 | 6.4 | 7.1 |

Sumber: Lampiran B, diolah

Lampiran M. Data Rasio Tempat Tidur di Rumah Sakit Pemerintah per 100000 penduduk Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ Kota | Jumlah tempat tidur tersedia | | |
|----|-----------------|------------------------------|--------|--------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 29.31 | 28.97 | 29.35 |
| 2 | Banyumas | 75.23 | 77.62 | 68.49 |
| 3 | Purbalingga | 38.72 | 38.33 | 38.20 |
| 4 | Banjarnegara | 32.06 | 31.64 | 59.14 |
| 5 | Kebumen | 35.31 | 35.09 | 40.31 |
| 6 | Purworejo | 48.88 | 48.74 | 53.80 |
| 7 | Wonosobo | 26.52 | 26.16 | 36.16 |
| 8 | Magelang | 12.30 | 12.14 | 12.40 |
| 9 | Boyolali | 36.48 | 36.11 | 54.52 |
| 10 | Klaten | 50.45 | 49.77 | 50.53 |
| 11 | Sukoharjo | 74.94 | 73.38 | 63.05 |
| 12 | Wonogiri | 31.66 | 31.57 | 29.53 |
| 13 | Karanganyar | 38.64 | 38.00 | 46.52 |
| 14 | Sragen | 41.48 | 41.24 | 51.38 |
| 15 | Grobogan | 30.43 | 29.98 | 55.15 |
| 16 | Blora | 40.23 | 39.85 | 44.95 |
| 17 | Rembang | 25.77 | 25.50 | 26.28 |
| 18 | Pati | 44.41 | 43.83 | 56.64 |
| 19 | Kudus | 98.18 | 96.41 | 114.97 |
| 20 | Jepara | 33.04 | 32.29 | 33.93 |
| 21 | Demak | 17.32 | 16.89 | 22.50 |
| 22 | Semarang | 40.21 | 38.48 | 48.71 |
| 23 | Temanggung | 72.78 | 71.50 | 73.82 |
| 24 | Kendal | 14.32 | 14.15 | 25.93 |
| 25 | Batang | 20.68 | 20.35 | 21.44 |
| 26 | Pekalongan | 26.84 | 26.32 | 43.20 |
| 27 | Pemalang | 29.27 | 28.57 | 26.48 |
| 28 | Tegal | 32.01 | 31.47 | 34.76 |
| 29 | Brebes | 12.05 | 11.85 | 27.36 |
| 30 | Kota Magelang | 409.46 | 387.05 | 365.22 |
| 31 | Kota Surakarta | 310.80 | 285.85 | 353.68 |
| 32 | Kota Salatiga | 178.81 | 167.65 | 186.86 |
| 33 | Kota Semarang | 200.46 | 199.75 | 223.46 |
| 34 | Kota Pekalongan | 105.25 | 101.37 | 105.96 |
| 35 | Kota Tegal | 191.87 | 185.09 | 193.27 |

Sumber: Lampiran C, diolah

Lampiran N. Data Angka Kematian Bayi Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/kota | AKB | | | |
|----|-----------------|-------|-------|-------|-----------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 | Rata-rata |
| 1 | Cilacap | 33.47 | 10.44 | 13.80 | 19.24 |
| 2 | Banyumas | 10.12 | 10.46 | 10.00 | 10.19 |
| 3 | Purbalingga | 7.43 | 6.82 | 12.90 | 9.05 |
| 4 | Banjarnegara | 3.81 | 12.86 | 41.19 | 19.28 |
| 5 | Kebumen | 3.99 | 3.81 | 4.21 | 4.00 |
| 6 | Purworejo | 3.16 | 9.22 | 6.49 | 6.29 |
| 7 | Wonosobo | 12.45 | 14.73 | 10.30 | 12.50 |
| 8 | Magelang | 2.45 | 6.19 | 4.82 | 4.49 |
| 9 | Boyolali | 2.29 | 10.76 | 14.53 | 9.19 |
| 10 | Klaten | 13.19 | 17.09 | 14.40 | 14.89 |
| 11 | Sukoharjo | 2.76 | 8.47 | 3.59 | 4.94 |
| 12 | Wonogiri | 14.57 | 3.52 | 9.59 | 9.23 |
| 13 | Karanganyar | 1.18 | 1.91 | 11.41 | 4.83 |
| 14 | Sragen | 8.65 | 9.47 | 9.20 | 9.11 |
| 15 | Grobogan | 10.11 | 9.27 | 14.63 | 11.34 |
| 16 | Blora | 4.17 | 11.13 | 9.10 | 8.13 |
| 17 | Rembang | 17.63 | 19.66 | 23.70 | 20.33 |
| 18 | Pati | 7.43 | 8.56 | 20.81 | 12.27 |
| 19 | Kudus | 3.84 | 5.69 | 11.28 | 6.94 |
| 20 | Jepara | 4.61 | 3.77 | 15.31 | 7.90 |
| 21 | Demak | 7.67 | 1.60 | 6.76 | 5.34 |
| 22 | Semarang | 9.61 | 8.27 | 12.66 | 10.18 |
| 23 | Temanggung | 1.48 | 11.81 | 12.69 | 8.66 |
| 24 | Kendal | 8.64 | 5.66 | 5.82 | 6.71 |
| 25 | Batang | 9.48 | 14.75 | 18.15 | 14.13 |
| 26 | Pekalongan | 1.00 | 4.88 | 5.86 | 3.91 |
| 27 | Pemalang | 2.69 | 9.41 | 7.12 | 6.41 |
| 28 | Tegal | 3.43 | 3.59 | 2.98 | 3.33 |
| 29 | Brebes | 5.28 | 6.97 | 4.56 | 5.61 |
| 30 | Kota Magelang | 3.23 | 1.79 | 0.90 | 1.97 |
| 31 | Kota Surakarta | 10.20 | 6.67 | 4.59 | 7.15 |
| 32 | Kota Salatiga | 8.46 | 9.59 | 21.35 | 13.13 |
| 33 | Kota Semarang | 4.33 | 5.80 | 8.38 | 6.17 |
| 34 | Kota Pekalongan | 7.24 | 6.11 | 6.77 | 6.71 |
| 35 | Kota Tegal | 3.50 | 0.78 | 2.36 | 2.21 |

Sumber: Lampiran D, E, F, diolah

Lampiran O. Data Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/kota | AKI | | | |
|----|-----------------|--------|--------|--------|-----------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 | Rata-rata |
| 1 | Cilacap | 109.16 | 156.43 | 154.91 | 140.17 |
| 2 | Banyumas | 121.77 | 96.13 | 151.81 | 123.24 |
| 3 | Purbalingga | 109.07 | 48.74 | 110.96 | 89.59 |
| 4 | Banjarnegara | 100.15 | 114.94 | 99.40 | 104.83 |
| 5 | Kebumen | 49.85 | 82.64 | 46.31 | 59.60 |
| 6 | Purworejo | 101.79 | 127.46 | 219.76 | 149.67 |
| 7 | Wonosobo | 130.01 | 117.86 | 160.76 | 136.21 |
| 8 | Magelang | 72.19 | 62.87 | 57.90 | 64.32 |
| 9 | Boyolali | 114.43 | 65.59 | 93.71 | 91.25 |
| 10 | Klaten | 59.67 | 47.30 | 130.94 | 79.31 |
| 11 | Sukoharjo | 47.38 | 101.67 | 93.78 | 80.94 |
| 12 | Wonogiri | 93.03 | 143.82 | 124.48 | 120.44 |
| 13 | Karanganyar | 94.72 | 76.54 | 51.46 | 74.24 |
| 14 | Sragen | 99.75 | 86.06 | 116.68 | 100.83 |
| 15 | Grobogan | 114.51 | 140.81 | 146.76 | 134.02 |
| 16 | Blora | 67.53 | 88.08 | 138.28 | 97.97 |
| 17 | Rembang | 174.01 | 88.38 | 199.68 | 154.02 |
| 18 | Pati | 92.19 | 96.90 | 122.12 | 103.74 |
| 19 | Kudus | 56.94 | 84.96 | 130.44 | 90.78 |
| 20 | Jepara | 71.30 | 59.51 | 81.58 | 70.80 |
| 21 | Demak | 34.85 | 86.14 | 83.98 | 68.32 |
| 22 | Semarang | 114.38 | 126.63 | 164.51 | 135.17 |
| 23 | Temanggung | 88.65 | 57.15 | 132.44 | 92.75 |
| 24 | Kendal | 53.57 | 81.86 | 35.07 | 56.83 |
| 25 | Batang | 124.10 | 156.16 | 121.00 | 133.75 |
| 26 | Pekalongan | 94.09 | 152.06 | 177.02 | 141.06 |
| 27 | Pemalang | 136.82 | 159.60 | 154.95 | 150.46 |
| 28 | Tegal | 116.63 | 119.78 | 118.32 | 118.24 |
| 29 | Brebes | 104.59 | 137.49 | 121.41 | 121.16 |
| 30 | Kota Magelang | 46.13 | 89.73 | 0.00 | 45.28 |
| 31 | Kota Surakarta | 41.22 | 49.74 | 48.84 | 46.60 |
| 32 | Kota Salatiga | 33.83 | 61.84 | 0.00 | 31.89 |
| 33 | Kota Semarang | 49.15 | 61.23 | 80.54 | 63.64 |
| 34 | Kota Pekalongan | 128.72 | 119.23 | 107.78 | 118.57 |
| 35 | Kota Tegal | 65.56 | 58.41 | 188.95 | 104.31 |

Sumber: Lampiran G, H, I, diolah

Lampiran P. Data Angka Bayi Hidup (ABH) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ kota | ABH | | |
|----|-----------------|--------|--------|--------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 966.81 | 989.64 | 986.32 |
| 2 | Banyumas | 989.95 | 989.58 | 990.04 |
| 3 | Purbalingga | 992.63 | 993.20 | 987.20 |
| 4 | Banjarnegara | 996.24 | 987.32 | 959.19 |
| 5 | Kebumen | 996.02 | 996.20 | 995.80 |
| 6 | Purworejo | 996.88 | 990.92 | 993.60 |
| 7 | Wonosobo | 987.68 | 985.39 | 989.80 |
| 8 | Magelang | 997.57 | 993.87 | 995.21 |
| 9 | Boyolali | 997.72 | 989.33 | 985.58 |
| 10 | Klaten | 986.91 | 982.99 | 985.63 |
| 11 | Sukoharjo | 997.24 | 991.54 | 996.41 |
| 12 | Wonogiri | 985.46 | 996.49 | 990.42 |
| 13 | Karanganyar | 998.82 | 998.10 | 988.66 |
| 14 | Sragen | 991.40 | 990.59 | 990.84 |
| 15 | Grobogan | 989.99 | 990.84 | 985.51 |
| 16 | Blora | 995.85 | 988.91 | 990.96 |
| 17 | Rembang | 982.61 | 980.64 | 976.70 |
| 18 | Pati | 992.62 | 991.49 | 979.34 |
| 19 | Kudus | 996.17 | 994.33 | 988.76 |
| 20 | Jepara | 995.40 | 996.25 | 984.71 |
| 21 | Demak | 992.35 | 998.40 | 993.26 |
| 22 | Semarang | 990.45 | 991.80 | 987.47 |
| 23 | Temanggung | 998.54 | 988.31 | 987.44 |
| 24 | Kendal | 991.38 | 994.35 | 994.18 |
| 25 | Batang | 990.63 | 985.45 | 982.09 |
| 26 | Pekalongan | 999.00 | 995.14 | 994.15 |
| 27 | Pemalang | 997.31 | 990.64 | 992.92 |
| 28 | Tegal | 996.60 | 996.44 | 997.05 |
| 29 | Brebes | 994.74 | 993.06 | 995.47 |
| 30 | Kota Magelang | 996.78 | 998.21 | 999.10 |
| 31 | Kota Surakarta | 989.82 | 993.35 | 995.41 |
| 32 | Kota Salatiga | 991.60 | 990.51 | 978.79 |
| 33 | Kota Semarang | 995.67 | 994.22 | 991.65 |
| 34 | Kota Pekalongan | 992.81 | 993.94 | 993.25 |
| 35 | Kota Tegal | 996.51 | 999.22 | 997.64 |

Sumber: Lampiran D, E, F, diolah

Lampiran Q. Data Angka Ibu Melahirkan Selamat (AIMS) Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005-2007

| No | Kabupaten/ kota | AIMS | | |
|----|-----------------|---------|---------|---------|
| | | 2005 | 2006 | 2007 |
| 1 | Cilacap | 1235.50 | 1242.00 | 992.75 |
| 2 | Banyumas | 1216.55 | 1121.57 | 1061.87 |
| 3 | Purbalingga | 1244.58 | 1271.99 | 1266.16 |
| 4 | Banjarnegara | 1177.99 | 1221.55 | 1016.65 |
| 5 | Kebumen | 1063.68 | 1178.32 | 1083.52 |
| 6 | Purworejo | 1137.72 | 1036.87 | 1043.11 |
| 7 | Wonosobo | 1188.59 | 1213.78 | 1138.11 |
| 8 | Magelang | 1147.75 | 1130.68 | 1105.13 |
| 9 | Boyolali | 1093.39 | 1103.24 | 1099.74 |
| 10 | Klaten | 1148.82 | 1092.66 | 1007.00 |
| 11 | Sukoharjo | 1086.86 | 1225.45 | 1185.53 |
| 12 | Wonogiri | 1168.93 | 1074.36 | 1084.65 |
| 13 | Karanganyar | 1089.75 | 1078.15 | 1232.35 |
| 14 | Sragen | 1199.04 | 1186.22 | 1153.89 |
| 15 | Grobogan | 1175.44 | 1141.40 | 1139.69 |
| 16 | Blora | 1080.36 | 1295.24 | 1073.07 |
| 17 | Rembang | 1167.75 | 1099.20 | 1307.24 |
| 18 | Pati | 1177.23 | 1063.47 | 1012.80 |
| 19 | Kudus | 1151.83 | 1093.65 | 1127.24 |
| 20 | Jepara | 1003.23 | 1177.98 | 1479.86 |
| 21 | Demak | 1002.01 | 1069.32 | 1225.90 |
| 22 | Semarang | 1412.46 | 1219.52 | 1016.88 |
| 23 | Temanggung | 1201.04 | 1163.55 | 1349.52 |
| 24 | Kendal | 1279.30 | 1207.44 | 1143.94 |
| 25 | Batang | 1254.50 | 1147.65 | 1064.30 |
| 26 | Pekalongan | 1092.71 | 1059.56 | 978.51 |
| 27 | Pemalang | 1126.00 | 1132.34 | 1155.49 |
| 28 | Tegal | 1157.49 | 1183.73 | 1126.33 |
| 29 | Brebes | 1232.58 | 1186.91 | 1354.60 |
| 30 | Kota Magelang | 1171.59 | 1181.25 | 1224.32 |
| 31 | Kota Surakarta | 1143.55 | 1142.06 | 1158.93 |
| 32 | Kota Salatiga | 1047.02 | 999.38 | 1241.53 |
| 33 | Kota Semarang | 1233.64 | 1022.37 | 905.36 |
| 34 | Kota Pekalongan | 1141.75 | 1081.07 | 1141.34 |
| 35 | Kota Tegal | 1373.69 | 1240.07 | 1522.67 |

Sumber: Lampiran G, H, I, diolah