

**ANALISIS PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL
TERHADAP ANGKA KEMATIAN BAYI DAN ANGKA
MELANJUTKAN SMP/MTs PERIODE 2007-2009**

(STUDI KASUS: Jawa Tengah)



SKRIPSI

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

Disusun oleh :

DINA AGUSTINA

NIM. C2B007014

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2011

PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Penyusun : Dina Agustina
Nomor Induk Mahasiswa : C2B007014
Fakultas/ Jurusan : Ekonomi/ IESP
Judul Skripsi : **ANALISIS PENGARUH DESENTRALISASI
FISKAL TERHADAP ANGKA KEMATIAN BAYI
(AKB) DAN ANGKA MELANJUTKAN (AM)
SMP/MTs
(Studi Kasus : Jawa Tengah)**
Dosen Pembimbing : Johanna M. Kodoatie, SE., M.Ec., Ph.D

Semarang, 3 Oktober 2011

Dosen Pembimbing,

(Johanna M. Kodoatie, SE., M.Ec., Ph.D)

NIP. 196406121990012001

PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN

Nama Penyusun : Dina Agustina
Nomor Induk Mahasiswa : C2B007014
Fakultas/ Jurusan : Ekonomi/ IESP
Judul Skripsi : **ANALISIS PENGARUH DESENTRALISASI
FISKAL TERHADAP ANGKA KEMATIAN BAYI
(AKB) DAN ANGKA MELANJUTKAN (AM)
SMP/MTs
(Studi Kasus : Jawa Tengah)**

Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 29 September 2011.

Tim Penguji

1. Johanna M. Kodoatie, SE., MEc., Ph.D (.....)
2. Dra. Herniwati RH, MS (.....)
3. Nenek Woyanti, SE, MSi (.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Dina Agustina , menyatakan bahwa skripsi dengan judul : **ANALISIS PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL TERADAP ANGKA KEMATIAN BAYI DAN ANGKA MELANJUTKAN (AM) SMP/MTs (Studi Kasus : Jawa Tengah 2007-2009)** 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, 3 Oktober 2011

Yang membuat pernyataan,

(Dina Agustina)

NIM : C2B 007 014

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Yakinlah ALLAH SWT tidak akan memberikan cobaan yang melebihi batas kemampuanmu.

Sesungguhnya orang yang paling mulia diantara kamu di sisi Allah SWT adalah orang yang paling bertaqwa diantara kamu. Sesungguhnya Allah SWT maha mengetahui lagi maha mengenal
QS. Al-Hujarat :13

Skripsi ini dipersembahkan untuk Mama dan Papa, serta keluarga besar Ahmad Djauhari di Bandar Lampung. Atas cinta, kasih sayang, yang tiada henti mengalir bagi penulis serta ilmu yang telah penulis dapat dari keluarga besar tercinta yang tidak akan pernah penulis dapatkan selain di keluarga .

ABSTRACT

Decentralization theory argue that the implementation of fiscal decentralization could improving level efficiency of public provision of goods and services. The aim of this study is to examine empirically the effect of fiscal decentralization on infant mortality rate (IMR) and the transition rate (AM) SMP / MTs. Infant mortality is measured as the ratio of the number of infant deaths per 1000 live births. While the transition rate SMP / MTs is expressed as a ratio students who have completed primary education at school level and continue on the level of secondary school. In addition to measuring the impact of fiscal decentralization on the IMR and AM-SMP/MTs, this study also aims to examine indicators of fiscal decentralization in terms of revenue and expenditure side. It aims to find indicators of fiscal decentralization that could describe the degree of decentralization in Central Java.

In this study the type of data used is panel data. Panel data in this study covers 35 districts / cities in Central Java province, in the period 2007 to 2009. Panel data analysis methods in the current study using a random effects model approach (REM) and path analysis. REM used to see the effect each independent variable influence on the dependent variable. and path analysis used to see the direct and indirect effects of each independent variable on the dependent variable

Based on the results of this study found that indicators of fiscal desentralsiasi appropriate in describing the degree of fiscal decentralization at counties / cities in Central Java province is an indicator of fiscal decentralization is measured in terms of revenue. Indicators of fiscal decentralization on the revenue side is the ratio of local revenue (PAD) to total revenue (TPD). Based indicator fiscal decentralization can be concluded that the implementation of fiscal decentralization had a positive impact to AM-SMP/MTs and IMR. The results of This research can be concluded that if the degree of fiscal decentralization increased by one percent then it will increase AM-SMP/MTs as much as 0.13 percent, and reduce the IMR as much as 0.517 percent.

Keyword : Fiscal decentralization, panel data, Infant mortality (IMR), transition rate (AM-SMP/MTs), Random effect, path analysis,

ABSTRAK

Teori desentralisasi menyatakan bahwa pelaksanaan desentralisasi fiskal mampu meningkatkan efisiensi dari penyediaan barang dan jasa publik. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk menguji secara empiris pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi (AKB) dan angka melanjutkan (AM) SMP/MTs. Angka kematian bayi diukur sebagai rasio jumlah kematian bayi setiap 1000 kelahiran hidup. Sedangkan angka melanjutkan SMP/MTs dinyatakan sebagai rasio siswa yang telah menyelesaikan pendidikan pada jenjang sekolah dasar dan melanjutkan pada jenjang sekolah menengah pertama/ Madrasah Tsanawiyah. Selain mengukur pengaruh dari pelaksanaan desentralisasi fiskal terhadap AKB dan AM-SMP/MTs, penelitian ini juga bertujuan untuk menguji indikator desentralisasi fiskal dari sisi penerimaan dan sisi pengeluaran. Hal ini bertujuan untuk menemukan indikator desentralisasi fiskal yang dapat menggambarkan derajat desentralisasi pada Jawa Tengah.

Dalam penelitian ini jenis data yang digunakan adalah data panel. Data panel pada penelitian ini mencakup 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah, dalam periode 2007 sampai dengan 2009. Metode analisis data panel dalam penelitian kali ini menggunakan pendekatan random effect model (REM) dan path analysis. REM digunakan untuk melihat pengaruh masing-masing pengaruh variabel independen terhadap variabel dependennya. Sedangkan path analysis digunakan untuk melihat pengaruh langsung dan tidak langsung dari masing-masing variabel independen terhadap variabel dependennya.

Berdasarkan hasil dari penelitian ini ditemukan bahwa indikator desentralisasi fiskal yang tepat dalam menggambarkan derajat desentralisasi fiskal pada kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah adalah indikator desentralisasi fiskal yang diukur dari sisi pendapatan. Indikator desentralisasi fiskal pada sisi pendapatan ini merupakan rasio pendapatan asli daerah (PAD) terhadap total pendapatan daerah (TPD). Berdasarkan indikator desentralisasi fiskal ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan desentralisasi fiskal membawa dampak positif bagi AKB dan AM-SMP/MTs. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa apabila derajat desentralisasi fiskal meningkat sebesar satu persen maka akan meningkatkan AM-SMP/MTs sebanyak 0,13 persen, dan menurunkan AKB sebanyak 0,517 persen.

Kata kunci : Desentralisasi fiskal, Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Melanjutkan (AM) SMP/MTs, data panel, efek acak, analisis jalur.

KATA PENGANTAR

Bismilahirrahmanirrahim

Segala puji syukur panjatkan ke Hadirat Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Penyayang, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul "Analisis Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Melanjutkan (AM) SMP/MTs (Studi Kasus : Jawa Tengah)" Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terlaksana dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, petunjuk dan saran dari semua pihak. Untuk itu, Pada kesempatan yang baik ini penulis dengan segala kerendahan hati ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu, khususnya kepada :

1. Alla
h SWT, atas segala limpahan rahmat, taufiq, hidayah serta inayahnya yang telah memberikan kekuatan dan kesabaran kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Bapa
k Prof. Drs. H.Muhamad Nasir, M.Si, Akt,Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro Semarang.
3. Ibu
Johanna Maria Kodoatie, SE, MEc, Ph.D selaku dosen pembimbing. Terimakasih atas waktu yang telah diluangkan untuk membimbing penulis, kesempatan

bagi penulis dalam mengembangkan diri, serta kebijaksanaannya selama proses penelitian ini.

4. Ibu
Dra. Tri Wahyu Rejekiningsih, MSi, selaku dosen wali terimakasih atas bimbingan dan dukungannya selama ini.

5. Sege
nap dosen-dosen, staf, dan karyawan Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro atas bantuan dan kemurahan hatinya, dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

6. Kelu
arga tercinta Mama, Papa, Abang dan adikku. Terimakasih atas semua doa, semangat, perhatian dan kasih sayang yang telah diberikan.

7. Teri
makasih pada Edy Topan, karena telah setia dan sabar dalam membantu serta menemani penulis hingga pada akhir pengerjaan skripsi ini.

8. Saha
bat-sahabat terbaikku : Ranika Tiwi, Dini Ayu N, Putri Fajriani, Annisa Purbosari, Viki Indrasari, Rifda Zahra, Purnalita Diaz. Terimakasih atas semua petualangan, ilmu, dukungan, dan kesabaran dalam menghadapi penulis.

9. Kelu
arga besar Kos Cantik 59 Tembalang selatan : Lidia, Shinta, Eno, Infra, Astusti,

Metta, Hajar, Nena, dan Devi. Terimakasih atas kenangan dan kebersamaan dalam suka dan duka selama ini.

10. Kepa
da pihak-pihak lain yang tidak mungkin disebutkan satu persatu, yang telah memberikan dorongan, motivasi, dan bantuan kepada penulis.

Semarang, 3 Oktober 2011

Penulis

Dina Agustina

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I	
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Perumusan Masalah.....	16
1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	19
1.4 Sistematika Penulisan.....	20
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	21

2.1 Landasan Teori	21
2.1.1 Otonomi daerah dan Desentralisasi fiskal.....	21
2.1.1.1 Otonomi Daerah	21
2.1.1.2 Desentralisasi fiskal.....	22
2.1.2 Anggaran Pendapatan dan belanja Daerah (APBD)	24
2.1.2.1 Pendapatan daerah.....	24
2.1.2.2 Belanja daerah.....	27
2.1.3 Teori Pengeluaran Pemerintah	28
2.1.3.1 Pengeluaran Pemerintah Secara Mikro	28
2.1.3.2 Pengeluaran Pemerintah Secara Makro.....	29
2.1.3.2.1 Hukum Wagner	29
2.1.3.2.2 Teori Peacock dan Wiseman.....	31
2.1.4 Klasifikasi Pengeluaran pemerintah	33
2.1.5 Indikator Kesehatan	35
2.1.6 Indikator Pendidikan.....	37
2.2 Penelitian Terdahulu	39
2.3 Kerangka Pemikiran.....	50
2.4 Hipotesis.....	54
BAB III METODE PENELITIAN.....	56
3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	56
3.1.1 Variable Penelitian	56
3.1.2 Definisi Operasional Variable.....	57
3.2 Jenis dan Sumber Data	66
3.2.1 Jenis Data.....	66
3.2.2 Sumber Data.....	68
3.3 Metode Pengumpulan Data	69
3.4 Metode Analisis.....	69
3.4.1 Pengujian Model Asumsi Klasik	73
3.5. Metode Pengujian Hipotesis	79
3.5.1 Panel Least square (PLS).....	79
3.5.2 Efek Tetap (<i>fixed effect</i>)	81
3.5.2 Efek Random (Random Effect).....	82
3.5.3. Hausman Test.....	83
3.5.4 Analisis Jalur.....	84
3.5.5 Uji Statistik.....	86
BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN.....	90
4.1 Deskripsi Objek Penelitian.....	90
4.1.1 Letak Geografis dan Pemerintahan.....	90
4.1.2 Keadaan Penduduk.....	91
4.1.2.1 Persentase Penduduk Pria dan Wanita.....	91
4.1.2.2 Persentase Penduduk Wanita yang Melek Huruf	92
4.1.2.3 Tingkat Pengangguran.....	94
4.1.3 Perimbangan Keuangan Pemerintah daerah.....	96
4.1.3.1 Rasio Total Pendapatan asli daerah terhadap total	

penerimaan daerah.....	98
4.1.3.2 Rasio Total Pengeluaran Pemerintah Daerah Terhadap Total Pengeluaran Pemerintah Provinsi (DK).....	98
4.1.4 Gambaran Derajat, Fasilitas dan Layanan Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah.....	100
4.1.4.1 Gambaran Fasilitas Kesehatan.....	100
4.1.4.2 Gambaran Pelayanan Kesehatan.....	103
4.1.5 Gambaran Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Tengah.....	105
4.1.6. Gambaran Keadaan Angka Kematian Bayi.....	106
4.1.7 Gambaran Fasilitas dan Layanan Pendidikan di Provinsi Jawa Tengah.....	108
4.1.8 Gambaran Pengeluaran Pemerintah Untuk Sektor Pendidikan Di Provinsi Jawa Tengah.....	110
4.1.9. Gambaran Keadaan Angka Melanjutkan SMP/MTs.....	111
4.1.10 Penerapan Hukum Wagner di Jawa Tengah.....	113
4.2 Analisa Data.....	116
4.2.1 Pengujian Asumsi Klasik Model <i>Random Effect</i>	116
4.2.2 Uji Hausman Test.....	124
4.3 Uji Hipotesis Metode REM.....	126
4.3.1 Pengaruh desentralisasi fiskal (DDF) terhadap AKB.....	127
4.3.2 Pengaruh Desentralisasi fiskal (DK) terhadap AKB.....	130
4.3.3 Pengaruh desentralisasi fiskal terhadap AKB: Model 2.....	133
4.3.3.1 Pengaruh Desentralisasi fiskal (DDF) terhadap AKB : model 2.....	134
4.3.3.1 Pengaruh Desentralisasi fiskal (DK) terhadap AKB : model 2.....	137
4.3.4 Pengaruh Desentralisasi fiskal (DDF) terhadap Angka Melanjutkan-SMP/MTs.....	142
4.3.5 Pengaruh Desentralisasi fiskal (DK) terhadap Angka Melanjutkan-SMP/MTs.....	145
4.4 Analisis Jalur.....	150
4.4.1 Analisa Model Persamaan Jalur (<i>Path Analysis</i>).....	151
4.4.1.1 Pengaruh Desentralisasi Fiskal (DDF) Terhadap AKB....	152
4.4.1.2 Pengaruh Desentralisasi Fiskal (DK) Terhadap AKB.....	154
4.4.1.3 Pengaruh Desentralisasi Fiskal (DDF) Terhadap AM- SMP/MTs.....	157
4.4.1.4 Pengaruh Desentralisasi Fiskal (DK) Terhadap AM- SMP/MTs.....	159

4.5		Hasil
	Dan Pembahasan.....	161
4.5.1	Pengaruh Desentralisasi fiskal terhadap AKB.....	Hasil 162
4.5.2	Pengaruh Desentralisasi fiskal terhadap AM-SMP/MTs.....	Hasil 166
4.5.3	bahasan Pengaruh Desentralisasi fiskal terhadap AKB...	Pem 168
4.5.4	bahasan Pengaruh Desentralisasi fiskal terhadap AM-SMP/MTs.....	Pem 171
BAB V PENUTUP.....		175
5.1	Kesimpulan.....	175
5.2	Keterbatasan.....	178
5.3	Saran	180
DAFTAR PUSTAKA.....		182
LAMPIRAN.....		186

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Bidang Kesehatan Terhadap APBD.....	5
Gambar 1.2	Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Bidang Pendidikan Terhadap APBD.....	6
Gambar 1.3	Persentase Realisasi Belanja Jawa Tengah.....	7
Gambar 1.4	Jumlah Kematian Bayi Menurut Kabupaten/ Kota.....	10

Gambar 1.5	Pesentase AM-SMP/MTs Menurut Kabupaten/Kota.....	11
Gambar 1.6	Angka Partisipasi Kasar (APK) SD Menurut Kabupaten/Kota.....	11
Gambar 2.1	Pertumbuhan Pengeluaran Pemerintah menurut Wagner.....	31
Gambar 2.2	Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah.....	33
Gambar 2.3	Kerangka Pemikiran.....	53
Gambar 3.1	Tabel Keputusan DW.....	78
Gambar 4.1	Rata-Rata Persentase Penduduk Wanita Dan Pria.....	91
Gambar 4.2	Persentase Penduduk Wanita yang Melek Huruf.....	93
Gambar 4.3	Tingkat Pengangguran Menurut Kabupaten/Kota.....	95
Gambar 4.4	Persentase Rasio PAD Terhadap TPD.....	97
Gambar 4.5	Persentase Rasio pengeluaran pemda Terhadap Belanja PemProv..	99
Gambar 4.6	Rata-Rata Jumlah Puskesmas.....	102
Gambar 4.7	Rata-Rata Dokter Per-Puskesmas.....	102
Gambar 4.8	Persentase Persalinan Yang Ditolong Tenaga Kesehatan.....	104
Gambar 4.9	Persentase Bayi Yang Menerima Imunisasi Lengkap.....	105
Gambar 4.10	Rata-Rata Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor Kesehatan.....	106
Gambar 4.11	Angka Kematian Bayi.....	108
Gambar 4.12	Rasio Siswa Per-Guru SMP/MTs.....	110
Gambar 4.13	Rata-Rata Pengeluaran Pemerintah Pada Sektor pendidikan.....	111
Gambar 4.14	Rata-Rata Angka Melanjutkan (AM) SMP/MTs.....	113
Gambar 4.15	Pengeluaran Pendidikan Perkapita Terhadap Pendapatan Regional Jawa Tengah.....	113
Gambar 4.16	Pengeluaran Kesehatan Perkapita Terhadap Pendapatan Regional Jawa Tengah.....	114

DAFTAR TABEL

Table 2.1	Penelitian Terdahulu.....	40
Table 4.1	Uji Jarque-Bera desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB.....	116
Table 4.2	Uji Jarque-Bera desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB.....	116
Table 4.3	Uji Jarque-Bera desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP.....	117

Table 4.4	Uji Jarque-Bera desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP.....	117
Table 4.5	Korelasi antar variable Desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB..	120
Table 4.6	Korelasi antar Variable desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB...	120
Table 4.7	Korelasi antar Variable Desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP/MTs.....	121
Table 4. 8	Korelasi antar variable Desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP/MTs.....	121
Table 4.9	Heteroskedasticity Test: White desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB.....	122
Table 4.10	Heteroskedasticity Test: White desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB.....	122
Table 4.11	Heteroskedasticity Test: White desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP	123
Table 4.12	Heteroskedasticity Test: White desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP.....	123
Table 4.13	Hausman Test desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB.....	124
Table 4.14	Hausman Test desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB.....	125
Table 4.15	Hausman Test desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP.....	125
Table 4.16	Hausman Test desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP.....	126
Table 4.17	Ringkasan Hasi Estimasi desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB	128
Table 4.18	Ringkasan Hasi Estimasi desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB	131
Table 4.19	Ringkasan hasil pengolahan data kesehatan model 2	135
Table 4.20	Ringkasan Hasil Pengolahan Data kesehatan model 2.....	138
Table 4.21	Ringkasan Hasi Estimasi desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP/MTs.....	143
Table 4.22	Ringkasan Hasi Estimasi desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP/MTs.....	146
Table 4.23	Pengaruh Langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB.....	152

Table 4.24	Pengaruh Tidak Langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB.....	152
Table 4.25	Total Pengaruh Pengaruh desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AKB.....	152
Table 4.26	Pengaruh Langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (dK) terhadap AKB.....	155
Table 4.27	Pengaruh tidak Langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB.....	155
Table 4. 28	Pengaruh Total Pengaruh desentralisasi fiskal (dk) terhadap AKB	155
Table 4.29	Pengaruh Langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP/MTs.....	157
Table 4.30	Pengaruh Tidak langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP/MTs.....	157
Table 4. 31	Pengaruh Total Pengaruh desentralisasi fiskal (ddf) terhadap AM-SMP/MTs.....	158
Table 4.32	Pengaruh langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP/MTs.....	159
Table 4.33	Pengaruh Tidak langsung Pengaruh desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP/MTs.....	160
Table 4.34	Pengaruh Total Pengaruh desentralisasi fiskal (dk) terhadap AM-SMP/MTs.....	160

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelaksanaan otonomi daerah di Indonesia efektif dilaksanakan tahun 2001 dengan di keluarkannya UU no.22 tahun 1999 tentang otonomi daerah dan disempurnakan dengan UU no.32 tahun 2004. Otonomi daerah menurut Undang-Undang no.32 tahun 2004 merupakan suatu pelimpahan kewenangan dari pemerintah pusat kepada daerah otonom untuk mengatur urusan daerahnya sendiri. Secara teoritis desentralisasi dipahami sebagai penyerahan otoritas dan fungsi dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Pemahaman ini didasarkan pada asumsi bahwa organisasi pemerintah pada tingkatan yang lebih rendah lebih mengetahui kondisi dan kebutuhan aktual dari masyarakatnya.

Pelaksanaan desentralisasi yang berasumsi pada pemahaman yang dimiliki daerah adalah lebih baik dibandingkan pusat, bertujuan untuk menciptakan efisiensi dalam pelaksanaan tugas pemerintah sebagai penyedia barang publik (Oates, 1993). Selain itu dengan pelaksanaan desentralisasi diharapkan dapat menciptakan pemerataan pembangunan bagi setiap daerah. Hal ini didasarkan bahwa dengan desentralisasi setiap daerah dapat lebih memanfaatkan potensi daerahnya masing-masing sebagai sumber pendanaan dalam pembangunan, selain adanya transfer dana dari pemerintah pusat. Sehingga daerah diarahkan untuk secermat mungkin dalam penggunaan dana APBDnya khususnya untuk daerah yang tidak kaya sehingga dapat memberikan kontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat (Ahmad, 2007)

Pelaksanaan desentralisasi tidak hanya dipandang memiliki keuntungan dalam pelaksanaan pembangunan, tetapi juga terdapat pandangan lain yang memandang desentralisasi juga memiliki potensi yang sebaliknya yaitu menimbulkan kerugian.

Pelaksanaan proses desentralisasi ini telah memunculkan berbagai isu sentral terkait pelaksanaannya. Isu yang muncul sejalan dengan pelaksanaan desentralisasi ini antara lain bergesernya egoisme sektoral menjadi fanatisme daerah dimana dalam pemilihan daerah sering dimunculkan isu putra daerah. Pemerintah daerah lebih berorientasi dalam peningkatan pendapatan daerah (PAD) sehingga pemerintah daerah akan memperluas sumber pendapatannya melalui pajak dan retribusi yang berakibat dapat menambah beban pajak bagi masyarakat. Masalah selanjutnya yang menjadi isu adalah meningkatnya potensi terjadinya korupsi yang lebih luas. Hal ini sebagai akibat dari pemberian kewenangan yang lebih besar kepada pemerintah daerah sehingga kurang adanya pengawasan dan intervensi dari pemerintah pusat (Mudrajad, Kuncoro (2004)). Apabila masalah-masalah ini terjadi pada masa desentralisasi fiskal seperti saat ini maka akan berimplikasi terhadap terjadinya inefisiensi dalam pelayanan pemerintah terhadap masyarakat.

Untuk mendukung pelaksanaan desentralisasi ini maka diperlukan sumberdaya fiskal yang memadai. Desentralisasi fiskal hadir untuk mendukung pelaksanaan desentralisasi dengan memberikan kewenangan pada pemerintah daerah untuk menggali pendapatan daerahnya sendiri melalui pemungutan pajak dan retribusi daerah. Desentralisasi fiskal dilaksanakan dengan tujuan agar pemerintah daerah mampu menggali sumber pembiayaan lokal dan membuat keputusan belanja secara mandiri sesuai dengan kebutuhan aktual dari daerahnya masing-masing.

Penyediaan pelayanan publik seperti kesehatan dan pendidikan yang memadai diharapkan dapat meningkatkan kapasitas modal manusia. Apabila seseorang memiliki

pendidikan dan juga kesehatan yang baik, maka orang tersebut memiliki kesempatan untuk bekerja dan meningkatkan pendapatannya. Dengan peningkatan pendapatan yang diterima oleh anggota masyarakat ini diharapkan akan berdampak pada meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Modal manusia berupa pendidikan dan kesehatan diidentifikasi sebagai kontributor kunci dalam pertumbuhan dan pengurangan kemiskinan (Todaro, Michael (2006)).

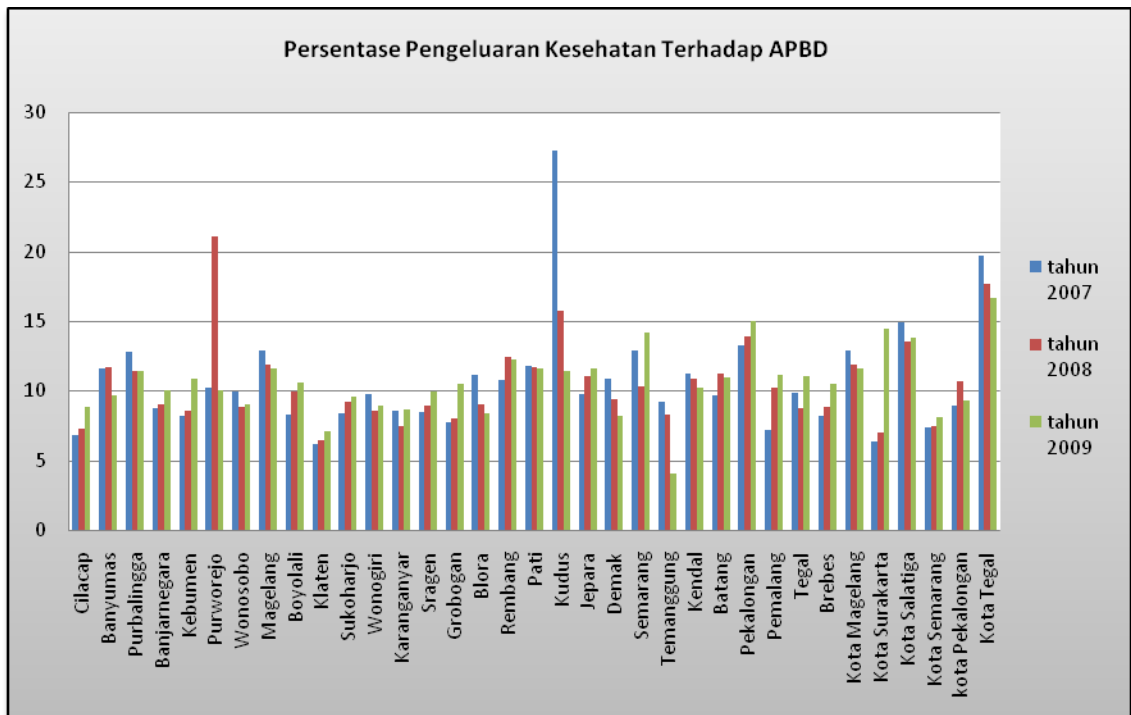
Pentingnya modal manusia ini sudah sangat dipahami oleh para ahli ekonomi dan pengambil kebijakan di Indonesia. Sehingga kewenangan untuk menyediakan layanan dasar dalam modal manusia pada masa desentralisasi ini merupakan tanggungjawab pemerintah daerah (terdesentralisasi). Kesadaran akan pentingnya sektor kesehatan dan pendidikan ini tertuang dalam UU no. 23 tahun 2003 tentang pengalokasian anggaran minimal 15% dari APBD untuk sektor kesehatan, dan 20% untuk sektor pendidikan. Efektivitas pencapaian tujuan dalam peningkatan kualitas modal manusia ini tentu sangat tergantung pada dukungan pemerintah dalam konteks penganggaran investasi fasilitas dasar pendidikan dan kesehatan dan pemberian subsidi khususnya bagi masyarakat miskin.

Ketetapan UU no. 23 tahun 2003 tentang alokasi sumber daya fiskal untuk sektor pendidikan dan kesehatan telah dilaksanakan oleh sebagian besar pemerintah kabupaten/kota di provinsi Jawa Tengah. Persentase pengeluaran pemerintah daerah untuk bidang pendidikan selama tahun 2007-2009 menunjukkan persentase yang cukup besar dimana sebagian besar daerah memiliki persentase diatas 20 persen.

Daerah dengan persentase pengeluaran pendidikan tertinggi terdapat pada Kab. Wonogiri sebesar 56.26 persen pada tahun 2007 dan menjadi 60.87 pada tahun 2009.

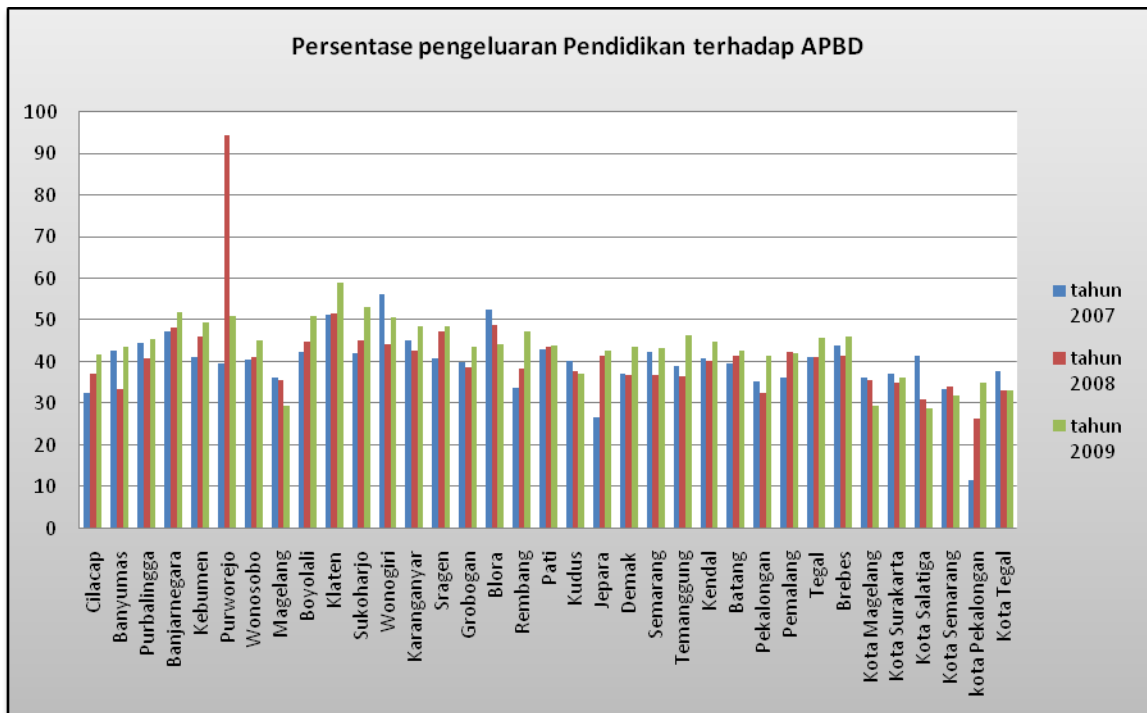
Persentase pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan terhadap total belanja daerah kabupaten/kota menunjukkan hal yang sebaliknya. Sebagian besar daerah kabupaten/kota di provinsi Jawa Tengah belum memenuhi anggaran minimum yang ditetapkan yaitu 15% dari APBD. Persentase pengeluaran kesehatan terhadap total belanja daerah tertinggi adalah pada Kab. Kudus sebesar 27,22 persen pada tahun 2007 menjadi 11.43 persen pada tahun 2009. Sedangkan persentase terendah dimiliki kab.Klaten dengan persentase sebesar 6.15 persen pada tahun 2007 menjadi 7.12 persen pada tahun 2009. Secara ringkas gambaran persentase pengeluaran pemerintah untuk kedua sektor tersebut terhadap total belanja daerah dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 1.1
Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Bidang Kesehatan Terhadap Total Belanja Daerah
Menurut Kab/Kota di Jawa Tengah Tahun 2007-2009



Sumber: Dinas Perimbangan Keuangan RI (Data Yang Diolah

Gambar 1.2
 Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Bidang Pendidikan Terhadap APBD
 Menurut Kab/Kota di Jawa Tengah Tahun 2007-2009



Sumber: Dinas Perimbangan Keuangan RI (data yang diolah)

Jawa Tengah merupakan salah satu daerah yang memiliki fokus dalam pembangunan modal manusia, hal ini tercermin dalam visi pembangunan Jawa Tengah 2010 yaitu “Terwujudnya Masyarakat Jawa Tengah yang Semakin Sejahtera”. Penjabaran dari tujuan utama pembangunan di Jawa tengah ini tertuang dalam anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) provinsi Jawa tengah. Untuk mewujudkan masyarakat yang semakin sejahtera baik moril maupun materil pemerintah daerah Jawa Tengah telah menfokuskan pengeluaran pemerintah kepada sektor-sektor strategis dalam pembangunan manusia seperti pendidikan dan kesehatan.

Prioritas pembangunan modal manusia terlihat dari persentase rata-rata belanja pemerintah provinsi terhadap total belanja pada bidang pembangunan manusia dalam

periode 2007-2009 yang menempatkan bidang kesehatan dan pendidikan pada posisi ke- dua dan ke-empat terbesar setelah dana otonomi daerah dan pekerjaan umum. Secara ringkas persentase belanja APBD Jawa Tengah dapat di lihat dalam Gambar berikut:

Grafik 1.3
 Persentase Realisasi Belanja Jawa Tengah
 Tahun 2007-2009



Sumber : Bappeda Jawa Tengah (data yang diolah)

Dengan pengeluaran pemerintah yang cukup besar ini maka seharusnya diimbangi pula dengan kualitas kesehatan dan pendidikan yang terus meningkat di provinsi Jawa Tengah. Peningkatan pelayanan dasar pendidikan dan juga kesehatan sangat diperlukan untuk membangun kualitas modal manusia. Peningkatan pelayanan dasar ini sangat dibutuhkan terutama oleh anak-anak sebagai generasi penerus bangsa. Pentingnya pendidikan dan kesehatan yang baik bagi anak-anak telah disadari oleh berbagai kalangan diseluruh dunia. Hal ini tercermin dari pengakuan

dewan perserikatan bangsa-bangsa (PBB) terhadap hak-hak anak diseluruh dunia diantaranya adalah hak anak untuk memperoleh pendidikan dan kesehatan yang layak tanpa pembedaan suku, agama, maupun ras. Pentingnya peran pendidikan dan kesehatan bagi anak-anak sebagai suatu faktor kunci dalam percepatan pembangunan manusia ini, mendorong suatu deklarasi millennium yang dikenal dengan *Millenium development goals* (MDGs). Dalam tujuan MDGs pendidikan bagi semua menjadi fokus ke-dua MDGs dan kesehatan bagi anak-anak tertuang dalam tujuan keempat, dari delapan tujuan utama MDGs.

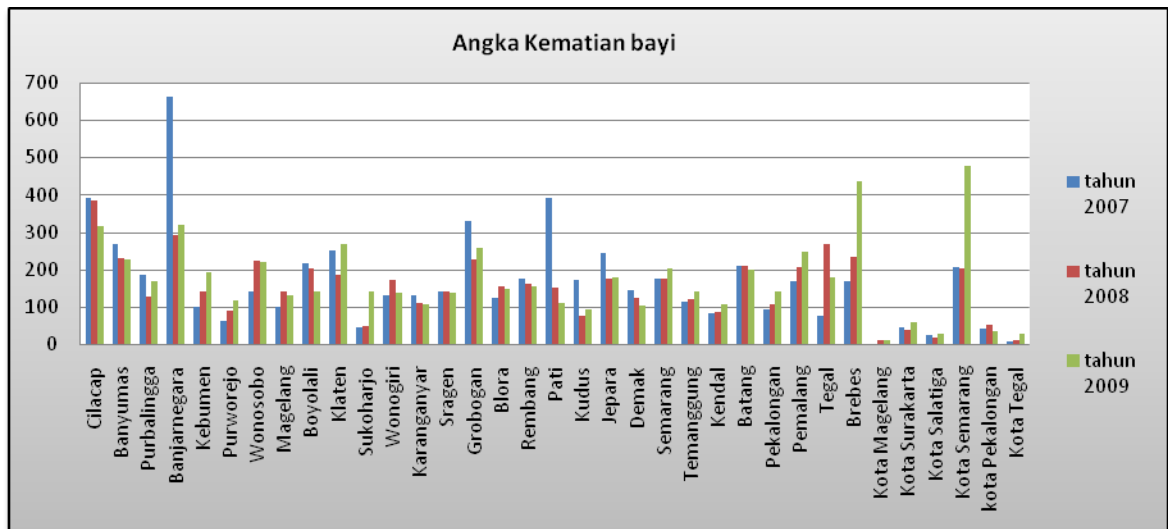
Kualitas kesehatan dan pendidikan pada anak dapat pula diukur dengan menggunakan indikator yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan RI dan Kementrian Pendidikan Nasional RI. Indikator hasil akhir yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas bidang kesehatan salah satunya adalah melalui angka kematian bayi. Indikator ini juga merupakan tujuan keempat dari *millennium development goals* (MDGs). Penetapan indikator ini didasarkan pada alasan bahwa anak-anak terutama bayi lebih rentan terhadap penyakit dan kondisi hidup yang tidak sehat (Stalker, Peter. 2008).

Indikator pencapaian untuk sektor pendidikan pada penelitian ini disesuaikan dengan tujuan kedua MDGs yang bertujuan untuk mewujudkan pendidikan dasar untuk semua. Salah satu indikatornya adalah angka melanjutkan untuk tingkat SMP/MTs. Penetapan indikator ini didasarkan pada alasan bahwa angka partisipasi kasar (APK) sekolah dasar (SD) di Kab/Kota Jawa Tengah telah mencapai angka yang mendekati seratus persen bahkan lebih (Gambar.1.6). Dengan tingginya APK

SD selama 2007-2009 tersebut maka dapat diasumsikan bahwa seluruh anak-anak usia sekolah telah menerima pendidikan pada jenjang sekolah dasar. Namun, Permasalahan selanjutnya adalah apakah anak-anak yang telah berada disekolah dasar dan telah menyelesaikan pendidikannya mampu melanjutkan pendidikan pada jenjang selanjutnya. Sehingga untuk melihat hal tersebut indikator hasil akhir dalam bidang pendidikan yang digunakan adalah Angka Melanjutkan (AM) SMP/MTs. Angka melanjutkan ini menggambarkan seberapa besar siswa yang tetap melanjutkan sekolah setelah menyelesaikan sekolah dasar.

Pencapaian indikator hasil akhir (*outcomes*) bidang kesehatan dan pendidikan di Jawa Tengah mengalami fluktuasi setiap tahunnya seperti yang di gambarkan dalam Gambar 1.4 dan Gambar 1.5:

Gambar 1.4
Jumlah Kematian Bayi Menurut Kabupaten/ Kota
Provinsi Jawa Tengah 2007-2009



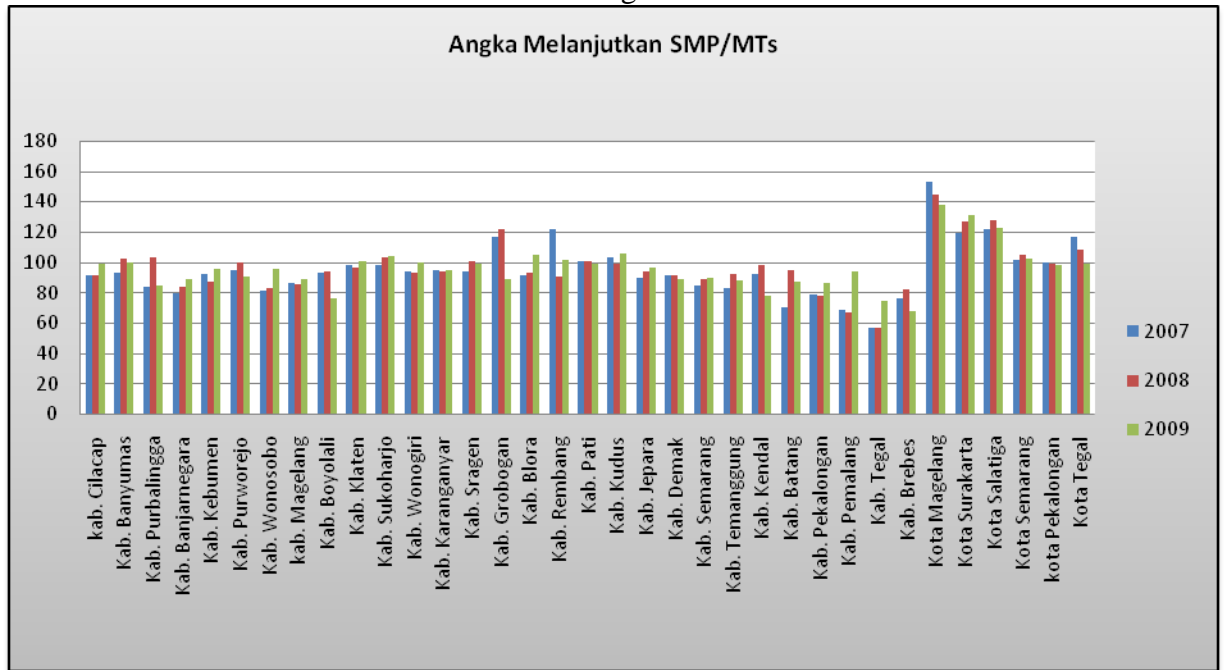
Sumber : Badan Pusat Statistik

Berdasarkan grafik 1.5 diatas yang menggambarkan indikator *outcomes* bidang kesehatan yang dicerminkan dengan angka kematian bayi menunjukkan jumlah yang fluktuatif. Berdasarkan Gambar jumlah kematian bayi terlihat bahwa daerah kota kecuali kota Semarang, memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah kabupaten di Provinsi Jawa Tengah.

Indikator Angka Kematian Bayi merupakan suatu interaksi dari berbagai faktor-faktor baik yang berasal dari diri seseorang (internal) maupun yang berasal dari luar diri seseorang (eksternal). Faktor internal ini mencakup kondisi hidup dari masing-masing individu yang dicerminkan oleh pendapatan masyarakat, konsumsi tembakau, dan tingkat pendidikan masyarakat. Sedangkan untuk faktor yang berasal dari luar individu mencakup penyediaan pelayanan kesehatan seperti persentase imunisasi bayi dan juga sumberdaya kesehatan seperti penyediaan tenaga medis yang memadai oleh pemerintah.

Gambar 1.5

Pesentase AM-SMP/MTs Menurut Kabupaten/Kota
Provinsi Jawa Tengah 2007-2009



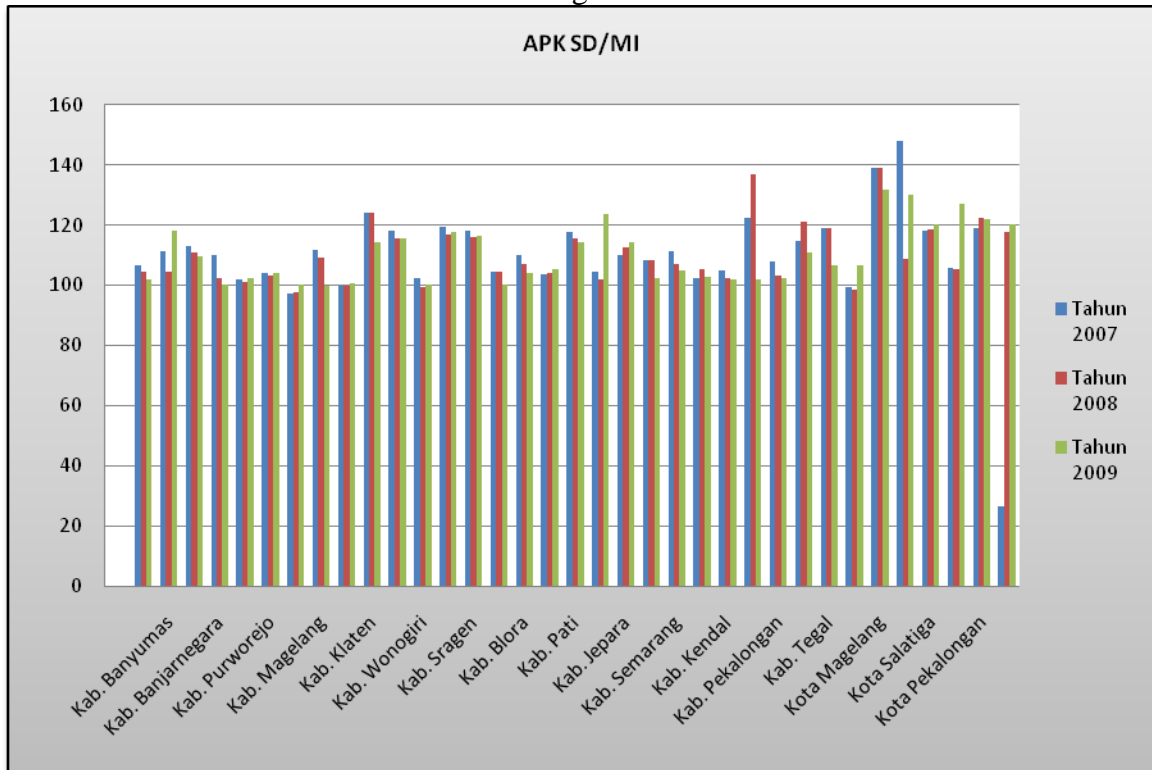
Sumber : Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah

Pada indikator *outcomes* bidang pendidikan yang dicerminkan dengan angka melanjutkan(AM) SMP/MTs yang terangkum dalam Gambar diatas dapat disimpulkan bahwa daerah perkotaan memiliki angka melanjutkan SMP/MTs lebih tinggi dibandingkan daerah kabupaten. AM-SMP/MTs juga merupakan suatu hasil interaksi antara faktor internal yang meliputi kondisi hidup masyarakat seperti tingkat pendapatan, pendidikan masyarakat (*population background*) (Salinas, Paula (2010)), dan tingkat pengangguran. Sementara faktor eksternal yang turut berinteraksi adalah penyediaan fasilitas pendidikan seperti penyediaan tenaga pengajar yang memadai.

Dari indikator pendidikan dan kesehatan ini terlihat belum adanya hasil yang optimal dalam pembangunan dan pemerataan modal manusia ini. Sementara

pengeluaran yang dilakukan pemerintah untuk sektor ini cukup besar dan secara nominal cenderung meningkat tiap tahunnya.

Grafik 1.6
APK SD/MI menurut kabupaten/Kota
Provinsi Jawa Tengah 2007-2009



Sumber: Dinas Pendidikan Prov. Jateng (Data yang diolah)

Peningkatan pengeluaran pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam bidang kesehatan, dan pendidikan ini ternyata tidak diikuti dengan peningkatan kualitas modal manusia. Pada periode 2007-2009 pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan juga pendidikan pada setiap daerah di Jawa Tengah menunjukkan trend yang meningkat (gambar 1.1 dan gambar 1.2). Namun, indikator AKB dan AM-SMP/MTs tidak menunjukkan trend yang serupa (Gambar 1.4 dan Gambar 1.5). Hal

ini menunjukkan bahwa kualitas indikator kesejahteraan anak bidang kesehatan dan pendidikan belum merata pada setiap kabupaten/kota di provinsi Jawa Tengah. Sehingga dari data yang ada dapat terlihat bahwa tujuan dari dilaksanakannya desentralisasi untuk menciptakan efisiensi dalam penyediaan barang publik belum dapat terpenuhi. Untuk itu diperlukan suatu tinjauan empiris untuk mengetahui pengaruh desentralisasi fiskal terhadap kualitas pelayanan publik terutama dalam bidang pendidikan dan kesehatan yang menjadi modal manusia.

Perlunya penelitian empiris untuk membuktikan hubungan antara desentralisasi fiskal dan hasil akhir (*outcomes*) bidang pendidikan dan kesehatan ini telah menarik minat banyak peneliti untuk meneliti hal tersebut. Berbagai penelitian tersebut dilaksanakan agar dapat diperoleh bukti secara empiris pengaruh dari pelaksanaan desentralisasi fiskal terhadap berbagai indikator kesejahteraan. Dari beberapa penelitian terdahulu yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan desentralisasi fiskal dapat menimbulkan dampak positif dan juga dampak negatif terhadap indikator kesejahteraan masyarakat terutama anak-anak. Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena perbedaan derajat desentralisasi tiap daerah, dan keadaan daerah penelitian. Perbedaan ini juga dapat disebabkan oleh penggunaan variabel-variabel dalam mengukur hubungan antara desentralisasi fiskal dan *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan tersebut.

Pelaksanaan desentralisasi efektif dilaksanakan sejak tahun 2001 hingga saat ini. Dalam penelitian kali ini periode desentralisasi yang dirangkum mencakup tiga tahun yaitu tahun 2007 sampai dengan tahun 2009. Penggunaan data pada periode

tersebut bertujuan agar data yang digunakan dapat mencerminkan hasil dari proses desentralisasi yang telah dilaksanakan sebelumnya dan dapat mencerminkan keadaan kesejahteraan anak dalam bidang pendidikan dan kesehatan dalam periode tersebut. Penggunaan data yang cukup singkat ini juga dikarenakan keterbatasan data yang tersedia pada dinas dan instansi terkait.

Banyak studi yang telah dilakukan untuk mengukur dampak dari pelaksanaan desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan. Studi terdahulu tersebut telah dilakukan di beberapa Negara, termasuk Indonesia. Pada tahun 2001 oleh Robaino, Picazo, dan Voetberg melakukan penelitian untuk mengukur dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan pada negara dengan pendapatan rendah dan juga tinggi (*cross country*) dengan menggunakan variabel *outcomes* kesehatannya adalah angka kematian bayi. Variabel desentralisasi fiskal yang diukur sebagai rasio pengeluaran yang dilakukan oleh pemerintah daerah terhadap pengeluaran yang dilakukan oleh pemerintah pusat. Sedangkan kontrol variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah GDP perkapita, dan pengeluaran publik yang dilakukan oleh pemerintah daerah. Hasil dari penelitian ini menyebutkan terdapat hubungan negatif antara desentralisasi fiskal dan kematian bayi, dimana dengan derajat desentralisasi fiskal yang lebih besar maka akan secara konsisten menurunkan tingkat kematian bayi.

Penelitian sejenis juga dilakukan oleh Rubio, Dolores (2010) dalam penelitian ini variabel *outcomes* bidang kesehatan adalah angka kematian bayi. Dalam penelitiannya Rubio, Dolores (2010) menggunakan indikator variabel desentralisasi

fiskal yang diukur dari sisi pendapatan dan juga sisi pengeluaran. Kontrol variabel yang digunakan dalam penelitian ini antara lain GDP perkapita, angka melak huruf wanita, rasio dokter per-100000 penduduk dan konsumsi rokok. Dari hasil penelitiannya Rubio, Dolores (2010) menemukan bahwa pelaksanaan desentralisasi fiskal di berbagai Negara (*cross country*) dapat menurunkan angka kematian bayi.

Penelitian terdahulu untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal terhadap indikator *outcomes* bidang kesehatan juga dilakukan di Propinsi Sumatera Barat oleh Ahmad (2009) dengan menggunakan angka harapan hidup dan angka kematian bayi sebagai ukuran *outcomes* bidang kesehatan. Dalam penelitiannya Ahmad, (2007) menggunakan variabel desentralisasi fiskal yang diukur dengan rasio antara realisasi anggaran kesehatan terhadap total anggaran pada APBD masing-masing daerah. Dari penelitian ini di peroleh hasil yang berbeda dari penelitian terdahulu lainnya yaitu desentralisasi fiskal bidang kesehatan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap angka kematian bayi.

Penelitian untuk mengukur dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang pendidikan dilakukan oleh Salinas, Paula (2007) di 50 provinsi di Spanyol. Dalam penelitian ini Salinas, Paula (2007) menggunakan angka melanjutkan pada *Secondary school* sebagai indikator *outcomes* bidang pendidikan. Hasil dari penelitian ini adalah terdapat hubungan yang positif antara desentralisasi fiskal dengan Angka melanjutkan pada *secondary school*, dan dampak ini dapat menjadi lebih besar pada daerah yang memiliki derajat desentralisasi fiskal yang tinggi.

Dari hasil penelitian-penelitian terdahulu tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan desentralisasi fiskal dapat berpengaruh positif maupun negatif terhadap berbagai indikator hasil akhir pada bidang kesehatan dan pendidikan. Berdasarkan hasil tersebut terlihat bahwa masih ditemukan perbedaan hasil temuan pada penelitian-penelitian terdahulu. Perbedaan hasil temuan dalam penelitian terdahulu ini diduga disebabkan oleh perbedaan indikator desentralisasi yang digunakan dan keadaan daerah penelitian. Untuk itu maka diperlukan suatu studi empiris untuk menguji kembali pengaruh dari pelaksanaan desentralisasi fiskal terhadap indikator hasil akhir kesejahteraan anak seperti, angka kematian bayi dan juga angka melanjutkan SMP/MTs.

1.2 Rumusan Masalah

Pelaksanaan otonomi daerah di Indonesia efektif dilaksanakan tahun 2001 dengan di keluarkannya UU no.22 tahun 1999 tentang otonomi daerah dan disempurnakan dengan UU no.32 tahun 2004. Pelaksanaan desentralisasi secara teoritis adalah pemberian kewenangan yang lebih besar kepada pemerintah daerah dalam mengurus urusan rumah tangga daerahnya sendiri, dengan didasarkan pada asumsi bahwa pemerintah daerah lebih mengetahui kondisi dan kebutuhan dari masyarakat daerah setempat sehingga dapat tercipta pelayanan publik yang efektif dan efisien.

Jawa Tengah merupakan salah satu daerah yang memiliki fokus dalam pembangunan modal manusia. Penjabaran dari tujuan utama pembangunan di Jawa

Tengah ini tertuang dalam anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) provinsi Jawa Tengah. Dalam APBD provinsi Jawa Tengah pengeluaran untuk sektor kesehatan dan pendidikan menempati posisi terbesar kedua dan keempat dalam pengeluaran pembagunan modal manusia. Namun, besarnya pengeluaran pemerintah untuk kedua sektor ini tidak diimbangi dengan peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan pada anak yang dicerminkan dengan angka kematian bayi dan angka melanjutkan SMP/MTs. Indikator kesejahteraan ini terlihat masih fluktuatif. Masih terdapat daerah-daerah dengan pengeluaran pemerintah untuk bidang pendidikan dan juga kesehatan yang cukup tinggi, namun indikator kesejahteraan menunjukkan hasil yang sebaliknya.

Dari penelitian-penelitian terdahulu telah digunakan berbagai macam indikator untuk mengukur derajat desentralisasi yang sesungguhnya dimiliki oleh suatu daerah, dan menghasilkan kesimpulan yang berbeda-beda. Studi empiris yang telah dilakukan diberbagai negara membuktikan adanya hubungan yang kuat antara derajat desentralisasi yang dimiliki oleh suatu daerah terhadap pencapaian *outcomes* bidang kesehatan. Namun, pengujian empiris yang dilakukan di Provinsi Sumatra Barat (Indonesia) menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara derajat desentralisasi fiskal terhadap hasil akhir (*outcomes*) pada indikator kesejahteraan bidang kesehatan. Sedangkan pengujian secara empiris untuk menguji pengaruh antara desentralisasi fiskal dan *outcomes* bidang pendidikan yang dilakukan Salinas, Paula (2007) menyimpulkan terdapat hubungan yang positif antara indikator *outcomes* bidang pendidikan dan desentralisasi fiskal.

Berdasarkan kesimpulan pada penelitian-penelitian terdahulu tersebut masih terdapat perbedaan pengaruh yang ditemukan. Perbedaan ini diduga karena penggunaan indikator desentralisasi fiskal yang berbeda-beda pada setiap penelitian terdahulu. Selain itu kondisi daerah penelitian dan derajat desentralisasi juga diduga turut berpengaruh terhadap perbedaan hasil temuan tersebut. Sehingga diperlukan suatu tinjauan empiris untuk menemukan indikator desentralisasi fiskal yang dapat mencerminkan derajat desentralisasi fiskal yang sesungguhnya, sekaligus membuktikan pengaruh dari diterapkannya desentralisasi fiskal terhadap indikator hasil akhir (*outcomes*) bidang kesehatan dan pendidikan. Berdasarkan uraian diatas, maka dalam penelitian ini dapat ditarik beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah dalam periode 2007-2009
2. Bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka melanjutkan SMP/MTs di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah dalam periode 2007-2009
3. Apakah perbedaan ukuran derajat desentralisasi fiskal memberikan derajat yang berbeda

1.3 Tujuan dan Kegunaan

a. Tujuan

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi di Kabupaten/Kota pada Prov. Jawa Tengah dalam periode 2007-2009
2. Untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka melanjutkan SMP/MTs di Kabupaten/Kota pada Prov. Jawa Tengah dalam periode 2007-2009
3. Untuk menemukan ukuran derajat desentralisasi fiskal yang dapat menggambarkan derajat desentralisasi fiskal di Kabupaten/Kota di Jawa Tengah.

b. Kegunaan

Kegunaan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan ekonomi yang terkait dengan APBN dan APBD
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk melihat pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan sebagai upaya peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan.
3. Hasil penelitian ini diharapkan sebagai tambahan informasi bagi pembaca pada umumnya dan bagi mahasiswa pada khususnya.
4. Sebagai bukti empiris pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi dan angka melanjutkan (AM) SMP/MTs di Jawa Tengah.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini terdiri dari lima bab, yaitu:

1. Bab I yang merupakan pendahuluan yang menguraikan penjelasan tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, dan kegunaan penelitian, serta sistematika penulisan
2. Bab II menyajikan tinjauan pustaka yang merupakan landasan teori, berbagai penelitian yang dilakukan sebelumnya dan kerangka pemikiran.
3. Bab III menerangkan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini, mencakup jenis dan definisi operasional variabel penelitian, metode pengumpulan data, serta metode analisis yang digunakan.
4. Bab IV membahas hasil penelitian yang meliputi deskripsi objek penelitian, menguraikan hasil analisis data dan interpretasinya.
5. Bab V merupakan bab penutup, yang berisi kesimpulan keterbatasan, saran yang diperoleh dari hasil penelitian.

BAB II

TELAAH TEORI

Dalam tinjauan pustaka pada penelitian ini akan dibahas teori-teori yang mendukung pembahasan penelitian ini, hasil-hasil penelitian sebelumnya yang serupa, kerangka pemikiran teoritis, dan hipotesis penelitian. Hal ini bertujuan agar dapat membantu menganalisis hasil-hasil penelitian nantinya.

2.1 Landasan Teori dan Penelitian Terdahulu

2.1.1 Otonomi Daerah dan Desentralisasi Fiskal

2.1.1.1 Otonomi Daerah

Terdapat berbagai pengertian mengenai otonomi yang berkembang di berbagai Negara. Maddick mendefinisikan otonomi daerah sebagai proses dekonsentrasi dan devolusi. Devolusi adalah penyerahan kekuasaan untuk melaksanakan fungsi-fungsi tertentu kepada pemerintah daerah. Sedangkan dekonsentrasi merupakan pendelegasian wewenang atas fungsi-fungsi tertentu kepada staf pemerintah pusat yang tinggal di luar kantor pusat (Maddick (1983) dalam Kuncoro (2004)). Sementara Mills mendefinisikan desentralisasi atau otonomi daerah sebagai transfer wewenang atau kekuasaan dalam perencanaan publik, manajemen, dan pembuatan keputusan dari level nasional ke level sub nasional atau secara umum dari level pemerintahan yang lebih tinggi ke level pemerintahan yang lebih rendah (Mills 1994 dalam Ahmad (2009)). Di Indonesia desentralisasi diatur dalam Undang-undang (UU) no. 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah pasal 1 butir 5, otonomi daerah didefinisikan sebagai hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk

mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dengan diberlakukannya otonomi daerah diharapkan fungsi-fungsi pemerintah sebagai penentu kebijakan publik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dapat lebih maksimal. Hal ini sesuai dengan tujuan dari dilaksanakannya desentralisasi dan otonomi daerah yaitu untuk menjadikan pemerintah lebih dekat dengan rakyatnya. Sehingga pelayanan publik dapat dilakukan dengan lebih efisien dan efektif. Tujuan ini didasarkan pada asumsi bahwa pemerintah kabupaten/kota memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai kebutuhan dan aspirasi masyarakatnya daripada pemerintah pusat (Oates, 1993).

2.1.1.2 Desentralisasi Fiskal

Desentralisasi fiskal merupakan salah satu komponen utama dari otonomi daerah. Desentralisasi fiskal dapat diartikan sebagai suatu proses distribusi anggaran dari tingkat pemerintah yang lebih tinggi kepada pemerintah yang lebih rendah, untuk mendukung fungsi atau tugas pemerintah dan pelayanan publik sesuai dengan banyaknya kewenangan bidang pemerintahan yang dilimpahkan.

Dalam melaksanakan desentralisasi fiskal, terdapat prinsip *money follow function* yang merupakan salah satu prinsip yang harus diperhatikan dan dilaksanakan. Prinsip ini memiliki arti bahwa setiap penyerahan atau pelimpahan wewenang pemerintahan akan membawa konsekuensi pada anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kewenangan tersebut. Pemberian otonomi daerah melalui

desentralisasi fiskal memiliki tiga misi utama, yaitu (Barzelay,(1991) dalam (2009) Sasana,Hadi):

- a. Menciptakan efisiensi dan efektivitas pengelolaan sumber daya daerah
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan umum dan kesejahteraan masyarakat.
- c. Memberdayakan dan menciptakan ruang bagi masyarakat untuk ikut serta (berpartisipasi) dalam proses pembangunan.

Untuk mewujudkan ketiga misi tersebut maka dalam pelaksanaan desentralisasi fiskal terdapat kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk melakukan pembelanjaan, kewenangan untuk meningkatkan pendapatan melalui pemungutan pajak (*taxing powering*) yang telah ditetapkan dalam Undang-Undang. Dengan asumsi dasar bahwa pemerintah daerah lebih mengetahui kebutuhan dan masalah yang dihadapi oleh masyarakat daerahnya sehingga dapat terciptanya efisiensi dan efektifitas dalam pengelolaan keuangan Negara.

2.1.2 Anggaran Pendapatan dan Balanja Daerah (APBD)

2.1.2.1 Pendapatan Daerah

Untuk mendukung tanggung jawab yang dilimpahkan, pemerintah daerah memerlukan sumber fiskal. Penerimaan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi terdiri dari pendapatan daerah dan pembiayaan. Yang telah di atur dalam Undang-undang no.33 tahun 2004 pasal 5 tentang sumber penerimaan daerah dimana sumber pendapatan dan pembiayaan terdiri dari:

Pendapatan daerah bersumber dari :

1. Pendapatan daerah bersumber dari :

A. Pendapatan asli daerah yang terdiri dari :

- a. Pajak Daerah
- b. Retribusi Daerah
- c. Hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan yang dipisahkan dan;
- d. Lain-lain PAD yang sah terdiri dari :
 - Hasil penjualan kekayaan daerah yang tidak dipisahkan
 - Jasa giro
 - Pendapatan bunga
 - Keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing; dan
 - Komisi, potongan, ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh daerah.

B. Dana perimbangan terdiri dari:

- a. Dana bagi hasil
- b. Dana Alokasi Umum

- c. Dana Alokasi khusus
- C. Lain-lain pendapatan terdiri dari :
 - a. Pendapatan hibah
 - b. Pendapatan dana darurat
- 2. Pembiayaan daerah bersumber dari :
 - A. Sisa lebih perhitungan anggaran daerah
 - B. Penerimaan pinjaman daerah
 - C. Dana cadangan pemerintah
 - D. Hasil penjualan kekayaan daerah yang dipisahkan

Hak pemerintah daerah dalam menarik pajak dan retribusi daerah juga telah diatur dalam UU no.34 tahun 2000 dimana jenis pajak yang dapat diusahakan oleh pemerintah kabupaten/kota telah diperluas dari peraturan UU sebelumnya yaitu UU no.18 tahun 1997. Sebelumnya pajak yang dapat dipunggut oleh pemerintah kabupaten/kota hanya terbatas pada tujuh jenis pajak saja, namun setelah dikeluarkannya UU no.34 tahun 2000 terdapat beberapa perbedaan yaitu pada kewenangan penarikan pajak oleh pemerintah propinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Untuk pemerintah propinsi mendapatkan perluasan pajak PKB dan BBNKB menjadi PKB dan BNKB yang memasukkan kendaraan di atas air, dan penambahan pajak pengambilan dan pemanfaatan air bawah tanah dan air permukaan yang sebelumnya menjadi pajak kabupaten/kota.

Pajak dan retribusi yang merupakan bagian penerimaan dari pemerintah kabupaten/ kota antara lain: pajak hotel, pajak restaurant, pajak hiburan, pajak reklame, pajak penerangan jalan, pajak pengambilan bahan galian golongan C, pajak

parkir. Selain pajak tersebut daerah juga diberikan keleluasaan untuk menambah dengan jenis pajak baru dengan kriteria tertentu.

Hak pemerintah daerah selanjutnya adalah hak untuk mendapat dana perimbangan. Dana perimbangan adalah dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Dana perimbangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah juga telah diatur dalam UU no.34 tahun 2004 pasal 10 dimana dana perimbangan terdiri dari : dana bagi hasil dari PBB, BPHTB, PPh orang pribadi dan sumberdaya alam, dana alokasi umum (DAU), dan dana lokasi khusus (DAK).

Dana alokasi umum didefinisikan sebagai salah satu komponen dari dana perimbangan pada APBN, yang pengalokasiannya didasarkan atas konsep kesenjangan fiscal atau celah fiskal (*fiskal gap*). Definisi selanjutnya adalah DAU sebagai instrumen untuk mengatasi horizontal imbalance yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar daerah dan penggunaannya ditentukan sepenuhnya oleh daerah (Sidik, 2003 dalam Mudrajad, Kuncoro (2004)).

Dana alokasi khusus ditujukan untuk daerah khusus yang terpilih untuk tujuan khusus (Mudrajad, Kuncoro (2004)). Sehingga DAK merupakan kewenangan pemerintah pusat untuk kebutuhan khusus seperti kebutuhan sarana dan prasarana fisik di daerah terpencil, daerah penampung transmigran, daerah pesisir/kepulauan, dan daerah yang mengalami kerusakan lingkungan. Sehingga hanya kebutuhan yang tidak dapat diperkirakan diperkirakan secara umum dengan menggunakan rumus

DAU atau kebutuhan yang merupakan komitmen atau pekerjaan nasional yang dapat dibiayai DAK.

2.1.2.2 Belanja Daerah

Belanja adalah semua pengeluaran pemerintah daerah pada suatu periode anggaran. Belanja daerah menurut kelompok belanja berdasarkan Permendagri 13/2006 terdiri atas belanja tidak langsung dan belanja langsung. Kelompok belanja tidak langsung merupakan belanja yang dianggarkan tidak terkait secara langsung dengan pelaksanaan program dan kegiatan. Kelompok belanja langsung merupakan belanja yang dianggarkan terkait secara langsung dengan pelaksanaan program dan kegiatan.

Kelompok belanja tidak langsung dibagi menurut jenis belanja yang terdiri dari:

1. Belanja pegawai
2. Bunga
3. Subsidi
4. Hibah
5. Bantuan sosial
6. Belanja bagi hasil
7. Bantuan keuangan
8. Belanja tidak terduga

Kelompok belanja langsung dibagi menurut jenis belanja yang terdiri dari:

1. Belanja pegawai
2. Belanja barang dan jasa
3. Belanja modal.

2.1.3 Teori Pengeluaran Pemerintah

2.1.3.1 Pengeluaran Pemerintah Secara Mikro

Pengeluaran pemerintah merupakan suatu cerminan kebijakan yang akan dilaksanakan oleh suatu pemerintahan. Teori mengenai pengeluaran pemerintah dibagi menjadi dua bagian yaitu pengeluaran pemerintah secara makro, dan pengeluaran pemerintah secara mikro. Pengeluaran pemerintah secara mikro menurut Guritno (1997) merupakan teori perkembangan pengeluaran pemerintah bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan terhadap barang publik, dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang publik. Faktor-faktor permintaan akan barang publik dan faktor-faktor persediaan barang publik akan berinteraksi sehingga jumlah barang publik dapat ditentukan melalui anggaran belanja. Pengeluaran pemerintah untuk barang publik akan menstimulasi pengeluaran untuk barang lain. Perkembangan pengeluaran pemerintah secara mikro dipengaruhi faktor-faktor di bawah ini:

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

Barang dan jasa publik yang disediakan oleh pemerintah juga disediakan oleh politisi yang memilih jumlah barang dan jasa yang dihasilkan. Selain itu, para politisi juga menentukan jumlah pajak yang akan dikenakan kepada masyarakat untuk membiayai barang dan jasa publik yang disediakan. Sehingga para politisi akan menetapkan jumlah barang publik dan tingkat pajak yang menjadi keinginan masyarakat agar masyarakat tetap memilih mereka.

2.1.3.2 Pengeluaran Pemerintah Secara Makro

2.1.3.2.1 Hukum Wagner

Teori yang dikemukakan oleh Wagner mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin meningkat secara proporsi terhadap GNP yang juga didasarkan pada pengamatan di Negara Eropa, U.S, dan Jepang pada abad ke-19. Menurut Wagner jika pendapatan perkapita meningkat maka secara relatif pengeluaran pemerintah akan meningkat. Hal ini didasarkan pada pertumbuhan ekonomi akan mengakibatkan hubungan industri dengan industri, hubungan industri dengan masyarakat, dan sebagainya akan menjadi semakin rumit dan kompleks.

Pada masa ini peran pemerintah akan semakin besar terutama karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum, pendidikan, rekreasi, kesehatan, dan lain sebagainya. Kelemahan hukum wagner adalah karena hukum tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang-barang publik. Wagner mendasarkan pandangannya pada suatu teori yang disebut organis mengenai pemerintah yang menganggap pemerintah sebagai individu

yang bebas bertindak, terlepas dari anggota masyarakat lainnya. Hukum wagner dapat diformulasikan sebagai berikut :

$$\frac{P_kPP_1}{PPK_1} < \frac{P_kPP_2}{PPK_2} < \dots < \frac{P_kPP_n}{PPK_n}$$

Dimana :

P_kPP : Pengeluaran pemerintah per kapita

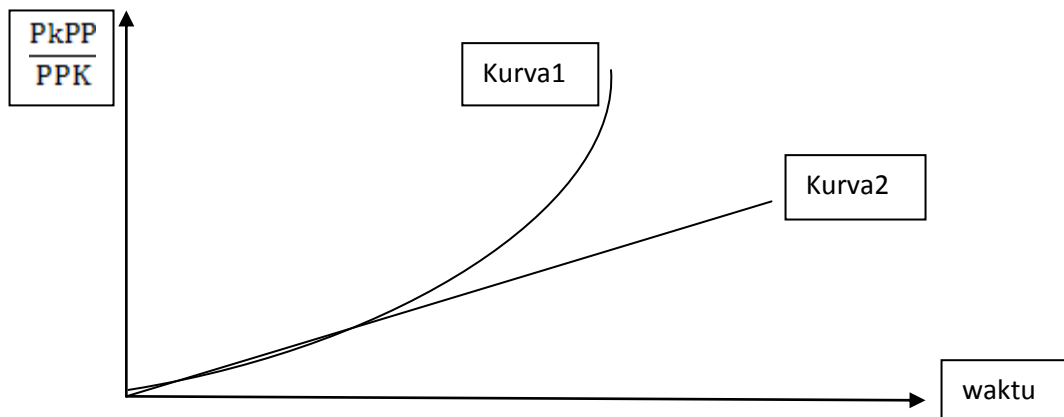
PPK : Pendapatan perkapita, yaitu GDP/ jumlah penduduk

1,2,...,n : Jangka waktu tahun

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

Gambar 2.1

Pertumbuhan Pengeluaran Pemerintah menurut Wagner



Sumber : Guritno Mangkoesobroto, 1993: h.172

2.1.3.2.2 Teori Peacock dan Wiseman

Peacock dan Wiseman mengemukakan teorinya berdasarkan pengamatan bahwa pemerintah senantiasa berusaha untuk memperbesar pengeluaran sedangkan masyarakat tidak suka membayar pajak yang semakin besar untuk membiayai pengeluaran pemerintah yang semakin besar tersebut. Sehingga teori ini disebut sebagai teori perkembangan pengeluaran pemerintah yang terbaik (Gurotno, 1993).

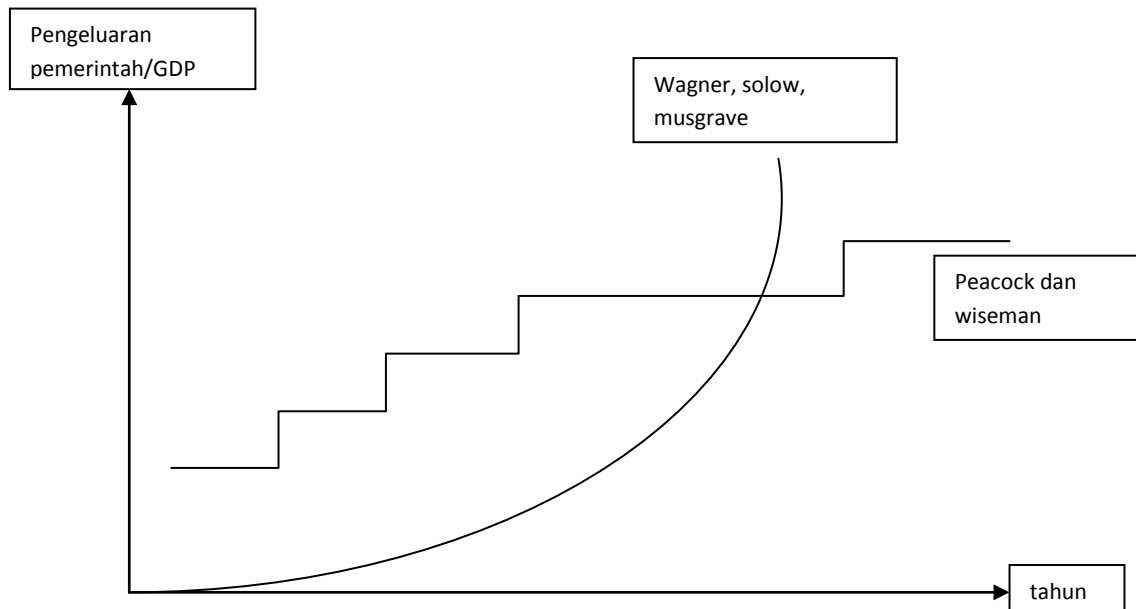
Dari teori ini diketahui bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak yang dapat dipahami oleh masyarakat terhadap besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluarannya. Perkembangan ekonomi menyebabkan pemungutan pajak yang semakin meningkat. Oleh karena itu, dalam keadaan normal meningkatnya GNP akan menyebabkan penerimaan pemerintah yang semakin besar, begitu juga dengan pengeluaran pemerintah menjadi semakin besar.

Apabila keadaan normal ini terganggu maka pemerintah harus memperbesar pengeluarannya, maka pemerintah memanfaatkan pajak sebagai alternatif untuk peningkatan penerimaan Negara. Jika tarif pajak dinaikkan maka pengeluaran investasi dan konsumsi masyarakat menjadi berkurang. Keadaan ini disebut efek pengalihan (*displacement effect*) yaitu adanya suatu gangguan sosial menyebabkan aktivitas swasta dialihkan pada aktivitas pemerintah.

Dalam gambar 2.2 berikut ditampilkan perbedaan antara wagner dan peacock dan wiseman. Dimana pandangan pengeluaran pemerintah menurut peacock dan wiseman tidaklah berbentuk suatu garis lurus. Karena toleransi masyarakat terhadap pungutan pajak akan meningkat maka grafik dari teori ini berbentuk seperti tangga.

Gambar 2.2

Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah



Sumber : Guritno Mangkoesoebroto,1993; h.175

2.1.4 Klasifikasi pengeluaran pemerintah

Menurut Suparmoko (1994;h.78), pengeluaran pemerintah dapat dinilai dari berbagai segi sehingga dapat dibedakan menjadi sebagai berikut :

1. Pengeluaran itu merupakan investasi yang menambah kekuatan dan ketahanan ekonomi dimasa yang akan datang.

2. Pengeluaran itu langsung memberikan kesejahteraan dan kegembiraan bagi masyarakat.
3. Merupakan penghematan pengeluaran yang akan datang.
4. Menyediakan kesempatan kerja lebih banyak dan penyebaran tenaga beli yang lebih luas

Berdasarkan penilaian tersebut, maka macam-macam pengeluaran pemerintah dapat dibedakan menjadi:

1. Pengeluaran yang *self liquidating* sebagian atau sepenuhnya, artinya pengeluaran pemerintah mendapatkan pembayaran kembali dari masyarakat yang menerima jasa/barang yang bersangkutan. Misalnya, pengeluaran untuk jasa-jasa perusahaan pemerintah atau untuk proyek-proyek produktif
2. Pengeluaran yang reproduktif, artinya mewujudkan keuntungan-keuntungan ekonomi bagi masyarakat yang dengan naiknya tingkat penghasilan dan sasaran pajak yang lain akhirnya akan menaikkan penerimaan pemerintah. Misalnya pengeluaran untuk bidang pertanian, pendidikan, dan pengeluaran untuk menciptakan lapangan kerja, serta memicu peningkatan kegiatan perekonomian masyarakat.
3. Pengeluaran yang tidak termasuk *self liquidating* dan tidak reproduktif, yaitu pengeluaran yang langsung menambahkan kegembiraan dan kesejahteraan masyarakat. Misalnya untuk bidang rekreasi, pendirian monumen dan sebagainya.

4. 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.
5. Pengeluaran yang merupakan penghematan di masa akan datang, misalnya pengeluaran untuk anak-anak yatim piatu, pengeluaran untuk kesehatan dan pendidikan masyarakat.

2.1.5 Indikator Kesehatan

Untuk menciptakan masyarakat yang sehat pemerintah Indonesia melalui Departemen Kesehatan telah merumuskan berbagai indikator untuk mencapai Indonesia sehat. Selain melalui Kementerian Kesehatan pemerintah Indonesia juga telah ikut serta dalam MDGs, dimana MDGs merupakan komitmen Internasional untuk memberantas kelaparan dan meningkatkan taraf hidup masyarakat setempat. Tujuan ke-dua dari MDGs adalah menurunkan angka kematian bayi. Hal ini penting karena bayi lebih rentan terhadap penyakit dan juga kondisi lingkungan yang kurang sehat. Sehingga diperlukan peran pemerintah untuk menciptakan angka kematian bayi yang rendah. Indikator kesehatan berdasarkan visi Indonesia Sehat 2010 yang telah dirumuskan oleh Dinas Kesehatan RI terdiri dari :

1. Indikator masukan
 - A. Pelayanan Kesehatan
 - a. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan

- b. Persentase desa yang mencapai “Universal Child Immunization”
- c. Persentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif

B. Sumberdaya Kesehatan

- a. Rasio dokter per-100.000 penduduk
- b. Rasio bidan per 100.000 penduduk
- c. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
- d. Alokasi Anggaran kesehatan pemerintah per-kapita per-tahun (ribuan rupiah)

C. Manajemen Kesehatan

- a. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
- b. Persentase kabupaten/kota yang memiliki dokumen system kesehatan

D. Kontribusi Sektor-Sektor Terkait

- a. Persentase penduduk yang melek huruf
- b. Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih

2. Indikator hasil antara (*Intermediate Output*). Indikator ini terdiri dari indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu:

A. Keadaan Lingkungan

- a. Persentase rumah sehat
- b. Persentase tempat-tempat umum sehat

B. Perilaku Hidup Masyarakat

- a. Persentase posyandu purnama dan mandiri
- b. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat

C. indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.

- a. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas
- b. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit

3. Indikator hasil akhir (Derajat Kesehatan)

A. mortalitas (kematian)

- a. Angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup
- b. Angka kematian balita per-1.000 kelahiran hidup
- c. Angka harapan hidup waktu lahir

2.1.6 Indikator Pendidikan

Dalam UU no.23 tahun 2003 pasal 9 disebutkan bahwa anak-anak berhak memperoleh pendidikan dan pengajaran dalam rangka mengembangkan pribadinya dan tingkat kecerdasannya. Untuk memenuhi hak anak tersebut dan pendidikan bagi seluruh kalangan masyarakat pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mewujudkan pendidikan dasar Sembilan tahun bagi semua. Selain komitmen nasional, pemerintah Indonesia juga berkomitmen dalam dunia Internasional melalui MDGs. Tujuan kedua dari MDGs adalah menciptakan pendidikan dasar bagi semua. Untuk melihat pencapaian dan keadaan derajat pendidikan di Indonesia Departemen Pendidikan

telah menetapkan beberapa Indikator di bidang pendidikan. Indikator- Indikator tersebut antara lain :

1. Indikator Masukan

- a. Pembiayaan bidang pendidikan
 - a. Biaya per-kapita murid
 - b. Persentase anggaran pendidikan pada APBD kabupaten/kota
 - c. Persentase rata-rata anggaran pendidikan per-kapita, per-tahun
(dalam ribu rupiah)
- b. Penyediaan fasilitas-fasilitas pembelajaran bagi masyarakat
 - a. Jumlah ruang UKS, Laboratorium, lapangan olahraga, dan perpustakaan
 - b. Keadaan gedung sekolah
- c. Kualitas sumberdaya manusia termasuk tenaga pengajar
 - a. Persentase guru yang menamatkan pendidikan tinggi
 - b. Kesesuaian guru mengajar dengan jurusan ijazah
 - c. Persentase guru menurut kelayakan
- d. Indikator-indikator kontribusi sektor terkait
 - a. Tingkat pengangguran
 - b. Rasio beban tanggung

2. Indikator hasil antara (*Intermediate Output*)

- a. Keadaan lingkungan
- b. Perilaku hidup masyarakat

c. Indikator-indikator akses dan mutu pelayanan pendidikan

3. Indikator hasil akhir (*outcomes*)

a. Pemerataan dan perluasan akses pendidikan

1. Angka Melanjutkan
2. Angka Partisipasi Kasar (APK)
3. Angka Partisipasi Murni (APM)
4. Rasio Siswa per-sekolah
5. Rasio Kelas per-siswa

Komitmen pemerintah melalui Departemen Pendidikan adalah untuk memastikan pendidikan dasar sembilan tahun telah terlaksana di seluruh wilayah Indonesia. Wajib belajar Sembilan tahun mencakup enam tahun pendidikan pada jenjang sekolah dasar dan tiga tahun pada jenjang sekolah menengah pertama atau madrasah tsanawiyah. Indikator APK SD menunjukkan persentase yang mendekati 100 persen (Kementrian Pendidikan Jawa Tengah). Sehingga dalam penelitian ini indikator Angka Melanjutkan SMP/MTs untuk melihat apakah siswa yang telah menyelesaikan pendidikannya pada jenjang sekolah dasar akan melanjutkan pada jenjang pendidikan dasar selanjutnya yaitu SMP/MTs.

2.2 Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan telah dilakukan, antara lain:

Table 2.1

Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul	Periode Penelitian	Metode Penelitian	Kesehatan			Pendidikan			Kesimpulan
					DV	IV	DF	DV	IV	DF	
1	Ahmad, Afridian (2009)	Dampak desentralisasi fiskal terhadap <i>outcomes</i> bidang kesehatan: studi empiris di kabupaten/kota propinsi Sumatera Barat	1997-2007	Analisis dilakukan dengan metode regresi linear berganda dengan pengujian asumsi klasik dengan menggunakan data panel pada 19 kabupaten/kota di Sumatera Barat	usia harapan hidup (AHH) dan angka kematian bayi (AKB).	derajat desentralisasi fiskal, PDRB per kapita, jumlah tempat tidur tersedia di Rumah sakit dan Jumlah Tenaga Medis.	desentralisasi fiskal di hitung sebagai rasio antara persentase anggaran kesehatan dalam APBD terhadap total anggaran APBD pada tahun yang sama				Variabel desentralisasi fiskal tidak berpengaruh signifikan terhadap angka kematian bayi dan angka harapan hidup
2	Asfaw et	<i>Modeling</i>	1990-1997	Mengguna	angka	desentrali	desentralisasi				Desentralisasi

	al, (2007)	<i>the impact of fiscal decentralization on health outcomes: empirical evidence from India</i>		kan Panel data	kematian bayi (AKB).	sasi fiskal , jumlah perempuan melek huruf, pendapatan per kapita dan indeks desentralisasi politik	fiskal yang diukur dengan tiga variabel dasar antara lain: bagian dari pengeluaran pemerintah daerah terhadap pengeluaran pemerintah provinsi, total pengeluaran lokal per populasi di desa, dan bagian dari penerimaan daerah terhadap total pengeluaran daerah.				fiskal dapat membantu untuk mengurangi angka kematian bayi dan desentralisasi politik adalah sebuah faktor yang potensial untuk meningkatkan efektifitas pengeluaran publik.
3	Cantarero dan Pascual (2008)	<i>Analysing the impact of fiscal decentralization on health</i>	1992-2003	Menggunakan Panel data spesifikasi dengan menggunakan	angka kematian bayi (AKB) dan angka	Desentralisasi fiskal , pendapatan per kapita,	Desentralisasi fiskal yang dihitung dari rasio pengeluaran kesehatan				Desentralisasi fiskal di Spanyol ditemukan Selama periode studi, dengan

		<i>outcomes : empirical evidence from spain</i>		n radom effect dan <i>fixed effect</i> (efek tetap dan efek acak model)	harapan hidup (AHH)	rasio tempat tidur perawata n akut ,dan rasio dokter umum	daerah terhadap total pengeluaran kesehatan untuk semua tingkat pemerintahan.				kata lain peningkatan desentralisasi fiskal akan menurunkan angka kematian bayi.berhubungan negatif terhadap angka kematian bayi
4	Robalino et al, (2001)	<i>Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from a cross-country analysis</i>	1970-1995	Menggunakan panel data dengan pendekatan fixed effect	angka kematian bayi AKB	desentralisasi fiskal , PDB per kapita, korupsi, etnolinguistik fractional isation, dll	desentralisasi fiskal diukur sebagai proporsi belanja pemerintah daerah terhadap pengeluaran pemerintah pusat				Desentralisasi fiskal berhubungan dengan angka kematian bayi yang lebih rendah, dan manfaat marjinal dari desentralisasi fiskal ini lebih besar terjadi pada daerah yang berpenghasilan rendah

5	Riskiyanti, Rosi (2010)	Analisis regresi Multivariat berdasarkan faktor-faktor yang memengaruhi derajat kesehatan di provinsi Jawa Timur	2007	Menggunakan regresi multivariante	Angka kematian bayi, angka harapan hidup, dan status gizi buruk	% rumah tangga yang menggunakan jamban, % rumah tangga yang menggunakan air bersih untuk minum/masak, rata-rata lama bayi menerima asi eksklusif, persentase peran aktif masyarakat dalam posyandu, persalinan yang					Hanya variable persalinan yang dibantu tenaga kesehatan dan imunisasi lengkap yang diterima oleh bayi akan berpengaruh negatif terhadap AKB dan status gizi
---	-------------------------	--	------	-----------------------------------	---	---	--	--	--	--	---

						ditolong tenaga kesehatan , persentase imunisasi lengkap yang diterima bayi					buruk, dan berpengaruh positif terhadap AHH
6	Rubio, Dolores (2010)	<i>Is fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries</i>	1960-2004	Menggunakan OLS panel corrected Standard Errors (PCSE)	angka kematian bayi AKB	desentralisasi fiskal, GDP perkapita, tingkat pendidikan dan konsumsi rokok dan alkohol sebagai indikator gaya hidup	desentralisasi fiskal <i>autonomous tax revenue</i> (kapasitas fiskal daerah dibagi total penerimaan provinsi) dan pengeluaran desentralisasi (pengeluaran pemerintah daerah dibagi dengan total pengeluaran pemerintah				Terdapat hubungan yang negatif dan signifikan antara desentralisasi fiskal dengan angka kematian bayi. Sehingga terdapat efisiensi fiskal terjadi setelah ada pelimpahan tanggungjawab dari

							provinsi dan pusat)				pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.
7	Salinas, Paula 2007	<i>Evaluation of effect of decentralization on education outcomes in Spain</i>	1980-2003	Menggunakan data panel				<i>survival rate</i> yang merupakan rasio jumlah murid yang berada pada	pendapatan per kapita, tingkat pengangguran, rasio guru murid sebagai	desentralisasi fiskal diukur dengan menggunakan variabel dummy dimana apabila	Desentralisasi fiskal memiliki pengaruh positif terhadap <i>outcomes</i> bidang pendidikan yang diukur dengan

							tingkat akhir sekolah dasar dibandingkan dengan siswa yang terdaftar pada obligatory secondary education.	input variabel dan desentralisasi fiskal.	suatu daerah tersebut telah terdesentralisasi maka akan diwakilkan dengan nilai 1 dan jika tidak akan diwakilkan dengan nilai 0.	<i>survival rate</i> (angka melanjutkan). Dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa daerah yang memiliki surplus anggaran publik atau dengan kata lain memiliki derajat desentralisasi yang tinggi akan mendapatkan manfaat yang lebih besar dari adanya desentralisasi fiskal ini terhadap bidang pendidikan, dibandingkan daerah dengan derajat
--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	---

											desentralisasi yang rendah (defisit anggaran).
9	Uchimura et al (2009)	<i>Fiscal decentralization, chinese style: good for health outcomes?</i>	1995-2001	Menggunakan panel data dengan pendekatan Fix effect	angka kematian bayi (AKB).	desentralisasi fiskal, jumlah perempuan melek huruf, pendapatan per kapita dan indeks desentralisasi fiskal, PDB per kapita provinsi, rasio /	desentralisasi fiskal diukur dengan indikator keseimbangan vertikal, dan rasio pengeluaran agregat kabupaten terhadap total pengeluaran provinsi				Studi ini menemukan bahwa provinsi yang lebih terdesentralisasi memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah.

						pedesaan perkotaan di provinsi, tingkat kesuburan provinsi, dan angka buta huruf					
10	Dina Agustina	pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi dan angka melanjutkannya SMP/MTs	2007-2009	menggunakan data panel dengan pendekatan <i>random effect</i> dan analisis jalur	angka kematian bayi (AKB).	desentralisasi fiskal, PDRB perkapita, angka melek huruf waia, rasio dokter, persentase pengeluaran tembakau	desentralisasi fiskal diukur dari sisi pengeluaran dan penerimaan. Dari sisi pengeluaran desentralisasi diproksi sebagai rasio pengeluaran pemerintah daerah terhadap pemerintah provinsi. Dan	angka melanjutkannya SMP/MTs	PDRB perkapita, populasi background, rasio guru per murid, dan tingkat pengangguran	desentralisasi fiskal diukur dari sisi pengeluaran dan penerimaan. Dari sisi pengeluaran desentralisasi diproksi sebagai rasio pengeluaran	

						, dan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan	desentralisasi dari sisipenerimaan diproxi sebagai rasio PAD terhadap total pendapatan daerah.			pemerintah daerah terhadap pemerintah provinsi. Dan desentralisasi dari sisipenerimaan diproxi sebagai rasio PAD terhadap total pendapatan daerah.
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

2.3 Kerangka Pemikiran

Pelaksanaan otonomi daerah di Indonesia juga membawa konsekuensi terhadap adanya desentralisasi fiskal di daerah otonom. Desentralisasi fiskal ini merupakan suatu kewenangan yang dimiliki oleh pemerintah daerah untuk menggali potensi keuangan didaerahnya dan mendayagunakan potensi tersebut untuk mendukung pelaksanaan tugas pemerintahan. Dalam desentralisasi fiskal ini dianut prinsip *money follows functions* yang berarti semua anggaran merupakan cerminan penyerahan dan pelimpahan kewenangan pemerintahan.

Pelaksanaan desentralisasi memiliki asumsi dasar bahwa pemerintah daerah akan lebih peka terhadap masalah dan kebutuhan masyarakat didaerahnya. Dalam setiap pelaksanaan kebijakan pemerintahan akan dijabarkan melalui anggaran yang akan dialokasikan terhadap suatu sektor yang menjadi tanggung jawab pemerintah. Sektor kesehatan dan pendidikan merupakan sektor yang memiliki peran penting dalam pembentukan modal manusia.

Pentingnya sektor kesehatan dan pendidikan ini telah disadari oleh pemerintah dengan dikeluarkannya UU no.23 tahun 2003 yang mengatur pengeluaran minimum yang harus dilakukan pemerintah daerah untuk dialokasikan pada kesehatan dan pendidikan. Dalam UU no. 23 tahun 2003 ditetapkan bahwa setiap daerah wajib mengalokasikan 15 persen dana APBD pada sektor kesehatan, dan 20 persen pada sektor pendidikan. Adanya desentralisasi fiskal juga dianggap dapat meningkatkan

derajat kesehatan masyarakat. Dimana dengan penyerahan dan pelimpahan kewenangan pada pemerintah daerah maka pemerintah di harapkan dapat lebih cepat, tepat dan efisien dalam melakukan pelayanan publik untuk bidang kesehatan dan pendidikan.

Peran besar dalam membangun sektor kesehatan dan pendidikan sebagian besar memang menjadi beban pemerintah, namun tak dapat dipungkiri bahwa banyak faktor-faktor diluar faktor tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai dan terjangkau ini yang turut menentukan derajat kesehatan dan pendidikan seseorang yaitu faktor internal dari masing-masing individu. Faktor internal ini adalah tingkat pendidikan seseorang, tingkat pendapatan seseorang, gaya hidup seseorang, dan lingkungan masyarakat.

Pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang dalam memutuskan penggunaan pelayanan kesehatan yang baik. Pendidikan ini akan menjadikan masyarakat lebih dapat menerima pengobatan modern yang memiliki resiko yang lebih rendah. Pendapatan seseorang juga merupakan salah satu faktor penting karena pendapatan ini mencerminkan daya beli yang dimiliki oleh seseorang. Apabila pendapatan seseorang termasuk rendah maka jumlah investasi yang mereka keluarkan untuk berinvestasi dalam bidang kesehatan dan pendidikan akan rendah. Sedangkan gaya hidup seseorang akan berpengaruh terhadap pencapaian indikator AKB dan AM-SMP/MTs karena dengan kebiasaan yang baik dan sehat akan turut berpengaruh terhadap tingkat kesehatan dan pendidikan seseorang. Pengaruh kondisi lingkungan

masayarakat juga berpengaruh terhadap pencapaian angka kematian bayi (AKB) dan angka melanjutkan SMP/MTs. Dimana apabila suatu masyarakat memiliki pengetahuan dan pendidikan yang baik, maka masyarakat tersebut akan terbuka terhadap hal baru seperti pengobatan modern. Dan apabila sebagian besar anggota masyarakat telah memiliki tingkat pendidikan yang baik maka akan mendorong anggota masyarakat lain untuk tetap bersekolah.

Pencapaian kualitas kesehatan dan pendidikan masyarakat yang merupakan interaksi dari berbagai faktor yang turut mempengaruhi kesehatan dan pendidikan. Pencapaian kualitas kesehatan ini dapat di ukur dengan menggunakan indikator angka kematian bayi (AKB). Sedangkan pencapaian kualitas pendidikan dapat di ukur dengan angka melanjutkan SMP/MTs (AM-SMP/MTs), indikator ini digunakan sesuai dengan tujuan MDGs dalam menciptakan pendidikan dasar untuk semua.

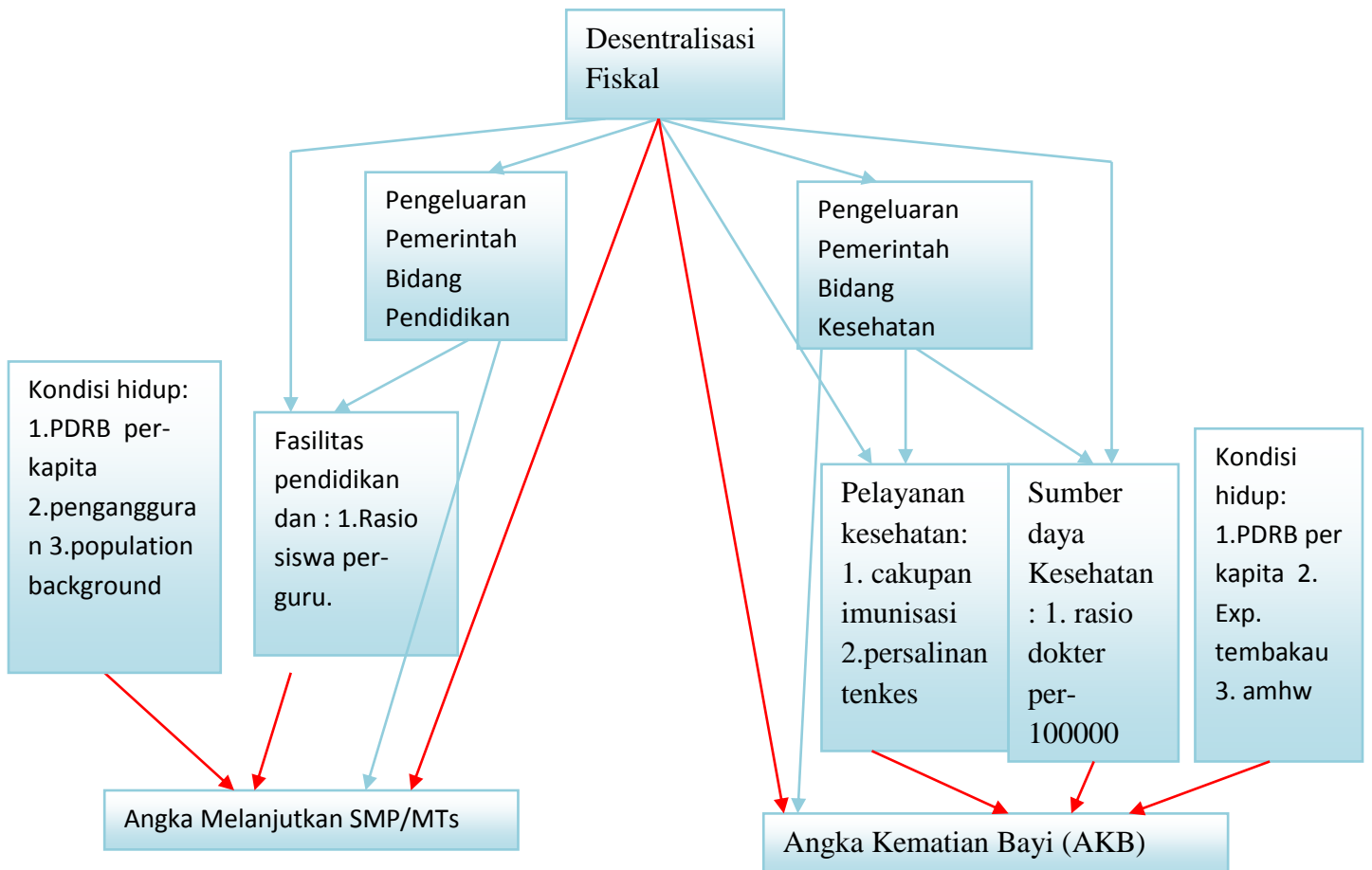
Penelitian terdahulu telah banyak dilakukan diberbagai negara termasuk Indonesia. Penelitian yang dilakukan di berbagai Negara menunjukkan bahwa desentralisasi fiskal memiliki pengaruh negatif terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan berpengaruh positif terhadap bidang pendidikan. Hal ini berarti bahwa desentralisasi fiskal mampu menurunkan angka kematian bayi dan mampu meningkatkan angka melanjutkan SMP/MTs. Namun, pada penelitian yang dilakukan oleh Ahmad, 2009 menemukan hasil yang sebaliknya dimana desentralisasi fiskal menunjukkan hasil yang tidak signifikan terhadap *outcomes* bidang kesehatan. Masih terbatasnya tinjauan empiris mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap

outcomes bidang pendidikan dan kesehatan ini Khususnya di Indonesia mendorong penulis untuk meneliti masalah sejenis di daerah Jawa Tengah.

Berdasarkan paparan diatas, maka kerangka pemikiran dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.3

Kerangka Pemikiran



Keterangan:

→ : dianalisis secara langsung → : dianalisis secara bertahap

Amhw : Angka melek huruf wanita

2.4 Hipotesis

Teori desentralisasi yang berkembang saat ini menyatakan bahwa, pelaksanaan desentralisasi dapat menciptakan efisiensi dalam pelayanan publik. efisiensi ini tercipta karena pemerintah daerah memiliki pemahaman yang lebih baik dibandingkan pemerintah pusat (Oates, 1993). Berbagai studi telah dilakukan untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal terhadap pelayanan publik. salahsatunya dilakukan oleh Rubio, Dolores (2010). Dalam penelitiannya Rubio, Dolores (2010) berkesimpulan bahwa desentralisasi fiskal memiliki pengaruh positif terhadap indikator angka kematian bayi. Dimana dengan penerapan desentralisasi fiskal akan mampu menurunkan angka kematian bayi. Dalam studi lainnya yang dilakukan oleh Salinas, Paula (2007), menemukan bahwa desentralisasi fiskal juga memiliki pengaruh positif terhadap tingkat *surviva rate* di Spanyol. Survival Rate diukur sebagai persentase siswa yang melanjutkan pendidikan pada tingkat *secondary school*.

Berdasarkan teori dan hasil studi terdahulu yang telah dilakukan maka, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Sektor Kesehatan

1. Terdapat hubungan negatif dan signifikan antara desentralisasi fiskal dan angka kematian bayi di kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah periode 2007-2009

Sektor Pendidikan

2. Terdapat hubungan positif dan signifikan antara desentralisasi fiskal dan Angka Melanjutkan SMP/MTs di kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah periode 2007-2009.

BAB III

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini rancangan variabel untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal terhadap indikator kesejahteraan anak yang dilambangkan dengan AKB dan AM-SMP/MTs, diadopsi dari penelitian Rubalio, Dolores (2010) dan juga Salinas, Paula (2007). Selain itu variabel-variabel yang digunakan dalam studi ini juga disesuaikan dengan tujuan Indonesia sehat 2010, dan tujuan *millennium development goals* (MDGs).

3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.1.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah objek penelitian atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Suharsimi Arikunto,(2002) dalam Ahmad, Afridian (2010)). Dalam penelitian ini untuk mengukur indikator hasil akhir (*outcomes*) yang juga merupakan indikator kesejahteraan anak bidang kesehatan digunakan angka kematian bayi (AKB). Sedangkan untuk mengukur indikator hasil akhir (*outcomes*) bidang pendidikan digunakan angka melanjutkan SMP/MTs sebagai *dependent variable*. Variabel *independent* yang berpengaruh terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan adalah variabel desentralisasi fiskal yang diukur dari sisi pendapatan (DDF) dan sisi pengeluaran (DK).

Sedangkan kontrol variabel yang digunakan dalam model persamaan kesehatan adalah

1. PDRB per kapita
2. Rasio dokter per 100000 penduduk
3. Angka melek huruf wanita
4. Persentase pengeluaran konsumsi tembakau.
5. Persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan
6. Persentase imunisasi bayi

Sedangkan kontrol variabel yang digunakan untuk mengukur *outcomes* bidang pendidikan adalah:

1. Rasio murid per-guru
2. PDRB per kapita
3. Population background
4. Persentase pengangguran.

3.1.2 Definisi Operasional Variable

Definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Desentralisasi fiskal

Definisi dari desentralisasi fiskal dalam variable penelitian ini mengikuti penelitian yang dilakukan oleh Rubio, Dolores (2010), dan Uchimura (2009). Desentralisasi fiskal diartikan sebagai kemampuan suatu daerah untuk meningkatkan pendapatan dari pajak daerah, dan sumber

keuangan lain yang telah diatur dalam perundang-undangan. Desentralisasi fiskal yang dilihat dari sisi pendapatan selanjutnya di sebut sebagai derajat desentralisasi fiskal (DDF).

Rubio, Doleres (2010) dan Uchimura 2010 dalam penelitiannya menggunakan cara klasik dalam menentukan tingkat desentralisasi fiskal ini, yaitu menganggap pengeluaran pemerintah daerah yang meningkat sebagai salah satu bentuk desentralisasi fiskal, hal ini didasarkan pada asumsi bahwa pemerintah akan mengalokasikan anggaran sesuai dengan penyerahan dan pelimpahan wewenang pemerintahan (*money follow function*). Desentralisasi fiskal dari sisi pengeluaran ini selanjutnya disebut sebagai DK (desentralisasi kemandirian daerah). Kedua ukuran dalam desentralisasi ini dapat diformulasikan sebagai berikut:

- a. Derajat Desentralisasi Fiskal (DDF)/ Desentralisasi Dari Sisi Pendapatan
Ketersediaan sumber daya fiskal merupakan kemampuan murni yang berasal dari daerah yaitu PAD. Rasio PAD terhadap total penerimaan daerah ini mencerminkan kemandirian suatu daerah dalam satuan desimal. Rasio desentralisasi fiskal ini dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$DDF = \frac{PAD}{TPD} \dots\dots\dots(3.1)$$

Dimana:

DDF = Derajat desentralisasi fiskal

PAD = Penerimaan Asli Daerah (Juta Rupiah)

TPD = Total penerimaan daerah (Juta rupiah)

= PAD + pendapatan transfer + lain-lain pendapatan yang sah

b. Derajat Kemandirian Daerah (DK) / Desentralisasi Dari Sisi Pengeluaran

Derajat desentralisasi fiskal yang diukur dari sisi pengeluaran daerah merupakan konsep yang menunjukkan jumlah anggaran yang dibutuhkan daerah dalam menjalankan proses pembangunan, baik untuk pengeluaran rutin dan pengeluaran pembangunan. Derajat kemandirian daerah (DK) ini dilambangkan sebagai rasio total pengeluaran pemerintah daerah terhadap pengeluaran pemerintah provinsi dalam satuan desimal.

$$DK = \frac{\text{Tot.pengeluaran pemerintah daerah}}{\text{Tot.pengeluaran pemerintah provinsi}} \dots\dots\dots(3.2)$$

DK = derajat Kemandirian daerah

2. Angka kematian bayi

Definisi Angka Kematian Bayi (AKB) menurut BPS adalah banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Indikator AKB yang digunakan dalam penelitian ini digambarkan dengan satuan per-1000 kelahiran hidup. AKB ini dapat dihitung dengan menggunakan formulasi sebagai berikut:

$$AKB = \frac{D_{0-<1th}}{\Sigma \text{Lahir Hidup}} \times K \dots \dots \dots (3.3)$$

Dimana: AKB = Angka Kematian Bayi / Infant Mortality Rate (IMR)

$D_{0-<1th}$ =Jumlah Kematian Bayi (berumur kurang 1 tahun) pada satu tahun tertentu di daerah tertentu.

Σ lahir hidup = Jumlah Kelahiran Hidup pada satu tahun tertentu di daerah tertentu (lihat modul fertilitas untuk definisi kelahiran hidup).

K = 1000

Indikator AKB yang merupakan indikator kesejahteraan bidang kesehatan ini merupakan indikator derajat kesehatan yang memiliki karakteristik negatif. Artinya semakin rendah nilai dari AKB maka menggambarkan semakin baik kondisi derajat kesehatan.

3. Angka melek huruf wanita

Definisi Angka Melek Huruf (AMH) menurut Badan Pusat Statistik adalah persentase penduduk usia 15 tahun keatas yang bisa membaca dan menulis serta mengerti sebuah kalimat sederhana dalam hidupnya sehari-hari. Angka melek huruf didapat dengan membagi jumlah penduduk usia 15 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis dengan jumlah penduduk usia 15 tahun keatas kemudian hasilnya dikalikan dengan seratus. Sehingga satuan

yang digunakan pada angka melek huruf wanita ini adalah dalam bentuk persen. Formulasinya adalah sebagai berikut :

$$LIT_{15+}^t = \frac{L_{15+}}{P_{15+}^t} \times 100 \dots\dots\dots(3.4)$$

dimana:

LIT_{15+}^t =Angka melek huruf wanita (penduduk wanita usia 15 tahun keatas) pada tahun t

L_{15+} = Jumlah penduduk wanita (usia diatas 15 tahun) yang bisa membaca dan menulis pada tahun t

P_{15+}^t = Jumlah penduduk usia 15 tahun keatas

4. Rasio Dokter per 100.000 penduduk

Jumlah dokter per 100.000 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 (Hakimuddin, 2010). Satuan yang digunakan dalam menggambarkan variabel ini adalah per 100.000 penduduk. Adapun untuk mendapatkan angka indikator ini dapat diperoleh dengan formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{jumlah dokter disuatu wilayah dan tahun tertentu}}{\text{jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000 \dots \dots \dots (3.5)$$

5. Persentase cakupan Imunisasi bayi

Variabel persentase bayi yang menerima imunisasi lengkap merupakan gambaran seberapa banyak bayi yang berada di kabupaten/kota Jawa tengah yang telah menerima imunisasi dasar lengkap. Imunisasi dasar lengkap meliputi imunisasi BCG, Polio, campak, DPT + HB, dan imunisasi hepatitis B3. Cakupan imunisasi Bayi ini memiliki satuan dalam bentuk persen. Persentase cakupan imunisasi bayi dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$cakup\an\ imunisasi = \frac{\text{jumlah bayi yang menerima imunisasi lengkap}}{\text{jumlah bayi pada satu daerah dan tahun tertentu}} \times 100\% \dots \dots \dots (3.6)$$

6. Persentase Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan

Variabel persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan merupakan gambaran seberapa banyak masyarakat yang memafaatkan fasilitas kesehatan modern dan meninggalkan cara persalinan tradisional seperti menggunakan jasa dukun atau dibantu oleh anggota keluarga lainnya. Persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan merupakan persentase dari jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan pada suatu daerah dan waktu tertentu terhadap jumlah persalinan pada daerah dan waktu yang sama

dalam satuan persen. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan ini dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$persalinan\ tenkes = \frac{\text{jumlah persalinan yang ditolong tenkes pada suatu daerah dan waktu tertentu}}{\text{jumlah persalinan yang terjadi pada suatu daerah dan waktu tertentu}} \times 100\% \dots \dots \dots (3.7)$$

7. PDRB per kapita

PDRB merupakan Jumlah nilai tambah (value added) yang timbul dari semua unit produksi didalam suatu wilayah dalam jangka waktu tertentu. Sedangkan PDRB perkapita merupakan jumlah PDRB dibagi dengan jumlah penduduk dipertengahan tahun yang tinggal diwilayah tersebut. Dalam penelitian kali ini digunakan data PDRB per-kapita atas dasar harga berlaku. Pemilihan bentuk PDRB atas dasar harga berlaku adalah agar data PDRB tersebut dapat mencerminkan pendapatan kotor setiap masyarakat yang sesungguhnya karena telah memasukkan unsur inflasi didalamnya. Data PDRB per-kapita atas dasar harga berlaku ini digunakan dalam angka absolut dengan satuan rupiah.

8. Persentase Pengeluaran Konsumsi

Variable persentase pengeluaran tembakau diadopsi dari penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Rubio, Dolores (2010) dengan sedikit modifikasi. Persentase pengeluaran konsumsi tembakau merupakan persentase

rata-rata pengeluaran penduduk untuk konsumsi tembakau dalam waktu satu bulan. Data persentase pengeluaran konsumsi tembakau ini diperoleh dari statistik pemerataan pendapatan dan pola konsumsi penduduk Jawa Tengah dalam beberapa terbitan, dan menggunakan satuan persen. Persentase pengeluaran konsumsi tembakau dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$\%konsumsi\ tembakau = \frac{\text{pengeluaran tembakau}}{\text{total pengeluaran (makanan + bukan makanan)}} \times 100\% \dots \dots \dots (3.8)$$

9. Angka melanjutkan ke tingkat SMP (AM SMP/MTs)

Angka melanjutkan ke tingkat SMP (AM SMP/MTs) adalah perbandingan antara jumlah lulusan jenjang sekolah dasar, termasuk MI terhadap jumlah siswa baru tingkat 1 pada jenjang SMP, termasuk MTs yang dinyatakan dalam satuan persen. Rumus yang digunakan untuk menghitung indikator ini adalah:

$$AM\ SMP = \frac{\text{banyaknya siswa baru tingkat 1 smp}}{\text{banyaknya lulusan SD}} \times 100\% \dots \dots \dots (3.9)$$

Indikator angka melanjutkan ini memiliki karakteristik hubungan yang positif. Dimana dengan meningkatnya angka melanjutkan, maka akan

semakin banyak siswa pada sekolah dasar SD/MI yang melanjutkan pendidikannya pada tingkat pendidikan menengah pertama.

10. Rasio murid per guru (RMG)

Rasio murid per guru (RMG) adalah perbandingan antara jumlah murid dengan jumlah guru pada jenjang pendidikan tertentu. Rasio siswa per guru diadopsi dari model yang dibangun oleh Salinas, Paula (2007) dimana variable input pendidikan dengan menggunakan Rasio Murid per Guru telah dapat menggambarkan ukuran kelas dan juga pengeluaran publik untuk sektor pendidikan. Rasio Murid per guru ini menggunakan satuan per-orang (Setiap orang guru). Rasio siswa per-guru ini dapat diformulasikan sebagai berikut :

$$RMG = \frac{\Sigma \text{murid yang mendaft SMP\&MTs}}{\Sigma \text{guru SMP /MTs}} \dots\dots\dots(3.10)$$

Keterangan : RMG = rasio murid per guru

11. *Population background*

Population background merupakan persentase penduduk wanita dan pria yang menamatkan pendidikan tinggi DIV/S1 dan S2. Variabel ini juga diadopsi dari penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Salinas, Paula (2007). Data *Population background* ini diperoleh dari data statistik sosial dan kependudukan (Susenas) dalam beberapa terbitan yang dinyatakan dalam

satuan persen. Variable *population background* dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$population\ background = \frac{\text{jumlah penduduk berumur 10 tahun ke atas yang menamatkan pendidikan DIV/S1 dan S2/S3}}{\text{jumlah penduduk 10 tahun ke atas}} \times 100\% \dots (3.11)$$

12. Persentase Tingkat Pengangguran

Persentase pengangguran adalah perbandingan jumlah penduduk yang sedang mencari pekerjaan pada wilayah dan tahun tertentu terhadap jumlah Angkatan Kerja di wilayah dan tahun yang sama. Variable persentase tingkat pengangguran ini juga diapatasi dari penelitian yang telah dilakukan oleh Salinas, Paula (2007). Tingkat pengangguran ini dinyatakan dalam satuan persen. Adapun untuk mendapatkan persentase tingkat pengangguran ini dapat diperoleh dengan formula sebagai berikut:

$$\frac{\text{jumlah penduduk yang sedang mencari kerja}}{\text{jumlah Angkatan Kerja}} \times 100\% \dots (3.10)$$

13. Pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan

Pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan dan kesehatan diperoleh dari data anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) menurut urusan yang diterbitkan oleh dinas perimbangan keuangan RI dan biro keuangan provinsi Jawa Tengah. Variabel pengeluaran pemerintah untuk

sektor pendidikan dan kesehatan ini menggunakan angka absolut dalam satuan jutaan rupiah.

3.2 Jenis dan Sumber Data

3.2.1 Jenis Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder berbentuk data panel (pooled data). Data panel dalam penelitian ini merupakan gabungan data *time series* dari tahun 2007 sampai tahun 2009, dan data *cross section* yang terdiri atas 35 kabupaten/ kota. Data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. PDRB per kapita atas dasar harga berlaku kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah, tanpa migas tahun 2007-2009
2. Angka kematian bayi kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2009
3. Angka melek huruf penduduk 10 tahun ke atas kabupaten/ kota Provinsi Jawa Tengah 2007-2009
4. Persentase rata-rata pengeluaran penduduk untuk konsumsi tembakau dalam satu bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah 2007-2009.

5. Persentase bayi yang menerima imunisasi lengkap menurut kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah 2007-2009.
6. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menurut kabupaten/kota di provinsi Jawa Tengah 2007-2009.
7. Ringkasan realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menurut kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2007-2009
8. Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menurut urusan, kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2007-2009
9. Realisasi Pengeluaran dan Belanja Daerah Kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2001-2009
10. Rasio Murid per Guru Kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah 2001-2009
11. Angka melanjutkan untuk tingkat SMP dan MTs, menurut kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2001-2009
12. Rasio Jumlah Dokter per 100000 penduduk, kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2001-2009
13. Persentase penduduk 10 tahun keatas yang menamatkan pendidikan DIV/S1 dan S2/S3
14. Persentase jumlah pengangguran, Kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2001-2009

3.2.2 Sumber data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang telah tersedia dan telah diproses oleh pihak-pihak lain sebagai hasil atas penelitian yang telah dilaksanakan. Sumber data tersebut antara lain:

1. BPS Provinsi Jawa tengah
2. BAPPEDA Provinsi Jawa Tengah
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
4. Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah
5. Biro keuangan Provinsi Jawa tengah
6. Jurnal dan literatur-literatur yang berkaitan dengan penelitian ini

3.3 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dan informasi yang berhubungan dengan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini menggunakan metode dokumentasi yaitu pengumpulan data dan informasi dengan cara mempelajari buku-buku terbitan pemerintah Provinsi Jawa Tengah, BPS, dinas kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dinas pendidikan Provinsi Jawa Tengah, dinas instansi terkait, artikel-artikel, jurnal-jurnal, dan buku-buku yang mempunyai relevansi dengan masalah yang diangkat dalam penelitian ini, yang diperoleh melalui perpustakaan dan *download* internet.

3.4 Metode Analisis

Metode pengujian hipotesis dalam penelitian ini menggunakan analisis data panel terhadap 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah dalam kurun waktu 2007-

2009 untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal terhadap AKB dan AM-SMP/MTs. Estimasi dalam model persamaan pengaruh desentralisasi fiskal terhadap indikator hasil akhir bidang kesehatan mengikuti model yang dibangun oleh Uchimura dan Jutting (2002), dan Rubio, Dolores (2010) yang didasarkan pada fungsi produksi kesehatan. Sedangkan model untuk mengukur dampak desentralisasi fiskal terhadap indikator hasil akhir bidang pendidikan menggunakan model yang dibangun oleh Salinas, paula (2007) yang juga didasarkan terhadap fungsi produksi pendidikan. Model-model tersebut dapat diformulasika sebagai berikut:

$$H_{ij} = \alpha_i + \beta_1 X_{ij} + \beta_2 Z_{ij} + \varepsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.11)$$

$$E_{ij} = \alpha_i + \beta_1 X_{ij} + \beta_2 Z_{ij} + \varepsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.12)$$

Dimana :

- H = indikator kesehatan
- E = indikator pendidikan
- X = indikator desentralisasi fiskal
- Z = kontrol variabel dalam model
- ε = error
- i = waktu
- j = daerah

1. Model Kesehatan
 - a. Model 1 (pertama)

Dari model estimasi dasar tersebut, maka dapat dikembangkan model untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal (DDF dan DK) terhadap AKB dengan menambahkan kontrol variable antara lain angka melek huruf penduduk wanita berusia 10 tahun keatas, rasio jumlah dokter per 100000 penduduk, persentase pengeluaran untuk konsumsi tembakau dan menambahkan variable pendapatan domestik bruto perkapita sebagai salah satu faktor yang turut berpengaruh terhadap angka kematian bayi. Sehingga secara matematis persamaan tersebut menjadi adalah sebagai berikut:

$$AKB_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{(1.1)ij} + \beta_2 X_{2ij} + \beta_3 X_{3ij} + \beta_4 X_{4ij} + \beta_5 X_{5ij} + \varepsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.13)$$

$$AKB_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{(1.2)ij} + \beta_2 X_{2ij} + \beta_3 X_{3ij} + \beta_4 X_{4ij} + \beta_5 X_{5ij} + \varepsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.14)$$

- Dimana :
- AKB = Angka kematian bayi
 - $X_{(1.1)}$ = Desentralisasi fiskal (DDF)
 - $X_{(1.2)}$ = desentraliasi fiskal (DK)
 - X_2 = PDRB perkapita
 - X_4 = Angka melek huruf penduduk wanita 10 tahun ke atas
 - X_3 = Rasio Jumlah dokter per 100000 penduduk
 - X_5 = Persentase pengeluaran konsumsi tembakau
 - ε = Eror
 - i = Waktu
 - j = Daerah

b. Model 2 (Kedua)

Dalam pembangunan model kesehatan kedua ini didasarkan pada penelitian yang dilakukan oleh riskiyanti, Rosi (2010) dan Jugan Rubio, Dolores (2010). Perbedaan mendasar antara model kesehatan pertama dan kedua ini terdapat pada kontrol variabel yang digunakan. Dalam model kedua untuk bidang kesehatan ini kontrol variabel yang digunakan antara lain variabel pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan, persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, serta persentase imunisasi lengkap yang diterima oleh bayi. Model kedua untuk persamaan pada bidang kesehatan ini dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$AKB_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{(1.1)ij} + \beta_2 X_{2.2ij} + \beta_3 X_{3.2ij} + \beta_4 X_{4.2ij} + \beta_5 X_{5.2ij} + \varepsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.15)$$

$$AKB_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{(1.2)ij} + \beta_2 X_{2.2ij} + \beta_3 X_{3.2ij} + \beta_4 X_{4.2ij} + \beta_5 X_{5.2ij} + \varepsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.16)$$

Dimana :

- AKB = Angka kematian bayi
- $X_{(1.1)}$ = Desentralisasi fiskal (DDF)
- $X_{(1.2)}$ = desentraliasi fiskal (DK)
- $X_{2.2}$ = Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan
- $X_{3.2}$ = Persentase bayi yang menerima imunisasi lengkap
- $X_{4.2}$ = Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
- $X_{5.2}$ = Angka melek huruf wanita
- ε = Error

i = Waktu
 j = Daerah

2. Model pendidikan

Dan pengembangan model untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal terhadap AM-SMP/MTs dapat diukur dengan menambahkan variabel rasio murid per guru sebagai salah satu input bidang pendidikan, persentase jumlah pengangguran sebagai penggambaran kondisi ekonomi suatu wilayah yang turut berpengaruh dalam keputusan bersekolah bagi seseorang, dan PDRB per kapita sebagai suatu pencerminan pendapatan masyarakat sebagai faktor yang turut mempengaruhi angka melanjutkan SMP/MTs. Sehingga pengembangan model ini dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$AM-SMP/MTs_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{(1.1)ij} + \beta_2 X_{i2j} + \beta_3 X_{3ij} + \beta_4 X_{4ij} + \beta_5 X_{5ij} + \epsilon_i \dots (3.17)$$

$$AM-SMP/MTs_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{(1.2)ij} + \beta_2 X_{i2j} + \beta_3 X_{3ij} + \beta_4 X_{4ij} + \beta_5 X_{5ij} + \epsilon_i \dots (3.18)$$

Dimana :

AM-SMP/MTs = Angka Melanjutkan SMP/MTs
 $X_{(1.1)}$ = Desentralisasi fiskal (DDF)
 $X_{(1.2)}$ = desentralisasi fiskal (DK)
 X_2 = PDRB perkapita
 X_3 = Rasio Murid per Guru
 X_4 = *population background*
 X_5 = Persentase pengangguran

ε	= Eror
i	= Waktu
j	= Daerah

3.4.1 Deteksi Penyimpangan Asumsi Klasik

Secara umum dalam pendekatan ekonometrik perlu dilakukan apa yang disebut sebagai deteksi penyimpangan asumsi klasik. Tujuannya agar diperoleh penaksiran yang bersifat *Best Linier Unbiased Estimator* (BLUE), maka terhadap estimasi model penelitian tersebut perlu dilakukan uji asumsi klasik yang terdiri dari :

- Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah data yang digunakan mempunyai distribusi normal atau tidak. Data yang baik memiliki distribusi normal atau mendekati normal. Normalitas dapat dideteksi dengan menggunakan uji *Jarque-Bera* (JB) dan metode grafik. Penelitian ini akan menggunakan metode J-B test yang dilakukan dengan menghitung perbedaan skewness dan kurtosis data. Apabila J-B hitung < nilai χ^2 (Chi Square) tabel atau probabilitas melebihi 0.05, maka nilai residual berdistribusi normal. Nilai Jarque bera dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$JB = \frac{N-k}{6} \left[S^2 + \frac{(k-3)^2}{4} \right] \dots\dots\dots(3.19)$$

Dimana :

S = Skewness statistik

K = Kurtosis

k = menggambarkan banyaknya koefisien yang digunakan dalam persamaan

- Uji Multikolinearitas

Multikolinearitas adalah kondisi adanya hubungan linear antar variable independen. Cara untuk mendeteksi ada tidaknya multikolinearitas dalam model adalah sebagai berikut :

1. Nilai R^2 yang dihasilkan sangat tinggi , namun secara individual variabel-variabel independen banyak yang tidak signifikan mempengaruhi variabel dependen.
2. Dengan menghitung koefisien korelasi antarvariable independent. Apabila koefisiennya rendah, maka tidak terdapat multikolinieritas.
3. Dengan melakukan regresi auxiliary. Regresi jenis ini dapat digunakan untuk mengetahui hubungan antar dua atau lebih variable independent yang secara bersama-sama mempengaruhi satu variable independent. Regresi auxiliary dilakukan terhadap beberapa variable independent yang ada, dimana salah satu diantaranya dijadikan variable dependent dan lainnya sebagai variable independent secara bergantian.

Dalam penelitian kali ini digunakan koefisien korelasi antar variable independent untuk menguji ada tidaknya masalah mutikolinearitas pada model. Apabila koefisien korelasi antar variable independent melebihi 0.80 maka dapat disimpulkan bahwa terjadi masalah multikolinearitas. Karena terdapat variable independen yang memiliki korelasi yang kuat terhadap variable independen lainnya.

- Uji Heteroskedasitas

Heteroskedasitas berarti bahwa variasi residual tidak sama atau nonkonstan untuk semua pengamatan. Heteroskedasitas juga bertentangan dengan salah satu asumsi dasar regresi homoskedasitas yaitu variasi residual sama untuk semua pengamatan. Secara ringkas walaupun terdapat heteroskedasitas maka penaksir OLS (*Ordinary Least Square*) tetap tidak bias dan konsisten tetapi penaksir tidak lagi efisien baik dalam sampel kecil maupun sampel besar (*asimtotik*).

Dalam penelitian ini digunakan uji White untuk menguji ada tidaknya heteroskedasitas. Dalam model regresi terjadi ketidaksamaan *variance* dari residual satu pengamatan ke pengamatan lainnya. Ada beberapa cara untuk mendeteksi adanya heteroskedasitas antara lain dengan menggunakan uji *white*. Uji *white* dapat menjelaskan apabila nilai probabilitas $Obs \cdot R^2$ lebih kecil dari α (5%) maka data bersifat heteroskedasitas begitu pula sebaliknya.

Selain melalui *white tes*, uji heteroskedastisitas juga dapat dilakukan dengan menggunakan metode grafik. Dalam pengujian dengan menggunakan metode grafik melalui *scatterplot*, apabila grafik dalam *scatterplot* membentuk suatu pola tertentu maka dapat dicurigai terjadi masalah heteroskedastisitas. Sedangkan apabila titik-titik dalam *scatterplot* tidak membentuk pola atau tersebar maka dapat disimpulkan bahwa dalam model persamaan regresi tersebut tidak terjadi masalah heteroskedastisitas.

- Uji Autokorelasi

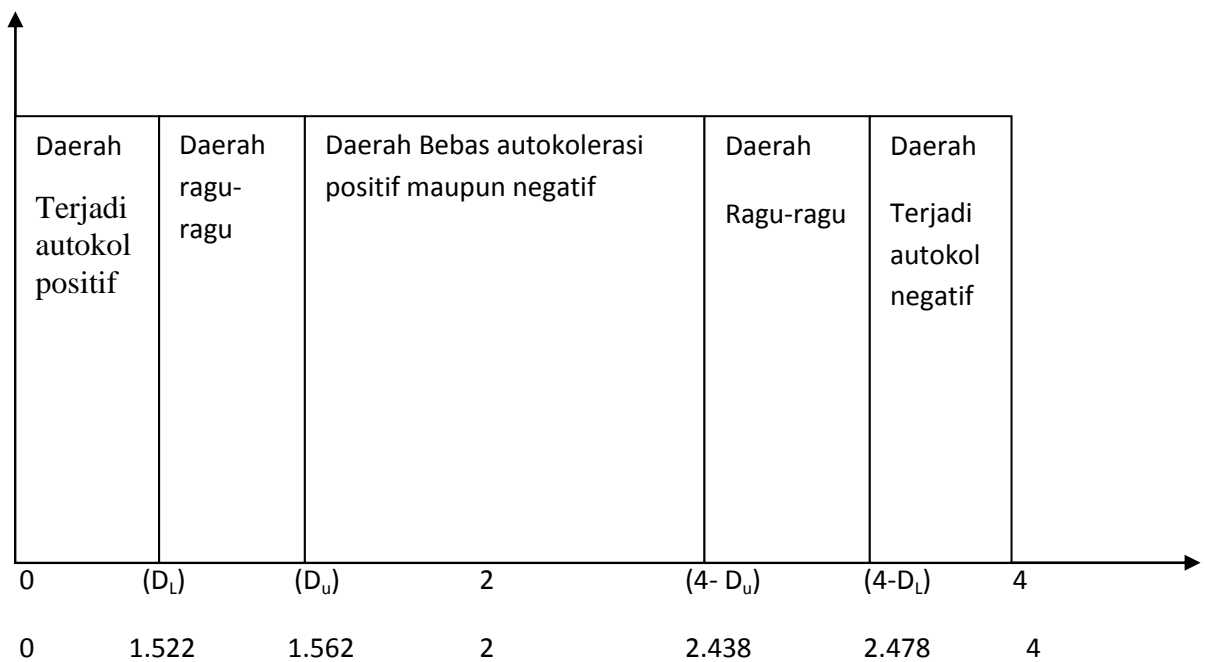
Autokorelasi adalah hubungan antara residual satu observasi dengan observasi lainnya. Autokorelasi lebih mudah timbul pada data runtun waktu (*time series*) karena berdasarkan sifatnya data masa sekarang dipengaruhi oleh data-data masa sebelumnya. Autokorelasi dapat bersifat positif dan negatif. Apabila data mengandung autokorelasi maka estimator kuadrat terkecil masih tetap linear, tidak bias, namun tidak memiliki varian yang minimum (*no longer best*) sehingga estimator hanya bersifat LUE, bukan BLUE (winarno, Wing 2009).

Dalam mengidentifikasi autokorelasi dapat digunakan cara uji Durbin-Watson, dan uji Breusch-Godfrey. Dalam penelitian ini cara yang digunakan untuk mendeteksi autokorelasi adalah dengan uji Durbin-Watson yang populer dikenal sebagai statistik durbin-watson yang didefinisikan sebagai :

$$d = \frac{\sum_{t=2}^n (e_t - e_{t-1})^2}{\sum_{t=1}^n e_t^2} \dots\dots\dots(3.20)$$

Uji ini dilakukan dengan membandingkan nilai statistik DW yang dihitung dengan nilai batas atas (D_u) dan nilai batas bawah (D_L) dari tabel Durbin Watson. Uji ini dilakukan dengan memperhatikan jumlah observasi dan jumlah variabel bebas ditambah satu. Untuk penelitian kali ini yang menggunakan jumlah observasi sebanyak 105 observasi dengan lima variabel independen didapat daerah keputusan pengujian nilai DW sebagai berikut:

Gambar 3.1
tabel Keputusan nilai DW



Jika DW hitung terletak pada interval antara 0 sampai 1.522 ($0 \leq dw \leq 1.522$) maka model menunjukkan adanya masalah autokolerasi positif. Apabila nilai Dw terletak pada interval nilai ($2.478 \leq 4$) maka dapat disimpulkan bahwa dalam model persamaan terjadi masalah autokolerasi negatif. Sedangkan, apabila nilai DW hasil perhitungan terletak diantara 1.562 dan 2.438, maka dalam model tidak terdapat

masalah autokolerasi baik positif maupun negatif. Apabila hasil perhitungan statistic DW terletak antara $(1.522 \leq dw \leq 1.562)$ atau $(2.438 \leq dw \leq 2.478)$, maka hasil pengujian tidak dapat disimpulkan, apakah ada atau tidaknya masalah autokolerasi.

3.5 Metode Pengujian Hipotesis

Metode analisis dalam pengujian hipotesis dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis regresi data panel. Data panel adalah gabungan antara data silang (*cross section*) dengan data runtut waktu (*time series*). Data panel diperkenalkan oleh Howles pada tahun 1950.

Dalam pengujian hipotesis pada penelitian menggunakan pendekatan *Panel least square* (PLS), *fixed effect*, dan *random effect*. Setelah dilakukan estimasi data panel dengan menggunakan ketiga pendekatan tersebut, hasil terbaik dipilih berdasarkan kriteria bebas penyimpangan asumsi klasik. Selain pemenuhan bebas penyimpangan asumsi klasik, model terbaik juga dipilih berdasarkan uji Hausman. Uji Hausman dilakukan untuk memilih pendekatan terbaik antara *fixed effect* dan *random effect* dalam model persamaan regresi. Pengestimasi regresi panel data ini akan dibantu dengan menggunakan software Eviews 6. Setelah dilakukan regresi data panel dilakukan kembali pengujian menggunakan *path analysis* menggunakan software SPSS 17. Pengujian *path analysis* dilakukan untuk menentukan pengaruh langsung dan pengaruh tidak langsung dari desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi dan angka melanjutkan (AM) SMP/MTs Selain mencari pengaruh

langsung dan tidak langsung, analisis jalur dilakukan untuk melihat variabel-variabel lain yang menjadi variabel antara.

3.5.1 Panel Least Squared (PLS)

Metode pendekatan kuadrat terkecil ini pada dasarnya sama dengan metode *ordinary least square* (OLS) hanya saja data yang digunakan berupa panel data (gabungan antara *time series* dan *cross section*). Metode PLS ini merupakan metode paling sederhana, karena pada pendekatan ini dimensi ruang dan waktu yang dimiliki oleh data panel diabaikan (Firmansyah, 2009). Persamaan pada estimasi menggunakan *pooled least square* dapat dituliskan dalam bentuk sebagai berikut:

$$Y_{it} = \alpha + \beta_j X_{it}^j + \mu_{it} \dots \dots \dots (3.21)$$

i = 1,2,....., N

t = 1,2,....., T

Dimana N merupakan banyaknya *cross section* dan T merupakan banyaknya periode waktu. Dengan menggunakan metode *pooled least square*, maka dapat dilakukan proses estimasi secara terpisah untuk setiap individu *cross section* pada waktu tertentu atau sebaliknya. Hal ini akan mengakibatkan akan didapatkan hasil dimana terdapat T persamaan yang sama (individu sama, waktu berbeda) dan terdapat N persamaan yang sama untuk setiap T observasi (periode waktu sama, individu berbeda). Sehingga didalam interpretasi model, kita tidak dapat membedakan atau memperbandingkan individunya dan setiap individu diasumsikan mempunyai karakter yang sama, ini diakibatkan karena metode *Pooled least square* ini memiliki

asumsi baik *intercept* dan *slope* dari persamaan regresi dianggap konstan untuk antar daerah dan antar waktu.

3.5.1 Efek Tetap (*Fixed Effect*)

Dalam pendekatan efek tetap diasumsikan bahwa data gabungan yang ada telah mewakili kondisi yang sesungguhnya. Hasil analisis regresi ini dianggap berlaku pada semua objek pada semua waktu. Metode ini disebut juga *common effect*. Kelemahan dari pendekatan efek tetap ini adalah adanya ketidaksesuaian model dengan keadaan yang sesungguhnya. Kondisi tiap objek saling berbeda, bahkan satu objek pada suatu waktu akan sangat berbeda dengan kondisi objek tersebut pada waktu yang lain (firmansyah, 2009).

Generalisasi secara umum sering dilakukan adalah dengan memasukkan variable boneka (*dummy variable*) untuk mengizinkan terjadinya perbedaan nilai parameter yang berbeda-beda baik lintas unit *cross section* maupun antar waktu. Dalam pengujian hipotesis pada penelitian ini akan disoroti nilai intersep yang mungkin saja bisa berbeda-beda antar unit *cross section*. Pendekatan dengan memasukkan variable boneka ini dikenal dengan *Least squared dummy variable* (LSDV). Pendekatan ini dapat dituliskan dalam persamaan sebagai berikut :

$$Y_{it} = \alpha_i + X_{it}^j \beta_j + \sum_{i=2}^n \alpha_i D_i + \varepsilon_{it} \dots \dots \dots (3.22)$$

Dimana :

- Y_{it} : variable terikat diwaktu y untuk unit *cross section* i
- α_i : *intercept* yang berubah-ubah antar *cross section* unit
- X_{it}^j : variable bebas j di wakt t untuk unit *cross section* i

- B_{ji} : parameter untuk variable ke j
 ε_{it} : komponen eror diwaktu t untuk unit *cross section* i
 D_i : *dummy* untuk tiap unit *cross section*
 α_i : Koefisien variabel *dummy*

Penggunaan *dummy* wilayah bertujuan untuk mengetahui pengaruh variabel desentralisasi fiskal terhadap angka kematian bayi dan angka melanjutkan SMP/MTs di Provinsi Jawa Tengah. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan karakteristik pada masing-masing kabupaten/kota di Jawa Tengah. Dimana Kota Semarang digunakan sebagai wilayah acuan (*benchmark*) karena kota Semarang mempunyai jumlah pendapatan asli daerah tertinggi dibandingkan kabupaten/kota lainnya, realisasi penerimaan daerah tertinggi dibandingkan kabupaten/kota lainnya di provinsi Jawa Tengah, PDRB per kapita tertinggi setelah Kudus, serta sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah.

3.5.2 Efek Acak (*Random Effect*)

Efek acak digunakan untuk mengatasi kelemahan metode efek tetap yang menggunakan variable semu yang akan berakibat pada berkurangnya derajat kebebasan (*degree of freedom*), sehingga model mengalami ketidakpastian. Tanpa menggunakan efek semu metode efek acak menggunakan efek residual, yang diduga memiliki hubungan antar waktu dan antar objek. Karena hal tersebut, model efek acak sering disebut model komponen eror (*error component model*)

Bentuk model dengan menggunakan pendekatan *random effect* adalah sebagai berikut :

$$H_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{ij} + \beta_2 Y_{ij} + \beta_3 D_{ij} + \beta_4 Z_{ij} + \epsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.23)$$

$$E_{ij} = \alpha_{ij} + \beta_1 X_{ij} + \beta_2 Y_{ij} + \beta_3 L_{ij} + \beta_4 GM_{ij} + \epsilon_{ij} \dots \dots \dots (3.24)$$

$$\epsilon_{ij} = u_i + v_j + w_{ij}$$

dimana :

u_i = komponen *cross section error*

v_j = komponen *time series error*

w_{ij} = komponen error kombinasi

Dengan asumsi error secara individual juga tidak saling berkorelasi begitu juga dengan error kombinasinya. Keunggulan *random effect* adalah dapat menghemat pemakaian derajat kebebasan dan tidak mengurangi jumlahnya seperti yang dilakukan pada model efek tetap. Hal ini akan menjadikan parameter hasil estimasi akan menjadi semakin efisien.

Keputusan dalam penggunaan efek tetap maupun efek random ditentukan dengan menggunakan spesifikasi yang dikembangkan oleh Hausman. Spesifikasi ini akan memberikan penilaian dengan menggunakan nilai chi square statistik sehingga keputusan pemilihan model akan dapat ditentukan secara statistik.

3.5.3. Hausman Test

Pengujian statistik sebagai dasar pertimbangan dalam memilih apakah menggunakan model *fixed effect* ataukah menggunakan *Random effect* dapat

dilakukan dengan Hausman Test. Dalam Hausman test penggunaan model *fixed effect* mengandung unsur *Trade off* yaitu hilangnya derajat kebebasan dengan memasukkan variable *dummy*. Dalam pengujian ini dilakukan hipotesis sebagai berikut :

H_0 = *Random effect* model

H_1 = *fixed effect* model

Sebagai dasar penolakan hipotesis nol tersebut digunakan pertimbangan statistik Chi square. Hausman test dapat dilakukan dengan program *evIEWS 6.0* . Jika hasil dari Hausman test signifikan (probability dari hausman $< \alpha$) maka H_0 ditolak, artinya *fixed effect* digunakan.

3.5.4 Analisis Jalur

Analisis jalur atau *path analysis* merupakan suatu pengembangan model regresi. Analisis jalur dilakukan untuk mengetahui apakah variabel desentralisasi fiskal memiliki pengaruh terhadap AKB dan AM-SMP/MTs. Dan seberapa jauh variabel ini mampu mempengaruhi dependen variabel dalam penelitian ini (ghozali, imam 2009).

Dalam penelitian ini akan dilakukan pengujian pengaruh langsung dan juga pengaruh tidak langsung yang diberikan oleh variable desentralisasi fiskal (DDF dan DK) terhadap AKB dan AM-SMP/MTs. Pengaruh tidak langsung dilakukan dengan mengajukan variable mediator (antara) yang diprediksi memiliki hubungan antara variable desentralisasi fiskal dan variable dependen (endogen). Variable mediator yang digunakan dalam penelitian kali ini adalah variable pengeluaran pemerintah untuk masing-masing sektor. Persamaan dalam analisis jalur adalah sebagai berikut:

a. Persamaan Jalur untuk model kesehatan

$$\begin{aligned}X_2 &= \beta_1 X_1 + \varepsilon_1 \\X_3 &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon_2 \\X_4 &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon_3 \\X_5 &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon_4 \\Y &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \varepsilon_5\end{aligned}$$

Keterangan:

- Y : Angka kematian bayi (AKB)
X₁ : Desentralisasi fiskal (DDF dan DK)
X₂ : Pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan
X₃ : Persentase cakupan imunisasi lengkap
X₄ : Persentase persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan
X₅ : Angka melek huruf wanita
 β : Nilai koefisien jalur
 ε : *Error term*

b. Persamaan Jalur untuk model pendidikan

$$\begin{aligned}X_2 &= \beta_1 X_1 + \varepsilon_1 \\X_3 &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon_2 \\X_4 &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon_3 \\Y &= \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \varepsilon_4\end{aligned}$$

Keterangan:

- Y : Angka melanjutkan SMP/MTs
X₁ : Desentralisasi fiskal (DDF dan DK)
X₂ : Pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan

- X_3 : Rasio siswa per-guru SMP/MTs
 X_4 : *Population education*
 β : Nilai koefisien jalur
 ε : *Error term*

Nilai koefisien jalur diperoleh dari nilai *standardize coefficients*, dan pengaruh tidak langsung diperoleh melalui perkalian koefisien jalur yang diberikan oleh variabel antara. Dalam penelitian ini variabel antara yang digunakan untuk variabel desentralisasi fiskal (DDF dan DK) adalah variabel pengeluaran pemerintah untuk masing-masing sektor dan juga kontrol variabel yang memiliki pengaruh langsung (linier) terhadap dependen variabel pada masing-masing persamaan. Dan total pengaruh merupakan penjumlahan antara koefisien jalur untuk pengaruh langsung dan juga total koefisien jalur untuk pengaruh tidak langsung. Dalam penelitian kali ini analisis jalur dilakukan dengan bantuan software SPSS 17.

3.5.5 Uji Statistik

Uji signifikansi merupakan prosedur yang digunakan untuk menguji kebenaran atau kesalahan dari hasil hipotesis nol dari sample. Ide dasar yang melatarbelakangi pengujian signifikansi adalah uji statistik (uji estimator) dari distribusi *sample* dari suatu statistik dibawah hipotesis nol. Keputusan untuk mengolah H_0 dibuat berdasarkan nilai uji statistik yang diperoleh dari data yang ada (gujarati, 2003).

Uji statistik terdiri dari uji *goodness of fit* yaitu interpretasi hasil (uji R^2), uji signifikansi parameter secara bersamaan (uji F), dan uji signifikansi secara individual (uji t).

1. Interpretasi Hasil (R^2)

Pengujian R^2 digunakan untuk mengukur kesesuaian (*goodness of fit*) dari persamaan regresi, koefisien yang mengukur seberapa besar variasi dari variabel dependen dapat dijelaskan dengan variasi dari variabel independen, dimana nilai R^2 mempunyai rentang nilai 0 sampai dengan 1.

Nilai R^2 yang kecil berarti kemampuan variabel-variabel independen dalam menjelaskan variasi variabel dependen amat terbatas. Nilai R^2 yang mendekati satu memiliki arti bahwa variabel-variabel independen memberikan hampir semua informasi yang dibutuhkan untuk memprediksi variasi variabel dependen.

Kelemahan mendasar menggunakan koefisien determinasi adalah bias terhadap jumlah variabel independen yang dimasukkan ke dalam model. Setiap tambahan satu variabel independen, maka R^2 pasti meningkat tidak peduli apakah variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen. Oleh karena itu banyak penelitian menganjurkan untuk menggunakan nilai adjusted R^2 pada saat mengevaluasi mana model regresi terbaik. Tidak seperti R^2 , nilai adjusted R^2 dapat naik atau turun apabila satu variabel independen ditambahkan dalam model.

2. Pengujian *Best of fit Model* (uji F)

a. Pengujian koefisien regresi secara serentak (Uji F)

Uji F digunakan untuk menentukan signifikan atau tidak signifikannya suatu variabel bebas secara bersama-sama dalam mempengaruhi variabel tidak bebas. Atau dengan kata lain apakah semua *variable independen* atau bebas yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap *variabel dependen*/terikat.

Hipotesis yang digunakan dalam pelaksanaan uji F adalah sebagai berikut:

Ho: semua koefisien slope secara simultan sama dengan nol

H1 : tidak semua koefisien slope secara simultan sama dengan nol

Dari hipotesis diatas memiliki arti apakah semua *variabel independen* bukan merupakan penjelas yang signifikan terhadap *variable dependen*. Sedangkann hipotesis alternatifnya (H1) tidak semua parameter secara simultan sama dengan nol.

Untuk menguji hipotesis ini digunakan statistik F dengan kriteria pengambilan keputusan yaitu membandingkan nilai F hasil perhitungan dengan nilai F menurut tabel. Jika hasil perhitungan ternyata, $F_o (F_{observasi}) < F_t (F_{table})$, maka hipotesis nol (H_0) diterima dan hipotesis alternatif (H_1) ditolak. Bila terjadi keadaan demikian, maka dapat dikatakan bahwa variasi dalam model regresi tidak berhasil menerangkan variabel bebasnya. Sebaliknya jika $F_o (F_{observasi}) > F_t (F_{table})$ maka dapat dikatakan hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_1) diterima. Dalam keadaan demikian berarti variasi dalam model regresi dapat menerangkan variable bebasnya. Atau apabila prob. F-statistik lebih kecil dari tingkat kepercayaan lima persen (prob. F-

statistik $< 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variable-variable dalam model regresi berhasil menerangkan variable dependennya

b. Pengujian koefisien regresi secara individual (Uji T)

Uji ini digunakan untuk melihat signifikansi dari pengaruh *variable independen* terhadap *variabel dependen* secara individual dalam hal ini dapat ditetapkan hipotesis sebagai berikut :

$$H_0 : \beta_i = 0$$

$$H_1 : 1. \beta_i < 0$$

$$2. \beta_i > 0$$

Apabila t_o ($t_{\text{observasi}}$) $< t_t$ (t_{table}), maka hipotesis nol (H_0) diterima dan hipotesis alternatif (H_1) ditolak. Dengan kata lain model yang digunakan kurang baik. Artinya variable bebas tidak dapat menerangkan variabel terikatnya atau tidak signifikan. Sebaliknya jika t_o ($t_{\text{observasi}}$) $> t_t$ (t_{table}), maka dapat dikatakan bahwa variable bebas dapat menerangkan variable terikatnya atau signifikan. Atau apabila Prob. t-statistik lebih kecil dari tingkat kepercayaan yang telah ditetapkan, maka H_1 diterima dan H_0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *variable independen* dapat menerangkan variabel dependennya. Dan sebaliknya apabila prob.t-statistik lebih besar dari derajat kepercayaan yang telah ditetapkan maka H_0 diterima dan H_1 ditolak.