



Research

Efektivitas *mandatory spending* fungsi kesehatan dan dampaknya terhadap derajat kesehatan masyarakat di Provinsi PapuaSiti Ahyuni¹  and Hady Sutjipto^{2,*} ¹ Prodi Ekonomi Pembangunan, FEB, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, yuniah981@gmail.com² Prodi Ekonomi Pembangunan FEB, Sultan Ageng Tirtayasa* Correspondence: hadysutjipto@gmail.com ; Tel: +6281802007170

Received Date: June 15, 2023

Revised Date: July 31, 2023

Accepted Date: July 31, 2023

Cite This Article:

Ahyuni, S. & Sutjipto, H. (2023). Efektivitas *mandatory spending* fungsi kesehatan dan dampaknya terhadap derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua. *Social, Ecology, Economy for Sustainable Development Goals Journal*, 1(1), 24-42. <https://doi.org/10.61511/seesdgj.v1i1.2023.158>



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Abstract

The effectiveness of mandatory spending on health functions is a form of fiscal policy instrument which aims to realize the development of health status in Papua Province. This research aims to analyze the development and influence of the effectiveness of mandatory spending allocations for health functions on the development of public health status in 28 Regencies/Cities of Papua Province for the 2017-2019 period. Analysis of mandatory spending for district/city health functions in Papua Province includes health spending, special autonomy funds and general allocation funds. The method used in this research is a quantitative approach using panel data regression analysis with the Fixed Effect Model (FEM). The results of this research show that simultaneously, the mandatory spending variable has a significant effect on the level of public health in the District/City of Papua Province, while partially, the variable health spending and general allocation funds have a significant effect on the health level indicators, in contrast to the particular autonomy fund variable which does not have a significant influence on the level of public health in the District/City of Papua Province.

Keywords: degree of public health; health development; mandatory spending for health functions

Abstrak

Efektivitas *mandatory spending* fungsi kesehatan merupakan salah satu bentuk instrumen dari kebijakan fiskal yang bertujuan untuk mewujudkan pembangunan derajat kesehatan di Provinsi Papua. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perkembangan serta pengaruh efektivitas alokasi *mandatory spending* fungsi kesehatan terhadap pembangunan derajat kesehatan masyarakat di 28 Kabupaten/Kota Provinsi Papua periode tahun 2017-2019. Analisis *mandatory spending* fungsi kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Papua mencakup belanja kesehatan, dana otonomi khusus, dan dana alokasi umum. Metode yang digunakan penelitian ini adalah pendekatan kuantitatif yang menggunakan analisis regresi data panel dengan model Fixed Effect Model (FEM). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara simultan, variabel *mandatory spending* berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua, sedangkan secara parsial variabel belanja kesehatan dan dana alokasi umum memiliki pengaruh signifikan terhadap indikator derajat kesehatan, berbeda dengan variabel dana otonomi khusus yang tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua.

Katakunci: derajat kesehatan masyarakat; mandatory spending fungsi kesehatan; pembangunan kesehatan

1. Introduction

Penyaluran anggaran pelayanan publik merupakan salah satu bentuk instrumen dari kebijakan fiskal yang bertujuan untuk mewujudkan pembangunan ekonomi dan mengentaskan kesenjangan nasional. Hal ini tertuang dalam peraturan pemerintah pada UU No. 20 Tahun 2019 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) pada tahun 2020, yang menyatakan bahwa anggaran publik yang telah ditetapkan akan berfokus pada upaya pembangunan sumber daya manusia dan pengentasan kemiskinan. Untuk mendukung arah kebijakan pembangunan tersebut, maka strategi pemerintah dalam pengelolaan anggaran publik yang efektif dan efisien sangat diperlukan untuk mencapai output yang lebih optimal. Keterbatasan penyaluran dana anggaran publik masih menjadi permasalahan utama, mengingat perekonomian Indonesia saat ini yang mengalami kelesuan akibat wabah pandemik Covid-19.

Prioritas sasaran yang telah ditetapkan oleh UU tentang anggaran APBN tahun 2020 melalui pembangunan sumber daya manusia (SDM) dan pengentasan kemiskinan merupakan hal prioritas utama, baik pemerintah pusat maupun daerah. Pembangunan sumber daya manusia (SDM) dan pengentasan kemiskinan sangat menentukan arah keberhasilan bagi pembangunan ekonomi. Melalui pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan pengentasan kemiskinan, maka akan mempengaruhi pertumbuhan ekonomi ke arah sasaran yang lebih baik. Faktor yang paling menentukan tinggi dan rendahnya kualitas sumber daya manusia adalah ditentukan oleh faktor-faktor, seperti pendidikan, derajat kesehatan masyarakat, dan pendapatan per kapita (Zulyanto, 2016).

Derajat kesehatan masyarakat merupakan cerminan dari pelayanan kesehatan di masyarakat yang termasuk dalam kebutuhan primer atau dasar bagi setiap warga negara, dan merupakan salah satu prioritas utama pada pembangunan sumber daya manusia (Akhyar & Sapha, 2018). Tujuan dari pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang berkelanjutan tidak akan dapat berjalan dengan baik apabila masih terdapat prevalensi penyakit, sehingga peran pemerintah pusat dan daerah perlu untuk memperkuat sistem dalam peningkatan pelayanan kesehatannya (Sihaloho & Hardiawan, 2019).

Sampai saat ini, pelayanan publik di bidang kesehatan harus benar-benar diperhatikan oleh pemerintah pusat dan daerah, baik dari kinerja pelayanan dan anggaran yang dibutuhkan. Hal ini menjadi sangat penting untuk selalu dikaji guna dapat dipastikan pemenuhannya dari waktu ke waktu karena kesehatan merupakan kebutuhan primer bagi warga negara. Pembangunan derajat kesehatan masyarakat merupakan bagian dari pembangunan nasional dalam mewujudkan visi dan misi Presiden dan implementasi Nawa Cita yang kelima, yaitu meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Sesuai pelaksanaan kebijakan anggaran APBN tahun 2020, realisasi anggaran publik diprioritaskan pada arah kebijakan pembangunan manusia dan pengentasan kemiskinan melalui peningkatan derajat kesehatan bagi daerah yang tertinggal, termasuk di Provinsi Papua. Dengan kata lain, efektivitas dari belanja atau pengeluaran pemerintah terhadap pelayanan publik di daerah tertinggal yaitu melihat tujuan dan pencapaian dengan memanfaatkan anggaran secara maksimal, efektif, dan efisien dalam mencapai sasaran yang diinginkan. Sehingga hasil efektivitas belanja atau pengeluaran pemerintah memiliki rasionalitas yang baik terhadap penyaluran akses pelayanan publik di bidang kesehatan.

Sehubungan teori otonomi khusus menurut Malahayati (2015), daerah khusus yang telah diaplikasikan pembangunan rutin harus dilaksanakan di beberapa titik konsistensi daerah, termasuk daerah tertinggal. Kementerian Kesehatan sudah menyepakati perjanjian antara para Bupati atau Walikota se-Indonesia untuk mengalokasikan anggaran kesehatan

minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji (UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan). Walaupun anggaran untuk kesehatan sudah merata di beberapa daerah, namun pada faktanya alokasi mandatory spending untuk sektor kesehatan masih belum menjadi prioritas utama di daerah tertinggal, khususnya di Provinsi Papua. Hal ini ditunjukkan dari realisasi anggaran belanja kesehatan dan dana otonomi khusus (Otsus) di 28 Kabupaten/Kota Provinsi Papua yang mencapai 8,37 triliun atau naik sebesar 8,2% dari pencapaian anggaran kesehatan yang ditetapkan sebesar 10%. Sedangkan terdapat dua Kabupaten Provinsi Papua yang alokasi belanja kesehatannya lebih dari 10%, yaitu, Kabupaten Merauke (10,7%) dan Kabupaten Mimika (10,3%) (BPS Provinsi Papua, 2020).

Dalam sistem proses penyusunan APBD di Provinsi Papua, pemerintah daerah masih belum memiliki efektivitas dalam mengalokasikan belanja kesehatannya, sehingga alokasi anggaran untuk fungsi kesehatan masih minim. Walaupun rata-rata penggunaan dana otonomi khusus dan transfer bidang kesehatan sudah mencapai 13,4%, akan tetapi porsi penggunaan dana tersebut belum fokus di bidang kesehatan karena masih menyebar di bidang lainnya. Tentunya hal ini menyebabkan masyarakat di Provinsi Papua belum merasakan manfaat langsung dari dana otonomi khusus dan transfer umum di bidang pelayanan kesehatan.

Efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan dalam pembangunan derajat kesehatan masyarakat, dipengaruhi oleh adanya komitmen daerah yang bersumber dari pembiayaan anggaran pemerintah pusat dan daerah. Sistem pengelolaan mandatory spending fungsi kesehatan, perlu dikembangkan agar isu pokok seperti alokasi dan efisiensi pada pembangunan derajat kesehatan masyarakat dapat berjalan dengan baik. Anggaran mandatory spending yang semakin efektif akan menjamin pemerataan akses dalam pembangunan pelayanan derajat kesehatan masyarakat di setiap daerah.

Berkaitan latar belakang studi ini untuk menganalisis perkembangan indikator derajat kesehatan masyarakat dan pengaruhnya terhadap realisasi mandatory spending fungsi kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Selain itu, menindaklanjuti pendalaman kajian penelitian merupakan indikator sasaran alokasi mandatory spending fungsi kesehatan dalam APBD Kabupaten/Kota di Provinsi Papua yang terdiri dari belanja fungsi kesehatan minimal 10%, dana otonomi khusus minimal 15%, dan alokasi Dana Alokasi Umum (DAU) minimal 25% yang digunakan untuk pembangunan infrastruktur yang langsung terkait dengan fasilitas pelayanan publik di bidang kesehatan.

2. Metodologi Penelitian

2.1. Metode penelitian

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan kuantitatif. Penelitian kuantitatif yaitu merupakan studi yang diposisikan sebagai nilai bebas (*value free*). Dengan kata lain, penelitian kuantitatif sangat ketat dalam menerapkan prinsip-prinsip objektivitas.

Pendekatan kuantitatif dilakukan dengan menggunakan analisis regresi data panel untuk mengetahui estimasi efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan dan dampaknya dengan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua.

Adapun tahapan-tahapan analisis kuantitatif dengan menggunakan analisis regresi data panel adalah sebagai berikut :

1. Membuat spesifikasi model dan variabel.
2. Melakukan estimasi parameter.
3. Melakukan pengujian dan pemilihan model regresi data panel antara *Pooled Least Square* (PLS), *Random Effect Model* (REM), dan *Fixed Effect Model* (FEM).
4. Menguji signifikansi model.
5. Melakukan interpretasi data dari hasil estimasi parameter.

2.2. Teknik pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang diterapkan penelitian ini dilakukan melalui dokumentasi dan observasi. Dokumentasi dikumpulkan melalui penelusuran dasar hukum, tulisan, berita, maupun penelitian-penelitian yang terkait kebijakan pada efektivitas alokasi mandatory spending. Adapun observasi dilakukan dengan mengamati berbagai informasi dan berita mengenai proses pembahasan realisasi UU APBN dalam anggaran kesehatan, dan alokasinya melalui mandatory spending fungsi kesehatan tahun anggaran 2015 sampai dengan tahun 2020.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data sekunder ialah data yang bersumber secara tidak langsung dengan memberikan data berupa laporan-laporan dan dokumen kepada para pengumpul data (Sugiyono, 2015). Adapun sumber data yang dibutuhkan pada penelitian ini, antara lain :

1. Angka Kesakitan Per 1000 penduduk (BPS).
2. Angka Harapan Hidup (BPS).
3. Angka Kematian Bayi (Kemenkes).
4. Belanja fungsi Kesehatan (DJPK).
5. Dana Alokasi Umum (DAU) (DJPK).
6. Dana Otonomi Khusus (DJPK).

Data ini merupakan kumpulan informasi yang diambil dari 28 Kabupaten/Kota di Provinsi Papua yang belum mencapai/memenuhi realisasi mandatory spending fungsi kesehatan dengan rentang tahun yaitu tahun 2017-2019.

2.3. Definisi Operasionalisasi Data

2.3.1 Variabel input

Variabel input yang digunakan penelitian ini, penulis memasukkan 3 variabel yang merupakan bagian dari mandatory spending. Beberapa variabel input dari mandatory spending tersebut antara lain, yaitu belanja fungsi kesehatan, Dana Alokasi Umum (DAU), dan dana otonomi khusus. Berikut definisi operasional dari variabel input dalam kajian analisis ini yaitu, antara lain :

Belanja fungsi kesehatan merupakan jenis belanja daerah yang dipergunakan dalam rangka mendanai pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Provinsi atau Kabupaten dan Kota dalam bidang kesehatan. Berdasarkan UU No. 36 Tahun 2009 pasal 171 ayat 2, menyebutkan bahwa besaran anggaran kesehatan pemerintah harus dialokasikan minimal 10% dari APBD di luar gaji.

Dana Alokasi Umum (DAU) merupakan dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang arah penggunaannya, yaitu paling sedikit 25% untuk belanja infrastruktur daerah yang langsung terkait dengan pembangunan fasilitas pelayanan publik, baik dibidang kesehatan maupun pendidikan.

Dana otonomi khusus mengacu pada Qonun Nomor 10 tahun 2016, dana otsus adalah dana yang diperuntukkan untuk membiayai program dan kegiatan pembangunan fasilitas pelayanan publik di Kabupaten/Kota Provinsi Papua yang dialokasikan sebesar 2% dari DAU nasional.

2.3.2 Variabel output

Pada variabel output, peneliti memasukkan 3 variabel yang merupakan indikator dari derajat kesehatan masyarakat. Variabel-variabel tersebut adalah Angka Kesakitan Per 1000 Penduduk, Angka Kematian Bayi, dan Angka Harapan Hidup. Berikut penjelasan variabel definisi operasional variabel output, antara lain :

Angka Kesakitan Per 1000 Penduduk ialah angka dari 1000 penduduk di suatu wilayah yang mempunyai keluhan kesehatan. Indikator ini dapat dimanfaatkan untuk

mengukur tingkat kesehatan masyarakat secara umum yang dilihat dari adanya keluhan yang mengindikasikan terkena prevalensi suatu penyakit.

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan jumlah kematian bayi usia 0 tahun atau usia sebelum 1 tahun dari setiap 1000 kelahiran hidup pada tahun tertentu.

Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan rata-rata perkiraan banyak tahun yang ditempuh oleh seseorang sejak lahir. AHH mencerminkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah tertentu.

2.4. Teknik Analisis Data

Sebelum melakukan perhitungan statistik regresi data panel untuk pengujian hipotesis dan uji asumsi klasik, terlebih dahulu dilakukan pemilihan dan pengujian model dalam regresi data panel. Pemilihan dan pengujian model dilakukan melalui regresi linear berganda untuk mengetahui seberapa besar kontribusi perubahan nilai variabel bebas. Semakin besar koefisien regresinya, maka semakin besar pula perubahan terhadap variabel terikatnya.

Formulasi model regresi berganda dalam kajian ini melibatkan variabel bebas, yakni terdiri belanja fungsi kesehatan, dana alokasi umum, dana otonomi khusus. Sedangkan untuk variabel terikat adalah indikator derajat kesehatan masyarakat yang dapat diukur dari Angka Kesakitan Per 1000 penduduk, Angka Kematian Bayi, dan Angka Kematian Ibu. Berdasarkan variabel-variabel yang digunakan tersebut, model persamaan yang dipakai adalah sebagai berikut :

$$AK = \alpha + \beta_1 BK + \beta_2 DOK + \beta_3 DAU + \varepsilon \quad (1)$$

$$AKB = \alpha + \beta_1 BK + \beta_2 DOK + \beta_3 DAU + \varepsilon \quad (2)$$

$$AHH = \alpha + \beta_1 BK + \beta_2 DOK + \beta_3 DAU + \varepsilon \quad (3)$$

Keterangan :

AK = Angka Kesakitan Per 1000 Penduduk

AKB = Angka Kematian Bayi

AHH = Angka Harapan Hidup

BK = Belanja Fungsi Kesehatan

DAU = Dana Alokasi Umum

DOK = Dana Otonomi Khusus

α = Konstanta

β = Koefisien Elastisitas

ε = Error

Pengujian ini dilakukan untuk menentukan apakah model yang akan dipilih termasuk kategori *fixed effect model* atau *random effect model* dalam melakukan pengolahan data panel. *Fixed Effect Model* (FEM) mengindikasikan bahwa *unit cross section* tidak berkorelasi dengan regresi lain. Sebaliknya, *Random Effect Model* (REM) melihat bahwa *unit cross section* berkorelasi dengan regresi lainnya.

Perumusan hipotesis dalam menentukan model yang akan dipilih sebagai efek tetap (FEM) dan efek acak (REM) adalah sebagai berikut :

H_0 = *Random Effect Model* (REM).

H_1 = *Fixed Effect Model* (FEM).

Dasar penolakan hipotesis H_0 dapat diamati oleh pertimbangan statistik *chi-square* dari uji Chow. Apabila statistik *chi-square* lebih besar dibanding dengan nilai tabelnya, maka hipotesis H_0 tersebut ditolak. Selain itu, dasar pengujian hipotesis H_0 dapat menggunakan *p-value* dari hasil uji Hausman. Apabila *p-value* lebih kecil dari nilai kritisnya maka hipotesis H_0 ditolak, yang mengindikasikan *Fixed Effect Model* (FEM) akan dipilih dalam pengujiannya.

Setelah melakukan pemilihan model pada pengujian regresi data panel. Langkah selanjutnya adalah melakukan uji normalitas dan uji asumsi klasik. Pengujian asumsi klasik terbagi dari uji multikolinearitas, uji heteroskedastisitas, dan uji autokorelasi.

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam sebuah regresi, variabel terikat dan variabel bebas atau keduanya terdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas dapat dilakukan dengan melihat penyebaran data (titik) pada sumbu diagonal grafik persamaan regresi. Jika data yang dilihat menyebar di sekitar garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas. Jika sebaliknya data menyebar jauh dari sekitar garis diagonal, maka pengujian pada model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas. Nilai pada uji normalitas dilihat dari Jarque Bera dan Chi-Square. Adapun kriteria dari pengujian normalitas adalah sebagai berikut :

- a. Jika $JB_{test} > \text{Chi Square tabel}$, Data tidak terdistribusi normal.
- b. Jika $JB_{test} < \text{Chi Square tabel}$, Data terdistribusi normal.

Uji Multikolinearitas bertujuan mendeteksi ada atau tidaknya multikolinearitas dalam suatu hubungan variabel. Pengujian multikolinearitas dilakukan untuk memperlihatkan terjadinya hubungan langsung antar variabel independen. Penentuan terkena atau tidaknya multikolinearitas pada suatu variabel, dapat ditentukan dengan menggunakan nilai correlation matrix (Gujarati et al., 2015). Ambang batas penentuan pada pengujian multikolinearitas adalah nilai correlation matrix lebih kecil dari 0,8. Adapun kriteria pengambilan keputusan pengujian ini adalah sebagai berikut :

- a. Apabila nilai correlation matrix $> 0,8$, maka terdapat multikolinearitas.
- b. Apabila nilai correlation matrix $< 0,8$, maka tidak terdapat multikolinearitas.

Uji Heterokedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi yang diuji terjadi perbedaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lainnya. Model regresi linear yang baik, yaitu tidak terjadinya homokedastisitas atau tidak terkena heterokedastisitas. Cara untuk mendeteksi terkena atau tidaknya heterokedastisitas dalam model regresi salah satunya adalah menggunakan uji white (*white test*). Pengujian heterokedastisitas dapat ditentukan dari nilai Chi-Square hitung dan Chi-Square tabel. Adapun kriteria dari penilaian uji heterokedastisitas adalah sebagai berikut :

- a. Apabila nilai Chi-Square hitung $> \text{Chi-Square tabel}$, maka terjadi heterokedastisitas.
- b. Apabila nilai Chi-Square hitung $< \text{Chi-Square tabel}$, maka tidak terjadi heterokedastisitas.

Uji Autokorelasi bertujuan untuk mendeteksi korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode tersebut dibanding dengan kesalahan pengganggu pada periode sebelumnya dalam model regresi (Ghozali, 2006). Pengujian autokorelasi dilakukan melalui perhitungan statistik dengan uji Durbin-Watson (DW). Nilai DW yang diperoleh akan dibandingkan dengan nilai t-tabel untuk menentukan ada tidaknya autokorelasi.

Apabila nilai DW (Durbin-Watson) berada di atas DU, maka dapat disimpulkan tidak terjadi autokorelasi (Widarjono, 2007). Kriteria pengujian autokorelasi pada nilai Prob. Chi-Square adalah sebagai berikut :

- a. Jika Prob. Chi-Square $> \alpha$, tidak terjadi autokorelasi.
- b. Jika Prob. Chi-Square $< \alpha$, terjadi autokorelasi.

Setelah melakukan uji asumsi klasik, tahap selanjutnya adalah menguji hipotesis uji t dan uji F. Uji t digunakan untuk mengetahui nilai signifikansi dari pengaruh variabel independen terhadap variabel dependennya secara parsial. Sedangkan uji F digunakan untuk mengetahui pengaruh pada variabel independen terhadap variabel dependen secara simultan. Taraf signifikansi yang digunakan dalam pengujian hipotesis uji t dan uji F adalah dengan taraf kesalahan 0,05 atau sebesar 5%. Penggunaan tingkat signifikansi 0,05 atau 5% lebih sering dipakai karena cukup ketat dalam menguji variabel-variabel penelitian maupun memberikan korelasi antara variabel dengan jelas (Nazir, 2005).

3. Hasil dan Diskusi

3.1. Pengujian hipotesis

Penelitian ini menguji pengaruh variabel independen yaitu efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan yang terdiri dari belanja kesehatan, dana Otsus, dan DAU terhadap variabel dependen yaitu indikator pembangunan derajat kesehatan masyarakat seperti angka kesakitan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi.

Pengujian dalam penelitian ini mencakup dua hal, yaitu uji statistik parsial dan uji statistik simultan pada variabel penelitian. Pengujian parsial dilakukan untuk mendeteksi apakah variabel bebas secara individu memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel terikat. Dasar pengambilan keputusan untuk menentukan hasil uji t adalah sebagai berikut :

- a. Apabila $t\text{-hitung} > t\text{-tabel}$ maka H_0 ditolak dan terdapat pengaruh signifikan.
- b. Apabila $t\text{-hitung} < t\text{-tabel}$ maka H_0 diterima dan tidak terdapat pengaruh signifikan.

Hasil perhitungan regresi data panel, yaitu uji parsial memperlihatkan angka perhitungan sebagai berikut :

Tabel 1. Hasil pengujian uji parsial (Uji t)

Variabel	Koefisien	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	81.04151	41.33571	1.960569	0.0688
X1_BK?	-1.25E-08	5.67E-09	-2.195496	0.0433
X2_DOK?	-4.66E-09	7.82E-09	-0.596041	0.5600
X3_DAU?	-9.07E-08	5.78E-08	-1.569505	0.1374
Fixed Effect (Cross)				

(Sumber: Pengolahan data Eviews 8.0)

Berdasarkan hasil pengujian uji parsial (t) seperti Tabel 1, persamaan model regresi dapat diformulasikan sebagai berikut :

$$AK = \alpha + \beta_1 BK + \beta_2 OK + \beta_3 DAU + \varepsilon(1)$$

$$AKB = \alpha + \beta_1 BK + \beta_2 OK + \beta_3 DAU + \varepsilon \quad (2)$$

$$AHH = \alpha + \beta_1 BK + \beta_2 OK + \beta_3 DAU + \varepsilon \quad (3)$$

Hasil uji t pada variabel independen belanja kesehatan memiliki nilai t-hitung $-2.195 > -1.079$ t-tabel dan variabel DAU memiliki nilai t-hitung $-1.569 > -1.079$ t-tabel, mengindikasikan bahwa hipotesis variabel belanja kesehatan dan DAU memiliki pengaruh signifikan terhadap indikator derajat kesehatan seperti angka kesakitan, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi.

Berdasarkan hasil pengujian t statistik, untuk hipotesis kedua tidak terbukti. Dana otonomi khusus memiliki nilai t-hitung $-0.596 < -1.079$ t-tabel. Hasil kajian ini membuktikan bahwa variabel dana otonomi khusus tidak memiliki berpengaruh signifikan terhadap indikator derajat kesehatan masyarakat. Pengujian simultan dilakukan untuk mengetahui apakah secara keseluruhan variabel bebas memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat. Dasar pengambilan keputusan untuk menentukan penerimaan atau penolakan hipotesis adalah sebagai berikut:

- a. Apabila $F\text{-hitung} > F\text{-tabel}$ maka H_0 ditolak dan terdapat pengaruh signifikan.
- b. Apabila $F\text{-hitung} < F\text{-tabel}$ maka H_0 diterima dan tidak terdapat pengaruh signifikan.

Hasil pengujian uji F pada model regresi data panel dengan menggunakan Eviews 8.0 adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Hasil pengujian uji simultan (Uji F)

Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.764264	Mean dependent var	10.52259
Adjusted R-squared	0.591392	S.D. dependent var	4.964428
S.E of regression	3.173385	Akaike info criterion	5.448577
Sum squared resid	151.0556	Schwarz criterion	6.024504
Log likelihood	-61.55579	Hanna-Quinn criterion	5.619830
F-statistic	4.420963	Durbin-Watson statistic	3.431437
Prob. F-statistic	0.004520		

(Sumber: Pengolahan data Eviews 8.0)

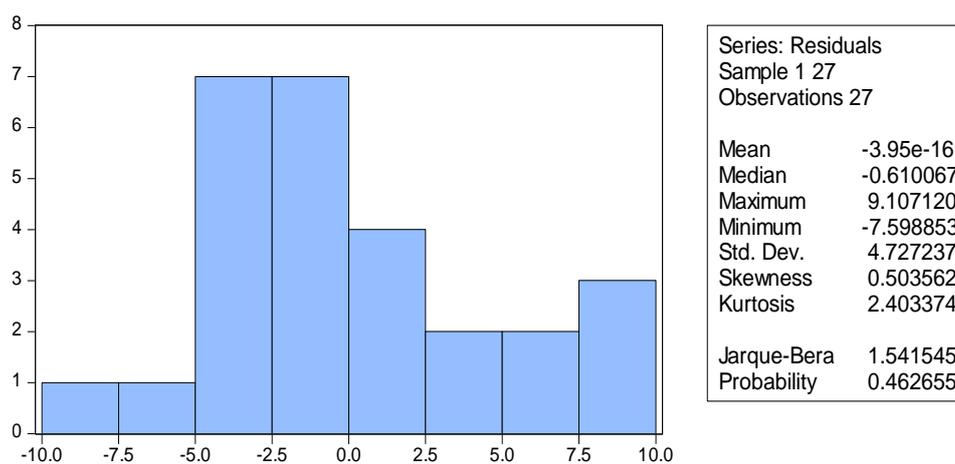
Hasil output tersebut mengindikasikan bahwa dengan tingkat signifikansi alfa 5% maka hasil uji F-Statistic atau F- hitung $4.420 > 2.684$ F Tabel. Hasil pengujian ini membuktikan H_0 ditolak dan terdapat pengaruh signifikan antar variabel. Mandatory spending fungsi kesehatan memiliki pengaruh secara simultan terhadap derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua, yang dilihat dari indikator angka kesakitan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi selama periode 2017-2019. Dengan demikian H_1 mendukung analisis pengaruh pada variabel penelitian ini.

3.2. Uji asumsi klasik

Kajian pada penelitian ini menggunakan pendekatan parametrik yang bertujuan untuk melakukan pengujian hipotesis dengan uji t dan uji F. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan analisis regresi model data panel. Sebelum melakukan analisis regresi, pengujian asumsi klasik diperlukan untuk mengetahui ada tidaknya pelanggaran asumsi linear. Langkah ini diperlukan untuk memperoleh Best Linear Unbias Estimator atau estimator linear yang tidak bias. Uji asumsi klasik yang dilakukan mencakup pengujian normalitas, autokorelasi, heteroskedastisitas, dan multikolinearitas. Pengujian ini biasa dilakukan pada model yang memiliki variabel lebih dari dua.

Uji normalitas digunakan untuk mendeteksi data yang digunakan pada penelitian terdistribusi normal atau tidaknya. Data terdistribusi normal dibutuhkan untuk memenuhi syarat model regresi yang baik. Penggunaan data yang mengikuti pola sebaran distribusi normal akan menghasilkan nilai prediksi yang bias. Uji normalitas menjadi persyaratan penting dalam penelitian untuk menentukan signifikansi koefisien regresi. Uji normalitas penelitian menggunakan nilai Jarque-Bera dan Probability melalui pengujian nilai signifikansi pada alfa 0,05 dalam model regresi untuk mendeteksi terdistribusi normal atau tidaknya (Gambar 1). Dasar pengambilan keputusan untuk menentukan distribusi normal adalah :

- a. Jika $JB_{test} > Chi\ Square\ tabel$, Data tidak terdistribusi normal.
- b. Jika $JB_{test} < Chi\ Square\ tabel$, Data terdistribusi normal.



Gambar 1. Hasil Uji Normalitas
(Sumber: Data diolah)

Berdasarkan hasil analisis tersebut, nilai JB test $1.541 < 32.670$ Chi-Square menunjukkan model regresi data panel dalam penelitian ini telah memenuhi uji normalitas dan data terdistribusi normal. Pengujian multikolinearitas dilakukan untuk memperlihatkan terjadinya hubungan langsung antar variabel independen. Penentuan terkena atau tidaknya multikolinearitas pada suatu variabel, dapat ditentukan dengan menggunakan nilai correlation matrix (Gujarati et al., 2015).

Ambang batas penentuan pada pengujian multikolinearitas adalah nilai correlation matrix lebih kecil dari 0,8. Berdasarkan hasil analisis Tabel 3, nilai masing-masing Correlation Matrix $< 0,8$ menunjukkan model regresi data panel dalam penelitian ini tidak terkena multikolinearitas. Adapun kriteria pengambilan keputusan pengujian ini adalah sebagai berikut :

- Apabila nilai correlation matrix $> 0,8$, maka terdapat multikolinearitas.
- Apabila nilai correlation matrix $< 0,8$, maka tidak terdapat multikolinearitas.

Tabel 3. Hasil Uji Multikolinearitas

	X1_BK	X2_DOK	X3_DAU
X1_BK	1.000000	0.120203	0.173895
X2_DOK	0.120203	1.000000	0.144902
X3_DAU	0.173895	0.144902	1.000000

(Sumber: Pengolahan data Eviews 8.0)

Uji Heterokedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi yang diuji terjadi perbedaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lainnya. Pengujian heterokedastisitas dapat ditentukan dari nilai Chi-Square hitung dan Chi-Square tabel. Berdasarkan hasil analisis tersebut Chi-Square hitung $0.6109 < \text{Chi-Square tabel } 32.670$ menunjukkan model data panel dalam riset ini tidak terjadi heterokedastisitas (Tabel 4). Adapun kriteria pengambilan keputusan dari penilaian uji heterokedastisitas adalah sebagai berikut :

- Apabila nilai Chi-Square hitung $> \text{Chi-Square tabel}$, maka terjadi heterokedastisitas.
- Apabila nilai Chi-Square hitung $< \text{Chi-Square tabel}$, maka tidak terjadi heterokedastisitas.

Tabel 4. Hasil Uji Heterokedastisitas

Heterokedasticity Test White			
F-statistic	2.108876	Prob. F(9,17)	0.0885
Obs* R-squared	14.24287	Prob. Chi-square (9)	0.1139

Scaled explained SS	7.252190	Prob. Chi-square (9)	0.6109
---------------------	----------	----------------------	--------

(Sumber: Pengolahan data Eviews 8.0)

Pengujian autokorelasi dilakukan melalui perhitungan statistik dengan uji Durbin-Watson (DW). Nilai DW yang diperoleh akan dibandingkan dengan nilai t-tabel untuk menentukan ada tidaknya autokorelasi. Apabila nilai DW (Durbin-Watson) berada di atas DU, maka dapat disimpulkan tidak terjadi autokorelasi (Widarjono, 2007 :160) (Tabel 5). Kriteria pengujian autokorelasi pada nilai Durbin-Watson (DW) adalah sebagai berikut :

- a. Jika Prob. Chi-Square $> \alpha$, tidak terjadi autokorelasi.
- b. Jika Prob. Chi-Square $< \alpha$, terjadi autokorelasi.

Tabel 5. Hasil Uji Autokorelasi

Heterokedasticity Test White			
F-statistic	0.352212	Prob. F(2,21)	0.7072
Obs* R-squared	0.876293	Prob. Chi-square (9)	0.6452

(Sumber: Pengolahan data Eviews 8.0)

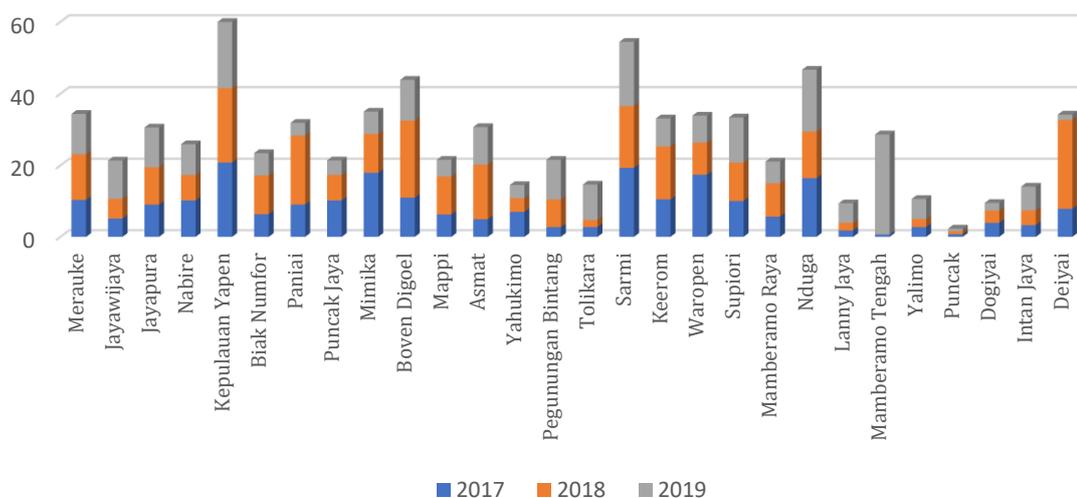
Berdasarkan hasil analisis estimasi tersebut, nilai Prob. Chi-Square 0.6452 $>$ 0,05 menunjukkan model regresi data panel dalam penelitian ini tidak terkena autokorelasi. Hasil pengujian ini menunjukkan model regresi dari setiap uji asumsi klasik terhindar dari masalah asumsi klasik dan telah memenuhi BLUE (Best Linear Unbiased Estimation).

3.3. Perkembangan Pembangunan Derajat Kesehatan Masyarakat Di Provinsi Papua

Pembahasan dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang pembangunan kesehatan, diarahkan untuk meningkatkan kualitas SDA yang diprioritaskan pada upaya peningkatan kualitas kesehatan. Selain itu, peningkatan pelayanan kesehatan juga dapat dilakukan melalui pemberdayaan fasilitas sarana dan prasarana kesehatan dan akses pengobatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat.

Efektivitas program pembangunan kapasitas derajat kesehatan harus mampu menjangkau di seluruh lapisan masyarakat, artinya pengukuran kinerja program kesehatan yang diukur harus memiliki kriteria terhadap peningkatan jumlah pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin. Dalam upaya pembangunan di sektor kesehatan, indikator dari derajat kesehatan masyarakat menjadi salah satu tolak ukur untuk menentukan keberhasilan dari pelaksanaan program pembangunan kesehatan di masyarakat secara berkesinambungan.

Tersedianya pelayanan kesehatan di setiap masyarakat menjadi faktor terpenting dari adanya kebijakan desentralisasi pelayanan kesehatan di setiap daerah. Jumlah rasio puskesmas dan tenaga kesehatan yang meningkat menjadi faktor penting untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, terutama untuk akses pelayanan kesehatan dalam melayani kesehatan penduduk di Kabupaten/Kota Provinsi Papua yang memiliki suatu prevalensi penyakit tertentu.



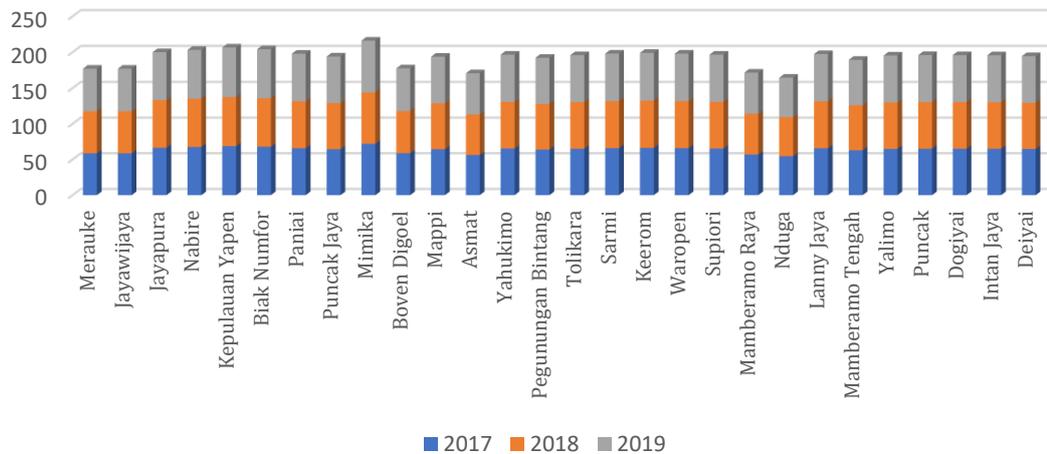
Gambar 1. Perkembangan Angka Kesakitan Penduduk Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua
(Sumber: BPS Provinsi Papua, Data diolah)

Pembangunan kesehatan menjadi faktor yang terpenting dalam mencapai pembangunan dan pertumbuhan perekonomian di suatu negara. Tujuan pembangunan kesehatan masyarakat yang dilakukan secara berkesinambungan, tidak dapat dilakukan apabila penduduk di suatu daerah masih memiliki tingkat prevalensi suatu penyakit. Oleh sebab itu, pemerintah membutuhkan dana pada anggaran kesehatan yang besar untuk membiayai seluruh sistem pelayanan kesehatan.

Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua masih memiliki permasalahan yang cukup kompleks pada pelayanan kesehatannya. Beberapa permasalahan yang sering terjadi mengenai kurangnya akses pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Papua saat ini, di antaranya adalah :

1. Struktur pelayanan kesehatan yang rendah.
2. Akses pemenuhan gizi dan kualitas kesehatan yang masih rendah.
3. Jumlah dan mutu infrastruktur kesehatan yang belum memadai.
4. Masih terdapat kesenjangan publik, baik di bidang kesehatan maupun pendidikan.

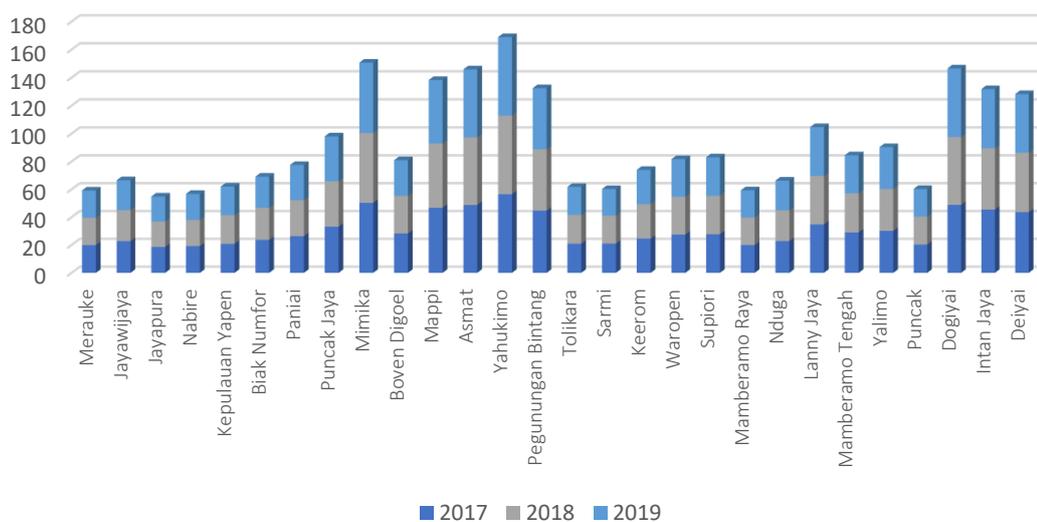
Permasalahan ini akan membawa dampak langsung terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) secara khusus di bidang kesehatan. Indikator IPM sangat dipengaruhi oleh derajat kesehatan masyarakat di suatu daerah. Angka harapan hidup merupakan indikator yang paling sering digunakan untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat. Tingginya tingkat harapan hidup seseorang, maka dikatakan daerah tersebut telah berhasil menjalankan program pembangunan derajat kesehatan di masyarakat dan sekaligus dapat meningkatkan IPM di suatu daerah.



Gambar 2. Perkembangan Angka Harapan Hidup Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua (Sumber: BPS Provinsi Papua, Data diolah)

Indikator Indeks pembangunan manusia (IPM) sebagai ukuran kualitas hidup manusia dibangun melalui 3 pendekatan dimensi dasar, yaitu dimensi umur panjang dan hidup sehat, memiliki pengetahuan, dan kehidupan yang layak (Nurfauziya et al., 2018). Adapun indikator yang digunakan IPM dalam hal bidang kesehatan adalah Angka Harapan Hidup (AHH). Kondisi peningkatan Angka Harapan Hidup (AHH) di suatu daerah, tercermin dari adanya peningkatan akses dari pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, khususnya bagi masyarakat miskin.

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah ukuran yang lazim untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tataran Provinsi maupun nasional (Harapan et al., 2018). Selain itu, program pembangunan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua lebih menitikberatkan pada upaya untuk menurunkan tingkat angka kematian bayi. Indikator AKB menunjukkan jumlah bayi yang meninggal pada fase kelahiran bayi yang belum mencapai umur 1 tahun dari per 1000 kelahiran hidup.



Gambar 3. Perkembangan Angka Kematian Bayi Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua (Sumber: BPS Provinsi Papua, Data diolah)

Di tingkat nasional, Provinsi Papua berada diposisi terendah dengan urutan ketiga setelah Provinsi Jakarta dan Yogyakarta. Meskipun AKB di Provinsi Papua terbilang rendah, akan tetapi AKB di Kabupaten/Kota Provinsi Papua masih cukup tinggi. Salah satu faktor penentu tinggi rendahnya tingkat AKB di Kabupaten/Kota Provinsi Papua adalah tersedianya fasilitas sarana dan prasarana kesehatan seperti jumlah puskesmas dan rasio tenaga kesehatan.

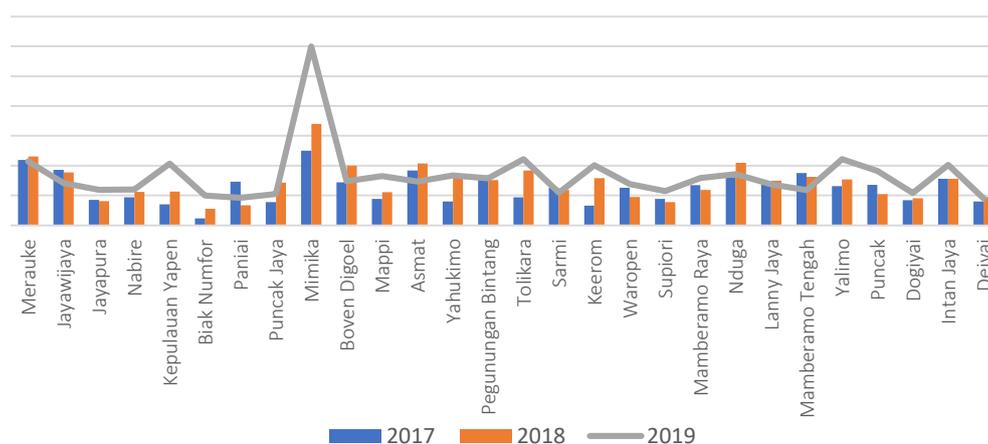
Berdasarkan grafik 1,2, dan 3 menunjukkan indikator derajat kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Papua yang dapat dilihat dari beberapa perkembangan indikator yang berbeda seperti angka kesakitan per 1000 penduduk (terbesar di Kepulauan Yapen), AHH (terendah di Kabupaten Nduga), dan AKB (terbesar di Kabupaten Yakuimo). Perkembangan dari ketiga indikator kesehatan tersebut, sangat menentukan adanya peningkatan standar hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan kesehatan. Hal ini tentunya pemerintah pun membutuhkan dana anggaran wajib atau yang disebut *mandatory spending* di bidang kesehatan, demi tercapainya program pada pelaksanaan pembangunan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua.

3.3. *Perkembangan Alokasi Mandatory Spending Fungsi Kesehatan di Provinsi Papua*

Mandatory spending di sektor kesehatan merupakan bentuk alokasi belanja pemerintah yang ditetapkan oleh undang-undang dalam menetapkan anggaran kesehatan minimal 10%. Sesuai amanat UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pemenuhan *mandatory spending* yang ditetapkan oleh pemerintah harus memiliki alokasi minimal sebesar 10% dari total belanja APBD yang ditujukan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan di masyarakat. Belanja sektor kesehatan atau yang disebut pengeluaran pemerintah fungsi kesehatan, digunakan oleh pemerintah pusat dan daerah untuk membiayai akses pelayanan publik dan pembangunan sarana serta prasarana di bidang kesehatan.

Pencapaian efektivitas alokasi belanja di sektor kesehatan sangat menentukan adanya peningkatan pada pembiayaan kesehatan yang optimal. Dalam pembiayaan pelayanan kesehatan di masyarakat sangat tergantung pada komitmen daerah, terutama pembiayaan yang bersumber dari pemerintah melalui penetapan APBD. Jumlah besaran dalam alokasi pembiayaan kesehatan di masyarakat harus dilakukan secara efektif dan efisien, mengingat tingginya biaya kesehatan yang diakibatkan oleh anggaran kesehatan daerah yang masih terbatas.

Hingga saat ini, terbatasnya dana anggaran belanja sektor kesehatan masih menjadi masalah di sebagian besar Kabupaten/Kota di Indonesia, khususnya di Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Jika hal tersebut masih berlanjut, maka pengalokasian anggaran kesehatan dalam program pembangunan kesehatan di masyarakat Provinsi Papua belum dapat terealisasi secara optimal. Beberapa bentuk program kesehatan yang telah ditetapkan belum dapat berjalan dengan baik dikarenakan masih terdapatnya keterbatasan alokasi anggaran pada belanja sektor kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Papua.

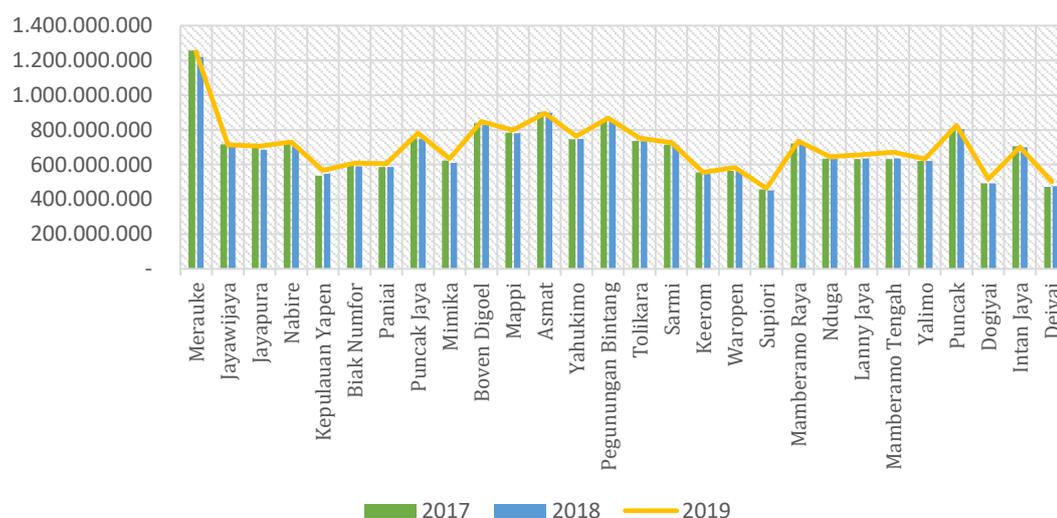


Gambar 4. Perkembangan Realisasi Belanja Sektor Kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Papua (Sumber: DJPK, Data diolah)

Efektivitas pengeluaran pemerintah sektor kesehatan didefinisikan sebagai salah satu alokasi sumber pembiayaan kesehatan yang dapat direalisasikan sesuai dengan yang telah direncanakan. Dengan kata lain, efektivitas pengeluaran belanja sektor kesehatan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah dapat meningkatkan efektivitas dalam program pembangunan derajat kesehatan di masyarakat, baik dari segi pelayanan maupun akses pendanaan kesehatan.

Sebagaimana yang telah diatur dalam UU APBN mengenai dana transfer umum atau dana alokasi umum (DAU) diarahkan penggunaannya, yaitu paling sedikit 25% untuk belanja sarana dan infrastruktur daerah, baik di bidang pendidikan maupun kesehatan. Tujuan pada penggunaan Dana Alokasi Umum (DAU), antara lain adalah untuk mengurangi kemiskinan, mengurangi kesenjangan pelayanan publik antardaerah, dan meningkatkan kesempatan kerja melalui pembangunan fasilitas infrastruktur di daerah.

Komitmen pemerintah untuk mengurangi kesenjangan pelayanan publik di Provinsi Papua, terutama di bidang pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui adanya kebijakan efektivitas pengalokasian Dana Alokasi Umum (DAU) di setiap Kabupaten/Kota. Perkembangan alokasi DAU yang bersumber dari pemerintah pusat harus dikelola secara efektif dan efisien, agar pelaksanaan pada pembangunan infrastruktur pelayanan publik di Kabupaten/Kota Provinsi Papua dapat tersalurkan secara merata.



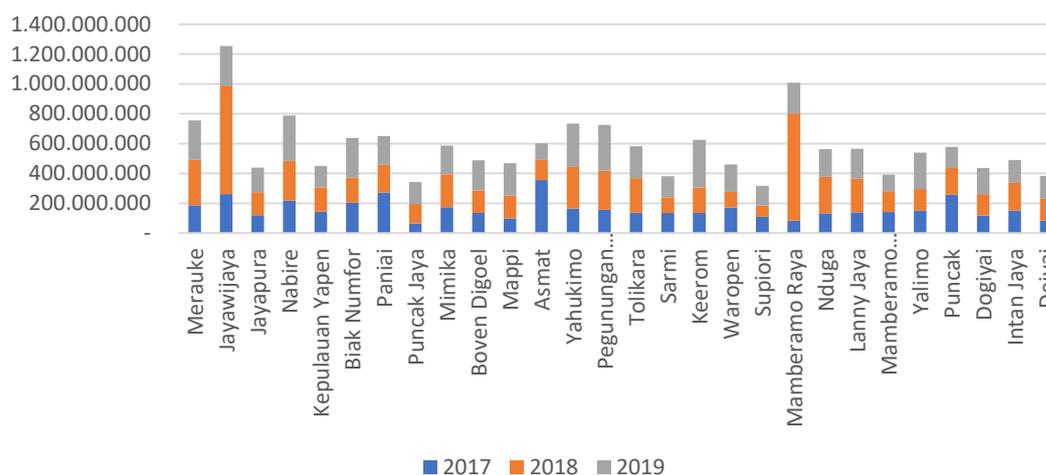
Gambar 5. Perkembangan Realisasi Dana A lokasi Umum Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua (Sumber: DJPK, Data diolah)

Sebagaimana yang telah diketahui, bahwa Provinsi Papua merupakan daerah yang telah diberikan status “Otonomi Khusus” yang bentuk pengaturannya ditetapkan oleh UU No. 21 Tahun 2001 tentang otonomi khusus bagi Provinsi Papua. Selama pelaksanaan otonomi khusus di Provinsi Papua, penerimaan dana yang dialokasikan sudah di serap dalam jumlah dana yang berasal dari 2% dari total alokasi anggaran DAU nasional. Alokasi dana tersebut disalurkan sebagai rangka untuk membangun percepatan pembangunan di daerah Papua, terutama daerah Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Target dan sasaran yang menjadi perhatian dari alokasi dana otonomi khusus ini adalah dana yang dialokasikan untuk membiayai pelayanan publik seperti bidang pendidikan, kesehatan, dan pembangunan infrastruktur bagi pelayanan publik.

Pemberian dana otonomi khusus di Provinsi Papua bertujuan untuk mengejar ketertinggalan yang dihadapi oleh masyarakat di Papua, baik dari segi pendidikan, kesehatan, dan pembangunan pelayanan publik. Dalam rangka percepatan proses pembangunan di Provinsi Papua, pemerintah pusat perlu memberikan perhatian secara khusus untuk memberikan efektivitas pengalokasian anggaran pelayanan publik sesuai dengan UU No. 21 Tahun 2001 yang lebih menitikberatkan pada proses percepatan pembangunan di empat sektor yaitu :

1. Sektor Pendidikan.
2. Sektor Kesehatan.
3. Sektor Pemberdayaan Ekonomi.
4. Sektor Infrastruktur.

Untuk melaksanakan program percepatan pembangunan keempat sektor di atas, pemerintah perlu merencanakan efektivitas anggaran realisasi dana otonomi khusus yang bersumber dari RAPBD. Perkembangan alokasi dana otonomi khusus yang di transfer ke Kabupaten/Kota Provinsi Papua harus diarahkan untuk percepatan pembangunan keempat sektor tersebut, sebagaimana yang telah tertuang dalam UU No. 21 Tahun 2001 tentang otonomi khusus bagi Provinsi Papua.



Gambar 5. Perkembangan Alokasi Dana Otonomi Khusus Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua (Sumber: DJPK, Data diolah)

4. Kesimpulan

Efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan ditujukan untuk meningkatkan alokasi pendanaan anggaran kesehatan dalam membiayai fasilitas pelayanan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Kajian ini bertujuan untuk menguji pengaruh efektivitas mandatory spending yang terdiri dari belanja kesehatan, dana Otsus, dan DAU terhadap pembangunan derajat kesehatan masyarakat yang terdiri dari indikator angka kesakitan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi di Provinsi Papua selama rentang tahun 2017-2019. Pengujian empiris ini menggunakan model regresi data panel yang membuktikan semakin efektif alokasi mandatory spending fungsi kesehatan akan meningkatkan pelayanan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua.

Secara parsial, efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan pada belanja kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat yang terdiri dari indikator angka kesehatan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi. Belanja kesehatan memiliki nilai t -hitung $-2.195 > -1.079$ t -tabel yang menunjukkan bahwa belanja kesehatan memiliki pengaruh secara parsial terhadap derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Peningkatan efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan pada belanja kesehatan memberikan kontribusi yang positif terhadap pembiayaan derajat kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Papua.

Efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan pada dana otonomi khusus tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat yang terdiri dari indikator angka kesehatan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi. Dana otonomi khusus memiliki nilai t -hitung $-0.596 > -1.079$ t -tabel yang menunjukkan bahwa dana otonomi khusus tidak memiliki pengaruh secara parsial terhadap derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Pemberian dana otonomi khusus di Kabupaten/Kota Provinsi Papua belum diprioritaskan untuk dana kesehatan, akan tetapi dana Otsus yang diberikan lebih mengarah kepada bidang pendidikan yang dialokasikan sebesar 20% dari total DAU nasional.

Dana Alokasi Umum (DAU) memiliki pengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat yang terdiri dari indikator angka kesehatan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi. Efektivitas mandatory spending fungsi kesehatan pada alokasi DAU memiliki nilai t -hitung $-1.569 > -1.079$ t -tabel yang menunjukkan bahwa alokasi DAU memiliki pengaruh secara parsial terhadap derajat kesehatan masyarakat di

Kabupaten/Kota Provinsi Papua. Penyaluran Dana Alokasi Umum (DAU) yang telah memenuhi efektivitas untuk anggaran infrastruktur kesehatan dapat meningkatkan pelayanan akses derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua.

Secara simultan, variabel mandatory spending fungsi kesehatan yang terdiri belanja kesehatan, dana Otsus, dan DAU memiliki pengaruh terhadap pembangunan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua, yang dilihat dari indikator angka kesakitan per 1000 penduduk, angka harapan hidup, dan angka kematian bayi. Nilai uji F variabel mandatory spending fungsi kesehatan memiliki nilai uji F- hitung $4.420 > 2.684$ F Tabel. Hal ini mengindikasikan ketiga variabel dari mandatory spending fungsi kesehatan peran penting dalam meningkatkan pelayanan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Papua.

Pengakuan

Kami mengucapkan terima kasih kepada anggota Jurusan Ilmu Ekonomi Pembangunan, Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Sultan Ageng Tirtayasa yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

Kontribusi Penulis

Konseptualisasi, S.A. and H.S.

Kurasi Data, S.A.

Analisis Formal, S.A.

Penyelidikan, H.S.

Metodologi, S.A.

Validasi, S.A.

Visualisasi, H.S.

Menulis – Draf Asli, S.A. and H.S.

Menulis – Meninjau & Mengedit, H.S.

Pendanaan:

Free APC Article.

Pernyataan Dewan Tinjauan Etis:

Tinjauan dan persetujuan etis dibebaskan untuk penelitian ini karena sebagai kontribusi untuk mengembangkan pengetahuan dan publikasi etis.

Pernyataan Informed Consent:

Persetujuan tertulis telah diperoleh dari peserta untuk menerbitkan makalah ini.

Konflik Kepentingan:

Para penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan.

Referensi

Akhyar, Q & Sapha, D. (2018). Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan Publik Dan Tenaga Kesehatan Terhadap Derajat Kesehatan Masyarakat Di Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*, 3(4), 776–784. <https://jim.usk.ac.id/EKP/article/view/10640>

Badan Pusat Statistik Provinsi Papua. Papua Dalam Angka. (2019). <https://papua.bps.go.id/publication/2019/08/16/e43fc034219586add3878e48/provinsi-papua-dalam-angka-2019.html>

Balgis, B., Muslimin, M., & Yusnita, N. ANALISIS PROSES PELAKSANAAN ANGGARAN DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK) PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN

- BUOL. *Katalogis*, 6(3), 20-29.
<http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/Katalogis/article/view/13824/10563>
- Dumairy. (1999). *Perekonomian Indonesia*. Erlangga : Jakarta.
<http://lib.kemenerin.go.id/neo/detail.php?id=213213>
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, Data APBD Tahun 2019. (2019).
<https://djpk.kemenkeu.go.id/portal/data/apbd>
- Gujarati, Damodar N dan Dawn C. Porter. (2015). *Dasar-Dasar Ekonometrika Edisi 5 Buku 2*. Jakarta : Salemba Empat. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=598989>
- Ghozali, I. (2006). *Aplikasi Analisis Multivariat dengan Program SPSS (Vol. IV)*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro. <https://adoc.pub/ghozali-i-2006-aplikasi-analisis-multivariate-dengan-spss-ce.html>
- Harapan, A., Di, H., & Utara, S. (2018). Analysis of the Effect of Health Sector Expenditures on Life Expectancy in North Sumatra. 18(1), 79–92.
<https://doi.org/10.30596/ekonomikawan.v18i1.2155>
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Angka Kematian Bayi Di Kabupaten/Kota Provinsi Papua, 2019*. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-259002-2tahunan-719.pdf>
- Malahayati. (2015). *Otonomi Khusus Aceh dan Papua : Antara Teori dan Praktik Dalam Kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia*. Universitas Syiah Kuala Press : Banda Aceh.
- Misdawita, & Sari, A. A. P. (2013). Analisis Dampak Pengeluaran Pemerintah Di Bidang Pendidikan, Kesehatan, Dan Pengeluaran Subsidi Terhadap Kemiskinan Di Indonesia. *Jurnal Ekonomi & Kebijakan Publik*, 4(2), 147–161.
<http://dx.doi.org/10.22212/jekp.v4i2.50>
- Musgrave, Richard A. (1959). *The Theory of Public Finance*. Internasional Student Edition. McGraw W Hill Kogakusha. Ltd.
https://desmarastremblay.com/Resources/Musgrave%20Richard%20A.%20and%20Musgrave%20Peggy%20B.%201989%20%281973%29%20Public%20Finance%20in%20Theory%20and%20Practice_5th%20ed.pdf
- Nazir, Moh. (2005). *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
<https://pustaka.unm.ac.id/opac/detail-opac?id=38633>
- Nourmanita, N. A. (2016). Belanja Publik (Expenditure Assignment) Antara Masalah Dan Efektivitas Anggaran Belanja. *Jurnal Kajian Ilmu Administrasi Negara*, 4(1), 31–48.
<http://dx.doi.org/10.21831/jnp.v4i1.12613>
- Nurfauziya, A., Prakosa, K. B., & Kusuma, H. (2018) Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Kesehatan Masyarakat (Studi Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta). 5(2), 191–209.
<https://www.neliti.com/publications/266036/dampak-desentralisasi-fiskal-terhadap-kesehatan-masyarakat-studi-di-provinsi-dae#cite>
- Pulungan, A. (2014). Kesehatan Masyarakat Desa Era Otonomi Daerah Di Kecamatan Aek Nabara Barumon Kabupaten Padanglawas. *Jurnal Ilmiah Kajian Politik Lokal Dan Pembangunan*, 24(2), 29–39. <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/41581>
- Prasetya, F. (2012). *Modul Ekonomi Publik : Teori Pengeluaran Pemerintah*. Universitas Brawijaya Press : Malang.
https://www.academia.edu/5437502/MODUL_EKONOMI_PUBLIK_BAGIAN_V_TEORI_PENGELUARAN_PEMERINTAH
- Sihaloho, E. D., & Hardiawan, D. (2019). Pengaruh Belanja Kesehatan Dan Angka Kemiskinan Terhadap Angka Harapan Hidup Kabupaten Kota Di Jawa Barat. *Jurnal Ekonomi, Keuangan, Perbankan Dan Akuntansi*, 11(1), 117–128.
<https://doi.org/10.35313/ekspansi.v11i1.1308>
- Widarjono, A. (2007). *Ekonometrika Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Ekonisia, FE UII.
https://www.academia.edu/28713311/EKONOMETIKA_TEORI_DAN_APLIKASI

-
- Yulianita, A. (2009). Analisis Sektor Unggulan dan Pengeluaran Pemerintah Di Kabupaten Ogan Komering Ilir. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 7(2), 70–85. <https://doi.org/10.29259/jep.v7i2.4878>
- Zulyanto, A. (2016). Pengeluaran pemerintah dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di provinsi Bengkulu. *Jurnal Ekonomi-Qu*, 6(2), 115–139. <http://dx.doi.org/10.35448/jequ.v6i2.4340>