

ANALISIS EFISIENSI ANGGARAN BELANJA PEMERINTAH DAERAH SEKTOR KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2017-2020

Muhammad Ilham Radityo¹, Fitri Arianti²

¹Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan, Universitas Diponegoro, Semarang

²Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan, Universitas Diponegoro, Semarang

e-mail: ilhamradityo037@gmail.com, fitri.arianti@gmail.com

Abstrak

Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam meningkatkan sumber daya manusia dari segi berfikir dan kondisi kesehatan. Kondisi kesehatan yang buruk tentunya akan menghasilkan produktivitas yang rendah, seperti tenaga kerja yang tidak sehat maka tidak mampu berkerja secara optimal. Penelitian ini menggunakan metode alat analisis Data Envelopment Analysis (DEA) dengan menggunakan software DEAP versi 2.1. Hasil pengukuran menunjukkan nilai efisiensi relative. Penelitian ini menggunakan anggaran belanja kesehatan sebagai variabel input dan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai variabel output intermediate digunakan untuk mengakomodir hubungan tidak langsung antara variabel input dan output. Asumsi dalam penelitian ini adalah menggunakan Variabel Return to Scale (VRS) dan berorientasi pada output (Output Oriented). Penelitian pada tahun 2017-2020 menjelaskan bahwa efisiensi terparah Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah secara teknis biaya dengan rata-rata 2 Kabupaten/Kota yang mencapai efisiensi sempurna (=1). Hasil ini sangat berbanding terbalik dengan hasil efisiensi teknis sistem dengan rata-rata 6 Kabupaten/Kota disusul dengan hasil daerah lain yang hampir mendekati nilai efisien sempurna (=1). Hal ini menjelaskan bahwa sebagian kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah masih belum efisien dalam penggunaan anggaran belanja kesehatan dan perlu adanya perbaikan yang dilakukan melalui perhitungan target perbaikan dengan berorientasi pada memaksimalkan output.

Kata kunci: Anggaran Belanja Kesehatan, Efisiensi, Derajat Kesehatan, *Data Envelopment Analysis* (DEA).

Abstract

The health sector has an important role in improving human resources in terms of thinking and health conditions. Poor health conditions will certainly result in low productivity, such as an unhealthy labor worker that is unable to work optimally. This study used the Data Envelopment Analysis (DEA) analysis tool using DEAP software version 2.1. The measurement results show the value of relative efficiency. This study uses the health expenditure budget as an input variable and health care facilities as an intermediate output variable to accommodate the indirect relationship between input and output variables. The assumption in this study is to use Variable Return to Scale (VRS) and is output oriented. Research in 2017-2020 explains that the worst efficiency for Regencies/Cities in Central Java Province is technically costly with an average of 2 Regencies/Cities achieving perfect efficiency (=1). This result is very inversely proportional to the results of system technical efficiency with an average of 6 Regencies/Cities followed by results of other regions which are almost close to the perfect efficient value (= 1). This explains that some Regencies/Cities in Central Java Province are still not efficient in the use of the health spending budget and that improvements are needed through calculating improvement targets oriented towards maximizing output

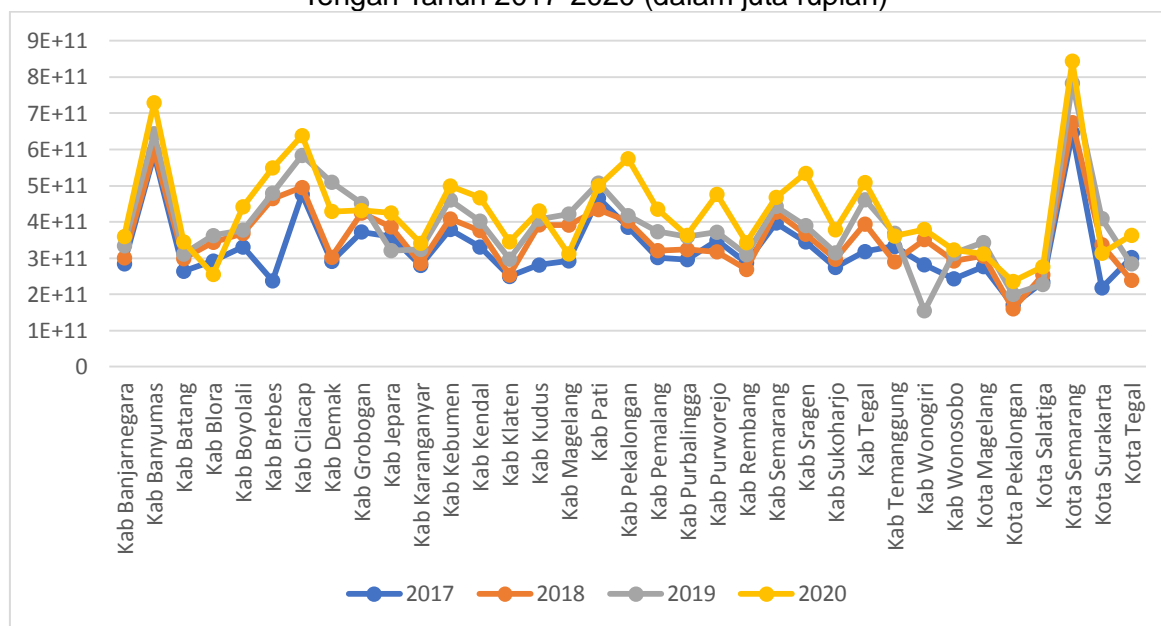
Keywords: Health Budget, Efficiency, Health Degree, *Data Envelopment Analysis* (DEA).

1. Pendahuluan

Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam meningkatkan sumber daya manusia dari segi berfikir dan kondisi kesehatan. Kondisi kesehatan yang buruk tentunya akan menghasilkan produktivitas yang rendah, seperti tenaga kerja yang tidak sehat maka tidak mampu berkerja secara optimal. Anggaran Pemerintah disektor Kesehatan memiliki peranan penting untuk meingkatkan tingkat derajat Kesehatan setiap daerah. Dalam kurun waktu 4

tahun mulai 2017-2020 anggaran belanja pemerintah disektor kesehatan di Provinsi Jawa Tengah mengalami kenaikan setiap tahunnya.

Gambar 1.1 Anggaran Belanja Sektor Kesehatan menurut Kabutpaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017-2020 (dalam juta rupiah)



Sumber: Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan 2017-2020

Berdasarkan Gambar 1.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah memiliki trend alokasi belanja kesehatan yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Belanja kesehatan tertinggi ada pada ibu kota provinsi Jawa Tengah, yaitu Semarang. Namun ada beberapa kabupaten/kota yang mengalami fluktuatif belanja kesehatan seperti daerah Kota Pekalongan, Kab. Purworejo, Kab. Rembang, Kab. Semarang, Kab. Blora, Kab. Demak, Kab. Grobogan, Kab. Kebumen, Kab. Magelang, Kab. Pati, Kab. Temanggung, Kab. Wonogiri, Kota Salatiga, Kota Surakarta dan Kota Tegal. Maka dalam penelitian ini peneliti memilih Provinsi Jawa Tengah sebahai topik pembahasan berdasarkan data diatas apakah dengan meningkatnya anggaran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dapat menciptakan anggaran pengeluaran belanja sector kesehatan masyarakat Provinsi Jawa Tengah dalam derajat kesehatan.

Berdasarkan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyatakan arahan kebijakan umum pemerintah daerah untuk membangun masyarakat yang berkualitas dimaknai melalui optimalisasi kualitas dan sebaran pelayanan pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial, serta meningkatkan kapabilitas sumberdaya manusia Jawa Tengah. Ditinjau dari aspek derajat kesehatan masyarakat Pemerintah Provinsi Jawa Tengah terdapat tiga indikator yang digunakan, yaitu Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI).

Tabel 1.1 Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Harapan Hldup (AHH) di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017-2020

Tahun	AKI	AKB	AHH
2017	475	4791	74.43
2018	421	4481	74.70
2019	416	4450	74.77
2020	530	4189	74.91

Sumber: Profil Kesehatan Jawa Tengah 2017-2020, BPS 2017-2020

Menurut Tabel 1.1 menjelaskan derajat kesehatan di Provinsi Jawa Tengah dapat dijelaskan bahwa tiga puluh lima kabupaten/kota angka pertumbuhan Angka Harapan Hidup (AHH) meningkat setiap tahunnya pada tahun 2017 – 2020. Derajat kesehatan mempunyai hubungan timbal balik dengan pembangunan manusia. Angka harapan hidup yang tinggi setidaknya menunjukkan fenomena lebih terjaminnya aspek kesehatan, lingkungan yang sehat, sosial kemasyarakatan yang aman terjamin dan faktor-faktor pendukung alami lainnya. Selain itu angka harapan hidup yang tinggi juga dipengaruhi oleh peran genetika, gizi, makanan, pola hidup, rendahnya paparan pencemaran serta kematangan psikologis sehingga seseorang secara alami menjadi lebih kuat/siap menghadapi tekanan hidup/stress.

Pengambilan Provinsi Jawa Tengah sebagai daerah penelitian dikarenakan Provinsi Jawa Tengah memiliki anggaran disektor kesehatan yang meningkat setiap tahun dan bertujuan untuk mencari apakah dengan naiknya anggaran yang sudah dikeluarkan dapat meningkatkan derajat kesehatan di Provinsi Jawa Tengah, serta bertujuan untuk pembaharuan dari penelitian sebelumnya yang dilaksanakan pada tahun 2019. Pembiayaan sektor kesehatan harus diiringi Outcome indicator derajat kesehatan yang baik, dimana dalam capaian indikator derajat kesehatan di Kabupaten atau Kota di Provinsi Jawa Tengah tahun 2017-2020 masih belum optimal terutama pada indikator angka kematiannya. Agar mampu memberikan dampak yang optimal terhadap perbaikan kondisi kesehatan, tiap daerah dituntut untuk melakukan belanja secara efisien (anggaran yang sudah ditetapkan di tiap daerah dapat menghasilkan output yang memaksimalkan potensi anggarannya), juga seperti yang tertera dalam undang-undang anggaran berbasis kinerja yang diharuskan meningkatkan kinerja keuangan daerah. Oleh karena itu perlu adanya pengukuran efisiensi sektor kesehatan guna menjadi kriteria penilaian keberhasilan pemerintah daerah.

Dengan merujuk pada penelitian-penelitian sebelumnya peneliti juga mengkaji tingkat efisiensi pengeluaran disektor kesehatan. Hasil penelitian ini menguatkan pendapat oleh peneliti Etibar Djavarov dan Victoria Gunnarson (2008) dan Hastarini Dwi Atmanti dan Maal Naylah (2014-2018) yang menyebutkan rendahnya penyerapan anggaran kesehatan untuk pelayanan kesehatan di masyarakat serta ketidakcukupan merecovery biaya yang dikeluarkan pemerintah untuk sektor kesehatan dan persebaran fasilitas pelayanan kesehatan dan SDM kesehatan yang belum merata sehingga terjadi ketidakmerataan pelayanan kesehatan di setiap wilayahnya.

Penelitian ini dilakukan dengan menganalisis efisiensi pengeluaran anggaran pemerintah daerah disektor kesehatan di Provinsi Jawa Tengah dengan penggunaan input anggaran yang dikeluarkan di setiap daerah dan output intermediate seperti AKI, AHH, AKB serta jumlah tenaga kerja medis di setiap daerah.

Tinjauan Pustaka

Produksi

Produksi adalah perubahan dari dua atau lebih input (sumberdaya) menjadi satu atau lebih output (produk). Untuk memproduksi diperlukan sejumlah input, dimana umumnya input yang diperlukan pada sektor pertanian adalah adanya kapital, tenaga kerja dan teknologi (Pindyck and Rubinfeld, 2012). Produksi merupakan konsep arus (*flow concept*), maksudnya adalah produksi merupakan kegiatan yang diukur sebagai tingkat-tingkat output per unit periode/waktu. Sedangkan outputnya sendiri senantiasa diasumsikan konstan kualitasnya (Miller and Meiners, 2000). (Iswardono, 2004) menyatakan bahwa teori produksi sebagaimana teori perilaku konsumen merupakan teori pemilihan atas berbagai alternatif yang tersedia. Dalam hal ini adalah keputusan yang diambil seorang produsen untuk menentukan pilihan atas alternatif tersebut. Produsen mencoba memaksimalkan produksi yang bisa dicapai dengan suatu kendala ongkos tertentu agar dapat dihasilkan keuntungan yang maksimum.

Nicholson (2002), fungsi produksi adalah suatu fungsi yang menunjukkan hubungan matematik antara input yang digunakan untuk menghasilkan suatu tingkat output tertentu. Menurut Sukirno (2002) menyatakan bahwa fungsi produksi menunjukkan sifat hubungan diantara faktor-faktor produksi dan tingkat produksi yang dihasilkan. Faktor-faktor produksi

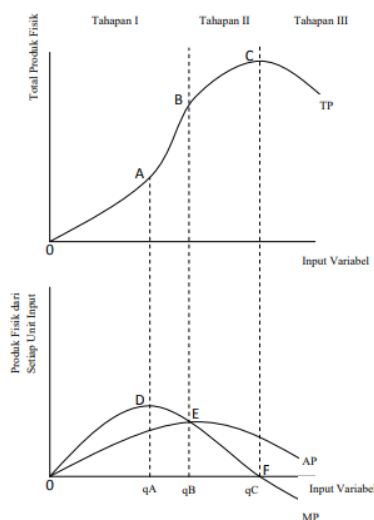
dikenal pula dengan istilah input dan jumlah produksi selalu juga disebut dengan output. Fungsi produksi dinyatakan dalam bentuk rumus sebagai berikut:

$$Q = f (K, L, R, T) \dots\dots\dots(1.1)$$

Dimana: K = jumlah stok modal
L = jumlah tenaga kerja
R = kekayaan alam
T = tingkat teknologi yang digunakan
Q = jumlah produksi yang dihasilkan oleh berbagai jenis faktor produksi tersebut yaitu secara bersama digunakan untuk memproduksi barang yang sedang dianalisis sifat produksinya.

Dari persamaan tersebut, artinya bahwa tingkat produksi suatu barang tergantung pada jumlah modal, jumlah tenaga kerja, jumlah kekayaan alam, dan tingkat teknologi yang digunakan. Soekartawi (2003) menyatakan bahwa fungsi produksi adalah hubungan fisik antara variabel dependen (Y) dan variabel independen (X). Variabel dependen biasanya berupa jumlah produksi (output) dan variabel independen biasanya berupa faktor – faktor produksi (input). Hubungan antara Produksi Total (TP), Produksi tenaga kerja rata – rata (APL) dan Produksi tenaga kerja marjinal (MPL) dapat dilihat dari gambar berikut:

Gambar 1.1 Kurva Tahapan Produksi



Gambar 2.1 menggambarkan kurva total produk fisik (TP) yang melengkung mulus. Titik infleksi (titik perubahan) adalah titik A, disitulah peningkatan produk fisik marginal (MP) berubah menjadi penurunan (Miller and Meiners, 2000). Pada gambar kurva bawah terlihat perubahan itu mulai terjadi setelah dikerahkan input sebanyak qA. Pada titik B kurva total produk fisik, produk fisik marginal sama dengan produk qB, setelah itu produk fisik rata – rata (AP) menurun. Di titik C, total produk fisik mencapai nilai maksimum, sementara itu produk fisik marginal sama dengan nol, kemudian bernilai negatif. Pada kurva total produk fisik terlihat tahapan I, tahapan II, dan tahapan III. Tahapan II disebut daerah ekonomis produksi (*economic region of production*). Tidak ada produsen yang bersedia memproduksi pada tahapan I dan III. Berproduksi pada tahapan III jelas tidak menguntungkan karena total produksi fisik yang lebih tinggi hanya bisa dicapai lewat pengurangan input variabel. Lebih dari qC, produk fisik marjinal dari input variabel yang bersangkutan akan bernilai negatif.

Efisiensi

Efisiensi adalah kemampuan untuk mencapai suatu hasil yang diharapkan (output) dengan mengorbankan input yang minimal. Suatu kegiatan telah dikerjakan secara efisien jika pelaksanaan kegiatan telah mencapai sasaran (output) dengan pengorbanan (input) terendah, sehingga efisiensi dapat diartikan sebagai tidak adanya pemborosan (Nicholson, 2002). Miller

and Meiners (2000), berpendapat Efisiensi dibedakan menjadi tiga, yaitu efisiensi teknis, efisiensi harga, dan efisiensi ekonomis. Efisiensi teknis mencakup tentang hubungan antara input dan output. Suatu perusahaan dikatakan efisien secara teknis jika produksi dengan output terbesar yang menggunakan kombinasi beberapa input saja. Efisiensi harga juga diartikan sebagai upaya penggunaan input yang sekecil-kecilnya untuk mendapatkan produksi yang sebesar-besarnya.

2. Metode

Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari 35 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah periode tahun 2017 - 2020. Data sekunder yang dikumpulkan melalui identifikasi informasi spesifik yang diperoleh variabel- variabel terkait penelitian ini untuk menghasilkan penelitian yang baik. Data tersebut diperoleh dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Direktorat Jendral Perimbangan Keuangan, Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah dan Badan Pusat Statistik Pusat, Jurnal Internasional dan literature jurnal lembaga penelitian maupun publikasi laporan kinerja pemerintah serta perguruan tinggi.

Analisis Regresi

Penelitian ini menggunakan metode analisis Data Envelopment Analysis (DEA) dengan pendekatan variabel return to scale dan berorientasi pada output. Pemilihan penggunaan analisis DEA berdasarkan pertimbangan bahwa analisis DEA mampu mengukur efisiensi relatif suatu Decisions Making Unit (DMU) dalam kondisi multi-input dan multi-output. Yang dimaksud DMU di sini adalah merupakan unit yang dianalisa dalam DEA (dalam hal ini merupakan pemerintah daerah).

Dengan menganalisis efisiensi teknis menggunakan metode DEA, penelitian ini akan menjelaskan hubungan penggunaan biaya kesehatan dalam mencapai output akhir meliputi variabel input dan variabel output intermediate yang akan menghasilkan efisiensi teknis biaya, lalu variabel output intermediate dan variabel output yang akan menghasilkan efisiensi teknis sistem. Dengan menganalisis efisiensi teknis (bukan ekonomis), artinya metode analisis DEA hanya memperhitungkan nilai absolut dari suatu variabel. Oleh karena itu dimungkinkan suatu pola perhitungan kombinasi berbagai variabel dengan satuan yang berbeda-beda.

Seperti yang sudah dijelaskan dalam kajian teoritis, pengukuran efisiensi pada dasarnya merupakan rasio antara output dan input;

$$\text{Efficiency} = \frac{\text{Jumlah Output Tertimbang}}{\text{Jumlah Input Tertimbang}}$$

Lalu pengukuran efisiensi yang menyangkut input dan output dengan pengukuran efisiensi relatif yang dibobot sebagaimana berikut:

$$\text{Efficiency dari unit } j = \frac{u_1y_1+u_2y_2+\dots}{v_1x_1+v_2x_2+\dots}$$

Namun demikian, pengukuran tersebut tetap memiliki keterbatasan yaitu sulitnya menentukan bobot yang seimbang untuk input dan output. Maka dari itu, analisis DEA berasumsi bahwa setiap DMU akan memilih bobot yang memaksimalkan rasio efisiensinya (maximize total weighted output/ total weighted input). Untuk mengkalkulasi efisiensi relatif dari belanja pemerintah kab/kota urusan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah, digunakan model program linear sebagai berikut:

$$\text{Memaksimalkan } z_k = \sum_s U_{rk} Y_{rk}$$

$$\sum_{r=1}^s U_{rk} Y_{rk} - \sum_{i=k}^m V_{ik} X_{ik} \leq 0 ; k = 1, 2, \dots, n, ..$$

$$\sum_{i=k}^m V_{ik} X_{ik} = 1$$

Dengan batasan kendala:

$$U_{rk} \geq 0 ; r = 1,2, \dots, s, ..$$

$$V_{ik} \geq 0 ; i = 1,2, \dots, m, ..$$

Dengan keterangan persamaan di atas dijelaskan sebagai berikut:

z_k = Kabupaten/Kota yang diamati

K = Kabupaten/Kota yang dinilai dalam analisis yaitu 35 kabupaten/kota

Y_{rk} = Jumlah output r yang dihasilkan oleh DMU k

X_{ik} = Jumlah input i yang digunakan DMU k

s = Jumlah output yang dihasilkan (layanan, fasilitas kesehatan dan derajat kesehatan).

m = Jumlah input yang digunakan (belanja kesehatan kabupaten/kota)

U_{rk} = Bobot tertimbang dari output r yang dihasilkan tiap DMU k

V_{ik} = Bobot tertimbang dari input i yang dihasilkan tiap DMU k

Pengukuran dalam analisis DEA memiliki dua model orientasi yaitu input (Input-Oriented Measures) dan Orientasi Output (Output-Oriented Measures) (Rusydia, 2013) dan dalam penelitian ini menggunakan orientasi output. Dalam hal ini artinya sejumlah output dapat ditingkatkan secara proporsional dan optimal tanpa mengubah jumlah input yang digunakan.

Seperti yang sudah di jelaskan di tinjauan teoritis, Rusydia menyebutkan dalam perkembangan DEA terdapat dua model yang digunakan yaitu Constant Return to Scale (CRS) dan Variabel Return to Scale (VRS), dan penelitian ini menggunakan model Variabel Return to Scale (VRS), dengan asumsi bahwa rasio penambahan input dan output tidak sama. Hal ini dikarenakan dalam sektor kesehatan penambahan proporsi input belum tentu dapat meningkatkan proporsi output dengan nilai yang sama, hal ini disebabkan masih ada faktor lain yang juga mempengaruhi seperti tingkat pendidikan, tingkat ekonomi masyarakat, kesadaran masyarakat, kondisi lingkungan, dan sebagainya.

Efisiensi

Efisiensi adalah kemampuan untuk mencapai suatu hasil yang diharapkan (output) dengan mengorbankan input yang minimal. Suatu kegiatan telah dikerjakan secara efisien jika pelaksanaan kegiatan telah mencapai sasaran (output) dengan pengorbanan (input) terendah, sehingga efisiensi dapat diartikan sebagai tidak adanya pemborosan (Nicholson, 2002).

3. Hasil dan Pembahasan

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah data sekunder dari 35 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah periode tahun 2017 - 2020. Data sekunder yang dikumpulkan melalui identifikasi informasi spesifik yang diperoleh variabel- variabel terkait penelitian ini seperti data anggaran, jumlah penduduk, jumlah puskesmas, jumlah dokter umum, jumlah tenaga medis (bidan), angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB), dan angka harapan hidup (AHH). Pengambilan data ini difokuskan per Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017-2020.

Tabel 3.1 Hasil Run Data Efisiensi Teknis Biaya Kota Pekalongan tahun 2017-2020

2017				2018			
Variabel	Actual	Target	P. Value	Variabel	Actual	Target	P. Value
Efisiensi Teknis Biaya				Efisiensi Teknis Biaya			
Bidan	30.210	0.000	30.210	Bidan	35.270	0.000	35.270
Dokter	39.750	0.000	39.750	Dokter	39.740	0.000	39.740
Puskesmas	1.690	0.000	1.690	Puskesmas	1.380	0.000	1.380
Anggaran	171.000	0.000	171.000	Anggaran	160.000	0.000	160.000
2019				2020			
Variabel	Actual	Target	P. Value	Variabel	Actual	Target	P. Value
Efisiensi Teknis Biaya				Efisiensi Teknis Biaya			
Bidan	28.620	0.000	28.620	Bidan	36.140	0.000	36.140
Dokter	39.080	0.000	39.080	Dokter	43.400	0.000	43.400
Puskesmas	1.370	0.000	1.370	Puskesmas	1.370	0.000	1.370
Anggaran	200.000	0.000	200.000	Anggaran	235.000	0.000	235.000

Sumber: DEAP Versi 2.1

Hasil Efisiensi Teknis Biaya

Pada tahun 2017-2020 Kota Pekalongan sudah mencapai kondisi efisiensi sempurna 1 secara teknis biaya, karena tidak diperlukan perubahan di *Actual* dan *Value* (data lapangan), sehingga tidak ada perubahan dalam *Project Value* (nilai yang dibutuhkan untuk mencapai tingkat efisien sempurna) maka target perbaikan tidak perlu dilakukan.

Tabel 3.2 Hasil Run Data Efisiensi Teknis Sistem Kota Pekalongan tahun 2017-2020

2017				2018			
Variabel	Actual	Target	P. Value	Variabel	Actual	Target	P. Value
Efisiensi Teknis Sistem				Efisiensi Teknis Sistem			
AIMS	107998.650	3491.087	111489.737	AIMS	107409.910	4534.366	111944.276
AHH	74.200	2.399	76.599	AHH	74.250	3.135	77.385
ABH	993.600	32.118	1025.718	ABH	837.250	185.665	1022.915
Bidan	30.210	-12.774	17.436	Bidan	35.270	-12.111	23.159
Dokter	39.750	-25.600	14.150	Dokter	39.740	-17.296	22.444
Puskesmas	1.690	-1.222	0.468	Puskesmas	1.380	-0.901	0.479
2019				2020			
Variabel	Actual	Target	P. Value	Variabel	Actual	Target	P. Value
Efisiensi Teknis Sistem				Efisiensi Teknis Sistem			
AIMS	106905.280	3771.639	110676.919	AIMS	105554.610	3129.997	108684.607
AHH	74.280	2.621	76.901	AHH	74.380	2.206	76.586
ABH	1000.000	35.280	1035.280	ABH	1000.000	29.653	1029.653
Bidan	28.620	-17.539	11.081	Bidan	36.140	-15.947	20.193
Dokter	39.080	-20.390	18.690	Dokter	43.400	-7.513	35.887
Puskesmas	1.370	-0.628	0.742	Puskesmas	1.370	-0.795	0.575

Sumber: DEAP Versi 2.1

Hasil Efisiensi Teknis Sistem

Pada tahun 2017 efisiensi teknis system di Kota Pekalongan belum mencapai kondisi efisiensi sempurna sehingga yang perlu meningkatkan AIMS sebesar 3491,08 poin, AHH sebesar 2,39 poin, dan ABH sebesar 32,11 poin.

Pada tahun 2018 efisiensi teknis system di Kota Pekalongan belum mencapai kondisi efisiensi sempurna sehingga yang perlu meningkatkan AIMS sebesar 4534,36 poin, AHH sebesar 3,13 poin, dan ABH sebesar 185,66 poin.

Pada tahun 2019 efisiensi teknis system di Kota Pekalongan belum mencapai kondisi efisiensi sempurna sehingga yang perlu meningkatkan AIMS sebesar 3771,63 poin, AHH sebesar 2,62 poin, dan ABH sebesar 35,28 poin.

Pada tahun 2020 efisiensi teknis system di Kota Pekalongan belum mencapai kondisi efisiensi sempurna sehingga yang perlu meningkatkan AIMS sebesar 3129,99 poin, AHH sebesar 2,20 poin, dan ABH sebesar 29,65 poin.

AIMS dan ABH merupakan angka ibu melahirkan selamat (AIMS) dan angka bayi hidup (ABH) dimana data tersebut digunakan karena di dalam DEA tidak dapat mendeteksi angka – (negatif) sehingga peneliti mengubah angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) menjadi AIMS dan ABH. Data tersebut didapat menggunakan rumus yang sudah ditetapkan.

Pembahasan

Hasil pembahasan kali ini memperlihatkan keunggulan metode alat analisis Data Envelopment Analysis (DEA) dalam menganalisis tingkat efisiensi secara teknis biaya dan teknis system dalam perhitungan lebih lanjut untuk nilai target efisiensi relative yang harus dicapai oleh setiap DMU/UKE yang belum mencapai kondisi efisiensi sempurna agar dapat mencapai kondisi efisiensi sempurna. Efisiensi dalam anggaran belanja kesehatan pemerintah dapat didefinisikan sebagai kondisi ketika tidak mungkin lagi realokasi sumber daya yang dilakukan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Kurnia, 2006).

Kota Pekalongan tahun 2017-2020 dapat menjadi contoh daerah yang sudah mencapai kondisi efisiensi sempurna (=1) secara teknis biaya, hal ini mengindikasikan bahwa Kota Pekalongan tahun 2017-2020 sudah menggunakan anggaran belanja secara efisien dan menghasilkan output yang optimal sehingga Kota Pekalongan tidak perlu melakukan target perbaikan karena sudah mencapai kondisi efisiensi sempurna secara teknis biaya.

Kota Pekalongan tahun 2017-2020 dapat menjadi contoh daerah yang belum mencapai kondisi efisiensi sempurna (=1) secara teknis sistem, seperti yang dijelaskan sebelumnya di (table 3.2) hal ini mengindikasikan bahwa Kota Pekalongan tahun 2017-2020 dapat melakukan target perbaikan dalam mencapai kondisi sempurna untuk efisiensi teknis sistem.

Secara umum perbaikan efisiensi dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengelolaan anggaran belanja kesehatan yang lebih baik dan meningkatkan sumber daya tenaga medis yang sudah ada untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan merata kepada seluruh wilayah dan masyarakat sekitar. Pemerintah juga harus memberikan pemerataan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas untuk masyarakat agar dapat lebih mudah dijangkau dengan harapan dapat meminimalisir tingkat AKI, AKB dan meningkatkan AHH dalam rangka mencapai tingkat derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.

4. Simpulan dan Saran

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan telah diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penelitian pada tahun 2017-2020 menjelaskan bahwa masih sebagian besar Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah yang mengalami inefisiensi terparah secara teknis biaya.
2. Pada tahun 2017-2020 ditemukan permasalahan pada efisiensi teknis biaya yang kurang optimal dikarenakan terjadi inefisien penggunaan anggaran belanja disektor kesehatan untuk menghasilkan pelayanan dan fasilitas kesehatan, secara umum hampir setiap daerah belum mencapai hasil efisiensi teknis biaya sempurna (=1).

3. Hasil penelitian ini menguatkan pendapat oleh peneliti Javarov & Gunnarsson (2008) dan Hastarini Dwi Atmanti dan Maal Naylah (2014-2018) yang menyebutkan rendahnya penyerapan anggaran kesehatan untuk pelayanan kesehatan di masyarakat serta ketidakcukupan merecovery biaya yang dikeluarkan pemerintah untuk sektor kesehatan dan persebaran fasilitas pelayanan kesehatan dan SDM kesehatan yang belum merata sehingga terjadi ketidakmerataan pelayanan kesehatan di setiap wilayahnya.

Keterbatasan

1. Penggunaan variabel input dan output pada derajat kesehatan hanya menggunakan indikator secara umum seperti angka kesakitan dan sumber daya manusia (tenaga medis) mengingat keterbatasan data yang dipublikasikan oleh masing-masing Pemerintah Kabupaten/Kota.
2. Hasil studi selanjutnya diperlukan lagi data dalam melihat jenis indikator input dan output dalam fasilitas dan pelayanan kesehatan.
3. Penggunaan data anggaran belanja kesehatan masih berupa data keseluruhan dan belum difokuskan kepada anggaran belanja secara detail, mengingat data yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan tidak menyebutkan pengeluaran setiap wilayah secara spesifik.
4. Keterbatasan efisiensi teknis, dalam penelitian ini peneliti ingin melihat penggunaan alokasi anggaran kesehatan terhadap fasilitas kesehatan dengan jumlah puskesmas, dokter umum, dan bidan sehingga dalam penelitian ini digunakan efisiensi teknis dimana dalam efisiensi teknis yang dipilih berupa efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem.
5. Dalam penelitian ini peneliti ingin melihat efisiensi teknis biaya dan teknis sistem sehingga masih terdapat kekurangan di dalam hasil interpretasi yaitu kurang mendetailnya hasil interpretasi yang dijabarkan.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Berdasarkan daerah yang belum mencapai tingkat efisiensi sempurna secara teknis biaya dapat melakukan perbaikan dengan Projected Value dengan peningkatan fasilitas yang masih kurang memadai seperti menambah sumber daya tenaga kesehatan dan meningkatkan jumlah unit fasilitas kesehatan puskesmas agar dapat dijangkau oleh masyarakat secara menyeluruh.
2. Daerah yang masih belum mencapai tingkat efisiensi sempurna secara teknis biaya dan teknis sistem dapat melakukan target perbaikan pada hasil Projected Value dan perbandingan dengan daerah yang sudah mencapai kondisi efisiensi sempurna secara teknis biaya dan teknis sistem.

Daftar Pustaka

- Arikunto Suharsimi. (2002). *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. PT. Rineka Cipta.
- Arikunto Suharsimi. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. PT. Rineka Cipta.
- Atmanti, H. D., & Naylah, M. (2019). The efficiency of healthcare system in Indonesia in 2014-2018. *Humanities and Social Sciences Reviews*, 7(6), 644–651.
<https://doi.org/10.18510/hssr.2019.7696>
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (n.d.). *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Jateng Gayeng.
- Iswardono. (2004). *Ekonomi Mikro (UPP AMP)*. YKPN.
- Jafarov, E., & Gunnarsson, V. (2008). *Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options; by Etibar Jafarov and Victoria Gunnarsson; IMF Working Paper 08/136; May 1, 2008*.

- Kurnia, A. (2006). *Model Pengukuran Kinerja dan Efisiensi Sektor Publik Metode Free Disposable Hull (FDH)*. Vol. 15 No, 50–69.
<https://search.proquest.com/docview/2284869324/abstract/3F4F958A637A4C68PQ/20?accountid=46437>
- Miller, R., & Meiners, R. (2000). *Teori Mikro Ekonomi Intermediate*. PT. Raja Grafindo Persada.
- Nicholson, W. (2002). *MIKROEKONOMI INTERMEDIATE dan Aplikasinya*. Erlangga.
- Putri, A. (2015). Efisiensi Teknis Anggaran Belanja Sektor Kesehatan Propinsi Jawa Barat. *Signifikan: Jurnal Ilmu Ekonomi*, 4(2), 127–150. <https://doi.org/10.15408/sjie.v4i2.2302>
- Rubinfeld, D. L., & Pindyck, R. S. (2012). *Mikroekonomi*. Erlangga.
- Rusydiana, A. . (2013). *Mengukur Tingkat Efisiensi dengan Data Envelopment Analysis: Teori dan Aplikasi*. Smart Publishing.