



# **PROSIDING SEMINAR NASIONAL & CALL FOR PAPERS**

*Master Plan Ekonomi Syariah Indonesia 2019-2024  
Guna Mendukung SDG'S Indonesia 2045*

**Edisi 1  
Desember 2019**

**Penerbit  
STIE BANK BPD JATENG**

# PROSIDING

SEMINAR NASIONAL & CALL FOR PAPERS

STIE BPD ACCOUNTING FORUM (SAF)

2019

**“Masterplan Ekonomi Syariah Indonesia 2019 – 2024**

**Guna Mendukung SDG’s Indonesia 2045”**



**Penerbit**

**STIE Bank BPD Jateng**

Jalan Arteri Soekarno - Hatta No. 88, Tlogosari Kulon, Pedurungan,

Kota Semarang (50196)

[stiebankbpdjateng.publisher@gmail.com](mailto:stiebankbpdjateng.publisher@gmail.com)

## **PROSIDING**

SEMINAR NASIONAL & CALL FOR PAPERS  
STIE BPD ACCOUNTING FORUM (SAF)  
2019

### **“Masterplan Ekonomi Syariah Indonesia 2019 – 2024 Guna Mendukung SDG’s Indonesia 2045”**

#### **ISBN**

9786027436725

#### **Editor**

Fika Azmi, SE, M.Si

#### **Tebal Buku**

574 Halaman

#### **Edisi**

Satu, Desember 2019

#### **Publikasi Online**

[stiebankbpdjateng.ac.id/saf](http://stiebankbpdjateng.ac.id/saf)

#### **Penerbit**

STIE Bank BPD Jateng  
Jalan Arteri Soekarno - Hatta No. 88, Tlogosari Kulon, Pedurungan,  
Kota Semarang (50196)  
[stiebankbpdjateng.publisher@gmail.com](mailto:stiebankbpdjateng.publisher@gmail.com)

**Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa seizin tertulis dari penerbit**

**© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG**

## PANITIA PELAKSANA

SEMINAR NASIONAL & CALL FOR PAPERS  
STIE BPD ACCOUNTING FORUM (SAF) 2019

### **“Masterplan Ekonomi Syariah Indonesia 2019 – 2024 Guna Mendukung SDG’s Indonesia 2045”**

Penasehat	:	Dr. E. Siti Puryandani, SE, M.Si.
Steering Committee	:	1. Dr. Taofik Hidajat, SE, M.Si, CRBC. 2. Mekani Vestari, SE, M.Si, Ak.,CA. 3. Himawan Arif Sutanto, SE, M.Si.
Ketua	:	Nugroho Heri Pramono, SE, M.Si.
Sekretaris	:	Suci Atiningsih, S.Pd, M.Si.
Bendahara	:	Khairina Nur Izzaty, SE, M.Si, Ak.
Sie Acara & Protokoler	:	Taufik Andre Setiyono, SE, M.Ak.
Sie Artikel	:	Fika Azmi, SE, M.Si.
Sie Humas	:	Pratomo Cahyo Kurniawan, SE, M.Ak.

#### **Reviewer**

Dr. Taofik Hidajat, SE, M.Si, CRBC.  
Dr. Grace Tianna Solovida, SE, M.Si, Ak, CA  
Ali Mursid, P.hD

#### **Editor**

Fika Azmi, SE, M.Si

#### **Penerbit**

STIE Bank BPD Jateng  
Jalan Arteri Soekarno Hatta No 88, Tlogosari Kulon, Pedurungan,  
Kota Semarang (50196)  
[stiebankbpdjateng.publisher@gmail.com](mailto:stiebankbpdjateng.publisher@gmail.com)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
KATA PENGANTAR .....	iii
PANITIA PELAKSANA .....	iv
DAFTAR ISI .....	v

### A. SUB TEMA: AKUNTANSI KEUANGAN I

1. PENGARUH *CURRENT RATIO* (CR), *RETURN ON EQUITY* (ROE), *DEBT TO EQUITY* (DER), & *NET PROFIT MARGIN* (NRM) TERHADAP HARGA SAHAM PERUSAHAAN  
(Ika Agustina N. & Suyatmin Waskito A.) ..... 1 - 25
2. KENAIKAN HARGA ROKOK TERHADAP KONSUMSI ROKOK DI KOTA SEMARANG  
(Penta Widyartati, Ariyani Indriastuti, & Ira Setiawati) ..... 26 - 35
3. ANALISIS PENGARUH PROFITABILITAS, *FIRM SIZE*, *MEDIA EXPOSURE*, *LEVERAGE*, & UKURAN DEWAN KOMISARIS TERHADAP *CSR DISCLOSURE*  
(Nursiam & Shinta Dwi Rahayu) ..... 36 - 45
4. PENGARUH UKURAN PERUSAHAAN, *LEVERAGE*, & PROFITABILITAS TERHADAP NILAI PERUSAHAAN  
(Alfiyatul Maziyah & lin Indarti)..... 46 - 59
5. PENGARUH *RETURN ON ASSET*, *DEBT TO EQUITY RATIO*, *CURRENT RATIO*, ARUS KAS OPERASI, & PERTUMBUHAN PENJULAN TERHADAP RETURN SAHAM  
(Nursiam & Silmi Agustin) ..... 60 - 70
6. PENGARUH *GOOD CORPORATE GOVERNANCE*, *AUDIT FEE* & KUALITAS AUDIT TERHADAP INTEGRITAS LAPORAN KEUANGAN (STUDI EMPIRIS PADA PERUSAHAAN BUMN YANG TERDAFTAR DI BEI TAHUN 2014-2018)  
(Titik Purwanti, Nawang Kalbuana, & Fiqi Rahmawati) ..... 71 - 85
7. *FINANCIAL RISK DISCLOSURE* & TATA KELOLA PERUSAHAAN KEUANGAN PERIODE 2016-2018  
(Shinta Permata Sari & Himmatus Sholikhah) ..... 86 - 99

### B. SUB TEMA: AKUNTANSI KEUANGAN II

1. PENGARUH DANA PIHAK KETIGA, MODAL BANK, JUMLAH KANTOR CABANG, TINGKAT SUKU BUNGA & JUMLAH UANG BEREDAR TERHADAP JUMLAH KREDIT UMKM BANK BUMN  
(Ade Onny Siagian)..... 100 - 127
2. PENERIMAAN PAJAK YANG DIMODERASI KUALITAS PELAYANAN FISKUS (STUDI PADA WPOP YANG MEMPUNYAI USAHA & BADAN KPP PRATAMA CANDISARI KOTA SEMARANG  
(Mohklas) ..... 128 - 137
3. PENGARUH LIKUIDITAS, UKURAN PERUSAHAAN, PROFITABILITAS, & *LEVERAGE* TERHADAP NILAI PERUSAHAAN  
(Athaya Salsabila & Rina Trisnawati)..... 138 - 158

4. PENGARUH RASIO LIKUIDITAS, RASIO RETENSI SENDIRI, RASIO BEBAN IKLAN, & *RISK BASED CAPITAL* TERHADAP KINERJA KEUANGAN PERUSAHAAN ASURANSI  
(Dwi Wahyu Pujiharjo)..... 159 - 176
5. FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENYALURAN KREDIT PADA BANK PERKREDITAN RAKYAT DI KOTA SEMARANG TAHUN 2015-2017  
(Wima Nurhidayanto) ..... 177 - 189

### C. SUB TEMA: AKUNTANSI & CORPORATE GOVERNANCE

1. *CORPORATE GOVERNANCE & CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY*: TINJAUAN TERHADAP NILAI PERUSAHAAN  
(Shinta Permata Sari & Agustina Maya Sari) ..... 190 - 202
2. PENGARUH PROFITABILITAS, UKURAN PERUSAHAAN, UMUR LISTING & *GOOD CORPORATE GOVERNANCE* TERHADAP *INTELLECTUAL CAPITAL DISCLOSURE* (STUDI KASUS PADA PERUSAHAAN SUB SEKTOR *FOOD & BEVERAGE* YANG TERDAFTAR PADA PERUSAHAAN DI BEI PERIODE 2014-2017)  
(Mela Susmawati) ..... 203 - 218
3. PENGARUH *GOOD CORPORATE GOVERNANCE*, PROFITABILITAS, *LEVERAGE*, & UKURAN PERUSAHAAN TERHADAP INTEGRITAS LAPORAN KEUANGAN (STUDI EMPIRIS PADA PERUSAHAAN YANG TERDAFTAR DI LQ45 TAHUN 2014-2018)  
(Benny Kurnianto, Nawang Kalbuana, & Umi Rianesa Rusiati) ..... 219 - 232
4. PENGARUH RUANG FISKAL, PERSENTASE PENDUDUK MISKIN, PENDAPATAN ASLI DAERAH, DANA ALOKASI UMUM, & DANA ALOKASI KHUSUS TERHADAP BELANJA FUNGSI PERLINDUNGAN SOSIAL  
(Putriana Indah Budi Astuti & Andi Dwi Bayu Bawono)..... 233 - 269
5. PENGARUH *CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY* TERHADAP PROFITABILITAS  
(Nindya Ardita Nur Amni, Dwi Intan Susiloningrum, & Iin Indarti)..... 270 - 285
6. ANALISIS PENGARUH *FEE BASED INCOME*, PERTUMBUHAN DANA PIHAK KETIGA, UKURAN PERUSAHAAN, & KONDISI EKONOMI TERHADAP PROFITABILITAS BANK  
(Jihan Okti Amaliah & Widhy Setyowati) ..... 286 - 303
7. PENGARUH SIKAP, NORMA SUBJEKTIF, & KONTROL PERILAKU TERHADAP KETIDAKPATUHAN WAJIB PAJAK (STUDI EMPIRIS WAJIB PAJAK HOTEL, RESTORAN, & HIBURAN DI KOTA TEGAL)  
(Asrofi Langgeng N. & Ibnun Aslamadin) ..... 304 - 318
8. ANALISIS KEUANGAN & NON KEUANGAN CALON DEBITUR TERHADAP EFEKTIFITAS PEMBERIAN KREDIT PADA PD BPR BKK PURBALINGGA  
(Anggita Ratnaningtyas & Widhy Setyowati)..... 319 - 332
9. PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL & PENDAPATAN ASLI DAERAH TERHADAP PERTUMBUHAN EKONOMI DENGAN INVESTASI SWASTA SEBAGAI VARIABEL MODERATING  
(Febri Rachmawati & Rina Trisnawati)..... 333 - 349

10. PENGARUH *TAX AVOIDANCE*, KEPEMILIKAN INSTITUSIONAL, KEPEMILIKAN MANAJERIAL & TRANSPARANSI INFORMASI TERHADAP NILAI PERUSAHAAN (Fitria Ulfa & Suci Atiningsih) ..... 350 - 358

#### D. SUB TEMA: AKUNTANSI SYARIAH

1. PENGARUH *SHARIA CONFORMITY & ISLAMIC CORPORATE GOVERNANCE* TERHADAP KESEHATAN FINANSIAL PERBANKAN SYARIAH (Rusmiyatun & Nur Edi Cahyono) ..... 359 - 376
2. IMPLEMENTASI PEMBIAYAAN MUDHARABAH PADA BANK BNI CABANG SYARIAH SEMARANG (Siti Hasanah, Suryani Sri Lestari, Siti Mutmainah, & Iwan Budiyono) ..... 377 - 387
3. PERKEMBANGAN, TANTANGAN, & PERAN *SHARIA ONLINE TRADING SYSTEM (SOTS)* DI PASAR MODAL SYARIAH DALAM MENGHADAPI REVOLUSI INDUSTRI 4.0 (Muhammad Andryzal Fajar) ..... 388 - 400
4. KINERJA KEUANGAN TERHADAP HARGA SAHAM PERUSAHAAN YANG TERDAFTAR PADA *JAKARTA ISLAMIC INDEX (JII)* PERIODE TAHUN 2016-2018 (Suryakusuma Kholid H & Siti Puryandani) ..... 401 - 409
5. MEKANISME PEMBIAYAAN MURABAHAH PADA NASABAH DI BAITUL MAAL WA TAMWIL SEJAHTERA MANDIRI (Erika Zunita Cahyani & Fika Azmi) ..... 410 - 421

#### E. SUB TEMA: AKUNTANSI SEKTOR PUBLIK

1. PENGARUH RUANG FISKAL, PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD), PERSENTASE KEMISKINAN, DANA ALOKASI UMUM (DAU), DAN DANA ALOKASI KHUSUS (DAK) TERHADAP BELANJA FUNGSI EKONOMI DI INDONESIA (STUDI EMPIRIS DI KABUPATEN/KOTA SE-INDONESIA TAHUN 2018) (Ayustika Isminanda & Andy Dwi Bayu Bawono) ..... 422 - 443
2. PENGARUH PROFITABILITAS, LIKUIDITAS, *FREE CASH FLOW*, PERTUMBUHAN PERUSAHAAN, & UKURAN PERUSAHAAN TERHADAP KEBIJAKAN DEVIDEN (Fachriyatul Millah & Mekani Vestari) ..... 444 - 459
3. PENGARUH RUANG FISKAL, PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD), DANA ALOKASI UMUM, DANA ALOKASI KHUSUS, DAN PERSENTASE KEMISKINAN TERHADAP BELANJA FUNGSI KESEHATAN DI INDONESIA (Ina Sari Darmastuti & Andy Dwi Bayu Bawono) ..... 460 - 477
4. PENGARUH KESADARAN WAJIB PAJAK & KUALITAS PELAYANAN PAJAK TERHADAP KEPATUHAN WAJIB PAJAK ORANG PRIBADI (Wa Ode Aprisilia Zahratul Aziz & Muhammad Yusuf) ..... 478 - 493
5. PENGARUH PARTISIPASI ANGGARAN, KEJELASAN SASARAN ANGGARAN, & *JOB RELEVANT INFORMATION* TERHADAP KINERJA MANAJERIAL PADA PEMERINTAH DAERAH KOTA PEKALONGAN (Yustinus Hutama Marianus & Suci Atiningsih) ..... 494 - 506

## F. SUB TEMA: TOPIK LAIN YANG RELEVAN

1. PENGARUH LITERASI KEUANGAN, PENGALAMAN KEUANGAN, & SIKAP MONETER KONSUMEN TERHADAP KEPUTUSAN KEPEMILIKAN ASURANSI JIWA PADA ASURANSI JIWA BERSAMA BUMIPUTERA 1912 CABANG PANCORAN MAS DEPOK  
(Syahvira Septiarizk & Nurhidayati Dwiningsih) ..... 507 - 522
2. ANALISIS PENGARUH TEKNOLOGI INFORMASI DAN KOMPETENSI PROFESIONAL TERHADAP KINERJA SDM (STUDI EMPIRIK PADA PT. ADJITAMA PERSADA JAKARTA)  
(Biatmoko Agung Nugroho, Endah Winarti HS, & Harnoto) ..... 523 - 536
3. APAKAH *CELEBRITY ENDORSEMENT* PRODUK HALAL DAN CITRA MEREK BERPENGARUH TERHADAP KEPUTUSAN PEMBELIAN *SKIN CARE* SAFI?  
(Desi Tya Astuti & Francy Iriani) ..... 537 - 549
4. PENGARUH KUALITAS KEHIDUPAN KERJA, KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL & KETERLIBATAN KERJA TERHADAP KOMITMEN ORGANISASIONAL  
(Kertati Sumekar, Sri Mulyani, & Zulfa Deviga Octaviana) ..... 550 - 564
5. PRODUK HALAL DAN MINAT BELI KONSUMEN  
(Budi Suryowati & Irpiani)..... 565 - 574



**Pengaruh Ruang Fiskal, Pendapatan Asli Daerah, Dana Alokasi Umum,  
Dana Alokasi Khusus dan Persentase Penduduk Miskin  
Terhadap Belanja Fungsi Kesehatan di Indonesia  
(Studi Empiris di Seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia Tahun 2018)**

**Ina Sari Darmastuti<sup>1</sup>, Andy Dwi Bayu Bawono<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Email: [ina.darmastuti@gmail.com](mailto:ina.darmastuti@gmail.com)

<sup>2</sup> Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Email: [andy.bawono@ums.ac.id](mailto:andy.bawono@ums.ac.id)

**Abstract**

*This study aims to determine the effect of fiscal space, Regional Original Revenue (PAD), the General Allocation Fund (DAU), the Special Allocation Fund (DAK), and the percentage of the poor population on spending on health functions in Indonesia at 2018. The population in this study is all regencies / cities in Indonesia are 508 regencies / cities. The sample method used is the purposive sampling method, namely the district / city criteria that provide complete financial information and obtained a sample of 506. The data used in this study are secondary data. The data collection method used is the documentation of data obtained through publication on the website of the Directorate General of the Ministry of Finance's Balance and the Indonesian Central Statistics Agency to find out information on financial and poverty statistics for Indonesia in 2018. The data analysis method used is multiple linear regression analysis, Adjusted  $R^2$  value is 0,781 wich means that 78,% that fiscal space, Local Revenue (PAD), the General Allocation Fund (DAU), the Special Allocation Fund (DAK), and the percentage of poor people have a significant positive effect on spending on health functions in Indonesia.*

*Keywords: fiscal space, allocation fund, percentage of poor population, health function expenditure*

**Abstrak**

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui pengaruh ruang fiskal, Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan persentase penduduk miskin terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia pada tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kabupaten/kota yang ada di Indonesia sebanyak 508 kabupaten/kota. Metode sampel yang digunakan adalah metode *purposive sampling* yaitu dengan kriteria kabupaten/kota yang memberikan informasi keuangan secara lengkap dan didapatkan sampel sebanyak 506. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dokumentasi data yang diperoleh melalui publikasi dari website Direktorat Jenderal Perimbangan Kemenkeu dan Badan Pusat Statistik Indonesia untuk mengetahui informasi mengenai keuangan dan statistik kemiskinan Indonesia pada tahun 2018. Metode analisis data yang digunakan adalah analisis regresi linier berganda, dengan nilai *Adj R<sup>2</sup>* adalah 0,781 yang berarti bahwa sebesar 78,1% variabel ruang fiskal, Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan persentase penduduk miskin berpengaruh positif secara signifikan terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia.

**Kata kunci:** ruang fiskal, PAD, DAU, DAK, prosentase penduduk miskin, belanja fungsi kesehatan

## 1. Pendahuluan

Kebijakan mengenai otonomi daerah yang dikeluarkan oleh pemerintah pada saat ini sudah berjalan selama kurang lebih tujuh belas tahun. Sesuai dengan proporsi otonomi daerah, bahwa pemerintah daerah berwenang mengurus sendiri kepentingan masyarakatnya secara luas, namun sampai saat ini masih belum dianggap mandiri karena ada beberapa daerah yang masih harus mendapatkan dana transfer dari pemerintah pusat. Menurut Bawono *et al* (2017) menyatakan bahwa otonomi daerah pada dasarnya ditujukan untuk mendekatkan pemerintah daerah kepada masyarakatnya, hal ini dimaksudkan agar pemerintah daerah lebih mengetahui kelemahan dan kelebihan di daerahnya sampai pada tingkat yang paling bawah. Dalam konteks ini, kesejahteraan masyarakat tentu perlu dioptimalkan, melalui peran serta pemerintah. Kesejahteraan masyarakat yang utuh tentunya tidak lepas dari sumber daya manusia yang ada pada suatu daerah. Sumber daya manusia dalam hal ini termasuk tingkat kesehatan dan pendidikan. Kesehatan masih menjadi hal terpenting yang menunjang pembangunan ekonomi suatu daerah. Pada kondisi saat ini, alokasi belanja fungsi kesehatan dari APBN masih tergolong rendah, yaitu hanya sekitar 5%. Padahal, kesehatan merupakan prioritas utama yang perlu dipertimbangkan terkait pengalokasian dana fungsi kesehatan.

Kesehatan merupakan investasi yang sangat berharga bagi pembangunan ekonomi. Dalam prespektif ekonomi, kesehatan juga merupakan kunci keberhasilan dari suatu perusahaan untuk meningkatkan berbagai kegiatan yang produktif dan meningkatkan nilai tambah barang atau jasa demi tercapainya laba yang optimal. Oleh karena itu, kesehatan dianggap memiliki kekuatan yang positif untuk perorangan maupun masyarakat secara luas. Dalam hubungannya dengan pembangunan ekonomi yang berkelanjutan, pelaksanaan pembangunan kesehatan juga perlu diperhatikan. Indonesia merupakan salah satu negara yang telah menyepakati pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan SDGs (Sustainable Development Goals) dan berkomitmen untuk menyukseskan pelaksanaan SDGs melalui berbagai kegiatan. SDGs merupakan tujuan pembangunan berkelanjutan yang memiliki 17 substansi. Salah satu substansi yang menjadi tujuan dari Sustainable Development Goals (SDGs) adalah tercapainya kehidupan sehat dan sejahtera. Tujuan ini berupaya untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan bagi semua penduduk pada setiap tahun kehidupan. Untuk mencapai tujuan tersebut, peran pemerintah pusat dan daerah sangat berkontribusi dalam hal tersebut. Tidak lepas pula peran masyarakat secara luas untuk mendukung tercapainya tujuan ketiga dari Sustainable Development Goals (SDGs) ini. Namun, untuk mencapai hal tersebut tentunya tak lepas dari dukungan dana yang harus dikeluarkan pemerintah. Kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan pengalokasian fungsi pembangunan kesehatan di Indonesia adalah ruang fiskal.

Keberadaan ruang fiskal daerah tidak terlepas dari pendapatan daerah itu sendiri. Sebagaimana komposisi ruang fiskal meliputi pendapatan daerah, dana transfer dari pemerintah pusat, belanja daerah. Pendapatan Asli Daerah (PAD) terlibat dalam keberadaan ruang fiskal dan tentunya juga memiliki kesiambungan dengan pembangunan kesehatan masyarakat secara regional. Penerapan desentralisasi fiskal yang tertuang dalam Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 yang menjelaskan perimbangan finansial mengatur pendanaan dari pusat ke pemerintah daerah. Menurut (Juniawan & Suryantini, 2018) desentralisasi fiskal adalah cara untuk meningkatkan kinerja ekonomi publik sehingga berdampak positif bagi pertumbuhan ekonomi. Masing-masing daerah tentunya memiliki perbedaan dalam mendanai aktivitas-aktivitas yang ada pada daerahnya, terutama dalam pengelolaan Pendapatan Asli Daerah. Perbedaan ini menyebabkan ketimpangan keuangan yang terjadi di masing-masing daerah.

Kebijakan desentralisasi fiskal betumpu pada bantuan dari pemerintah pusat untuk membantu kebutuhan pemerintah daerah melalui pembiayaan dalam pelaksanaan desentralisasi (Juniawan & Suryantini, 2018).

Alokasi finansial dari pusat ke pemerintah daerah diantaranya adalah Dana Alokasi Umum (DAU) yang diberikan untuk memberikan manfaat finansial yang merata seragam dengan pelaksanaan kegiatan pemerintah daerah (UU Nomor 33 Tahun 2004). Menurut Sukarna dalam (Juniawan & Suryantini, 2018) Dana Alokasi Umum (DAU) di daerah pemberiannya dihitung berdasarkan kemampuan keuangan daerah yang didapatkan dari selisih kebutuhan daerah dengan kemampuan yang dimiliki daerah. Untuk daerah yang memiliki keuangan yang mencukupi namun keperluan keuangannya kesil, otomatis akan mendapatkan Dana Alokasi Umum yang sedikit pula, begitu juga sebaliknya. Selain dana dari pemerintah pusat yang berupa Dana Alokasi Umum (DAU), pemerintah juga memberikan dana yaitu Dana Alokasi Khusus (DAK). Pemerintah pusat memiliki program mengurangi ketimpangan daerah yang berupa Dana Alokasi Khusus (DAK) yang didapatkan melalui penerimaan APBN yang diberikan untuk daerah yang terpilih yang bertujuan membiayai sesuai keperluan daerah yang seragam dengan program nasional (UU Nomor 33 Tahun 2004). Dana Alokasi Khusus ini dapat digunakan oleh pemerintah dalam upaya peningkatan program kesehatan. Pengalokasian dana untuk fungsi kesehatan yang layak tentunya akan berdampak pada kesehatan masyarakat yang layak pula.

Veenstra (2002) menyatakan bahwa tingkat ketimpangan pendapatan, jarak pemisahan yang jauh antar golongan masyarakat yang tinggi dengan yang menengah kebawah, ini juga akan mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat secara luas. Menurut Suryandri, (2018) tingkat kesehatan akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat dan memiliki keterkaitan yang erat dengan kemiskinan. Kemiskinan di Indonesia belum semuanya dapat teratasi, terutama pada masyarakat yang memiliki sumber daya manusia yang rendah dan akhirnya mereka tidak memiliki kualitas pendidikan yang layak sehingga tidak dapat mengembangkan potensi yang ada dalam daerahnya sendiri. Hal itu juga merupakan faktor pemicu terjadinya kemiskinan di Indonesia.

Berdasarkan penelitian Kapasitas Fiskal terhadap Belanja Wajib Pendidikan dan Kesehatan, Bawono *et al.* (2017) menyatakan bahwa semakin tinggi indeks kapasitas fiskal daerah justru membuat alokasi belanja wakib bidang kesehatan semakin rendah, dengan alasan jumlah penduduk miskin yang relatif tinggi sehingga mengakibatkan jumlah indeks kapasitas fiskal (IDF) dengan prosentase kecil. Berdasarkan hasil penelitian Kusumawati & Wiksuana (2018) menunjukkan bahwa Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) berpengaruh positif terhadap pertumbuhan ekonomi wilayah Sarbagita, sedangkan Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Bagi Hasil (DBH) berpengaruh negatif terhadap pertumbuhan ekonomi di wilayah Sarbagita Provinsi Bali. Hasil tersebut bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Harmana *et al* (2006) yang menyebutkan bahwa dana perimbangan menentukan besar kecilnya alokasi untuk pembiayaan kesehatan. Semakin besar dana perimbangan berupa DAU, maka hal ini akan memperbesar pula dana alokasi untuk belanja fungsi kesehatan.

Penelitian yang berjudul Pengaruh Pendapatan Daerah terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Wilayah Sarbagita Provinsi Bali oleh Lily Kusumawati dan I Gusti Bagus Wiksuana menyebutkan bahwa Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) berpengaruh positif terhadap pertumbuhan ekonomi, sedangkan Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Bagi Hasil (DBH) berpengaruh negatif terhadap pertumbuhan ekonomi. Penelitian yang dilakukan oleh Syam *et al* (2018) menyebutkan bahwa Dana Alokasi Umum (DAU) lebih

besar dialokasikan untuk pembiayaan pemerintah atau pengeluaran operasional dalam rangka pemanfaatan pengembangan kualitas manusia di Provinsi Kalimantan Selatan. Dalam hal ini, pembiayaan pemerintah dan pengeluaran operasional belum difokuskan pada belanja fungsi kesehatan di Indonesia secara spesifik. Terkait dengan temuan yang dijelaskan dalam penelitian sebelumnya, peneliti ingin memperluas jangkauan populasi dari keterbatasan penelitian Bawono *et al.* (2017) dengan populasi daerah kabupaten/kota se-Jawa menjadi seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia. Penelitian ini menambahkan beberapa variabel independen dari penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati & Wiksuana (2018).

Secara umum, penelitian yang berfokus pada belanja fungsi kesehatan di Indonesia masih sangat jarang ditemukan pada literatur-literatur yang tersedia. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Sukanto *et al.* (2018) yang berjudul *Specific Allocation Funds, Economic Growth, and Unemployment: A Case Study in Banten Province, Indonesia*, dimana penelitian ini berfokus pada belanja modal dan menghasilkan kesimpulan bahwa Dana Alokasi Khusus (DAK) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap belanja modal yang ada di daerah kabupaten/kota. Dengan keterbatasan tersebut, peneliti ingin menambah wawasan bagi pembaca dengan melakukan penelitian secara empiris mengenai beberapa faktor yang mempengaruhi belanja fungsi kesehatan pada kabupaten/kota yang ada di Indonesia pada tahun anggaran 2018. Penelitian terdahulu yang tidak konsisten mendorong peneliti untuk melakukan penelitian relevan terkait variabel yang disebutkan diatas.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan mengangkat permasalahan yang telah dijelaskan dalam latar belakang diatas dengan judul *Pengaruh Ruang Fiskal, Pendapatan Asli Daerah, Dana Alokasi Umum, Dana Alokasi Khusus dan Persentase Penduduk Miskin terhadap Belanja Fungsi Kesehatan di Indonesia*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh ruang fiskal, Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan persentase penduduk miskin terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia pada tahun 2018. Manfaat yang diharapkan berdasarkan penelitian ini adalah dapat menambah pengetahuan mengenai pengaruh ruang fiskal, Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) dan prosentase penduduk miskin terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia, sebagai bahan informasi, literatur dan referensi, menambah wawasan serta berfungsi sebagai dasar yang dapat digunakan oleh pemerintah untuk mengambil kebijakan terkait fokus permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini.

## **2. Tinjauan Pustaka dan Pengembangan Hipotesis**

### **2.1 Tinjauan Pustaka**

#### **Teori *Stakeholder***

Menurut Ariyani *et al.* (2018) menyatakan bahwa teori *Stakeholder* memiliki asumsi bahwa pihak berkepentingan terhadap organisasi dapat mengendalikan atau mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi keputusan pemakai sumber-sumber ekonomi yang digunakan. *Stakeholder* dalam institusi pemerintahan memiliki pengaruh besar dalam berjalannya sebuah kebijakan. Hubungan yang terdapat pada teori *stakeholder* dengan kebijakan publik membuktikan bahwa dalam pengambilan suatu kebijakan tidak akan terlepas dari adanya keterlibatan *stakeholder* yang ada dalam publik itu sendiri. Dengan adanya pihak-pihak yang pemangku kepentingan, diharapkan kebijakan dapat dibuat untuk mengambil keputusan yang tepat mengenai pengelolaan keuangan daerah agar optimal sehingga anggaran yang diberikan pada sektor kesehatan dapat berjalan layak sebagaimana mestinya.

### **Teori Kontinjensi**

Aditiya (2017) menyatakan bahwa pusat teori kontinjensi struktural adalah proporsi bahwa struktur dan proses organisasi harus sesuai konteksnya (karakteristik budaya organisasi, teknologi, ukuran atau tugas) jika ingin bertahan atau menjadi lebih efektif. Faktor budaya, gaya kepemimpinan, komitmen organisasi dan kompetisi merupakan unsur-unsur yang terbentuk dari lingkungan dan memiliki pengaruh terhadap kinerja pemerintah.

Teori kontinjensi dapat digunakan sebagai alat untuk analisis desain sistem akuntansi manajemen sebagai wadah untuk memberikan informasi yang dapat digunakan perusahaan atau dalam perspektif publik adalah organisasi sektor publik. Teori kontinjensi menekankan pada keharusan untuk fokus pada perubahan. Berikut merupakan variabel yang merupakan komponen yang terkandung dalam teori kontinjensi:

Keterkaitan variabel yang digunakan dalam penelitian dengan teori kontinjensi adalah mengenai penyusunan anggaran dalam hal penentuan prosentase dana yang diberikan atau dialokasikan oleh APBD kepada sektor kesehatan dimana pemerintah daerah turut berkecimpung didalamnya sebagai partisipan penyusunan anggaran, termasuk alokasi PAD untuk sektor kesehatan. Pada dasarnya, apabila penentuan prosentase diimplementasikan dengan tepat, maka alokasi pendanaan bagi biaya fungsi kesehatan akan berjalan dengan lancar diikuti pembangunan kesehatan masyarakat berjalan dengan efektif.

### **Akuntansi Manajemen Sektor Publik**

Akuntansi manajemen merupakan bagian dari suatu sistem pengendalian manajemen yang integral. *Institute of Management Accountants* (1981) mendefinisikan bahwa akuntansi manajemen merupakan suatu proses pengidentifikasian, pengukuran, pengakumulasian, penganalisaan manajemen yang berguna untuk perencanaan, evaluasi, dan pengendalian organisasi serta untuk menjamin bahwa sumber daya digunakan secara tepat dan akuntabel.

Akuntansi manajemen memainkan peran yang penting dalam proses pemilihan program, penentuan biaya program, dan penganggaran. Akuntansi manajemen berbicara mengenai perencanaan dan pengendalian sedangkan salah satu fungsi anggaran adalah sebagai alat perencanaan dan pengendalian. Dengan demikian, akuntansi manajemen sangat erat kaitannya dengan penganggaran. Akuntansi manajemen berperan untuk memfasilitasi terciptanya anggaran publik yang efektif, serta mengalokasikan dan mendistribusikan sumber daya publik secara ekonomis, efisien, efektif, adil dan merata. Dalam hal ini, pengalokasian belanja daerah merupakan salah satu peran akuntansi manajemen untuk memfasilitasi anggaran publik agar tercipta anggaran publik seperti yang dijelaskan diatas (Mardiasmo, 2002:37-42).

### **Belanja Kesehatan**

Secara umum, Belanja kesehatan merupakan jenis belanja daerah yang dipergunakan dalam rangka mendanai pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan provinsi atau kabupaten/kota dalam bidang kesehatan. Berdasarkan Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 171 ayat (2) menyebutkan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji (Muliza *et al*, 2017). Pembiayaan kesehatan pada era desentralisasi ini sangat tergantung pada komitmen daerah, khususnya pada pembiayaan yang bersumber dari pemerintah. Sistem pembiayaan kesehatan di daerah perlu dikembangkan agar isu pokok dalam pembiayaan kesehatan daerah yaitu mobilisasi, alokasi, dan efisiensi pembiayaan dapat terlaksana dengan baik, sehingga menjamin pemerataan, mutu dan keseimbangan pembangunan kesehatan daerah (Sitorus & Nurwahyuni, 2017).

## 2.2 Pengembangan Hipotesis

### **Pengaruh Ruang Fiskal terhadap Belanja Fungsi Kesehatan**

Ruang fiskal secara umum merupakan ketersediaan ruang dalam anggaran yang memungkinkan pemerintah menyediakan dana untuk mencapai tujuan tertentu tanpa mengubah atau menciptakan suatu permasalahan yang berkaitan dengan posisi keuangan pemerintah. Menurut Heller (2006) ruang fiskal didefinisikan sebagai kemampuan pemerintah untuk menyediakan sumber daya tambahan dalam hal anggaran untuk tujuan yang diinginkan tanpa mengurangi keberlanjutan posisi keuangan. Dalam hal Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pengalokasian untuk kesehatan minimal sebesar 5 persen dari APBN diluar gaji. Namun dalam implementasinya, Setjen DPR-RI (2012) menyatakan dalam 7 tahun terakhir menyebutkan hanya terealisasi sekitar 2 persen sampai 3 persen saja.

Durairaj & Evans (2010) berpendapat bahwa kebijakan pembiayaan kesehatan oleh pemerintah diwujudkan melalui perluasan ruang fiskal sebagai sarana jangka panjang yang membiayai sektor kesehatan. Dalam hal ini, ketidaksamaan ruang fiskal tiap-tiap daerah akan mempengaruhi pola pengalokasian belanja dalam fungsi kesehatan pada daerah tentu berbeda-beda. Perbedaan ini mengakibatkan ketimpangan antar daerah. Jika suatu daerah memprioritaskan ruang fiskal untuk belanja kesehatan, maka kualitas kesehatan di daerah tersebut akan baik. Dengan pemikiran diatas, maka dirumuskan hipotesis pertama:

*H1 : Ruang Fiskal berpengaruh terhadap Belanja Fungsi Kesehatan di Indonesia.*

### **Pengaruh Pendapatan Asli Daerah (PAD) terhadap Belanja Fungsi Kesehatan**

Dalam kaitannya dengan ketimpangan tersebut, Pendapatan Asli Daerah (PAD) juga terlibat dalam belanja urusan kesehatan secara regional. Ketimpangan daerah yang terjadi adalah karena adanya variasi sumber daya alam yang dimiliki daerah, luasnya daerah, dan dianggap sebagai daerah yang miskin yang menyebabkan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) yang rendah (Bawono et al,2017). Dengan melihat kondisi diatas, maka besar belanja kesehatan tiap-tiap daerah akan sangat dipengaruhi oleh Pendapatan yang ada pada daerah tersebut.

Dalam penelitian Kusumawati & Wiksuana (2018) memberikan kesimpulan bahwa Pendapatan Asli Daerah (PAD) berpengaruh positif signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi di wilayah Sarbagita Provinsi Bali. Pertumbuhan ekonomi dalam hal ini dapat pula menyangkut kualitas kesehatan dan biaya yang dialokasikan pemerintah untuk belanja fungsi kesehatan. Untuk persoalan tersebut, tentunya peran pemerintah daerah juga sangat mendominasi demi tercapainya prioritas belanja fungsi kesehatan dengan tujuan untuk pembangunan kesehatan yang layak dan baik bagi masyarakat. Semakin tinggi tingkat alokasi belanja urusan kesehatan yang bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), maka akan semakin terjamin pula kualitas kesehatan pada suatu daerah. Dengan pemikiran diatas, maka dirumuskan hipotesis kedua:

*H2 : Pendapatan Asli Daerah berpengaruh terhadap Belanja Fungsi Kesehatan di Indonesia.*

### **Pengaruh Dana Alokasi Umum (DAU) terhadap Belanja Fungsi Kesehatan**

Dana Alokasi Umum (DAU) merupakan dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Dalam hal ini pemberian dana untuk pemerintah daerah tentunya akan berbeda-beda. Daerah dapat memakai dana yang diberikan oleh pemerintah pusat ini sebagai upaya program kesehatan. Daerah dapat

memaksimalkan alokasi dana ini untuk pemberian fasilitas yang layak, dan pelayanan yang terbaik dalam program kesehatan di daerah tersebut.

Penelitian yang dilakukan Harmana *et al* (2006) menyebutkan bahwa dana perimbangan menentukan besar kecilnya alokasi untuk pembiayaan kesehatan. Semakin besar Dana Alokasi Umum (DAU) yang diberikan oleh pemerintah pusat pada suatu daerah, maka akan semakin besar pula peluang pemerintah daerah dalam upaya pengelolaan kesehatan melalui belanja fungsi kesehatan di daerah tersebut. Berdasarkan pemikiran diatas, dirumuskan hipotesis:

*H3 : Dana Alokasi Umum (DAU) berpengaruh terhadap Belanja Fungsi Kesehatan di Indoensia.*

### **Pengaruh Dana Alokasi Khusus (DAK) terhadap Belanja Fungsi Kesehatan**

Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah. Pendanaan dari pemerintah ini diutamakan untuk daerah-daerah tertentu yang memenuhi kriteria untuk memperoleh tambahan dana dari pusat yang melalui Dana Alokasi Khusus (DAK).

Dalam penelitian yang dilakukan Kusumawati & Wiksuana (2018) dan Sukanto et al (2018) menyebutkan bahwa Dana Alokasi Khusus memiliki pengaruh yang signifikan terhadap belanja modal dan pertumbuhan ekonomi yang ada di daerah kabupaten/kota. Dalam hal ini, belanja modal dapat dialokasikan untuk belanja fungsi kesehatan dimana akan memiliki pengaruh besar terhadap kualitas kesehatan daerah tersebut, sehingga pertumbuhan ekonomi pada daerah tersebut akan meningkat. Semakin besar Dana Alokasi Khusus (DAK) yang diberikan oleh pemerintah pusat, maka akan semakin besar juga penyediaan dan pengadaan pelayanan dan fasilitas yang terkhusus untuk pemberdayaan kesehatan di daerah melalui belanja fungsi kesehatan. Dengan pemikiran tersebut, dirumuskan hipotesis keempat:

*H4 : Dana Alokasi Khusus (DAK) berpengaruh terhadap Belanja Fungsi Kesehatan.*

### **Pengaruh Persentase Penduduk Miskin terhadap Belanja Fungsi Kesehatan**

Kesehatan masyarakat yang layak tentunya tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan. Mungkin pada masyarakat golongan atas, pelayanan kesehatan umumnya akan terbilang layak dengan fasilitas yang terpenuhi dan juga imbalan jasa atau uang yang dipertimbangkan pula. Akan tetapi, dengan melihat kondisi kesehatan Indonesia di wilayah-wilayah terbelakang atau golongan menengah kebawah pada saat ini, tingkat pelayanan kesehatan masyarakat masih terbilang rendah. Hal ini dapat dilihat pula melalui angka kematian ibu yang tinggi.

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki angka kematian ibu yang tertinggi di Asia Tenggara. Disamping itu, angka harapan hidup di Indonesia juga terbilang rendah. Selain itu, masalah gizi buruk juga masih belum semuanya teratasi. Hal ini disebabkan oleh rendahnya kualitas hidup dan rendahnya sumber daya manusia. Veenstra (2002) menyatakan bahwa tingkat ketimpangan pendapatan, jarak pemisahan yang jauh antar golongan masyarakat yang tinggi dengan yang menengah kebawah, ini juga akan mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat secara luas.

Ketika kondisi suatu negara memiliki penghasilan yang tinggi, maka pengeluaran biaya untuk bidang kesehatan juga akan tinggi dibandingkan dengan negara yang memiliki penghasilan yang rendah. Semakin tinggi tingkat kemiskinan atau persentase jumlah penduduk miskin pada suatu daerah, maka menunjukkan daerah tersebut merupakan daerah yang tidak

sejahtera. Ketidaksejahteraan suatu daerah menunjang pada tingkat kesehatan yang rendah. Berdasarkan pemikiran diatas, maka dirumuskan hipotesis kelima:

*H5 : Persentase Penduduk Miskin berpengaruh terhadap Belanja Fungsi Kesehatan di Indonesia.*

### 3. Metode Penelitian

#### 3.1 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, metode pengumpulan data yang digunakan adalah dokumentasi. Metode pengumpulan data secara dokumentasi adalah pengumpulan data yang meneliti berbagai macam dokumen yang berguna untuk bahan penelitian. Penulis mengumpulkan data dari data-data mengenai Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun anggaran 2018 yang dipublikasikan oleh Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) Kementerian Keuangan Republik Indonesia dan data Statistik Kemiskinan tahun 2017 yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia.

#### 3.2 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah pengambilan sampel dimana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan kriteria yang sesuai dengan tujuan penelitian untuk menjawab rumusan masalah yang diajukan. Kriteria dalam pengambilan sampel ini adalah data laporan realisasi APBD Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2018 dan Data Statistik Kemiskinan Daerah Tahun 2017 yang mencantumkan informasi secara lengkap. Penelitian ini mengambil data Realisasi APBD Tahun Anggaran 2018, dengan jumlah populasi adalah 508 daerah, maka total keseluruhan sampel adalah 508 data.

#### 3.3 Definisi Operasional Variabel

##### a. Belanja kesehatan

Belanja Kesehatan merupakan jenis belanja daerah yang dipergunakan dalam rangka mendanai pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan provinsi atau kabupaten/kota dalam bidang kesehatan.

##### b. Ruang Fiskal

Ruang fiskal secara umum merupakan ketersediaan ruang dalam anggaran yang memungkinkan Pemerintah menyediakan dana untuk tujuan tertentu tanpa menciptakan permasalahan dalam kesinambungan posisi keuangan Pemerintah. Besaran ruang fiskal dapat dihitung dengan formula sebagai berikut:

$$RF = PD - (DAK + PH + DD + DP \text{ dan } DOK) - (BP + BB) \dots\dots\dots(1)$$

Keterangan:

- RF : Ruang Fiskal
- PD : Pendapatan Daerah
- DAK : Dana Alokasi Khusus
- PH : Pendapatan Hibah
- DD : Dana Darurat
- DOK : Dana Otonomi Khusus
- DP : Dana Penyesuaian
- BP : Belanja Pegawai
- BB : Belanja Bunga



**c. Pendapatan Asli Daerah (PAD)**

Pendapatan Asli Daerah (PAD) merupakan pendapatan yang diperoleh daerah yang dipungut berdasarkan Peraturan Daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pendapatan Asli Daerah (PAD) bersumber dari pajak daerah, retribusi daerah, hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan, dan lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah.

**d. Dana Alokasi Umum (DAU)**

Dana Alokasi Umum (DAU) merupakan dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antardaerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.

**e. Dana Alokasi Khusus (DAK)**

Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah.

**f. Kemiskinan**

Kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup minimum. Permasalahan standar hidup yang rendah berkaitan dengan jumlah pendapatan yang sedikit, tingkat pelayanan kesehatan yang buruk, tingkat pendidikan yang rendah sehingga berakibat pada rendahnya sumber daya manusia dan banyaknya pengangguran. Persentase kemiskinan adalah jumlah penduduk miskin pada suatu daerah yang dinyatakan dalam persen (%).

**3.3 Teknik Analisis Data**

Dalam penelitian ini, data yang digunakan adalah data sekunder yang bersumber dari Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data Laporan Realisasi APBD dari 415 Kabupaten dan 93 Kota yang tersebar di Indonesia tahun anggaran 2018, dan Data Statistik Kemiskinan Daerah Kabupaten/Kota tahun 2017 yang tersebar di Indonesia. Dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari laman <https://bps.go.id/> dan <https://djpk.kemenkeu.go.id/>

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif, yaitu metode yang digunakan untuk menganalisis data yang berhubungan dengan masalah pengaruh ruang fiskal, Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) dan persentase jumlah penduduk miskin terhadap belanja urusan kesehatan di Indonesia. Analisis yang digunakan yaitu:

**a. Analisis Statistik Deskriptif**

Analisis statistik deskriptif adalah analisis yang bermaksud untuk mendeskripsikan data yang telah terkumpul tanpa melakukan generalisasi.

**b. Analisis Regresi Linier Berganda**

Analisis regresi adalah salah satu metode untuk menentukan hubungan sebab-akibat antara satu variabel dengan variabel yang lain. Analisis data yang digunakan dalam Analisis Regresi Linier Berganda dengan model sebagai berikut :

$$BK = \alpha + \beta_1 RF + \beta_2 PAD + \beta_3 DAU + \beta_4 DAK + \beta_5 PK + \epsilon \dots\dots\dots (2)$$

Keterangan :

BK : Belanja Fungsi Kesehatan Indonesia

$\alpha$  : Konstanta

$\beta_1 - \beta_5$  : Koefisien dari tiap variabel

RF	: Ruang Fiskal
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
DAU	: Dana Alokasi Umum
DAK	: Dana Alokasi Khusus
PK	: Persentase Penduduk Miskin
$\varepsilon$	: <i>Error</i>

### 1. Uji Asumsi Klasik

Uji asumsi klasik adalah persyaratan yang harus dipenuhi pada analisis regresi linier berganda yang berbasis *Ordinary Least Square* (OLS).

#### a) Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal.

#### b) Uji Multikolinieritas

Uji multikolinieritas adalah uji yang bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya korelasi yang tinggi antar variabel bebas dalam suatu model regresi linear berganda.

#### c) Uji Heterokedastisitas

Uji heteroskedastisitas adalah uji yang berfungsi untuk melihat apakah terdapat ketidaksamaan *varians* dan residual satu pengamatan ke pengamatan lain.

### 2. Uji Hipotesis

Uji Hipotesis yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini adalah:

#### a) Uji Koefisien Determinasi ( $R^2$ )

Menurut Imam Ghozali (2009), koefisien determinasi pada intinya mengukur kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen. Nilai koefisien determinasi adalah antara nol dan satu. Nilai  $R^2$  yang kecil berarti variabel dependen yang sangat terbatas, dan nilai yang mendekati angka 1 (satu) berarti variabel-variabel independen sudah dapat memberikan informasi yang dibutuhkan untuk memprediksi variabel dependen.

#### b) Uji F

Uji F ini dilakukan untuk melihat seberapa besar pengaruh variabel independen secara bersama-sama terhadap variabel dependen.

#### c) Uji Parsial (Uji t)

Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah dalam model regresi variabel independen secara parsial berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.

### 4. Hasil dan Pembahasan

Hasil pengumpulan data dapat ditunjukkan pada gambar berikut:

**Tabel 4.1 Hasil Pengumpulan Data**

No	Keterangan	Jumlah
1.	Jumlah Populasi	508
3.	Data Realisasi APBD dan Statistik Kemiskinan Tidak Lengkap	(2)
<b>Total Sampel</b>		<b>506</b>

*Sumber: Data Sekunder yang Diolah, 2019*

Jumlah kabupaten/kota yang disajikan pada laman <https://djpk.kemenkeu.go.id/> adalah berjumlah 508 daerah kabupaten/kota, namun terdapat sebagian kabupaten/kota yang tidak sesuai dengan kriteria yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Terdapat 2 kabupaten yang tidak secara lengkap mencantumkan informasi Laporan Realisasi APBD, Kabupaten Buton Utara tidak mencantumkan pada bagian Belanja Kesehatan dan Kabupaten Rokan Hilir yang tidak mencantumkan nominal Dana Alokasi Khusus (DAK). Oleh karena itu, diperoleh sampel penelitian sebanyak 506 daerah kabupaten/kota dengan jumlah data sebanyak 506.

**Tabel 4.2 Hasil Uji Statistik Deskriptif**

	Minimal	Maksimal	Rata-rata	Standar Deviasi
BK	30.746	1.260.000	229.230	163.018
RF	181.000	5.690.000	582.850	509.766
PAD	1.266	4.970.000	225.250	438.952
DAU	216.000	2.060.000	679.310	285.531
DAK	266.267	737.000	213.400	106.642
Persen Penduduk Misikin	1,76	43,63	13,0582	7,9889

Sumber: Data Sekunder diolah dan disajikan dalam jutaan rupiah

Berdasarkan tabel 4.2 diatas, dapat dilihat bahwa nilai terendah untuk Belanja Fungsi Kesehatan (BK) adalah sebesar 30.746.000.000. Nilai tertinggi sebesar 1.260.000.000.000. Rata-rata dari BK adalah sebesar 229.230.000.000. Artinya, data dari variabel belanja fungsi kesehatan (BK) memusat atau pada umumnya terletak pada 229.230.000.000. Standar deviasi sebesar 163.018.000.000, yang berarti apabila terjadi penyimpangan rata-rata, penyimpangan tersebut tidak lebih dari 163.018.000.000 atau -163.018.000.000. Nilai terendah untuk Ruang Fiskal (RF) adalah sebesar 181.000.000.000. Nilai tertinggi sebesar 5.690.000.000.000. Rata-rata dari RF adalah sebesar 582.850.000.000. Artinya, data dari variabel ruang fiskal (RF) memusat atau pada umumnya terletak pada 582.850.000.000. Standar deviasi sebesar 509.766.000.000, yang berarti apabila terjadi penyimpangan rata-rata, penyimpangan tersebut tidak lebih dari 509.766.000.000 atau -509.766.000.000.

Nilai terendah untuk Pendapatan Asli Daerah (PAD) adalah sebesar 1.266.000.000. Nilai tertinggi sebesar 4.970.000.000.000. Rata-rata dari PAD adalah sebesar 225.250.000.000. Artinya, data dari variabel Pendapatan Asli Daerah (PAD) memusat atau pada umumnya terletak pada 225.250.000.000. Standar deviasi sebesar 438.952.000.000, yang berarti apabila terjadi penyimpangan rata-rata, penyimpangan tersebut tidak lebih dari 438.952.000.000 atau -438.952.000.000. Nilai terendah untuk Dana Alokasi Umum (DAU) adalah sebesar 216.000.000.000. Nilai tertinggi sebesar 2.060.000.000.000. Rata-rata dari DAU adalah sebesar 679.310.000.000. Artinya, data dari variabel Dana Alokasi Umum (DAU) memusat atau pada umumnya terletak pada 679.310.000.000. Standar deviasi sebesar 285.531.000.000, yang berarti apabila terjadi penyimpangan rata-rata, penyimpangan tersebut tidak lebih dari 285.531.000.000 atau -285.531.000.000. Nilai terendah untuk Dana Alokasi Khusus (DAK) adalah sebesar 266.267.000.000. Nilai tertinggi sebesar 737.000.000.000. Rata-rata dari DAK adalah sebesar 213.400.000.000. Artinya, data dari variabel Dana Alokasi Khusus (DAK) memusat atau pada umumnya terletak pada 213.400.000.000. Standar deviasi sebesar 106.642.000.000, yang berarti apabila terjadi penyimpangan rata-rata, penyimpangan tersebut tidak lebih dari 106.642.000.000 atau -106.642.000.000.

Nilai terendah untuk persentase atau persen penduduk miskin adalah sebesar 1,76. Nilai tertinggi sebesar 43,63. Rata-rata dari persen penduduk miskin adalah sebesar 13,0582. Artinya, data dari variabel persen penduduk miskin memusat atau pada umumnya terletak pada 13,0582. Standar deviasi sebesar 7,98890, yang berarti apabila terjadi penyimpangan rata-rata, penyimpangan tersebut tidak lebih dari 7,98890 atau -7,98890.

Hasil pengujian asumsi klasik pada uji normalitas menggunakan model Central Limit Theorem (CLT) yang menyatakan apabila sampel yang diuji diatas atau sama dengan 30 ( $n \geq 30$ ), maka distribusi sampel tersebut dianggap mengikuti normal. Jadi, dalam model CLT, mayoritas ahli statistika menganggap model sampel sejumlah 30 atau lebih sudah cukup besar untuk diasumsikan mendekati normal (Lind, et al. 2014: 300-301). Hasil uji multikolinearitas dapat dilihat pada tabel 4.3 kolom tolerance dan Variance Inflation Vector (VIF). Dari tabel yang disisipkan, dapat diketahui bahwa nilai *tolerance* dari kelima variabel memiliki nilai  $> 0.10$ , dengan nilai masing-masing variabel independen RF sebesar 0,480, PAD sebesar 0,319, DAU sebesar 0,333, DAK sebesar 0,431, dan persen penduduk miskin adalah sebesar 0,625. Sedangkan, nilai dari VIF kelima variabel secara berurutan adalah RF 2,084, PAD sebesar 3,133, DAU sebesar 3,000, DAK sebesar 2,318, dan persentase penduduk miskin adalah sebesar 1,600. Karena nilai VIF dari kelima variabel tidak lebih dari 10, maka dapat dikatakan tidak terjadi gejala multikolinearitas pada kelima variabel bebas tersebut.

**Tabel 4.3 Hasil Uji Multikolinearitas**

Model	<i>Tolerance</i>	VIF
RF	0,480	2,084
PAD	0,319	3,133
DAU	0,333	3,000
DAK	0,431	2,318
PPM	0,625	1,600

Sumber: Data Sekunder yang Diolah, 2019

**Tabel 4.4 Hasil Uji Heteroskedastisitas**

	Keterangan	<i>Unstandardized Residual</i>
RF	<i>Correlation Coefficient</i>	-0,005
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,908
PAD	<i>Correlation Coefficient</i>	,032**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,471
DAU	<i>Correlation Coefficient</i>	-,001**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,989
DAK	<i>Correlation Coefficient</i>	-,013**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,773
Persentase Penduduk Miskin	<i>Correlation Coefficient</i>	-,041**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,354

Sumber: Data Sekunder yang Diolah, 2019

Berdasarkan tabel 4.4, dapat dilihat bahwa nilai signifikansi (*2-tailed*) kelima variabel adalah > 0,05, dengan nilai masing-masing variabel independen RF sebesar 0,908, PAD sebesar 0,471, DAU sebesar 0,989, DAK sebesar 0,773, dan persen penduduk miskin adalah sebesar 0,354. Dari nilai signifikansi (*2-tailed*) dari kelima variabel independen, dapat disimpulkan bahwa model penelitian tidak mengandung heteroskedastisitas, atau bebas dari masalah heteroskedastisitas.

**Tabel 4.5 Rangkuman Hasil Uji Regresi Linier Berganda**

Variabel	B	t-hitung	t-tabel	Signifikansi
(Constant)	1,376	1,362	1,964	0,174
RF	0,186	5,789	1,964	0,000
PAD	0,293	15,389	1,964	0,000
DAU	0,168	2,940	1,964	0,003
DAK	0,288	7,530	1,964	0,000
Persentase Penduduk Miskin	0,008	4,167	1,964	0,000
F-Hitung	361,658		Adj R <sup>2</sup>	0,781
F-tabel	2,231		N	506
F-sig	0,000			

Sumber: Data Sekunder yang Diolah, 2019

Dari tabel 4.5 kolom B dapat ditulis persamaan regresi berganda sebagai berikut:  
**BK = 1,376 + 0,186 RF + 0,293PAD + 0,168DAU + 0,288 DAK + 0,008 Persentase  
 Penduduk Miskin + e** ..... (3)

Dengan nilai konstanta sebesar 1,376, apabila semua variabel bebas dianggap konstan atau tidak mengalami perubahan, maka nilai belanja fungsi kesehatan (BK) sebesar 1,376. Berdasarkan tabel 4.4, diperoleh nilai Adjusted R<sup>2</sup> adalah sebesar 0,781, hal ini menunjukkan bahwa variasi variabel dependen belanja fungsi kesehatan dapat dijelaskan oleh variabel independen yaitu ruang fiskal, Pendapatan Asli Daerah (PAD), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan persen penduduk miskin sebesar 78,1%. Sedangkan, sisanya 21,1% dijelaskan oleh variabel lain diluar penelitian. Berdasarkan tabel 4.4, dapat dilihat bahwa nilai F-tabel (2,231) < F-Hitung (361,658), maka dapat disimpulkan bahwa H0 ditolak dan Ha diterima. Hal ini mengindikasikan bahwa variabel independen secara bersama-sama berpengaruh terhadap variabel dependen.

Variabel Ruang Fiskal (RF) memiliki nilai probabilitas sebesar 0,000 < 0,05, maka H0 ditolak dan menerima Ha yang berarti bahwa Ruang Fiskal berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil perbandingan antara nilai t-hitung > t-tabel pada variabel Ruang Fiskal menunjukkan nilai 5,789 > 1,96472, maka H0 ditolak dan menerima Ha yang berarti variabel Ruang Fiskal berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil penelitian koefisien regresi yang positif menunjukkan adanya hubungan yang positif antara ruang fiskal dan belanja fungsi kesehatan. Jika semakin besar ruang fiskal yang dimiliki pada suatu daerah kabupaten/kota yang ada di Indonesia, maka alokasi anggaran yang dihadirkan untuk belanja fungsi kesehatan di kabupaten/kota yang ada di Indonesia semakin

meningkat. Hal ini dapat meningkatkan kualitas kesehatan yang ada pada masing-masing daerah apabila daerah kabupaten/kota memiliki belanja fungsi kesehatan yang tinggi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Durairaj & Evans, (2010), yang memandang bahwa kebijakan pembiayaan kesehatan oleh pemerintah diwujudkan melalui perluasan ruang fiskal sebagai sarana jangka panjang yang membiayai sektor kesehatan. Salah satu penentu terpenting dari ruang fiskal adalah pertumbuhan ekonomi. Pertumbuhan ekonomi diharapkan dapat memberdayakan pemerintah dengan basis pajak yang diperluas. Semakin tinggi basis pajak yang ada pada suatu negara, yang merupakan salah satu penentu pertumbuhan ekonomi terkait ruang fiskal, akan memungkinkan pemerintah berinvestasi di sektor pembiayaan kesehatan. Strategi peningkatan pembiayaan fungsi kesehatan didasarkan pada pertumbuhan ekonomi yang menunjang meningkatnya ruang fiskal yang ada pada suatu daerah.

Variabel Pendapatan Asli Daerah (PAD) memiliki nilai probabilitas sebesar  $0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti bahwa Pendapatan Asli Daerah berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil perbandingan antara nilai-t hitung  $>$  t-tabel pada variabel Pendapatan Asli Daerah (PAD) menunjukkan nilai  $15,389 > 1,96472$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti variabel Pendapatan Asli Daerah berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil penelitian koefisien regresi yang positif menunjukkan adanya hubungan yang positif antara PAD dan belanja fungsi kesehatan. Jika semakin besar PAD yang dihadirkan pada suatu daerah kabupaten/kota yang ada di Indonesia, maka semakin meningkat pula alokasi belanja fungsi kesehatan di kabupaten/kota yang ada di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa belanja fungsi kesehatan akan meningkat apabila tiap-tiap daerah mampu mengelola potensi yang ada pada daerah masing-masing untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah mereka, sehingga kualitas kesehatan yang ada pada suatu daerah akan meningkat.

Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Meheus & McIntyre (2017), dimana dalam rangka mendukung dan mewujudkan SDG's dalam bidang kesehatan adalah, pemerintah perlu meningkatkan pendanaan dalam negeri untuk bidang kesehatan. Untuk meningkatkan pendapatan pemerintah, hal yang harus dicapai salah satunya adalah melalui pengelolaan sumber-sumber pendapatan yang berasal dari sumber daya alam. Pengelolaan pemerintah dalam hal ini akan merujuk pada peningkatan pendapatan daerah atau disebut dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Dengan penghasilan PAD yang tinggi, maka biaya yang dialokasikan dalam bidang kesehatan akan tinggi pula, seiring dengan perwujudan nyata dari program Sustainable Development Goals (SDG's).

Penelitian yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati & Wiksuana (2018), yang memberikan kesimpulan bahwa Pendapatan Asli Daerah (PAD) berpengaruh positif signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi di wilayah Sarbagita Provinsi Bali. Dalam hal ini, semakin besar PAD yang dihasilkan oleh pemerintah daerah, hal ini juga akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi pada daerah tersebut, dimana peningkatan alokasi belanja kesehatan merupakan bagian dari pertumbuhan ekonomi daerah.

Variabel Dana Alokasi Umum (DAU) memiliki nilai probabilitas sebesar  $0,003 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti bahwa Dana Alokasi Umum berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil perbandingan antara nilai-t hitung  $>$  t-tabel pada variabel Dana Alokasi Umum (DAU) menunjukkan nilai  $2,940 > 1,96472$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti variabel Dana Alokasi Umum (DAU) berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil penelitian koefisien regresi yang positif menunjukkan adanya hubungan yang positif antara DAU dan belanja fungsi kesehatan.

Jika semakin besar DAU yang diberikan oleh pemerintah pusat pada suatu daerah kabupaten/kota yang ada di Indonesia, maka semakin meningkat pula belanja fungsi kesehatan di kabupaten/kota di Indonesia. Hal ini berarti bahwa apabila pemerintah pusat mengalokasikan dana yang bersumber dari APBN untuk DAU meningkat, maka kemampuan daerah untuk mendanai belanja terkait fungsi kesehatan akan meningkat pula.

Hal ini sejalan dengan penelitian Harmana *et al* (2006) yang menyebutkan bahwa dana perimbangan menentukan besar kecilnya alokasi untuk pembiayaan kesehatan. Semakin besar dana perimbangan berupa DAU, maka hal ini akan memperbesar pula dana alokasi untuk belanja fungsi kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Syam *et al* (2018) menyebutkan bahwa salah satu ukuran kualitas belanja pemerintah yang baik adalah proporsi alokasi belanja modal yang lebih besar untuk belanja lokal secara keseluruhan. Dalam penelitian ini, Dana Alokasi Umum (DAU) lebih besar dialokasikan untuk pembiayaan pemerintah atau pengeluaran operasional dalam rangka pemanfaatan pengembangan kualitas manusia. Dalam hal ini, pemerintah dianjurkan untuk memperhatikan penyerapan Dana Alokasi Umum (DAU) untuk belanja modal terutama untuk bidang pendidikan, kesehatan, jasa lingkungan serta program pemberdayaan masyarakat yang lain untuk peningkatan produktivitas lokal, dalam rangka Sustainable Development Goals (SDG's) yang berfokus pada bidang kesehatan.

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati & Wiksuana (2018) yang memberikan kesimpulan bahwa Dana Alokasi Umum (DAU) berpengaruh negatif signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi di Wilayah Sarbagita Provinsi Bali. Dalam hal ini, alokasi DAU dari pemerintah pusat tidak dipergunakan sebagaimana mestinya oleh pemerintah daerah untuk meningkatkan laju pertumbuhan ekonomi, dimana peningkatan alokasi belanja kesehatan merupakan bagian dari pertumbuhan ekonomi daerah.

Variabel Dana Alokasi Khusus (DAK) memiliki nilai probabilitas sebesar  $0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti bahwa Dana Alokasi Khusus berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil perbandingan antara nilai-t-hitung  $> t$ -tabel pada variabel Dana Alokasi Khusus (DAK) menunjukkan nilai  $7,530 > 1,96472$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti variabel Dana Alokasi Khusus (DAK) berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil penelitian koefisien regresi yang positif menunjukkan adanya hubungan yang positif antara DAK dan belanja fungsi kesehatan. Jika semakin besar DAK yang dialokasikan pada suatu daerah kabupaten/kota yang ada di Indonesia, maka semakin meningkat pula belanja fungsi kesehatan di kabupaten/kota di Indonesia. Hal ini berarti bahwa apabila pemerintah pusat mengalokasikan dana yang bersumber dari APBN untuk DAK meningkat, maka kemampuan daerah untuk mendanai belanja terkait fungsi kesehatan akan meningkat pula.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukanto *et al* (2018) yang menyatakan bahwa Dana Alokasi Khusus memiliki pengaruh yang signifikan terhadap belanja modal yang ada di daerah kabupaten/kota. Belanja modal ini cenderung mengurangi tingkat pengangguran dan meningkatkan pertumbuhan ekonomi di Provinsi Banten. Dalam hal ini pertumbuhan ekonomi memiliki keterkaitan yang tinggi pada bidang kesehatan. Seperti yang dinyatakan oleh Atmawikarta, kesehatan yang baik akan memberikan dampak yang baik pula terhadap pertumbuhan ekonomi. Kesehatan memiliki peranan ekonomi yang kuat terhadap sumber daya manusia. Kesimpulan yang dapat diambil adalah, semakin tinggi Dana Alokasi Khusus yang diberikan oleh pemerintah dalam bidang kesehatan, hal ini akan meningkatkan pula belanja fungsi kesehatan daerah. Peningkatan Dana Alokasi Khusus (DAK) ini akan

mendukung pertumbuhan ekonomi yang nantinya akan mewujudkan tujuan ekonomi berkelanjutan atau Sustainable Development Goals (SDG's).

Penelitian yang dilakukan oleh Lily Kusumawati turut mendukung hasil penelitian ini, yang menyebutkan bahwa Dana Alokasi Khusus (DAK) memiliki pengaruh positif signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi di wilayah Sarbagita Provinsi Bali. Hasil penelitian tersebut mengindikasikan bahwa peningkatan pemberian Dana Alokasi Khusus oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah dapat memicu peningkatan pertumbuhan ekonomi yang ada pada wilayah tersebut, dimana dana dialokasikan untuk kebutuhan yang khusus, termasuk belanja fungsi kesehatan demi tercapainya peningkatan laju pertumbuhan ekonomi yang ada pada daerah tersebut.

Variabel Persentase Penduduk Miskin memiliki nilai probabilitas sebesar  $0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti bahwa Prosentase Penduduk Miskin berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil perbandingan antara nilai-hitung  $>$  t-tabel pada variabel Persentase Penduduk Miskin menunjukkan nilai  $4,167 > 1,96472$ , maka  $H_0$  ditolak dan menerima  $H_a$  yang berarti variabel Persentase Penduduk Miskin berpengaruh secara signifikan terhadap Belanja Fungsi Kesehatan. Hasil penelitian koefisien regresi yang positif menunjukkan adanya hubungan yang positif antara prosentase penduduk miskin dan belanja fungsi kesehatan. Jika semakin besar prosentase penduduk miskin yang ada di Indonesia, maka semakin meningkat pula belanja fungsi kesehatan di kabupaten/kota di Indonesia. Hal ini berarti, prosentase penduduk miskin meningkat seiring penduduk miskin yang ada pada suatu daerah meningkat pula. Peningkatan prosentase kemiskinan pada suatu daerah akan mengakibatkan kecenderungan pemerintah untuk memperhatikan kesehatan yang ada pada daerah itu. Dengan kondisi seperti ini, kepedulian daerah terhadap anggaran alokasi belanja fungsi kesehatan akan meningkat seiring dengan tingkat kemiskinan yang ada pada suatu daerah.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Atmawikarta dalam artikel yang berjudul Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi, yang menyatakan bahwa ketika suatu negara memiliki penghasilan yang tinggi, maka pengeluaran biaya untuk bidang kesehatan juga akan tinggi dibandingkan dengan negara yang memiliki penghasilan yang rendah. Penghasilan negara dalam hal ini dapat dikaitkan dengan penghasilan kabupaten/kota dimana kabupaten/kota merupakan bagian dari negara itu sendiri. Alokasi biaya fungsi kesehatan dapat meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan pada daerah. Alokasi yang bijak akan menjadi kunci keberhasilan pemerintah dalam menangani kesehatan bagi masyarakat miskin.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Bawono et al (2017) yang menyatakan bahwa pengalokasian belanja bidang pendidikan dan kesehatan sejalan dengan besarnya jumlah penduduk miskin, dimana jumlah penduduk miskin merupakan pembagi dari perhitungan kapasitas fiskal yang ada pada suatu daerah. Hal ini berarti, terdapat korelasi positif antara alokasi belanja fungsi kesehatan dengan jumlah penduduk miskin, dimana belanja fungsi kesehatan akan meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penduduk miskin yang ada pada suatu daerah.



## 5. Kesimpulan

- a. Variabel ruang fiskal memiliki pengaruh positif secara signifikan terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia. Artinya, semakin tinggi ruang fiskal yang dimiliki pada suatu daerah, maka belanja fungsi kesehatan juga akan meningkat.
- b. Variabel Pendapatan Asli Daerah (PAD) memiliki pengaruh positif secara signifikan terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia. Artinya, semakin tinggi PAD yang dapat dihasilkan pada suatu daerah, maka belanja fungsi kesehatan juga akan meningkat.
- c. Variabel Dana Alokasi Umum (DAU) memiliki pengaruh positif secara signifikan terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia. Artinya, semakin tinggi DAU yang dapat diperoleh pada suatu daerah dari pemerintah pusat, maka belanja fungsi kesehatan juga akan meningkat.
- d. Variabel Dana Alokasi Khusus (DAK) memiliki pengaruh positif secara signifikan terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia. Artinya, semakin tinggi DAK yang dapat diperoleh pada suatu daerah dari pemerintah pusat, maka belanja fungsi kesehatan juga akan meningkat.
- e. Variabel persentase penduduk miskin memiliki pengaruh positif secara signifikan terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia. Artinya, semakin tinggi persentase penduduk miskin yang ada pada suatu daerah, maka belanja fungsi kesehatan juga akan meningkat.

## Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu:

- a. Pada penelitian ini hanya terdiri dari dua variabel yakni variabel dependen dengan variabel independen, sedangkan masih bisa ditambahkan variabel moderating dan intervening untuk lebih dapat mengetahui secara luas bagaimana pengaruh ruang fiskal, PAD, DAU, DAK dan persentase penduduk miskin terhadap belanja fungsi kesehatan di Indonesia pada tahun 2018.
- b. Variabel independen hanya menggunakan lima variabel yang terdiri dari ruang fiskal, PAD, DAU, DAK dan persentase penduduk miskin. Sedangkan masih banyak faktor lain yang mempengaruhi belanja fungsi kesehatan di Indonesia pada tahun 2018.
- c. Adanya keterbatasan pada proses pengumpulan data, yaitu masih terdapat daerah yang tidak memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini.
- d. Penelitian ini hanya menggunakan periode satu tahun anggaran.

## Referensi

- Bei, D. I. (2018). *Jurnal ilmiah wahana akuntansi*. 13(2), 157–175.
- Durairaj, V., & Evans, D. B. (2010). Fiscal space for health in resource-poor countries. World Health Report (2010) Background Paper, No 41. *World Health Report (2010)*, (2010).
- Dwi, A., Bawono, B., Kusumawati, E., & Purbasar, H. (2017). *Analisis Indeks Kapasitas Fiskal terhadap Pengalokasian Belanja Wajib Bidang Pendidikan dan Kesehatan ( Studi pada Kabupaten / Kota se-Jawa )*. 87–92.
- Harmana, T., Adisasmito, W. B., Administrasi, D., Kesehatan, K., Masyarakat, F. K., & Indonesia, U. (2006). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Tahun 2006 Factors Associated With Local Health Financing From Local Government Budget*. 09(03), 134–145.
- Heller, P. S. (2006). The prospects of creating “fiscal space” for the health sector. *Health Policy*

- and Planning*, 21(2), 75–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj013>
- Juniawan, M. A., & Suryantini, N. P. S. (2018). Pengaruh Pad, Dau Dan Dak Terhadap Belanja Modal Kota Dan Kabupaten Di Provinsi Bali. *E-Jurnal Manajemen Universitas Udayana*, 7(3), 1255. <https://doi.org/10.24843/ejmunud.2018.v7.i03.p05>
- Kusumawati, L., & Wiksuana, I. G. B. (2018). Pengaruh Pendapatan Daerah Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Di Wilayah Sarbagita Provinsi Bali. *E-Jurnal Manajemen Universitas Udayana*, 7(5), 2592. <https://doi.org/10.24843/ejmunud.2018.v07.i05.p12>
- Meheus, F., & McIntyre, D. (2017). Fiscal space for domestic funding of health and other social services. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 159–177. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000438>
- Muliza, M., Zulham, T., & Seftarita, C. (2017). Analisis Pengaruh Belanja Pendidikan, Belanja Kesehatan, Tingkat Kemiskinan Dan Pdrb Terhadap Ipm Di Provinsi Aceh. *Jurnal Perspektif Ekonomi Darussalam*, 3(1), 51–69. <https://doi.org/10.24815/jped.v3i1.6993>
- Setjen DPR-RI. (2012). Belanja Fungsi Kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). *Menggali Pajak Sektor Pertambangan Migas Dan Non Migas*, 21–27.
- Sitorus, E., & Nurwahyuni, A. (2017). Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Serang Tahun 2014 – 2016. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 6(3), 138. <https://doi.org/10.22146/jkki.v6i3.29661>
- Sukanto, -, Juanda, B., Fauzi, A., & Mulatsih, S. (2018). Specific Allocation Funds, Economic Growth, and Unemployment: A Case Study in Banten Province, Indonesia. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*, 8(9). <https://doi.org/10.29322/ijsrp.8.9.2018.p8153>
- Suryandri, A. N. (2018). Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pendidikan, Dan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Provinsi DIY Tahun 2004-2014. *Jurnal Pendidikan Dan Ekonomi*, 7(1), 33–41. Retrieved from <http://journal.student.uny.ac.id/ojs/index.php/ekonomi/article/view/8882/8539>
- Syam, A. Y., Rizani, F., & Maladi, M. (2018). *the Effect of Local Original Revenues , Special Allocation Funds , General Allocation Funds on the Human Development Quality and the Mediating Role of Capital Expenditure in Regency and Cities in South Kalimantan Province – Indonesia*. (August), 899–901.
- Teori, A. L. (2017). *Pengaruh Pendapatan Asli..., Nanda Yoga Aditya, Fakultas Ekonomi Dan Bisnis UMP, 2017*. (1977), 12–36.
- Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah.
- Veenstra, G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science and Medicine*, 54(6), 849–868. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00049-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00049-1)