

SKRIPSI

**EFISIENSI ALOKASI DANA OTONOMI KHUSUS SEKTOR
KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN DERAJAT
KESEHATAN MASYARAKAT ACEH TAHUN 2015-2019**



Disusun Oleh:

CUT GHINA ATHAYA

NIM. 170602118

**PROGRAM STUDI EKONOMI SYARIAH
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR RANIRY
BANDA ACEH
2021 M/ 1442 H**

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Cut Ghina Athaya
NIM : 170602118
Program Studi : Ekonomi Syariah
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis Islam

Dengan ini menyatakan bahwa dalam penulisan SKRIPSI ini saya

1. *Tidak menggunakan ide orang lain tanpa mampu mengembangkan dan mempertanggungjawabkan.*
2. *Tidak melakukan plagiasi terhadap naskah karya orang lain.*
3. *Tidak menggunakan karya orang lain tanpa menyebutkan sumber asli atau tanpa izin pemilik karya.*
4. *Tidak melakukan manipulasi dan pemalsuan data.*
5. *Mengerjakan sendiri karya ini dan mampu bertanggung jawab atas karya ini.*

Bila dikemudian hari ada tuntutan dari pihak lain atas karya saya dan telah melalui pembuktian yang dapat dipertanggungjawabkan dan ternyata memang ditemukan bukti bahwa saya telah melanggar pernyataan ini, maka saya siap untuk dicabut gelar akademik saya atau diberikan sanksi lain berdasarkan aturan yang berlaku di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN Ar-Raniry.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Banda Aceh, 14 April 2021

Yang menyatakan,



Cut Ghina Athaya

Cut Ghina Athaya

PERSETUJUAN SIDANG MUNAQASYAH SKRIPSI

**EFISIENSI ALOKASI DANA OTONOMI KHUSUS SEKTOR
KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN DERAJAT
KESEHATAN MASYARAKAT ACEH TAHUN 2015-2019**

Disusun Oleh:
Cut Ghina Athaya
NIM : 170602118

Disetujui untuk disidangkan dan dinyatakan bahwa isi dan
formatnya telah memenuhi syarat penyelesaian studi pada Program
Studi Ekonomi Syariah
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam
Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh

Pembimbing I

Pembimbing II


Cut Dian Fitri, S.E., M.Si., Ak., CA
NIP. 198307092014032002


Winny Dian Safitri, S.Si., M.Si

Mengetahui,
Ketua Program Studi,
A R - R A N I R Y


Dr. Nilam Sari, M.Ag
NIP. 197103172008012007

PENGESAHAN SIDANG MUNAQASYAH SKRIPSI

EFISIENSI ALOKASI DANA OTONOMI KHUSUS SEKTOR KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT ACEH TAHUN 2015-2019

Cut Ghina Athaya
NIM . 170602118

Telah Disidangkan Oleh Dewan Penguji Skripsi Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Islan UIN Ar-Raniry Banda Aceh dan dinyatakan Lulus serta Diterima Sebagai
Salah Satu Syarat untuk Menyelesaikan Program Studi Strata Satu (S-1) dalam
Bidang Ekonomi Syariah

Pada Hari/ Tanggal: Rabu, 14 April 2021
2 Ramadhan 1442 H

Banda Aceh
Dewan Penguji Sidang Skripsi

Ketua Sidang,

Cut Dian Fitri, S.E., M.Si., Ak., CA
NIP. 198307092014032002

Sekretaris Sidang,

Winny Dian Safitri, S.Si., M.Si

Penguji I,

Dr. Hafas Furqani, M.Ec
NIP. 198006252009011009

Penguji II,

Dr. Syukriy Abdullah, S.E, M.Si, Ak.
NIP. 197006301995121001



Mengetahui
Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam
UIN Ar-Raniry Banda Aceh

Dr. Zaki Fuad, M.Ag

NIP. 19640141902031003



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY BANDA ACEH
UPT. PERPUSTAKAAN

Jl. Syeikh Abdur Rauf Kopelma Darussalam Banda Aceh
Telp. 0651-7552921, 7551857, Fax. 0651-7552922

Web : www.library.ar-raniry.ac.id, Email : library@ar-raniry.ac.id

FORM PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
MAHASISWA UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Cut Ghina Athaya

NIM : 170602118

Fakultas/Jurusan : Ekonomi dan Bisnis Islam/Ekonomi Syariah

E-mail : 170602118@student-ar-raniry.ac.id

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Islam Negeri (UIN) Ar-Raniry Banda Aceh, Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah :

Tugas Akhir KKU Skripsi

yang berjudul:

**Efisiensi Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Terhadap
Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Aceh Tahun 2015-2019**

Beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, UPT Perpustakaan UIN Ar-Raniry Banda Aceh berhak menyimpan, mengalih-media formatkan, mengelola, mendiseminasikan, dan mempublikasikannya di internet atau media lain.

Secara *fulltext* untuk kepentingan akademik tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis, pencipta dan atau penerbit karya ilmiah tersebut.

UPT Perpustakaan UIN Ar-Raniry Banda Aceh akan terbebas dari segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini yang saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Banda Aceh

Pada tanggal : 14 April 2021

Mengetahui,

Penulis

Pembimbing I

Pembimbing II

Cut Ghina Athaya
170602118

Cut Dian Fitri, S.E., M.Si., Ak., CA
NIP. 198307092014032002

Winny Dian Safitti, S.Si., M.Si

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan) tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain) dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap
(Q.S Asy-Syarh (30) : 7-8)

Sebuah persembahan kepada diri sendiri, keluarga,teman-teman dan kerbat serta semua yang telah mendoakan.

جامعة الرانيري

A R - R A N I R Y

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan mengucapkan Alhamdulillah segala puji dan syukur senantiasa atas kehadiran Allah SWT yang memberikan limpahan nikmat dan rahmat-Nya bersertakan salam kita curahkan kepada kepangkuan Nabi Besar Muhammad SAW, beserta keluarga dan sahabat beliau karena berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini yang berjudul **“Efisiensi Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Terhadap Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Aceh Tahun 2015-2019”**.

Skripsi ini merupakan tugas akhir sebagai salahsatu persyaratan dalam menyelesaikan program studi sarjana pada Jurusan Ekonomi Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh.

Dalam penyusunan skripsi ini banyak menemukan beberapa kesulitan baik dari buku, jurnal dan sumber yang bacaan lainnya. Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu, penulis menerima segala saran dan kritikan dari semua pihak dengan tangan terbuka demi penyempurnaan pembuatan skripsi ini untuk kedepannya. Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya, kepada berbagai pihak yang telah berkontribusi dengan memberikan sumbangan

baik materi maupun pikirannya dalam penyelesaian proposal penelitian ini, terkhusus kepada:

1. Bapak Dr. H. Zaki Fuad, M.Ag selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh
2. Ibu Dr. Nilam Sari, M. Ag dan Ibu Cut Dian Fitri S.E,M.Si, Ak,CA selaku Ketua dan Sekretaris Program Studi Ekonomi Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh.
3. Bapak Muhammad Arifin, Ph. D selaku Ketua Laboraturium Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh.
4. Ibu Cut Dian Fitri, S.E, M.Si, Ak,CA selaku pembimbing I dan Ibu Winny Dian Safitri, S.Si, M.Si selaku pembimbing II yang telah membimbing memberikan informasi, membantu dalam penulisan, memberikan waktu, serta pengarahan yang sangat baik.
5. Bapak Dr. Hafas Furqani, M.Ec selaku penguji I dan Bapak Dr. Syukriy Abdullah, S.E, M.Si, Ak. selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan sehingga penelitian skripsi ini dapat selesai dengan baik.
6. Ibu Cut Dian Fitri, S.E, M.Si, Ak,CA selaku Penasehat Akademik yang telah membantu dan membimbing hingga penelitian skripsi ini selesai.

7. Kepada Dosen-Dosen serta Staf di Lingkungan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh.
8. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Aceh yang telah memberikan dan mengizinkan penulis untuk memfasilitasi data Dana Otonomi Khusus Aceh pada penelitian ini
9. Badan Pusat Statistik yang telah memberikan dan mengizinkan penulis untuk memfasilitasi pada data indikator derajat kesehatan pada penelitian ini.
10. Dinas Kesehatan Aceh yang telah memberikan dan mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian pada data Profil Kesehatan Aceh.
11. Kepada kedua orangtua, Ayah Teuku Fakhurriza dan ibu Dachniarty Bakri yang selalu memberikan do'a, restu dan dukungan dalam setiap hal-hal yang dikerjakan serta kepada abang-abang dan adik saya yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis untuk mampu menyelesaikan skripsi ini.
12. Kepada teman-teman perkuliahan, teman-teman seperbimbingan dan teman-teman Ekonomi Syariah angkatan 2017 yang sudah menemani, untuk selalu membantu dan mendorong agar penulisan skripsi ini dapat selesai.

Semoga penelitian dalam proposal ini dapat dipahami oleh semua pihak untuk menambah pengalaman dan pengetahuan bagi para pembaca umumnya dan penulis khususnya serta menjadi hal positif bagi banyak pihak. Semoga Allah SWT membalas kebaikan kepada kita semua. Amiin Ya Rabbal'alaamiin.

Banda Aceh, 14 April 2021

Penulis, ,

Cut Ghina Athaya



TRANSLITERASI ARAB-LATIN DAN SINGKATAN

Keputusan Bersama Menteri Agama dan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor:158 Tahun 1987–
Nomor:0543 b/u/1987

1. Konsonan

No	Arab	Latin	No	Arab	Latin
1	ا	Tidak dilambangkan	16	ط	Ṭ
2	ب	B	17	ظ	Z
3	ت	T	18	ع	‘
4	ث	Ṣ	19	غ	G
5	ج	J	20	ف	F
6	ح	Ḥ	21	ق	Q
7	خ	Kh	22	ك	K
8	د	D	23	ل	L
9	ذ	Z	24	م	M
10	ر	R	25	ن	N
11	ز	Z	26	و	W
12	س	S	27	ه	H
13	ش	Sy	28	ء	’
14	ص	Ṣ	29	ي	Y
15	ض	D			

2. Vokal

Vokal bahasa Arab, seperti vokal bahasa Indonesia, terdiri dari vokal tunggal dan vokal rangkap.

a. Vokal Tunggal

Vokal tunggal bahasa Arab yang lambangnya berupa tanda atau harkat, transliterasinya sebagai berikut:

Tanda	Nama	Huruf Latin
◌َ	<i>Fathah</i>	A
◌ِ	<i>Kasrah</i>	I
◌ُ	<i>Dammah</i>	U

b. Vokal Rangkap

Vokal rangkap bahasa Arab yang lambangnya berupa gabungan antara harkat dan huruf, transliterasinya gabungan huruf, yaitu:

Tanda dan Huruf	Nama	Gabungan Huruf
◌َ ي	<i>Fathah dan ya</i>	Ai
◌ِ و	<i>Fathah dan wau</i>	Au

Contoh:

كيف : *kaifa*

هول : *haua*

3. Maddah

Maddah atau vokal panjang yang lambangnya berupa harkat dan huruf , transliterasinya berupa huruf dan tanda, yaitu:

Harkat dan Huruf	Nama	Huruf dan Tanda
اَ / اِ	<i>Fatḥah</i> dan <i>alif</i> atau <i>ya</i>	Ā
يَ	<i>Kasrah</i> dan <i>ya</i>	Ī
وِ	<i>Dammah</i> dan <i>wau</i>	Ū

Contoh:

قَالَ : *qāla*

رَمَى : *ramā*

قِيلَ : *qīla*

يَقُولُ : *yaqūlu*

4. Ta Marbutah (ة)

Transliterasi untuk ta marbutah ada dua.

a. Ta *marbutah* (ة) hidup

Ta *marbutah* (ة) yang hidup atau mendapat harkat *fatḥah*, *kasrah* dan *dammah*, transliterasinya adalah t.

b. Ta *marbutah* (ة) mati

Ta *marbutah* (ة) yang mati atau mendapat harkat sukun, transliterasinya adalah h.

- c. Kalau pada suatu kata yang akhir katanya ta *marbutah* (ة) diikuti oleh kata yang menggunakan kata sandang al, serta bacaan kedua kata itu terpisah maka ta *marbutah* (ة) itu ditransliterasikan dengan h.

Contoh:

رَوْضَةُ الْأَطْفَالِ : *raudah al-atfāl/ raudatul atfāl*

الْمَدِينَةُ الْمُنَوَّرَةُ : *al-Madīnah al-Munawwarah/
al-Madīnatul Munawwarah*

طَلْحَةَ : *Talhah*

Catatan:

Modifikasi

1. Nama orang berkebangsaan Indonesia ditulis seperti biasa tanpa transliterasi, seperti M. Syuhudi Ismail, sedangkan nama-nama lainnya ditulis sesuai kaidah penerjemahan.

Contoh: Hamad Ibn Sulaiman.

2. Nama negara dan kota ditulis menurut ejaan Bahasa Indonesia, seperti Mesir, bukan Misr: Beirut, bukan Bayrut: dan sebagainya.
3. Kata-kata yang sudah dipakai (serapan) dalam kamus Bahasa Indonesia tidak ditransliterasi.

Contoh: Tasauf, bukan Tasawuf.

ABSTRAK

Nama : Cut Ghina Athaya
NIM : 170602118
Fakultas/Program Studi : Ekonomi dan Bisnis Islam/ Ekonomi Syariah
Judul Skripsi : Efisiensi Alokasi Dana Otonomi Khusus
Sektor Kesehatan Terhadap Derajat Kesehatan
Masyarakat Aceh Tahun 2015-2019
Tebal Skripsi : 130 Halaman
Pembimbing I : Cut Dian Safitri S.E, M.Si.Ak.CA
Pembimbing II : Winny Dian Safitri., M.Si,M.Si
Kata Kunci: Dana Otonomi Khusus, Kesehatan, Derajat Kesehatan.

Derajat kesehatan masyarakat merupakan gambaran kondisi kesehatan yang terjadi dimasyarakat. Bahwa kegiatan yang mengupayakan pemeliharaan serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat merupakan bentuk keberhasilan atas program pembangunan manusia. Anggaran Kesehatan Pemerintah Indonesia diberikan sebesar 5 persen dari anggaran belanja negara dan 10 persen dari anggaran belanja daerah, Provinsi Aceh termasuk ke dalam kategori daerah yang mendapatkan bantuan dana otonomi khusus. Alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan diberikan sebesar 10 persen dari total dana otonomi khusus tersebut melalui program pembangunan dana otonomi khusus kabupaten/kota. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas penggunaan dana otonomi khusus sektor kesehatan terhadap derajat kesehatan Provinsi Aceh dari tahun 2015-2019. Penelitian ini menggunakan metode *Data Envelopment Analysis* (DEA) dengan *Variabel Return to Scale* (VRS) dan menggunakan model hasil *output oriented*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai efisiensi secara teknis biaya hanya kota Sabang yang mampu mencapai efisiensi 100 persen. Sedangkan pada teknis sistem terdapat 4 kabupaten/kota yang mampu mencapai efisiensi 100 persen setiap tahunnya yaitu Kabupaten Simeuleu, Kabupaten Bireuen, Kota Banda Aceh dan Kota Lhokseumawe maka sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Aceh belum mampu mencapai efisiensi sempurna atas teknis biaya namun secara teknis sistem daerah-daerah yang lain sudah mampu mencapai nilai efektif.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL KEASLIAN	i
HALAMAN JUDUL KEASLIAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH	iii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG SKRIPSI	iv
LEMBAR PENGESAHAN SIDANG SKRIPSI	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	viii
TRANSLITERASI ARAB-LATIN DAN SINGKATAN ...	xii
ABSTRAK.....	xvi
DAFTAR ISI	xvii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.5 Sistematik Pembahasan.....	9
BAB II LANDASAN TEORI.....	10
2.1 Efisiensi	10
2.2 Dana Kesehatan	11
2.3 Dana Otonomi Khusus.....	13
2.4 Kesejahteraan Masyarakat	15
2.5 Penelitian Terdahulu	17
2.6 Kerangka Berfikir	30

BAB III METODE PENELITIAN	31
3.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian	31
3.2 Operasional Variabel	32
3.3 Teknik Analisis Data	36
BAB IV HASIL PEMBAHASAN.....	40
4.1 Analisis Deskriptif	40
4.1.1 Variabel <i>Input</i>	40
4.1.2 Variabel Output Intermediate	42
4.1.1 Variabel <i>Output</i>	47
4.2 Analisis Efisiensi Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Terhadap Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat Aceh.....	53
4.1.1 Efisiensi Teknis Biaya Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan.....	43
4.1.2 Efisiensi Teknis Sistem Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan	54
4.1.3 Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat	59
4.3 Hasil Pembahasan	64
BAB V PENUTUP	69
5.1 Kesimpulan	69
5.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN	79

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Alokasi Anggaran Dana Kesehatan Indonesia dan Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan ..	5
Tabel 2.1 Rasio Efektivitas.....	11
Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu.....	22
Tabel 3.1 Operasional Variabel Penelitian.....	34



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1	3
Gambar 4.1	41
Gambar 4.2	43
Gambar 4.3	44
Gambar 4.4	46
Gambar 4.5	48
Gambar 4.6	50
Gambar 4.7	52
Gambar 4.8	55
Gambar 4.9	61



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Variabel Input	77
Lampiran 2 Alokasi Anggaran Dana Kesehatan Indonesia dan Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan	81
Lampiran 3 Variabel Output Intermediate.....	82
Lampiran 4 Variabel Output.....	90
Lampiran 5 Indeks Pembangunan Manusia Indonesia 2020	101
Lampiran 6 Hasil Metode Data Analysis Envelopment	103
Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup	107



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan menurut *World Health Organization (WHO)* yaitu kondisi sehat sejahtera secara fisik, mental maupun sosial yang ditandai dengan tidak adanya gangguan-gangguan atau simptom-simptom penyakit, seperti keluhan fisik, keluhan emosial dan lainnya. Kesehatan menjadi hal yang benar-benar diperhatikan oleh siapapun tidak terkecuali masyarakat yang tinggal di Indonesia. Saat ini kesehatan Indonesia masuk kedalam peringkat 117 dari seluruh negara didunia dalam masalah kesehatan dan kesejahteraan anak (Tirto.id, 2020). Kualitas kesehatan Indonesia menduduki peringkat keempat di Asia Tenggara dibawah negara Singapura dan negara Thailand menempati peringkat pertama dan kedua sebagai negara yang memiliki kualitas kesehatan yang paling baik di Asia Tenggara.

Derajat kesehatan masyarakat merupakan gambaran kondisi kesehatan yang terjadi dimasyarakat. Upaya peningkatan serta pemeliharaan derajat kesehatan masyarakat merupakan bentuk program yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara derajat kesehatan dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan dan pemulihan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan, dibutuhkan peran pemerintah dan masyarakat agar saling bersinergi untuk memberikan yang terbaik sehingga dengan terwujudnya derajat kesehatan yang optimal mampu meningkatkan kesejahteraan bagi masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan merupakan sebuah bukti keberhasilan program pembangunan nasional dibidang kesehatan yang mampu menetapkan kebijakan sistem kesehatan, harapannya setiap masyarakat memiliki hak-hak penuh untuk mendapatkan pelayanan, fasilitas, bantuan dan jaminan kesehatan.

Indikator yang digunakan untuk melihat derajat kesehatan penduduk diantaranya fasilitas dan pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh masyarakat dan mengindikasikan bahwa adanya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan dapat dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan dengan terciptanya masyarakat yang memiliki perilaku hidup sehat serta memiliki kemampuan untuk mencapai fasilitas dan pelayanan kesehatan maka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dapat menjadi capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup yang dibangun melalui pendekatan tiga dimensi dasar. Dimensi tersebut mencakup umur panjang, sehat pengetahuan dan kehidupan yang layak. Adapun untuk mengukur dimensi hidup layak digunakan indikator kemampuan daya beli masyarakat terhadap sejumlah kebutuhan pokok yang dilihat dari rata-rata besarnya pengeluaran per kapita sebagai pendekatan pendapatan yang mewakili capaian

pembangunan untuk hidup layak dan kualitas dari perumahan dan lingkungan yang menjadi bagian dari kehidupan. Dalam mencapai program pembangunan kesehatan untuk meningkat derajat kesehatan dengan indikator kesehatan hal-hal yang perlu diperhatikan adalah angka harapan hidup, angka lahir hidup, dan angka kesakitan.

Indonesia terdiri dari 34 provinsi, dengan berbagai macam keanekaragaman budaya, agama, ras dan tata cara berkehidupan yang berbeda-beda. Pembangunan manusia di Indonesia terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Gambaran Indeks Pembangunan Manusia (IPM) pada setiap provinsi sebagai berikut:



Sumber diolah: Badan Pusat Statistik, 2021

Gambar 1. 1 Indek Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2020

Dari gambar 1.1 terlihat bahwa provinsi dengan peringkat IPM tertinggi pada tahun 2020 diduduki oleh Provinsi DKI Jakarta dengan nilai IPM sebesar 80,77 persen dan terendah yaitu Provinsi

Papua dengan persentase IPM sebesar 60,44 persen. Gambaran keadaan kesehatan Indonesia yang ditunjukkan dari nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) menunjukkan perlu adanya upaya khusus dari pemerintah terutama pemerintah pusat melalui penyaluran dana yang dikhususkan untuk program pembangunan kesehatan. Pemberian anggaran kesehatan Indonesia dan pemberian dana kesehatan daerah tentu berbeda apalagi seperti provinsi yang memiliki Hak otonomi khusus mempunyai dana otonomi khusus sektor kesehatan, keinginan untuk mencapai program pembangunan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan menjadi hal yang sama pentingnya. Dengan capaian indeks pembangunan manusia yang lebih baik dibandingkan provinsi Sumatera Utara yang dekat dengannya, ini menunjukkan bahwa upaya pemerintah dalam memberikan standar kehidupan akan masyarakat pun lebih baik. Meskipun angka kematian ibu, angka harapan hidup yang jauh dibawah standar hidup Indonesia dan perbaikan gizi buruk pada balita agar mampu menekan anak-anak tidak menderita stunting dengan alokasi dana dapat membuat program kesehatan yang jauh lebih baik dari sebelumnya. Ada beberapa isu yang masih menjadi pekerjaan rumah bagi pemerintah Provinsi Aceh di antaranya pencegahan stunting, penanganan penyakit tidak menular (PTM), Tuberculosis (TBC) dan peningkatan cakupan dan mutu imunisasi serta angka kematian ibu dan bayi. Untuk terlaksananya program tersebut perlu adanya tindakan untuk mem verifikasi data kesehatan agar rencana, aksi

dan kebijakan yang diberikan dapat tepat sasaran. Berikut Perbedaan anggaran kesehatan Indonesia dan Alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan Provinsi Aceh dapat dilihat pada Tabel 1.1:

Tabel 1.1 Alokasi Anggaran Dana Kesehatan Indonesia dan Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan

Tahun	Alokasi Anggaran Dana Kesehatan Indonesia	Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan
2015	Rp 65,900,000,000,000	Rp 705,775,697,100
2016	Rp 92,300,000,000,000	Rp 705,775,690,000
2017	Rp 104,900,000,000,000	Rp 770,721,694,200
2018	Rp 111,000,000,000,000	Rp 702,981,966,490
2019	Rp 123,100,000,000,000	Rp 665,104,976,051

Sumber: Kemenkeu, Bappeda, diolah 2021

Pada Tabel 1.1 diatas, bahwa dana otonomi khusus sektor kesehatan Provinsi Aceh masih sangat jauh tertinggal dari anggaran kesehatan Indonesia tetapi dapat diketahui juga dana otonomi khusus sektor kesehatan menjadi bantuan dana yang sangat diperlukan namun dapat dilihat bahwa dana otonomi khusus sektor kesehatan setiap tahunnya tidak bertambah melainkan berkurang,

berbeda dengan anggaran kesehatan Indonesia yang setiap tahunnya meningkat. Alokasi dana otonomi khusus pada program kabupaten/kota (DOKA) diberikan sebesar 70% untuk peningkatan pelayanan pada jaminan kesehatan, 20% untuk pembangunan fasilitas rumah sakit dan berbagai sarana lainnya, 10% untuk peralatan medis, pengadaan obat-obatan dan promosi untuk program kesehatan. Upaya-upaya yang dapat dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan sudah dapat mencapai kondisi yang efisien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan melihat efisiensi alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan ini sudah mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Aceh secara baik, maka dengan itu penulis melakukan penelitian dengan judul **“Efisiensi Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Terhadap Peningkatan Derajat Kesejahteraan Masyarakat Aceh Tahun 2015-2019”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana tingkat efisiensi teknis biaya alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat Aceh tahun 2015-2019?.

2. Bagaimana tingkat efisiensi teknis sistem alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat Aceh tahun 2015-2019?.
3. Bagaimana upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Aceh tahun 2015-2019?.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang ingin dicapai dalam melakukan penelitian ini antara lain:

1. Untuk mengetahui tingkat efisiensi teknis biaya alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat Aceh tahun 2015-2019.
2. Untuk mengetahui tingkat efisiensi teknis sistem penggunaan dana otonomi khusus sektor kesehatan terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat Aceh tahun 2015-2019.
3. Untuk mengetahui upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Aceh tahun 2015-2019.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang ingin didapatkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan untuk dapat menambah pengetahuan sebagai pengembangan ilmu pengetahuan tentang dana otonomi khusus dan derajat kesehatan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Akademik

Hasil penelitian ini dapat menambah kepustakaan UIN Ar-Raniry untuk dijadikan referensi yang dapat dimanfaatkan oleh seluruh kalangan akademik, baik dosen maupun mahasiswa pada umumnya dan bagi mahasiswa jurusan Ekonomi Syariah khususnya.

b. Bagi peneliti yang akan datang

Hasil penelitian ini bisa menjadi literatur atau rujukan untuk para peneliti selanjutnya yang ingin meneliti tentang perkembangan dalam bidang dana otonomi khusus, dana kesehatan dan derajat kesehatan.

3. Manfaat Kebijakan

Mampu memberikan arahan kebijakan yang baru dan baik untuk pengembangan penggunaan dana otonomi khusus sektor kesehatan sehingga mampu tercapainya derajat kesehatan masyarakat secara lebih baik melalui penetapan kebijakan dan berbagai strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

1.5 Sistematis Pembahasan

Secara garis besar penulisan pada penelitian ini terdiri dari V (lima) bab. Masing-masing bab memiliki sub bab yang akan memberikan penjelasan secara terperinci dan sistematis serta berkesinambungan agar bisa dipahami dengan jelas. Adapun sistematis pembahasan ini adalah sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab pertama, sebagaimana penelitian pada umumnya, bab satu adalah pendahuluan yang mencakup latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematis pembahasan.

BAB II LANDASAN TEORI

Bab kedua adalah landasan teori. Bab ini berisi tentang kajian teoritis, penelitian terdahulu, model penelitian atau kerangka berfikir.

BAB III METODE PENELITIAN

Bab ketiga dalam penelitian ini yaitu tentang metode penelitian yang memuat tentang rencana dan prosedur penelitian yang dilakukan yaitu mencakup jenis penelitian dan data penelitian, jenis penelitian, teknik pengumpulan data, operasional variabel, teknik analisis data dan rencana penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab empat ini memuat gambaran umum penelitian, pengujian dan hasil data penelitian dan pembahasan hasil data penelitian serta menjawab pertanyaan-pertanyaan yang terdapat pada rumusan masalah.

BAB V PENUTUP

Bab lima ini merupakan penutup dari pembahasan skripsi yang memuat kesimpulan, saran dan rekomendasi.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Efisiensi

Efisiensi adalah perbandingan antara keluaran (ouput) dengan masukan (input) atau jumlah keluaran yang dihasilkan dari satu input yang dipergunakan.

Ada dua tipe efisiensi, yaitu efisiensi teknik dan efisiensi ekonomi. Efisiensi teknik menyatakan hubungan antara *input* dan *output* dalam suatu proses produksi. Suatu proses dikatakan efisiensi pada penggunaan jumlah *input* tertentu dapat menghasilkan *output* secara maksimal. Adapun untuk menghasilkan *output* tertentu digunakan *input* yang paling banding dengan efisiensi teknis. Dalam efisiensi ekonomi, tingkatkan *input* dan *output* serta kombinasinya untuk mengoptimalkan tujuan ekonomi, biasanya dengan meminimalkan biaya atau memaksimalkan keuntungan.

Efektivitas merupakan hubungan antara keluaran dengan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Kegiatan dapat dikatakan efektif apabila proses kegiatan mencapai tujuan dan sasaran akhir kebijakan. Indikator efektivitas menggambarkan jangkauan akibat dan dampak dari keluaran program dalam mencapai tujuan program. Semakin besar kontribusi *output* dengan tujuan yang akan dicapai, semakin efektivitas dari sebuah perencanaan maupun program yang ingin dicapai dapat memenuhi tujuan yang diharapkan. (Ratna, 2020).

Berdasarkan keputusan Menteri Dalam Negeri No. 690.9000-327 Tahun 1996 tentang Kriteria Penilaian dan Kinerja Keuangan, penetapan tingkat efektivitas anggaran belanja dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Rasio Efektivitas

Rasio Efektivitas %	Kriteria
100	Sangat Efektif
80-90	Efektif
60-80	Kurang Efektif
<60	Tidak Efektif

2.2 Dana Kesehatan

Dana kesehatan atau pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalian, pengalokasian dan pembelanjaan dan kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur-unsurnya terdiri dana, sumber daya dan pengelolaan dana kesehatan, dana kesehatan merupakan suatu proses yang terus-menerus dan tekendali agar tersedia dana kesehatan yang mencukupi dan berkesinambungan yang bersumber dari pemerintah, swasta, masyarakat dan sumber lainnya agar terpenuhinya prinsip kecukupan, efektivitas dan efisien, adil serta transparan.

Dana kesehatan harus memiliki tujuan untuk menyediakan pembiayaan kesehatan secara terus-menerus dalam jumlah yang cukup, dialokasikan secara adil dan dimanfaatkan secara efektif

dan efisien untuk menjamin pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Dr. Kalsum,2020).

Tujuan dari terlasurkannya dana kesehatan adalah ketersediaan dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan pemanfaatan secara berhasil guna dan berdaya guna sehingga mampu tersalurkan kepada yang membutuhkan.

a. Faktor-faktor dana kesehatan

Dalam konsep Blum 4 faktor determinan yang dikaji, masing-masing faktor tentu saling berkaitan, antara lain:

1. Perilaku Masyarakat

Perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan sangat memegang peran penting karena budaya hidup bersih dan sehat harus dapat dimunculkan dari dalam diri masyarakat untuk menjaga kesehatan. Tokoh-tokoh masyarakat, lembaga dan komunitas lainnya harus dapat andil dalam menyukseskan program-program kesehatan.

2. Lingkungan

Lingkungan adalah lingkungan fisik dan sosial. Lingkungan fisik yang memiliki kondisi sanitasi buruk, penumpukan sampah yang tidak dapat dikelola dengan baik, polusi udara, air dan tanah dapat menjadi sumber berkembangnya penyakit. Kondisi lingkungan sosial yang buruk dapat menimbulkan masalah

kejiwaan. Upaya menjaga lingkungan menjadi tanggung jawab semua pihak untuk meningkatkan kesadaran.

3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam pengobatan dan perawatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang sangat dibutuhkan oleh masyarakat.

4. Genetik

Suatu bangsa ditentukan oleh kualitas generasi mudanya. Dalam hal ini pemerintah dan lembaga-lembaga terkait harus memperhatikan status gizi penduduknya yang akan menjadi penentu asset di masa yang akan datang.(Biro Analisa APBN,2012).

2.3 Dana Otonomi Khusus

Dana otonomi khusus adalah dana yang dialokasikan untuk membiaya pelaksanaan otonomi khusus suatu daerah, ditujukan untuk pembiayaan pembangunan dan pemeliharaan infrastruktur, pengentasan kemiskinan, sosial budaya, pendidikan dan kesehatan. Dana otonomi khusus merupakan bagian dari penerimaan daerah yang dapat dioptimalkan untuk membiaya program pembangunan dengan memperhatikan keseimbangan kemajuan pembangunan antar kabupaten/kota.

Berdasarkan Qanun No. 2 Tahun 2008 dalam tata cara pengalokasian tambahan dana bagi hasil minyak dan gas bumi dan

penggunaan dana otonomi khusus melakukan perhitungan bahwa pemerintah provinsi mendapat alokasi sebesar 40% sedangkan untuk pemerintah kabupaten/kota sebesar 60% yang disusun oleh pemerintah daerah dalam bentuk pagu. Kemudian terjadi perubahan dengan penetapan Qanun No.2 Tahun 2013 tentang perubahan pertama pada tahun 2014 pemerintah provinsi mendapat alokasi sebesar 60% dan pemerintah kabupaten/kota sebesar 40% dengan mekanisme transfer ke rekening kas kabupaten/kota (APBK). Selanjutnya pada tahun 2016 kembali terjadi perubahan yang diatur dalam Qanun No.10 Tahun 2016 pada perubahan mekanisme penyaluran dana otonomi khusus ke kabupaten/kota tidak lagi menggunakan mekanisme transfer melainkan menggunakan mekanisme pengajuan dari kabupaten/kota ke provinsi (APBA).

Perubahan kembali terjadi dengan penetapan Qanun No.1 Tahun 2018 atas Qanun No. 2 Tahun 2008 pada mengatur mekanisme pengalokasian dana otonomi khusus melalui mekanisme transfer sesuai dengan pengajuan dari kabupaten/kota ke provinsi (APBA), namun pada pengalokasiannya dana otonomi khusus terbagi 60% untuk program dari kegiatan pembangunan Aceh dan 40% untuk program dan kegiatan pembangunan kabupaten/kota dalam bentuk DOKA. Pada nilai pembagian tersebut sudah dikurangi terlebih dahulu atas kebutuhan untuk program dan kegiatan bersama pemerintah Aceh dan pemerintah kabupaten/kota yang ditetapkan dalam peraturan gubernur.

2.4 Kesejahteraan Masyarakat

Kesejahteraan merupakan titik ukur bagi suatu masyarakat bahwa telah berada pada kondisi sejahtera. Kesejahteraan tersebut dapat diukur dari kesehatan, keadaan ekonomi, kebahagiaan dan kualitas hidup rakyat. Sejahtera adalah kondisi manusia dimana orang-orangnya dalam keadaan makmur, dalam keadaan sehat dan damai, sehingga untuk mencapai kondisi itu orang tersebut memerlukan suatu usaha sesuai kemampuan yang dimilikinya. Kesejahteraan masyarakat merupakan sistem suatu bangsa tentang manfaat dan jasa untuk membantu masyarakat guna memperoleh kebutuhan sosial, ekonomi, pendidikan, kesehatan yang penting bagi kelangsungan masyarakat tersebut.

Menurut undang-undang No. 11 Tahun 2009, tentang kesejahteraan masyarakat adalah kondisi terpenuhinya material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Konsep kesejahteraan dapat dirumuskan sebagai padanaan makna dari konsep martabat manusia yang dapat dilihat dari empat indikator yaitu rasa aman, kesejahteraan, kebebasan dan jati diri. Bahwa kesejahteraan bertujuan untuk membantu individu atau kelompok untuk mencapai standar hidup dan kesehatan yang memuaskan dan relasi-relasi pribadi dan sosial yang memungkinkan untuk mengembangkan kemampuan sepenuhnya

dan meningkatkan kesejahteraan secara selaras dengan kebutuhan keluarga dan masyarakat.

Kesehatan merupakan salah satu ukuran tingkat kesejahteraan masyarakat, dalam masalah kesehatan mempunyai target dan jenis indikator yang dianggap penting untuk diterapkan melalui pengambil kebijakan dan menjadi bahan evaluasi pada pelaksanaan yaitu menyangkut fasilitas dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Angka harapan hidup Indonesia pada tahun 2020 mencapai 73,4 tahun dengan umur harapan hidup laki-laki 71,49 tahun dan umur harapan hidup perempuan 72,27 tahun (Bappenas,2020).

Sumber data indikator kesehatan yang dikumpulkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dari sensus penduduk berisi informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dari penduduk yang berdomisili wilayah geografis di Indonesia (Profil Indikator Kesehatan Indonesia, 2010).

Indikator kesehatan adalah istilah, nilai dan/atau tindakan sebagai variabel yang membantu untuk menganalisis atau mengukur status kesehatan atau perubahan baik langsung maupun tidak langsung dalam pembangunan kesehatan. Serta fasilitas dan pelayanan kesehatan merupakan tinjauan yang paling penting dalam indikator kesehatan, fasilitas dan pelayanan kesehatan ialah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif,

preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah serta masyarakat.

2.5 Penelitian Terdahulu

Dalam penyelesaian penelitian ini, peneliti menggunakan banyak referensi dan literature untuk mendukung dalam penyusunan termasuk melakukan dan mengkaji referensi pada penelitian-penelitian terdahulu terkait penggunaan dana kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat. Dalam penentuan fokus pada penelitian, peneliti melakukan perbandingan dengan penelitian terdahulu agar tidak terjadi pengulangan obyek dan subyek yang sama dengan peneliti. Walaupun dalam melakukan perbandingan obyek dan subyek pada penelitian terdahulu terdapat perbedaan, penelitian terdahulu dapat dijadikan referensi peneliti. Adapun penelitian terdahulu yang dilakukan perbandingan dan menjadi bahan referensi sebagai berikut:

1. Arianto, Khaqiqi N (2020) dalam jurnal Analisis Pembiayaan Kesehatan Program Upaya Kesehatan Masyarakat Indonesia Tahun 2013 & 2014. Berdasarkan analisis pembiayaan program UKM pada tahun 2013&2014 didapatkan hasil yang sesuai bahwa analisis dari pembiayaan bantuan operasional (BOK) memberikan manfaat bagi perencanaan di bidang kesehatan. Dengan proporsi pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber anggaran didominasi tertinggi di wilayah kota dan pembiayaan kesehatan berdasarkan UKM sebesar 47,73% pada tahun 2013 dan sebesar 49,08% pada tahun 2014. Persamaan pada penelitian terdahulu ini adalah

melakukan analisis pembiayaan kesehatan yang sama dengan penelitian penulis yaitu dana kesehatan yang juga termasuk dalam pembiayaan kesehatan dan terdapat perbedaan pada variabel yang menjadi penelitian, pada penelitian terdahulu ini menggunakan variabel pada jaminan kesehatan nasional (JKN) sedangkan pada penelitian ini menggunakan variabel indikator derajat kesehatan.

2. Yatiman, Pujiyono (2013) terkait jurnalnya Analisis Efisiensi Teknis Anggaran Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota Di Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2008-2010. Dalam penelitian ini menggunakan analisis *Data Envelopment Analysis* (DEA) mendapatkan hasil pembahasan bahwa dalam hal efisiensi teknis sistem, secara umum kabupaten/kota di DIY telah mencapai kondisi yang efisien, hanya saja satu daerah yang belum efisiensi secara teknis sistem yaitu kota Yogyakarta, namun tingkat efisiensi teknis sistem kota Yogyakarta juga sudah mendekati kondisi efisiensi, dengan nilai efisiensi teknis sistem mencapai 99,70 persen. Persamaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu teknik pengolahan data dengan menggunakan metode *c* untuk melihat efisiensi dalam penggunaan anggaran kesehatan walaupun terdapat perbedaan pada anggaran kesehatan yang digunakan pada penelitian terdahulu ini menggunakan variabel anggaran kesehatan pemerintah sedangkan penulis menggunakan variabel dana otonomi khusus sektor kesehatan.
3. Hardian, Sapha (2019) dalam jurnalnya yang berjudul Analisis Dampak Alokasi Dana Kesehatan Terhadap Tingkat Kesejahteraan

Masyarakat Kota Sabang melakukan survey pada 100 responden pada 2 kecamatan yaitu kecamatan Sukakarya dan Sukajaya dengan sampel 25 responden kepala keluarga prasejahtera dan 25 responden kepala keluarga sejahtera pada kecamatan sukakarya dan 25 responden kepala keluarga prasejahtera dan 25 responden kepala keluarga sejahtera. Berdasarkan hasil survey penelitian didapatkan kesimpulan rata-rata umur responden kepala keluarga prasejahteran dan kepala keluarga sejahtera yaitu 30-60 tahun. Berdasarkan pekerjaan dan pendapatan perbulan kepala keluarga prasejahtera sebesar Rp. 1.074.000/bulan dan kepala keluarga sejahtera sebesar Rp. 3.310.000/bulan. Berdasarkan sumber biaya dapat disimpulkan 55 kepala keluarga prasejahtera dan sejahtera mengeluarkan biaya tabungan, 37 kepala keluarga prasejahtera dan kepala keluarga sejahtera mengeluarkan biaya dari tabungan dan pinjaman, 18 kepala keluarga prasejahtera mengeluarkan biaya dari pinjaman. Sebagian besar masyarakat masih merasakan kekurangan dan kesusahan dalam mendapatkan jasa kesehatan dan agar mempermudah setiap masyarakat maka diperlukannya alokasi anggaran dana kesehatan yang lebih merata. Dalam penelitian terdahulu ini sangat banyak memiliki persamaan dengan menggunakan alokasi dana kesehatan dan melihat kesejahteraan masyarakat bahkan dalam menggunakan metode pengolahan data juga menggunakan *Data Envelopment Analysis* (DEA) tapi terdapat perbedaan pada variabel *output* penulis mengambil variabel *ouput* indikator derajat kesehatan.

4. Pradipta,dkk (2013) pada jurnal Analisis Tingkat Efisiensi Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) dengan Metode *Data Envelopment Analysis* (DEA) (studi kasus: Puskesmas Kota Surabaya), pada penelitian ini bahwa seluruh puskesmas berada pada kondisi efisien kecuali puskesmas Tanjungsari dan Bolangsari. Kedua puskesmas tersebut dinilai kurang mampu memanfaatkan sumber daya yang ada untuk bisa menghasilkan jumlah pasien yang maksimal seperti puskesmas lain yang berada pada kondisi efisien. Pada penelitian ini dipilih 10 puskesmas yang telah memiliki sertifikat ISO dan memiliki fasilitas rawat inap (persalinan). Persamaan pada penelitian ini menggunakan metode pengolahan data dengan *Data Envelopment Analysis* (DEA). Studi kasus yang diambil menjadi perbedaan dengan penelitian terdahulu ini sedangkan penelitian penulis mengambil variabel indikator derajat kesehatan.
5. Yassirli, Syahnur (2018) dalam jurnal Pengaruh Dana Otsus Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten/Kota Di Aceh. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dana otsus pendidikan dan kesehatan memiliki pengaruh positif terhadap pertumbuhan ekonomi namun kedua dana tersebut tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi yang diharapkan dapat melakukan kebijakan-kebijakan yang konkrit sehingga dana otsus yang di alokasikan untuk pendidikan dan kesehatan dapat memberi dampak terhadap keberhasilan. Dengan meningkatnya keberhasilan dapat memberikan pengaruh terhadap pertumbuhan ekonomi. Perbedaan pada penelitian ini yaitu indikator yang diteliti,

pada penelitian ini pertumbuhan ekonomi. Sedangkan persamaannya adalah penggunaan dana otonomi khusus menjadi indikator utama yang diteliti.

6. Yanti, Kustiani (2016) dalam jurnal Analisis Efektivitas Belanja Daerah Urusan Kesehatan Dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA): Studi Pada Pemerintah Kabupaten/Kota Di Provinsi Banten. Pada hasil penelitiannya bahwa ukuran efisiensi yang dihasilkan dapat berubah jika sampel yang didapatkan terjadi perubahan. Teknis biaya menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut belum mampu mengalokasikan sejumlah input dan teknis sistem menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut belum mampu memberdayakan sejumlah input untuk mencapai output yang optimal. Hal ini mengindikasikan adanya ketidakefektifan dalam menggunakan layanan dan fasilitas kesehatan maka dari itu diperlukannya perhatian agar fasilitas dan pelayanan kesehatan mampu mencapai derajat kesehatan. persamaan pada penelitian ini terdapat pada metode penelitian, teknik menganalisis data dan indikator derajat kesehatan sedangkan perbedaan pada penelitian ini adalah sumber dana yang digunakan peneliti menggunakan data sekunder dari dana otonomi khusus sektor kesehatan namun penelitian ini menggunakan data sekunder dari APBD urusan kesehatan.
7. Darmayanti, dkk (2016) terkait jurnalnya yang berjudul Faktor-faktor yang Mempengaruhi Alokasi Belanja Kesehatan Pada Kabupaten/Kota Di Provinsi Aceh. Bahwa dana otonomi khusus,

dana alokasi khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, peringkat kesehatan dalam IPKM dan kinerja keuangan pemerintah berpengaruh signifikan terhadap variabel alokasi belanja kesehatan pada kabupaten/kota di Provinsi Aceh baik secara simultan maupun parsial selama tahun anggaran 2011-2012. Persamaan pada penelitian ini menggunakan anggaran kesehatan dan perbedaan pada penelitian ini yaitu metode yang dilakukan, penelitian ini menggunakan metode analisis regresi linear berganda sedangkan penulis menggunakan metode *Data Envelopment Analysis (DEA)*.

8. Charisma,dkk (2020) dalam jurnal Analisis Dampak Kebijakan Alokasi Dana Otonomi Khusus Bidang Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Papua. Pemerintah berupaya untuk melakukan percepatan pembangunan melalui dana otonomi khusus namun dana otonomi khusus tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan indeks pembangunan di Papua namun peningkatan aparatur, evaluasi serta metode penyaluran dan pemanfaatan dan berbagai kebijakan lainnya harus ditingkatkan sehingga dapat berjalan secara optimal dan merata. Persamaan pada penelitian terdahulu ini adalah menjadi dana otonomi khusus sebagai variabel yang diteliti dan perbedaannya ada metode yang digunakan, penelitian ini menggunakan metode analisis regresi linear berganda.

Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Nama	Judul	Metode	Hasil
----	------	-------	--------	-------

	Peneliti	Penelitian	Penelitian	Penelitian
1.	Arianto, Khaqiqi N (2020)	Analisis Pembiayaan Kesehatan Program Upaya Kesehatan Masyarakat Indonesia Tahun 2013 & 2014.	Metode pivot tabel	Adanya manfaat pembiayaan UKM memberikan mafaat bagi perencanaan di bidang kesehatan.
2.	Nur Yatiman, Arif Pujiyono (2013)	Analisis Efisiensi Teknis Anggaran Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/K ota Di Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2008- 2010	Metode <i>Data Envelopme nt Analysis</i> (DEA)	Nilai efisiensi teknis sistem kesehatan dihasilkan dengan memasukkan <i>input</i> dan <i>output</i> secara rata-rata selama periode penelitian ditemukan hasil yang berbeda dengan pencapaian efisiensi teknis biaya.
3.	Dedi Hardian,	Analisis Dampak	Metode <i>Data</i>	Bahwa pemerintah

	Diana Sapha (2019)	Alokasi Dana Kesehatan Terhadap Tingkat Kesejahteraan Masyarakat Kota Sabang	<i>Envelopment Analysis</i> (DEA)	harus terus mengoptimalkan alokasi anggaran kesehatan sehingga masyarakat menengah kebawah tidak terbebani dengan biaya perawatan.
4.	Zuris Ika Pradipta,dkk (2013)	Analisis Tingkat Efisiensi Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA) (studi kasus: Puskesmas Kota Surabaya)	Metode <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA)	Kedua puskesmas tersebut dinilai kurang mampu memanfaatkan sumber daya yang ada untuk bisa menghasilkan jumlah pasien yang maksimal seperti puskesmas lain yang berada pada kondisi efisien. Pada penelitian ini

				dipilih 10 puskesmas yang telah memiliki sertifikat ISO dan memiliki fasilitas rawat inap (persalinan).
5.	Yassirli, Syahnur (2018)	Pengaruh Dana Otsus Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten/Kota Di Aceh	Metode <i>Random Effect Model</i>	bahwa dana otsus pendidikan dan kesehatan memiliki pengaruh positif terhadap pertumbuhan ekonomi namun kedua dana tersebut tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pertumbuhan ekonomi yang diharapkan dapat melakukan kebijakan-kebijakan yang

				<p>konkrit sehingga dana otsus yang di alokasikan untuk pendidikan dan kesehatan dapat memberi dampak terhadap keberhasilan.</p>
6	<p>Yanti, Kustiani (2016)</p>	<p>Analisis Efektivitas Belanja Daerah Urusan Kesehatan Dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA): Studi Pada Pemerintah Kabupaten/Kota Di Provinsi Banten.</p>	<p>Metode <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA)</p>	<p>Pada hasil penelitiannya bahwa ukuran efisiensi yang dihasilkan dapat berubah jika sampel yang didapatkan terjadi perubahan. Teknis biaya menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut belum mampu mengalokasikan sejumlah input dan teknis sistem mengambarka</p>

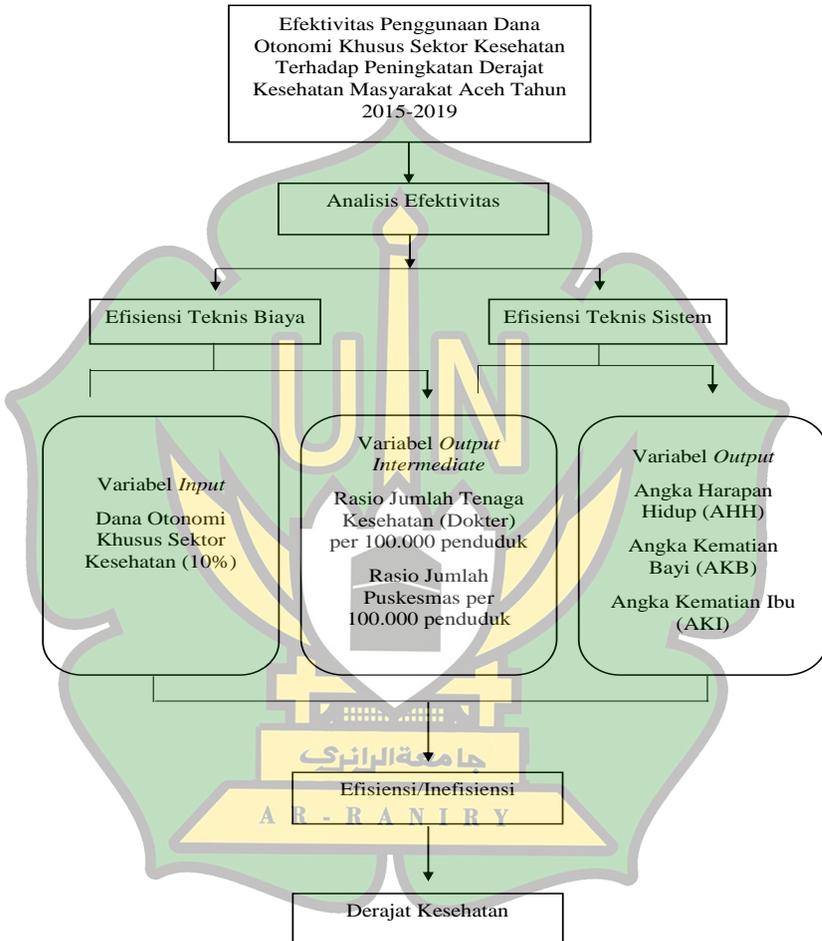
				<p>n bahwa kabupaten/kota tersebut belum mampu memberdayakan sejumlah input untuk mencapai output yang optimal. Hal ini mengindikasikan adanya ketidakefektifan dalam menggunakan layanan dan fasilitas kesehatan maka dari itu diperlukannya perhatian agar fasilitas dan pelayanan kesehatan mampu mencapai derajat kesehatan.</p>
7	Darmayanti,dkk (2016)	Faktor-faktor yang Mempengaruhi	Metode Regresi Linear	Dana otonomi khusus, dana alokasi

		<p>hi Alokasi Belanja Kesehatan Pada Kabupaten/Kota Di Provinsi Aceh.</p>	Berganda	<p>khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, peringkat kesehatan dalam IPKM dan kinerja keuangan pemerintah berpengaruh signifikan terhadap variabel alokasi belanja kesehatan pada kabupaten/kota di Provinsi Aceh baik secara simultan maupun parsial selama tahun anggaran 2011-2012.</p>
8	Charisma,dk k (2020)	Dampak Kebijakan	Metode Regresi	Pemerintah berupaya

		<p>Alokasi Dana Otonomi Khusus Bidang Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Papua</p>	<p>Linear Berganda</p>	<p>untuk melakukan percepatan pembangunan melalui dana otonomi khusus namun dana otonomi khusus tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan indeks pembangunan di Papua namun peningkatan aparatur, evaluasi serta metode penyaluran dan pemanfaatan dan berbagai kebijakan lainnya.</p>
--	--	--	------------------------	---

2.6 Kerangka Berfikir

Adapun kerangka berpikir penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka Berpikir

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan analisis *Data Envelopment Analysis* (DEA). Metode kuantitatif yaitu sebuah pendekatan yang memandang persoalan sosial atau gejala sosial apa adanya berdasarkan kondisi riil yang ada, tanpa mempertanyakan persoalan sosial tersebut. Masalah dalam penelitian kuantitatif bersifat konstan. (Seran, 2020). Berdasarkan tujuannya, penelitian ini menggunakan penelitian evaluasi yaitu penelitian yang diharapkan dapat memberikan dukungan dan masukan untuk pengambilan keputusan tentang nilai *relative* dari satu atau lebih. (Seran, 2020).

Data yang digunakan dalam penelitian ini bersumber dari Badan Pusat Statistik, Dinas Kesehatan, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA). Selain itu, sumber data juga diperoleh dari buku, internet, jurnal, laporan penelitian dan berbagai artikel. Adapun data yang digunakan data sekunder berupa Dana Otonomi Khusus sektor kesehatan Provinsi Aceh, jumlah tenaga kesehatan dokter, jumlah puskesmas dan sarana kesehatan, jumlah penduduk Provinsi Aceh serta data yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat (Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu).

3.2 Operasional Variabel

Adapun operasional variabel yang dijelaskan yaitu variabel *input* dengan indikator dana otonomi khusus sektor kesehatan, variabel *output intermediate* dengan indikator rasio jumlah tenaga kesehatan per 100.000 penduduk dan rasio jumlah puskesmas dan sarana kesehatan per 100.000 penduduk dan variabel *output* indikator derajat kesehatan yaitu angka harapan hidup (AHH), angka kematian bayi (AKB), dan angka kematian ibu (AKI) sebagai berikut:

3.2.1 Variabel *Input*

Dalam *Data Envelopment Analysis* (DEA) untuk melihat efisiensi sebagai pengurangan penggunaan *input* meski *output* dalam jumlah yang tetap. Variabel *input* yang digunakan dalam penelitian adalah penggunaan dana kesehatan dengan indikator Dana otonomi khusus sektor kesehatan (10%) Provinsi Aceh menurut Kabupaten/Kota Tahun 2015-2019.

3.2.2 Variabel *Output Intermediate*

Variabel *output intermediate* merupakan suatu cara untuk menghubungkan secara tidak langsung antara variabel *input* dan variabel *output*. Efisiensi teknis biaya dilakukan dengan membandingkan variabel *input* dengan variabel *output intermediate*, sedangkan efisiensi sistem yaitu membandingkan antara variabel *output intermediate* dengan variabel *output*. Berikut ini adalah indikator yang menjadi variabel *output intermediate*:

1. Rasio Jumlah Tenaga Kesehatan per 100.000 penduduk

Tenaga kesehatan per 100.000 penduduk merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menjangkau penduduk terhadap pelayanan kesehatan. Dokter menjadi variabel tenaga kesehatan yang dimasukkan untuk melakukan perhitungan menggunakan persamaan rasio jumlah tenaga kesehatan :

$$\frac{\text{Jumlah Tenaga Kesehatan Dokter} \times 100.000}{\text{Jumlah Penduduk Di Suatu Wilayah}} \dots\dots\dots (3.1)$$

2. Rasio Jumlah Puskesmas per 100.000 penduduk

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas dan pelayanan kesehatan terpadu dan terdekat dengan masyarakat. Dalam memberikan fasilitas secara nyaman dan aman serta pelayanan baik secara promotif maupun preventif peran puskesmas sangat memudahkan dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat. Variabel jumlah puskesmas per 100.000 penduduk yang dimasukkan untuk melakukan perhitungan adalah puskesmas induk, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan pondok bersalin desa dengan menggunakan persamaan rasio jumlah puskesmas dan saran kesehatan :

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas dan Saran Kesehatan} \times 100.000}{\text{Jumlah Penduduk Di Suatu Wilayah}} \dots\dots\dots(3.2)$$

3.2.3 Variabel Output

Dalam *Data Envelopment Analysis* (DEA) melihat efisiensi sebagai peningkatan *output* secara proposional dengan menggunakan tingkat *input* yang sama. Variabel *output* yang digunakan dalam penelitian ini yang menjadi indikator derajat kesehatan yaitu Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI).

Secara ringkas operasional variabel penelitian ini ditampilkan pada tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Indikator	Deskripsi	Skala Pengukuran
Variabel Input			
Dana Kesehatan	1. Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan n 10%	Dana yang dialokasikan untuk membiayai pelaksanaan otonomi khusus suatu daerah. (UU No.11 Tahun 2006).	Nominal

Variabel Output Intermediate			
Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan	<p>1. Rasio Jumlah Tenaga Kesehatan (Dokter) per 100.000 penduduk</p> <p>2. Rasio Jumlah Puskesmas per 100.000 penduduk</p>	<p>Sebuah proses yang menghubungkan program pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga kesejahteraan masyarakat dapat terjamin dan meningkat.</p>	Nominal
Variabel Output			
Derajat Kesehatan	1. Angka Harapan Hidup	Tolak ukur yang digunakan untuk mengetahui	Nominal

	(AHH)	keberhasilan	
	2. Angka Kematian Bayi (AKB)	pencapaian program pada bidang kesehatan.	
	3. Angka Kematian Ibu (AKI)		

3.3 Teknik Analisis Data

Dalam pengukuran efisiensi atau efektivitas dengan menggunakan DEA terdapat dua model asumsi yaitu *constant return to scale* (CRS) pada model CCR dan *variabel return to scale* (VRS) pada model BCC. Penelitian ini menggunakan *variabel return to scale* (VRS) pada model BCC yaitu *oriented-output* yang bertujuan untuk memaksimalkan tingkat dari penggunaan *input*. Penggunaan metode ini untuk mengetahui perubahan yang terjadi dari *input* yakni alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan Provinsi Aceh untuk mendapatkan hasil *output* secara teknis biaya dengan *output* yang digunakan merupakan variabel *output intermediate* dan teknis sistem dengan menggunakan *output* derajat kesehatan masyarakat. Data yang diperoleh diolah dan dianalisis dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Tentukan variabel *input*, variabel *Output intermediate* dan variabel *output*

2. Menentukan fungsi tujuan dari setiap *Data Making Unit* (DMU)
3. Menentukan fungsi batasan dari setiap *Data Making Unit* (DMU)
4. Untuk menganalisis dan memperoleh nilai efisiensi relative. Terdapat 2 teknis yang digunakan, Teknis biaya dan Teknis Sistem.
5. Menyajikan dalam bentuk tabel hasil nilai efektivitas tiap *output*
6. Menarik kesimpulan, untuk mengetahui efektivitas dari penggunaan dana kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat, apabila nilai efisiensi sama dengan atau lebih dari satu (nilai efisiensi = 100%) maka penggunaan dana kesehatan dikatakan efisien terhadap kesejahteraan masyarakat, namun apabila nilai efisien kurang dari satu (nilai efisiensi < 100%) maka penggunaan dari dana kesehatan belum dikatakan efisien terhadap kesejahteraan masyarakat.

Cara pengukuran dengan membandingkan antara *output* yang dihasilkan dengan *input*, sebagai berikut:

$$\text{Efisiensi} = \frac{\text{Jumlah Output tertimbang}}{\text{Jumlah Input tertimbang}} \dots\dots\dots (3.3)$$

Selanjutnya, pengukuran efisiensi yang menyangkut *input* dan *output* dengan perhitungan efisiensi relative sebagai berikut:

$$\text{Efisiensi dari setiap unit} = \frac{u_1y_1k+u_2y_2k+\dots}{v_1x_1k+ v_2x_2k+\dots\dots\dots} \dots\dots (3.4)$$

keterangan untuk perhitungan efisiensi relative sebagai berikut:

u_1 = besarnya bobot input

y_1 = output ke- j untuk DMU ke- m

v_1 = besarnya bobot output

x_1 = input ke- i untuk DMU ke- m

Dalam melakukan perhitungan efisiensi relative dari penggunaan dana kesehatan alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan di Provinsi Aceh menggunakan pemrograman persamaan liner sebagai berikut:

$$\text{Maksimum } E_m = Z_k = \sum_{r=1}^s U_{rk} Y_{rk} \dots \dots \dots (3.5)$$

Dengan batasan perhitungan :

$$\sum_{r=1}^s U_{rk} Y_{rk} - \sum_{i=1}^m V_{ik} X_{ik} \leq 0 ; k = 1, 2, \dots, n, \dots \dots \dots (3.6)$$

$$\sum_{i=1}^m V_{ik} X_{ik} = \dots \dots \dots (3.7)$$

$$U_{rk} \geq 0 ; r = 1, 2, \dots, s \dots \dots \dots (3.8)$$

$$V_{ik} \geq 0 ; i = 1, 2, \dots, m \dots \dots \dots (3.9)$$

Keterangan untuk persamaan dapat dijelaskan sebagai berikut:

Z_k = Kabupaten/kota yang menjadi *Data Making Unit* (DMU)

K = Kabupaten/kota yang dinilai yaitu 23 kabupaten/kota

Y_{rk} = Jumlah output r yang dihasilkan oleh *Data Making Unit* (DMU) k

X_{ik} = Jumlah *inputi* yang digunakan *Data Making Unit* (DMU) k

s = Jumlah *output* yang dihasilkan (fasilitas dan pelayanan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat)

m = Jumlah *input* yang digunakan (alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan)

$U_{r k}$ = Bobot tertimbang dari *output* r yang dihasilkan tiap *Data Making Unit* (DMU) k

$V_{i k}$ = Bobot tertimbang dari *input* i yang dihasilkan tiap *Data Making Unit* (DMU) k

Pengukuran efisiensi atau efektivitas dengan menggunakan DEA terdapat dua model asumsi yaitu *constant return to scale* (CRS) pada model CCR dan *variabel return to scale* (VRS) pada model BCC. Penelitian ini menggunakan *variabel return to scale* (VRS) pada model BCC yaitu *oriented-output* yang bertujuan untuk memaksimalkan tingkat dari penggunaan *input*. Maka dalam penelitian ini menggunakan orientasi *output* untuk variabel *input* dan variabel *output* intermediate, serta variabel *output* intermediate dan variabel *output*, yang dimaksudkannya adalah sejumlah *output* dapat terjadi peningkatan secara proposional tanpa dengan mengubah jumlah dari *input* yang digunakan. Sehingga hasil perhitungan dari nilai efisiensi ini akan menghasilkan efisiensi teknis biaya dan efisiensi teknis sistem.

BAB IV

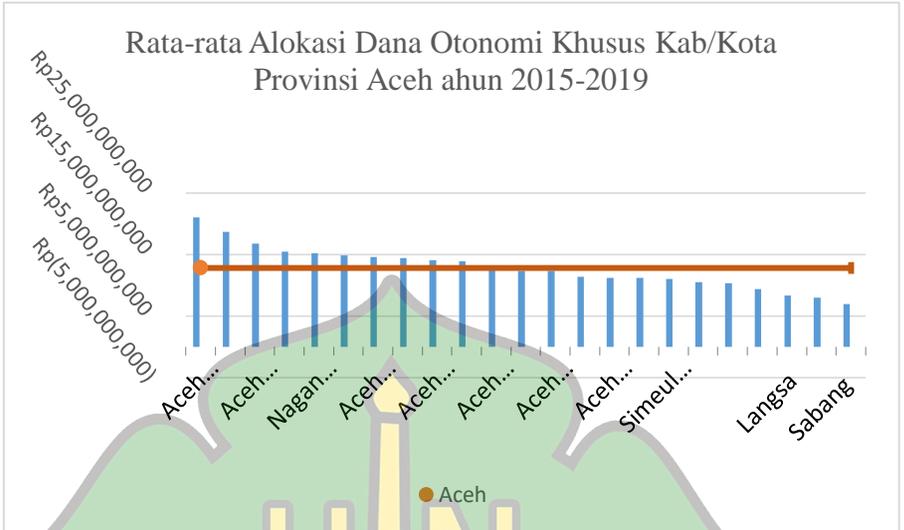
HASIL PEMBAHASAN

4.1 Analisis Deskriptif

Pada analisis deskriptif merupakan metode analisis yang memiliki tujuan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan sesuatu hal apa adanya yang mengacu pada transformasi dari data-data mentah ke dalam suatu bentuk yang mudah dimengerti dan diterjemahkan ke dalam bentuk tabel, grafik dan sebagainya (Wibisono, 2003). Pada penelitian ini dengan melakukan analisis deskriptif pada variabel *input*, *variable output intermediate* dan *variable output* agar informasi yang disampaikan dapat dipahami dan dimengerti secara ringkas dan baik.

4.1.1 Variabel *Input*

Dalam menentukan variabel *input* penelitian ini terdiri dari dana otonomi khusus sektor kesehatan. Dana otonomi khusus merupakan dana alokasikan untuk membiayai pelaksanaan otonomi khusus suatu daerah, dana otonomi khusus diberikan kepada provinsi Aceh dimulai dari tahun 2008 hingga sekarang yang ditujukan untuk mendanai pembangunan dan pemeliharaan infrastruktur, pemberdayaan ekonomi rakyat, pengentasan kemiskinan serta pendanaan pendidikan, sosial dan kesehatan. Dana otonomi khusus dalam bidang kesehatan diberikan sebesar 10% semenjak tahun 2014 mulai terealisasikan kepada 23 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh. Gambaran Dana Otsus Sektor Kesehatan Aceh sebagai berikut :



Sumber diolah: Bappeda Provinsi Aceh, 2021

Gambar 4. 1 Rata-rata Dana Alokasi Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

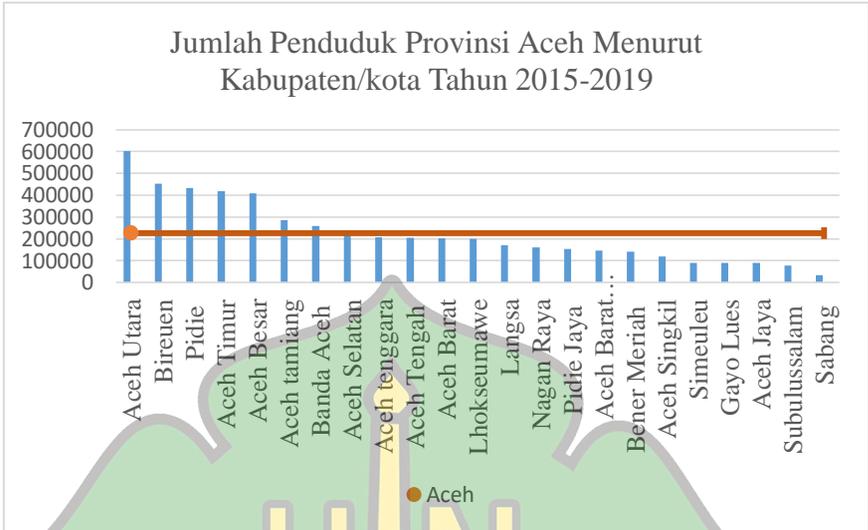
Berdasarkan gambar 4.2 diatas, menunjukkan bahwa rata-rata alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan dari tahun 2015-2019 terbesar diperoleh kabupaten Aceh Timur dengan persentase sebesar 7% atau setara dengan Rp. 21,181,197,383.83. Sedangkan rata-rata alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan terkecil diperoleh oleh Kota Sabang sebesar 2% atau setara dengan Rp. 7,131,568,376.37. Dalam perkembangannya alokasi dana otonomi khusus diupayakan untuk mampu meningkatkan derajat kesehatan yang mampu meningkatkan kesejahteraan dari berbagai sektor termasuk sektor kesehatan melalui fasilitas dan pelayanan kesehatan.

4.1.2 Variabel Output Intermediate

Pada penelitian ini variabel *output intermediate* yang digunakan adalah rasio jumlah tenaga kesehatan dokter per 100.000 penduduk dan rasio jumlah puskesmas per 100.000 penduduk. variabel *output intermediate* diartikan sebagai bentuk *output* yang dapat menghasilkan sesuatu dalam jangka panjang yang akan terus bertambah dan akan terus mengalami perbaikan. Secara detail variabel *output intermediate* masing-masing akan dijelaskan sebagai berikut :

1. Gambaran Jumlah Kepadatan Penduduk

Provinsi Aceh merupakan salah satu provinsi diujung barat Indonesia dengan Ibukota Banda Aceh, Provinsi Aceh merupakan salah satu dari 4 daerah yang memiliki Hak Otonomi Khusus selain Papua, Papua Barat dan DIY Yogyakarta. Provinsi Aceh dengan rata-rata kepadatan penduduk Aceh sebesar 225570 jiwa. Dengan kabupaten Aceh Utara menjadi daerah dengan kepadatan penduduk tertinggi dan Kota Sabang kepadatan penduduk terendah di Provinsi Aceh.



Sumber diolah: Badan Pusat Statistik, 2021

Gambar 4. 2 Gambaran Jumlah Kepadatan Penduduk Provinsi Aceh Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2015-2019

Dapat dilihat dari gambar 4.2 diatas bahwa persebaran penduduk baik di perkotaan maupun kabupaten belum merata. Penduduk yang tinggal di perkotaan akan lebih padat daripada kabupaten, bahkan beberapa kabupaten seperti Aceh Utara, Bireuen, Pidie, Aceh Timur dan Aceh Besar menjadi lima yang terbesar memiliki kepadatan penduduk di provinsi Aceh. Sedangkan yang termasuk ke dalam perkotaan seperti Subulussalam dan Sabang tidak termasuk pada daerah kepadatan penduduk yang padat. Kemampuan pemerintah dalam mengendalikan penduduknya juga termasuk dari perhatian pada sektor kesehatan, lingkungan, ekonomi, pendidikan, sosial, ketenagakerjaan dan mengurangi kemiskinan.

2. Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan

Fasilitas dan pelayanan kesehatan merupakan alat dan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan secara promotif, preventif dan kuratif oleh pemerintah daerah dan masyarakat daerah tersebut. (Undang-Undang No.36 Tahun 2009). Indikator yang digunakan dalam menggambarkan fasilitas dan pelayanan kesehatan yaitu tenaga kesehatan Dokter dan Puskesmas menurut kabupaten/kota di Provinsi Aceh. Rata-rata tenaga kesehatan dokter Provinsi Aceh sebagai berikut :



Sumber diolah: Dinas Kesehatan, Profil Kesehatan 2021

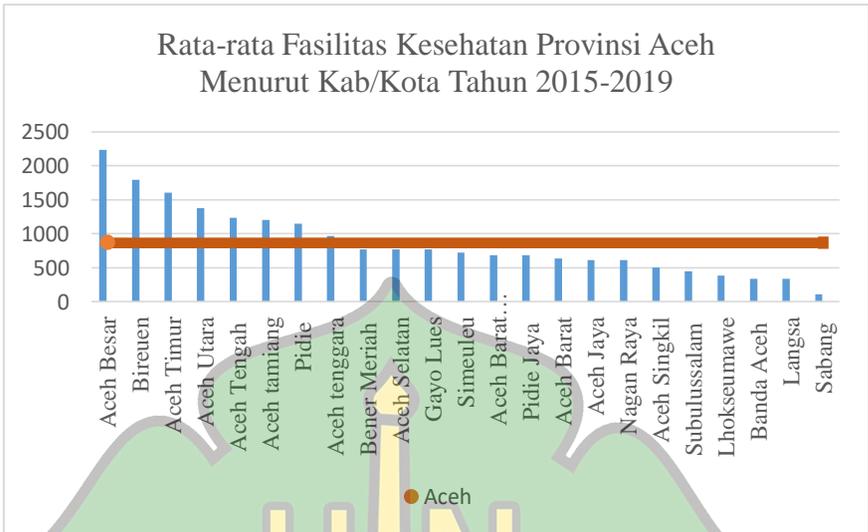
Gambar 4. 3 Rata-rata Tenaga Kesehatan Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota Tahun 2015-2019

Dapat dilihat pada gambar 4.3 bahwa Tenaga kesehatan Dokter terbanyak terdapat di Kota Banda Aceh dengan total 1672 Dokter yang terdiri dari dokter umum, dokter spesialis dan dokter

gigi. Sedangkan Kota Subulussalam menjadi daerah dengan tersedikit tenaga kesehatan Dokter mencapai 144 Dokter selama kurun waktu 2015-2019 setiap tahunnya terus mengalami peningkatan secara signifikan.

Pada perkembangan tenaga kesehatan dokter di Provinsi Aceh selama waktu 2015-2019 yang tersebar pada 23 kabupaten/kota sudah mencapai 9631 Dokter, hal ini dapat dilihat bahwa persebaran dokter disetiap kabupaten/kota belum merata ini tergantung dengan pembiayaan daerah yang diberikan untuk tenaga kesehatan maka dari keadaan untuk terus memfasilitasi masyarakat dengan tenaga kesehatan yang terampil harus diperbaiki dan perhatikan agar masyarakat mendapatkan pengobatan secara baik.

Selain pelayanan kesehatan yang harus dipenuhi, fasilitas kesehatan pun menjadi salah satu hal yang harus diperbaiki. Puskesmas merupakan sarana kesehatan yang sangat dekat dengan masyarakat, ini dapat dilakukan dengan terus menyelenggarakan kegiatan kesehatan tiap tahunnya sehingga terciptanya lingkungan dan perilaku sehat. Pada gambaran rata-rata fasilitas kesehatan menurut kabupaten/kota sebagai berikut :



Sumber diolah: Dinas Kesehatan Aceh, 2021

Gambar 4. 4 Rata-rata Puskesmas dan Sarana Kesehatan Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota Tahun 2015-2019

Kabupaten Aceh Besar menjadi daerah yang memiliki puskesmas terbanyak dengan 2230 puskesmas pada setiap kecamatan dan gampongnya sedangkan Kota Sabang dengan daerah tersedikit memiliki 110 puskesmas yang tersebar di gampong-gampong. Untuk Kota Subulussalam walaupun sudah memiliki fasilitas puskesmas sebanyak 446 puskesmas yang memadai dan tersebar pada gampong-gampong tetapi pelayanan tenaga kesehatan di kota tersebut menjadi yang terakhir dan belum merata. Sedangkan Kota Sabang hampir selalu menjadi urutan terakhir ataupun dua terakhir dari fasilitas dan pelayanan kesehatan ini dikarenakan kota yang berbeda pulau dan memerlukan akses yang lebih lama sehingga fasilitas dan pelayanan kesehatan yang diberikan dilakukan secara bertahap dan membutuhkan waktu.

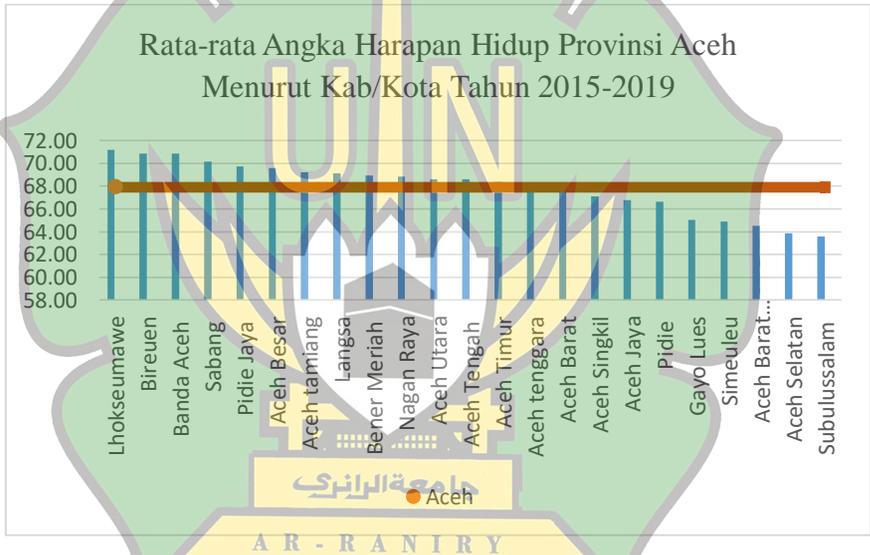
Berdasarkan gambar 4.4 dari fasilitas dan pelayanan kesehatan, bahwa Provinsi Aceh masih terus membutuhkan bantuan pemerintah daerah agar penyediaan dan distribusi fasilitas dan pelayanan dapat merata dan memadai sehingga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik agar masyarakat mampu sejahtera dalam hal kesehatan terdapat 15 puskesmas di 23 kabupaten/kota yang masih tertinggal jauh dari angka rata-rata sebesar 174,08 puskesmas dan pelayanan kesehatan ini harus mampu ditingkatkan untuk mencapai derajat kesehatan yang sejahtera.

4.1.1 Variabel *Output*

Dalam penelitian ini derajat kesehatan menjadi indikator yang sangat penting untuk melihat pembangunan dan kesejahteraan masyarakat maka dari itu variabel *output* yang menjadikan gambaran atas tercapainya tujuan dari hasil suatu proses. Untuk melihat dari berhasilnya program pembangunan tersebut yang merupakan salah satu acuan yang dapat dilihat dengan mengetahui peningkatan hidup masyarakat dari beberapa indikator kesehatan yang selalu menjadi perhatian setiap tahunnya. Besaran kesehatan ditujukan oleh tiga indikator yaitu angka harapan hidup (AHH), angka kematian bayi (AKB) dan angka Kematian ibu (AKI).

1. Angka Harapan Hidup (AHH)

Angka harapan hidup merupakan derajat kesehatan suatu masyarakat sebagai rata-rata perkiraan banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang sejak lahir. Angka Harapan Hidup (AHH) kabupaten/kota di Provinsi Aceh dalam kurun waktu 2015-2019 menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Berikut gambaran rata-rata angka harapan hidup Provinsi Aceh menurut kabupaten/kota,



Sumber diolah: Badan Pusat Statistik, 2021

Gambar 4. 5 Rata-rata Angka Harapan Hidup Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota Tahun 2015-2019

AHH tertinggi pada tahun 2019 dimiliki oleh Kota Lhokseumawe selama 71.52 tahun sedangkan AHH dengan angka terendah pada Kota Subulussalam selama 64,02 tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang sejak lahirnya. Ini mengindikasikan bahwa AHH yang meningkat menunjukkan bahwa masyarakat di

kabupaten/kota tersebut mengalami derajat kesehatan yang lebih baik. Dan juga menunjukkan bahwa populasi jumlah penduduk dengan usia lanjut ini mendominasi maka dari itu diperlukannya perhatian agar para penduduk usia lanjut ini mampu terus sehat. Pemerintah harus mampu memberikan fasilitas dan pelayanan yang baik agar masyarakat yang memiliki angka harapan hidup yang lebih panjang ini mendapatkan kesehatan jangka panjang pula.

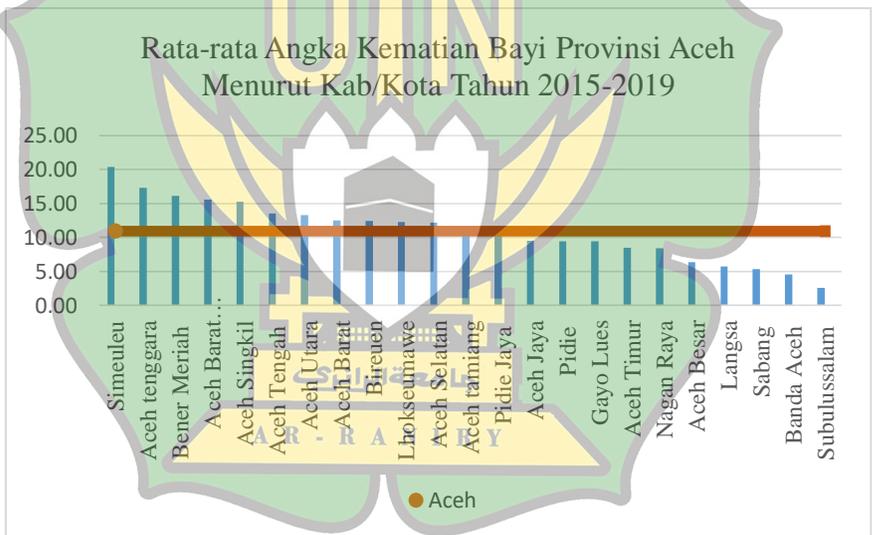
Selama tahun 2015-2019, AHH kabupaten/kota di Provinsi Aceh mengalami peningkatan, namun ada beberapa daerah yang memiliki AHH di bawah rata-rata sebanyak 10 daerah dengan rata-rata AHH provinsi Aceh sebesar 67.90 tahun.

2. Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi merupakan indikator dalam mencerminkan derajat kesehatan di suatu masyarakat, agar kemajuan yang ingin dicapai dalam bidang pencegahan dan pemberantasan berbagai penyakit penyebab kematian akan tercermin jelas dengan menurunnya tingkat AKB. Maka dari itu angka kematian bayi merupakan tolak ukur yang sangat sensitive dari setiap upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan.

Berdasarkan data pada Dinas Kesehatan, jumlah angka kematian bayi menurut kabupaten/kota di Provinsi Aceh tahun 2015 terdapat 1179 bayi per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi ini terus menurun setiap tahun bahkan selama dua tahun terakhir, angka kematian bayi pada tahun 2018 mencapai 936

bayi per 1.000 kelahiran hidup dan tahun 2019 mencapai 924 bayi per 1.000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa angka kematian bayi merupakan hal yang serius dan harus ditangani dengan cepat, meskipun kabupaten Simeuleu masih jauh tertinggal dari rata-rata AKB provinsi dan menjadi daerah yang tertinggi dengan angka kematian bayi yang mencapai 22,30 per 1.000 kelahiran dan kota Subulussalam menjadi daerah terendah dengan angka kematian bayi mencapai 3,37 per 1.000 kelahiran hidup. Dapat dilihat pada gambaran rata-rata angka kematian bayi menurut kabupaten/kota sebagai berikut :



Sumber diolah: Badan Pusat Statistik, 2021

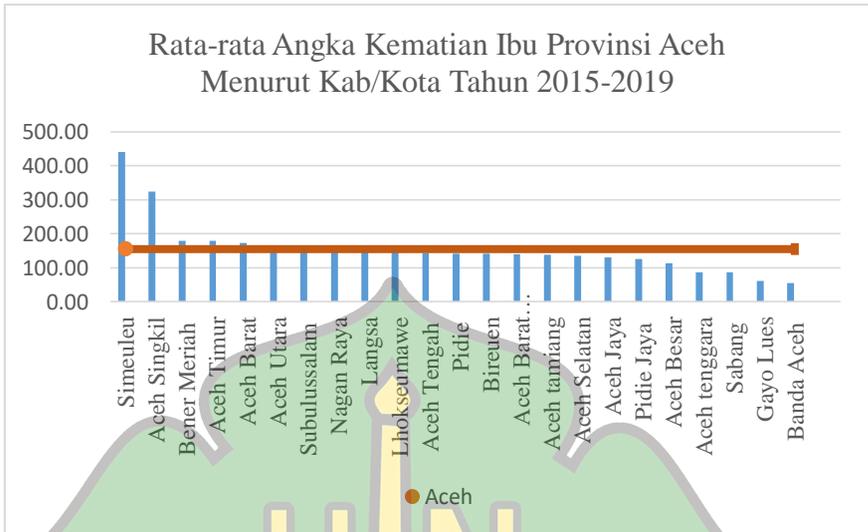
Gambar 4. 6 Rata-rata Angka Kematian Bayi Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota Tahun 2015-2019

Pada gambar 4.6 rata-rata AKB selama kurun waktu 2015-2019, menunjukkan bahwa sebanyak 11 kabupaten/kota memiliki AKB di atas rata-rata di Provinsi Aceh sebesar 10,94 per 1.000

kelahiran hidup. Sedangkan kondisi lain terjadi di 10 daerah kabupaten/kota yang terus mengalami peningkatan AKB selama 2015-2019, yaitu Simeuleu, Aceh Selatan, Aceh Tenggara, Pidie, Bireuen, Aceh Utara, Aceh Barat Daya, Gayo Lues, Bener Meriah dan Aceh Tamiang. Angka kematian bayi masih meningkat di beberapa daerah.

3. Angka Kematian Ibu

Angka kematian ibu adalah kematian pada perempuan saat hamil atau kematian yang terjadi dalam kurun waktu 42 hari per 100.000 penduduk sejak mengetahui kehamilan tanpa memandang lamanya hamil atau tempat persalinan, kematian pada ibu dapat disebabkan karena kehamilan yang bermasalah. Dalam melakukan pencegahan menurunkan angka kematian ibu memerlukannya pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas risiko tinggi, program peningkatan jumlah lahir yang dibantu oleh petugas kesehatan yang sudah terampil dan teruji, penyiapan keluarga yang sejahtera sehingga mampu mengurangi angka kematian ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi. Maka gambaran rata-rata angka kematian ibu Provinsi Aceh menurut kabupaten/kota sebagai berikut :



Sumber diolah: Badan Pusat Statistik, 2021

*Gambar 4. 7 Rata-rata Angka Kematian Ibu Provinsi Aceh Menurut
Kab/Kota Tahun 2015-2019*

Angka Kematian Ibu (AKI) pada beberapa kabupaten/kota di Provinsi Aceh selama kurun waktu 2015-2019 terjadi peningkatan, ada sebanyak 8 daerah kabupaten/kota memiliki AKI rata-rata di atas dari AKI rata-rata provinsi sebesar 155,12 per 100.000 kelahiran hidup. Daerah dengan AKI tertinggi dimiliki oleh Kabupaten Simeuleu dengan angka 440,48 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKI terendah dimiliki oleh Kota Banda Aceh dengan angka 61,26 per 100.000 kelahiran hidup. Dan sebanyak 15 kabupaten/kota lainnya pada kurun waktu penelitian terus mengalami penurunan secara signifikan untuk mampu menekan angka kematian ibu agar tidak terjadi peningkatan. Penurunan angka kematian ibu menunjukkan adanya peningkatan derajat kesehatan dalam menangani masalah tersebut.

4.2 Analisis Efisiensi Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Terhadap Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat Aceh Tahun 2015-2019

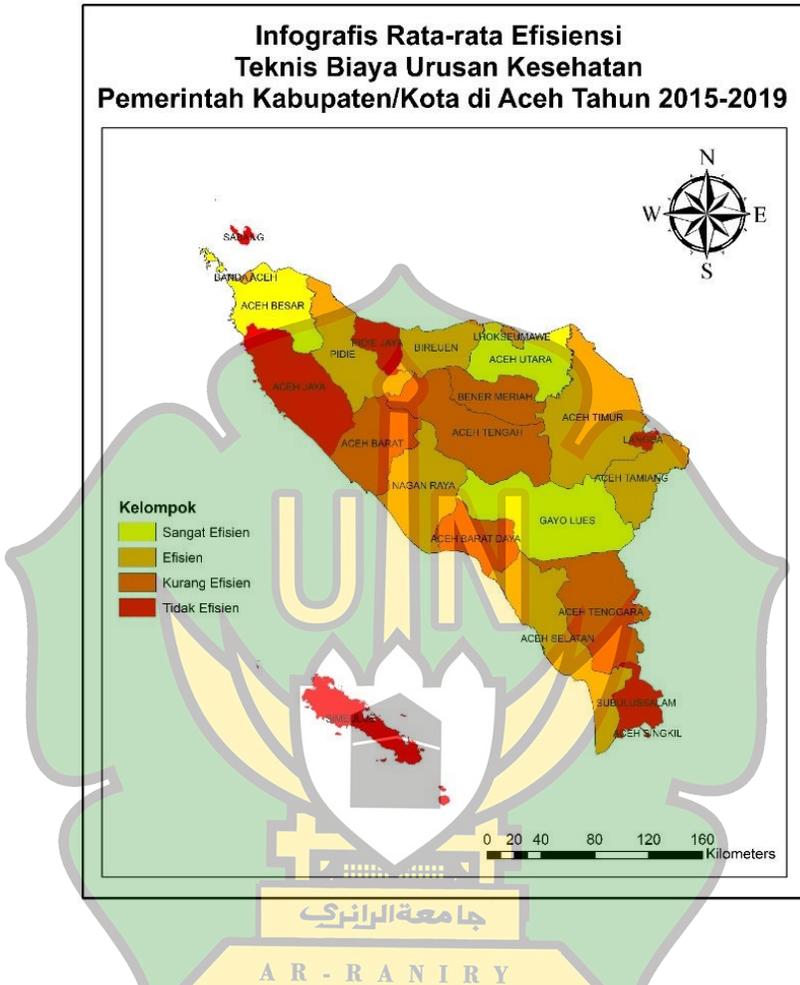
Dalam melakukan pengukuran efisiensi, penelitian ini berorientasi *output (oriented-output)*. Orientasi *output* melakukan kemampuan dalam menghasilkan *output* pada sejumlah *input* tertentu, maka dalam penelitian ini akan melakukan analisis variabel *input* penggunaan dana kesehatan dari alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan sebesar 10% dan variabel *output* pada Indikator derajat kesehatan pada periode 2015-2019 serta variabel *output intermediate* yaitu fasilitas dan pelayanan kesehatan menggunakan jumlah tenaga kesehatan dokter dan jumlah puskesmas. Perhitungan nilai efisiensi menggunakan metode *Data Envelopment Analysis (DEA)* pada penelitian ini menggunakan program berbasis Stata 16.0. Hasil perhitungan efisiensi teknis pada perhitungan akan menghasilkan nilai efisiensi teknis relative antara setiap *Data Making Unit (DMU)*. Adapun *Data Making Unit (DMU)* yang menjadi penelitian adalah 23 kabupaten/kota yang terdapat di Provinsi Aceh tahun 2015-2019. Dalam perhitungan ini nilai efisiensi *relative* yang dilakukan perhitungan terdiri dari dua jenis, yaitu efisiensi secara teknis biaya dan teknis sistem.

Pada setiap nilai efisiensi dari masing-masing *Data Making Unit (DMU)* akan menghasilkan nilai efisiensi teknis untuk masing-masing variabel *input* dan *output* sehingga nilai dari masing-masing *Data Making Unit (DMU)* mampu memberikan jawaban dari efisien atau tidak efisien sehingga besarnya jumlah

input yang diberikan serta *output* yang ditargetkan mampu mencapai kondisi yang sejahtera.

4.2.1 Efisiensi Teknis Biaya Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan

Perhitungan nilai efisiensi teknis biaya dari penggunaan dana kesehatan kabupaten/kota di Provinsi Aceh diperoleh dengan menggunakan variabel *input* yakni alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan dari masing-masing daerah kabupaten/kota. Untuk variabel *output* yang digunakan adalah variabel *output intermediate* berupa rasio jumlah tenaga kesehatan dokter tersedia per 100.000 penduduk dan rasio jumlah puskesmas per 100.000 penduduk. Dalam melakukan perhitungan analisis efisiensi teknis biaya, hal ini dilakukan pada pertimbangan bahwa proporsi perubahan *input* dalam penelitian tidak akan selalu menghasilkan perubahan dalam proporsi *output*. Maka asumsi yang digunakan adalah bahwa porsi *input* alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan yang diberikan kepada Provinsi Aceh ini mampu memberikan serta menghasilkan jumlah *output* pada fasilitas dan pelayanan kesehatan dengan besaran yang tentu tidak sama. Perhitungan pada efisiensi teknis biaya ini menggunakan asumsi *variabel return to scale* (VTRS) dan model orientasi *output* (*output-oriented*) dan dapat dikatakan efisien bila nilai hasil perhitungan sebesar 100 persen.



Sumber diolah: Arcgis,2021

Gambar 4. 8 Infografis Rata-rata Efisiensi Teknis Biaya Urusan Kesehatan Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota Tahun 2015-2019

Pada infografis menunjukkan bahwa nilai efisiensi teknis biaya alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan untuk setiap kabupaten/kota dan setiap tahunnya berbeda-beda. Pada tahun 2015, jumlah kabupaten/kota yang memiliki tingkat efisiensi 100% meningkat dari 3 menjadi 5 dengan penambahan Kabupaten Aceh

Jaya dan Bener Meriah. Akan tetapi, pada tahun 2016 jumlah kabupaten/kota dengan tingkat efisiensi 100% menurun menjadi 4, yaitu hanya Gayo Lues, Sabang, Aceh Jaya dan Bener Meriah. Tingkat efisiensi Kabupaten Simeulue menurun drastis dari yang awalnya telah mencapai tingkat efisiensi 100% pada tahun 2014 dan 2015, kemudian menurun menjadi 29,9% pada tahun 2016.

Penurunan jumlah kabupaten/kota dengan tingkat efisiensi 100% dalam menggunakan biaya urusan kesehatan ini kembali terjadi pada tahun 2017 - 2019 di mana hanya ada 3 kabupaten/kota yang telah efisien menggunakan biaya tersebut. Ada pun kabupaten/kota yang dimaksud adalah Simeulue, Banda Aceh dan Sabang pada tahun 2017 dan 2018, serta Simeulue, Aceh Jaya dan Sabang pada 2019. Nilai efisiensi teknis biaya urusan kesehatan yang berubah-ubah setiap tahunnya menunjukkan bahwa secara teknis biaya, upaya pemerintah dalam menggunakan biaya urusan kesehatan belum optimal dalam memberikan layanan dan fasilitas kesehatan yang memadai di setiap kabupaten/kota di Provinsi Aceh. Hal tersebut juga menunjukkan belum tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang baik hampir di setiap kabupaten/kota di Provinsi Aceh.

Secara keseluruhan, selama periode 2015-2019, satu-satunya kabupaten/kota yang telah efisien dalam menggunakan biaya urusan kesehatan ini adalah Kota Sabang dengan tingkat efisiensi 100% setiap tahunnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa

upaya pemerintah daerah Kota Sabang dalam menggunakan biaya sektor kesehatan sudah maksimal.

Penyediaan layanan dan fasilitas kesehatan berupa jumlah tenaga dokter dan jumlah puskesmas yang sudah memadai untuk menunjang tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang baik di daerah tersebut. Ada pun kabupaten/kota dengan nilai efisiensi teknis biaya terendah seperti Aceh Utara pada tahun 2016, 2017 dan 2018, serta Kabupaten Pidie pada tahun 2015 dan 2019. Kabupten/kota dengan nilai efisiensi teknis biaya urusan kesehatan yang tidak stabil bahkan rendah sekali pun menunjukkan bahwa upaya pemerintah daerah-daerah tersebut belum maksimal dalam menggunakan biaya urusan kesehatan. Penyediaan layanan dan fasilitas kesehatan berupa jumlah tenaga dokter dan jumlah puskesmas belum memadai untuk menunjang tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang baik di daerah tersebut. Padahal biaya urusan kesehatan telah dialokasikan menggunakan dana otonomi khusus sektor kesehatan sebesar 10%.

Hal ini mengindikasikan bahwa masih terdapat fenomena pemborosan biaya urusan kesehatan namun tidak diikuti dengan penyediaan layanan dan fasilitas kesehatan yang memadai bagi masyarakatnya. Dengan demikian, diperlukan upaya lebih lanjut oleh pemerintah daerah kabupten/kota di Provinsi Aceh untuk mengatasi hal tersebut agar tercapainya tingkat efisiensi penggunaan biaya urusan kesehatan yang diikuti dengan penyediaan layanan dan fasilitas kesehatan yang memadai demi

mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik di setiap daerahnya.

4.2.2 Efisiensi Teknis Sistem Alokasi Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan

Perhitungan nilai efisiensi teknis sistem menggunakan variabel *input* yang merupakan variabel *output intermediate* yaitu rasio jumlah tenaga kesehatan dokter tersedia per 100.000 penduduk dan rasio jumlah puskesmas per 100.000 penduduk. Untuk menghasilkan perhitungan nilai efisiensi teknis sistem maka yang menjadi variabel *output* adalah indikator derajat kesehatan yang merupakan bagian kesejahteraan masyarakat berupa jumlah Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI), dan Angka Harapan Hidup (AHH). Variabel *output intermediate* ini merupakan indikator fasilitas dan pelayanan kesehatan yang disediakan untuk masyarakat agar kehidupan masyarakat mampu mencapai derajat kesehatan dan mendapatkan kesejahteraan.

Bahwa secara keseluruhan efisiensi teknis sistem alokasi dana otonomi khusus sektor kesehatan sudah mendekati efisien untuk setiap daerah kabupaten/kota dan setiap tahunnya di mana nilai efisiensi yang diperoleh sudah di atas 80% bahkan mendekati 100%. Pada tahun 2015, terdapat 7 kabupaten/kota dengan nilai efisiensi teknis sistem 100%, yaitu Simeulue, Bireuen, Bener Meriah, Banda Aceh, Sabang, Langsa dan Lhokseumawe. Pada tahun-tahun berikutnya terjadi kenaikan jumlah kabupaten/kota dengan nilai efisiensi teknis sistem 100%. Terdapat 8

kabupaten/kota yang 100% efisien pada 2016 dan 9 kabupaten/kota pada 2017. Kemudian pada 2018 terdapat 12 kabupaten/kota yang 100% efisien dan meningkat menjadi 13 kabupaten/kota pada 2019. Terjadinya peningkatan jumlah kabupaten/kota dengan nilai efisiensi teknis sistem 100% ini menunjukkan adanya upaya pemerintah dalam memaksimalkan penyediaan layanan dan fasilitas kesehatan meskipun terdapat beberapa perubahan kabupaten/kota yang efisien setiap tahunnya.

Secara keseluruhan, terdapat 4 kabupaten/kota yang memiliki nilai efisiensi teknis sistem 100% setiap tahunnya, yaitu Kabupaten Simeulue, Kabupaten Bireuen, Kota Banda Aceh dan Kota Lhokseumawe. Hal tersebut menunjukkan bahwa upaya pemerintah dalam penyediaan layanan dan fasilitas kesehatan pada 4 kabupaten/kota tersebut sudah maksimal yang diikuti dengan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang baik pada daerah tersebut. Walau pun demikian, secara keseluruhan upaya pemerintah setiap kabupaten/kota sudah baik dan hanya perlu lebih dimaksimalkan lagi.

4.2.3 Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat

Upaya peningkatan kesehatan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mampu memelihara dan mewujudkan kesejahteraan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Derajat kesehatan sangat penting dalam menggambarkan keadaan kesehatan masyarakat di suatu daerah. Sejalan dengan penelitian Nopita Putu (2013) Dalam menilai derajat kesehatan masyarakat,

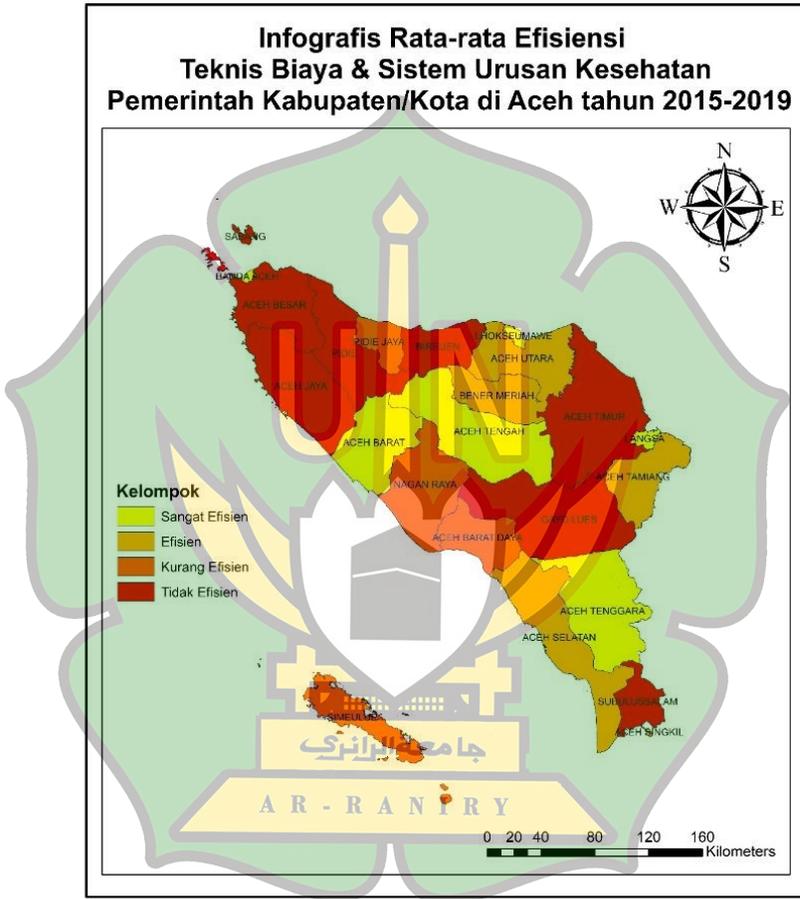
menggunakan indikator Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI). Faktor-faktor yang mendorong dan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat tidak berasal dari kesehatan saja melainkan juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan dan faktor lainnya.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan itu sendiri memerlukan dukungan pemerintah dan masyarakat. Kemampuan pemerintah daerah dalam suatu wilayah, harus betul-betul ditingkatkan terutama dalam bentuk tindakan dan kebijakan-kebijakan dalam menjalankan perputaran roda pembangunan (Najoan.R, 2010). Pemerintah daerah harus mampu bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dalam meningkatkan taraf kesehatan masyarakat terutama pemerintah.

Ada beberapa target pembangunan yang menjadi tujuan pemerintah yaitu keberlangsungan jaminan kesehatan (JKN), pembangunan dan pengembangan fasilitas kesehatan, upaya untuk mengurangi ketimpangan pelayanan kesehatan dengan peningkatan akses layanan kesehatan dan penempatan/penugasan tenaga kesehatan, penurunan angka kematian ibu dan bayi, imunisasi dan berbagai pembangunan kesehatan lainnya seperti yang disampaikan oleh Menkes Nila Moeloek (2018).

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah tentu berkesinambungan yaitu ingin mencapai

pembangunan kesehatan yang baik. Melalui perhatian terhadap efektivitas sektor kesehatan. Tingkat efektivitas kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut :



Sumber diolah: Aregis,2021

Gambar 4. 9 Rata-rata Efisiensi Teknis Biaya dan Teknis Sistem Urusan Kesehatan Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota Tahun 2015-2019

Dapat dilihat pada gambar 4.9, daerah-daerah yang efisien secara teknis biaya tentu efisien secara teknis sistem sedangkan

berbanding terbalik dengan daerah yang tidak efisien secara teknis biaya namun efisien secara teknis sistem, namun pada penggabungan nilai efisien secara teknis biaya dan teknis sistem mendapatkan hasil yang berbeda pula, maka dari itu diperlukan upaya terhadap perubahan yang terjadi. Untuk setiap kabupaten/kota tentu membutuhkan perbaikan dan mengoptimalkan penggunaan dana otsus. Maka variabel-variabel yang harus diperbaiki dan dipertahankan dilakukan dengan meminimalkan *input* yang terlalu tinggi atau memaksimalkan *output* yang terlalu rendah untuk mencapai keinginan yang diharapkan mampu memperbaiki kondisi nilai efisiensi.

Pada kabupaten/kota yang mendapatkan tingkat efektivitas sangat efisien seperti Banda Aceh, Aceh Barat, Aceh Tengah, Lhokseumawe dan Aceh Tenggara menunjukkan bahwa indikator yang memerlukan peningkatan signifikan adalah mengoptimalkan penggunaan dana otsus sektor kesehatan sehingga fasilitas dan pelayanan kesehatan dapat tersedia secara lengkap sesuai dengan dana otsus sektor kesehatan yang diberikan. Tingkat efektivitas secara efisien dimiliki oleh 4 kabupaten yaitu Kabupaten Bener Meriah, Aceh Utara, Aceh Tamiang dan Aceh Selatan secara teknis sistem sedangkan untuk teknis biaya belum mampu mencapai efisien maka dari itu perbaikan yang dapat dilakukan dengan mengoptimalkan input dana otsus untuk meningkatkan rasio jumlah tenaga kesehatan dokter dan rasio jumlah fasilitas kesehatan sehingga nilai efisiensi tersebut dapat meningkat pula.

Dalam melakukan perbaikan atas tingkat efektivitas atas daerah-daerah yang kurang efisien menjadi faktor penting dalam peningkatan secara teknis sistem dan teknis biaya. Pada daerah-daerah tersebut kurangnya pengoptimalan terhadap variabel input yakni dana otsus sektor kesehatan sehingga terkait dalam peningkatan penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan terkesan lama dan tidak diperhatikan, jika pemerintah daerah terlambat untuk melakukan penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan ini dapat menimbulkan permasalahan baru pada kenaikannya angka kematian bayi dan angka kematian ibu.

Dari segi fasilitas dan pelayanan kesehatan pemerintah daerah harus memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai mulai dari sarana dan prasarana kesehatan serta berbagai pendukungnya. Dalam segi pelayanan pemerintah harus mampu menyediakan tenaga kesehatan yang terampil agar masyarakat mendapatkan pengobatan dari pihak yang terjamin dan terampil. Pada kelompok tidak efisien secara rata-rata efisiensi teknis biaya dan teknis sistem masih banyak daerah-daerah yang belum mampu mengoptimalkan dana otsus secara baik sehingga ketersediaan pada fasilitas dan pelayanan kesehatan terganggu dan mengalami keterlambatan.

Untuk pembangunan program kesehatan ini perlu dilakukan segera untuk mempermudah masyarakat memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Dengan mengoptimalkan penggunaan dana otsus sektor kesehatan untuk penyediaan tenaga kesehatan dan

fasilitas kesehatan akan semakin banyaknya tenaga kesehatan yang tersebar dan merata di 23 kabupaten/kota maka akan semakin baik pula kualitas pelayanan kesehatan. begitu juga dengan fasilitas kesehatan untuk setiap puskesmas dan sarana kesehatan harus mampu menjadi fasilitas yang lebih mudah dan lebih terjangkau oleh setiap masyarakat. Maka dari itu, baiknya pemerintah tidak hanya menjamin setiap masyarakat mendapatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan saja, tetapi pemerintah juga harus turut andil dalam setiap permasalahan di masyarakat agar komitmen pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam berjalan dengan baik dan optimal.

4.3 Hasil Pembahasan

Penggunaan dana kesehatan yang dikeluarkan menjadi salahsatu bentuk upaya dan sumber daya yang dikeluarkan pemerintah untuk memberikan kesejahteraan bagi masyarakat secara optimal. Daerah yang mampu mencapai efisiensi pada penggunaan dana kesehatan jika *input* yang besar diberikan mampu menghasilkan jumlah *output* yang lebih baik atau jumlah *output* yang sedikit mampu menggunakan *input* yang sedikit pula. Provinsi Aceh merupakan salah satu provinsi yang mendapatkan sumber bantuan dana berupa dana otonomi khusus dari berbagai sektor dan sektor kesehatan salah satunya.

Penggunaan dana otonomi khusus sektor kesehatan ini ditujukan untuk membantu dalam meningkatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan karena fasilitas dan pelayanan kesehatan

merupakan cerminan seberapa besar upaya atau langkah awal yang dilakukan oleh pemerintah dalam menyediakan sarana kesehatan bagi masyarakat. Tercapai fasilitas dan pelayanan kesehatan yang baik mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga masyarakat mampu merasakan kesejahteraan secara optimal.

Hasil pada perhitungan nilai efisiensi teknis biaya yang didapatkan melalui metode *Data Envelopment Analysis* (DEA), bahwa dari 23 kabupaten/kota yang diteliti dalam kurun waktu 2015-2019 masih belum mampu untuk mencapai nilai efisiensi yang sempurna 100% baik itu secara teknis biaya namun secara teknis sistem mampu mencapai nilai efisiensi sempurna dan efektif. Ini menunjukkan bahwa dalam penggunaan dana kesehatan dan pengelolaannya belum efisien dan kurang optimal secara teknis biaya. Pada analisis yang dilakukan bahwa penggunaan dana kesehatan dapat mencapai efisiensi apabila input yang tersedia mampu menghasilkan jumlah output yang lebih baik atau jumlah output yang sedikit mampu menggunakan input yang sedikit pula, pada kenyataan yang didapatkan ada daerah yang memiliki input yang besar tetapi output yang dihasilkan tidak memberikan hasil sebesar input yang diberikan ini terjadi pada daerah yang memiliki rata-rata terbesar pada dana otonomi khusus sektor kesehatan yaitu Kota Langsa.

Nilai rata-rata yang dicapai pada efisiensi teknis biaya Kota Langsa selama tahun 2015-2019 belum mencapai efisiensi sebesar 42,8 persen. Jika dilihat pada *input* dana otonomi khusus sektor

kesehatan, Kota Langsa bahkan mendapatkan *input* dana yang lebih besar daripada Kota Banda Aceh tetapi belum mampu menggunakan dana kesehatan tersebut secara optimal sehingga untuk mencapai kesejahteraan masyarakat masih sangat jauh. Sedangkan Kota Sabang dengan *input* dana yang paling rendah dengan rata-rata Rp 6,844,625,075 jauh dari rata-rata keseluruhan yang mencapai Rp 12,874,188,265 bahkan mampu mencapai nilai efisiensi yang sempurna. Dalam hal ini Kota Sabang mampu mengoptimalkan *input* dana otonomi khusus sektor kesehatan secara baik dengan mengupayakan variable-variabel berupa rasio jumlah tenaga kesehatan dokter dan rasio jumlah puskesmas dibandingkan dengan beberapa daerah yang mendapatkan dana otonomi khusus sektor kesehatan lebih besar di atas rata-rata Provinsi Aceh belum mampu memaksimalkan dan mengoptimalkan penggunaannya.

Daerah dengan *input* anggaran rendah mampu mencapai nilai efisiensi sempurna dikarenakan jumlah penduduknya yang rendah dan setiap penggunaan dana kesehatan sampai kepada perbaikan fasilitas dan pelayanan kesehatan secara baik sehingga derajat kesehatan naik dan mampu mencapai kesejahteraan sejalan dengan penelitian yang dilakukan Indriati (2014). Pada penelitiannya menyatakan bahwa faktor rendah atau tingginya *input* dana otonomi khusus sektor kesehatan ini tidak memberikan pengaruh yang signifikan, tergantung pada daerah yang mampu dan

dapat mengoptimalkan dana otonomi khusus sektor kesehatan ini secara baik.

Untuk Kabupaten Aceh Utara memiliki nilai terendah dari rata-rata efisien teknis biaya dengan rata-rata nilai efisiensi 0,292 ini sangat tidak sejalan dengan *input* yang diberikan dalam menghasilkan *output* yang besar pula tetapi belum mencapai efisiensi secara sempurna. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Indriati (2014) mengemukakan bahwa daerah yang cenderung berbukit, wilayah yang luas dan kepadatan penduduk yang cukup tinggi sulit untuk memberikan pelayanan yang maksimal ke seluruh wilayah karena mengakibatkan capaian outputnya yang rendah.

Capain efisiensi secara teknis sistem dari hasil perhitungan melalui metode DEA selama tahun 2015-2019 terdapat 4 kabupaten/kota yang memiliki nilai efisiensi teknis sistem 100% setiap tahunnya, yaitu Kabupaten Simeulue, Kabupaten Bireuen, Kota Banda Aceh dan Kota Lhokseumawe. Ini menunjukkan bahwa daerah-daerah ini mampu dengan variabel *input* rasio jumlah tenaga kesehatan dokter dan rasio jumlah puskesmas ini mampu menghasilkan output yang tinggi yakni mampu meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH), mampu menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dalam penelitian yanti, dkk (2016) mengemukakan bahwa dalam melakukan perbaikan atas efisiensi menjadi salahsatu faktor penting untuk peningkatan penyediaan fasilitas dan pelayan

kesehatan maka dari itu pemerintah harus segera merespon berbagai permasalahan sehingga pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Begitu juga efisiensi secara teknis biaya dan teknis sistem, sejalan dengan penelitian yanti, dkk (2016) daerah kabupaten/kota yang mampu mencapai efisiensi sempurna secara teknis sistem dan teknis biaya sebesar 100 persen ini menunjukkan bahwa daerah tersebut telah efisien dalam menggunakan pengoptimalan dana kesehatan sehingga fasilitas dan pelayanan kesehatan mampu mencapai derajat kesehatan, sehingga memberikan kesejahteraan bagi masyarakat. Sedangkan daerah yang belum mampu untuk mencapai efisien secara teknis sistem dan teknis biaya sebesar 100 persen ini menandakan bahwa fasilitas dan pelayanan kesehatan pada daerah kabupaten/kota tersebut belum efisien dan membutuhkan dukungan dengan melakukan pembangunan pada program kesehatan, untuk setiap daerah mampu mengoptimalkan *input* yang didapatkan dan menghasilkan *output* yang ingin dicapai, yakni kesejahteraan masyarakat dengan mampu menekan angka kematian ibu dan bayi serta mampu meningkatkan angka harapan hidup.



BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis Efektivitas Penggunaan Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Terhadap Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat Aceh Tahun 2015-2019 dengan menggunakan metode Data Envelopment Analysis (DEA), maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Hasil efisiensi teknis biaya kesehatan Aceh masih diperlukan pengoptimalisasi pada penggunaan dana kesehatan dikarenakan hanya Kota Sabang yang mencapai efisiensi sempurna sedangkan 22 Kabupaten/kota lainnya belum optimal dalam penggunaan dana kesehatan, maka dari itu penggunaan dana kesehatan ini harus optimal agar output yang didapatkan mampu memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan mampu mencapai kesejahteraan yang lebih baik pada masyarakat.
2. Hasil efisiensi teknis sistem derajat kesehatan Aceh selama kurun waktu 2015-2019 menunjukkan bahwa ada 4 daerah kabupaten/kota yang telah mencapai kondisi efisiensi sempurna setiap tahunnya. Daerah tersebut adalah Kabupaten Simeulue, Kabupaten Bireuen, Kota Banda Aceh dan Kota Lhokseumawe. Maka secara teknis sistem, daerah kabupaten/kota yang sudah mampu mencapai efektif dengan baik dalam penggunaan input yaitu fasilitas dan pelayanan kesehatan harus terus

meningkatkan derajat kesehatan sehingga kesejahteraan yang ingin dicapai dapat terlaksana. Hal ini menunjukkan pada penggunaan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang telah tersedia sudah tercapai dengan baik dan masyarakat sudah dapat merasakan untuk setiap penggunaannya.

3. Dalam mencapai derajat kesehatan yang sejahtera diperlukannya upaya-upaya program kesehatan pada setiap kebijakan dari pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Aceh agar perbaikan secara fasilitas dan pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik serta pengoptimalan penggunaan dana kesehatan dapat maksimal dan optimal, sehingga daerah-daerah tersebut mampu mencapai program pembangunan dan mencapai kesejahteraan bagi masyarakatnya.

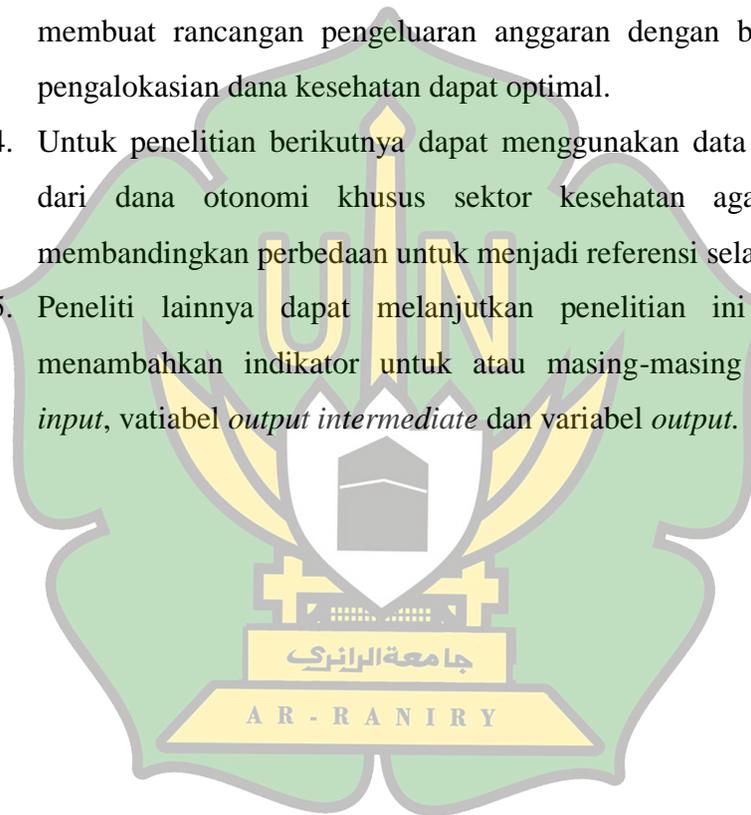
5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam penelitian ini, maka beberapa saran yang didapatkan sebagai berikut:

1. Untuk mendapatkan kondisi efisiensi, diperlukan perhatian pemerintah pusat maupun daerah dalam memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang lebih memadai kepada masyarakat agar tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik serta mengoptimalkan setiap penggunaan dana kesehatan agar output yang diinginkan tercapai.
2. Daerah-daerah yang belum efisiensi secara teknis biaya dan teknis sistem harus mendapatkan perhatian lebih dan menjadi

potensi untuk terus dikembangkan sehingga daerah tersebut mampu mencapai peningkatan derajat kesehatan secara baik dan signifikan disetiap tahunnya.

3. Pemerintah perlu menentukan dan menetapkan kebijakan agar tidak terjadi perubahan sehingga perbaikan dapat tercapai dan membuat rancangan pengeluaran anggaran dengan baik agar pengalokasian dana kesehatan dapat optimal.
4. Untuk penelitian berikutnya dapat menggunakan data realisasi dari dana otonomi khusus sektor kesehatan agar dapat membandingkan perbedaan untuk menjadi referensi selanjutnya.
5. Peneliti lainnya dapat melanjutkan penelitian ini dengan menambahkan indikator untuk atau masing-masing variabel *input*, variabel *output intermediate* dan variabel *output*.



DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Aceh, 2016. *Aceh Dalam Angka 2015*. Banda Aceh: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Aceh, 2018. *Aceh Dalam Angka 2017*. Banda Aceh: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Aceh, 2020. *Aceh Dalam Angka 2019*. Banda Aceh: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Indikator Kesejahteraan Masyarakat Provinsi Aceh 2019*. Aceh: Badan Pusat Statistik Aceh
- Cici Darmayanti, N. S. (2016). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Alokasi Belanja Kesehatan Pada Kabupaten/Kota Di Provinsi Aceh . *Jurnal Kebangsaan, Vol.5 No.9 Januari 2016*, 38-45.
- Dedi Hardian, D. S. (2019). Analisis Dampak Alokasi Dana Kesehatan Terhadap Tingkat Kesejahteraan Masyarakat Kota Sabang. *Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Unsyiah Vol.4 No.3 Agustus 2019*, 202-213.
- Dinas Kesehatan Aceh, 2016. *Profil Kesehatan Aceh 2015*. Banda Aceh: Dinas Kesehatan
- Dinas Kesehatan Aceh, 2018. *Profil Kesehatan Aceh 2017*. Banda Aceh: Dinas Kesehatan
- Dinas Kesehatan Aceh, 2020. *Profil Kesehatan Aceh 2019*. Banda Aceh: Dinas Kesehatan

- Ekasari, R. (2020). *Model Efektivitas Dana Desa Untuk Menilai Kinerja Desa Melalui Pemberdayaan Ekonomi* . Malang: AE Publishing .
- Farida Naftalin, D. A. (2020). Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Pada Puskesmas Kranji Di Kota Bekasi. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan Vol. 10, No. 1 Juni 2020*, 95-103.
- Galih Arianto, Z. K. (2020). Analisis Pembiayaan Kesehatan Program Upaya Kesehatan Masyarakat Di Indonesia Tahun 2013&2014. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 23 No. 1 Januari 2020*, 61-69.
- Hidayat, R. (2016). Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan Yang Optimal . *SYARIAH Jurnal Hukum dan Pemikiran, Volume 16, Nomor 2, Desember 2016*, , 127-134.
- Indriati, N. E. (2014). Analisis Efisiensi Belanja Daerah Di Kabupaten Sumbawa (Studi Kasus Bidang Pendidikan dan Kesehatan). *JESP-Vol. 6, No 2 Nopember 2014*, 192-205.
- Irwandy. (2019). *Efisiensi dan Produktifitas Rumah Sakit. (Teori dan Aplikasi Pengukuran dengan Pendekatan Data Envelopment Analysis)*. Makassar: Social Politic Genius .
- Juliansyah, E. (2012). Efektivitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas . *Jurnal Ilmu Administrasi Negara, Volume 12, Nomor 1, Juli 2012*, 40-50.

- Komaryani, K. (2020). *Pembiayaan Kesehatan di Daerah dalam Penguatan Upaya Promotif dan Preventif termasuk SPM*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lely Indrawati, D. H. (2018). Peran Indikator Pelayanan Kesehatan untuk Meningkatkan Nilai Sub Indeks Kesehatan Reproduksi dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). *Media Litbangkes, Vol. 28 No. 2, Juni 2018*, 95 – 102.
- Luh Dini Yasintha Dwiandari, I. D. (2018). Pengaruh Kinerja Keuangan pada Belanja Daerah dan Pertumbuhan Ekonomi dan Implikasinya pada Indeks Pembangunan Manusia. *E-Jurnal Akuntansi Universitas Udayana Vol.22.3. Maret (2018): 1741-1770*, 1741-1770.
- Maria Elis Sriani, C. S. (2018). Efektivitas Pelayanan Publik Di Bidang Kesehatan Dalam Upaya Mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat. *Vol.7, No.2*.
- Nielza Atthina, L. I. (2014). *Seminar Nasional Aplikasi Teknologi Informasi (SNATI) Yogyakarta, 21 Juni 2014 ISSN: 1907 - 5022*, 52-59.
- Nur Aidar, M. (2014). Analisis Pengaruh Belanja Pemerintah Sektor Kesehatan dan Pendidikan Terhadap Pendapatan Per Kapita di Provinsi Aceh. *Volume 1 Nomor 2, November 2014 ISSN. 2442-7411*, 70-78.
- Nur Yatiman, A. P. (2013). Analisis Efisiensi Teknis Anggaran Belanja Sektor Kesehatan Pemerintah Daerah

- Kabupaten/Kota Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2008-2010. *DIPONEGORO JOURNAL OF ECONOMICS Volume 2, Nomor 1, Tahun 2013*, 1-13.
- Putri Yanti, N. A. (n.d.). Analisis Efisiensi Belanja Daerah Urusan Kesehatan Dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA): Studi Pada Pemerintah Kabupaten/Kota Di Provinsi Banten . 81-96.
- Ruly Prapitasari, N. H. (2020). *Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan* . Jawa Barat: Adanu Abimata .
- Saputra, M. (2015). Program Jaminan Kesehatan Nasional Dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan. *Kemas 11 (1) (2015)* , 32-42.
- Sean, S. (2012). *Metodologi Penelitian Ekonomi dan Sosial* . Sleman : Budi Utama .
- Setyawan, F. E. (2018). *Sistem Pembiayaan Kesehatan* . Vol. 2 No.4 Februari 2018, 58-70.
- Sutrisno, E. (2018). *Budaya Organisasi* . Jakarta: Perneradamedia Group .
- Syamsul Arifin, Y. S. (2020). *Pertumbuhan Ekonomi, Tingkat Pengangguran dan Konsumsi Dalam Bingkai Kesejahteraan Masyarakat*. Jawa Tengah: Pena Persada.
- Syawie, M. (2011). Pertumbuhan Ekonomi dan Kesejahteraan Masyarakat . *Informasi, Vol. 16 No. 02 Tahun 2011*, 125-132.

- Virgie Delawillia Kharisma, P. L. (2020). Analisis Dampak Kebijakan Alokasi Dana Otonomi Khusus Bidang Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indek Pembangunan Manusia Di Provinsi Papua. *Volume 3 Number 1 (February-April), (2020)*, 1-20.
- Yassirli, S. S. (2018). Pengaruh Dana Otsus Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten/Kota Di Aceh . *Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Unsyiah Vol. 3 No. 4 November 2018 ISSN.2549-8363*, 495-505.
- Zuris Ika Pradipta, I. P. (2013). Analisis Tingkat Efisiensi Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA) (studi kasus: Puskesmas Kota Surabaya). *Teknik Industri, Universitas Brawijaya*, 1021-1031.





LAMPIRAN

Lampiran I

Variabel Input

Alokasi Dana Otonomi Khusus 10% sektor Kesehatan Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019	rata-rata
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
	10,849,00	10,647,792,	12,999,318,	10,862,744,	9,837,042,3	11,039,180
Simeuleu	3,384.00	799.00	555.00	099.00	52.00	,237.80
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	11,633,78	11,637,595,	11,813,881,	11,020,250,	11,034,658,	11,428,034
Singkil	4,514.00	477.00	933.00	918.00	424.00	,253.20
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	15,673,16	15,499,477,	17,692,035,	13,595,081,	12,221,817,	14,936,315
Selatan	4,778.00	793.00	721.00	696.00	919.00	,581.40
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	19,482,99	16,380,056,	17,509,544,	17,689,837,	13,006,122,	16,813,711
tenggara	6,957.00	288.00	615.00	758.00	767.00	,677.00
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	20,330,44	20,429,978,	25,251,220,	19,086,333,	20,182,667,	21,056,128
Timur	4,810.00	342.00	375.00	171.00	464.00	,832.40

Lanjutan-Lampiran I

	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	15,302,92	15,558,042,	16,683,132,	12,548,870,	12,060,143,	14,430,622
Tengah	4,280.00	546.00	046.00	007.00	642.00	,504.20
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	12,544,77	12,002,734,	14,517,282,	12,093,490,	10,681,584,	12,367,974
Barat	8,344.00	539.00	813.00	130.00	894.00	,144.00
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	14,791,44	14,549,068,	16,568,709,	12,787,298,	12,031,750,	14,145,655
Besar	9,024.00	829.00	172.00	610.00	781.00	,283.20
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
	15,482,50	15,272,436,	17,418,409,	13,994,859,	15,291,948,	15,492,031
Pidie	4,604.00	071.00	032.00	364.00	655.00	,545.20
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
	12,665,91	12,620,341,	14,474,663,	11,927,415,	10,460,655,	12,429,798
Bireuen	7,841.00	491.00	086.00	855.00	044.00	,663.40
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Aceh	13,238,49	12,952,465,	17,869,237,	13,052,324,	12,462,303,	13,914,964
Utara	2,805.00	338.00	126.00	375.00	210.00	,570.80

Lanjutan-Lampiran I

Aceh Barat	Rp 11,143,909,893.00	Rp 11,168,180,586.00	Rp 12,639,838,343.00	Rp 10,800,955,543.00	Rp 10,462,427,522.00	Rp 11,243,062,377.40
Gayo Lues	Rp 20,085,536,711.00	Rp 19,808,721,814.00	Rp 21,213,954,003.00	Rp 16,205,679,779.00	Rp 16,192,989,344.00	Rp 18,701,376,330.20
Aceh tamiang	Rp 12,682,964,044.00	Rp 13,312,367,188.00	Rp 14,938,316,181.00	Rp 11,961,428,120.00	Rp 11,223,271,505.00	Rp 12,823,669,407.60
Nagan Raya	Rp 14,584,527,451.00	Rp 14,010,096,074.00	Rp 18,346,875,693.00	Rp 16,392,764,834.00	Rp 12,895,514,656.00	Rp 15,245,955,741.60
Aceh Jaya	Rp 15,842,591,556.00	Rp 15,555,722,230.00	Rp 16,383,199,639.00	Rp 12,990,783,645.00	Rp 12,559,071,931.00	Rp 14,666,273,800.20
Bener Meriah	Rp 11,191,631,057.00	Rp 11,103,140,280.00	Rp 12,736,536,595.00	Rp 10,872,437,509.00	Rp 10,253,552,761.00	Rp 11,231,459,640.40

Lanjutan-Lampiran I

	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp
Pidie Jaya	9,664,040, ,281.00	9,465,183,9 28.00	9,826,371,7 92.00	9,424,341,2 91.00	8,882,479,3 98.00	9,452,483, 338.00
Banda Aceh	11,711,02 9,594.00	11,758,458, 531.00	12,883,866, 168.00	8,075,902,5 90.00	7,488,743,3 70.00	10,383,600 ,050.60
Sabang	6,233,135 ,072.00	6,134,833,6 63.00	7,473,689,4 41.00	7,811,879,8 57.00	7,392,813,8 45.00	7,009,270, 375.60
Langsa	8,192,661 ,535.00	8,068,034,1 06.00	9,216,829,1 56.00	8,728,127,5 68.00	7,804,078,3 30.00	8,401,946, 139.00
Lhokseu mawe	7,390,205 ,574.00	7,373,615,9 76.00	8,794,147,6 68.00	8,660,516,6 24.00	7,940,207,2 35.00	8,031,738, 615.40
Subulussa lam	10,416,42 7,599.00	10,571,398, 592.00	11,640,356, 370.00	10,609,463, 253.00	9,739,145,3 70.00	10,595,358 ,236.80

Lanjutan-Lampiran I

	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	
	301,134,1	295,879,74	338,891,41	281,192,78	262,104,99	
Jumlah	21,708.00	2,481.00	5,523.00	6,596.00	0,419.00	
	Rp	Rp	Rp	Rp	Rp	
	705,775,6	705,775,69	770,721,69	702,981,96	665,104,97	
Aceh	97,100.00	0,000.00	4,200.00	6,490.00	6,051.00	

Lampiran II

**Alokasi Anggaran Dana Kesehatan Indonesia dan
Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan**

Tahun	Alokasi Anggaran Dana Kesehatan Indonesia	Dana Otonomi Khusus Sektor Kesehatan
2015	Rp 65,900,000,000,000	Rp 705,775,697,100
2016	Rp 92,300,000,000,000	Rp 705,775,690,000
2017	Rp 104,900,000,000,000	Rp 770,721,694,200
2018	Rp 111,000,000,000,000	Rp 702,981,966,490
2019	Rp 123,100,000,000,000	Rp 665,104,976,051

Lampiran III

Variabel Output Intermediate
Jumlah Tenaga Kesehatan Dokter Menurut Kabupaten/Kota di
Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019	Jumlah	Rata-rata
Simeuleu	28	9	40	39	33	149	29.80
Aceh Singkil	59	36	69	54	51	269	53.80
Aceh Selatan	84	56	78	85	113	416	83.20
Aceh tenggara	64	20	57	49	40	230	46.00
Aceh Timur	108	70	125	110	127	540	108.00
Aceh Tengah	86	33	93	110	105	427	85.40
Aceh Barat	74	28	87	64	93	346	69.20
Aceh Besar	114	90	123	116	113	556	111.20
Pidie	89	73	148	188	116	614	122.80
Bireuen	152	72	163	149	214	750	150.00
Aceh Utara	135	68	154	114	154	625	125.00
Aceh Barat daya	55	25	59	57	55	251	50.20
Gayo Lues	45	49	59	60	45	258	51.60

Lanjutan-Lampira Jumlah Tenaga Kesehatan Dokter Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Aceh tamiang	76	45	89	74	61	345	69.00
Nagan Raya	38	15	66	64	53	236	47.20
Aceh Jaya	49	52	55	69	59	284	56.80
Bener Meriah	139	47	79	81	47	393	78.60
Pidie Jaya	52	31	63	69	57	272	54.40
Banda Aceh	111	33	921	475	132	1672	334.40
Sabang	42	13	36	37	35	163	32.60
Langsa	71	25	78	78	82	334	66.80
Lhokseumawe	26	55	69	54	153	357	71.40
Subulussalam	25	9	38	36	36	144	28.80
Jumlah	1722	954	2749	2232	1974	9631	

جامعة الرانيري

A R - R A N I R Y

Rasio Tenaga Kesehatan Dokter Menurut Kabupaten/Kota di
Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019
Simeuleu	31,42	9,97	43,78	42,21	35,40
Aceh Singkil	51,52	30,85	57,75	44,38	41,10
Aceh Selatan	37,35	24,50	33,64	36,15	47,46
Aceh tenggara	32,00	9,78	27,34	23,07	18,48
Aceh Timur	26,80	17,02	29,79	25,73	29,12
Aceh Tengah	43,86	16,47	45,53	52,76	49,41
Aceh Barat	38,19	14,15	43,14	31,07	44,26
Aceh Besar	29,04	22,45	30,07	27,80	26,57
Pidie	21,25	17,14	34,21	42,81	26,07
Bireuen	34,92	16,23	35,96	32,27	45,37
Aceh Utara	23,12	11,46	25,56	18,64	24,86
Aceh Barat daya	39,09	17,44	40,49	38,48	36,57
Gayo Lues	51,21	54,75	64,82	64,79	47,82
Aceh tamiang	27,31	15,91	31,01	25,42	20,68

Lanjutan-Lampiran Rasio Tenaga Kesehatan Dokter Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Nagan Raya	24,51	9,48	40,91	38,91	31,68
Aceh Jaya	56,72	59,35	61,37	75,75	63,51
Bener Meriah	101,59	33,60	55,43	55,83	31,72
Pidie Jaya	34,97	20,47	40,70	43,65	35,36
Banda Aceh	44,35	12,95	354,35	179,17	48,83
Sabang	126,45	38,67	105,95	107,03	100,36
Langsa	42,80	14,81	45,46	44,75	46,38
Lhokseumawe	13,58	28,18	34,68	26,56	73,84
Subulussalam	33,25	11,68	48,27	44,88	44,22



**Jumlah Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh
Tahun 2015-2019**

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019	Jumlah	Rata-rata
Simeuleu	141	37	215	190	144	727	145.40
Aceh Singkil	100	141	88	92	80	501	100.20
Aceh Selatan	149	158	148	149	167	771	154.20
Aceh tenggara	210	184	185	176	209	964	192.80
Aceh Timur	322	331	326	326	296	1601	320.20
Aceh Tengah	259	217	238	250	273	1237	247.40
Aceh Barat	121	129	141	136	107	634	126.80
Aceh Besar	487	426	415	405	497	2230	446.00
Pidie	221	202	261	229	236	1149	229.80
Bireuen	347	274	395	392	383	1791	358.20
Aceh Utara	358	174	233	233	380	1378	275.60
Aceh Barat daya	214	96	160	114	103	687	137.40
Gayo Lues	155	161	161	161	131	769	153.80
Aceh tamiang	263	257	222	212	246	1200	240.00
Nagan Raya	145	148	76	76	168	613	122.60
Aceh Jaya	146	141	107	109	112	615	123.00
Bener Meriah	215	203	88	75	193	774	154.80

Lanjutan- Lampiran Jumlah Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Pidie Jaya	130	125	148	148	135	686	137.20
Banda Aceh	79	73	61	52	73	338	67.60
Sabang	25	20	22	20	23	110	22.00
Langsa	72	62	70	68	66	338	67.60
Lhokseumawe	72	77	95	67	75	386	77.20
Subulussalam	92	79	93	98	84	446	89.20
Jumlah	4323	3715	3948	3778	4181	19945	

Rasio Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019
Simeuleu	158.22	40.98	235.30	205.64	154.46
Aceh Singkil	87.32	120.81	73.65	75.61	64.46
Aceh Selatan	66.25	69.12	63.82	63.37	70.14
Aceh tenggara	104.99	89.99	88.74	82.86	96.54
Aceh Timur	79.91	80.48	77.69	76.25	67.88
Aceh Tengah	132.08	108.28	116.51	119.90	128.47
Aceh Barat	62.44	65.18	69.91	66.03	50.92

**Lanjutan-Lampiran Rasio Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di
Provinsi Aceh Tahun 2015-2019**

Aceh Besar	124.05	106.26	101.44	97.05	116.88
Pidie	52.76	47.42	60.33	52.15	53.04
Bireuen	79.72	61.76	87.15	84.90	81.21
Aceh Utara	61.31	29.32	38.67	38.11	61.35
Aceh Barat daya	152.11	66.99	109.80	76.97	68.49
Gayo Lues	176.37	179.89	176.88	173.86	139.21
Aceh tamiang	94.49	90.84	77.35	72.82	83.39
Nagan Raya	93.51	93.54	47.11	46.21	100.42
Aceh Jaya	169.01	160.92	119.40	119.67	120.57
Bener Meriah	157.14	145.11	61.74	51.69	130.25
Pidie Jaya	87.41	82.52	95.61	93.62	83.74
Banda Aceh	31.56	28.64	23.47	19.61	27.00
Sabang	75.27	59.48	64.75	57.85	65.95
Langsa	43.40	36.73	40.80	39.01	37.33
Lhokseumawe	37.62	39.45	47.74	32.96	36.20
Subulussalam	122.36	102.49	118.13	122.17	103.17

**Data Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh
Tahun 2015-2019**

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019
Simeuleu	89117	90291	91372	92393	93228
Aceh Singkil	114518	116712	119490	121681	124101
Aceh Selatan	224897	228603	231893	235115	238081
Aceh tenggara	200014	204468	208481	212417	216495
Aceh Timur	402976	411279	419594	427567	436081
Aceh Tengah	196090	200412	204273	208505	212494
Aceh Barat	193791	197921	201682	205971	210113
Aceh Besar	392584	400913	409109	417302	425216
Pidie	418882	425974	432599	439131	444976
Bireuen	435300	443627	453224	461726	471635
Aceh Utara	583892	593492	602554	611435	619407
Aceh Barat daya	140689	143312	145726	148111	150393
Gayo Lues	87881	89500	91024	92602	94100
Aceh tamiang	278324	282921	287007	291112	295011
Nagan Raya	155070	158223	161329	164483	167294
Aceh Jaya	86385	87622	89618	91087	92892

Lanjutan-Lampiran Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Bener Meriah	136821	139890	142526	145086	148175
Pidie Jaya	148719	151472	154795	158091	161215
Banda Aceh	250303	254904	259913	265111	270321
Sabang	33215	33622	33978	34571	34874
Langsa	165890	168820	171574	174318	176811
Lhokseumawe	191407	195186	198980	203284	207202
Subulussalam	75188	77084	78725	80215	81417

Lampiran IV

Variabel Output

Data Jumlah Total Lahir dan Bayi Mati Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kabupaten/Kota	2015		2016	
	Total Lahir	Bayi Mati	Total Lahir	Bayi Mati
Simeuleu	1660	38	1575	32
Aceh Singkil	2440	35	2333	38
Aceh Selatan	3872	33	3673	44
Aceh Tenggara	4826	19	4121	11
Aceh Timur	8487	87	8139	84
Aceh Tengah	4029	47	4203	42
Aceh Barat	3421	90	3467	57

Lanjutan-Lampiran Jumlah Total Lahir dan Bayi Mati Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Aceh Besar	6862	83	7624	42
Pidie	7858	155	7772	137
Bireuen	8789	105	8785	106
Aceh Utara	11779	81	11786	91
Aceh Barat daya	2723	41	2858	42
Gayo Lues	2054	29	1993	31
Aceh tamiang	5553	66	5488	63
Nagan Raya	3093	46	3028	54
Aceh Jaya	1919	37	2821	21
Bener Meriah	3252	44	3483	70
Pidie Jaya	3018	40	2987	22
Banda Aceh	5267	17	5477	24
Sabang	671	10	766	9
Langsa	3404	37	3311	36
Lhokseumawe	4116	26	4285	21
Subulussalam	1870	13	1906	31

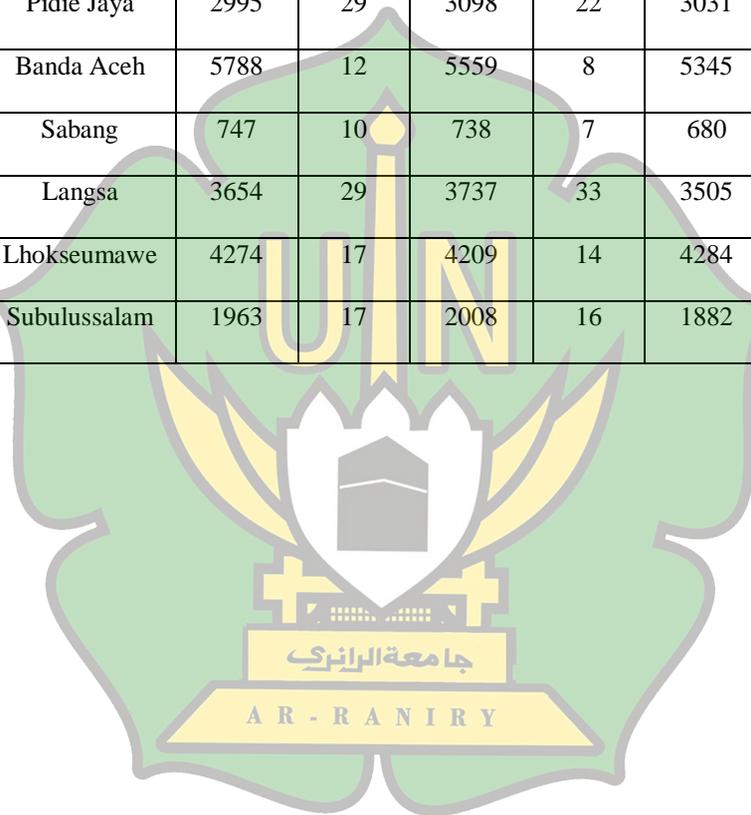
Lanjutan-Lampiran Jumlah Total Lahir dan Bayi Mati Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kabupaten/ Kota	2017		2018		2019	
	Total Lahir	Bayi Mati	Total Lahir	Bayi Mati	Total Lahir	Bayi Mati
Simeuleu	1686	32	1408	26	1560	33
Aceh Singkil	2578	36	2438	49	2337	31
Aceh Selatan	4446	35	3934	42	3710	48
Aceh tenggara	4968	4	4666	47	5002	56
Aceh Timur	8581	67	9006	67	8940	54
Aceh Tengah	4187	58	3829	65	3598	54
Aceh Barat	3554	51	3188	44	3240	31
Aceh Besar	7763	34	7610	39	7564	36
Pidie	7783	116	7873	143	7879	128
Bireuen	8856	108	8649	107	8627	121
Aceh Utara	12080	66	11742	35	11991	45
Aceh Barat daya	2769	33	2709	29	2592	22

Lanjutan-Lampiran Jumlah Total Lahir dan Bayi Mati Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Gayo Lues	1988	9	1951	7	1950	9
-----------	------	---	------	---	------	---

Aceh tamiang	5558	75	5642	46	5498	45
Nagan Raya	2955	33	3036	39	3042	60
Aceh Jaya	1875	31	1857	20	1772	14
Bener Meriah	3545	46	3054	31	2847	27
Pidie Jaya	2995	29	3098	22	3031	31
Banda Aceh	5788	12	5559	8	5345	9
Sabang	747	10	738	7	680	8
Langsa	3654	29	3737	33	3505	30
Lhokseumawe	4274	17	4209	14	4284	18
Subulussalam	1963	17	2008	16	1882	14



**Data Angka Kematian Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Aceh Tahun 2015-2019**

Kabupaten/Kota	2015	2016	2017	2018	2019	Rata-rata
	22.89	20.32	18.98	18.47	21.15	20.36
Simeuleu	14.87	17.83	11.17	12.85	19.72	15.29
Aceh Singkil	15.06	14.7	11.92	10.71	8.49	12.18
Aceh Selatan	19.73	17.63	14.9	18.16	16.25	17.33
Aceh tenggara	14.12	15.55	4.53	3.59	4.62	8.48
Aceh Timur	11.67	9.99	13.85	16.98	15.01	13.50
Aceh Tengah	11.95	12.07	12.2	12.37	14.03	12.52
Aceh Barat	12.1	5.51	4.38	5.12	4.76	6.37
Aceh Besar	6.95	16.26	8.66	7.97	7.44	9.46
Pidie	19.28	7.44	16.53	10.77	7.9	12.38
Bireuen	13.53	20.1	12.98	10.15	9.48	13.25
Aceh Utara	14.34	16.29	13.96	20.1	13.26	15.59
Aceh Barat daya	10.87	10.87	7.94	8.83	8.56	9.41
Gayo Lues	11.89	11.48	13.49	8.15	8.18	10.64
Aceh tamiang						

Lanjutan-Lampiran Angka Kematian Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

	10.25	10.32	7.81	7.44	6.04	8.37
Nagan Raya						
Aceh Jaya	13.25	7.37	9.68	7.1	10.23	9.53
Bener Meriah	26.31	16.44	14.35	13.8	9.57	16.09
Pidie Jaya	8.52	11.98	7.87	10.68	12.94	10.40
Banda Aceh	6.32	4.9	3.98	3.33	4.2	4.55
Sabang	6.88	7.72	5.46	2.98	3.75	5.36
Langsa	3.94	2.67	0.81	10.07	11.2	5.74
Lhokseumawe	14.9	11.75	13.39	9.49	11.76	12.26
Subulussalam	3.23	4.38	2.07	1.44	1.68	2.56
ACEH						10.94

جامعة الرانيري

A R - R A N I R Y

**Data Jumlah Lahir Hidup dan Ibu Mati Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019**

Kabupaten/Kota	2015		2016	
	Lahir Hidup	Ibu Mati	Lahir Hidup	Ibu Mati
Simeuleu	1647	7	1549	5
Aceh Singkil	2415	6	2314	8
Aceh Selatan	3845	2	3652	5
Aceh tenggara	4813	1	4104	5
Aceh Timur	8430	14	8073	21
Aceh Tengah	3998	7	4180	8
Aceh Barat	3381	3	3431	6
Aceh Besar	6827	6	7593	9
Pidie	7759	12	7691	9
Bireuen	8713	11	8740	11
Aceh Utara	11739	15	11734	26
Aceh Barat daya	2695	3	2840	6
Gayo Lues	2035	0	1977	2
Aceh tamiang	5513	10	5441	9
Nagan Raya	3066	4	3011	3
Aceh Jaya	1901	0	2807	6
Bener Meriah	3230	7	3456	6
Pidie Jaya	2994	3	2967	5
Banda Aceh	5257	6	5468	2
Sabang	665	2	758	1
Langsa	3386	7	3291	3
Lhokseumawe	4102	5	4282	9
Subulussalam	1855	3	1890	4

Lanjutan-Lampiran Jumlah Lahir Hidup dan Ibu Mati Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kabupaten/Kota	2017		2018		2019	
	Lahir Hidup	Ibu Mati	Lahir Hidup	Ibu Mati	Lahir Hidup	Ibu Mati
Simeuleu	1648	7	1378	7	1533	8
Aceh Singkil	2540	11	2398	8	2302	6
Aceh Selatan	4427	6	3912	3	3679	10
Aceh Tenggara	4962	1	4656	7	4996	6
Aceh Timur	8516	20	8937	11	8852	10
Aceh Tengah	4161	3	3810	3	3575	7
Aceh Barat	3502	9	3142	3	3220	8
Aceh Besar	7720	5	7580	10	7548	12
Pidie	7693	15	7796	16	7803	3
Bireuen	8794	10	8579	13	8550	16
Aceh Utara	12054	18	11702	13	11954	25
Aceh Barat daya	2754	4	2676	3	2567	3
Gayo Lues	1975	1	1940	3	1943	0
Aceh tamiang	5523	5	5610	4	5467	10
Nagan Raya	2934	5	3024	1	3021	10
Aceh Jaya	1861	4	1837	1	1765	3
Bener Meriah	3526	6	3035	6	2838	4
Pidie Jaya	2980	3	3080	7	3013	1
Banda Aceh	5780	2	5556	3	5330	2
Sabang	744	0	730	0	677	0
Langsa	3627	5	3719	9	3491	3
Lhokseumawe	4269	6	4199	5	4275	6
Subulussalam	1950	3	2000	1	1871	4

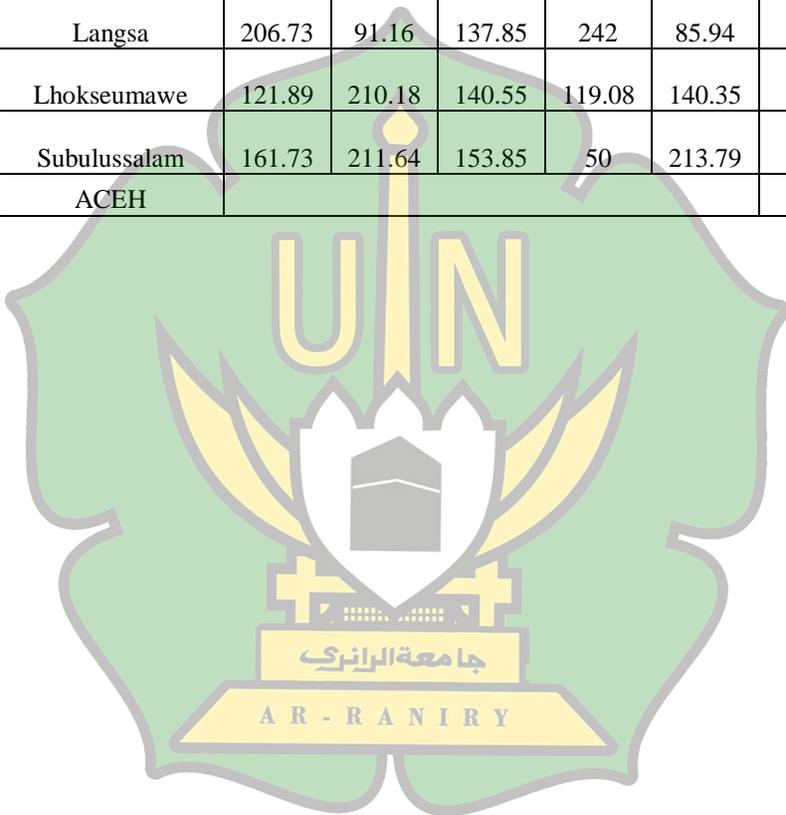
Data Angka Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Kabupaten/Kota	2015	2016	2017	2018	2019	Rata-rata
Simeuleu	425.02	322.79	424.76	507.98	521.85	440.48
Aceh Singkil	248.45	345.72	433.07	333.61	260.64	324.30
Aceh Selatan	52.02	136.91	135.53	76.69	271.81	134.59
Aceh tenggara	20.78	121.83	20.15	150.34	120.1	86.64
Aceh Timur	166.07	260.13	234.85	123.08	112.97	179.42
Aceh Tengah	175.09	191.39	72.1	78.74	195.8	142.62
Aceh Barat	88.73	174.88	257	95.48	248.45	172.91
Aceh Besar	87.89	118.53	64.77	131.93	158.98	112.42
Pidie	154.66	117.02	194.98	205.23	38.45	142.07
Bireuen	126.25	125.86	113.71	151.53	187.13	140.90
Aceh Utara	127.78	221.58	149.33	111.09	209.14	163.78
Aceh Barat daya	111.32	211.27	145.24	112.11	116.87	139.36
Gayo Lues	0	101.16	50.63	154.64	0	61.29
Aceh tamiang	181.39	165.41	90.53	71.3	182.92	138.31
Nagan Raya	130.46	99.63	170.42	33.07	331.02	152.92

Lanjutan-Lampiran Angka Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

Aceh Jaya	0	213.75	214.94	54.44	169.97	130.62
-----------	---	--------	--------	-------	--------	--------

Bener Meriah	216.72	173.61	170.16	197.69	140.94	179.82
Pidie Jaya	100.2	168.52	100.67	227.27	33.19	125.97
Banda Aceh	114.13	36.58	34.6	54	37.52	55.37
Sabang	300.75	131.93	0	0	0	86.54
Langsa	206.73	91.16	137.85	242	85.94	152.74
Lhokseumawe	121.89	210.18	140.55	119.08	140.35	146.41
Subulussalam	161.73	211.64	153.85	50	213.79	158.20
ACEH						155.12



Data Angka Harapan Hidup Provinsi Aceh Menurut Kab/Kota
Tahun 2015-2019

Kab/Kota	2015	2016	2017	2018	2019	rata-rata
Simeuleu	64.66	64.78	64.9	65	65.22	64.91
Aceh Singkil	66.97	67.02	67.07	67.16	67.36	67.12
Aceh Selatan	63.34	63.75	63.89	64.02	64.27	63.85
Aceh tenggara	67.4	67.51	67.72	67.77	68.04	67.69
Aceh Timur	68.2	68.26	68.33	68.44	68.67	68.38
Aceh Tengah	68.44	68.48	68.53	68.62	68.82	68.58
Aceh Barat	67.49	67.56	67.62	67.72	67.93	67.66
Aceh Besar	69.47	69.49	69.52	69.59	69.77	69.57
Pidie	66.46	66.52	66.58	66.68	66.89	66.63
Bireuen	70.64	70.71	70.8	70.92	71.16	70.85
Aceh Utara	68.48	68.51	68.54	68.61	68.79	68.59
Aceh Barat daya	64.2	64.35	64.51	64.65	64.91	64.52
Gayo Lues	64.77	64.88	64.98	65.12	65.38	65.03
Aceh tamiang	68.99	69.08	69.16	69.28	69.52	69.21
Nagan Raya	68.59	68.67	68.76	68.89	69.14	68.81
Aceh Jaya	66.63	66.7	66.77	66.68	67.11	66.78
Bener Meriah	68.79	68.85	68.9	68.99	69.19	68.94
Pidie Jaya	69.49	69.59	69.68	69.81	70.06	69.73
Banda Aceh	70.89	70.92	70.96	70.1	71.36	70.85
Sabang	69.93	70.01	70.09	70.21	70.45	70.14
Langsa	68.94	69	69.06	69.16	69.37	69.11
Lhokseumawe	70.96	71.04	71.14	71.27	71.52	71.19
Subulussalam	63.27	63.42	63.56	63.69	63.94	63.58
ACEH						67.89

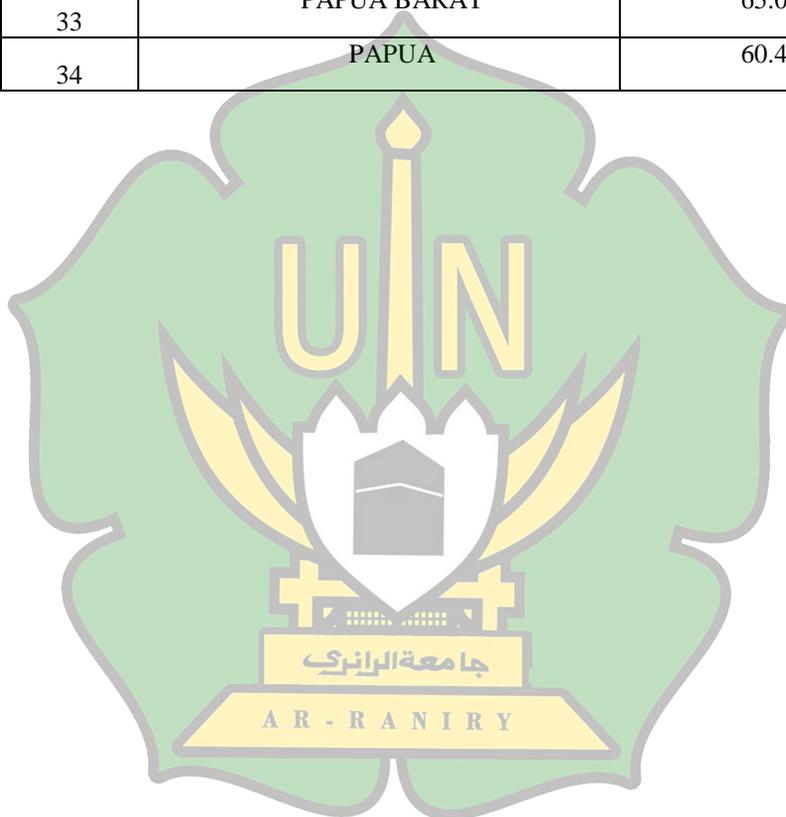
Lampiran V

Indeks Pembangunan Manusia Indonesia 2020

Tahun 2020		IPM
1	DKI JAKARTA	80.77
2	DI YOGYAKARTA	79.97
3	KALIMANTAN TIMUR	76.24
4	KEP. RIAU	75.59
5	BALI	75.5
6	SULAWESI UTARA	72.93
7	RIAU	72.71
8	BANTEN	72.45
9	SUMATERA BARAT	72.38
10	JAWA BARAT	72.09
11	ACEH	71.99
12	SULAWESI SELATAN	71.93
13	JAWA TENGAH	71.87
14	SUMATERA UTARA	71.77
15	JAWA TIMUR	71.71
16	KEP. BANGKA BELITUNG	71.47
17	SULAWESI TENGGARA	71.45
18	BENGKULU	71.4
19	JAMBI	71.29
20	KALIMANTAN TENGAH	71.05
21	KALIMANTAN SELATAN	70.91
22	KALIMANTAN UTARA	70.63
23	SUMATERA SELATAN	70.01
24	LAMPUNG	69.69
25	SULAWESI TENGAH	69.55
26	MALUKU	69.49
27	GORONTALO	68.68
28	MALUKU UTARA	68.49

Lanjutan-Lampiran V

29	NUSA TENGGARA BARAT	68.25
30	KALIMANTAN BARAT	67.66
31	SULAWESI BARAT	66.11
32	NUSA TENGGARA TIMUR	65.19
33	PAPUA BARAT	65.09
34	PAPUA	60.44



Lampiran VI

Hasil Metode Data Analysis Envelopment (DEA)

Nilai Efisiensi Teknis Biaya Urusan Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

No	Kabupaten/Kota	Efisiensi Biaya						Rata-rata Efisiensi
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1	Simeuleu	1,00 0	1,00 0	0,29 9	1,00 0	1,00 0	1,00 0	0,883
2	Aceh Singkil	0,49 6	0,55 0	0,82 8	0,47 7	0,51 6	0,58 1	0,575
3	Aceh Selatan	0,34 6	0,40 9	0,42 8	0,32 9	0,42 5	0,64 8	0,431
4	Aceh Tenggara	0,55 2	0,60 1	0,54 1	0,40 5	0,43 4	0,63 0	0,527
5	Aceh Timur	0,39 1	0,46 2	0,44 4	0,37 2	0,42 3	0,52 1	0,436
6	Aceh Tengah	0,61 9	0,78 7	0,66 3	0,56 0	0,73 0	0,94 8	0,718
7	Aceh Barat	0,39 6	0,39 1	0,43 7	0,37 5	0,41 1	0,54 0	0,425
8	Aceh Besar	0,60 8	0,74 4	0,66 7	0,45 8	0,51 3	0,76 2	0,625
9	Pidie	0,31 5	0,31 7	0,29 5	0,31 4	0,42 0	0,42 6	0,348
10	Bireuen	0,54 0	0,49 6	0,41 1	0,42 1	0,48 8	0,69 5	0,509
11	Aceh Utara	0,24 7	0,37 5	0,21 3	0,21 4	0,24 3	0,46 1	0,292
12	Aceh Barat Daya	0,37 2	0,95 9	0,47 2	0,53 4	0,48 9	0,57 8	0,567
13	Gayo Lues	1,00 0	1,00 0	1,00 0	0,83 5	0,99 7	0,99 9	0,972
14	Aceh Tamiang	0,49 1	0,58 1	0,59 1	0,37 0	0,40 7	0,55 2	0,499
15	Nagan Raya	0,53 9	0,56 5	0,60 0	0,28 3	0,37 6	0,70 4	0,511
16	Aceh Jaya	0,70 7	1,00 0	1,00 0	0,60 6	0,84 9	1,00 0	0,860

Lanjutan-Lampiran VI

17	Bener Meriah	0,696	1,000	1,000	0,383	0,487	0,859	0,738
18	Pidie Jaya	0,457	0,636	0,712	0,699	0,690	0,702	0,649
19	Banda Aceh	0,700	0,361	0,255	1,000	1,000	0,490	0,634
20	Sabang	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
21	Langsa	0,444	0,398	0,402	0,403	0,429	0,492	0,428
22	Lhokseumawe	0,295	0,397	0,673	0,454	0,333	0,740	0,482
23	Subulussalam	0,660	0,812	0,751	0,645	0,696	0,803	0,728
	Rata-rata	0,560	0,645	0,595	0,528	0,581	0,701	
	Maksimum	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	Minimum	0,247	0,317	0,213	0,214	0,243	0,426	
	Standar Deviasi	0,219	0,249	0,249	0,234	0,238	0,190	



Nilai Efisiensi Teknis Sistem Urusan Kesehatan Pemerintah
Daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh Tahun 2015-2019

No	Kabupaten/Kota	Efisiensi Sistem						Rata-rata Efisiensi
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1	Simeuleu	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,000
2	Aceh Singkil	1,00 0	0,97 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	0,995
3	Aceh Selatan	1,00 0	0,88 7	0,91 6	0,90 7	0,91 2	0,94 2	0,927
4	Aceh Tenggara	1,00 0	0,99 3	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	0,999
5	Aceh Timur	1,00 0	0,96 8	0,99 5	1,00 0	0,96 5	0,98 2	0,985
6	Aceh Tengah	0,97 9	0,96 5	0,97 2	0,97 2	1,00 0	0,99 4	0,980
7	Aceh Barat	0,97 3	0,94 4	0,97 2	0,98 4	0,97 0	1,00 0	0,974
8	Aceh Besar	0,99 8	0,97 2	0,97 2	1,00 0	0,98 8	0,99 6	0,988
9	Pidie	0,97 0	0,94 0	0,96 0	0,96 7	0,96 2	1,00 0	0,967
10	Bireuen	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,000
11	Aceh Utara	1,00 0	0,95 9	1,00 0	1,00 0	1,00 0	1,00 0	0,993
12	Aceh Barat Daya	1,00 0	0,90 1	0,92 3	0,92 1	1,00 0	0,94 1	0,948
13	Gayo Lues	0,92 6	0,91 5	0,91 6	0,91 5	0,91 8	0,91 5	0,918
14	Aceh Tamiang	0,99 1	0,98 5	0,98 1	0,98 4	0,97 9	1,00 0	0,987
15	Nagan Raya	0,98 0	0,97 3	1,00 0	0,98 8	0,97 2	1,00 0	0,986
16	Aceh Jaya	1,00 0	0,94 4	0,95 0	0,95 9	0,94 4	0,93 9	0,956
17	Bener Meriah	0,98 6	1,00 0	0,98 6	0,98 9	1,00 0	0,98 3	0,991
18	Pidie Jaya	0,98 2	0,97 2	0,99 2	0,98 6	1,00 0	1,00 0	0,989

Lanjutan-Lampiran VI

19	Banda Aceh	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
20	Sabang	0,993	1,000	0,986	0,986	0,986	0,972	0,987
21	Langsa	0,976	1,000	0,975	0,990	1,000	1,000	0,990
22	Lhokseumawe	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
23	Subulussalam	0,918	0,897	0,916	0,906	0,901	0,909	0,908
	Rata-rata	0,986	0,965	0,974	0,976	0,978	0,981	
	Maksimum	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	Minimum	0,918	0,887	0,916	0,906	0,901	0,909	
	Standar Deviasi	0,023	0,036	0,030	0,032	0,031	0,030	

