

PENGARUH KETIMPANGAN PENDAPATAN, PENDAPATAN PER KAPITA, DAN PENGELUARAN PEMERINTAH DI BIDANG KESEHATAN TERHADAP SEKTOR KESEHATAN DI INDONESIA

Uswatun Hasanah¹

H. Ahmadi²

^{1,2}Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Airlangga

¹E-mail: uswatunhasanah07059@gmail.com

Abstract

Human resource is one of capital importance in the development of a nation. One of the important aspects that affect human resources are a public health level, where health sector has an important role. The status of one's health is the result of the interaction of various factors, namely internal and external factors. Internal factors consist of physical and psychological factors, while external factors consist of economic factors, education, environment and culture

This research aims to examine and analyze the effect of income inequality as measured by the Gini Ratio against the health sector as measured by life expectancy in Indonesia in 2005-2013. On the research of regression equation using data panels with Random Effects Model approach. The results of this research is the inequality of income, per capita income, and Government expenditure in the health effect simultaneously against health sector in Indonesia in 2005-2013 and is partial, inequality of income, per capita income, and Government expenditure in the health sector impact health sector in Indonesia in 2005-2013.

Keywords : *Health sector, income inequality, income per capita, Government expenditure in health sector.*

Research Area: *Indonesia*

Pendahuluan

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu modal penting dalam pembangunan suatu bangsa, sehingga mutu dari sumber daya manusia perlu mendapatkan perhatian khusus. Salah satu aspek penting yang mempengaruhi sumber daya manusia adalah sektor kesehatan (Pradono & Suliystyowati, 2013). Aspek pembangunan manusia ini dapat dilihat dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks Pembangunan Manusia ini merupakan salah satu alternatif pengukuran pembangunan selain menggunakan *Gross Domestic Bruto*. Nilai IPM suatu negara atau wilayah menunjukkan seberapa jauh negara atau wilayah itu telah mencapai sasaran yang ditentukan yaitu angka harapan hidup, pendidikan dasar bagi semua lapisan masyarakat (tanpa kecuali), dan tingkat pengeluaran dan konsumsi yang telah mencapai standar hidup yang layak (Mantra, 2003:111).

Tingkat kesehatan dalam Indeks Pembangunan Manusia dalam hal ini diukur dengan angka harapan hidup. Angka harapan hidup pada suatu usia adalah sebagai rata-rata jumlah umur atau tahun kehidupan yang masih dijalani seseorang dan telah berhasil mencapai umur tertentu dengan tepat dalam situasi mortalitas yang berlaku dilingkungan masyarakatnya (Mantra, 2003:111). Angka harapan hidup dapat diukur menurut jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan yang merupakan indikator dari Indeks Pembangunan Gender. Indeks pembangunan gender memiliki tiga indikator yaitu indikator panjang umur dan sehat,

indikator pengetahuan , dan indikator kehidupan yang layak pada laki-laki dan perempuan (UNDP, 2010).

Pendapatan perkapita, distribusi pendapatan dan ketimpangan pendapatan merupakan determinan ekonomi dari kesehatan. Ketimpangan pendapatan menunjukkan perbedaan antara desil terkaya dan termiskin di masyarakat yang dipengaruhi oleh struktural ekonomi dan kondisi sosial di masyarakat. Menurut penelitian Elnaz dan Javad (2014) Ketimpangan pendapatan dan kesehatan memiliki hubungan satu sama lain, dimana ketika terjadi penurunan ketimpangan pendapatan akan menyebabkan peningkatan pendapatan untuk individu atau rumah tangga, sehingga mampu meningkatkan kesehatan masyarakat yang memberikan konteks yang penting untuk pembangunan ekonomi di suatu negara. (Elnaz dan Javad, 2014).

Pendapatan masyarakat sebagai indikator ekonomi yang memegang peranan penting dalam pertumbuhan ekonomi selain sebagai penunjang pertumbuhan ekonomi, pendapatan juga diindikasikan sebagai penunjang peningkatan kesehatan masyarakat. Peningkatan pendapatan per kapita masyarakat ditujukan dengan kenaikan Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita. Meningkatnya pendapatan masyarakat juga dapat meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, karena dengan semakin meningkatnya pendapatan biasanya juga diikuti dengan peningkatan daya beli dan konsumsi, termasuk konsumsi terhadap makanan yang bergizi serta peningkatan kemampuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas (Erythryna,2002:20). Meningkatnya kesehatan, masyarakat dapat terhindar dari resiko morbiditas dan akan memiliki harapan hidup yang lebih panjang.

Seiring dengan meningkatnya kegiatan pemerintah, maka tentunya diperlukan dana yang besar sebagai bentuk pengeluaran dari segala kegiatan pemerintah. Pengeluaran pemerintah dapat digunakan sebagai cerminan kebijakan yang di ambil oleh pemerintah dalam suatu wilayah. Kebijakan pemerintah dalam tiap pembelian barang dan jasa guna pelaksanaan suatu program mencerminkan besarnya biaya yang akan dikeluarkan pemerintah untuk melaksanakan program tersebut. Pengeluaran pemerintah digunakan untuk membiayai sektor-sektor publik yang penting, diantara kesemua sektor publik saat ini yang menjadi prioritas pemerintah dalam mencapai pembangunan kualitas sumber daya manusia dalam kaitannya yang tercermin dari indeks pembangunan manusia adalah investasi pada sektor pendidikan dan sektor kesehatan selain pendapatan (Usmaliadanti, 2011).

Adapun penelitian yang dilakukan oleh Pajouyan dan Vaezi (2009) yang bertujuan menganalisis hubungan ketimpangan pendapatan dan kesehatan untuk 30 provinsi di Iran selama 1982-2006 dengan menggunakan data panel dan *fixed effect metode*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesehatan masyarakat di Iran dipengaruhi oleh ketimpangan pendapatan dan memiliki hubungan negatif antara keduanya. Menurut hasil penelitian Chrisdyastuti (2010) menunjukkan bahwa pendapatan per kapita di Jawa Timur tahun 2000-2007 berhubungan positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup kemudian tingkat pendidikan juga berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup.

Kesehatan merupakan salah satu indikator utama dalam kesejahteraan sosial. Pandangan kesehatan saat ini menjadi lebih luas dengan difokuskan pada faktor-faktor penentu non medis kesehatan sedangkan faktor medis secara langsung dapat mempengaruhi satu sama lain dengan sektor kesehatan. Hal ini berarti bahwa determinan kesehatan sosial seperti, pendapatan, tingkat pendidikan, dan nutrisi juga memiliki peran utama dalam kesehatan. Pada penelitian ini memasukan faktor – faktor ekonomi seperti, ketimpangan pendapatan, pendapatan perkapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan yang dianggap dapat mempengaruhi kesehatan di Indonesia. Penelitian ini mengkaji dan

memberikan relevansi sebuah kebijakan pada sektor kesehatan di Indonesia serta variabel-variabel yang memengaruhinya.

Berdasarkan uraian sebelumnya, akan dilakukan penelitian mengenai kesehatan di Indonesia tahun penelitian 2005-2013 dengan mengacu penelitian yang dilakukan oleh Elnaz dan Javad (2014) dengan judul **"Pengaruh Ketimpangan Pendapatan, Pendapatan Per Kapita, Pengeluaran Pemerintah di Bidang Kesehatan terhadap Sektor Kesehatan di Indonesia tahun 2005 hingga 2013"**

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah pengaruh ketimpangan pendapatan, tingkat pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara simultan terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005-2013?
2. Apakah pengaruh ketimpangan pendapatan, tingkat pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara parsial terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005-2013?

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Menguji dan menganalisis pengaruh ketimpangan pendapatan, tingkat pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara simultan terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005-2013.
2. Menguji dan menganalisis pengaruh ketimpangan pendapatan, tingkat pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara parsial terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005-2013.

Landasan Teori

Definisi Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam sumber daya manusia, yang merupakan modal penting dalam pembangunan suatu bangsa. Kualitas sumber daya manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti tingkat pendidikan, gaya hidup, lingkungan, dan kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan yang mendasar untuk pembangunan manusia agar setiap individu dapat melakukan aktivitasnya secara produktif dengan kata lain kesehatan adalah salah satu faktor utama yang mempengaruhi produktivitas individu (Elnaz dan Javad, 2014).

Kesehatan adalah bagian dari modal manusia agar dia bisa bekerja dan berfikir secara produktif. Stephen Covey (1990) dalam bukunya yang berjudul *Seven Habits of Highly Effective People*, mengatakan bahwa kesehatan adalah bagian dari kehidupan yang harus selalu dijaga dan ditingkatkan kualitasnya sebagai pendukung manusia yang efektif. Oleh sebab itu, perbaikan gizi dan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan produktivitas kerja. Investasi yang dilaksanakan untuk perbaikan gizi dan kesehatan dapat dipandang sebagai salah satu aspek modal manusia (Simanjuntak, 1998:83).

Hubungan Ketimpangan Pendapatan terhadap Sektor Kesehatan

Pendapatan per kapita merupakan salah satu indikator kesejahteraan sosial dan peningkatan pendapatan saja tidak akan meningkatkan kesejahteraan sosial dan ekonomi, kecuali distribusi pendapatan dilakukan dengan baik. Indikator ketimpangan pendapatan merupakan salah satu indikator yang paling penting dari distribusi pendapatan. Ketimpangan pendapatan adalah aspek negatif dari distribusi pendapatan, yang berarti bahwa indikator ketimpangan pendapatan menunjukkan pendapatan yang tidak tepat distribusinya pada masyarakat (Raghfar, 2007).

Menurut Bank Dunia dalam Tambunan (2003), kemiskinan relatif adalah perhitungan kemiskinan yang didasarkan pada proporsi distribusi pendapatan dalam suatu negara. Menyusun ukuran kemiskinan relatif yang sekaligus digunakan untuk mengukur distribusi pendapatan yaitu dengan membagi penduduk menjadi tiga kelompok yaitu; kelompok 40% penduduk berpendapatan rendah, 40% penduduk berpendapatan menengah dan 20% penduduk berpendapatan tinggi. Menurut Todaro (2005) bahwa kemiskinan relatif adalah suatu ukuran mengenai kesenjangan distribusi pendapatan, biasanya dapat didefinisikan di dalam kaitannya tentang tingkat rata-rata dari distribusi pendapatan. Definisi ketimpangan pendapatan adalah perbedaan distribusi pendapatan secara nasional, regional, sektoral, dan antar golongan masyarakat selama waktu tertentu. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ketimpangan pendapatan dapat diartikan sebagai kemiskinan relatif dimana perbedaan distribusi pendapatan pada golongan masyarakat.

Menurut Lincoln (1999) menjelaskan bahwa intervensi dari pemerintah untuk memperbaiki kesehatan juga merupakan salah satu alat kebijakan penting untuk mengurangi kemiskinan. Salah satu faktor yang mendasari kebijakan ini adalah perbaikan kesehatan golongan miskin untuk meningkatkan produktifitas, kesehatan yang lebih baik akan meningkatkan daya kerja. Menurut Elnaz dan Javad (2014) mengemukakan bahwa, untuk meningkatkan kesehatan tidak hanya mengandalkan sistem perawatan primer saja, tetap fokus pada kondisi ketimpangan pendapatan, seperti pemerataan distribusi pendapatan akan menyebabkan peningkatan taraf hidup penduduk secara besar melalui peningkatan kesehatan, gizi dan pendidikan yang akan menghasilkan peningkatan dalam efisiensi dalam produksi dan meningkatkan motivasi mereka untuk berpartisipasi dalam program ekonomi dan sosial di masyarakat. Oleh karena itu, ketimpangan pendapatan memiliki hubungan terhadap status kesehatan.

Hubungan Pendapatan Perkapita terhadap Sektor Kesehatan

Pendapatan per kapita adalah salah satu indikator penting untuk mengetahui tingkat pencapaian pembangunan di suatu daerah dalam periode tertentu, selain itu pendapatan perkapita dinilai dapat membantu suatu daerah mengejar pertumbuhan sebagai sasaran utama kegiatan ekonomi dan strategi terbaik untuk pembangunan (Sant'Ana, 2008). Semakin tinggi pendapatan per kapita suatu wilayah maka semakin baik tingkat perekonomian wilayahnya yang juga mencerminkan semakin baiknya kesejahteraan penduduknya. Jika pendapatan per kapita meningkat maka daya beli masyarakat untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari juga meningkat khususnya dalam memperbaiki gizi dan nutrisi yang lebih sehat dan baik, oleh karena itu, kesehatan pada masyarakat akan meningkat sehingga sektor kesehatan di Indonesia juga akan meningkat.

Menurut Ananta dan Sirait (1993:106) bahwa orang yang makin tinggi pendapatannya cenderung mengubah permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan, yaitu dari yang bermutu

rendah ke yang bermutu tinggi. Mutu yang tinggi ini diukur dengan harga yang lebih mahal, artinya tempat perawatannya nyaman, waktu pelayanannya cepat, dan fasilitasnya lengkap. Hal ini didukung dari hasil penelitian Elnaz dan Javad (2014) bahwa pendapatan per kapita berpengaruh positif terhadap status kesehatan. Jika pendapatan per kapita yang meningkat maka status kesehatan juga meningkat dan tingkat harapan hidup juga meningkat. Menurut penelitian Ananta (2013) bahwa PDRB per kapita berpengaruh secara positif terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Lampung. Peningkatan PDRB per kapita akan langsung dirasakan masyarakat manfaatnya untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Saat sedang sakit bisa langsung berobat ke dokter ataupun rumah sakit serta dapat meningkatkan perawatan kesehatan yang bermutu rendah ke tinggi.

Hubungan Pengeluaran Pemerintah di Bidang Kesehatan terhadap Sektor Kesehatan

Pemerintah sebagai pemegang peran penting dalam setiap hajat hidup masyarakat Indonesia perlu melakukan kajian yang mendalam dalam setiap kebijakannya agar setiap output yang dihasilkan dan diharapkan dapat tepat sasaran dan memberikan pengaruh nyata terhadap masyarakat. Kebijakan yang tidak tepat sasaran melalui kebijakan alokasi dana tiap sektor yang menyangkut kebutuhan masyarakat luas yang seharusnya perlu diberikan porsi lebih dalam alokasi anggaran pemerintah, kebijakan pemerintah menyangkut sektor pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial. Sektor-sektor tersebutlah masyarakat dapat merasakan secara langsung dampak dari kebijakan pemerintah, khususnya pada sektor kesehatan. Menurut Tambunan (2000:45) bahwa terdapat tiga instrumen alokasi anggaran pemerintah yaitu ; subsidi langsung atau subsidi individu, subsidi harga dan pengeluaran langsung pemerintah terhadap pelayanan publik dan infrastruktur terutama dalam kesejahteraan, kesehatan dan pendidikan. Jika pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan meningkat maka status kesehatan masyarakat akan juga semakin meningkat dimana program-program yang dibuat pemerintah semakin banyak dan fasilitas kesehatan masyarakat semakin baik dan tepat sasaran. Meningkatnya kesehatan masyarakat akan dapat meningkatkan harapan hidup yang lebih panjang.

Selain itu menurut Rostow bahwa pemerintah melakukan pembangunan dengan tiga tahap yaitu Pada tahap awal terjadinya perkembangan ekonomi, presentase investasi pemerintah terhadap total investasi besar karena pemerintah harus menyediakan fasilitas dan pelayanan seperti pendidikan, kesehatan, transportasi. Pada tahap menengah terjadinya pembangunan ekonomi, investasi pemerintah masih diperlukan untuk untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi agar dapat semakin meningkat, tetapi pada tahap ini peranan investasi swasta juga semakin besar. Pada tingkat ekonomi selanjutnya, Rostow mengatakan bahwa aktivitas pemerintah beralih dari penyediaan prasarana ke pengeluaran-pengeluaran untuk aktivitas sosial seperti kesejahteraan hari tua, program pelayanan kesehatan masyarakat (Mangkoesoebroto, 1993:170).

Menurut penelitian Ranis dkk (2000), bahwa pembangunan manusia yang diwakili oleh angka harapan hidup secara signifikan dipengaruhi belanja pemerintah untuk pelayanan bidang sosial (pendidikan dan kesehatan). Menurut Ananta (2013) bahwa pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh positif terhadap pembangunan manusia. Guna untuk meningkatkan pembangunan manusia, pemerintah perlu melakukan peningkatan pada anggaran khususnya pada sektor kesehatan. Realisasi anggaran yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk sektor kesehatan akan meningkatkan kesehatan dan produktifitas individu. Realisasi dana itu dialokasikan salah satunya untuk meningkatkan dan memperbanyak

fasilitas kesehatan bagi masyarakat, seperti Puskesmas, Puskesmas Rawat Inap dan Puskesmas Keliling.

Hipotesis dan Model Analisis

Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara atas masalah yang telah dirumuskan, oleh karena itu masih memerlukan pengujian untuk membuktikan kebenarannya. Beberapa hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah :

1. Ketimpangan pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh secara simultan terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005-2013.
2. Ketimpangan pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh secara parsial terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005-2013.

Model Analisis

Bedasarkan hipotesis di atas, dalam penelitian ini digunakan analisis regresi linier berganda pada data panel untuk menjelaskan hubungan antara variabel dependen dan independen. Adapun model tersebut adalah sebagai berikut:

$$\ln H_{it} = \alpha + \beta_1 GI_{1it} + \beta_2 \ln PDRBKAP_{2it} + \beta_3 \ln PKES_{3it} + e_{it} \quad (1)$$

Dimana:

H_{it}	= Angka Harapan Hidup di Provinsi i pada periode t
GI_{1it}	= Gini Rasio di Provinsi i pada periode t
$PDRBKAP_{2it}$	= PDRB per kapita di provinsi i pada periode t
$PKES_{3it}$	= Pengeluaran pemerintah dalam sektor kesehatan di provinsi i pada periode t
α	= Intersep konstanta Regresi
β	= Tingkat Elastisitas kontribusi variabel independen terhadap variabel dependen
e	= error term
i	= indikasi data <i>cross section</i>
t	= indikasi data <i>time series</i>

METODE PENELITIAN

Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif memaparkan tentang pengukuran data dan pengujian hipotesis. Pendekatan kuantitatif dinilai mampu memberi keterangan, menjekaskan suatu kejadian lebih terukur, serta lebih mengarah pada hasil generalisasi yang disertai dengan adanya bukti-bukti yang sesuai. Pendekatan kuantitatif ini menggunakan metode regresi data panel dimana data

yang digunakan memiliki tahun periode dari 2005-2013 dan menggunakan alat bantu Stata 13.0 untuk menganalisis data tersebut.

Definisi Operasional

Definisi Operasional merupakan unsur penelitian yang memberitahukan pengukuran yang diteliti. Berikut adalah penjelasan terkait variabel yang digunakan didalam penelitian ini:

A Variabel dependen

Sektor Kesehatan dalam penelitian ini diukur dengan Angka Harapan Hidup setiap provinsi di Indonesia adalah angka yang menunjukkan perkiraan rata-rata lamanya hidup dari lahir yang mungkin akan dicapai oleh penduduk pada setiap provinsi di Indonesia. Selain sebagai indikator untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, angka harapan hidup juga merupakan indikator pembangunan sosial ekonomi suatu wilayah. Variabel Angka Harapan Hidup disajikan di Indonesia pada periode 2005-2013 dalam hitungan tahun. Data ditransformasi dalam ln.

B Variabel Independen

1. Ketimpangan Pendapatan dalam hal ini diukur dengan Indeks Gini. Indeks Gini setiap provinsi di Indonesia adalah ukuran pemerataan pendapatan yang di hitung berdasarkan kelas pendapatan. Variabel Indeks Gini disajikan di Indonesia pada periode 2005-2013 dalam hitungan rasio.
2. Pendapatan perkapita dalam penelitian ini diukur dengan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) perkapita atas dasar harga konstan tahun 2000. PDRB merupakan nilai tambah barang dan jasa yang dihasilkan oleh penduduk suatu wilayah tertentu dalam satu tahun pada harga yang sama. PDRB per kapita diperoleh dengan membagi PDRB harga konstan dengan jumlah penduduk yang tinggal di suatu wilayah di Indonesia tahun 2005-2013. Data ditransformasi dalam ln.

$$\text{PDRB per kapita} = \frac{\text{PDRB atas dasar harga konstan}}{\text{Jumlah Penduduk}}$$

3. Pengeluaran pemerintah dalam bidang kesehatan, merupakan besarnya belanja pemerintah di bidang kesehatan pada lingkup provinsi yang ditunjukkan dalam anggaran pengeluaran belanja daerah (APBD) sektor kesehatan tahun anggaran 2000. Dalam penelitian ini digunakan data tahunan di Indonesia tahun 2005-2013 yang ditransformasi dalam ln.

Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data panel yang merupakan gabungan dari *data cross section* dan *time series*. *Data cross section* yaitu data dari 33 Provinsi di Indonesia dan data *time series* dari tahun 2005-2013. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data ini dapat diperoleh dari berbagai instansi yang terkait dengan permasalahan penelitian seperti BPS (Badan Pusat Statistik), Kementerian

Keuangan Republik Indonesia maupun Departemen Terkait serta literature-literatur tertulis baik yang diperoleh dari internet. Adapun jenis data dalam penelitian berikut antara lain :

1. Data Angka Harapan Hidup (*Life Expectancy at Birth*) yang diperoleh dari katalog BPS yang berjudul Indeks Pembangunan Manusia 2005-2013.
2. Data Ketimpangan Pendapatan dalam hal ini diukur dengan Gini Ratio di setiap provinsi di Indonesia periode 2005-2013 yang diperoleh melalui katalog BPS yang berjudul Indikator Kesejahteraan di Indonesia tahun 2005-2013.
3. Data Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita di setiap provinsi di Indonesia periode 2005-2013 yang diperoleh dari Produk Domestik Regional Bruto Atas Harga Konstan 2000 yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia.
4. Data pengeluaran pemerintah dalam bidang kesehatan yang berupa data APBD tahun anggaran 2000 diperoleh melalui website Kementerian Keuangan Indonesia yang diakses online di www.djpk.kemenkeu.go.id

Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur yang dipakai dalam pengumpulan data adalah melalui metode dokumenter. Metode dokumenter merupakan teknik untuk mendapatkan informasi melalui catatan, literatur, dokumentasi dan lain-lain yang masih relevan dengan penelitian ini. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dalam bentuk tahunan dari Badan Pusat Statistik. Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan *StataMP 13* dan selanjutnya dibuktikan dari teori-teori dan penelitian sebelumnya serta dianalisis.

Teknik Analisis

Penelitian ini menggunakan estimasi data panel . Metode regresi data panel terdiri dari tiga metode yaitu PLS (*Pooled Least Square*), FEM (*Fixed Effect Model*), dan REM (*Random Effect Model*). Dari ketiga pendekatan tersebut akan dipilih pendekatan mana yang paling sesuai. Untuk memilih model regresi data panel dilakukan dua pengujian yaitu uji F dan uji Hausman. Uji F digunakan untuk memilih antara model PLS (*Pooled Least Square*) dan model FEM (*Fixed Effect Model*) dan uji Hausman digunakan untuk memilih antara model FEM (*Fixed Effect Model*) atau REM (*Random Effect Model*).

Pengolahan Data

Ada tiga teknik estimasi model regresi data panel yang dapat digunakan yaitu model *Pooled Least Square* (PLS), *Fixed Effect Model* (FEM), *Random Effect Model* (REM). Untuk menentukan teknik yang paling tepat digunakan dalam mengestimasi regresi data panel akan dilakukan tiga uji. Pertama uji statistik F digunakan untuk memilih antara metode *Pooled Least Square* (PLS) atau *Fixed Effect Model* (FEM). Kedua, uji *Langrange Multiplier* (LM) digunakan untuk memilih antara *Pooled Least Square* (PLS) atau *Random Effect Model* (REM). Ketiga menggunakan uji Hausman untuk memilih antara *Fixed Effect Model* (FEM) atau *Random Effect Model* (REM). Pengujian data – data tersebut menggunakan bantuan perangkat lunak berupa STATA13 dan *microsoft excel*.

Hasil dan Pembahasan

Deskripsi Hasil Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menguji dan menganalisis pengaruh variabel kesehatan, ketimpangan pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan baik secara simultan maupun parsial. Variabel – variabel ini terbagi atas dua jenis variabel yaitu variabel bebas (*Independent variable*) dan variabel terikat (*Dependent variable*). Dalam penelitian ini, variabel bebas (*Independent variable*) yang digunakan adalah ketimpangan pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan sedangkan variabel terikat (*Dependent variable*) yang digunakan adalah sektor kesehatan di Indonesia periode tahun 2005 – 2013.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data panel. Data panel merupakan gabungan antara data *time series* dan *cross section*. Berdasarkan teknik estimasi data panel, model regresi data panel dilakukan dengan menggunakan tiga metode, yaitu : metode *Pooled Least Square* (PLS), *Fixed Effect Model* (FEM) dan *Random Effect Model* (REM). Dari ketiga metode data panel yang tersedia, akan ditentukan metode data panel yang paling sesuai untuk digunakan dalam penelitian ini. Untuk menentukan metode data panel yang paling sesuai untuk penelitian ini, maka akan dilakukan beberapa pengujian. Pertama yang dilakukan adalah uji *F Restricted*, uji *Lagrange Multiplier*, dan Uji hausmann (*Hausmann Test*). Uji ini dilakukan untuk menentukan model terbaik.

Analisis Model dan Pembuktian Hipotesis

Pemilihan Model Estimasi

Berdasarkan teknik estimasi, model regresi data panel dapat diestimasi dengan menggunakan tiga metode estimasi, yaitu *Pooled Least Square* (PLS), *Fixed Effect Model* (FEM), dan *Random Effect Model* (REM). Ada tiga uji yang dilakukan pada penelitian ini untuk memilih model estimasi terbaik pada regresi data panel. Pertama uji *F Restricted* untuk memilih model PLS atau FEM. Kedua, apabila uji tersebut menolak model FEM maka harus dilakukan uji *Breusch–Pagan Lagrange Multiplier* (LM Test) untuk memilih model PLS atau REM. Ketiga, uji *Hausman* dilakukan apabila uji pertama atau kedua menolak model PLS. Uji *Hausman* dilakukan untuk memilih model FEM atau REM.

Hasil estimasi uji *F Restricted* yang digunakan untuk menentukan metode estimasi terbaik antara PLS dan FEM dengan melihat nilai probabilitas F yang paling bawah pada hasil *output* FEM sebagaimana tertera pada Tabel 1 menunjukkan Nilai Prob > F sebesar 0,0000 kurang dari α (5%), sehingga H_0 (PLS) ditolak dan model estimasi terbaik sementara yang digunakan adalah model FEM.

Tabel 1
Hasil Uji *F Restricted*

Fixed-Effect (within) regression
Prob > F = 0,0000

Sumber : Hasil Output Stata 13

Selanjutnya dilakukan uji *Lagrange Multiplier* untuk memilih antara metode PLS dan REM dengan Hipotesis H_0 = metode yang digunakan adalah PLS dan H_1 = metode yang digunakan adalah REM. Kriteria pengambilan keputusan yaitu jika F-hitung lebih besar dari F-Tabel (F-hitung > F-Tabel), maka H_0 ditolak. Dalam hal ini metode yang digunakan adalah metode REM. Jika signifikansi < 0,05 maka H_1 diterima dan menggunakan metode REM.

Tabel 2
Uji Lagrange Multiplier

Chibar (01)	1099.18
Prob > Chibar2	0.0000

Sumber : Hasil Output Stata 13

Karena Uji kedua dan pertama sama-sama menolak model PLS maka selanjutnya dilakukan Uji *Hausman* untuk menentukan estimasi terbaik antara model REM dan FEM. H_0 = metode yang digunakan adalah REM, sedangkan H_1 = model yang digunakan adalah FEM. Hasil Uji Hausman seperti yang tertera pada Tabel 3 menunjukkan nilai probabilitas > *chi-square* = 0,524 dari α (5%), sehingga H_0 (REM) diterima dan model estimasi terbaik yang digunakan adalah model REM.

Tabel 3
Hasil Uji Hausman

Hausman FEM, REM
Prob > Chi2 = 0.524

Sumber : Hasil Output Stata 13

Berdasarkan hasil pengujian, REM dipilih sebagai model terbaik untuk mengestimasi pengaruh variabel ketimpangan pendapatan, pendapatan perkapita, pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan terhadap kesehatan di seluruh provinsi di Indonesia periode 2005 hingga 2013. Hasil dari pengolahan model estimasi REM dapat dilihat pada Tabel 4 sebagai berikut:

Tabel 4
Hasil Estimasi REM

R-Square	Numb. Of Observation = 297			
Within : 0,7250	Numb. Of Groups = 33			
Between : 0,2169	F (3,260) = 693.35			
Overall : 0,2420	Prob > F = 0,0000			
Variabel	Coef,	Std. Error	T	Prob
Ketimpangan Pendapatan	0.020449	0.0122204	1.67	0.094
Pendapatan Perkapita	0.0456149	0.0036728	12.42	0.000
Pengeluaran	0.0002214	0.0000467	4.74	0.000

Pemerintah di Bidang Kesehatan				
Const.	3.814957	0.0306298	124.55	0.000

Sumber : Hasil Output Stata 13

Hasil estimasi model REM menunjukkan bahwa terdapat dua variabel signifikan dengan tingkat kesalahan tertinggi 5 persen dan satu variabel yang menunjukkan tidak signifikan. Hasil uji F menunjukkan bahwa model signifikan dengan tingkat kesalahan (probabilitas) hampir mendekati 0%. Selanjutnya, model menunjukkan nilai koefisien determinasi sebesar 72,50 %.

Pembuktian Hipotesis

Berdasarkan analisis regresi data panel yang telah dilakukan, maka pembuktian hipotesis dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hipotesis yang pertama, variabel ketimpangan distribusi pendapatan, pendapatan perkapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara bersama – sama berpengaruh secara signifikan terhadap sektor kesehatan di Indonesia pada tahun 2005 hingga 2013. Berdasarkan uji analisis secara simultan (uji F) didapatkan nilai probabilitas F-statistik sebesar 0,000 yang berarti lebih kecil dari nilai $\alpha = 5\%$ atau 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa semua variabel bebas mempengaruhi variabel terikatnya yaitu sektor kesehatan di Indonesia pada tahun 2005 hingga 2013.
2. Hipotesis yang kedua, variabel ketimpangan pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh secara parsial terhadap sektor kesehatan di Indonesia pada tahun 2005 hingga 2013. Berdasarkan uji t yang telah dilakukan menunjukkan bahwa variabel ketimpangan pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh signifikan terhadap sektor kesehatan di Indonesia pada tahun 2005 hingga 2013. Dengan nilai signifikansi bervariasi antara 0,0000 – 0,094.

Uji F – statistik

Tabel 5
Uji F-Statistik

Number of Observations	296
F(3,260)	693.35
Prob > F	0,0000

Sumber : Regresi data panel menggunakan Stata 13

Uji F dilakukan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikatnya secara bersama – sama (Sarwoko, 2005:72). Berdasarkan hasil estimasi regresi data panel yang ditunjukkan oleh Tabel 5 diperoleh nilai probabilitas F-statistik sebesar 0,000 yang berarti lebih kecil dari nilai $\alpha = 5\%$ atau 0,05.

Tabel 6 menunjukkan bahwa variabel ketimpangan distribusi pendapatan (GI), pendapatan perkapita (lnPDRBKAP), pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan (lnPKES)

berpengaruh secara bersama – sama memiliki pengaruh yang signifikan terhadap sektor kesehatan (lnH) di Indonesia pada tahun 2005 hingga 2013.

Uji t – Statistik

Uji t adalah uji yang biasanya dilakukan untuk menguji hipotesis tentang koefisien – koefisien slope regresi secara individual dengan menggunakan metode *Random Effect Model* (REM) perhitungan regresi sebagai berikut:

Tabel 6
Uji t – Statistik

Variabel	Coef.	Prob.
Ketimpangan Pendapatan (GI)	0,020449	0,094
Ketimpangan Per Kapita (lnPDRBKAP)	0,0456149	0,000
Pengeluaran Pemerintah dibidang Kesehatan (lnPKes)	0,0002214	0,000

Sumber: Regresi data panel menggunakan STATA 13

Hasil estimasi regresi data panel ditampilkan pada Tabel diatas. Hasil estimasi menunjukkan setiap variabel memiliki koefisien yang berbeda – beda. Penjelasan pada masing – masing variabel dijelaskan pada bagian uji t – statistik. Pada Tabel 6 merupakan hasil regresi data panel dengan menggunakan metode *Random Effect Model* (REM) pada variabel bebas terhadap variabel terikatnya dengan signifikansi di level 10%. Berikut adalah nilai t – statistik untuk setiap variabel bebasnya sebagai berikut:

Pengaruh Ketimpangan Distribusi Pendapatan Terhadap Sektor Kesehatan di Indonesia

Nilai koefisien ketimpangan distribusi pendapatan sebesar 0.020449 dengan tingkat signifikansi variabel adalah 0,094 pada $\alpha = 10\%$ atau 0,10. Hal ini menunjukkan bahwa variabel ketimpangan pendapatan berpengaruh positif secara signifikan terhadap status kesehatan. Hal ini berarti bahwa ada variabel lain yang mempengaruhi sektor kesehatan Indonesia tahun 2005 hingga 2013. Hasil penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya Elnaz dan Javad (2014) dimana seharusnya ketimpangan distribusi pendapatan berpengaruh negatif terhadap sektor kesehatan sedangkan pada penelitian ini ketimpangan distribusi pendapatan berpengaruh positif terhadap sektor kesehatan.

Ketimpangan pendapatan atau dapat disebut juga kemiskinan relatif berpengaruh secara positif terhadap sektor kesehatan. Menurut Lincoln (1999) menjelaskan bahwa intervensi dari pemerintah untuk memperbaiki kesehatan juga merupakan salah satu alat kebijakan penting untuk mengurangi kemiskinan. Salah satu faktor yang mendasari kebijakan ini adalah perbaikan kesehatan golongan miskin untuk meningkatkan produktifitas, kesehatan yang lebih baik akan meningkatkan daya kerja. Menurut Elnaz dan Javad (2014) mengemukakan bahwa, untuk meningkatkan kesehatan tidak hanya mengandalkan sistem perawatan primer saja, tetapi harus fokus pada kondisi ketimpangan pendapatan, seperti pemerataan distribusi pendapatan akan menyebabkan peningkatan taraf hidup penduduk secara besar melalui peningkatan kesehatan, gizi dan pendidikan yang akan menghasilkan

peningkatan dalam efisiensi dalam produksi dan meningkatkan motivasi mereka untuk berpartisipasi dalam program ekonomi dan sosial di masyarakat.

Menurut ekonom Utama Bank Dunia di Indonesia, Vivi Alatas (2014), dimana ketimpangan pendapatan semakin meningkat di Indonesia namun kemiskinan menurun. Seiring dengan meningkatkannya ketimpangan pendapatan pemerintah terus melakukan upaya untuk mengentaskan kemiskinan dan mengurangi ketimpangan adalah dengan membantu masyarakat miskin menolong diri mereka sendiri dengan penyediaan lapangan pekerjaan dan memastikan anak – anak di seluruh Indonesia memiliki akses yang sama ke layanan berkualitas, selain itu, meningkatkan anggaran untuk program-program jaring pengaman sosial akan membantu meningkatkan akses keluarga miskin terhadap layanan kesehatan, gizi yang lebih baik dan pendidikan yang berkualitas sehingga ketika ketimpangan pendapatan meningkat namun kesehatan juga tetap meningkat karena adanya peran pemerintah untuk meningkatkan kesehatan di Indonesia dengan program-program kesehatan seperti Jamkesmas, dan lain-lain.

Pengaruh Pendapatan Per Kapita Terhadap Sektor Kesehatan

Nilai koefisien pendapatan per kapita sebesar 0.0456149 dengan tingkat signifikansi variabel adalah 0,000 pada $\alpha = 5\%$ atau 0,05. Nilai koefisien pendapatan per kapita menunjukkan hubungan searah dengan sektor kesehatan. Ketika terjadi kenaikan 1% pendapatan per kapita maka sektor kesehatan akan naik sebesar 0.04%. PDB per kapita merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk melihat menggambarkan tingkat kemakmuran masyarakat secara makro selain itu merupakan salah satu alat ukur untuk melihat laju pertumbuhan ekonomi.

Penelitian ini menunjukkan bahwa variabel pendapatan per kapita ($\ln PDRB_{Kap}$) berpengaruh positif terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005 hingga 2013. Hal ini didukung oleh Ananta dan Sirait (1993:106) yang mengatakan bahwa : “Orang yang makin tinggi pendapatannya cenderung mengubah permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan, yaitu dari yang bermutu rendah ke yang bermutu tinggi. Mutu yang tinggi ini diukur dengan harga yang lebih mahal, artinya tempat perawatannya nyaman, waktu pelayanannya cepat, dan fasilitasnya lengkap”.

Hal ini membuktikan bahwa semakin tinggi pendapatan per kapita, semakin tinggi pula sektor kesehatan. Peningkatan pendapatan masyarakat berarti peningkatan pula kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kebutuhan akan perawatan kesehatan. Penelitian sebelumnya juga memiliki kesamaan dengan penelitian ini, dimana pendapatan per kapita berpengaruh positif terhadap status kesehatan, artinya bahwa peningkatan pendapatan per kapita maka akan meningkatkan angka harapan hidup. Menurut penelitian Elnaz dan Javad (2014) pendapatan perkapita berpengaruh positif terhadap status kesehatan pada beberapa negara yang memiliki pendapatan rendah dan pendapatan menengah. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendapatan per kapita yang lebih tinggi dengan peningkatan angka harapan hidup di negara tersebut. Peningkatan pertumbuhan ekonomi akan memimpin dalam peningkatan pendapatan per kapita yang menghasilkan peningkatan status kesehatan. Ini berarti bahwa peningkatan pertumbuhan ekonomi sebagai penentu utama pembangunan ekonomi dengan penentu lainnya, seperti distribusi pendapatan menginduksi masyarakat sehat. Menurut hasil penelitian Ranis dkk (2000), bahwa PDB per kapita secara signifikan mempengaruhi Angka Harapan Hidup dan menurut penelitian Ananta (2013) bahwa PDRB per kapita berpengaruh secara positif terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Lampung. Peningkatan PDRB per kapita akan langsung dirasakan

masyarakat manfaatnya untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Saat sedang sakit bisa langsung berobat ke dokter ataupun rumah sakit serta dapat meningkatkan perawatan kesehatan yang bermutu rendah ke tinggi.

Pengaruh Pengeluaran Pemerintah di Bidang Kesehatan Terhadap Sektor Kesehatan di Indonesia

Pengeluaran pemerintah adalah nilai pembelanjaan yang dilakukan oleh pemerintah yang digunakan untuk kepentingan penduduk. Pengeluaran pemerintah setiap tahun semakin besar hal ini dilakukan agar pelayanan publik terhadap penduduk semakin baik. Pada dasarnya pengeluaran pemerintah dilakukan sebagai pelayanan publik pada penduduk yang mencakup sektor kesehatan dan pendidikan dasar.

Nilai koefisien pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan sebesar 0.0002214 dengan tingkat signifikansi variabel adalah 0,000 pada $\alpha = 5\%$ atau 0,05. Nilai koefisien pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan menunjukkan hubungan searah dengan sektor kesehatan. Ketika terjadi kenaikan 1% pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan maka sektor kesehatan akan naik sebesar 0,0002%.

Menurut penelitian sebelumnya Elnaz dan Javad (2014) mengatakan bahwa pengeluaran masyarakat di bidang kesehatan juga memiliki efek positif yang signifikan terhadap angka harapan hidup. Peningkatan pengeluaran perawatan kesehatan menyebabkan peningkatan ketersediaan sumber pelayanan kesehatan (jumlah dokter, perawat, unit MRI, dll) yang menginduksi tingkat yang lebih tinggi dari harapan hidup. Schultz dalam Jhinghan (2002: 414) mengemukakan bahwa fasilitas dan pelayanan kesehatan, pada umumnya diartikan mencakup semua pengeluaran yang mempengaruhi harapan hidup, kekuatan dan stamina tenaga serta vitalitas rakyat. Meier, et al dalam (Winarti, 2014: 41), suatu bangsa harus meningkatkan investasi bidang pendidikan dan kesehatan untuk mencapai pembangunan. Hasil penelitian ini juga sejalan yang dilakukan oleh Ranis dkk (2000), bahwa pembangunan manusia yang diwakili dengan angka harapan hidup secara signifikan dipengaruhi belanja pemerintah untuk pelayanan bidang sosial (pendidikan dan kesehatan). Menurut hasil penelitian Ananta (2013), bahwa pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan berpengaruh positif terhadap pembangunan manusia.

Guna untuk dapat meningkatkan pembangunan manusia, pemerintah perlu melakukan peningkatan pada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah khususnya sektor kesehatan. Realisasi anggaran yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk sektor kesehatan akan meningkatkan kesehatan dan produktivitas individu serta nantinya dapat pula meningkatkan pembangunan manusia. Realisasi dana itu dialokasikan salah satunya untuk meningkatkan dan memperbanyak fasilitas kesehatan bagi masyarakatnya, seperti Puskesmas, Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas Pembantu, Posyandu dan Puskesmas Keliling (Ananta, 2013).

Simpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pengaruh ketimpangan distribusi pendapatan, pendapatan perkapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan terhadap sektor kesehatan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Ketimpangan distribusi pendapatan, pendapatan per kapita, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara simultan mempengaruhi sector kesehatan di Indonesia tahun 2005 hingga 2013.

2. Ketimpangan pendapatan secara parsial berpengaruh positif terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005 hingga 2013. Pendapatan per kapita secara parsial berpengaruh positif terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005 hingga 2013 dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan secara parsial berpengaruh positif terhadap sektor kesehatan di Indonesia tahun 2005 hingga 2013.

Daftar Pustaka

- Ananta, Aris dan Hisar Sirait. 1993. Transisi Demografi, Transisi Kesehatan, dan Pembangunan Ekonomi dalam buku Aris Ananta (ed). *Ciri Demografis Kualitas Penduduk*. Jakarta; LPFE UI
- Ananta, Prayunda. 2013. Determinants of Human Development in Lampung Province. Lampung : Universitas Lampung.
- Ajija, Shochrul R et al. (2011). *Cara Cerdas Menguasai Eviews*. Jakarta: Salemba Empat.
- Alatas, Vivi. 2014. Tingkat Penurunan Kemiskina pada Tahun 2013 Terkecil dalam Satu Dekade Terakhir. (<http://www.worldbank.org>, diakses 15 Oktober 2016).
- Ariefianto, M. (2012). *Ekonometrika Esensi dan Aplikasi dengan menggunakan Eviews*. Jakarta: Erlangga
- Arsyad, Lincolin. 1999. Pengantar perencanaan dan pembangunan ekonomi daerah. BPFE Yogyakarta.
- Atmanti H. D. 2005. *Investasi Sumber Daya Manusia Melalui Pendidikan*. *Jurnal Dinamika Pembangunan*. 2 (1) : 30- 39
- Arsyad, L. 2010. *Ekonomi pembangunan*(Ed.5).Yogyakarta: STIM YKPN
- Badan Pusat Statistik Republik Indonesia. 2008. *Perkembangan beberapa indikator utama sosial-ekonomi Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- 2005. Indeks Pembangunan Manusia. Jakarta : Badan Pusat Statistik
- 2005. PDRB Atas Harga Konstan 2000. Jakarta : Badan Pusat Statistik
- 2005. Gini Rasio Menurut Provinsi. Jakarta : Badan Pusat Statistik
- Boediono. 1982. Buku Ekonomi Mikro Ed. 1. Yogyakarta : BPFE-UGM
- Chrisdyastuti, Theresia M. 2010. Pengaruh Pendapatan Per Kapita, Akses Air Bersih, dan Tingkat Pendidikan terhadap Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Tahun 2002-2007. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Depkeu-djpk. 2000. Realisasi APBD Menurut Fungsi dan Urusan. 2000. (online) Dumairy, 1999, **Perekonomian Indonesia**, Penerbit Erlangga, Jakarta Dumairy. 2000. *Perekonomian Indonesia*. Jakarta: Erlangga

- Emilia dan Imelia. 2006. *Modul Ekonomi Regional*. Jurusan Ekonomi Pembangunan Universitas Jambi: Jambi
- Erythryna. 2002. Analisis Faktor Sosial Ekonomi yang Mempengaruhi Angka Kematian Bayi dan Harapan Hidup di Indonesia . Jakarta
- Gujarati, D. (2004). Basic Econometrics, Fourth Edition. New York: The McGraw–Hill Companies
- Hajebi, E., & Javad Razmi, M. (2014). Effect of Income Inequality on Health Status in a Selection of Middle and Low Income Countries. *Equilibrium. Quarterly Journal of Economics and Economic Policy*, 9(3), pp. 133-152, DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/EQUIL.2014.029>
- Hasanah, Uswatun. 2016. Pengaruh Ketimpangan Pendapatan, Pendapatan Per Kapita di Indonesia Tahun 2005-2013. Skripsi tidak diterbitkan. Surabaya Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Airlangga.
- Jhinghan, M. L. 2002. Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Patta, D. 2012. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Sulawesi Selatan Periode 2001-2010. Skripsi. Makassar: Fakultas Ekonomi Universitas Hasanuddin.
- Kabir, Mahfuz. 2008. Determinants of Life Expectancy in Developing Countries *The Journal of Developing Areas*, Volume 41, Number 2, pp. 185-204 (online),(http://findarticles.com/p/articles/mi_qa5501/is_200804/ai_n25137547/, diakses 17 Maret 2010)
- Kuncoro, M. (1997). *Otonomi dan Pembangunan Daerah*. Jakarta: Erlangga
- _____. (2003). *Ekonomi Pembangunan: Teori, masalah dan kebijakan*. Edisi kedua. Yogyakarta. UPP AMP YKPN.
- _____. (2010). *Dasar – Dasar Ekonomika Pembangunan Edisi Kelima*. Yogyakarta. UPP STIM YKPN.
- Mankiw, N. Gregory. 2003. *Teori Makro Ekonomi (Edisi Kelima)*. Jakarta: Erlangga.
- Mankiw, G. (2007). *Makroekonomi*. Edisi keenam. Jakarta: Erlangga
- Mangkoesebroto, G. (2008). *Ekonomi Publik Edisi Ketiga*. Yogyakarta: BPFE
- Mantra, Ida Bagoes. 2004. *Demografi Umum*. Edisi Kedua. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Messias, Erick. 2003. Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil *American Journal of Public Health*, (online), Edisi Agustus 2003, 84 (<http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/93/8/1294>, diakses 16 Maret 2010).
- Pindyck, Robert S. 1998. Daniel L. Rubinfeld, *Econometric Models and Economic Forecasting*, 4rd Edition. New York: McGraw-Hill
- Pajouyan, J., & Vaezi, V. (2009). Income inequality and Health in Iran. *Journal of Economics Research* Raghfar, H. (2007). *Measuring Income Inequality*. Tehran: Alzahra University
- Ranis, Gustav.2004. human Development and Econmic Growth. Working Papers 887. Economic Growth Center. New Heaven : Yale University.
- Ranis, Gustav., Stewart, F., Ramirez, A. 2000. Economic Growth and Human Development. *Worl Development* Vol. 28, No.2, pp. 197-219.
- Razmi, M.K. 2012. Investigating the Effect of Goverent Health Expenditure on HDI in Iran. *Journal of Knowledge Management, Economics, and Information Technology*. Iss:5
- Rosyidi, Suherman. 2000. *Pengantar Teori Ekonomi: Pendekatan kepada Teori Mikro dan Makro*. Penerbit Erlangga. Jakarta
- Sant' Ana, Matthias. 2008. The Evolution of The Concept of Development: From Economic Growth to Human Development. Working Paper-PAI VI/06. (online), (www.iap6/cpdr.ucl.ac.be. diakses 26 Maret 2010).
- Simanjuntak, Payaman. 1998. *Pengantar Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Sarwoko. (2005). *Dasar – dasar Ekonometrika*. Yogyakarta: ANDI
- Shubirman. (2012). Pembiayaan Jaminan Kesehatan Daerah Berdasarkan Biaya Satuan, Kemampuan Membayar, dan Kemauan Membayar Masyarakat di Kota Samarinda. Makasar : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin
- Sukirno, S. (2000). *Ekonomi Pembangunan*. Jakarta: LP Universitas Indonesia.
- _____. (2004), *Makroekonomi Teori Pengantar, Edisi Ketiga*. Jakarta: Penerbit Raja Grafindo Persada.
- _____. (2006). *Ekonomi Pembangunan: Proses, Masalah, dan Dasar Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Suparmoko, M., (2000), *Pengantar Ekonomika Makro, Edisi 4* Yogyakarta: BPFE UGM.
- Suryana. 2000. *Ekonomi Pembangunan Problema dan Pendekatan*. Jakarta: Salemba Empat.

- Tambunan, T., (2000), *Transformasi Ekonomi Indonesia, Edisi 1*. Jakarta: Salemba.
- _____. (2001). *Perekonomian Indonesia*. Jakarta: Gahlia Indonesia
- _____. (2006). *Perekonomian Indonesia*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Todaro, M. P. & Stephen C. Smith. 2005. *Economic Development*. Eight edition. United Pearson Education Limited. 2008.
- UNDP, 1990. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press.
- UNDP, 2004. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press
- Usmaliadanti, Christina. 2011. Pengaruh Tingkat Kemiskinan, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusi di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2009. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Widodo A, Waridin dan Joanna M. (2011). Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusi di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan*, Juli 2011, Volume 1, Nomor 1 25-42. Semarang
- Winarti, A. 2014. Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan, Kemiskinan dan PDB terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia Periode 1992-2012. Skripsi. Semarang: Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.