

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IPM DAN STATUS DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (DBK) DI PULAU SUMATERA TAHUN 2013

Vita Fibriyani

Dosen, Universitas Merdeka Pasuruan, Jl. H. Juanda 68, Kota Pasuruan

ABSTRAK

Indeks pembangunan manusia (IPM) merupakan ukuran pencapaian pembangunan manusia berdasarkan dimensi kesehatan, pendidikan dan kehidupan layak. Indeks pembangunan kesehatan masyarakat adalah kumpulan indikator kesehatan yang dibentuk Kementerian Kesehatan (IPKM) dengan tujuan mempermudah dalam menggambarkan masalah kesehatan yang berkaitan dengan Angka Harapan Hidup (AHH), yaitu salah satu komponen penyusun IPM. Nilai IPKM berkisar antara 0 sampai 1, digunakan untuk menentukan status daerah bermasalah kesehatan (DBK) suatu kabupaten/kota. Pulau Sumatera berada di kawasan Indonesia bagian barat yang terdiri dari 8 provinsi, di mana 4 provinsi yaitu Riau, Sumatera Utara, Sumatera Barat dan Bengkulu mempunyai nilai IPM pada urutan 10 besar dari 33 provinsi di Indonesia. Dalam penelitian ini dilakukan pemodelan nilai IPM dan status DBK kabupaten/kota menggunakan analisis regresi logistik multinomial. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa wilayah perkotaan memberikan peluang yang lebih besar untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan berstatus DBK daripada wilayah kabupaten. Kenaikan persentase penduduk miskin dapat menurunkan kesempatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera untuk memperoleh nilai IPM dan IPKM yang tinggi sedangkan kenaikan pendapatan per kapita dapat meningkatkan kesempatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera untuk memperoleh nilai IPM dan IPKM yang tinggi.

Kata Kunci - IPM, IPKM, DBK, Regresi Logistik Multinomial

1. Pendahuluan

Pembangunan manusia adalah suatu proses yang menjadikan manusia memiliki lebih banyak pilihan, khususnya dalam hal umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak. Indeks pembangunan manusia merupakan ukuran pencapaian pembangunan manusia berdasarkan komponen dasar kualitas hidup. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dibentuk melalui tiga dimensi dasar, yaitu kesehatan, pendidikan dan kehidupan layak (Badan Pusat Statistik, 2008).

Setiap tahun Badan Pusat Statistik mempublikasikan angka IPM untuk tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional. Adanya angka IPM setiap daerah diharapkan dapat memotivasi untuk meningkatkan kinerja pembangunan. Data IPM digunakan sebagai dasar dalam menentukan berbagai kebijakan pemerintah. Salah satu diantaranya digunakan untuk penentuan dana perimbangan wilayah melalui

Dana Alokasi Umum (DAU) (Badan Pusat Statistik, 2008).

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) adalah kumpulan dari indikator kesehatan yang dibentuk Kementerian Kesehatan melalui Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan tujuan mempermudah dalam menggambarkan masalah kesehatan yang berkaitan dengan AHH. Keputusan Kementerian Kesehatan Nomor 1798/MEN-KES/SK/XII/2010 menyatakan bahwa IPKM merupakan indikator komposit yang menggambarkan kemajuan kesehatan. Selain itu, IPKM dapat menjadi acuan dalam menentukan peringkat provinsi maupun kabupaten/kota dalam pencapaian pembangunan kesehatan masyarakat.

Untuk itu terdapat kaitan antara IPM dengan IPKM, di mana permasalahan yang berkaitan dengan salah satu komponen IPM, yaitu AHH dapat dilihat berdasarkan nilai IPKM. Artinya, jika terjadi kendala dalam

pembangunan bidang kesehatan akan berdampak terhadap pembangunan nasional.

Dengan adanya IPKM, kesenjangan dalam pembangunan tidak hanya antara daerah Indonesia Bagian Barat atau Indonesia Bagian Timur, antara daerah di Pulau Jawa atau daerah di Luar Pulau Jawa, antara daerah yang mempunyai tenaga kesehatan cukup atau daerah yang keterbatasan tenaga medis. Kesenjangan dapat terjadi di sesama daerah Indonesia Bagian Barat, sesama daerah di Pulau Jawa, sesama daerah yang memiliki tenaga kesehatan cukup, bahkan kabupaten/kota yang berdekatan. Hal ini menjadikan Kementerian Kesehatan mempunyai keyakinan bahwa terdapat faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan. Tidak semua daerah yang memiliki IPKM rendah secara ekonomi miskin, sehingga Kementerian Kesehatan menetapkan sebagai Daerah Bermasalah Kesehatan.

Pada tahun 2013, rata-rata IPM Indonesia mencapai 73,81 dengan nilai IPM tertinggi berada di Provinsi DKI Jakarta yaitu sebesar 78,59 dan IPM terendah di Provinsi Papua sebesar 66,25. Kepulauan Sumatera merupakan kawasan Indo-nesia bagian barat yang terdiri dari 10 provinsi, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam (NAD), Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Lampung, Kepulauan Riau dan Bangka-Belitung. Pada tahun 2013 IPKM Indonesia mencapai 0,6789, di mana masih terdapat beberapa kabupaten/kota di Pulau Sumatera yang memiliki nilai IPKM di bawah nilai tersebut. Sumatera merupakan salah satu pintu gerbang bagi Indonesia dalam perdagangan internasional, sehingga sangat diharapkan terjadi pemerataan pembangunan manusia di berbagai daerah di Pulau Sumatera. Untuk melaksanakan pemerataan pembangunan di pulau dengan luas 443.065,8 km² dan jumlah penduduk 52 juta jiwa diperlukan strategi yang tepat sasaran. Upaya peningkatan kualitas sumber daya dapat melalui berbagai segi, utamanya dalam bidang kesehatan. Permasalahan bidang kesehatan akan berkaitan dengan bidang lain yaitu pendidikan maupun ekonomi.

Penelitian mengenai IPM telah dilakukan oleh Pratowo (2010) dengan menggunakan analisis regresi data panel, di mana variabel bebas yang melibatkan antara lain: belanja daerah, gini rasio, proporsi konsumsi non makanan dan rasio ketergantungan. Studi kasus dilakukan pada IPM 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah, dengan menggunakan data tahun 2002 sampai 2009. Hasil yang diperoleh adalah bahwa variabel yang berpengaruh positif adalah belanja daerah dan proporsi pengeluaran makanan, sedangkan gini rasio dan rasio ketergantungan berpengaruh negatif terhadap elastisitas peningkatan IPM. Penelitian sejenis juga dilakukan oleh Mauriza, Hamzah dan Syechalad (2013) yang diaplikasikan di kawasan barat dan kawasan timur Provinsi Aceh. Dalam penelitian Salam (2009) faktor yang mempengaruhi IPM di Provinsi Jawa Timur dan NTT adalah Angka Partisipasi Murid (APM) SD dan APM SLTP dengan ketepatan klasifikasi sebesar 94,74 dan 62,50 persen, sedangkan di Provinsi Papua nilai IPM dipengaruhi oleh rasio murid guru SLTP, APM SD dan APM SLTP dengan ketepatan klasifikasi sebesar 90 persen.

Penelitian mengenai pengaruh kemiskinan, pertumbuhan ekonomi dan belanja modal terhadap IPM di Jawa Tengah tahun 2006 – 2009 juga telah dilakukan oleh (Mirza, 2012) dimana kemiskinan berpengaruh signifikan negatif, sedangkan pertumbuhan ekonomi dan belanja modal berpengaruh positif terhadap IPM. Tahun 2011 penelitian mengenai analisis faktor yang mempengaruhi IPM dengan faktor yang melibatkan antara lain belanja negara per kapita, gini ratio, proporsi pengeluaran non-makanan dan rasio ketergantungan dilakukan oleh Pratowo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa belanja negara per kapita dan proporsi pengeluaran non-makanan berpengaruh positif terhadap IPM, sedangkan gini ratio dan rasio ketergantungan berpengaruh negatif.

Penelitian yang berkaitan dengan data IPKM telah dilakukan oleh Amelia (2013) dengan menggunakan metode *Geographically Weighted Ordinal Logistic Regression*

Semiparametric. Metode tersebut diaplikasikan pada data IPKM tahun 2010 di kabupaten/kota pada Provinsi Jawa Timur. Faktor-faktor yang mempengaruhi IPKM Provinsi Jawa Timur dalam penelitian ini adalah angka kematian bayi neonatal per 1000 kelahiran, persentase kelahiran ditolong oleh tenaga medis, persentase balita kekurangan gizi, akses air bersih dan rasio dokter per puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor angka kematian bayi neonatal per 1000 kelahiran, persentase kelahiran ditolong oleh tenaga medis dan persentase balita kekurangan gizi yang signifikan berpengaruh terhadap IPKM Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur.

Kualitas sumber daya manusia di wilayah Sumatera dapat dikatakan cukup baik. Hal ini dilihat dari nilai IPM beberapa provinsi berada di atas nilai IPM nasional, hanya Provinsi NAD dan Lampung yang perlu ditingkatkan karena masih memiliki nilai IPM di bawah nilai IPM nasional, yaitu sebesar 73,05 dan 72,87. Peningkatan kualitas sumber daya manusia tak hanya berfokus pada kedua provinsi melainkan pada seluruh daerah, karena dimungkinkan terjadi kesenjangan di beberapa kabupaten/kota. Hal inilah yang mempengaruhi nilai IPM suatu daerah, sebagaimana IPM dibentuk dari 3 dimensi, yaitu pendidikan, kesehatan dan ekonomi.

Berdasarkan rincian di atas dapat dikaji mengenai nilai IPM dan status Daerah Bermasalah Kesehatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera dengan menggunakan metode regresi logistik multinomial.

2. Tinjauan Pustaka

2.1. Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) adalah indeks yang mengukur pencapaian pembangunan manusia berdasarkan tiga dimensi kehidupan, yaitu kesehatan, pendidikan dan ekonomi. Perhitungan IPM diperoleh dari data yang menggambarkan ketiga dimensi, di mana kesehatan diukur dengan angka harapan hidup, pendidikan diukur dengan angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah sedangkan ekonomi diukur dengan kemampuan daya beli

masyarakat terhadap kebutuhan pokok berdasarkan rata-rata besarnya pengeluaran per kapita (Badan Pusat Statistik, 2008).

Berikut langkah-langkah dalam membentuk IPM:

- Menghitung indeks dari masing-masing komponen penyusun IPM (angka harapan hidup, angka melek huruf, rata-rata lama sekolah dan pengeluaran riil per kapita) dengan menggunakan persamaan berikut:

$$\text{Indeks}(X_a) = \frac{X_a - X_{\min}}{X_{\max} - X_{\min}}$$

dimana:

X_a : Indikator komponen penyusun IPM ke- a , $a = 1, 2, 3, 4$

X_{\min} : Nilai minimum dari X_a

X_{\max} : Nilai maksimum dari X_a

- Menghitung IPM dengan cara menghitung rata-rata dari ketiga komponen penyusun sebagaimana persamaan berikut ini;

$$IPM = \frac{1}{3}(X_1 + X_2 + X_3)$$

dimana:

X_1 : Indeks harapan hidup

X_2 : Indeks pendidikan, yang diperoleh dari:

$$X_2 = \frac{2}{3}(\text{Indeks Melek Huruf}) + \frac{1}{3}(\text{Indeks Rata-rata Lama Sekolah})$$

X_3 : Indeks pengeluaran riil per kapita

Indikator pembangunan digunakan sebagai tolak ukur dalam mengevaluasi kinerja suatu negara dalam mencapai pembangunan. Selain itu, digunakan pula sebagai indikator perbandingan terhadap negara-negara lain. Pembangunan diartikan sebagai proses yang multidimensional dalam rangka pertumbuhan ekonomi, pemerataan distribusi pendapatan, serta pemberantasan kemiskinan (Bhakti, dkk, 2012).

Pembangunan merupakan suatu proses menyeluruh baik aspek ekonomi, sosial, budaya, hukum, dan lainnya. Pembangunan dapat sebagai proses maupun sebagai metode dalam mencapai peningkatan kualitas hidup manusia dan kesejahteraan rakyat. Paradigma pembangunan di Indonesia mengalami perkembangan dari beberapa tahap sebagai

berikut: pertama, paradigma pertumbuhan (*growth paradigm*); kedua, pergeseran dari paradigma pertumbuhan menjadi dari paradigma pertumbuhan menjadi paradigam kesejahteraan (*welfare paradigm*); dan ketiga, paradigma pembangunan yang berpusat ada manusia (*people centered development paradigm*).

2.2 Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK)

Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM berkisar antara 0 sampai 1. DBK diklasifikasikan menjadi 3, yaitu DBK untuk kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM antara nilai rata-rata nilai IPKM dikurangi simpangan baku, DBK Berat (DBK-B) untuk kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM lebih kecil dari rata-rata nilai IPKM dikurangi simpangan baku dan DBK Khusus (DBK-K) untuk kabupaten/kota yang mempunyai masalah kesehatan khusus berkaitan dengan geografi, budaya maupun penyakit yang spesifik di daerah tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan indikator komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan, menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. IPKM dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas, yaitu Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) dan Survei Podes (Potensi Desa). Susenas dan Riskesdas merupakan survei berbasis pada masyarakat, sedangkan Podes berbasis desa. Susenas dan Podes merupakan survei yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik, sedangkan Riskesdas dilaksanakan oleh Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Dalam menentukan peringkat provinsi maupun kabupaten/kota dapat memanfaatkan IPKM, sehingga sumber daya dan program kesehatan dapat diprioritaskan. Selain itu, juga dapat dimanfaatkan sebagai bahan advokasi ke pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten/kota serta menjadi salah satu kriteria

dalam menentukan alokasi dana bantuan kesehatan dari pusat ke daerah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Berikut langkah-langkah pembentukan nilai IPKM (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010):

- Menghitung nilai empiris dengan tujuan agar nilai cakupan dengan nilai prevalensi penyakit atau status kesehatan setara. Pada variabel cakupan, nilai sesuai dengan cakupan dari hasil analisis, di mana semakin tinggi nilai cakupan maka semakin baik. Untuk penyetaraan pada variabel prevalensi penyakit atau status kesehatan menggunakan rumus $(100 - \text{angka prevalensi})$, sehingga semakin tinggi nilai variabel prevalensi maka semakin baik. Untuk ketenagaan dilakukan dengan perhitungan rasio dokter per puskesmas dan rasio bidan per desa.
- Sesudah disetarakan, maka nilai persen tiap variabel dikalikan dengan bobot, di mana indikator mutlak dikalikan dengan bobot 5, indikator penting dilakukan dengan 4 dan indikator perlu dikalikan dengan 3. Hasil perkalian kemudian diurutkan menjadi nilai empiris, semakin tinggi nilai yang diperoleh maka semakin baik.
- Kemudian melakukan perhitungan teoritis untuk mendapatkan nilai indeks berdasarkan:
 - ✓ Pada cakupan, nilai terburuk sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 100.
 - ✓ Pada prevalensi, nilai terburuk sama dengan nilai riil terendah setelah disetarakan dan nilai terbaik sama dengan 100.
 - ✓ Pada rasio, nilai terbaik untuk dokter sama dengan nol dan nilai terbaik sama dengan 10. Untuk bidan, nilai terburuk adalah 0 dan nilai terbaik adalah 10.
- Menjumlahkan nilai teoritis seluruh variabel untuk kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Kemudian mengalikan bobot masing-masing sebagaimana pada kelompok indikator mutlak, penting dan perlu pada kelompok nilai terbaik dan kelompok nilai terburuk.

- Memperoleh nilai indeks melalui persamaan berikut:

$$\text{Indeks} = \frac{(\text{nilai empiris} - \text{nilai terburuk})}{(\text{nilai terbaik} - \text{nilai terburuk})}$$

Berdasarkan persamaan (2.35) maka setiap kabupaten/kota memiliki nilai IPKM dengan nilai 0 sebagai nilai terendah dan nilai 1 sebagai nilai tertinggi. Nilai inilah yang digunakan untuk menentukan status daerah bermasalah kesehatan dari kabupaten/kota.

2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembangunan Manusia

Pembangunan manusia adalah suatu proses yang menjadikan manusia memiliki lebih banyak pilihan, khususnya dalam hal umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak. Indeks pembangunan manusia (IPM) merupakan ukuran pencapaian pembangunan manusia berdasarkan komponen dasar kualitas hidup yang dibentuk melalui tiga dimensi, yaitu kesehatan, pendidikan dan kehidupan layak (Badan Pusat Statistik, 2008).

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Berbagai cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan, diantaranya peningkatan sarana dan prasarana kesehatan, misalnya ketersediaan jumlah tenaga medis, seperti dokter ataupun perawat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)

Pertumbuhan ekonomi merupakan salah satu indikator untuk mengevaluasi kinerja perekonomian regional. Pertumbuhan ekonomi adalah kenaikan keseluruhan barang dan jasa yang dihasilkan oleh kegiatan perekonomian atau dikenal Produk Domestik Regional Bruto (PDRB). PDRB merupakan nilai total seluruh output akhir yang dihasilkan oleh perekonomian daerah, baik yang dilakukan warga lokal maupun warga asing yang bermukim di negara bersangkutan. Untuk itu, tolak ukur

yang digunakan untuk melihat laju pertumbuhan ekonomi adalah persentase perubahan PDB untuk skala nasional atau persentase perubahan PDRB untuk skala propinsi atau kabupaten/kota. Adanya peningkatan pembangunan manusia akan berpengaruh terhadap pertumbuhan ekonomi melalui kapabilitas penduduk yang berdampak pada peningkatan produktivitas dan kreativitas masyarakat. Pembangunan manusia berpengaruh terhadap pertumbuhan ekonomi melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang dikenal dengan modal manusia (Ranis dan Stewart, 2002). Kualitas modal manusia didasarkan pada suatu komoditi yang dapat dihasilkan dan diakumulasi. Kualitas modal manusia dapat ditingkatkan melalui 2 faktor penentu, yaitu pendidikan dan kesehatan (Bhakti, dkk, 2012).

Rasio Ketergantungan

Dalam model daur-hidup (*Life-Cycle Model*) yang dikemukakan oleh Modigliani dan Brumberg (1954) dijelaskan bahwa untuk kebiasaan konsumsi dan tabungan diasumsikan umur atau usia masyarakat berpengaruh terhadap pola perilaku konsumsinya. Seseorang yang lahir mempunyai kebutuhan-kebutuhan hidup yang harus dipenuhi, walaupun dalam usia tersebut ia sama sekali belum dapat berpartisipasi dalam pembentukan produk nasional. Hal ini berarti pendapatan sebesar nol dan jumlah pengeluaran konsumsinya positif, sehingga memaksa orang tersebut melaksanakan *dissaving*. Setelah dewasa dan memasuki usia angkatan kerja seseorang dapat memperoleh pendapatan dan pada usia B baru terjadi *dissaving* lagi. Kemudian pendapatan tersebut meningkat sehingga terjadi *saving* sampai dengan umur P. Jika umurnya masih panjang, maka kembali terjadi *dissaving*, dan pada masa ini orang tersebut menjadi beban tanggungan hidup bagi orang lain.

Tingkat Pengangguran

Konsep pengangguran sulit diterapkan di Indonesia, dimana konsep yang digunakan baik dalam sensus maupun survei sesuai untuk negara-negara maju. Di negara maju

pengangguran dicatat sebagai “pencari kerja” pada kantor sosial dan akan mendapat tunjangan jika memenuhi syarat. Di negara berkembang seperti di Indonesia, pengangguran tidak mendapat tunjangan, sehingga sedikit masyarakat yang mau menganggur. Jadi, masalah pengangguran bukan pengangguran terbuka melainkan setengah pengangguran. Setengah penganggur adalah bekerja kurang dari jam kerja normal (kurang 35 jam per minggu), sedangkan setengah penganggur kritis adalah mereka yang bekerja kurang dari 15 jam per minggu. Berdasarkan sebab terjadinya penganggur dapat diklasifikasikan menjadi (Mantra, 2007) :

a. Pengangguran Fraksional

Pengangguran yang terjadi karena kesulitan yang bersifat temporer dalam menemukan pencari kerja dengan lowongan kerja.

b. Pengangguran Struktural

Pengangguran yang terjadi karena adanya perubahan dalam struktur perekonomian.

c. Pengangguran Musiman

Pengangguran yang terjadi karena pengaruh musim.

Kemiskinan

Kemiskinan didefinisikan sebagai suatu keadaan melarat dan ketidakberuntungan, keadaan minus dimana berkaitan dengan minimnya pendapatan dan harta, kelemahan fisik, isolasi, kerapuhan dan ketidakberdayaan (Suradi, 2007). Amartya Sen dalam Suradi (2007) menjelaskan bahwa kelaparan yang melanda menjadi perspektif dari kemiskinan begitu juga dengan ketidakmampuan dalam hinaan sosial dan ketidakmampuan dalam mendidik anak-anak serta merawat kesehatan. Garis kemiskinan menjadi tolak ukur dalam menilai dampak kebijakan anti kemiskinan antar waktu atau memperkirakan dampak suatu proyek terhadap kemiskinan. Untuk mengetahui jumlah penduduk miskin di Indonesia, digunakan parameter *Head Count Index* (HCI-PO), yaitu persentase penduduk yang berada di bawah Garis Kemiskinan (GK).

Garis kemiskinan absolut digunakan untuk menilai efek dari kebijakan pengentasan kemiskinan. Bank Dunia memerlukan garis kemiskinan absolut agar dapat membandingkan angka kemiskinan antar negara. Hal ini bermanfaat dalam pendistribusian sumber daya finansial yang ada, serta menganalisis kemajuan dalam memerangi kemiskinan. Terdapat dua ukuran yang digunakan oleh Bank Dunia, yaitu : a) US \$ 1 perkapita per hari dimana diperkirakan ada sekitar 1,2 miliar penduduk dunia yang hidup dibawah ukuran tersebut; b) US \$ 2 perkapita per hari dimana lebih dari 2 miliar penduduk yang hidup kurang dari batas tersebut. US dollar yang digunakan adalah US \$ PPP (*Purchasing Power Parity*), bukan nilai tukar resmi (*exchange rate*). Kedua batas ini adalah garis kemiskinan absolut (Badan Pusat Statistik, 2008).

Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk merupakan perbandingan antara jumlah penduduk dengan luas wilayah yang dihuni (Mantra, 2007). Ukuran yang digunakan adalah jumlah penduduk setiap satu Km² atau setiap 1 mil². Kepadatan penduduk berpengaruh terhadap kualitas hidup penduduknya. Pada daerah dengan kepadatan yang tinggi, usaha peningkatan kualitas penduduk akan lebih sulit untuk dilakukan sehingga menimbulkan permasalahan sosial ekonomi, kesejahteraan, keamanan, ketersediaan lahan, air bersih dan kebutuhan pangan.

Ledakan penduduk menimbulkan dampak negatif bagi kehidupan masyarakat terutama dalam bidang sosial ekonomi masyarakat. Beberapa dampak dari ledakan penduduk antara lain :

- Semakin terbatasnya sumber kebutuhan pokok (pangan, sandang, papan, yang layak), dimana sumber kebutuhan pokok tersebut tidak sebanding dengan peningkatan jumlah penduduk.
- Kurangnya fasilitas sosial dan kesehatan yang ada (seperti sekolah, rumah sakit, tempat rekreasi) serta berbagai fasilitas pendukung kehidupan lain.

- Kurangnya lapangan pekerjaan sehingga jumlah pengangguran meningkat dan berdampak pada menurunnya kualitas sosial (banyak tuna wisma, pengemis, kriminalitas meningkat dan lain-lain).

Anggaran Belanja dalam Bidang Ekonomi

Pengeluaran pemerintah (*government expenditure*) adalah bagian dari kebijakan fiskal (Sukirno,2000) yaitu tindakan pemerintah untuk mengatur jalannya perekonomian dengan cara menentukan besarnya penerimaan dan pengeluaran pemerintah setiap tahun yang tercermin dalam dokumen APBN untuk nasional dan APBD untuk regional. Kebijakan fiskal bertujuan menstabilkan harga, tingkat output maupun kesempatan kerja dan memacu pertumbuhan ekonomi.

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah merupakan sarana untuk menjalankan otonomi daerah dan bertanggungjawab serta memberi isi dan arti tanggung jawab Pemerintah Daerah dimana APBD menggambarkan seluruh kebijaksanaan Pemerintah Daerah. Menurut Undang-Undang No. 25 Tahun 1999 tentang perimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, APBD adalah suatu rencana keuangan tahunan daerah yang ditetapkan berdasarkan Peraturan daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBD).

Belanja daerah adalah semua pengeluaran kas daerah dalam periode tahun anggaran yang bersangkutan meliputi belanja rutin (operasional) dan belanja pembangunan (belanja modal) serta pengeluaran tidak tersangka. Pengeluaran rutin merupakan pengeluaran untuk keperluan operasionalisasi pemerintah seperti pembayaran gaji pegawai, sedangkan pengeluaran pembangunan adalah pengeluaran untuk investasi pemerintah, seperti investasi di sektor pendidikan dan kesehatan (publik). UUD 1945 menjelaskan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia, sehingga pemerintah bertanggung jawab memenuhi kebutuhan perlindungan dan fasilitasi kesehatan terhadap rakyatnya. Sebagaimana dalam tujuan pembangunan nasional telah disebutkan bahwa setiap

penduduk berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Oleh karena itu, wajar jika kesehatan dapat disebut sebagai investasi pemerintah pada belanja pembangunan untuk pengembangan sumber daya manusia.

Tjiptoherijanto (1989) melihat kualitas manusia dari sisi kesehatan dimana kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap sumberdaya manusia. Rendahnya derajat kesehatan penduduk akan berdampak pada kualitas manusia yang rendah dengan tingkat mental yang terbelakang. Oleh karena itu, diperlukan anggaran khusus untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat melalui pengeluaran pemerintah.

3. Metodologi Penelitian

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi pustaka dengan menganalisis data sekunder. Cakupan spasial studi adalah 137 kabupaten dan kota yang ada di 8 Provinsi di Pulau Sumatera, yaitu NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu dan Lampung. Data yang digunakan adalah data tahun 2013.

3.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan September sampai November tahun 2016.

3.3. Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) 8 Provinsi di Pulau Sumatera, yaitu Provinsi NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu dan Lampung serta Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Data yang diambil dari BPS setiap provinsi merupakan data hasil publikasi maupun hasil survei. Data hasil publikasi meliputi Data dan Informasi Kemiskinan tahun 2013, Provinsi dalam Angka dan Laporan Pembangunan Manusia Indonesia tahun 2013, sedangkan data hasil survei meliputi hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)

tahun 2013. Data yang diambil dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan berupa hasil publikasi IPKM Kabupaten/Kota tahun 2013.

3.4. Definisi Operasional Variabel

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kombinasi dari IPM dan IPKM yang bersifat kategori dan diklasifikasikan sebagai berikut :

- 1 : Kelompok IPM tinggi, status B-DBK
- 2 : Kelompok IPM tinggi, status DBK
- 3 : Kelompok IPM rendah, status B-DBK
- 4 : Kelompok IPM rendah, status DBK

Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor ekonomi yang berpengaruh terhadap IPM dan IPKM, antara lain persentase penduduk miskin, tingkat pengangguran terbuka, rasio ketergantungan, PDRB, kepadatan penduduk dan APBD untuk ekonomi.

Tabel 1. Variabel Penelitian

Variabel	Nama Variabel	Skala Pengukuran
Y	Kombinasi nilai IPM dan status DBK	Nominal
X ₁	Daerah perkotaan atau kabupaten	Nominal
X ₂	Persentase penduduk miskin	Rasio
X ₃	Tingkat Pengangguran Terbuka	Rasio
X ₄	Rasio Ketergantungan	Rasio
X ₅	PDRB per kapita	Rasio
X ₆	Kepadatan penduduk	Rasio
X ₇	APBD untuk Ekonomi	Rasio

Dalam penelitian ini nilai IPM kabupaten/kota di Pulau Sumatera akan diklasifikasikan menjadi dua, yaitu kelompok IPM tinggi untuk kabupaten/kota yang memiliki nilai IPM lebih besar dari rata-rata IPM di Pulau Sumatera dan kelompok IPM rendah untuk kabupaten/kota yang memiliki nilai IPM lebih kecil dari rata-rata IPM di Pulau Sumatera. Untuk DBK diklasifikasikan menjadi Bukan Daerah Bermasalah Kesehatan (B-DBK), yaitu kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM lebih besar dari rata-rata nilai IPKM dan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) yaitu kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM lebih kecil dari rata-rata nilai IPKM.

Berikut definisi dari variabel independen yang dilibatkan dalam penelitian:

- X₁ : Daerah perkotaan atau kabupaten
Variabel bernilai 0 jika unit penelitian merupakan daerah kabupaten dan bernilai 1 jika unit penelitian merupakan daerah perkotaan di Pulau Sumatera.
- X₂ : Persentase penduduk miskin
Jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan dibagi dengan jumlah penduduk keseluruhan yang ada di kabupaten/kota tersebut kemudian dikalikan 100%.
- X₃ : Tingkat pengangguran terbuka
Jumlah penduduk yang sedang mencari pekerjaan dibagi dengan jumlah angkatan kerja kemudian dikalikan 100%.
- X₄ : Rasio Ketergantungan
Perbandingan antara jumlah penduduk berumur 0-14 tahun, ditambah dengan jumlah penduduk 65 tahun ke atas dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 15-64 tahun kemudian dikalikan 100 (bernilai antara 0 s.d. 100)
- X₅ : Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita
PDRB per kapita menunjukkan besarnya pendapatan rata-rata penduduk per kabupaten/kota. PDRB per kapita didapatkan dari hasil pembagian PDRB kabupaten/kota dengan jumlah penduduk kabupaten/kota tersebut. PDRB per kapita sering digunakan sebagai tolak ukur kemakmuran dan tingkat pembangunan. Semakin besar PDRB per kapita, maka suatu wilayah dapat dikatakan semakin makmur.
- X₆ : Kepadatan penduduk
Jumlah penduduk per satuan unit wilayah.
- X₇ : APBD untuk ekonomi
APBD untuk kegiatan ekonomi merupakan salah satu komponen dari belanja daerah. Data APBD untuk ekonomi disajikan dalam jutaan rupiah.

3.5. Teknik Analisis Data

Model regresi logistik multinomial merupakan analisis statistika yang menggambarkan hubungan antara variabel dependen yang bersifat kategorik polikotomous berskala nominal dengan satu atau lebih variabel independen baik bersifat kategorik maupun kontinyu.

Hasil analisis regresi logistik multinomial akan menunjukkan faktor-faktor apa saja yang berpengaruh pada setiap kategori variabel dependen. Asumsi yang diperlukan adalah asumsi multikolinearitas, dimana penelitian ini melibatkan beberapa variabel independen. Variabel yang mempunyai skala nominal tidak perlu dilakukan uji asumsi multikolinearitas.

Sebelum melakukan analisis regresi logistik multinomial dilakukan analisis statistika deskriptif untuk mengetahui gambaran umum mengenai masing-masing variabel yang dilibatkan dalam penelitian ini.

4. Hasil dan Pembahasan

4.1 Analisis Nilai Indeks Pembangunan Manusia dan Status Daerah Bermasalah Kesehatan Kabupaten /Kota di Pulau Sumatera Tahun 2013

Kabupaten/kota di Pulau Sumatera tahun 2013 mempunyai nilai IPM antara 66 sampai 80 atau masuk pada kategori menengah atas dengan rata-rata sebesar 73,72. Selanjutnya IPM kabupaten/kota di Pulau Sumatera tahun 2013 diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yaitu kategori 1 untuk kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPM lebih besar dari rata-rata dan kategori 2 untuk kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPM lebih kecil dari rata-rata. Klasifikasi status DBK dan DBK-B ditentukan berdasarkan nilai IPKM, kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM lebih besar dari rata-rata IPKM kabupaten/kota se-Pulau Sumatera ($=0,5328$) dinyatakan berstatus DBK sedangkan kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPKM lebih kecil dari rata-rata IPKM kabupaten/kota dinyatakan berstatus DBK-B.

Tabel 2. Statistika deskriptif variabel dependen

Kategori	N	Persentase
Kategori 1 (IPM Tinggi, Status DBK)	50	36.5
Kategori 2 (IPM Tinggi, Status DBK-B)	13	9.5
Kategori 3 (IPM Rendah, Status DBK)	20	14.6
Kategori 4 (IPM Rendah, Status DBK-B)	54	39.4
TOTAL	137	100.0

Kabupaten/kota yang termasuk dalam kategori 2 atau mempunyai IPM tinggi dan berstatus DBK-B antara lain

1. Provinsi NAD : Kab. Bireuen,
2. Provinsi Sumatera Utara : Kab. Tapanuli Selatan, Kab. Labuhan Batu Selatan, Kab. Padang Lawas Utara dan Kota Padang Sidempuan
3. Provinsi Sumatera Barat : Kab. Pasaman
4. Provinsi Riau : Kab. Kuantan Singgigi, Kab. Indragiri Hulu, Kab. Indragiri Hilir, Kab. Rokan Hulu
5. Provinsi Jambi : Kab. Rokan Hulu dan Kab. Kerinci
6. Provinsi Sumatera Selatan : Kab. Ogan Komering Ulu

Dari 137 sampel penelitian, 22.6% diantaranya merupakan wilayah perkotaan sedangkan sisanya 77.4% merupakan wilayah kabupaten.

Tabel 3. Statistika deskriptif variabel independen

Variabel	N	Mean	Min	Max	StDev
X2	137	12,87	2,28	35,74	5,98
X3	137	5,97	0,15	19,21	3,60
X4	137	54,58	37,78	71,38	5,82
X5	137	6597129,80	2051790,42	19719226,38	2805588,61
X6	137	594,58	13,61	8009,00	1327,56
X7	137	87373,20	11329,00	441776,00	67197,60

4.2 Pemodelan Regresi Logistik Multinomial

Langkah awal sebelum memodelkan dengan regresi logistik multinomial adalah melakukan uji kolinearitas. Nilai koefisien korelasi antar variabel independen secara ringkas dijelaskan sebagai berikut :

Tabel 4. Koefisien korelasi antar variabel independen

	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
X ₃	0.137				
X ₄	0.111	0.154			
X ₅	-0.267*	0.194*	-0.043		
X ₆	-0.088	0.380*	0.018	0.435*	
X ₇	-0.046	-0.098	-0.240*	0.251*	-0.034

*Signifikan pada taraf nyata 5%

Berdasarkan Tabel 4 tampak bahwa tidak ada koefisien korelasi yang mempunyai nilai lebih dari 0,95, maka dapat dikatakan tidak terjadi kolinearitas antar variabel independen.

Tabel 5. Nilai VIF antar variabel independen

	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇
VIF	1,245	1,209	1,269	1,129	1,149	1,226

Pada Tabel 5 dapat dilihat bahwa semua variabel independen mempunyai nilai VIF kurang dari 10, maka dapat dikatakan bahwa tidak terjadi kolinearitas antar variabel independen.

Selanjutnya dilakukan pemilihan variabel independen yang berpengaruh nyata secara individu terhadap variabel dependen, yaitu dengan cara meregresikan masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen.

Tabel 6. Hasil regresi logistik multinomial univariabel

Var	Model Logit	$\hat{\beta}_{kj}$	$SE(\hat{\beta}_{kj})$	Z _{hit}	P-value
X ₁ (1)	(3/4)	0,314	1,254	0,25	0,802
	(2/4)	0,773	1,265	0,61	0,541
	(1/4)	3,418	0,774	4,41	0,000**
X ₂	(3/4)	-0,054	0,046	-1,19	0,232
	(2/4)	-0,100	0,060	-1,67	0,094*
	(1/4)	-0,202	0,047	-4,30	0,000**
X ₃	(3/4)	0,035	0,077	0,45	0,653
	(2/4)	-0,044	0,100	0,44	0,657
	(1/4)	0,110	0,057	1,94	0,053*
X ₄	(3/4)	-0,116	0,049	-2,37	0,018
	(2/4)	0,016	0,054	0,30	0,762
	(1/4)	-0,038	0,034	-1,09	0,276
X ₅	(3/4)	0,000	0,000	0,49	0,624
	(2/4)	0,000	0,000	3,07	0,002**
	(1/4)	0,000	0,000	4,96	0,000**
X ₆	(3/4)	0,004	0,002	1,92	0,054*
	(2/4)	0,004	0,002	2,02	0,044**
	(1/4)	0,006	0,002	2,82	0,005**
X ₇	(3/4)	-0,007	0,000	-1,17	0,241
	(2/4)	0,000	0,000	1,10	0,271
	(1/4)	0,000	0,000	0,25	0,800

*Signifikan pada taraf nyata 10%, **Signifikan pada taraf nyata 5%

Berdasarkan Tabel 6 diketahui bahwa variabel X₄ dan X₇, yaitu rasio ketergantungan penduduk dan APBD untuk kegiatan ekonomi tidak berpengaruh pada semua model logit. Artinya, kategori IPM dan status daerah bermasalah kesehatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera pada tahun 2013 tidak dipengaruhi

oleh rasio ketergantungan dan APBD kegiatan ekonomi.

Selanjutnya dilakukan analisis regresi logistik multinomial secara bersama-sama dengan tidak melibatkan variabel rasio ketergantungan dan APBD untuk kegiatan perekonomian. Pengujian hipotesis secara simultan menggunakan statistik uji Likelihood G² dengan hipotesis sebagai berikut :

$$H_0 : \beta_{1j} = \beta_{2j} = \beta_{3j} = \beta_{4j} = \beta_{5j} = \beta_{6j} = 0$$

(Tidak ada pengaruh variabel dependen terhadap nilai IPM dan status daerah bermasalah kesehatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera)

$$H_1 : \text{minimal terdapat } \beta_{kj} \neq 0$$

$$k = 1, 2, \dots, 6, j = 1, 2, 3$$

(Paling tidak ada pengaruh satu variabel dependen terhadap nilai IPM dan status daerah bermasalah kesehatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera)

Tabel 7. Nilai statistik uji G² dari regresi logistik multinomial multivariabel

Statistik G ²	df	P-value
97,420	15	0,000

Statistik uji G² pada Tabel 7 sebesar 93,7515 lebih besar dari nilai $\chi^2_{(0,05;15)} = 24,996$ sehingga tolak H₀. Artinya, minimal terdapat satu variabel prediktor yang berpengaruh signifikan terhadap nilai IPM dan status daerah bermasalah kesehatan kabupaten/kota di Pulau Sumatera tahun 2013.

Selanjutnya dilakukan pengujian parameter secara parsial untuk mengetahui variabel mana saja yang signifikan terhadap model dengan hipotesis yang diuji adalah :

$$H_0 : \beta_{kj} = 0$$

$$H_1 : \beta_{kj} \neq 0 \text{ di mana } j=1,2,3 \text{ dan } k=1,2,\dots,6$$

Tabel 8. Hasil regresi logistik multinomial multivariabel

Var	Model Logit	$\hat{\beta}_{kj}$	$SE(\hat{\beta}_{kj})$	Z_{hit}	p-value	$Exp(\hat{\beta}_{kj})$
Konst.	(3/4)	-1.236	2.736	0.271	0.603	-
	(2/4)	-1.950	2.586	0.569	0.451	-
	(1/4)	1.852	2.123	0.761	0.383	-
	(3/4)	0.632	1.824	0.120	0.729	1.881
$X_1(0)$	(2/4)	-0.521	1.844	0.080	0.777	0.594
	(1/4)	-2.557	1.420	3.244	0.072*	0.078
	(3/4)	-0.085	0.056	2.326	0.127	0.919
X_2	(2/4)	-0.108	0.069	2.475	0.116	0.897
	(1/4)	-0.248	0.068	13.387	0.000*	0.780
	(3/4)	0.047	0.078	0.368	0.544	1.048
X_3	(2/4)	-0.055	0.119	0.214	0.644	0.947
	(1/4)	-0.031	0.110	0.081	0.776	0.969
	(3/4)	0.001	0.001	0.044	0.834	1.000
X_5	(2/4)	0.001	0.001	6.622	0.010*	1.673
	(1/4)	0.001	0.001	8.653	0.003*	1.670
	(3/4)	0.003	0.002	1.944	0.163	1.003
X_6	(2/4)	0.003	0.002	1.656	0.198	1.003
	(1/4)	0.004	0.002	2.691	0.101	1.004

* : Signifikan pada $\alpha=10\%$.

Berdasarkan Tabel 8, terdapat beberapa variabel yang signifikan pada taraf signifikansi 5%, yaitu variabel X_1 , X_2 dan X_5 signifikan pada model logit 1. Variabel X_2 berpengaruh signifikan pada model logit 2 dan logit 3 dengan taraf nyata sebesar 13%. Selain pada model logit 2, X_5 berpengaruh signifikan dengan taraf nyata 5% sedangkan X_6 berpengaruh signifikan dengan taraf nyata 11% pada model logit 1.

Model logit yang terbentuk dalam penelitian ini adalah :

$$g_1(x) = \mathbf{x}_1^T \hat{\beta}_1 = 1.852 - 2.557X_1(0) - 0.248X_2 + \\ - 0.031X_3 - 0.001X_5 - 0.004X_6$$

$$g_2(x) = \mathbf{x}_2^T \hat{\beta}_2 = -1.950 - 0.521X_1(0) - 0.108X_2 + \\ - 0.055X_3 - 0.001X_5 - 0.003X_6$$

$$g_3(x) = \mathbf{x}_3^T \hat{\beta}_3 = -1.236 - 0.632X_1(0) - 0.085X_2 + \\ - 0.047X_3 - 0.001X_5 - 0.003X_6$$

Pada model logit 1, variabel X_1 mempunyai nilai odd rasio sebesar 0.078 artinya wilayah kabupaten memiliki kecenderungan 0.078 kali untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan status DBK dibandingkan nilai IPM rendah dan status DBK-B atau dapat dikatakan bahwa wilayah kota mempunyai kecenderungan sebesar $12,8 \left(= \frac{1}{0.078} \right)$ kali untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan status

DBK dibandingkan nilai IPM rendah dan status DBK-B. Variabel X_2 mempunyai nilai odd rasio sebesar 0.780 artinya setiap kenaikan 1 % penduduk miskin di wilayah kabupaten/kota di Pulau Sumatera maka wilayah kabupaten/kota tersebut memiliki kecenderungan sebesar 0.780 untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan status DBK dibandingkan nilai IPM rendah dan status DBK-B. Untuk variabel X_5 mempunyai nilai odd rasio sebesar 1.670 artinya setiap kenaikan 1 % PDRB per kapita di wilayah kabupaten/kota di Pulau Sumatera maka wilayah kabupaten/kota tersebut memiliki kecenderungan sebesar 1.670 untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan status DBK dibandingkan nilai IPM rendah dan status DBK-B.

Pada model logit 2, variabel X_5 mempunyai nilai odd rasio sebesar 1.673 artinya setiap kenaikan 1 % PDRB per kapita di wilayah kabupaten/kota di Pulau Sumatera maka wilayah kabupaten/kota tersebut memiliki kecenderungan sebesar 1.670 untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan status DBK-B dibandingkan nilai IPM rendah dan status DBK-B.

Setelah diperoleh model logit, maka probabilitas setiap kategori dapat dihitung sebagai berikut:

- Kategori 1 : $\hat{\pi}_1(\mathbf{x}) = \frac{\exp[g_1(x)]}{1 + \left(\sum_{j=1}^3 \exp[g_j(x)] \right)}$
- Kategori 2 : $\hat{\pi}_2(\mathbf{x}) = \frac{\exp[g_2(x)]}{1 + \left(\sum_{j=1}^3 \exp[g_j(x)] \right)}$
- Kategori 3 : $\hat{\pi}_3(\mathbf{x}) = \frac{\exp[g_3(x)]}{1 + \left(\sum_{j=1}^3 \exp[g_j(x)] \right)}$
- Kategori 4 : $\hat{\pi}_4(\mathbf{x}) = \frac{1}{1 + \left(\sum_{j=1}^3 \exp[g_j(x)] \right)}$

Selanjutnya dihitung persentase ketepatan klasifikasi berdasarkan model regresi logistik multinomial sebagai berikut :

Tabel 9. Ketepatan klasifikasi nilai IPM dan status DBK kabupaten/kota di Pulau Sumatera tahun 2013 berdasarkan model regresi logistik multinomial

Prediksi	Observasi				Persentase ketepatan
	1	2	3	4	
1	42	0	0	8	84.0
2	5	0	0	8	0.0
3	5	0	0	15	0.0
4	8	0	0	46	85.2
Total keseluruhan					64.2

Berdasarkan Tabel 9, ketepatan klasifikasi nilai IPM dan status DBK kabupaten/kota di Pulau Sumatera pada tahun 2013 sebesar 64.2%.

4.3 Pembahasan

Dalam penelitian ini diperoleh bahwa wilayah perkotaan memberikan peluang yang lebih besar untuk memperoleh nilai IPM tinggi dan berstatus DBK daripada wilayah kabupaten. Hal ini dapat dilihat bahwa penduduk di wilayah perkotaan sadar akan pentingnya pendidikan dan kesehatan yang menjadi indikator penyusun IPM serta IPKM yang menentukan status DBK atau DBK-B.

Kenaikan persentase penduduk miskin dapat menurunkan peluang kabupaten/kota di Pulau Sumatera untuk memperoleh nilai IPM dan nilai IPKM tinggi dimana nilai IPKM tinggi menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut berstatus daerah bermasalah kesehatan. Artinya, kemiskinan erat kaitannya dengan pembangunan manusia dimana kemiskinan berdampak pada rendahnya tingkat pendidikan, kurangnya kesadaran akan kesehatan dan rendahnya kemampuan daya beli masyarakat. Untuk kenaikan pendapatan per kapita kabupaten/kota di Pulau Sumatera dapat meningkatkan kesempatan kabupaten/kota tersebut untuk memperoleh nilai IPM dan IPKM yang tinggi. Dengan meningkatnya pendapatan per kapita, kemampuan daya beli masyarakat pun meningkat sehingga kesejahteraan baik di bidang pendidikan maupun kesehatan dapat membaik. Dalam penelitian ini tingkat pengangguran, rasio ketergantungan, kepadatan penduduk dan

belanja daerah di bidang ekonomi tidak berpengaruh bagi setiap kabupaten/kota terhadap nilai IPM dan IPKM yang digunakan untuk menentukan apakah suatu kabupaten/kota tersebut berstatus DBK atau DBK-B.

5. Kesimpulan dan Saran

Pemodelan nilai IPM dan status DBK kabupaten/kota sebaiknya menggunakan model yang melibatkan faktor geografis, seperti *Geographically Weighted Multinomial Logistic Regression*, sehingga kebijakan untuk masing-masing kabupaten/kota di Pulau Sumatera lebih tepat sasaran.

6. Daftar Pustaka

- Amelia, O. A. (2013). *Pendekatan Metode Geographically Weighted Ordinal Logistic Regression Semiparametric*. Malang: Universitas Brawijaya.
- Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis Second Edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Indeks Pembangunan Manusia 2006-2007*. Jakarta.
- Bhakti, Ayu Nadia, Istiqomah dan Suprpto. (2014). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia Periode 2008-2012*. Jurnal Ekonomi dan Keuangan. Volume 18, Nomor 4, Desember 2014 :452 – 469.
- Hocking, R. R. (2003). *Methods and Applications of Linear Models*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan Kabupaten-Kota*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Mantra, Ida Bagoes. (2012). *Demografi Umum*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Mirza, Denni Sulistio. (2012). Pengaruh Kemiskinan, Pertumbuhan Ekonomi, dan Belanja Modal terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Jawa Tengah Tahun 2006-2009. *Economics Development Analysis Journal* (1) 1.
- Pratowo, N. I. (2010). *Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia*. Solo, Jawa Tengah: Universitas Sebelas Maret.
- Salam, R. (2009). *Pengujian Kesamaan Vektor Parameter Pada Beberapa Model Regresi Logistik Ordinal (Faktor-faktor yang mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur dan Papua Tahun 2006)*. Tesis. Surabaya: Institut Teknologi Sepuluh Nopember.