
ALOKASI ANGGARAN PEMERINTAH UNTUK MENCIPTAKAN SUMBER DAYA MANUSIA YANG PRODUKTIF YANG DIPENGARUHI PERAN TENAGA KESEHATAN

Mohammad Kamal Reza¹, Sri Dewi Ayu Safitri², Nurmalasari³
Universitas Bina Sarana Informatika¹²³

INFO ARTIKEL**Riwayat Artikel:**

Received : Mei 27th, 2024

Revised : Juni 5th, 2024

Accepted : Juni 10th, 2024

Keywords:

Health Expenditure

Paramedics

Medical facility

Malnutrition

Kata Kunci:

Pengeluaran Kesehatan

Tenaga Paramedis

Fasilitas Kesehatan

Gizi Buruk

ABSTRACT

This study aims to analysis the influence of health services and government spending on malnutrition. With sample of variable data used is government expenditure, paramedics, puskesmas, bed and dummy BPJS 2015 with seris time in this research is 2010 until 2015 and 33 province as observation unit. The method used in this research is panel data analysis with fixed effect model approach. The results of this study explain the influence of government expenditure has a negative and significant effect, paramedic have positive and insignificant effect, positive and insignificant beds, puskesmas have negative effect and significant dummy BPJS have significant negative effect on malnutrition.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh layanan kesehatan dan pengeluaran pemerintah terhadap gizi buruk. dengan sampel data variabel yang digunakan adalah Pengeluaran Pemerintah, Paramedis, Puskesmas, Tempat Tidur dan dummy BPJS 2015 dengan seris waktu dalam penelitian ini adalah 2010 sampai 2015 dan 33 provinsi sebagai unit observasi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis panel data dengan pendekatan model *fixed effect*. Hasil penelitian ini menjelaskan adanya pengaruh pengeluaran pemerintah berpengaruh negatif dan signifikan, paramedis berpengaruh positif dan tidak signifikan, tempat tidur positif dan tidak signifikan, puskesmas berpengaruh negatif dan signifikan dummy BPJS berpengaruh negatif signifikan terhadap gizi buruk.

*Corresponding author :

Address : Universitas Bina Sarana Informatika

E-mail : kamalreza.489@gmail.com

PENDAHULUAN

Anggaran kesehatan yang dialokasikan 5% dari APBN berperan dalam membantu meningkatkan kesehatan melalui anggaran fasilitas penyelenggaraan kesehatan yang komprehensif bagi anak dan balita melalui pemberian upaya yang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif lebih maksimal dari mulai masa ibu mengandung sampai masa melahirkan. Pemerintah berperan melalui anggaran kesehatan yang memfokuskan terhadap gaji tenaga kesehatan, penambahan fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, mendorong melalui subsidi obat terhadap kinerja kesehatan yang terjadi di masyarakat

Alokasi anggaran pemerintah menjadi ukuran dalam penurunan tingkat kesehatan di Indonesia yang sangat berperan penting melalui tenaga kesehatan, seperti dokter, bidan, perawat yang bersentuhan langsung terhadap masyarakat melalui fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah dalam penurunan tingkat kesehatan yang menjadi fokus utama pada pemerintah melalui fasilitas kesehatan rumah sakit, puskesmas pada seluruh wilayah Indonesia. Pembangunan kesehatan menjadi upaya pemerintah dalam memenuhi salah satu hak dasar masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan UUD 1945 pasal 28 dan Undang-undang 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Alokasi anggaran pembangunan kesehatan mesti dipandang sebagai investasi dalam mendorong peningkatan kualitas kesehatan sumber daya manusia yang baik sekaligus meningkatkan investasi dibidang pendidikan dan mendorong perekonomian lebih baik kedepannya. Peran penurunan tingkat kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah saja tetapi melibatkan masyarakat dan swasta yang bersama meningkatkan kesejahteraan kesehatan.

Sering terjadi di Indonesia ialah masih sulitnya masyarakat mendapatkan fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang memadai disebabkan masih sedikitnya jumlah fasilitas di tiap daerah/desa ditambah susah akses infrastruktur menuju fasilitas kesehatan membuat permasalahan gizi buruk pada anak dan balita pertahun selalu ada, serta sangat sulit dalam menurunkan kasus gizi buruk terutama pada perbatasan yang jauh dari akses fasilitas kesehatan seperti di daerah perbatasan desa, daerah yang baru berkembang, daerah pulau terluar di Indonesia.

Kasus gizi buruk mempengaruhi tingkat stunting yang terjadi hampir di seluruh wilayah Indonesia dengan kondisi masyarakat yang mengalami stunting sangat tinggi di beberapa provinsi di seperti Sumatra Utara, Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten, Nusa Tenggara Timur, dan Papua. Jumlah kasus tertinggi berada pada Jawa Timur hampir 12.000 kasus selama lima tahun terakhir, dengan kasus paling dominan berada di pulau jawa karena jumlah penduduk di pulau jawa yang begitu besar untuk setiap kabupaten/kota. Provinsi Sulawesi dan Sumatra utara selama lima tahun terakhir yang menunjukkan kasus gizi buruk itu tinggi, sedangkan wilayah timur Indonesia provinsi NTT dan Papua yang kasus gizi buruknya relatif adanya peningkatan karena disebabkan jumlah fasilitas kesehatan cukup sedikit dan akses infrastruktur masih susah dijangkau oleh masyarakat miskin terutama di daerah perbatasan dan perbatasan sehingga bagi pemerintah akan sangat sulit dalam menurunkan kasus terjadi pada bayi dan balita

Adanya kesenjangan pembangunan kesehatan membuat antara daerah jawa dan luar jawa masih menjadi permasalahan terbesar dalam meningkatkan kesejahteraan kesehatan. Meningkatnya kasus gizi buruk disebabkan bahwa harga kebutuhan pokok yang lebih mahal dibanding pulau Jawa seperti di NTT, Papua membuat mereka yang memiliki bayi dan anak balita harus mengeluarkan biaya konsumsi kebutuhan untuk membeli susu lebih banyak atau mengurangi kebutuhan susu akibat terlalu mahal harganya. Ketika kebutuhan susu bayi berkurang berpengaruh terhadap kebutuhan gizi bayi dalam proses pertumbuhan menuju masa balita. Ibu juga mesti memikirkan pola nutrisi gizi yang baik

agar tidak menderita kasus gizi buruk yang mudah didapat pada bayi selama masa pertumbuhan satu tahun.

KAJIAN PUSTAKA DAN PERUMUSAN HIPOTESIS

Anggaran Pengeluaran pemerintah diukur dengan adanya pengeluaran rutin dan pembangunan, mempunyai peran penting yang cukup besar dalam mendukung pencapaian sasaran pembangunan secara langsung. Berkaitan dengan pembentukan modal dalam menentukan tujuan peningkatan produksi yang menunjang kegiatan pemerintah serta peningkatan jangkauan dan mutu pelayanan. Pengeluaran pemerintah memperbesar permintaan agregat melalui multiplier effect. Peningkatan produksi atau penawaran, dengan peningkatan PDRB menimbulkan indikasi pertumbuhan suatu perekonomian yang menyebabkan penerimaan bertambah (Boediono, 1999).

Pemerintah daerah mesti perlu adanya alokasi dalam peningkatan anggaran kesehatan pada setiap tahunnya untuk dapat meningkatkan pengeluaran belanja bidang sebuah kebijakan yang mampu berpengaruh terhadap biaya belanja kesehatan pada setiap kabupaten/kota. Pengeluaran pemerintah di sektor kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar utama bagi masyarakat. Kesehatan sebagai salah satu indikator untuk melihat kesejahteraan suatu masyarakat, diharapkan dapat memberikan kesempatan kepada seluruh rakyat di Indonesia untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Program yang dilakukan oleh pemerintah untuk mempermudah masyarakat mengakses pelayanan kesehatan adalah program kesehatan gratis, asuransi kesehatan dan penggunaan kartu miskin (Gupta, 1999).

Pelayanan kesehatan yang terpenting adalah mutu dan akses itu sendiri dari sistem pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan yang diberikan sangat penting, terutama bagi penduduk miskin. Setiap penduduk berhak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Secara teoritis yang menjadi masalah pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin bukan hanya biaya atau tarif pelayanan, tetapi juga biaya transportasi (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, 2007).

Karakteristik pelayanan kesehatan Miller, et.all (2008) terbagi menjadi tiga kategori yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

1. Pelayanan primer meliputi intervensi untuk mencegah timbulnya penyakit semakin meluas. Seperti penyebaran penyakit menular, peningkatan perilaku hidup sehat yang mungkin timbul dari kegiatan imunisasi dan pemberitahuan dalam penyebaran informasi konseling pada masyarakat.
2. Pelayanan sekunder meliputi intervensi yang dilakukan pemerintah dalam mendeteksi dan penanggulangan proses pencegahan tahap awal. Melakukan screening untuk suatu kondisi pencegahan dari luar dalam jangka waktu tertentu, daripada melakukan penyuluhan hanya dalam waktu sangat singkat dan tidak berdampak terhadap pelayanan masyarakat yang maksimal dalam kasus kesehatan yang terjadi.
3. Pelayanan tersier yaitu pencegahan dari kondisi yang lebih buruk pada pasien dengan kondisi kesehatan yang lebih buruk.

Rumah sakit selalu menjadi tempat perawatan yang menyediakan pelayanan kesehatan lengkap bagi semua orang, baik yang bersifat kuratif dan preventif. Rumah sakit kualitas pelayanan perawatan kesehatan diukur dengan dua metrik: kesembuhan seorang pasien dan kepuasan pelayanan pasien. Kepuasan pasien adalah perasaan senang atau kecewa seseorang karena membandingkan suatu layanan yang dirasakan atau hasil yang didapat dengan yang pasien harapkan, seperti penilaian oleh individu sejauh mana pelayanan

yang diberikan dipenuhi oleh tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit atau fasilitas kesehatan (Kotler, 2000).

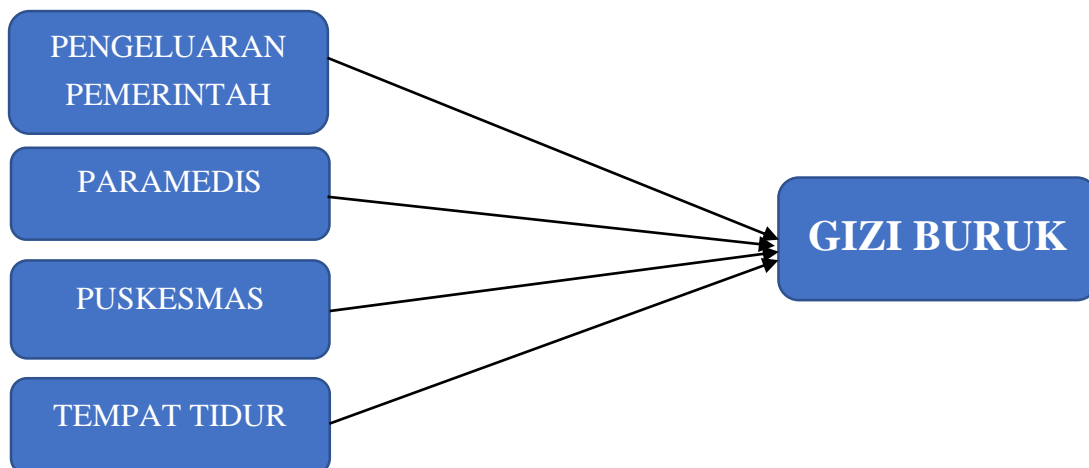
Kajian Empiris

Penelitian tersebut menjelaskan bahwa peningkatan pengeluaran pemerintah untuk kesehatan dan jumlah tempat tidur per1000 penduduk secara statistik menunjukkan signifikan dan memiliki hubungan terhadap kematian bayi per1000 kelahiran hidup, Jumlah tenaga kesehatan dokter relatif terhadap rasio kematian bayi ditemukan dengan hasil olahan statistik tidak signifikan. Agar lebih efisien dalam pengelolaan pengeluaran kesehatan untuk tujuan perluasan mesti secara merata dengan memberikan kesempatan yang lebih mendorong kinerja pelayanan kesehatan dimana pemerintah dapat memberikan kesempatan kerja bagi tenaga kesehatan selama masa transisi. Pembiayaan pemerintah berkonsentrasi untuk mencapai cakupan asuransi kesehatan secara global.

Peran puskesmas dalam menjangkau informasi dari kader posyandu bertujuan untuk mendeteksi kasus gizi buruk kurang. Petugas kesehatan juga aktif mendatangi keluarga yang mengalami masalah gizi serta melakukan pemantauan kondisi perkembangannya. Untuk mencapai indikator SPM, perlu adanya kerjasama yang sinergi lintas SKPD dalam perbaikan gizi masyarakat, menyusun kebijakan peraturan dalam menggerakkan kelompok masyarakat, meningkatkan jumlah anggaran untuk fasilitas dan pelayanan, meningkatkan kegiatan penyuluhan lintas sektor, bekerjasama dengan kelompok masyarakat dan perguruan tinggi, mengambil langkah kebijakan yang mengarahkan masyarakat mengikuti program keluarga berencana, meningkatkan peran masyarakat, kader posyandu dan para relawan, dan meningkatkan alokasi anggaran program perbaikan gizi. Mencapai tujuan penanggulangan gizi masyarakat, pemberdayaan kesehatan bersama masyarakat, peningkatan fasilitas dan pelayanan gizi masyarakat, program penyuluhan kesehatan dan gizi masyarakat, program peningkatan kapasitas kader dan kerjasama antar lembaga, keluarga berencana, promosi kesehatan dan gizi ibu, bayi dan anak, pencegahan, penanggulangan gizi buruk.

Kerangka Pemikiran

Latar belakang dan permasalahan kajian empiris terdahulu menjelaskan pada penelitian sebelumnya ialah pengaruh layanan kesehatan dan pengeluaran pemerintah terhadap gizi buruk serta menjelaskan akar pemikiran dalam penelitian, berikut gambaran kerangka pemikiran yang skematis:



Hipotesis

Berdasarkan latar belakang rumusan masalah, pada penelitian terdahulu serta kerangka pemikiran teoritis, penelitian ini dapat menjelaskan hipotesis sebagai berikut:

1. Pengeluaran Pemerintah ada hubungan negatif terhadap Gizi Buruk
2. Jumlah Paramedis ada hubungan positif terhadap Gizi Buruk
3. Jumlah Puskesmas ada hubungan negatif terhadap Gizi Buruk
4. Jumlah Tempat Tidur ada hubungan positif terhadap Gizi Buruk

METODA PENELITIAN

Penelitian ini mempengaruhi layanan kesehatan dan pengeluaran pemerintah terhadap Gizi Buruk. Sementara itu yang menjadi subjek penelitian analisis adalah 33 provinsi dalam kurun waktu 2011- 2015. Pengambilan kesehatan Indonesia sebagai unit analisis yang didasarkan bahwa masih tingginya masalah kesehatan yang disebabkan masih susah nya akses masyarakat pada setiap provinsi dalam mengakses kesehatan.

Metode penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif yaitu suatu metode dan pendekatan penelitian yang didasari oleh berbagai teori hasil penelitian yang pernah dikembangkan sebelumnya dengan memberikan gambaran aspek relevan dengan fenomena wilayah yang diteliti. Penelitian bersifat studi empirik, data yang digunakan berupa data sekunder adalah gabungan antara *time series* dan *cross section* (data Panel).

Variabel Operasional bermaksud tidak terjadi pemaknaan ganda terhadap variabel gizi buruk, pengeluaran pemerintah, paramedis, puskesmas, tempat tidur, dummy BPJS,

Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Pengukuran	Satuan
1	Pengeluaran Pemerintah	Pengeluaran Pemerintah Perkapita	Juta Rupiah
2	Paramedis	Rasio Paramedis per100.000 penduduk	Orang
3	Puskesmas	Puskesmas per 30.000 penduduk	Kab/Kota
4	Tempat Tidur	Tempat Tidur per 1000 penduduk	Unit
5	Gizi Buruk	Kasus gizi buruk per1000 balita	Tahun
6	Dummy BPJS	Dummy BPJS	Tahun

Model penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah melalui pendekatan kuantitatif bertujuan memberikan gambaran, mengkaji dan menguji keberadaan teori secara empirik dilihat dalam penelitian sebagai berikut:

Model Indikator Gizi Buruk (GZB)

$$GZB_{it} = \alpha_1 PP_{it} + \alpha_2 PRMDS_{it} + \alpha_3 PKMS_{it} + \alpha_4 JTT_{it} + \alpha_5 DMBPJS_{it} + \epsilon_{it}$$

Dimana:

- GZB = Gizi Buruk (kasus gizi buruk dibagi jumlah balita)
- PP = Pengeluaran kesehatan perkapita (juta rupiah)
- PRMDS = Jumlah Paramedis (per100.000 penduduk)
- PKMS = Jumlah Puskesmas (per30.000 penduduk)
- JTT = Jumlah Tempat Tidur (per1000 penduduk)

$\alpha_1, \alpha_2, \alpha_3, \alpha_4, \alpha_5$	= Koefisien masing variabel independen
DMBPJS	= Dummy Tahun BPJS
i	= Daerah Kabupaten Kota
t	= Waktu/periode
e	= Variabel error

Variabel gizi buruk, merupakan variabel dependen, variabel pengeluaran pemerintah, paramedis, puskesmas, jumlah tempat tidur, dummy BPJS dalam tahun merupakan variabel independen.

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Pengeluaran pemerintah menjadi faktor penting dalam mengontrol kinerja pemerintah dalam menurunkan kasus gizi buruk. Peningkatan anggaran pertahun menjadikan kinerja tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan harus lebih baik dan bertambah maksimal, tetapi wilayah Indonesia yang sangat luas menjadikan peran anggaran pemerintah berdampak tidak terlalu maksimal dalam meningkatkan kesejahteraan kesehatan yang seharusnya dapat dirasakan oleh masyarakat kecil. Kinerja pemerintah harus lebih extra dalam memaksimalkan peran tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat pada setiap kabupaten/kota di wilayah Indonesia. Anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah dalam memaksimalkan pelayanan kesehatan mampu memberi dampak yang signifikan bagi masyarakat dalam menurunkan angka gizi buruk yang berdampak terhadap masyarakat

Kasus gizi buruk menjadi masalah kesehatan yang langsung berdampak dirasakan para balita yang langsung berpengaruh terhadap masa tumbuh kembang selama proses masa beranjak dewasa. Tumbuh kembang anak tidak terlepas pada konsumsi si ibu selama janin masih dalam kandungan dan pola nutrisi makanan saat hamil sangat berdampak pada tumbuh kembang kehamilan. Tingginya kasus gizi buruk yang tersebar hampir merata di setiap provinsi Indonesia, dengan kondisi Jakarta, Jawa Barat, Tengah, Timur, Banten, Nusa Tenggara Timur, Papua dan Papua Barat menjadi penderita kasus gizi buruk yang masih tertinggi di Indonesia selama kurun waktu lima tahun terakhir.

Untuk daerah yang kasus gizi buruk rendah berada pada provinsi Bali, Kalimantan Tengah, dan Sulawesi Selatan, sedangkan pada Sulawesi Selatan trend kasus gizi buruk pertahun selalu mengalami penurunan mencapai 40 kasus ditahun 2015. Provinsi Bali dan Kalimantan Tengah mengalami fluktuatif yang menjadikan peran pemerintah daerah harus lebih maksimal dalam menurunkan kasus gizi buruk pada kedua daerah tersebut agar angka kematian bayi dan kematian balita, tidak meningkat dan target program pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan kesehatan di Indonesia terwujud dan dapat dirasakan seluruh masyarakat. Pemerintah harus lebih memaksimalkan kinerja tenaga kesehatan untuk membantu dalam pelayanan kesehatan agar mampu menurunkan kasus gizi buruk yang hampir banyak berada didaerah perbatasan.

Hasil pengujian untuk melihat pengaruh layanan kesehatan pemerintah terhadap kasus gizi buruk seperti pengeluaran pemerintah, jumlah paramedis, jumlah puskesmas, jumlah tempat tidur, menambahkan dummy BPJS tahun 2014 dan 2015 untuk dapat melihat pendekatan yang lebih tepat dengan menggunakan metode *fixed effect* yang dapat hasil model penelitian dibawah ini.

Hasil Regresi Model Penelitian

Indevenden Variabel	Model
	GZB
C	4.914053***
PP	-0.000714***
PARAMEDIS	0.00067
TEMPAT TIDUR	0.250973***
PUSKESMAS	-1.394.848
DMBPJS2015	-0.308692***
R-squared	0.816417
Adjusted R-squared	0.762932
F-statistic	1.526.446
Prob(F-statistic)	0
Durbin-Watson stat	1.991.296

Sumber: Hasil olahan data eviews 9

Analisis Kuantitatif dan Pengujian

Analisis penelitian dengan menentukan metode terbaik dalam mengestimasi model regresi menggunakan tiga metode *common effect*, *fixed effect* dan *random effect*. Melakukan uji chow bertujuan membandingkan model *common effect* dengan *fixed effect* yang terbaik dalam penelitian.

Hasil Uji Chow

Variabel	Gizi Buruk	
	Statistik	Prob
Cross-section F	15.410.192	0.0000

Sumber: Hasil olahan data eviews 9

Menjadi dasar dilihat atau tidak dalam hipotesis dengan membandingkan perhitungan t-tabel dengan t-statistik. Nilai α , k-1 dan n-1 masing-masing sebesar 0,05, 4 dan 164 maka diketahui bahwa nilai F-tabel adalah 2,43 baik untuk model regresi gizi buruk. Dari model memperlihatkan bahwa nilai F-statistik > F-tabel maka H0 ditolak sehingga yang tepat untuk model regresi data panel adalah metode *fixed effect* untuk kasus gizi buruk.

Uji Hausman menggunakan *fixed effect* atau *random effect* yang paling baik digunakan. Diterima atau ditolak hipotesis untuk membandingkan perhitungan nilai chi- statistik. Nilai α dan k masing-masing sebesar 0,05 maka diketahui nilai chi-tabel adalah 9,48 baik untuk model regresi gizi buruk. Variabel devenden diatas nilai t-tabel lebih besar dari t-statistik, menunjukkan nilai Chi-statistik < Chi-tabel, maka hipotesis H0 ditolak sehingga estimasi yang tepat model data panel pada penelitian adalah metode *random effect*.

Berdasarkan hasil dari model I menjelaskan terlihat bahwa untuk variable pengeluaran pemerintah berpengaruh negatif signifikan terhadap kasus gizi buruk di 33 provinsi di Indonesia. Nilai koefisien pengeluaran pemerintah sebesar -0.000714 menjelaskan setiap ada penambahan jumlah proporsi pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan sebesar 1% maka dapat menurunkan kasus gizi buruk sebesar 0,000714% *ceteris paribus*.

Dari hasil analisis dapat dijelaskan adanya peningkatan anggaran kesehatan dapat menambah jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan serta mendorong akses kesehatan seperti jumlah dokter, bidan, perawat, rumah sakit, puskesmas, puskesmas keliling, puskesmas pembantu, serta puskesmas yang berada di wilayah perdesaan yang langsung berdampak kepada terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Alokasi anggaran yang sangat berperan besar bagi peningkatan tenaga kesehatan dan fasilitas akan mampu memberikan kontribusi yang sangat maksimal dalam peningkatan kesejahteraan. Tenaga kesehatan akan

berperan dalam sosialisasi pola gizi bagi ibu hamil, pola gizi bagi balita dan dengan adanya sosialisasi tersebut akan sangat efektif dalam penurunan gizi buruk yang terjadi serta maksimalnya anggaran yang di alokasikan pada sektor kesehatan. Kebijakan pemerintah melalui badan penyelenggara jaminan sosial sangat membantu dalam mengkaper biaya pelayanan kesehatan yang diberikan untuk para masyarakat miskin

Pemerintah melakukan peluncuran program kesehatan bagi masyarakat miskin dengan tujuan mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga dapat menurunkan kasus gizi buruk. Pemerintah menjamin akses pada masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan menjadi salah satu tujuan utama dalam menurunkan gizi buruk yang menyediakan pembiayaan untuk masyarakat miskin dalam mendapatkan akses kesehatan seperti:

1. 1998-2001 Program Jaringan Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK)
2. 2001 Program Dampak Pengurangan Subsidi Energy (PDPSE)
3. 2002-2004 Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM (PKPS-BBM)
4. 2005-2007 Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN)
5. 2008 Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JAMKESMASKIN)

Sedangkan untuk hasil paramedis berpengaruh positif tidak signifikan terhadap kasus gizi buruk di 33 provinsi Indonesia. Nilai koefisien paramedis sebesar 0,000670 artinya setiap ada penambahan jumlah tenaga kesehatan paramedis seperti dokter, bidan dan perawat pada akses fasilitas kesehatan maka dapat berdampak menurunkan kasus gizi buruk sebesar 0,000670% *ceteris paribus*. Sedangkan setiap ada penambahan tenaga kesehatan satu, dua, atau tiga maka tetap meningkatkan pelayanan tenaga medis serta mampu membantu pelayanan kesehatan perseratus ribu penduduk.

Kinerja pemerintah melalui paramedis untuk menurunkan kasus gizi buruk menjadi faktor utama dalam membantu memberikan pertolongan serta pendidikan terhadap pola konsumsi ibu pada masa kehamilan, masa bersalin hingga masa pertumbuhan si bayi dan balita agar dapat mencegah kasus gizi buruk pada anak atau 65 balita. Pola nutrisi gizi yang baik seharusnya mampu membantu ibu dalam mencegah anaknya menderita kasus gizi buruk yang berdampak pada proses pertumbuhan anak menuju dewasa mengalami kelambatan dalam proses berpikir. Peran pemerintah melalui dokter, bidan dan perawat harus melakukan edukasi setiap bulan pada setiap wilayah serta mampu memberikan edukasi workshop bagi masyarakat agar mampu mencegah kasus gizi buruk saat anak-anak atau balita masih dalam proses pertumbuhan.

Kasus gizi buruk tertinggi berada di Pulau Jawa, Papua serta Sumatra Utara dimana pemerintah harus berperan penting dalam menurunkannya. Untuk rasio tenaga kesehatan yang mampu melayani seratus ribu penduduk dalam membantu menurunkan masalah kesehatan, sedangkan menurut standar WHO untuk pelayanan kesehatan yang baik seharusnya jumlah tenaga medis melayani seribu penduduk agar pelayanan kesehatan dapat lebih maksimal. Sedangkan untuk jumlah paramedis setelah dibagi rasio perpenduduk relatif untuk beberapa provinsi seperti Aceh, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat yang hampir setiap tahunnya meningkat disekitar angka 350 dengan peran tenaga kesehatan jauh lebih baik dibandingkan provinsi yang berada di pulau Jawa atau Sumatra disebabkan jumlah penduduk yang masih sangat sedikit. Tenaga kesehatan menentukan kinerja kesejahteraan masyarakat dalam menurunkan masalah kesehatan, melihat data yang ada untuk masalah kasus gizi buruk berada di kabupaten, desa, bahkan daerah yang baru berkembang atau masyarakat di sebuah pulau yang sulit mendapatkan akses kesehatan disebabkan masih minimnya tenaga kesehatan dalam mensosialisasikan pola nutrisi saat masa pertumbuhan pada anak – anak

Status gizi nutrisi pelayanan kesehatan terutama dari tenaga kesehatan yang berperan besar bagi perkembangan kesehatan mempengaruhi sebuah janin dalam proses pembentukan seorang anak semenjak masih dalam kandungan hingga si anak dalam proses kelahiran (Dinkes gizi masyarakat, 2007). Kasus ibu hamil dengan kondisi kurang gizi berdampak menyebabkan berat bayi lahir rendah dan berpengaruh terhadap pengembangan otak si anak menjadi sangat sulit untuk bertahan hidup. Pemerintah mesti memberikan program layanan konsumsi nutrisi gizi yang baik, sehingga berdampak pada pola konsumsi gizi balita seperti upaya perbaikan gizi keluarga (UPGK) dan Program Sadar Gizi (KADARZI).

Untuk hasil puskesmas berpengaruh negatif signifikan terhadap kasus gizi buruk di 33 provinsi Indonesia. Nilai koefisien puskesmas sebesar -1.394848 artinya setiap ada penambahan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas pada fasilitas kesehatan dapat menurunkan kasus gizi buruk sebesar 1,394% setiap kabupaten/kota dengan asumsi *ceteris paribus*.

Puskesmas juga berperan penting dalam memberikan imunisasi kepada balita dalam mencegah kasus gizi buruk yang sering terjadi, dengan adanya program dari tenaga kesehatan yang berdampak langsung bagi balita dan masyarakat maka sangat membantu dalam menurunkan kesehatan. Peran pemerintah dalam mengembalikan fasilitas kesehatan yang sudah mati akan sangat membantu masyarakat dalam menjangkau dikarenakan jarak dari rumah sakit yang jauh maka puskesmas menjadikan tempat konsultasi kesehatan untuk menurunkan masalah kesehatan. Jumlah tempat tidur berpengaruh positif tidak signifikan terhadap kasus gizi buruk di 33 provinsi Indonesia. Nilai koefisien puskesmas sebesar 0.250973 artinya setiap ada penambahan fasilitas kesehatan jumlah tempat tidur di rumah sakit, puskesmas pada fasilitas kesehatan maka dapat menurunkan gizi buruk sebesar 0,250% dengan asumsi *ceteris paribus*.

Untuk jumlah tempat tidur berpengaruh positif disebabkan karena ada peningkatan pelayanan kesehatan yang mampu memberikan fasilitas baik bagi kasus gizi buruk dan dapat menurunkannya. Tempat tidur berdampak baik bagi kesehatan masyarakat dikarenakan peningkatan jumlah tempat tidur sebanding dengan jumlah pelayanan masyarakat dalam mengakses kesehatan. Kasus gizi buruk berdampak langsung terhadap pelayanan jumlah tempat tidur disebabkan setiap pasien yang menderita penyakit mesti dirawat pada fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang mereka derita. Kinerja pemerintah untuk memberikan imunisasi terhadap kesehatan masyarakat berdampak langsung dalam proses menurunkan kasus kesehatan yang diderita oleh para pasien. Dummy BPJS berpengaruh negatif signifikan terhadap kasus gizi buruk di 33 provinsi Indonesia. Nilai koefisien dummy BPJS sebesar -0.308692 artinya setiap ada penambahan tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan maka masyarakat lebih mudah dalam mengakses kesehatan yang menderita kasus gizi buruk sebesar 0,3086%.

Adanya program yang dicanangkan pemerintah dalam membantu permasalahan kesehatan dapat memberikan kemudahan bagi masyarakat untuk mengakses kesehatan seperti pelayanan jumlah tempat tidur, pelayanan pembayaran fasilitas kesehatan, serta adanya subsidi obat-obatan yang diberikan untuk penderita gizi buruk melalui program badan penyelenggara jaminan sosial bagi masyarakat miskin dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Adanya badan penyelenggara jaminan sosial membuat pelayanan kesehatan pemerintah berpengaruh menurunkan kasus gizi buruk sebanyak 308 pada balita hampir setiap tahun. Program badan penyelenggara jaminan sosial berperan dalam membantu masyarakat mendapatkan fasilitas kesehatan yang harus dirasakan oleh masyarakat miskin pada setiap daerah di Indonesia.

SIMPULAN, KETERBATASAN DAN SARAN

Tujuan penelitian ini ialah pengaruh layanan kesehatan dan pengeluaran pemerintah terhadap Gizi Buruk pada 33 provinsi di Indonesia, maka diperoleh beberapa kesimpulan

Dari hasil penelitian ini dapat menyimpulkan bahwa anggaran pengeluaran pemerintah berperan dalam menurunkan kasus gizi buruk melalui peran puskesmas, dibantu oleh program yang diberikan oleh pemerintah melalui BPJS yang berpengaruh signifikan. Untuk jumlah paramedis dan tempat tidur dapat meningkatkan peran pemerintah dalam menurunkan kasus gizi buruk namun tidak berpengaruh signifikan disebabkan peran tenaga kesehatan dan tempat tidur tidak berpengaruh langsung terhadap gizi buruk. Kinerja pemerintah perlu lebih maksimal, fokus dalam program gizi buruk yang lebih efektif dan efisien dalam meningkatkan masalah kesehatan untuk anak dan balita.

Rekomendasi Kebijakan

1. Pemerintah diharapkan dapat lebih tepat dalam menggunakan anggaran layanan kesehatan yang dialokasikan pada sektor kesehatan, sudah di anggarkan 5% dari APBN. Pemerintah memprioritaskan terhadap program - program yang berdampak terhadap penurunan kasus gizi buruk pada daerah-daerah tertinggal di Indonesia agar dapat memberikan fasilitas yang terbaik untuk masyarakat kecil.
2. Pemerintah diharapkan dapat mengubah pola pikir masyarakat terutama di daerah pedalaman dan timur dalam masalah nutrisi makan yang sehat pada bayi dan balita, serta menurunkan masalah nikah muda yang sering dilakukan oleh orang tua-tua terdahulu untuk mempertahankan tradisi. Dikarenakan perempuan atau laki-laki menikah muda tapi tidak memahami mengenai masalah kesehatan dimasa pernikahan yang sangat muda.
3. Indikator kesehatan lebih perlu dikembangkan terutama untuk dapat menganalisis dampak masalah kesehatan dan fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat miskin. Kesehatan merupakan faktor dari Indeks Pembangunan Manusia yang berdampak dalam waktu yang lama untuk populasi kesehatan dimasa kedepan apakah mendapatkan akses kesehatan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Dwi Bastias, Desi (2010) "Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Atas Pendidikan, Kesehatan, dan Infrastruktur, Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Periode 1969-2009" Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Diponegoro Semarang.
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat (2007) Perencanaan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin. Deputi Bidang Sumberdaya Manusia dan Kebudayaan.
- Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI (2001), Profil Perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Tahun 2000, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Dwi, Novitasari "Faktor-Faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk Pada Balita Yang Dirawat Di RSUP Dr.Kariadi Semarang" Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro 2012
- Erus, Burcay and Nazli A ktakke (2012) "Impact of healthcare reforms on Out of pocket health expenditures in Turkey for public insurees" Original paper, Eur J Health Econ, Publixded online 19 march 2011 Springer-Verlag 2011

- Hasbulah Tharbrany, et all (2003), “sosial Health Insurance In Indonesia”
Current Status and Plan For National Health Insurance, Center For
Health.
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230816/0643661/anggaran-kesehatan-2024-ditetapkan-sebesar-5-6-dari-apbn-naik-8-1-dibanding-2023/>
- Kimani, Diana, Mercy and Urbanus (2016) “Catastrophic health expenditures and impoverishment in Kenya” journal Eropean Scientific School of Economics, University Of Nairobi
- Misdawita, A. Arini Putri Sari (2013) “Analisis Dampak Pengeluaran Pemerintah di Bidang Pendidikan, Kesehatan, dam Pengeluaran Subsidi Terhadap Kemiskinan di Indonesia” PPIE Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia vol. 4 no 2, Desember 2013