

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA DI INDONESIA PERIODE 2008-2012

Nadia Ayu Bhakti

naadiaayu@gmail.com

Istiqomah

Suprpto

Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Jenderal Soedirman

ABSTRACT

Human Development Index (HDI) is an index established by UNDP in 1996 to measure the well-being of society. Indonesian HDI increased during the period of 2008-2012; however, there is high variation among 33 provinces. Its position in the world is still below the average (121 of 187 countries) and ranks 5th among ASEAN countries (UNDP, 2013). Based on this phenomenon this study tries to analyze the determinants of HDI which include GDP, dependency ratio, household consumption for food, government budget for education, and the budget for health. The results indicate that GDP and government budget for health have positive effect on HDI, whereas dependency ratio and household consumption for food have negative effect. However, the budget for education has no effect on HDI. HDI is an important indicator of development; therefore, the government and the society should take efforts to improve the HDI. Economic growth, income distribution, population control, poverty alleviation, as well as improvement in health services and education are needed in order to improve the HDI.

Key words: Human development index, RGDP, dependency ratio, household consumption for food, government budget for education and health.

ABSTRAK

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan indeks yang ditetapkan oleh UNDP pada tahun 1996 untuk mengukur kesejahteraan masyarakat. IPM Indonesia meningkat selama periode 2008-2012. Namun, ketimpangan antar wilayah terjadi di 33 provinsi di Indonesia. Posisi IPM Indonesia di dunia masih di bawah rata-rata (peringkat ke-121 dari 187 negara) dan peringkat ke-5 di antara negara-negara ASEAN (UNDP, 2013). Berdasarkan fenomena tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi IPM yaitu PDRB, rasio ketergantungan, konsumsi rumah tangga untuk makanan, APBD untuk pendidikan, dan APBD untuk kesehatan. Penelitian ini merupakan penelitian asosiatif dengan teknis analisis regresi data panel 33 provinsi di Indonesia selama periode 2008-2012. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PDRB dan APBD untuk kesehatan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap IPM, sedangkan rasio ketergantungan dan konsumsi rumah tangga untuk makanan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap IPM. Namun, APBD untuk pendidikan tidak berpengaruh terhadap IPM. IPM merupakan indikator penting dalam pembangunan. Oleh karena itu, pemerintah dan masyarakat harus berupaya untuk meningkatkan IPM setiap tahunnya. Pertumbuhan ekonomi, distribusi pendapatan, pengendalian populasi, pengentasan kemiskinan, serta peningkatan pelayanan kesehatan dan pendidikan sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan IPM.

Kata kunci: Indeks Pembangunan Manusia, PDRB, rasio ketergantungan, konsumsi rumah tangga untuk makanan, APBD untuk pendidikan dan kesehatan

PENDAHULUAN

Indikator kesejahteraan sebagai tujuan akhir dari pembangunan suatu masyarakat yang hanya menggunakan pendapatan per kapita tidak akurat. Pendapatan per kapita tidak fokus terhadap pembangunan manusia melainkan pembangunan ekonomi secara menyeluruh. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebagai indikator dekomposit yang digunakan sebagai pengukur kesejahteraan yang dibangun oleh *United Nation Development Program* (UNDP) berlandaskan gagasan Haq (1996).

IPM dikembangkan oleh Amartya Sen dalam bukunya *Development as Freedom* (Sen, 1999). Kebebasan yang dimaksud oleh Sen adalah masyarakat dapat merasa sejahtera sebagai hasil dari pembangunan yang tercapai. Indeks ini lebih mengedepankan hal-hal yang lebih sensitif dan mendetail sehingga dianggap lebih efektif dan berguna daripada hanya sekedar pendapatan perkapita yang selama ini digunakan. Empat elemen utama dalam pembangunan manusia, yaitu produktivitas (*productivity*), pemerataan (*equity*), keberlanjutan (*sustainability*), dan pemberdayaan (*empowerment*) (UNDP, 1996).

Alasan mengapa pembangunan manusia perlu mendapat perhatian adalah: pertama, banyak negara berkembang termasuk Indonesia yang berhasil mencapai pertumbuhan ekonomi yang tinggi, tetapi gagal mengurangi kesenjangan sosial ekonomi dan kemiskinan. Kedua, banyak negara maju yang mempunyai tingkat pendapatan tinggi ternyata tidak berhasil mengurangi masalah-masalah sosial, seperti: penyalahgunaan obat, AIDS, alkohol, gelandangan, dan kekerasan dalam rumah tangga. Ketiga, beberapa negara berpendapatan rendah mampu mencapai tingkat pembangunan manusia yang tinggi karena mampu menggunakan secara bijaksana semua sumber daya untuk mengembangkan kemampuan dasar manusia (UNDP, 1990).

UNDP mengukur kesejahteraan dengan menyusun suatu indeks komposit berdasarkan tiga indikator, yaitu: angka harapan hidup pada waktu lahir (*life expectancy at birth*), angka melek huruf penduduk dewasa (*adult literacy rate*), rata-rata lama sekolah (*mean years of schooling*), dan kemampuan daya beli (*purchasing power parity*). Indikator angka harapan hidup mengukur kesehatan, indikator angka melek huruf penduduk dewasa dan rata-rata lama sekolah mengukur pendidikan dan indikator daya beli mengukur standar hidup (UNDP, 1990).

Rata-rata IPM Indonesia pada periode 2008-2012 adalah 66,48 dalam satuan persen menempati urutan keempat di antara sebelas negara-negara anggota ASEAN. Dua negara yang memiliki IPM tertinggi adalah Singapura dan Brunei Darussalam. Rata-rata IPM Myanmar masih tertinggal yang hanya mencapai angka 50,46 dalam satuan persen. IPM semua negara ASEAN meningkat selama lima periode (UNDP, 2013).

IPM Indonesia terus meningkat setiap tahunnya dan posisi Indonesia dalam urutan IPM di ASEAN menempati urutan keempat. Namun, IPM di 33 provinsi di Indonesia masih mengalami perbedaan yang signifikan. Berikut tabel 1 yang menunjukkan besarnya IPM di 33 provinsi di Indonesia (BPS, 2012).

Dari Tabel 1 dapat disimpulkan bahwa persebaran persentase IPM di Indonesia belum merata. Provinsi Papua yang merupakan wilayah paling timur di Indonesia memiliki IPM dengan angka terkecil. Range IPM dengan kisaran angka 75-80 persen hanya dimiliki oleh 8 provinsi di Indonesia. Meskipun IPM Indonesia secara keseluruhan meningkat, namun yang menjadi masalah adalah perbedaan angka IPM yang cukup jauh antara beberapa provinsi di Indonesia. Faktor yang diduga berpengaruh terhadap IPM adalah Produk Domestik Regional Bruto (PDRB).

Tabel 1
IPM 33 Provinsi Indonesia Tahun 2012

No	Range IPM (persen)	Jumlah Provinsi	Nama Provinsi
1.	60-65	1	Papua
2.	65-70	3	Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku Utara
3.	70-75	21	NAD, Sumatera Barat, Jambi, Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Bengkulu, Lampung, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku, Papua Barat
4.	75-80	8	Sumatera Utara, Riau, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, DIY, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara

Sumber: BPS (2012)

Tingginya PDRB akan mengubah pola konsumsi masyarakat dalam pemenuhan kebutuhan. Daya beli masyarakat untuk mengkonsumsi suatu barang berkaitan erat dengan IPM karena daya beli merupakan salah satu indikator komposit dalam IPM yaitu indikator pendapatan (Todaro, 2006). Faktor lain yang diduga berpengaruh terhadap IPM adalah rasio ketergantungan. Rasio ketergantungan merupakan perbandingan jumlah penduduk usia tidak produktif dengan usia produktif (Kuncoro, 2010). Jika rasio ketergantungan tinggi maka IPM rendah karena banyaknya beban yang harus ditanggung oleh usia produktif untuk menanggung usia tidak produktif. Rumah tangga memegang peranan penting dalam pembangunan manusia, dimana pengeluaran rumah tangga memiliki kontribusi langsung terhadap pembangunan manusia, seperti makanan, kesehatan dan pendidikan. Konsumsi rumah tangga untuk makanan diduga berpengaruh terhadap IPM karena pengeluaran rumah tangga ditentukan oleh pendapatan. Konsumsi masyarakat kurang mapan didominasi oleh

konsumsi kebutuhan-kebutuhan pokok atau primer. Sedangkan masyarakat mapan lebih banyak mengkonsumsi pada kebutuhan sekunder dan tersier. Makanan dapat dikategorikan sebagai kebutuhan pokok (Yuliarmi, 2008). Adanya fasilitas pendidikan dan kesehatan murah akan sangat membantu untuk meningkatkan produktivitas, dan pada gilirannya meningkatkan pendapatan (Lanjouw, 2001). Determinan yang penting lainnya adalah pengeluaran pemerintah untuk sektor pendidikan (Ranis dan Stewart, 2002; Brata, 2004).

Posisi IPM Indonesia di dunia masih di bawah rata-rata dengan peringkat 121 dari 187 negara di dunia. IPM Indonesia berada di posisi 5 jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN (UNDP, 2013). IPM di Indonesia meningkat pada periode 2008-2012, namun masih terjadi ketimpangan IPM di 33 provinsi di Indonesia. Rendahnya IPM di Indonesia dikarenakan tidak meratanya kesejahteraan masyarakat di 33 provinsi di Indonesia. Ketika masyarakat merasa belum sejahtera dalam artian secara umum dapat dikatakan bahwa tujuan

pembangunan belum tercapai sehingga diperlukan evaluasi kinerja dari pemerintah dan masyarakat di Indonesia. Faktor-faktor yang diduga berpengaruh terhadap IPM diantaranya adalah PDRB, rasio ketergantungan, konsumsi rumah tangga untuk makanan, APBD untuk pendidikan, dan APBD untuk kesehatan. Atas dasar hal tersebut, maka pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Apakah PDRB berpengaruh terhadap IPM di Indonesia?
2. Apakah rasio ketergantungan berpengaruh terhadap IPM di Indonesia?
3. Apakah konsumsi rumah tangga untuk makanan berpengaruh terhadap IPM di Indonesia?
4. Apakah APBD untuk pendidikan berpengaruh terhadap IPM di Indonesia?
5. Apakah APBD untuk kesehatan berpengaruh terhadap IPM di Indonesia?

TINJAUAN TEORETIS

Indeks Pembangunan Manusia sebagai Indikator Pembangunan

Indikator pembangunan merupakan tolok ukur yang digunakan dalam mengukur performa suatu negara dalam pencapaian pembangunannya, serta perbandingan terhadap negara-negara lain. Evolusi yang terjadi pada makna *economic development* mengakibatkan terjadinya evolusi pada alat ukurnya. Pada paradigma tradisional, pembangunan ekonomi disamakan dengan pertumbuhan ekonomi. Dengan demikian digunakanlah pertumbuhan *Gross National Product* (GNP) sebagai indikator pembangunan. Jumlah populasi negara yang bersangkutan belum masuk ke dalam indikator tersebut. Maka indikator alternatif, yang ternyata lazim digunakan hingga kini adalah GNP per kapita.

Pada paradigma baru, pembangunan ditekankan sebagai proses yang multi-dimensional dalam rangka pertumbuhan ekonomi, pemerataan distribusi pendapatan, serta pengentasan kemiskinan. Hal tersebut menunjukkan bahwa indikator

pembangunan yang harus digunakan tidak hanya indikator ekonomi. Melainkan indikator-indikator sosial, seperti *Human Development Index* (HDI) / IPM dan *Physical Quality of Life Index* (PQLI) juga mempengaruhi indikator pembangunan suatu negara terhadap negara lain. Baik indikator ekonomi maupun indikator sosial tidak dapat berdiri sendiri sebagai indikator pembangunan artinya tingkat kemiskinan tidak dapat hanya terukur menggunakan variabel pendapatan ataupun kepuasan saja. Untuk itu Sen merumuskan indikator pembangunan dengan membandingkan HDI rank terhadap real GNP per kapita rank (Sen, 1999).

Paradigma pembangunan adalah suatu proses menyeluruh yang menyentuh seluruh aspek, baik ekonomi, sosial, budaya, hukum, dan lainnya. Pembangunan merupakan cara pandang terhadap suatu persoalan pembangunan, dalam arti pembangunan baik sebagai proses maupun sebagai metode untuk 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 paradigma kesejahteraan (*welfare paradigm*); dan ketiga, paradigma pembangunan yang berpusat ada manusia (*people centered development paradigm*) Owens (1987) berpendapat bahwa hal terpenting adalah pembangunan manusia, bukan pembangunan benda (*the development of people rather than the development of things*), karena nilai balik riil pembangunan manusia memberikan sumbangan lebih besar pada pembangunan dibandingkan pada pembangunan benda (fisik).

IPM mengukur capaian pembangunan manusia berbasis sejumlah komponen dasar kualitas hidup. IPM dihitung berdasarkan data yang dapat menggambarkan keempat komponen yaitu angka harapan hidup yang mewakili bidang kesehatan, angka melek

huruf dan rata-rata lama sekolah mengukur capaian pembangunan di bidang pendidikan, dan kemampuan daya beli masyarakat terhadap sejumlah kebutuhan pokok yang dilihat dari rata-rata besarnya pengeluaran per kapita sebagai pendekatan pendapatan yang mewakili capaian pembangunan untuk hidup layak (BPS, 2006).

Komponen IPM yaitu usia hidup diukur dengan angka harapan hidup yang dihitung menggunakan metode tidak langsung (metode Brass, varian Trussel) berdasarkan variabel rata-rata anak lahir hidup dan rata-rata anak yang masih hidup. Komponen pengetahuan diukur dengan angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah yang dihitung berdasarkan data Susenas Kor. Sebagai catatan, UNDP dalam publikasi tahunan HDR sejak 1995 menggunakan indikator partisipasi sekolah dasar, menengah, dan tinggi sebagai pengganti rata-rata lama sekolah karena sulitnya memperoleh data rata-rata lama sekolah secara global. Indikator angka melek huruf diperoleh dari variabel kemampuan membaca dan menulis, sedangkan indikator rata-rata lama sekolah dihitung dengan menggunakan dua variabel secara simultan; yaitu tingkat/kelas yang sedang/pernah dijalani dan jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan. Komponen standar hidup layak diukur dengan indikator rata-rata konsumsi riil yang telah disesuaikan. Sebagai catatan, UNDP menggunakan indikator PDB per kapita riil yang telah disesuaikan (adjusted real GDP per capita) sebagai ukuran komponen tersebut karena tidak tersedia indikator lain yang lebih baik untuk keperluan perbandingan antar negara.

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)

Pertumbuhan ekonomi merupakan salah satu indikator untuk melihat kinerja perekonomian regional (daerah). Pada dasarnya, pertumbuhan ekonomi adalah kenaikan output agregat (keseluruhan barang dan jasa yang dihasilkan oleh kegiatan perekonomian) atau Produk Domestik Regional Bruto (PDRB). PDRB

sendiri merupakan nilai total seluruh output akhir yang dihasilkan oleh suatu perekonomian daerah, baik yang dilakukan oleh warga lokal maupun warga asing yang bermukim di negara bersangkutan. Sehingga, ukuran umum yang sering digunakan untuk melihat laju pertumbuhan ekonomi adalah persentase perubahan PDB untuk skala nasional atau persentase perubahan PDRB untuk skala propinsi atau kabupaten/kota.

Tingkat pembangunan manusia yang relatif tinggi akan mempengaruhi kinerja pertumbuhan ekonomi melalui kapabilitas penduduk dan konsekuensinya adalah peningkatan produktivitas dan kreativitas masyarakat. Dengan meningkatnya produktivitas dan kreativitas tersebut, penduduk dapat menyerap dan mengelola sumber daya yang penting bagi pertumbuhan ekonomi (Brata, 2004).

Pengaruh pembangunan manusia terhadap pertumbuhan ekonomi melalui peningkatan kualitas sumberdaya manusia atau dalam ilmu ekonomi lazim disebut mutu modal manusia (Ranis dan Stewart, 2002). Konsep mutu modal manusia sendiri mengacu pada suatu komoditi yang dapat dihasilkan dan diakumulasi, serta biaya untuk menghasilkan suatu mutu modal manusia baru dapat memberikan hasilnya pada masa yang akan datang (Ananta, 1986). Peningkatan kualitas modal manusia dapat tercapai apabila memperhatikan 2 faktor penentu yang seringkali disebutkan dalam beberapa literatur, yaitu pendidikan dan kesehatan.

Rasio Ketergantungan

Model daur-hidup (*Life-Cycle Model*) untuk kebiasaan konsumsi dan tabungan, yang dikemukakan oleh Modigliani dan Brumberg (1954), dan Ando dan Modigliani (1963) dalam Richard (2004) mengasumsikan bahwa umur atau usia masyarakat mempengaruhi pola perilaku konsumsinya. Dissaving bisa ditutup oleh saving tahun sebelumnya. Seseorang yang lahir sudah mempunyai kebutuhan-kebutuhan hidup

yang menuntut untuk dipenuhi, meskipun jelas usia tersebut ia sama sekali belum dapat berpartisipasi dalam pembentukan produk nasional. Ini berarti pendapatan sebesar nol dan jumlah pengeluaran konsumsinya positif, memaksa orang tersebut melaksanakan dissaving. Baru setelah dewasa dan memasuki angkatan kerja ia dapat memperoleh pendapatan dan pada usia B baru terjadi dissaving lagi. Kemudian pendapatan tersebut meningkat sehingga terjadi *saving* sampai dengan umur P. Bila umurnya masih panjang, maka kembali terjadi dissaving, dan pada masa ini orang tersebut menjadi beban tanggungan hidup bagi orang lain.

Konsumsi Rumah Tangga untuk Makanan

Pola konsumsi rumah tangga merupakan salah satu indikator kesejahteraan rumah tangga/keluarga. Selama ini berkembang pengertian bahwa besar kecilnya proporsi pengeluaran untuk konsumsi makanan terhadap seluruh pengeluaran rumah tangga dapat memberikan gambaran kesejahteraan rumah tangga tersebut. Rumah tangga dengan proporsi pengeluaran yang lebih besar untuk konsumsi makanan mengindikasikan rumah tangga yang berpenghasilan rendah. Makin tinggi tingkat penghasilan rumah tangga, makin kecil proporsi pengeluaran untuk makanan terhadap seluruh pengeluaran rumah tangga. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa rumah tangga/keluarga akan semakin sejahtera bila persentase pengeluaran untuk makanan jauh lebih kecil dibandingkan persentase pengeluaran untuk non makanan (BPS, 2006).

Rumah tangga dengan pangsa pengeluaran makanan yang tinggi tergolong rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan relatif rendah dibandingkan dengan rumah tangga dengan proporsi pengeluaran makanan yang rendah. Hal ini mendukung Hukum Engel (1857) dalam Chakrabarty (2009). Engel mengamati enam jenis pengeluaran rumah tangga, yakni: makanan, pakaian, perumahan, kendaraan/

transportasi, kesehatan/pendidikan/ rekreasi dan tabungan. Hukum Engel mengatakan: pada saat pendapatan meningkat, proporsi pengeluaran untuk makanan turun meskipun nilai aktualnya meningkat, dengan asumsi selera tetap. Dengan perkataan lain, elastisitas pendapatan (*income elasticity*) terhadap permintaan makanan lebih kecil dari 1.

Belanja Daerah

Pengeluaran pemerintah (*government expenditure*) adalah bagian dari kebijakan fiskal (Sukirno, 2000) yakni suatu tindakan pemerintah untuk mengatur jalannya perekonomian dengan cara menentukan besarnya penerimaan dan pengeluaran pemerintah tiap tahunnya yang tercermin dalam dokumen Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) untuk nasional dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk daerah/regional. Tujuan dari kebijakan fiskal ini adalah dalam rangka menstabilkan harga, tingkat output maupun kesempatan kerja dan memacu pertumbuhan ekonomi.

Menurut Baswir (1999) yang dikutip oleh Sinulingga (2008), secara umum anggaran pemerintah dapat diartikan sebagai rencana keuangan yang mencerminkan pilihan kebijaksanaan untuk suatu periode di masa yang akan datang. Struktur anggaran sendiri menggambarkan pengelompokan komponen-komponen anggaran berdasarkan suatu kerangka tertentu. Berdasarkan struktur anggaran yang dipakai sekarang, maka anggaran pemerintah daerah dinamakan anggaran terpilih. Struktur anggaran pemerintah, dalam sistem anggaran di Indonesia dikenal dua macam pengeluaran pemerintah yaitu pengeluaran rutin dan pengeluaran pembangunan. Pengeluaran rutin adalah pengeluaran untuk operasionalisasi pemerintah seperti halnya untuk pembayaran gaji pegawai dan lainnya. Pengeluaran pembangunan adalah pengeluaran yang dikategorikan sebagai pengeluaran untuk investasi pemerintah,

diantaranya investasi disektor pendidikan dan kesehatan (publik).

Dalam UUD 1945 disebutkan bahwa kesehatan merupakan hak dasar (azasi) manusia, sehingga pemerintah bertanggung jawab memenuhi kebutuhan perlindungan dan fasilitasi kesehatan kepada rakyatnya. Apalagi dalam tujuan pembangunan nasional telah disebutkan setiap penduduk berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Maka wajar jika kesehatan dapat disebut sebagai investasi pemerintah pada belanja/pengeluaran pembangunan untuk pengembangan sumber daya manusia. Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Prioritas kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Menurut Lains dan Pasay yang lebih menekankan aspek pendidikan dalam pembangunan manusia, Tjiptoherijanto (1989) melihat mutu manusia dari sisi lain yaitu dari sisi kesehatan dimana kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sumberdaya manusia, dengan kata lain aspek kesehatan turut mempengaruhi kualitas manusia. Kekurangan kalori, gizi, ataupun rendahnya derajat kesehatan bagi penduduk akan menghasilkan kualitas manusia yang rendah dengan tingkat mental yang terbelakang. Oleh karena itu, diperlukan anggaran khusus untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat melalui pengeluaran pemerintah. Purcal dan Cohen menyatakan bahwa, betapa paradigma kesehatan di Indonesia memang jauh tertinggal dibanding negara-negara anggota ASEAN lainnya. Singapura, Malaysia, Thailand, Brunei Darussalam, bahkan Vietnam sejak beberapa tahun lalu mulai melihat dan menempatkan masalah kesehatan sebagai

investasi jangka panjang (long term human investment), sementara Indonesia masih saja sulit beranjak dari paradigma lama, kesehatan sekadar sebagai konsumsi. Konsekuensi dari paradigma usang kesehatan sebagai Akumulasi pengeluaran pemerintah pada belanja pembangunan, merupakan investasi sekaligus campur tangan pemerintah dalam mewujudkan peningkatan indeks pembangunan manusia di Indonesia.

Penelitian Sebelumnya dan Pengembangan Hipotesis

Ranis, *et al.*, (2006) menemukan bahwa angka kematian bayi berpengaruh terhadap IPM dan pendapatan per kapita tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pembangunan manusia. Ginting, Lubis, *et al.* (2008) menganalisis pengaruh konsumsi rumah tangga untuk makanan dan non-makanan, belanja pemerintah untuk pendidikan, rasio penduduk miskin dan krisis ekonomi di Indonesia terhadap pembangunan manusia. Hasil penelitian menunjukkan konsumsi rumah tangga untuk makanan dan non-makanan, pengeluaran pemerintah untuk pendidikan, rasio penduduk miskin dan krisis ekonomi berpengaruh signifikan terhadap pembangunan manusia di Indonesia. Besarnya pengaruh ditunjukkan oleh koefisien regresi dari variabel independen, yaitu: -0,9829 untuk konsumsi rumah tangga untuk makanan, 1,2774 untuk konsumsi rumah tangga untuk non makanan, 26,6791 untuk pengeluaran pemerintah untuk pendidikan, -0,214 untuk tingkat kemiskinan. Dummy menunjukkan pengaruh negatif.

Pratowo (2012) menemukan bahwa belanja daerah dan proporsi non makanan berpengaruh positif terhadap IPM. Sedangkan, rasio gini dan rasio ketergantungan secara signifikan berpengaruh negatif terhadap IPM. Setiawan dan Hakim (2013) menemukan bahwa PDB dan Pajak Pendapatan (PPN) berpengaruh terhadap IPM dalam jangka panjang maupun jangka pendek. PDB berpengaruh positif terhadap

IPM, sedangkan PPN berpengaruh negatif terhadap IPM. Estimasi model *Error Correction Model* (ECM) menemukan bahwa krisis ekonomi tahun 2008 berpengaruh terhadap IPM, sementara krisis tahun 1997 dan desentralisasi pemerintahan tidak berpengaruh terhadap IPM. Astri, *et al.* (2013) menunjukkan bahwa pengeluaran pemerintah daerah pada sektor pendidikan dan kesehatan berpengaruh terhadap IPM.

Khodabakhshi (2011) menemukan bahwa PDB memiliki pengaruh positif terhadap IPM. Pertumbuhan ekonomi yang baik ditunjukkan oleh kenaikan PDB dalam skala nasional dan PDRB skala regional/daerah setiap tahunnya. Kenaikan pertumbuhan ekonomi hendaknya diiringi oleh pembangunan manusia di dalamnya. Begitupun Hakim dan Setiawan (2013) menemukan bahwa PDB memiliki pengaruh positif terhadap IPM dalam jangka panjang maupun pendek. Peningkatan PDB akan memperbaiki kesejahteraan penduduk. Berdasarkan hasil-hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan hipotesis pertama bahwa PDRB berpengaruh positif terhadap IPM di Indonesia.

Tingkat ketergantungan penduduk digunakan untuk melihat gambaran besarnya beban yang harus ditanggung oleh setiap penduduk berusia produktif terhadap penduduk yang tidak produktif. Hal tersebut sejalan dengan model daur hidup (*Life-Cycle Model*) untuk kebiasaan konsumsi serta tabungan yang dikemukakan oleh Modigliani dan Brumberg (1954), dan Ando dan Modigliani (1963) dalam Richard (2004) mengasumsikan bahwa umur atau usia masyarakat mempengaruhi pola perilaku konsumsinya. *Dissaving* bisa ditutup oleh *saving* tahun sebelumnya. Pada saat *dissaving* maka seseorang menjadi beban tanggungan hidup bagi orang lain. Sejalan dengan teori tersebut, Pratowo (2012) menemukan bahwa rasio ketergantungan berpengaruh negatif terhadap IPM. Berdasarkan teori dan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan hipotesis dua yaitu rasio

ketergantungan berpengaruh negatif terhadap IPM di Indonesia.

Tingkat pendapatan menentukan pola pengeluaran rumah tangga. Pada saat tingkat pendapatan rendah, maka sebagian besar pendapatan akan dialokasikan untuk memenuhi konsumsi terutama untuk bahan makanan. Menurut Keynes (dalam Mankiw, 2003), kecenderungan mengkonsumsi marginal (*marginal propensity to consume*) dalam setiap tambahan pendapatan adalah antara nol dan satu. Sedangkan rasio konsumsi terhadap pendapatan yang disebut kecenderungan mengkonsumsi rata-rata (*average propensity to consume*) akan turun ketika pendapatan naik.

Selaras dengan teori tersebut, penelitian Ginting *et al.* (2008) menyimpulkan bahwa konsumsi rumah tangga untuk makanan berpengaruh negatif terhadap IPM. Semakin tinggi proporsi konsumsi untuk makanan mencerminkan bahwa rumah tangga tidak sejahtera karena sebagian besar pendapatannya hanya dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan primer yang berasal dari makanan, sedangkan kebutuhan primer lainnya, sekunder, dan tersier tidak terpenuhi. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan hipotesis tiga adalah konsumsi rumah tangga untuk makanan berpengaruh negatif terhadap IPM di Indonesia.

Teori *public finance* (Musgrave, 1989) mengungkapkan bahwa tidak seluruhnya semua masalah ekonomi diselesaikan oleh mekanisme pasar seperti halnya dengan *social goods*. *Social goods* yang dimaksud terkait dengan eksternalitas, distribusi pendapatan, masalah-masalah ekonomi lainnya (pengangguran, kemiskinan, inflasi, dan lain-lain). Dalam hal tersebut mekanisme pasar gagal menyelesaikannya (*market failure*). Pasar pada hakekatnya adalah wahana untuk mengekspresikan kebebasan individu, untuk mencari keuntungan individual. Oleh karena itu, aktivitas-aktivitas perekonomian yang bersifat kolektif publik dan atau aktivitas tidak bermotif keuntungan tidak bisa di-

selenggarakan oleh pasar. Karena adanya kegagalan pasar dan dalam kaitannya dengan ketiga peran pemerintah sebagai peran alokasi, peran distribusi, dan peran stabilitasi, maka kewajiban publik di bidang pendidikan dan kesehatan yang tidak disentuh oleh pasar, menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakannya. Peningkatan sarana pendidikan yang meliputi peningkatan fasilitas, buku, dan akses yang disediakan oleh pemerintah akan meningkatkan rata-rata lama sekolah dan tingkat melek huruf pada masyarakat dalam jangka panjang maupun pendek.

Sejalan dengan teori tersebut, Astri *et al.* (2013) menemukan bahwa APBD untuk pendidikan berpengaruh positif terhadap IPM. Semakin besar anggaran yang disediakan pemerintah untuk pendidikan, maka fasilitas yang tersedia untuk pendidikan meningkat. Fasilitas pendidikan yang disediakan oleh pemerintah yang berasal dari APBD diharapkan akan meningkatkan tingkat melek huruf dan rata-rata lama sekolah. Selain itu pendidikan akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia sehingga mampu bersaing untuk memperoleh kesempatan kerja dengan pendapatan yang lebih tinggi. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan hipotesis empat bahwa APBD untuk pendidikan berpengaruh positif terhadap IPM di Indonesia.

Teori *public finance* juga berlaku pada pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan, dimana andil pemerintah sangatlah perlu dalam menunjang kesehatan masyarakat yang dapat diukur dengan angka harapan hidup yang merupakan salah satu indikator IPM. Sarana kesehatan yang meningkat seperti tersedianya ahli medis yang profesional dengan jumlah banyak dan kemudahan akses yang dapat dinikmati oleh masyarakat tentunya akan meningkatkan taraf kesehatan yang berimplikasi pada angka harapan hidup.

Selaras dengan teori tersebut, Astri *et al.* (2013) menyimpulkan bahwa APBD untuk kesehatan berpengaruh positif terhadap

IPM. Semakin besar anggaran yang disediakan pemerintah untuk kesehatan maka fasilitas yang tersedia untuk kesehatan meningkat. Fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah yang berasal dari APBD diharapkan memberikan kesehatan masyarakat yang baik dan memberikan kehidupan yang lebih baik dan lebih produktif. Kesehatan juga dipakai sebagai ukuran kesejahteraan seseorang. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan hipotesis lima adalah APBD untuk kesehatan berpengaruh positif terhadap IPM di Indonesia.

METODE PENELITIAN

Metode Penelitian

Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi pustaka dengan menganalisis data sekunder. Cakupan spasial studi adalah seluruh provinsi yang ada di Indonesia yaitu 33 provinsi, dengan series data tahun dari tahun 2008 sampai 2012 dengan jumlah keseluruhan 165 unit observasi.

Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2014.

Jenis dan Sumber Data

Dalam penelitian ini menggunakan data sekunder meliputi: PDRB, rasio ketergantungan, konsumsi rumah tangga untuk makanan, APBD untuk pendidikan, dan APBD untuk kesehatan. Data diambil dari beberapa publikasi yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia dan Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) Indonesia.

Definisi Operasional

Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

IPM merupakan suatu indikator yang mengukur 3 komponen utama yaitu angka harapan hidup pada waktu lahir (*life expectancy at birth*), angka melek huruf penduduk dewasa (*adult literacy rate*), rata-rata lama sekolah (*mean years of schooling*),

dan kemampuan daya beli (*purchasing power parity*). IPM Indonesia didapat dari BPS yang disajikan dalam persen.

PDRB

PDRB yang digunakan adalah PDRB harga konstan di Indonesia. PDRB disajikan dalam milyar rupiah kemudian di Ln-kan.

Rasio Ketergantungan

Rasio ketergantungan dihitung menggunakan rumus:

$$RK = \frac{P_{(0-14)} + P_{(65+)}}{P_{(15-64)}} \times 100$$

keterangan:

RK = Rasio ketergantungan

$P_{(0-14)}$ = Jumlah penduduk usia 0-14 tahun

$P_{(65+)}$ = Jumlah penduduk usia 65+ tahun

$P_{(15-64)}$ = Jumlah penduduk usia 15-64 tahun

Konsumsi Rumah Tangga untuk Makanan

Konsumsi rumah tangga untuk makanan merupakan proporsi pengeluaran penduduk untuk konsumsi makanan terhadap rata-rata total pengeluaran konsumsi perkapita per bulan yang dinyatakan dalam persen per kapita (UNDP, 1996). Data konsumsi rumah tangga untuk makanan diperoleh dari BPS dalam satuan persen.

APBD untuk Pendidikan

APBD untuk pendidikan merupakan salah satu komponen dari belanja daerah. Data APBD untuk pendidikan disajikan dalam milyar rupiah kemudian di Ln-kan.

APBD untuk Kesehatan

APBD untuk kesehatan merupakan salah satu komponen dari belanja daerah. Data APBD untuk kesehatan disajikan dalam milyar rupiah kemudian di Ln-kan.

Teknik Analisis Data

Metode Regresi Data Panel

Model regresi data panel dalam penelitian ini menggunakan variabel dependen IPM, sedangkan variabel independen terdiri dari PDRB, rasio keter-

gantungan (RK), konsumsi rumah tangga untuk makanan (KRM), APBD untuk pendidikan (PEND), dan APBD untuk kesehatan (KES). Apabila ditulis dalam suatu fungsi matematis, sebagai berikut: $IPM = f(PDRB, RK, KRM, PEND, KES)$

Selanjutnya model tersebut dapat dinyatakan ke dalam bentuk model log linear melalui transformasi terhadap variabelnya. Regresi data panel terdiri dari:

Common Effect

Model regresi *common effect* merupakan teknik yang paling sederhana untuk mengestimasi data panel, hanya dengan menggabungkan data *cross section* dan *time series* tanpa melihat perbedaan antar waktu dan individu, maka model dapat diestimasi dengan metode *ordinary least square* (OLS) (Gujarati, 2013).

Fixed Effect

Asumsi yang dipakai dalam model regresi *fixed effect*, bahwa intersep adalah berbeda antar individu sedangkan *slopenya* tetap sama antar individu. Untuk mengestimasi model *fixed effect* adalah dengan menggunakan metode teknik variabel *dummy* untuk menjelaskan perbedaan intersep tersebut. Model estimasi ini sering disebut dengan teknik *Least Square Dummy Variables* (LSDV) (Gujarati, 2013).

Random Effect

Bila pada Model Efek Tetap, perbedaan antar-individu dan atau waktu dicerminkan lewat intersep, maka pada *random effect* perbedaan tersebut diakomodasi lewat error. Teknik ini juga memperhitungkan bahwa error mungkin berkorelasi sepanjang *time series* dan *cross section* (Gujarati, 2013).

Uji Signifikansi Model Fixed Effect (Uji Chow)

Menurut Widarjono (2009), uji signifikansi ini bertujuan untuk menentukan model yang paling baik, antara *fixed effect* atau *common effect*. Pengujian dilakukan dengan uji Chow yang merupakan uji

perbedaan dua model regresi dengan menggunakan statistik uji F.

Uji Signifikansi *Random Effect* (Uji Lagrange Multiplier)

Pengujian ini bertujuan untuk mengetahui apakah model *random effect* lebih baik dari model *common effect*. Pengujian dilakukan dengan statistik uji *Lagrange Multiplier* (LM) yang dikembangkan oleh Beusch-Pagan (uji Beusch-Pagan). Statistik uji LM ini mengikuti distribusi *chi-squares* dengan derajat bebas (db) sebesar jumlah variabel independen. Uji Beusch-Pagan digunakan untuk menguji signifikansi model *random effect* didasarkan pada nilai residual dari model *common effect* (Gujarati, 2013).

Uji Signifikansi *Fixed Effect* atau *Random Effect* (Uji Hausman)

Uji ini dilakukan apabila berdasarkan hasil pengujian diatas ternyata model *fixed effect* dan *random effect* lebih baik dari metode *common effect*. Pengujian dilakukan untuk memilih model yang paling baik antara model *fixedeffect* atau *random effect*. Hausman (1978) telah mengembangkan suatu uji statistik untuk memilih apakah menggunakan *fixed effect* atau *random effect*, uji Hausman menggunakan statistik uji H yang mengikuti distribusi *chi-square* dengan derajat bebas (db) sebesar jumlah variabel independen. Kesimpulan yang diambil adalah: jika H_0 ditolak, maka model regresi *fixed effect* lebih baik daripada *random effect*. Tetapi jika H_0 diterima, berarti model regresi *random effect* lebih baik daripada

fixed effect (Gujarati, 2013).

Uji asumsi klasik Uji F dan uji t

ANALISIS DAN PEMBAHASAN Analisis Regresi Data Panel Faktor-Faktor yang Mempengaruhi IPM *Common Effect*

Metode ini dikenal dengan estimasi *common effect*. Dalam pendekatan ini tidak memperhatikan dimensi individu maupun waktu. Diasumsikan bahwa perilaku data antar wilayah sama dalam berbagai kurun waktu. Penelitian ini tidak memperhitungkan metode data panel secara *common effect* karena dalam pendekatan ini tidak memperlihatkan dimensi antar wilayah dan waktu dan mengasumsikan perilaku antara wilayah sama dalam berbagai rentan waktu. Hal ini jelas sangat jauh dari realitas sebenarnya, karena karakteristik antara daerah antar wilayah di 33 provinsi di Indonesia dan waktu sangat jauh berbeda. Pengujian model dengan metode *common effect* dengan wilayah yang memiliki karakteristik berbeda menghasilkan hasil yang tidak sinkron (Gujarati, 2013).

Fixed Effect

Teknik *fixed effect* adalah teknik mengestimasi data panel didasarkan adanya perbedaan intersep antar wilayah namun intersepanya sama antar waktu (*time invariant*). Hasil regresi model *fixed effect* data panel 33 provinsi di Indonesia. Model regresi dapat dijelaskan dalam Tabel 2.

Tabel 2
Output Hasil Regresi Data Panel *Fixed Effect*

Variabel	Koefisien	t-statistik	Prob.	T tabel $\alpha = 5\%$
C	63,89	6,55	0,0000	1,645
PDRB?	0,86	3,42	0,0019	
RK?	-0,33	-5,77	0,0000	
FOODCON?	-0,10	-2,35	0,0261	
APBDPEND?	-0,24	-1,72	0,0963	
APBDKES?	0,37	2,66	0,0128	

Sumber: Output Eviews 6, data diolah

F hitung = 17,41 Adj R² = 0,90
 F tabel = 2,37 N = 165
 R² = 0,96 α = 0,05

RK : Rasio ketergantungan
 KRTM : Konsumsi Rumah Tangga untuk makanan
 PEND : APBD untuk pendidikan
 KES : APBD untuk kesehatan
 e : Error

Persamaan hasil regresi *fixed effect* adalah sebagai berikut:

$$IPM = 63,89 + 0,86PDRB - 0,33RK - 0,10KRTM - 0,24PEND + 0,37KES + e$$

(9,76) (0,25) (0,058) (0,043) (0,14)
 (0,14)

Random Effect

Model *random effect* juga sering disebut dengan *error componet Model* (ECM). Hasil regresi model *fixed effect* data panel 33 provinsi di Indonesia. Model regresi dapat dijelaskan dalam tabel 3.

keterangan:

IPM : Indek Pembangunan Manusia
 PDRB : Produk Domestik Regional Bruto

Tabel 3
Output Hasil Regresi Data Panel Random Effect

Variabel	Koefisien	t-statistik	Prob.	T tabel α = 5%
C	67,90	9,26	0,0000	1,645
PDRB?	0,49	2,54	0,0137	
RK?	-0,26	-5,54	0,0000	
FOODCON?	-0,05	-1,53	0,1302	
APBDPEND?	-0,14	-1,11	0,2704	
APBDKES?	0,35	2,79	0,0071	

Sumber: Output Eviews 6, data diolah

F hitung = 14,82 Adj R² = 0,50
 F tabel = 2,37 N = 165
 R² = 0,54 α = 0,05

atau *fixed effect* yang akan digunakan untuk uji asumsi klasik dan uji statistik. Namun dalam penelitian ini menggunakan data panel 33 provinsi di Indonesia yang mempunyai karakteristik berbeda antar wilayah sehingga pengujian *common effect* tidak dapat dilakukan yang akan berimplikasi uji chow juga tidak dihadirkan dalam penelitian ini.

Persamaan hasil regresi *random effect* adalah sebagai berikut:

$$IPM = 67,90 + 0,49PDRB - 0,26RK - 0,05KRTM - 0,14PEND + 0,35KES + e$$

(7,33) (0,19) (0,05) (0,03) (0,12)
 (0,13)

Uji Hausman

Dalam penelitian ini, *Hausman Test* dilakukan dengan program Eviews6. Dimana jika hasil dari *Hausman Test* signifikan (*probability* dari hausman < 0,05) maka H_0 ditolak, artinya model *fixed effect* lebih baik untuk digunakan. Dan jika hasil tidak signifikan (*probability* dari hausman > 0,05) maka estimasi data dilakukan direkomendasikan dilakukan dengan *random effect* untuk mendapatkan hasil yang lebih baik. Model Uji Hausman dapat dilihat

keterangan:

IPM : Indek Pembangunan Manusia
 PDRB : Produk Domestik Regional Bruto
 RK : Rasio ketergantungan
 KRTM : Konsumsi rumah tangga untuk makanan
 PEND : APBD untuk pendidikan
 KES : APBD untuk kesehatan
 e : Error

Uji Chow

Uji Chow merupakan uji pemilihan model untuk memilih model *common effect*

dalam Tabel 4. Probabilitas dari uji hausman di atas kurang dari 0,05 yaitu senilai 0,0027 sehingga dapat disimpulkan bahwa uji pemilihan model dalam penelitian data panel mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi IPM menggunakan *Fixed Effect* untuk penentuan uji asumsi klasik dan uji statistik.

Uji Asumsi Klasik

Penelitian ini lolos uji asumsi klasik. Tidak ditemukan gejala multikolinearitas antar variabel independen karena *R-square* uji multikolinearitas kurang dari 0,8. Masalah heteroskedastisitas pada data panel dapat diatasi dengan memilih *white heteroscedasticity consistent covariance* pada saat melakukan estimasi (Gujarati, 2003). Masalah Autokorelasi pada data panel diatasi dengan memilih HAC (*Heteroscedasticity and Autocorrelation Consistent*) atau cukup dikenal sebagai prosedur *Newey-West* (Gujarati, 2013).

Uji Statistik

Uji F

F hitung > F tabel = 17,41 > 2,37

Uji t

t tabel = 1,645

-t tabel = -1,645

R-Square = 0,96

Analisis Regresi Data Panel

Untuk mengetahui pengaruh PDRB, rasio ketergantungan, konsumsi rumah tangga untuk makanan, APBD untuk pendidikan, dan APBD untuk kesehatan di 33 Provinsi di Indonesia periode 2008-2012 digunakan analisis regresi berganda data panel. PDRB, rasio ketergantungan, konsumsi rumah tangga untuk makanan, APBD untuk pendidikan, dan APBD untuk kesehatan merupakan variabel independen sedangkan IPM merupakan variabel dependen. Berdasarkan analisis regresi dengan menggunakan program pengolahan data Eviews 6, maka hasil analisis regresi linear dapat ditunjukkan dalam Tabel 5.

Tabel 4
Output Hasil Regresi Data Panel Uji Hausman

Test Summary	Chi-Sq. Statistik	Chi-Sq.d.f.	Prob.
Cross-section random	18,237083	5	0,0027

Sumber: Output Eviews 6, data diolah

Tabel 5
Output Hasil Regresi Data Panel *Fixed Effect*

Variabel	Koefisien	t-statistik	Prob.	T tabel $\alpha = 5\%$
C	63,89	6,55	0,0000	1,645
PDRB?	0,86	3,42	0,0019	
RK?	-0,33	-5,77	0,0000	
FOODCON?	-0,10	-2,35	0,0261	
APBDPEND?	-0,24	-1,72	0,0963	
APBDKES?	0,37	2,66	0,0128	

Sumber: Output Eviews 6, data diolah

F hitung	= 17,41	Adj R ²	= 0,90
F tabel	= 2,37	α	= 0,05
R ²	= 0,96	N	= 165

$$IPM = 63,89 + 0,86PDRB - 0,33RK - 0,10KRTM - 0,24PEND + 0,37KES + e$$

(9,76) (0,25) (0,058) (0,043) (0,14)
(0,14)

keterangan:

- IPM : Indek Pembangunan Manusia
- PDRB : Produk Domestik Regional Bruto
- RK : Rasio ketergantungan
- KRTM : Konsumsi rumah tangga untuk makanan
- PEND : APBD untuk pendidikan
- KES : APBD untuk kesehatan
- e : Error

Dari hasil regresi data panel diketahui bahwa PDRB di 33 provinsi di Indonesia berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM di Indonesia dengan koefisien sebesar 0,86 berarti bahwa setiap peningkatan PDRB sebesar 1 persen, maka dapat menyebabkan kenaikan IPM sebesar 0,86 persen dengan asumsi variabel lain tetap (*ceteris paribus*).

Rasio ketergantungan di 33 provinsi di Indonesia berpengaruh negatif dan signifikan terhadap IPM di Indonesia dengan koefisien sebesar -0,33 berarti bahwa setiap peningkatan rasio ketergantungan sebesar 1 persen, maka dapat menyebabkan penurunan IPM sebesar 0,33 persen dengan asumsi variabel lain tetap (*ceteris paribus*).

Konsumsi rumah tangga untuk makanan di 33 provinsi di Indonesia berpengaruh negatif dan signifikan terhadap IPM di Indonesia dengan koefisien sebesar -0,10 berarti bahwa setiap peningkatan konsumsi rumah tangga untuk makanan sebesar 1 persen, maka dapat menyebabkan penurunan IPM sebesar 0.10 persen dengan asumsi variabel lain tetap (*ceteris paribus*).

APBD untuk pendidikan di 33 provinsi di Indonesia dengan α=0,05 H₀ tidak dapat ditolak, tapi pada α=0,1 H₀ ditolak. APBD untuk kesehatan di 33 provinsi di Indonesia berpengaruh positif dan signifikan terhadap

IPM di Indonesia dengan koefisien sebesar 0,37 berarti bahwa setiap peningkatan APBD untuk kesehatan sebesar 1 persen, maka dapat menyebabkan kenaikan IPM sebesar 0,37 persen dengan asumsi variabel lain tetap (*ceteris paribus*). Pengaruh tiap variabel terhadap IPM dapat dijelaskan sebagai berikut.

Pengaruh PDRB terhadap IPM

Penelitian ini menemukan bahwa PDRB berpengaruh positif terhadap IPM. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Khodobakhshi (2011) dan Hakim dan Setiawan (2013). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan landasan teori yang dikemukakan oleh Kuznet bahwa salah satu karakteristik pertumbuhan ekonomi modern adalah tingginya pertumbuhan output per kapita (Todaro, 2006). Meningkatnya pertumbuhan ekonomi mengubah pola konsumsi karena peningkatan daya beli. Tingginya daya beli masyarakat akan meningkatkan IPM karena daya beli masyarakat merupakan salah satu indikator komposit dalam IPM yang disebut indikator pendapatan.

Pengaruh Rasio Ketergantungan terhadap IPM

Penelitian ini menemukan bahwa rasio ketergantungan berpengaruh negatif terhadap IPM. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori model daur hidup (*Life-Cycle Model*) untuk kebiasaan konsumsi serta tabungan yang dikemukakan oleh Modigliani dan Brumberg (1954), dan Ando dan Modigliani (1963) dalam Richard (2004) mengasumsikan bahwa umur atau usia masyarakat mempengaruhi pola perilaku konsumsinya.

Dissaving bisa ditutup oleh *saving* tahun sebelumnya dan penelitian Pratowo (2012). *Dependency ratio* merupakan salah satu indikator demografi yang penting. Semakin tinggi persentase *dependency ratio* maka semakin tinggi beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang

belum produktif dan tidak produktif lagi (Bandungkab, 2012).

Banyaknya jumlah penduduk pada kelompok usia produktif dibandingkan kelompok usia non-produktif dapat memberikan manfaat bagi pembangunan nasional terutama pada sektor ekonomi. Akan tetapi untuk memanfaatkan kondisi tersebut, kualitas sumber daya manusia harus ditingkatkan secara maksimal antara lain melalui pendidikan, pelayanan kesehatan dan penyediaan lapangan pekerjaan. Penyediaan lapangan pekerjaan merupakan hal yang sangat penting bagi penduduk usia produktif karena penduduk usia produktif dituntut untuk bekerja sehingga pengangguran dapat diatasi. Penurunan rasio ketergantungan dapat dilakukan dengan menekan laju pertumbuhan penduduk sehingga dapat meminimalisir terjadinya ledakan penduduk usia tidak produktif. Pada tahun 2020, Indonesia diperkirakan mengalami fase bonus demografi. Artinya jumlah penduduk usia produktif mencapai 2/3 dari total jumlah penduduk. Rasio ketergantungan menjadi lebih rendah. Suplai tenaga kerja yang stabil diharapkan bisa memenuhi kebutuhan pasar kerja (Kurniawan, 2014).

Pengaruh Konsumsi Rumah Tangga untuk Makanan terhadap IPM

Penelitian ini menemukan bahwa konsumsi rumah tangga untuk makanan berpengaruh negatif terhadap IPM. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Keynes (dalam Mankiw, 2003), kecenderungan mengkonsumsi marginal (*marginal propensity to consume*) dalam setiap tambahan pendapatan adalah antara nol dan satu. Sedangkan rasio konsumsi terhadap pendapatan yang disebut kecenderungan mengkonsumsi rata-rata (*average propensity to consume*) akan turun ketika pendapatan naik dan penelitian Ginting et.al. (2008). Pengeluaran rumah tangga untuk makanan sangat erat kaitannya dengan kesejahteraan masyarakat. Semakin besar pengeluaran untuk kebutuhan akan makanan menanda-

kan bahwa kesejahteraan rumah tangga semakin meningkat. Walaupun jumlahnya semakin meningkat, namun persentasenya semakin menurun karena proporsi pendapatan yang lebih besar dialokasikan untuk konsumsi non makanan. Peningkatan konsumsi/pengeluaran rumah tangga, terutama porsi pengeluaran untuk bukan makanan, menunjukkan adanya peningkatan kesejahteraan rumah tangga yang bersangkutan (BPS, 2006). Artinya bahwa rumah tangga sudah terbebas dari masalah kelaparan sehingga mampu melakukan aktifitas yang produktif.

Pengaruh APBD untuk Pendidikan terhadap IPM

Penelitian ini menemukan bahwa pada $\alpha=0,05$ APBD untuk pendidikan tidak berpengaruh signifikan terhadap IPM. Tidak signifikannya pengaruh APBD pendidikan terhadap IPM tidak sesuai dengan Astri et al. (2013). Hal tersebut terjadi karena struktur alokasi APBD pendidikan belum sepenuhnya menggambarkan pembangunan kualitas manusia menjadi arah dan kebijakan pembangunan. Hal ini secara langsung berkaitan dengan alokasi dana APBD untuk pendidikan tidak merata antar provinsi di Indonesia. Keterjangkauan masyarakat untuk menikmati pendidikan kurang. Hal tersebut dibuktikan dengan program wajib belajar sembilan tahun tidak terlaksana dengan baik. APBD provinsi yang dialokasikan untuk sektor pendidikan dari kurun waktu 2008 hingga 2012 mengalami fluktuasi baik dari besaran ataupun persentasenya terhadap total APBD. Persentase APBD yang dialokasikan untuk pendidikan masih kurang dari 20 persen. Alokasi dana yang sedikit dirasa tidak efektif bagi pembangunan manusia (DJPK, 2012).

Pengaruh APBD untuk Kesehatan terhadap IPM

Penelitian ini menemukan bahwa APBD untuk kesehatan berpengaruh positif

terhadap IPM. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Astri et al. (2013).

Pasal 34 ayat 3 UUD 1945 menyatakan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Bentuk tanggung jawab negara terhadap pelayanan kesehatan harus diwujudkan dengan kebijakan anggaran yang memadai. Layanan kesehatan merupakan salah satu hak dasar warga negara yang dijamin oleh konstitusi. Karena itu, pemerintah wajib membuka akses pelayanan kesehatan seluas mungkin dan memberi layanan berkualitas kepada setiap warga negara. Dalam konteks layanan kesehatan bagi warga miskin, pemerintah telah meluncurkan berbagai program. Tujuan utama APBD untuk kesehatan adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Dengan adanya alokasi khusus untuk kesehatan yang berasal dari APBD diharapkan akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat sebagai tujuan utama pembangunan manusia karena kesehatan berkaitan dengan produktivitas.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

PDRB berpengaruh positif terhadap IPM di 33 provinsi di Indonesia. Pertumbuhan output yang dimaksudkan adalah PDRB, tingginya pertumbuhan output menjadikan perubahan pola konsumsi dalam pemenuhan kebutuhan. Tingginya daya beli masyarakat akan meningkatkan IPM karena daya beli masyarakat merupakan salah satu indikator komposit dalam IPM yang disebut indikator pendapatan.

Rasio ketergantungan berpengaruh negatif terhadap IPM di 33 provinsi di Indonesia. Jika rasio ketergantungan naik maka akan menurunkan IPM karena banyaknya beban yang harus ditanggung oleh usia produktif untuk menanggung usia tidak produktif. Bonus demografi yang

akan terjadi pada tahun 2020 sangat erat kaitannya dengan perubahan komposisi penduduk menurut umur. Bonus demografi adalah kesempatan sekaligus tantangan yang harus direspon dan diantisipasi. Saat terjadi bonus demografi, angka ketergantungan penduduk menjadi lebih rendah. Konsumsi rumah tangga untuk makanan berpengaruh negatif terhadap IPM di 33 provinsi di Indonesia. Sebagian besar pendapatan akan dialokasikan untuk memenuhi untuk konsumsi terutama untuk bahan makanan pada saat berpendapatan rendah atau jauh dari kata sejahtera.

APBD untuk pendidikan tidak berpengaruh signifikan terhadap IPM di 33 provinsi di Indonesia. Hal tersebut terjadi karena struktur alokasi APBD pendidikan belum sepenuhnya menggambarkan pembangunan kualitas manusia menjadi arah dan kebijakan pembangunan. Hal ini secara langsung berkaitan dengan alokasi dana APBD untuk pendidikan tidak merata antar provinsi di Indonesia. Keterjangkauan masyarakat untuk menikmati pendidikan kurang. Hal tersebut dibuktikan dengan program wajib belajar sembilan tahun tidak terlaksana dengan baik.

APBD untuk kesehatan berpengaruh positif terhadap IPM di 33 provinsi di Indonesia. Pemerintah telah menyediakan akses pelayanan, dalam konteks layanan kesehatan bagi warga miskin, pemerintah telah meluncurkan berbagai program diantaranya adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan salah satu program yang sumber pendanaannya berasal dari APBD. Sebagian besar masyarakat telah memanfaatkan fasilitas kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah.

Saran

PDRB berpengaruh positif terhadap IPM sehingga PDRB perlu ditingkatkan setiap tahunnya. Kenaikan PDRB akan mempengaruhi kenaikan IPM jika pembangunan dilaksanakan secara inklusif yang diikuti oleh peningkatan dan pemerataan kesejahteraan penduduk.

Rasio ketergantungan berpengaruh negatif terhadap IPM. Oleh karena itu pengendalian jumlah penduduk yang dilakukan oleh pemerintah bekerjasama dengan masyarakat sehingga dapat menurunkan rasio ketergantungan di setiap wilayah. Pengentasan kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah yang bekerja sama dengan seluruh lapisan masyarakat. Konsumsi rumah tangga untuk makanan diukur dengan proporsi pengeluarannya, sehingga konsumsi rumah tangga miskin tidak bisa diturunkan. Pemerintah hendaknya dapat menaikkan pendapatan masyarakat miskin sehingga arah pengeluaran untuk konsumsi makanan menurun dan pengeluaran untuk kebutuhan lainnya meningkat.

Temuan bahwa APBD untuk pendidikan tidak berpengaruh terhadap IPM tidak berarti bahwa pengeluaran pemerintah untuk pendidikan tidak penting. Hal ini mungkin disebabkan tidak meratanya APBD pendidikan antar provinsi. Ada yang sudah mencapai 20% tapi ada juga yang belum, terutama di wilayah timur Indonesia yang memiliki keterjangkauan terhadap pendidikan yang rendah. Selain itu pengeluaran pendidikan sebaiknya ditargetkan bagi perluasan akses terhadap pendidikan melalui penambahan jumlah dan peningkatan kualitas fasilitas, sumber daya manusia dan biaya pendidikan yang terjangkau sehingga angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah terus meningkat.

Peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui bidang kesehatan oleh pemerintah dilakukan dengan memperluas jangkauan dan pelayanannya. Terutama di wilayah timur Indonesia yang memiliki akses yang sulit untuk menikmati fasilitas kesehatan. Kebijakan di bidang kesehatan dapat dilakukan dengan memperluas jangkauan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Jaminan Persalinan (Jampersal) khususnya bagi penduduk yang bermukim di wilayah pedalaman sehingga peningkatan kesehatan dapat dilakukan secara merata sehingga meningkatkan angka harapan hidup. Untuk pengembangan penelitian

selanjutnya, disarankan agar peneliti berikutnya dapat menambah variabel yang disesuaikan dengan kondisi di 33 provinsi di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Ananta, A. 1986. *Masalah dan Prospek Ekonomi Indonesia 1986/1987* dalam (ED) Moh. Arsyad Anwar. UI Press. Jakarta.
- Astri, M., S. Nikensari, dan Kuncara. 2013. Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Daerah pada Sektor Pendidikan dan Kesehatan terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. *Jurnal Pendidikan Ekonomi dan Bisnis* 1(1):77-102.
- Badan Pusat Statistik. 2006. *PDRB Propinsi-Propinsi Menurut Penggunaan 2000-2004*. BPS-Statistics Indonesia. Jakarta.
- _____. 2006. *Susenas Kesejahteraan Pengeluaran Rumah Tangga*. BPS Indonesia.
- _____. 2012. *Indeks Pembangunan Manusia di 33 Provinsi di Indonesia*. BPS Indonesia.
- Brata, A. G. 2004. *Analisis Hubungan Imbal Balik Antara Pembangunan Manusia dan Kinerja Ekonomi Daerah Tingkat II di Indonesia*. Lembaga Penelitian - Universitas Atma Jaya. Yogyakarta.
- Chakrabarty, M. dan W. Hildenbrand. 2009. *Engel's Law Reconsidered. Working Paper* Bonn. University of Bonn, Germany.
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. 2012. *APBD Realisasi*. <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/data-series/data-keuangan-daerah/setelah-ta-2006>. Diakses 24 Agustus 2014.
- Ginting, C. K., I. King, dan N. Roy. 2008. Pembangunan Manusia di Indonesia dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. *Jurnal Perencanaan dan Pengembangan Wilayah* 4(1): 17-24.
- Gujarati, D. N. 2013. *Dasar-Dasar Ekonometrika*. Salemba Empat. Jakarta.
- Haq, M. U. 1996, *Reflections on Human Development, 1st Edition*. Oxford University Press. New York.

- Kurniawan, B. 2014. 2020, Indonesia Alami Bonus Demografi. <http://news.detik.com/read/2014/06/12/225936/2606875/10/2020-indonesia-alami-bonus-demografi>. Diakses 23 September 2014.
- Khodabakhshi, A. 2011. Relationship between GDP and Human Development Indices in India. *Journal Department of Economics, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran* 1(1):1-9.
- Kuncoro, M. 2010. *Ekonomika Pembangunan*. Erlangga. Jakarta.
- Mankiw, N. G. 2003. *Teori Makro Ekonomi Terjemahan*. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Musgrave, R. A. dan B. Peggy. 1989. *Public Finance in Theory and Practise*. Fifth Edition. McGraw-Hill Book. International Edition. California.
- Owens, R. G. 1987. *Organization Behavior in Education*. Englewood Cliffs, Prentice Hall Inc. New Jersey.
- Pemerintah Kabupaten Bandung. 2012. Sumber Daya Manusia. <http://www.bandungkab.go.id/arsip/2391/sumber-daya-manusia>. Diakses 24 Agustus 2014.
- Pratowo, I. Nur. 2012. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia. *Jurnal Studi Ekonomi Indonesia* 1(1):15-31.
- Ranis, G. dan F. Stewart. 2006. *Economic Growth and HumanDevelopment in Latin America*. Cepal No. 78. *The UN Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)*.
- Richard, P. 2004. *The Economics of Adjustment and Growth*. Editorial UPR. Los Angeles.
- Sen, A. 1999. *Development as freedom* 1st ed. Oxford University Pres. New York.
- Setiawan, M.B. dan A. Hakim. 2013. Indeks Pembangunan Manusia Indonesia. *Jurnal Economia* 9(1): 18 -26.
- Sinulingga, B. 2008. Analisis Pengaruh Distribusi APBD Terhadap Indeks Pembangunan Manusia. *Jurnal Ilmu Administrasi Negara* 1(1): 106-120.
- Sukirno, S. 2000. *Makro ekonomi Modern: Perkembangan Pemikiran Dari Klasik Hingga Keynesian Baru*. PT Raja Grafindo Pustaka. Jakarta.
- Tjiptoherijanto, P. 1989. *Untaian Pembangunan Sumberdaya Manusia*. FEUI. Jakarta.
- Todaro, M. 2006. *Pembangunan Ekonomi*. Erlangga. Jakarta.
- UNDP, 1990. *Human Development Report 1990*. Oxford University Press. New York.
- _____. 1996. *Human Development Report 1996, Economic and Human Development*, Published for United Nations Development Programme. Oxford University Press. New York.
- _____. 2013. *Human Development Report 2013*. Oxford University Press. New York.
- Widarjono, A. 2009. *Ekonometrika Pengantar dan Aplikasinya*. Ekonisia. Jogyakarta.