

HALAMAN JUDUL

DETERMINAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI CAPAIAN
SPM KESEHATAN DI WILAYAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL TAHUN
2020-2024



Diajukan Oleh

Fitri Giyanti 23918024

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU EKONOMI
FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2025

HALAMAN SAMPUL
DETERMINAN FAKTOR–FAKTOR YANG MEMPENGARUHI CAPAIAN
SPM KESEHATAN DI WILAYAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL
TAHUN 2020-2024

Tesis S-2

Program Ilmu Ekonomi



Diajukan Oleh

Fitri Giyanti 23918024

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU EKONOMI
FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2025

PERNYATAAN BEBAS PLAGLARISME

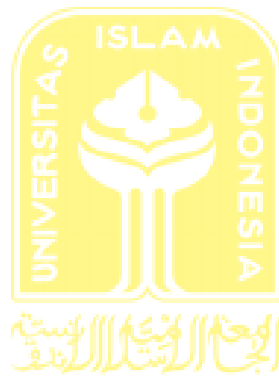
"Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam penulisan tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam referensi. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar, maka saya sanggup menerima hukuman/sanksi apapun sesuai peraturan yang berlaku".

Yogyakarta, November 2025



Fitri Giyanti

HALAMAN PENGESAHAN



Yogyakarta, 8 Januari 2026

Telah diterima dan disetujui dengan baik oleh :

Dosen Pembimbing



Prof. Dr. Unggul Priyadi, M.Si.

BERITA ACARA UJIAN TESIS

Pada hari Rabu tanggal 31 Desember 2025 Program Studi Ilmu Ekonomi Program Magister,
Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia telah mengadakan ujian tesis
yang disusun oleh :

FITRI GIYANTI

No. Mhs. : 23918024

Konsentrasi : Ekonomi Kebijakan Publik

Dengan Judul:

**DETERMINAN FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI CAPAIAN
SPM KESEHATAN**

Berdasarkan penilaian yang diberikan oleh Tim Penguji,
maka tesis tersebut dinyatakan **LULUS**

Penguji I

Prof. Dr. Unggul Priyadi, M.Si.

Penguji II

Dr. Sahabudin Sidiq, M.A.

Mengetahui

Ketua Program Studi,



Prof. Drs. Agus Widarjono, M.A., Ph.D.

PERSEMBAHAN

Tesis ini penulis persembahkan kepada Allah SWT atas Rahmat dan karunia Nya, kepada kedua orang tua, dan keluarga atas doa serta dukungan tiada henti, serta kepada dosen pembimbing dan seluruh pihak yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan kontribusi selama proses penyusunan tesis ini, dengan harapan karya ini dapat memberikan manfaat bagi ilmu pengetahuan

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warohmatullahi Wabarokatuh

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala Allah karena atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan tugas tesis yang berjudul “Determinan faktor – faktor yang mempengaruhi capaian SPM Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul”. Tugas tesis ini sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Ilmu Ekonomi, Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Universitas Islam Indonesia. Dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan, serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah Subhanahu Wa Ta.ala, atas berkat rahmat serta karunia-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik.
2. Prof Unggul Priyadi, Msi. selaku pembimbing penulis yang telah memberikan banyak arahan, bimbingan serta motivasi dalam proses penyusunan tesis ini.
3. Ismono, SSiT.M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul
4. Keluarga tercinta Bapak, Ibu, suami, dan anak-anak yang selalu memberikan dukungan.
5. Teman-teman seperjuangan Magister Ilmu Ekonomi angkatan 28 UII
6. Semua Pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan semangat, dukungan dalam bentuk apa pun selama penyusunan tesis ini

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan

saran yang membangun guna perbaikan di masa mendatang. Semoga segala bantuan batuan yang diterima penulis mendapatkan imbalan dari Allah SWT. Aamin Ya Rabbal Alamin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Yogyakarta, November 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN SAMPUL	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN BERITA ACARA.....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	xv
ABSTRACT	xvii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Sistematika Penulisan	10
BAB II	12
KAJIAN PUSTAKA	12
2.1 Landasan Teori	12
2.1.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan	12
2.1.2 Tujuan dan Pentingnya Capaian SPM.....	21
2.1.3 Determinan Pelayanan SPM	22
2.1.4 Konsep DAK Non Fisik	24
2.2 Kebijakan dan Pelayanan Publik.....	26
2.3. Penelitian Terdahulu.....	27

2.4 Kerangka Berpikir.....	34
2.5 Hipotesis.....	37
BAB III.....	38
METODOLOGI PENELITIAN	38
3.1 Ruang Lingkup Penelitian.....	38
3.2 Jenis Penelitian.....	38
3.3 Sumber Data.....	38
3.4 Definisi Operasional Variabel	39
3.5 Metode Analisis data	41
3.6 Analisis Regresi Data Panel	41
3.6.1 Pemilihan Model Regresi	42
3.7 Uji Statistik	43
3.7.1 Uji Simultan (Uji F)	43
3.7.2 Uji Parsial (Uji t).....	44
3.7.3 Koefisien Determinasi (R^2)	45
3.8 Evaluasi Efisiensi Anggaran.....	45
BAB IV	47
HASIL DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Deskripsi dan Gambaran Umum Kabupaten Gunungkidul	47
4.1.1 Kondisi Sosial Ekonomi.....	48
4.1.2 Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul	49
4.1.3 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.....	50
4.1.4 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul	50
4.1.5 Peran dalam Penelitian.....	51
4.2 Penyajian Data Variabel Penelitian	51
4.2.1 Capaian SPM.....	51
4.2.2 Pagu Anggaran	52
4.2.3 Capaian SDM.....	55
4.2.4 Capaian Alat.....	56
4.2.5 Capaian Obat.....	58
4.2.6 Sasaran Pelayanan Kesehatan	59

4.3 Hasil Analisis Data Panel	61
4.3.1 Analisis Statistik Deskriptif.....	61
4.3.2 Analisis Regresi Data Panel	68
4.4 Uji Pemilihan Model	70
4.4.1 Uji Chow	71
4.4.2 Uji Lagrange Multiplier	71
4.4.3 Uji Hausman	72
4.5 Uji Statistik	74
4.5.1 Uji Simultan (Uji F)	74
4.5.2 Uji Parsial (Uji t).....	76
4.5.3 Uji Koefisien Determinasi (R-Squared).....	78
4.6 Analisis Cross Section Effect	78
4.6.1 Puskesmas dengan Capaian SPM Tinggi	80
4.6.2 Puskesmas dengan Capaian SPM Rendah	80
4.7 Evaluasi anggaran	81
4.8 Pembahasan dan Analisis	82
4.8.1 Pengaruh Variabel SDM terhadap SPM	83
4.8.2 Pengaruh Variabel Obat terhadap SPM.....	84
4.8.4 Pengaruh Variabel Sasaran terhadap SPM	85
4.8.5 Pengaruh Variabel Anggaran terhadap SPM	86
4.8.6 Pengaruh Simultan Variabel terhadap Capaian SPM	87
4.8.7 Evaluasi Anggaran	87
BAB V	93
KESIMPULAN IMPLIKASI DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan	93
5.2 Implikasi.....	94
5.3 Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	97
LAMPIRAN.....	97

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Capaian Kinerja SPM di DIY Tahun 2024.....	5
Tabel 1.2 Capaian kinerja SPM diKabupaten Gunungkidul Tahun 2024	6
Tabel 1.3 Wilayah Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.....	7
Tabel 2.1 Gambaran Umum 12 Indikator SPM	18
Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu Terkait Determinan Capaian SPM Kesehatan	30
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel	39
Tabel 4.1 Hasil Analisis Statistika Deskriptif	61
Tabel 4.2 Hasil Estimasi Model Common Effect, Fixed Effect dan Random Effect.....	68
Tabel 4.3 Hasil Uji Chow.....	71
Tabel 4.4 Hasil Uji Largrange Multiplier.....	71
Tabel 4.5 Uji Hausman.....	73
Tabel 4.6 Model Terbaik Fixed Effect	73
Tabel 4.7 Analisis Cross Section Effect Capaian SPM per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul	79
Tabel 4.8 Evaluasi Anggaran Periode 2020-2024	81
Tabel 4.9 Efisiensi Penggunaan Anggaran.....	88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Berpikir	36
Gambar 4.1 Peta Wilayah Kabupaten Gunungkidul	47
Gambar 4.2 Grafik Capaian SPM Periode 2020- 2024.....	52
Gambar 4.3 Grafik Anggaran SPM Periode 2020-2024	52
Gambar 4.4 Grafik SDM periode 2020-2024	55
Gambar 4.5 Jumlah Alat Kesehatan Periode 2020 – 2024.....	56
Gambar 4.6 Capaian Ketersediaan Obat periode 2020-2024.....	58
Gambar 4.7 Sasaran Pelayanan Kesehatan Periode 2020-2025.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Variabel Penelitian	100
Lampiran 2 Hasil Estimasi Analisis Statistik Deskriptif.....	104
Lampiran 3 Hasil Estimasi Common Effect	104
Lampiran 4 Hasil Estimasi Fixed Effect	105
Lampiran 5 Hasil Estimasi Random Effect.....	106
Lampiran 6 Hasil Estimasi Uji Chow	107
Lampiran 7 Hasil Estimasi Uji Lagrange Multiplier.....	107
Lampiran 8 Hasil Estimasi Uji Hausman.....	107
Lampiran 9 Cross Section Effect	108
Lampiran 10 Efisiensi Penggunaan Anggaran	109

ABSTRAK

Kesehatan merupakan hak dasar masyarakat yang wajib dipenuhi pemerintah daerah melalui pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Kabupaten Gunungkidul sebagai wilayah luas dan berbukit menghadapi tantangan pemerataan layanan, keterbatasan SDM, serta sarana dan prasarana kesehatan. Untuk mendukung peningkatan capaian SPM, sesuai dengan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 pemerintah menyediakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik atau Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang digunakan untuk kegiatan promotif, preventif, dan operasional puskesmas. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi capaian SPM kesehatan di Kabupaten Gunungkidul periode 2020–2024, mencakup variabel SDM, ketersediaan alat, obat, jumlah sasaran, dan anggaran. Selain itu penelitian juga mengkaji efisiensi penggunaan DAK Non Fisik. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif dengan regresi data panel pada 30 puskesmas. Hasil uji Chow, Hausman, dan Lagrange Multiplier menunjukkan bahwa Fixed Effect Model (FEM) merupakan model paling tepat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara simultan seluruh variabel memiliki pengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Secara parsial, anggaran dan ketersediaan sarana berpengaruh positif signifikan, sementara SDM tidak terbukti berpengaruh signifikan. Evaluasi efisiensi menunjukkan sebagian besar puskesmas telah memanfaatkan anggaran secara efisien meskipun terdapat variasi capaian antar wilayah. Penelitian menyimpulkan bahwa pengelolaan anggaran dan sarana kesehatan berperan penting dalam peningkatan capaian SPM, sehingga diperlukan penguatan kapasitas SDM dan perencanaan berbasis kebutuhan.

Kata kunci: SPM; DAK Non Fisik; Efisiensi; SDM; Puskesmas.

ABSTRACT

Health is a fundamental right that must be fulfilled by local governments through the implementation of Minimum Service Standards (SPM) in the health sector. Gunungkidul Regency, characterized by its wide and hilly geography, faces challenges in service distribution, limited human resources (HR), and unequal availability of health facilities. To support improvements in SPM achievement, the government provides Non-Physical Special Allocation Funds (DAK) or the Health Operational Assistance (BOK) to strengthen promotive, preventive, and operational activities at community health centers (puskesmas). This study aims to analyze the determinants influencing the achievement of health SPM in Gunungkidul Regency during 2020–2024, covering HR, availability of equipment, medicines, target population, and budget. The study also evaluates the efficiency of DAK Non-Physical utilization. A quantitative approach was applied using panel data regression involving 30 puskesmas. Model selection through the Chow, Hausman, and Lagrange Multiplier tests indicates that the Fixed Effect Model (FEM) is the most appropriate. The findings show that all independent variables jointly have a significant effect on SPM achievement. Partially, the budget and availability of health facilities have a positive and significant influence, whereas HR does not show a significant effect. Efficiency analysis indicates that most puskesmas have utilized the budget efficiently despite variations across regions. The study concludes that budget management and the availability of health facilities are key factors in improving SPM achievement. Strengthening HR capacity and implementing needs-based planning are necessary to optimize SPM outcomes.

Keywords: Minimum Service Standards; Non-Physical DAK; Efficiency; Human Resources; Puskesmas.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Standar pelayanan minimal (SPM) merupakan hak dasar yang harus diterima setiap warga negara (Kemenkes, 2024). Pemerintah Daerah wajib memiliki dan menyediakan layanan kesehatan dasar yang bermutu dan dapat diakses oleh seluruh Masyarakat. Sehingga diperlukan standar yang menjadi acuan dalam penyelenggaraannya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar tidak sama di seluruh Indonesia disesuaikan dengan kemampuan masing- masing Pemerintah Daerah. Dalam pelaksanaan hal tersebut standar pelayanan minimal (SPM) dipergunakan untuk memastikan adanya ketersediaan layanan bagi warga negara. Terdapat dua fungsi SPM kesehatan bagi Pemerintah Daerah dalam memfasilitasi pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat dan sebagai instrumen untuk masyarakat dalam melakukan pengawasan terhadap kinerja pemerintah bidang kesehatan.

Penerapan SPM kesehatan merupakan kinerja Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan urusan bidang kesehatan yang menjadi penilaian kinerja daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada warga negara dan merupakan bahan pemerintah pusat untuk perumusan kebijakan nasional, pemberian penghargaan, insentif, disinsentif dan sanksi administrasi Kepala Daerah. (Sutrisno & Rahmawati, 2020). Menurut peraturan menteri kesehatan Nomor 6 tahun 2024 tentang pemenuhan standar pelayanan minimal bidang kesehatan. yaitu diperlukan

langkah operasional untuk mencapai kinerja SPM Kesehatan di tingkat Provinsi/ Kabupaten/ Kota yang pedoman untuk Pemerintah Daerah dengan cara memperhatikan potensi dan kemampuan tiap daerah (Kemenkes, 2024). SPM kesehatan juga bermanfaat untuk memperkuat penganggaran berbasis kinerja (*Performance Based Budgeting*) (Kemenkes, 2024) sesuai amanat Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah pada Pasal 298 menyebutkan “Pemerintah Daerah agar memprioritaskan belanja daerah untuk membiayai urusan pemerintahan wajib yang terkait Pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM kesehatan”.

Pengalokasian dana alokasi Khusus (DAK) ke daerah menyesuaikan kebutuhan masing – masing daerah untuk pencapaian target SPM kesehatan. Pemerintah Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK. Kondisi ini akan membuat berbagai pihak secara bersama-sama menuju pencapaian target SPM kesehatan, termasuk didalamnya adalah dalam sumber daya kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas mempunyai prinsip dalam pertanggungjawaban wilayah dengan menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya yang akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target kinerja SPM Kesehatan. Dalam pencapaian targetkinerja SPM ini tidak lepas dari mutu pelayanan kesehatan yang disediakan dalam pemenuhan kebutuhan sarana prasana alat, obat,sasaran yang akan mempengaruhi didalam pencapaian target SPM. Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan

standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan (Muhani et al., 2021) Kepuasan pengguna layanan terpenuhi ketika pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan pasien . Kondisi tersebut mendorong pasien untuk kembali berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sama (Febriawati, et al, 2021).

Dinas Kesehatan merupakan organisasi publik mempunyai tugas dalam menyelenggarakan urusan pemerintah daerah di bidang kesehatan untuk membantu kepala daerah dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yaitu bidang kesehatan (Octarina et al., 2023). Terdapat dua belas (12) indikator standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan untuk kabupaten/kota yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah (Aprilla, 2020). 12 layanan SPM meliputi pelayanan kesehatan pada ibu hamil, pelayanan kesehatan pada ibu bersalin sesuai standar, pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan pada balita, pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar, pelayanan kesehatan pada usia produktif, pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi, pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus, pelayanan kesehatan. pada penderita terduga tuberkolosis, pelayanan kesehatan pada orang dengan gangguan jiwa berat, pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau *Human Immunodeficiency Virus*, semua target pelayanan SPM ini adalah 100% (Kemenkes, 2024).

Salah satu upaya yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah dalam rangka mendukung keberhasilan pelaksanaan kegiatan SPM bidang kesehatan adalah dengan menyediakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Nonfisik (Kemenkes,2024). DAK Nonfisik bidang kesehatan adalah dana yang dialokasikan ke daerah untuk membiayai operasional kegiatan program prioritas nasional dibidang kesehatan yang menjadi urusan daerah guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di daerah (Kemenkes, 2024). Daerah Istimewa Yogyakarta sebagai salah satu Provinsi di Indonesia dalam pemenuhan kegiatan SPM bidang kesehatan tergantung dengan anggaran DAK Non Fisik yang di pergunakan sebagai bantuan operasional kesehatan (BOK) yang di manfaatkan oleh 5 (lima) Kabupaten / Kota yaitu Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Sleman, Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunungkidul, dan Kota Yogyakarta. Secara keseluruhan jumlah pemberi pelayanan pada 121 Puskesmas di Daerah Istimewa Yogyakarta dengan 12 Indikator SPM adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1 Capaian Kinerja SPM di DIY Tahun 2024

No	Indikator SPM	Capaian
1	Pelayanan kesehatan pada ibu hamil	74%
2	Pelayanan kesehatan pada ibu bersalin	98%
3	Pelayanan kesehatan pada bayi barulahir	88%
4	Pelayanan kesehatan pada Balita	85%
5	Pelayanan usia pada Pendidikan dasar	90%
6	Pelayanan kesehatan pada usia produktif;	15%
7	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	25%
8	Pelayanan kesehatan pada penderita Hipertensi	77%
9	Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus;	77%
10	Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat	72%
11	Pelayanan kesehatan orang terduga Tuberculosis	77%
12	Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau human immunodeficiency virus	93%

Sumber: Renstra Dinas Kesehatan DIY 2023-2026

Kabupaten Gunungkidul sebagai salah satu pemberi layanan publik menghadapi berbagai tantangan dalam pencapaian indikator SPM kesehatan. kondisi geografis yang bervariasi, persebaran penduduk yang tidak merata di setiap wilayah, keterbatasan sumber daya dalam kesehatan menjadi faktor yang dapat mempengaruhi capaian SPM kesehatan. Oleh karena itu, optimalisasi penggunaan DAK non fisik menjadi perhatian penting untuk memastikan pelayanan kesehatan dasar yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat dengan standar mutu yang ditetapkan. (Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, 2023). Berikut capaian kinerja SPM bidang kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan diperoleh data bahwa pada tahun 2024 capaian target SPM di Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul sebagai berikut:

Tabel 1.2 Capaian kinerja SPM di Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024

No	Indikator SPM	Capaian
1	Pelayanan kesehatan pada ibu hamil	86,79%
2	Pelayanan kesehatan pada ibu bersalin	81.55%
3	Pelayanan kesehatan pada bayi barulahir	89%
4	Pelayanan kesehatan pada balita	74.16%
5	Pelayanan usia Pendidikan dasar	100%
6	Pelayanan kesehatan pada usia produktif;	61,69%
7	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	81,9%
8	Pelayanan kesehatan penderita hipertensi	48,6%
9	Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus;	57%
10	Pelayanan kesehatan pada orang dengan gangguan jiwa berat (ODGJ)	80,92%
11	Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan	79,12%
12	Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau human immunodeficiency virus	93,94%

Sumber: Perencanaan, Dinkes Kabupaten Gunungkidul 2024

Data pencapaian kinerja SPM pada tahun 2024 menunjukkan terdapat satu kinerja yang mencapai target yaitu pelayanan kesehatan pada pendidikan dasar dengan capaian 100%. Pencapaian kinerja SPM yang tidak pernah mencapai target yaitu 100% telah didukung Pembiayaan melalui Dana BOK.

Efektivitas penggunaan DAK Non Fisik dalam meningkatkan capaian kinerja pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan (SPM). Capaian SPM bidang Kesehatan belum sepenuhnya dapat dipastikan pada capaian sesuai target. Masih terdapat variasi antara penggunaan anggaran dengan hasil yang dicapai, yang mengindikasikan adanya faktor lain yang berpengaruh atau belum optimalnya

pengelolaan dana tersebut. Oleh karena itu, peneliti ingin mengkaji sejauh mana pengaruh penggunaan DAK non fisik terhadap capaian kinerja SPM Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul pada periode tahun 2020 - 2024. Pembagian wilayah dari 30 UPT Puskesmas dalam tiga area berdasarkan kondisi geografi. Berikut daftar puskesmas sesuai dengan bagian di wilayah kabupaten Gunungkidul.

**Tabel 1.3 Wilayah Puskesmas dan Capaian SPM
di Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024**

Wilayah	Nama Puskesmas	Rata-rata (%)
Barat	Puskesmas Patuk I	95%
	Puskesmas Patuk II	85%
	Puskesmas Gedangsari I	86%
	Puskesmas Gedangsari II	85%
	Puskesmas Purwosari	86%
	Puskesmas Paliyan	90,6%
	Puskesmas Panggang I	80%
	Puskesmas Panggang II	89,5%
	Puskesmas Saptosari	96%
	Puskesmas Tanjungsari	96%
Tengah	Puskesmas Karangmojo I	97%
	Puskesmas Karangmojo II	87,6%
	Puskesmas Nglipar I	88,3%
	Puskesmas Nglipar II	88%
	Puskesmas Tepus I	98%

	Puskesmas Tepus II	90%
	Puskesmas Playen I	88,8%
	Puskesmas Playen II	89%
	Puskesmas wonosari I	89%
	Puskesmas Wonosari II	96%
Timur	Puskesmas Semin I	84,7%
	Puskesmas Semin II	88%
	Puskesmas Ngawen I	87,1%
	Puskesmas Ngawen II	80%
	Puskesmas Semanu I	83,4%
	Puskesmas Semanu II	86%
	Puskesmas Ponjong I	90%
	Puskesmas Ponjong II	87%
	Puskesmas Rongkop	89,7%
	Puskesmas GiriSubo	89%

Sumber data: Data SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, 2024

Berdasarkan tabel diatas pengelompokan capaian kinerja pada wilayah barat 88,9% kinerja baik, wilayah tengah rata rata 91% dan wilayah timur 86,5%. Penelitian ini mengambil data pada seluruh puskesmas di Kabupaten Gunungkidul dengan mempertimbangkan capaian SPM dan faktor faktor yang mempengaruhi pada capaian SPM.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam perbaikan perencanaan, pengelolaan, dan evaluasi DAK Non Fisik, sekaligus mendukung tercapainya target-target nasional di bidang kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Dokumen Perencanaan. Penelitian dilakukan di Kabupaten Gunungkidul menemukan bahwa keberadaan dana DAK Non Fisik / BOK di Puskesmas sangat membantu Puskesmas dalam menjalankan program untuk mencapai sasaran dan target keberhasilan program (Manu, 2022).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah dipaparkan, rumusan masalah dalam penelitian derminan penggunaan Dana DAK Non fisik terhadap capaian kinerja SPM kesehatan di Kabupaten Gunungkidul adalah “Faktor - faktor apa saja yang mempengaruhi capaian SPM kesehatan serta bagaimana efisiensi capaian SPM kesehatan di Gunungkidul periode 2020 - 2024?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dipilih, berikut adalah paparan tujuan penelitian adalah:

1. Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi secara simultan sumber daya manusia, anggaran pengadaan sarana alat dan obat, jumlah sasaran, pagu anggaran alokasi dana terhadap capaian SPM bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul.
2. Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi secara parsial sumber daya manusia, ketersediaan sarana alat, obat, jumlah sasaran, anggaran

alokasi dana terhadap capaian SPM bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul

3. Mengkaji efisiensi penggunaan anggaran DAK non fisik terhadap capaian SPM bidang Kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Akademis

Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen keuangan daerah, kebijakan publik, dan kesehatan masyarakat, khususnya terkait hubungan antara pembiayaan kesehatan dengan kinerja pelayanan kesehatan dasar

2. Manfaat Praktis

Menyediakan informasi berbasis bukti bagi Pemerintah Kabupaten Gunungkidul dan pihak terkait dalam rangka optimalisasi penggunaan DAK Non Fisik untuk meningkatkan capaian SPM Kesehatan.

1.5 Sistematika Penulisan

Berikut sistematika penelitian dalam bentuk paragraf per bab untuk studi "Deferminan dana DAK non fisik terhadap capaian SPM kesehatan di Kabupaten Gunungkidul":

BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini memaparkan tentang latar belakang permasalahan terkait dengan ketersediaan DAK Non Fisik dengan capaian SPM sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 6 tahun 2024 tentang standar pemenuhan SPM bidang

kesehatan dan tentang Kebijakan Pemerintah Daerah dalam memenuhi pelayanan dasar untuk standar pelayanan minimal. Bab ini juga merumuskan masalah tujuan penelitian dan ruang lingkup dari penelitian

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menyampaikan landasan teori capaian kinerja SPM, yang meliputi beberapa faktor yang mempengaruhi capaian kinerja SPM, dari faktor internal sumberdaya, ketersediaan sarana alat kesehatan, obat, sasaran serta anggaran kegiatan, bab ini diakhiri dengan kerangka berpikir dalam penelitian yang dilakukan.

BAB III METODOLOGI

Pada bab ini menjelaskan tentang penelitian dengan kuantitatif, pengambilan sampel penelitian, Lokasi penelitian di Gunungkidul, dan teknik Analisa. Bab ini secara keseluruhan juga akan memberikan gambaran kegiatan penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini memaparkan temuan penelitian serta analisis mendalam berdasarkan data yang dikumpulkan. Dimulai dengan gambaran umum Kabupaten Gunungkidul untuk memberikan konteks, sebagai lanjutan adalah analisis mengenai data yang telah dicantumkan.

BAB V KESIMPULAN

Bab penutup ini merangkum temuan utama penelitian dan menjawab rumusan dari masalah. Kesimpulan akan menyajikan sintesis dari analisis yang telah dilakukan, memberikan pemahaman secara komperhensif tentang penggunaan dana DAK non fisik terhadap capaian kinerja SPM.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan

Menurut Permenkes Nomor 6 Tahun 2024, SPM kesehatan merupakan ketentuan tentang mutu kualitas pelayanan kesehatan dasar minimal yang wajib diberikan oleh Pemerintah Daerah kepada setiap warga negara, serta menjadi ukuran kinerja pemerintah daerah untuk melaksanakan urusan wajib bidang kesehatan. Regulasi ini menjadi pedoman bagi pemerintah daerah dalam memenuhi layanan minimal. 12 indikator SPM Kesehatan / pelayanan kesehatan dasar antara lain:

1. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil
2. Pelayanan kesehatan pada ibu melahirkan/ bersalin
3. Pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir
4. Pelayanan kesehatan pada balita
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
8. Pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat
11. Pelayanan orang terduga *tuberculosis*
12. Pelayanan penderita HIV/AIDS

2.1.1.1 Pelayanan Kesehatan Pada Ibu Hamil

Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan sesuai standar minimal enam kali kunjungan. Pemerintah Daerah Kabupaten wajib memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar kepada semua ibu hamil di wilayah kerja tersebut dalam kurun waktu satu tahun (Kemenkes, 2024). Pelayanan kesehatan ibu hamil adalah pelayanan antenatal/ pemeriksaan kehamilan sesuai standar yang diberikan pada ibu hamil yang meliputi: standar kuantitas maupun kualitas. standar mutu secara kuantitas perlukan adalah standar jumlah peralatan, obat, serta standar jumlah personi SDM (dokter, perawat, bidan, petugas gizi, tenaga kefarmasian. Standar mutu secara kualitas meliputi standar dalam pemeriksaan minimal 6 kali kunjungan, ibu hamil mendapatkan layanan 10 T (timbang, diukur tekanan darah, diukur tinggi badan, lingkaran lengan, diukur tinggi rahim, detak jantung janin, diberikan tablet tambah darah, diperiksa laboratorium,

2.1.1.2 Pelayanan Kesehatan Pada Ibu melahirkan/ Bersalin

Capaian kinerja pemerintah daerah kabupaten/kota dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu bersalin dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. pelayanan kesehatan ibu bersalin adalah pelayanan yang diberikan pada ibu bersalin sesuai standar yang meliputi: persalinan normal dan persalinan komplikasi. Standar mutu pada capaian kinerja ibu bersalin ini meliputi sasaran ibu hamil dari perhitungan estimasi dalam kurun waktu satu tahun, peralatan standar pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan minimal satu (1) dokter atau tenaga

medis dan dua (2) orang tenaga kesehatan paramedis dengan didukung peralatan, obat-obatan

2.1.1.3 Pelayanan Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir

Setiap bayi baru lahir berhak memperoleh pelayanan kesehatan bayi/ sesuai standar pada usia 0-28 hari di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir mencakup standar kuantitas dan standar kualitas. Standar kuantitas meliputi kunjungan neonatal sebanyak tiga kali kunjungan pada usia 0- 6 jam, kunjungan kedua pada usia 3-7 hari, kunjungan ketiga pada usia 8-28 hari. Standar kualitas dilakukannya pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian ASI dengan inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian suntikan vitamin K1, Pemberian salep/tetes mata antibiotik, Pemberian imunisasi vaksinasi hepatitis B), standar kuantitas meliputi sasaran, peralatan, obat dan ketersediaan sumber daya manusia yang terdiri dari dokter, bidan, perawat, tenaga kefarmasian, kader dan petugas gizi.

2.1.1.4 Pelayanan Kesehatan Pada Balita

Semua Balita wajib mendapatkan pelayanan kesehatan dasar sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun (Kemenkes,2024). Pelayanan kesehatan balita diberikan pada usia 0-59 bulan, sesuai standar pelayanan kesehatan pada balita yang sehat maupun sakit. Standar mutu yang harus dipenuhi pada capaian kinerja ini adalah ketersediaan alat antropometri kit, buku kesehatan ibu anak, formulir, obat, serta tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.

2.1.1.5 Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar

Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di dalam dan luar satuan pendidikan dasar di wilayah kerja Kabupaten/Kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran (Kemenkes,2024). Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar sesuai standar meliputi pelayanan: pelayanan skrining kesehatan, tindak lanjut hasil skrining kesehatan, skrining dilakukan pada anak kelas 1 sampai dengan kelas 9 di sekolah minimal satu kali dalam satu tahun ajaran dan usia 7 sampai 15 tahun diluar sekolah, Pemberian imunisasi *Measles Rubela*, *Difteri Tetanus* (DT), *Teta nus* (Td) pada kegiatan bulan imunisasi anak sekolah (BIAS), sesuai jadwal dan tingkat pendidikan siswa atau usia yang setara. Standar mutu pada capaian kinerja ini adalah sasaran, ketersediaan peralatan, obat, tenaga kesehatan.

2.1.1.6 Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif

Setiap warga negara usia 15 tahun sampai 59 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi edukasi tentang penyakit tidak menular, menular, kesehatan reproduksi pada perempuan dan keluarga berencana. Standar mutu yang diperlukan dalam capaian kinerja ini meliputi sasaran dalam kurun waktu satu tahun, ketersediaan peralatan, obat dan tenaga pelaksana.

2.1.1.7 Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada setiap warga negara usia 60 tahun ke atas. Pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar diberikan dalam bentuk edukasi dan skrining

usia lanjut diwilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun (Kemenkes,2024). Capaian mutu kinerja ini meliputi sasaran usia lanjut dalam kurun waktu satu tahun, ketersediaan alat, obat dan tenaga kesehatan sebaga pelaksana layanan.

2.1.1.8 Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Hipertensi

Seluruh Penderita hipertensi usia 15 tahun keatas wajib mendapatkan pelayanan sesuai standar sebagai upaya pencegahan sekunder dalam kurun waktu satu tahun. (Kemenkes,2024). Pelayanan standar meliputi pengukuran tekanan darah pemberian edukasi, farmakologi serta konseling terapi kepatuhan secara farmakologi dan non farmakologi. Standar mutu capaian kinerja ini adalah ketersediaan sasaran, obat, peralatan, serta sumberdaya manusia.

2.1.1.9 Pelayanan Kesehatan Pada Penderita *Diabetes Melitus*

Setiap penderita diabetes melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. pemerintah kabupaten mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penderita diabetes melitus usia ≥ 15 tahun sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. (Kemenkes, 2024). Pelayanan sesuai dengan standar meliputi pelayanan klinis, penunjang pemeriksaan laboratorium, edukasi terapi farmakologi dan non farmakologi,. Standar mutu yang diperlukan dalam capaian standar ini adalah sasaran, peralatan, ketersediaan obat dan tenaga kesehatan (tenaga medis, paramedis, tenaga gizi, laboratorium).

2.1.1.10 Pelayanan Kesehatan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat

Setiap orang dengan gangguan jiwa berat wajib mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar sebagai upaya pengobatan penyakit dan pencegahan

timbulnya dampak sekunder akibat gangguan jiwanya.(Kemenkes 2024). Pelayanan sesuai dengan standar yang diberikan meliputi pelayanan yang pada penderita dengan psikosis akut, skizofrenia dengan memberikan edukasi, tatalaksana serta edukasi. Standar mutu pada capaian kinerja ini adalah sasaran penderita, ketersediaan alat, obat dalam pengangann dan sumberdaya tenaga (medis, paramedis, dan tenaga profesional lainnya).

2.1.1.11 Pelayanan Kesehatan Orang Terduga *Tuberkolosis*

Orang terduga TBC wajib mendapatkan pelayanan sesuai standar dari Pemerintah daerah kabupaten/Kota di wilayah kerjanya.dalam kurun waktu satu tahun (Kemenkes,2024). Pelayanan yang diberikan meliputi pemeriksaan klinis, penunjang dan edukasi. Standar mutu dalam capaian kinerja ini ketersediaan alat, obat, sumberdaya manusia (dokter, perawat, petugas laboratorium, radiologi, kader kesehatan).

2.1.1.12 Pelayanan Kesehatan Pada Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus Yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (*Human Immunodeficiency Virus*= HIV)

Setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. pemerintah daerah kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada setiap orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus* = HIV) di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. (Kemenkes,2024). Pelayanan sesuai dengan standar meliputi pemberian edukasi perilaku beresiko, skrining HIV standar mutu pada capaian kinerja ini adalah sasaran /orang beresiko (ibu

hamil, penderita TBC, penderita penyakit menular seksual, waria, peralatan, obat sumber daya manusia dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan lainnya).

Secara umum definisi standar capaian kinerja standar pelayanan minimal digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 2.1 Gambaran Umum 12 Indikator SPM

No	Jenis SPM/Definisi	Komponen Mutu	Perhitungan
1	Pelayanan kesehatan ibu hamil adalah pelayanan pemeriksaan kehamilan sesuai standar	Kuantitas kunjungan 6 kali, kualitas dilakukan px dengan 10T	% ibu hamil mendapatkan layanan
2	Pelayanan kesehatan pada ibu melahirkan /bersalin adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu melahirkan sesuai standar	Di tolong oleh tenaga kesehatan minimal dokter, 2 bidan, atau bidan dan perawat	% ibu bersalin mendapatkan layanan
3	Pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir adalah pelayanan yang diberikan pada bayi baru lahir	Pelayanan esensial kuantitas 3 kali kunjungan pada usia 0 sampai 28 hari	% bayi baru lahir mendapatkan layanan
4	Pelayanan kesehatan pada Balita adalah pelayanan yang diberikan pada balita usia 0=59 bulan	Balita minimal di timbang 8 kali/ tahun, imunisasi dasar lengkap, mendapatkan	% balita mendapat layanan

		sekrining sdidtk 2 kali/ tahun, sakit mendapatkan layanan sesuai standar MTBS, mendapatkan vit A	
5	Pelayanan kesehatan pada usia produktif >15 th- 59th	Pelayanan yang diberikan meliputi edukasi, sekrining penyakit menular dan tidak menular,caten, sekrining Td pada WUS, Kb	%usia produktif mendapat layanan
6	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar adalah pelayanan yang diberikan pada anak sekolah kelas satu sampai kelas sembilan	Pelayanan yang berikan meliputi Skrining kesehatan,sasaran pada kelas satu sampai sembilan di dalam maupun luar sekolah, pemberian imunisasi Campak Rubela, DT, Td pada BIAS sesuai jadwal dan tingkat pendidikan siswa	% anak usai Pendidikan dasar mendapatkan sekrining kesehatan

7	Pelayanan pada warga negara usia lebih dari 60 tahun	Dilakukan sekcrining Tekanan darah, Gula darah, kolesterol, sekcrining kesehatan mental	% warga negara usia 60 th keatas mendapat layanan standar
8	Pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi	Pengukuran tekanan darah,pelayanan,edukasi non farmakologi, edukasi kepatuhan terapi non farmakologi dan farmakologi	% penderita hipertensi mendapat pelayanan standar
9	Pelayanan kesehatan pada penderita <i>Diabetes Melitus</i>	Pelayanan pada penderita <i>Diabetes Melitus</i>	% Penderita Diabetes melitus (DM) mendapat pelayanan standar
10	Pelayanan kesehatan dengan sasaran orang dengan ganggaun jiwa berat (ODGJ)	Mendapatkan pelayanan edukasi, pengobatan pada penerita dan keluarga	% ODGJ mendapat pelayanan standar

11	Pelayanan kesehatan yang diberikan pada orang terduga TBC	Dilakukan pemeriksaan klinis, pemeriksaan penunjang laboratorium dan pemberian edukasi.	% terduga TB yang diperiksa dan ditindaklanjuti
12	Pelayanan kesehatan pada orang terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia	Dilakukan tes HIV sukarela (VCT), konseling, ART bagi yang positif	% individu dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar

Sumber: PMK 6 Tahun 2024

2.1.2 Tujuan dan Pentingnya Capaian SPM

Tujuan utama dari SPM adalah menjamin akses layanan dasar yang merata dan bermutu, khususnya di tingkat puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan primer. Capaian SPM menjadi tanggung jawab pemerintah daerah dalam memenuhi kewajiban sebagai hak dasar untuk kesehatan masyarakat. Tingginya capaian indikator SPM mencerminkan keberhasilan sistem pelayanan kesehatan daerah.(Kemenkes, 2024).

Pelaksanaan SPM memiliki peran strategis dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui penyediaan layanan yang adil,

terjangkau, dan berkualitas. Keberhasilan pencapaian SPM tidak hanya menunjukkan efektivitas program kesehatan, tetapi juga menggambarkan kapasitas tata kelola pemerintahan daerah dalam mengelola sumber daya yang dimiliki. Oleh karena itu, peningkatan capaian SPM harus menjadi prioritas dalam perencanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan daerah secara berkelanjutan.

2.1.3 Determinan Pelayanan SPM

Pelaksanaan SPM di fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama sangat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor Eksternal (Distia et al 2019; Susilo 2019). Dalam konteks puskesmas, faktor-faktor tersebut meliputi:

2.1.3.1 Sumber Daya

Ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten dan proporsional sangat penting dalam pelaksanaan layanan SPM. WHO menyatakan bahwa rasio tenaga kesehatan yang rendah berhubungan dengan rendahnya capaian layanan dasar. Di tingkat puskesmas, distribusi tenaga medis (dokter, bidan, perawat, tenaga gizi, promkes, dan sanitarian) menjadi indikator kesiapan institusi dalam menjangkau sasaran SPM (Kemenkes, 2024).

2.1.3.2 Sarana Prasarana

Fasilitas fisik seperti ruang pelayanan, kendaraan operasional, dan aksesibilitas gedung sangat mempengaruhi efektivitas layanan. Keterbatasan prasarana di daerah perbukitan seperti Gunungkidul dapat menghambat kegiatan pelayanan langsung ke masyarakat, termasuk home visit dan posyandu.

2.1.3.3 Alat dan Perbekalan Kesehatan

Alat kesehatan yang memadai sangat dibutuhkan untuk mendukung skrining dan deteksi dini sesuai indikator SPM. Kurangnya alat seperti tensimeter digital, USG portable, atau rapid test kit dapat membatasi intervensi dini yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan dasar.

2.1.3.4 Ketersediaan Obat

Obat esensial menjadi bagian integral dari layanan kuratif dan preventif. Sistem pengadaan dan distribusi obat yang tidak optimal dapat menyebabkan gangguan layanan dan menurunkan kepuasan masyarakat terhadap puskesmas. Ketersediaan obat juga menjadi indikator mutu pelayanan dasar (Permenkes No. 03 Tahun 2021).

2.1.3.5 Anggaran dan Pembiayaan

Pembiayaan yang memadai dari APBD, Dana Alokasi Khusus (DAK), dan JKN sangat menentukan kapasitas Puskesmas dalam menjalankan SPM. Rendahnya alokasi anggaran operasional berdampak pada minimnya kegiatan outreach, pengadaan alat, serta rekrutmen tenaga kontrak (Kusnanto, 2020).

2.1.3.6 Target Sasaran, Kondisi Geografis dan Demografis

Kondisi wilayah geografi mempengaruhi pencapaian SPM. Wilayah Gunungkidul yang luas dan berbukit menyulitkan akses layanan serta mempengaruhi dalam pencapaian target sasaran. Selain itu masyarakat dengan pendidikan rendah atau budaya lokal tertentu yang memiliki pemahaman terbatas tentang pentingnya akses layanan kesehatan pencegahan atau preventif.

2.1.3.7 Kebijakan Pemerintah Daerah

Dukungan regulasi dan komitmen politik dari pemerintah daerah memengaruhi arah dan kelangsungan program SPM. Dukungan regulasi dan komitmen politik dari pemerintah daerah menjadi faktor penentu keberlanjutan program SPM, karena kebijakan yang konsisten, alokasi anggaran yang memadai, serta komitmen pimpinan daerah akan memastikan setiap program kesehatan dapat diimplementasikan secara efektif dan mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

2.1.3.8 Partisipasi Masyarakat

Tingkat keterlibatan masyarakat dalam penggunaan layanan dan advokasi turut menentukan keberhasilan implementasi SPM. Tingkat keterlibatan masyarakat dalam penggunaan layanan dan advokasi memiliki peran penting dalam keberhasilan implementasi SPM. Partisipasi aktif masyarakat mendorong peningkatan kesadaran akan pentingnya layanan kesehatan dasar serta memperkuat akuntabilitas penyelenggara layanan di tingkat Puskesmas. Melalui dukungan dan pengawasan masyarakat, pemerintah daerah dapat memperoleh masukan yang relevan untuk memperbaiki kualitas pelayanan, sehingga pelaksanaan SPM menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan nyata di lapangan.

2.1.4 Konsep DAK Non Fisik

Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik adalah dana yang dialokasikan kepada daerah untuk mendanai kegiatan non fisik tertentu yang merupakan urusan pemerintah daerah. Sesuai amanat Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia, Nomor 25 tahun 2024 DAK Non Fisik bertujuan untuk mendukung

program-program nasional yang menjadi prioritas serta mempercepat pencapaian target-target pembangunan di daerah. Dalam konteks kesehatan, DAK Non Fisik digunakan untuk mendukung operasional pelayanan kesehatan dasar, termasuk program pelayanan kesehatan ibu dan anak, imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit, hingga peningkatan gizi masyarakat (Kemenkes, 2024)

2.1.4.1 Jenis dan Komponen DAK Non Fisik Kesehatan

Beberapa jenis DAK Non Fisik bidang kesehatan diantaranya Adalah Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Puskesmas, bantuan operasional kesehatan pada Upaya promosi dan upaya pencegahan. Bantuan operasional kesehatan pada rumah sakit, dana jaminan persalinan dana operasional pelayanan kesehatan tradisional. komponen penggunaan dana meliputi: pembiayaan kegiatan promotif dan preventif Operasionalisasi layanan kesehatan, Kegiatan peningkatan kapasitas SDM kesehatan, Monitoring dan evaluasi pelayanan. (Kemenkes, 2024)

2.1.4.2 Hubungan DAK Non Fisik dan Capaian Kinerja SPM Kesehatan

Penggunaan DAK Non Fisik secara optimal diharapkan berdampak langsung pada peningkatan kinerja capaian SPM kesehatan. ketersediaan dana yang cukup, tepat sasaran, dan penggunaan yang efisien dapat memperbaiki akses, mutu, dan efektivitas pelayanan kesehatan di masyarakat. (Reditha Rizky, et al,2023). Dalam berbagai studi terdahulu, ditemukan bahwa penguatan aspek pembiayaan kesehatan, terutama pada layanan promotif dan preventif, berkontribusi besar terhadap pencapaian target SPM. Kinerja SPM tidak hanya dipengaruhi oleh besar kecilnya dana, tetapi juga oleh manajemen penggunaan, kapasitas sumber daya

manusia, dan faktor eksternal seperti kondisi geografis serta sosioekonomi masyarakat.

2.2. Kebijakan dan Pelayanann Publik dalam Implementasi di Sektor Kesehatan

Kebijakan publik sebagai rangkaian kebijakan pemerintah yang dipergunakan untuk mengalokasikan sumber daya publik dalam mencapai tujuan tertentu secara efektif dan efisien. Dalam pendekatan kebijakan publik keberhasilan akan suatu kebijakan tidak hanya diukur dari kepatuhan terhadap regulasi, tetapi dari capaian kinerja yang dihasilkan, termasuk efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran publik (Cairney, 2023).

Pada sektor kesehatan, kebijakan publik diwujudkan melalui program dan pembiayaan yang dipergunakan untuk pemenuhan pelayanan kesehatan dasar yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM). Sesuai dengan teori kebijakan publik, evaluasi kebijakan mengutamakan hubungan antara anggaran sebagai input kebijakan, capaian pelayanan sebagai output. Dalam konteks pelayanan kesehatan primer (puskesmas) anggaran DAK non fisik yang dialokasikan diharapkan mampu dikonversikan secara optimal menjadi capaian SPM. Dengan demikian perbedaan capaian SPM dan tingkat efisiensi antar puskesmas dalam kerangka kebijakan yang sama mencerminkan adanya variasi kinerja kebijakan publik di tingkat implementasi (Hill & Hupe, 2022; Nugroho, 2024).

Efisiensi penggunaan dana DAK non fisk dapat digunakan sebagai indikator untuk menilai kinerja kebijakan publik pada sektor kesehatan khususnya dalam melihat sejauh mana anggaran DAK non fisik mampu menghasilkan output pelayanan kesehatan dasar sesuai standar yang ditetapkan. Dengan demikian dalam

penelitian ini, sumber daya manusia, ketersediaan alat dan obat, sasaran pelayanan, serta anggaran diposisikan sebagai input kebijakan publik yang melalui proses pengelolaan Puskesmas menghasilkan capaian SPM kesehatan dan tingkat efisiensi penggunaan DAK nonfisik sebagai indikator kinerja kebijakan publik di tingkat pelaksanaa.

Pelayanan publik merupakan perwujudan operasional dari kebijakan publik yaitu rangkaian kegiatan pemenuhan bagi masyarakat yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Berbeda dengan kebijakan publik yang berfokus pada penetapan tujuan, standar, dan alokasi sumber daya, pelayanan publik menitikberatkan pada pelaksanaan layanan yang dirasakan langsung oleh masyarakat (Denhardt & Denhardt, 2015). Dalam sektor kesehatan, pelayanan publik diwujudkan melalui layanan Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dasar yang bertanggung jawab atas pencapaian Standar Pelayanan Minimal (Dwiyanto, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2024)

2.3 Penelitian terdahulu

Penelitian terdahulu merupakan salah satu referensi dasar untuk melaksanakan sebuah penelitian, karena penelitian terdahulu memiliki fungsi untuk memperluas dan memperdalam teori yang akan dipakai dalam kajian penelitian yang akan dilakukan. Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan bahwa capaian SPM sangat dipengaruhi oleh kesiapan internal puskesmas. Studi oleh Wahyuni (2020) di Kulon Progo menunjukkan bahwa SDM dan dukungan anggaran menjadi faktor paling berpengaruh. Sementara penelitian Hidayati (2021) menyatakan bahwa efektivitas SPM juga sangat ditentukan oleh kecukupan alat dan distribusi

sasaran. Penelitian ini menjadi dasar untuk merumuskan kerangka berpikir dan hipotesis dalam studi ini. Berikut adalah beberapa studi relevan yang menjadi rujukan.

Ariani (2020) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Pengaruh Sarana, SDM, dan Anggaran terhadap Capaian SPM Kesehatan di Kabupaten Sleman” menemukan bahwa variabel sumber daya manusia (SDM) dan sarana memiliki pengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Sedangkan anggaran tidak menunjukkan pengaruh signifikan dalam jangka pendek. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode regresi linier berganda.

Penelitian Sutrisno dan Lestari (2019) melakukan studi di beberapa puskesmas di Provinsi Jawa Tengah dengan menggunakan metode survei dan analisis statistik deskriptif. Hasilnya menunjukkan bahwa ketersediaan obat dan alat kesehatan berperan penting dalam pencapaian target SPM, khususnya dalam layanan kesehatan ibu dan anak. Penelitian ini menekankan pentingnya distribusi logistik kesehatan yang merata dan tepat waktu.

Wibowo et al. (2021) dalam penelitian panel data terhadap 25 Kabupaten/Kota di Jawa Timur menemukan bahwa capaian SPM dipengaruhi oleh jumlah tenaga kesehatan, anggaran operasional, dan jumlah sasaran (target penerima layanan). Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin besar jumlah sasaran yang tidak diimbangi dengan peningkatan kapasitas pelayanan akan menurunkan capaian SPM.

Handayani (2018) menyimpulkan bahwa anggaran dan perencanaan program yang tidak efektif sering menjadi kendala utama dalam pencapaian indikator SPM.

Studi ini menggunakan pendekatan studi kasus di tiga kabupaten dan menyarankan perlunya koordinasi lintas sektor dalam penyusunan program kerja dan pengalokasian dana SPM.

Badriyah (2022) meneliti hubungan antara sarana dan capaian SPM di Kabupaten Gunungkidul dan menemukan bahwa ketersediaan sarana seperti ruang pelayanan, alat kesehatan, dan sistem informasi sangat berperan dalam mendukung kinerja puskesmas. Penelitian ini menyarankan perlunya intervensi dari dinas kesehatan dalam peningkatan sarana dan SDM.

Ramadhani S. et al (2022) meneliti tentang pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan pada Penderita Hipertensi di Puskesmas Kota Surakarta menemukan bahwa jumlah sasaran, beban kerja tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, kesadaran masyarakat. SPM belum maksimal; kendala utama meliputi jumlah sasaran yang besar, tugas rangkap tenaga kesehatan, keterbatasan sarana dan prasarana, serta rendahnya kesadaran masyarakat

Yustien, et al 2022 faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan Anggaran, sarana prasarana, sumber daya manusia, karakteristik masyarakat, pemahaman penyelenggara dan pengguna mempengaruhi pencapaian SPM dukungan kepemimpinan dan strategi kebijakan yang efektif menjadi faktor pendukung.

Wahyuni (2023) Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Curug, Kota Serang. Terdapat enam indikator pelayanan pada SPM yang belum memenuhi target yang terdiri dari faktor penghambat meliputi kuantitas dan kualitas SDM yang kurang optimal, keadaan wilayah

demografi yang luas, budaya dan kesadaran masyarakat, serta manajemen monitoring dan evaluasi yang kurang optimal. Untuk lebih jelasnya, berikut tabel paparan penelitian terdahulu di atas yang digunakan sebagai landasan penelitian yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu Terkait Determinan Capaian SPM Kesehatan

Keterangan	Metode penelitian	Kesimpulan	Persamaan dan perbedaan
Handayani (2018) Analisis Faktor Penghambat Capaian SPM di Tiga Kabupaten	Studi kasus kualitatif	Masalah utama adalah anggaran dan perencanaan program	Perbedaan pada metode penelitian
Sutrisno & Lestari (2019) Pengaruh Ketersediaan Obat dan Alat terhadap Capaian SPM di Jawa Tengah	Deskriptif kuantitatif	Ketersediaan obat dan alat sangat mempengaruhi layanan SPM ibu dan anak	Persamaan pada metode penelitian, 2 variabel ketersediaan alat dan obat
Ariani (2020), Analisis Pengaruh Sarana, SDM, dan Anggaran terhadap	Kuantitatif, regresi linier	SDM dan sarana berpengaruh signifikan; anggaran tidak signifikan	Persamaan pada Metode penelitian Perbedaan pada variabel

Capaian SPM di Sleman			
Wibowo, et al (2021), Analisis Panel Data Faktor Penentu Capaian SPM di Jawa Timur	Data panel, regresi	Variabel SDM, anggaran, jumlah sasaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM	Persamaan pada metode penelitian, Sebagian variabel sama, perbedaan pada tempat
Badriyah (2022) Hubungan Sarana dan Capaian SPM di Gunungkidul	Kuantitatif, korelasi	Sarana berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM	Persamaan metode kuantitatif, tempat salah satu puskesmas
Ramadhani S, et al (2022) Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada Penderita Hipertensi di Puskesmas Kota Surakarta	Kualitatif, deskriptif analitik	Implementasi SPM belum maksimal; kendala utama meliputi jumlah sasaran yang besar, tugas rangkap tenaga kesehatan, keterbatasan sarana dan prasarana,	persamaan pada satu variabel sasaran

Yustien, et al (2022)	kualitatif, analisis data sekunder	Anggaran, sarana prasarana, sumber daya manusia, karakteristik masyarakat, pemahaman penyelenggara dan pengguna mempengaruhi pencapaian SPM; dukungan kepemimpinan dan strategi kebijakan yang efektif menjadi faktor pendukung	Persamaan pada variabel anggaran, SDM
Diana et al (2023) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tercapainya SPM Kesehatan pada Pelayanan Penderita Hipertensi di	Kualitatif , deskriptif analistik	Implementasi SPM belum maksimal; kendala utama meliputi jumlah sasaran yang besar, tugas rangkap tenaga kesehatan, keterbatasan sarana dan prasarana, serta	Persamaan pada variabel SDM dan sarana; perbedaan pada fokus penyakit hipertensi dan lokasi penelitian

Kabupaten Gunungkidul		rendahnya kesadaran masyarakat.	
Wahyuni (2023) Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Curug, Kota Serang	Kualitatif deskriptif	Terdapat enam indikator pelayanan yang belum memenuhi target SPM; faktor penghambat meliputi kuantitas dan kualitas SDM yang kurang maksimal, wilayah demografi yang luas, budaya dan kesadaran masyarakat, serta manajemen monitoring dan evaluasi yang kurang optimal.	Persamaan pada variabel SDM dan sarana; perbedaan pada lokasi penelitian

Berdasarkan kajian penelitian diatas, penelitian ini merujuk kepada penelitian Ariani (2022) Analisis Pengaruh Sarana, SDM, dan Anggaran terhadap Capaian SPM di Sleman, Wibowo et al. (2021) Analisis Panel Data Faktor Penentu Capaian SPM di Jawa Timur, kedua penelitian ini mempunyai kesamaan dalam metode penelitiannya, namun terdapat perbedaan dengan penelitian dilakukan yaitu pada variabel sumberdaya manusia, sarana meliputi ketersediaan alat, obat, sasaran, dan anggaran. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk melakukan penelitian

kuantitatif dengan pendekatan data panel pada capaian SPM guna memperoleh pemahaman yang lebih menyeluruh dan mendalam.

2.4 Kerangka Berpikir

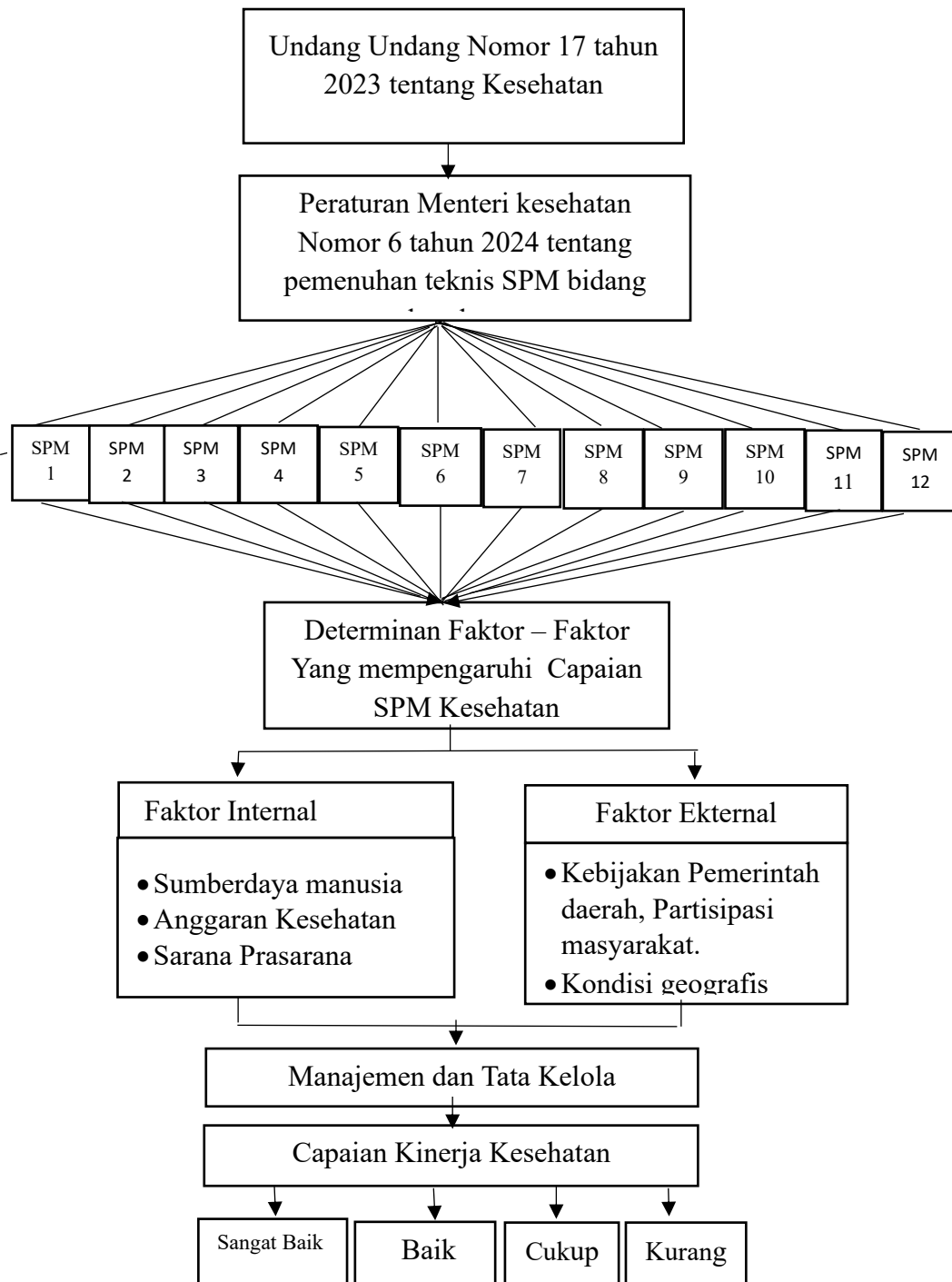
Pemerintah berkomitmen untuk meningkatkan kualitas pelayanan dasar kepada masyarakat, termasuk di bidang kesehatan. Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan mengatur bahwa Pemerintah Pusat Dan Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Komitmen ini diwujudkan melalui penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menjadi acuan bagi pemerintah daerah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang standar teknis pemenuhan standar pelayanan minimal kesehatan harus diterapkan oleh pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota.

Pemerintah telah menyediakan dana alokasi khusus (DAK) Non Fisik, salah satunya adalah bantuan operasional kesehatan (BOK), yang bertujuan untuk mendukung kegiatan pelayanan kesehatan dasar di daerah. Dana ini menjadi instrumen fiskal untuk mempercepat pencapaian target pembangunan bidang kesehatan, terutama indikator - indikator standar pelayanan minimal (SPM). Sebagai tujuan utama dari SPM yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penyediaan pelayanan kesehatan dasar yang merata dan berkualitas, dengan indikator capaian yang terukur dan target pencapaian 100% untuk setiap indikator SPM.

Dalam pelaksanaannya, penggunaan Dana Alokasi khusus non Fisik (BOK) oleh puskesmas sangat berperan dalam mendanai kegiatan promotif dan preventif

yang merupakan bagian utama dari indikator SPM. Penggunaan dana ini meliputi tahap perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pelaporan, hingga pengawasan terhadap pemenuhan sumberdaya, yang menjadi indikator capaian SPM. Setiap tahapan memengaruhi efektivitas program yang dijalankan, sehingga berdampak pada tingkat pencapaian indikator SPM.

Berdasarkan studi terdahulu, pencapaian SPM belum optimal meskipun dana BOK telah disalurkan. Beberapa faktor faktor yang menjadi determinan faktor faktor yang mempengaruhi dalam capaian target SPM dikelompokkan dalam dua kelompok yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor anggaran, sasaran, penyediaan sarana serta pemenuhan sumberdaya manusia serta faktor eksternal yang meliputi kebijakan pemerintah, berpotensi menjadi faktor yang mendukung keberhasilan program (Susilo, 2019). Keberhasilan. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji sejauh mana faktor faktor yang mempengaruhi terhadap capaian indikator SPM bidang kesehatan. Fokus utama diarahkan pada pengaruh penggunaan atau pengelolaan dana tersebut oleh Puskesmas, serta keterkaitannya dengan capaian pelayanan kesehatan dasar yang ditetapkan melalui indikator SPM. Berikut merupakan gambaran kerangka berpikir:



Sumber: Destia et al 2019; Susilo 2019

Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir ini didasarkan pada pendekatan determinan faktor faktor yang mempengaruhi capaian SPM yaitu sumberdaya, ketersediaan alat kesehatan, obat, anggaran, jumlah karakteristik sasaran, fakto-faktor ini diasumsikan dapat mempengaruhi capaian SPM. (Destia et al 2019; Susilo 2019).

2.5 Hipotesis

Untuk tujuan mengkaji efisiensi besaran anggaran alokasi dana terhadap capain SPM tidak formulasikan hipotesis karena dilakukan secara analisis diskriptif. adapun tujuan menganalisis pengaruh variabel independen terhadap dependen diperlukan formulasi hipotesis. Sebagai berikut

1. Diduga faktor faktor jumlah sumberdaya, ketersediaan sara alat kesehatan, obat, sasaran, alokasi anggaran .secara simultan berpengaruh terhadap capain SPM.
2. Diduga secara parsial variabel sumberdaya berpengaruh positif terhadap capain SPM.
3. Diduga secara parsial variabel ketersediaan alat kesehatan berpengaruh positif terhadap capaian SPM.
4. Diduga secara parsial variabel ketersediaan obat berpengaruh positif terhadap capaian SPM.
5. Diduga secara parsial variabel sasaran berpengaruh positif terhadap capaian SPM.
6. Diduga secara parsial variabel alokasi anggaran berpengaruh positif terhadap capaian SPM.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Ruang Lingkup Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian yaitu menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi capaian kinerja SPM bidang kesehatan. Penelitian ini mengungkapkan pengaruh variabel determinan faktor – faktor yang mempengaruhi SPM yaitu Sumberdaya manusia, sarana prasana alat kesehatan, obat, sasaran, anggaran yang dapat mempengaruhi capaian SPM bidang Kesehatan di kabupaten Gunungkidul.

3.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif menurut *Creswell* (2012), penelitian kuantitatif adalah metode untuk menguji teori-teori tertentu dengan cara meneliti hubungan antarvariabel. Variabel-variabel dalam penelitian kuantitatif menggunakan data yang terdiri dari angka-angka, sehingga dapat dianalisis berdasarkan prosedur statistik. Sejalan dengan *Aziza* (2023), penelitian kuantitatif merupakan analisis secara statistik yang digunakan untuk menggambarkan atau merangkum, serta menganalisis data kuantitatif.

3.3 Sumber Data

Penelitian ini menggunakan jenis data sekunder yang merupakan data panel tahun 2020 – 2024 yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. Data panel Adalah gabungan antara data *cross section* dan *time series* (*Widarjono*, 2023). Variabel data penelitian ini meliputi variabel sumberdaya manusia, sarana prasana ketersediaan alat kesehatan, obat, sasaran, alokasi anggaran. Data

sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumberlain atau website atau publikasi. Data sekunder dalam penelitian ini berupa data runtun dari tahun 2020 – 2024 di tiga puluh (30) Puskesmas di kabupaten Gunungkidul, yang menerima Dana DAK Non Fisik setiap tahun selama periode penelitian. Memiliki data kinerja SPM bidang kesehatan yang lengkap, representatif secara geografis dan operasional.

3.4 Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Proxy/Ukuran/Sumber
Anggaran Penggunaan DAK Non Fisik	Besaran dan alokasi dana BOK dan non-fisik lainnya yang digunakan untuk mendukung pencapaian SPM kesehatan.	Persentase serapan jumlah pagu dikurangi Jumlah realisasi, dengan skala rasio; Sumber: UU 1/2022 tentang Hubungan keuangan pemerintah pusat dan daerah
Capaian Kinerja SPM	Persentase capaian target layanan kesehatan dasar sesuai indikator SPM.	Persentase capaian masing-masing layanan SPM kesehatan.skala rasio; Sumber: Renstra Dinas Kesehatan; Laporan Evaluasi Kinerja
SDM	Jumlah ketersediaan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, dll.) dibandingkan dengan	Jumlah SDM aktual- Rasio SDM dengan kebutuhan- Kesesuaian kompetensi dengan skala rasio

	kebutuhan minimal sesuai standar.	Sumber: Permenkes 19 tahun 2024 tentang Puskesmas Profil SDM; SIMPEG
Obat	Persentase ketersediaan obat esensial yang tersedia terhadap jumlah obat yang dibutuhkan berdasarkan daftar obat) atau formularium.	Daftar obat tersedia. Persentase stok aman - kecukupan obat, skala rasio. Sumber: Formularium Nasional, Logistik Obat; Profil Puskesmas
Alat	Persentase ketersediaan alat sesuai standar atau kebutuhan minimal pelayanan kesehatan di fasilitas.	Jumlah alat tersedia - Rasio alat sesuai standar, skala rasio Sumber; Permenkes 19 tahun 2024 tentang Puskesmas Profil SDM; SIMPEG
Sasaran	Perbandingan antara jumlah sasaran pelayanan SPM (misalnya bayi, ibu hamil, lansia) dengan jumlah penduduk pada kelompok sasaran tersebut sesuai dengan data administrasi atau sensus.	Jumlah cakupan sasaran (bayi, balita, ibu hamil, lansia, dll.), sesuai dengan data masing-masing, skala rasio Sumber: Permenkes Nomor 6 tahun 2024 tentang pemenuhan SPM bidang kesehatan

3.5 Metode Analisis data

Metode analisis pada penelitian ini menggunakan regresi linier berganda (*multiple regression*) berupa data panel yang bertujuan untuk mengkaji efisiensi anggaran DAK non fisik terhadap capaian SPM. Data panel adalah kombinasi dari data times series dan cross section. Penelitian ini menggunakan data times series yaitu tahun 2020 - 2024, sedangkan data cross section yaitu 30 puskesmas di Kabupaten Gunungkidul. Penggunaan data panel yang memadukan data time series dan data cross section memberikan beberapa manfaat yaitu mampu menyediakan jumlah observasi data yang lebih besar sehingga menghasilkan derajat kebebasan (*degree of freedom*) yang lebih tinggi. Selain hal tersebut, kombinasi kedua jenis data dapat membantu mengurangi masalah yang disebabkan oleh variabel penting yang tidak dimasukkan dalam model atau *omitted variable* (Widarjono, 2013).

3.6 Analisis Regresi Data Panel

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1(SDM_{it}) + \beta_2(Alat_{it}) + \beta_3(Obat_{it}) + \beta_4(Sasaran_{it}) + \beta_5(Anggaran_{it}) + u_i + \epsilon_{it}$$

Dimana:

Y_{it} : Capaian SPM pada unit ke-i di tahun ke-t (%)

SDM_{it} : Jumlah tenaga kesehatan yang mendukung pelaksanaan BOK (orang)

$Obat_{it}$: Nilai atau jumlah obat yang disediakan melalui BOK (%)

$Alat_{it}$: Nilai atau jumlah alat kesehatan yang digunakan (%)

$Sasaran_{it}$: Jumlah /sasaran kegiatan (orang)

$Anggaran_{it}$: Jumlah dana BOK yang direalisasikan (Rp)

μ_i : Efek individual tetap/tidak tetap (fixed effect / random effect)

ε_{it} : Error term

3.6.1 Pemilihan Model Regresi

Pemilihan data panel *Common Effect Model* (CEM), *Fixed Effect Model* (FEM) dan *Random Effect Model* (REM). Pada penelitian ini dilakukan melalui tiga jenis pengujian, yaitu: Uji *Chow*, Uji *Hausman*, dan Uji *Lagrange Multiplier* (LM). Pengujian ketiga jenis ini bertujuan untuk memilih model yang tepat untuk dianalisis.

a. Uji *Chow* (*Fixed Effect* vs *Pooled OLS*)

Uji *Chow* dilakukan untuk memilih model estimasi terbaik antara *Common Effect* dengan *Fixed Effect*. Hipotesis dalam uji *Chow*, yaitu:

H₀ : Model *Common Effect* yang terbaik

H_a : Model *Fixed Effect* yang terbaik

Jika nilai signifikansi $< \alpha = 0,05$, maka menolak hipotesis nol, sehingga menghasilkan kesimpulan bahwa model *Fixed Effect* adalah model yang terbaik. Jika nilai signifikansi $> \alpha = 0,05$ maka gagal menolak hipotesis nol, sehingga disimpulkan bahwa model *Common Effect* adalah model terbaik.

b. Uji *Hausman* (*Fixed Effect* vs *Random Effect*)

Uji *Hausman* dilakukan untuk memilih model estimasi terbaik antara *Random Effect* dengan *Fixed Effect*. Hipotesis dalam uji *Hausman*:

H₀ : Model *Random effect* yang terbaik

H_a : Model *Fixed Effect* yang terbaik

Jika nilai signifikansi $> \alpha = 0.05$, gagal menolak H_0 , sehingga model *Random Effect* lebih baik. Jika nilai signifikansi $< \alpha = 0.05$, maka menolak H_0 , sehingga model *Fixed Effect* lebih baik.

c. Uji *Langrange Multiplier* (LM)

Uji *Langrange multiplier* (LM) pada penelitian ini dilakukan untuk memilih model estimasi yang tepat antara *Common Effect* dengan *Random Effect*.

Hipotesis uji *Langrange Multiplier*, yaitu:

H_0 : Model *Common Effect* yang terbaik

H_a : Model *Random Effect* yang terbaik

Jika nilai probabilitas *Breusch-Pagan* (BP) $> \alpha = 0.05$, maka gagal menolak H_0 , sehingga model *Common Effect* lebih baik. Jika nilai probabilitas *Breusch-Pagan* (BP) $< \alpha = 0.05$, maka menolak H_0 atau H_a diterima, yang berarti model *Random Effect* lebih baik.

3.7 Uji Statistik

Melakukan uji statistik untuk menguji pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Uji ini mencakup uji simultan (Uji F), uji parsial (Uji t), dan koefisien determinasi (R^2) sebagai berikut:

3.7.1 Uji Simultan (Uji F)

Uji F berfungsi untuk menguji pengaruh seluruh variabel independen secara simultan/ Bersama sama terhadap variabel dependen. Dalam konteks penelitian ini, Uji F dimanfaatkan untuk mengetahui apakah variabel jumlah SDM, sarana dan alat, obat, jumlah sasaran, dan pagu anggaran DAK Non Fisik secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM bidang kesehatan:

Hipotesis:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = 0$$

$$H_1 : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq 0$$

(Seluruh variabel independen secara bersama mempengaruhi variabel dependen)

Kriteria pengambilan keputusan: Jika nilai $p\text{-value} < \alpha$ (0,05), maka H_0 ditolak.

3.7.2 Uji Parsial (Uji t)

Uji t digunakan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen secara parsial. Uji ini membantu menjelaskan variabel mana yang secara individu berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Hipotesis (untuk tiap variabel) meliputi:

1) Variabel SDM

$$H_0: \beta_1 = 0 \text{ (SDM tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

$$H_1: \beta_1 \neq 0 \text{ (SDM berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

2) Variabel ketersediaan obat

$$H_0: \beta_2 = 0 \text{ (Ketersediaan obat tidak berpengaruh terhadap capaian SPM).}$$

$$H_1: \beta_2 \neq 0 \text{ (Ketersediaan obat berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

3) Variabel ketersediaan alat

$$H_0: \beta_3 = 0 \text{ (Ketersediaan alat tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

$$H_1: \beta_3 \neq 0 \text{ (Ketersediaan alat berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

4) Variabel jumlah sasaran

$$H_0: \beta_4 = 0 \text{ (Ketersediaan sasaran tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

$$H_1: \beta_4 \neq 0 \text{ (Ketersediaan sasaran berpengaruh terhadap capaian SPM)}$$

5) Variabel serapan anggaran

$H_0: \beta_5 = 0$ (Ketersediaan anggaran tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)

$H_1: \beta_5 \neq 0$ (Ketersediaan sasaran berpengaruh terhadap capaian SPM)

3.7.3 Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi digunakan untuk mengukur seberapa besar proporsi variasi dalam variabel dependen yang dapat dijelaskan oleh variabel independen dalam model. Nilai R^2 berada pada rentang 0 hingga 1. Semakin tinggi nilai R^2 , semakin baik kemampuan model dalam menjelaskan variasi capaian SPM.

$R^2 = 0 \rightarrow$ semua variasi Y tidak dijelaskan oleh X

$R^2 = 1 \rightarrow$ semua variasi Y sepenuhnya dijelaskan oleh X

R^2 antara 0,60 – 0,80 $\rightarrow$ model cukup kuat

$R^2 > 0,80 \rightarrow$ model sangat kuat

Nilai R^2 juga digunakan sebagai salah satu indikator keberhasilan model prediksi dan relevansi antara input dan output model. Koefisien R ini dilengkapi dengan analisis deskriptif untuk melihat / menggambarkan tren data.

3.8 Efisiensi Anggaran

Dalam penelitian ini efisiensi penggunaan anggaran DAK Non Fisik terhadap capaian standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan diukur menggunakan pendekatan rasio antara output dan input. Pendekatan ini didasarkan pada konsep efisiensi publik yang banyak digunakan dalam evaluasi program sektor pemerintahan. Efisiensi secara umum pada sektor publik dapat diukur dengan rasio antara hasil (output) terhadap sumber daya yang digunakan (input). (Afonso et al., 2022). Dalam pelayanan publik evaluasi efisiensi digunakan untuk

menilai seberapa optimal suatu instansi menggunakan anggaran untuk mencapai hasil yang diinginkan. Sejalan dengan hal tersebut, *International Monetary Fund* (IMF, 2023) menyatakan bahwa rasio output terhadap biaya (*cost-efficiency ratio*) adalah metode yang lazim digunakan dalam mengukur efisiensi fiskal di berbagai sektor, termasuk kesehatan. Evaluasi efisiensi dilakukan dengan membandingkan proporsi anggaran DAK non fisik dengan target SPM masing masing puskesmas. Adapun formula perhitungan yang digunakan yaitu:

$$\text{Rasio Efisiensi} = \frac{\text{Capaian SPM}}{\text{Realisasi Anggaran}} \times 100$$

Analisis ini bersifat deskriptif kuantitatif untuk melihat kecenderungan apakah dana yang digunakan menghasilkan capaian optimal. Puskesmas dengan rasio tinggi menunjukkan penggunaan anggaran efisien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Deskripsi dan Gambaran Umum Kabupaten Gunungkidul



Sumber: <https://bapepeda.gunungkidul.go.id>

Gambar 4.1 Peta Wilayah Kabupaten Gunungkidul

Penelitian dilakukan di Kabupaten Gunungkidul secara administratif terdiri dari terdiri dari 18 Kapanewon, 144 kalurahan. Secara geografis Kabupaten Gunungkidul adalah salah satu dari lima kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Secara geografis terletak dibagian tenggara DIY, dengan luas wilayah sekitar 1.485,36 km² atau sekitar 46,63% dari luas wilayah DIY. Adapun Batas-batas administratif Kabupaten Gunungkidul adalah:

- Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Sleman dan Kabupaten Klaten (Provinsi Jawa Tengah)
- Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Wonogiri (Jawa Tengah)
- Sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Hindia
- Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Bantul dan Kabupaten Kulon Progo

Kondisi demografi berdasarkan data kependudukan dan catatan sipil, jumlah penduduk Kabupaten Gunungkidul sekitar 776584 ribu jiwa, dengan kepadatan penduduk rata-rata rendah yaitu sekitar 525 jiwa/km². Persebaran penduduk cenderung tidak merata, lebih padat di wilayah perkotaan (kawasan Wonosari dan sekitarnya) dan lebih jarang di wilayah perbukitan dan pesisir selatan. Struktur umur penduduk menunjukkan proporsi usia produktif (15–59 tahun) sekitar 65%, sedangkan usia lanjut (≥ 60 tahun) sekitar 19%, termasuk salah satu yang tertinggi di DIY. Kondisi menunjukkan tantangan dalam pelayanan kesehatan terutama bagi lansia.

4.1.1 Kondisi Sosial Ekonomi

Mayoritas penduduk bekerja di sektor pertanian, perikanan, dan peternakan, meskipun sektor pariwisata dan jasa terus berkembang. Kabupaten Gunungkidul dikenal sebagai daerah yang memiliki potensi wisata alam, khususnya pantai selatan, gua karst, dan geosite UNESCO Global Geopark Gunung Sewu. Akan tetapi tingkat kemiskinan di Gunungkidul relatif lebih tinggi dibandingkan rata-rata DIY. Kondisi ini berdampak pada akses terhadap layanan kesehatan sehingga

peran SPM kesehatan menjadi prioritas untuk menjamin pelayanan dasar yang merata.

Berdasarkan kondisi kesehatan Kabupaten Gunungkidul memiliki 30 Puskesmas yang tersebar di 18 kapanewon, dengan dukungan beberapa rumah sakit umum daerah maupun swasta. Tantangan pelayanan kesehatan di Gunungkidul antara lain disparitas capaian SPM antar wilayah (puskesmas perkotaan lebih tinggi dibanding pedesaan/pesisir). Tingginya proporsi lansia, yang membutuhkan pelayanan kesehatan lebih intensif, keterbatasan sarana dan prasarana di beberapa puskesmas.

4.1.2 Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul

Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul adalah perangkat daerah yang mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Dinas ini bertanggung jawab kepada Bupati Gunungkidul melalui Sekretaris Daerah, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dinas Kesehatan memiliki peran strategis dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, khususnya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promosi/promotif, pencegahan, preventif, pengobatan kuratif, dan pemulihan atau rehabilitatif. Dinas Kesehatan memiliki peran strategis dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, khususnya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

4.1.3 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul

Visi: *“Terwujudnya masyarakat Gunungkidul yang sehat, mandiri, dan berkeadilan.”*

Misi:

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, bermutu, dan terjangkau.
2. Meningkatkan upaya kesehatan masyarakat berbasis pemberdayaan.
3. Meningkatkan kualitas sumber daya kesehatan.
4. Meningkatkan tata kelola pemerintahan di bidang kesehatan yang bersih dan akuntabel.

4.1.4 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul

Struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul terdiri dari:

- a. Kepala Dinas Kesehatan
- b. Sekretariat (membawahi subbag perencanaan, keuangan, dan umum/kepegawaian)
- c. Bidang Kesehatan Masyarakat
- d. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- e. Bidang Pelayanan Kesehatan
- f. Bidang Sumber Daya Kesehatan
- g. UPT Puskesmas (30 Puskesmas yang tersebar di 18 kapanewon)

4. Fungsi dan Tugas Pokok

Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul mempunyai tugas pokok menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan yang meliputi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan.

- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan.
- c. Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian terhadap unit pelaksana teknis (UPT) puskesmas dan laboratorium.
- d. Pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan pelaporan capaian program kesehatan termasuk standar pelayanan minimal (SPM).
- e. Koordinasi dengan instansi terkait untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan di Gunungkidul.

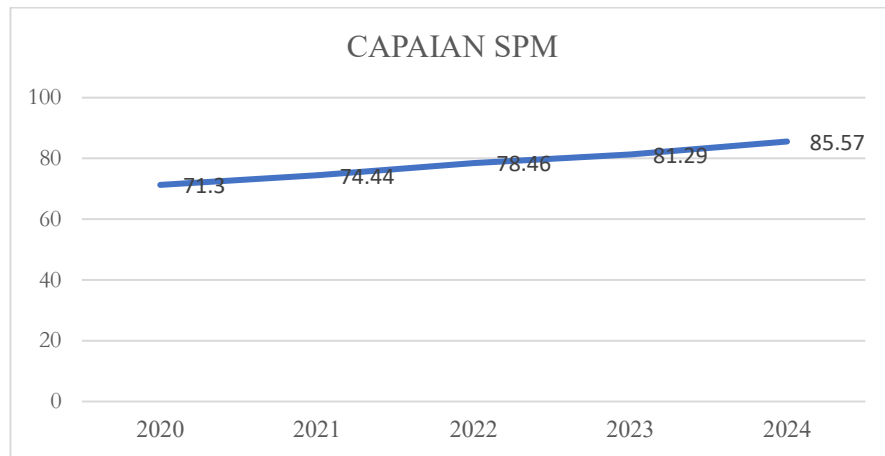
4.1.5 Peran dalam Penelitian

Dalam penelitian ini, Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul berperan sebagai institusi pengelola data kesehatan, pembuat kebijakan, sekaligus pelaksana program Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Data capaian SPM tiap puskesmas yang digunakan dalam penelitian diperoleh melalui pengolahan dan pelaporan yang dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan.

4.2 Penyajian Data Variabel Penelitian

4.2.1 Capaian SPM

Standar pelayanan minimal merupakan tolak ukur dalam kinerja pelayanan dari hasil penelitian ini didapatkan hasil



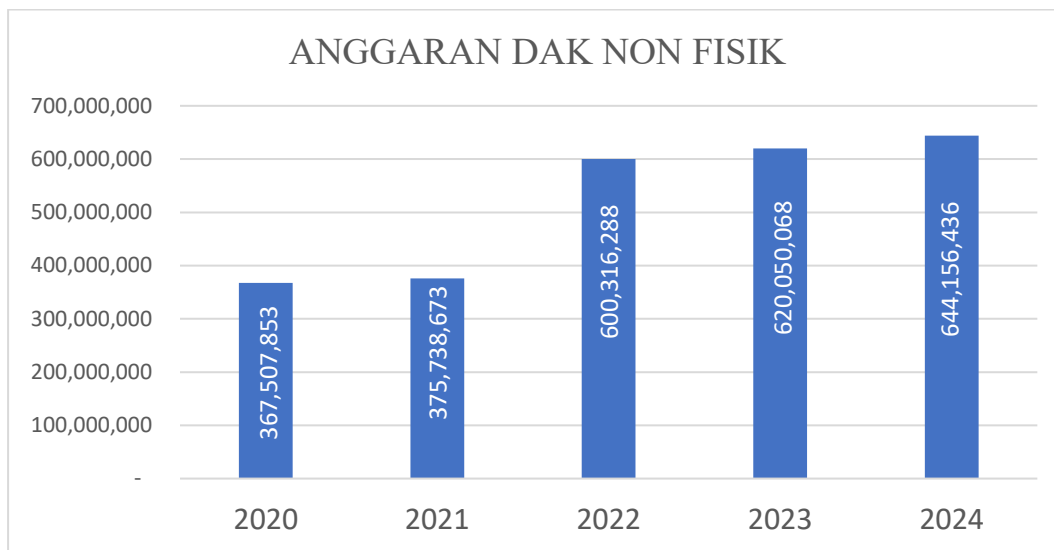
Sumber: Data Diolah

Gambar 4.2 Capaian SPM Periode 2020- 2024

Perkembangan capaian kinerja SPM bidang kesehatan mengalami peningkatan yang positif dan konsisten. dari tahun 2020 - 2024. Capaian tersebut menunjukkan peningkatan dari 72% pada tahun 2020 menjadi 85,57% pada tahun 2024. Secara keseluruhan rata-rata pertumbuhan sekitar 3.57 poin per tahun menunjukkan peningkatan yang stabil. Peningkatan tajam pada 2023–2024 dapat menjadi indikator keberhasilan intervensi atau kebijakan tertentu. peningkatan ini secara konsisten merupakan tanda dari adanya perbaikan yang berkelanjutan disebabkan oleh peningkatan sumber daya, kebijakan yang lebih efektif, pelatihan, atau peningkatan sistem monitoring. Hal ini menunjukkan capaian SPM menunjukkan tren positif dan konsisten naik setiap tahun.

4.2.2 Pagu Anggaran

Pagu dalam Anggaran SPM periode 2020 – 2024 digambarkan sebagai berikut:



Sumber: Laporan Keuangan Perencanaan Dinkes Gungkidul 2020-2024

Gambar 4.3 Anggaran SPM Periode 2020-2024

Grafik menunjukkan perkembangan anggaran standar pelayanan minimal (SPM) selama lima tahun, dari tahun 2020 hingga 2024. Nilai anggaran ditampilkan dalam satuan rupiah, dengan tren yang terlihat meningkat setiap tahunnya.

Tahun 2020–2021 terjadi kenaikan kecil, dari sekitar Rp 360 juta menjadi Rp 380 juta. Kenaikan masih rendah, menunjukkan fase awal penyesuaian atau pemulihan (mungkin karena dampak pandemi COVID-19). Tahun 2022 anggaran meningkat hingga sekitar Rp 600 juta, atau naik sekitar 57–60% kesehatan sebelumnya. Hal ini menandakan adanya prioritas peningkatan pelayanan dasar dan program pemenuhan SPM. Tahun 2023 kenaikan masih berlanjut hingga sekitar Rp 620 juta. Meskipun peningkatan tidak sebesar tahun sebelumnya, tren positif tetap terjaga. Hal ini menunjukkan stabilisasi anggaran dengan arah

pertumbuhan berkelanjutan. Dalam kurun waktu lima tahun terakhir, anggaran SPM Kabupaten Gunungkidul mengalami peningkatan lebih dari 75%.

Peningkatan ini merupakan komitmen berkelanjutan pemerintah daerah dalam mendukung peningkatan mutu dan capaian SPM bidang kesehatan, terutama melalui penguatan sumber daya manusia, sarana-prasarana, dan dukungan operasional di fasilitas pelayanan dasar. Kenaikan anggaran ini diharapkan berimplikasi positif terhadap peningkatan kinerja pelayanan kesehatan dan efisiensi pelaksanaan program SPM, sehingga target kesehatan dasar dapat tercapai secara optimal. Tahun 2024 anggaran kesehatan naik menjadi Rp 640 juta, hal ini mencerminkan komitmen pemerintah dalam memperkuat pembiayaan pelayanan SPM.

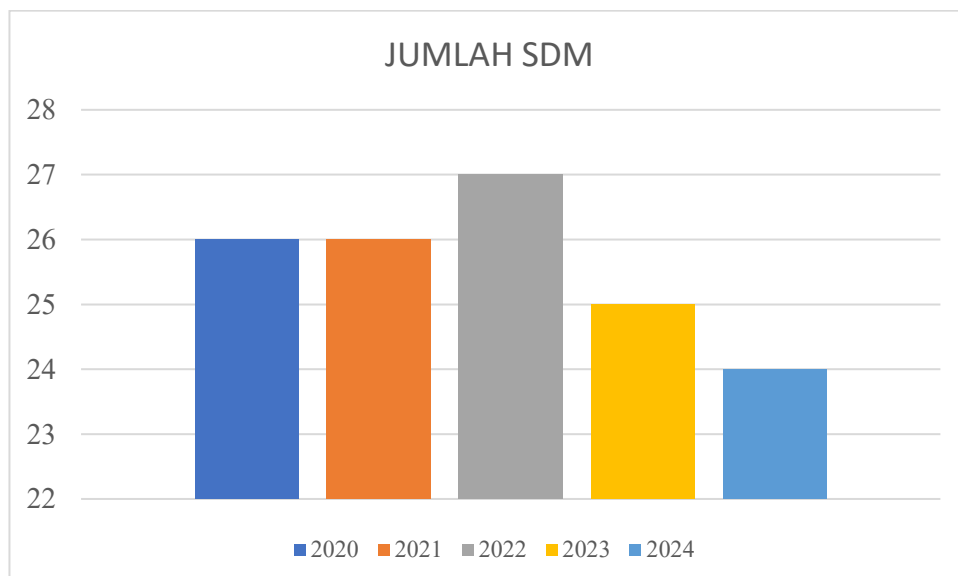
Peningkatan anggaran SPM dari tahun ke tahun sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 4.1 berdampak langsung terhadap peningkatan kinerja pelaksanaan SPM di Kabupaten Gunungkidul. Secara teoritis, peningkatan besaran anggaran akan memperkuat kapasitas input dan proses dalam pelaksanaan program, seperti penyediaan sumber daya manusia, sarana, alat, obat, serta dukungan kegiatan kesehatan dan preventif di Puskesmas. Hasil analisis data menunjukkan bahwa anggaran memiliki hubungan positif dengan capaian SPM, yang berarti semakin besar alokasi dana yang diberikan, maka semakin tinggi capaian SPM kesehatan. Kondisi ini sejalan dengan teori efektivitas anggaran yang menegaskan bahwa ketersediaan sumber daya finansial menjadi salah satu kunci dalam peningkatan kinerja pelayanan (Allen, Hemming & Potter, 2013). Dalam penelitian ini, peningkatan anggaran pada periode 2020 –2024 sejalan dengan peningkatan rata-

rata capaian SPM di Kabupaten Gunungkidul, terutama pada pelayanan ibu dan anak, imunisasi, gizi, serta pengendalian penyakit menular. Kenaikan ini menunjukkan bahwa pengalokasian dana yang tepat sasaran berkontribusi terhadap pencapaian target minimal pelayanan.

Penguatan kebijakan penganggaran berbasis kinerja dan peningkatan efisiensi pemanfaatan dana menjadi kesehatan strategis yang perlu dipertahankan oleh Pemerintah Kabupaten Gunungkidul. Pengelolaan anggaran yang efektif akan memastikan bahwa peningkatan alokasi dana benar-benar berkontribusi terhadap pencapaian tujuan kesehatan daerah yang berkeadilan dan berkelanjutan.

4.2.3 Capaian SDM

Sumber daya manusia merupakan unsur yang tidak bisa di tinggalkan dalam Upaya pencapaian SPM. Variabel SDM periode 2020 – 2024 dalam grafik sebagai berikut:



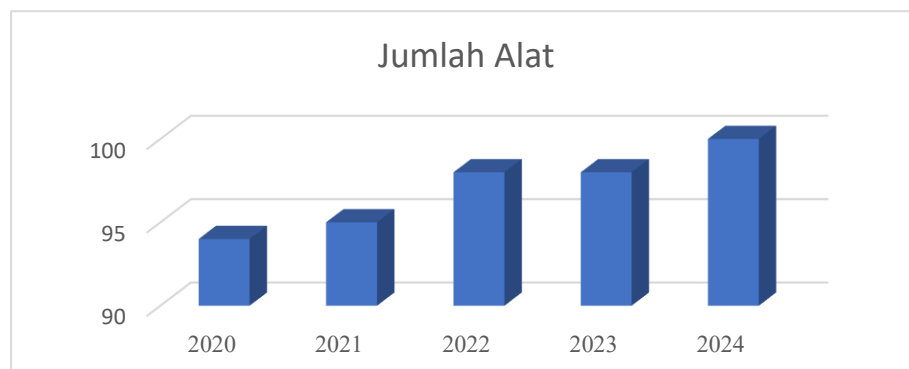
Sumber: Data Kepegawaian Dinkes Gunungkidul periode 2020-2024

Gambar 4.4 SDM periode 2020-2024

Grafik di atas menunjukkan perkembangan nilai indikator SDM (Sumber Daya Manusia) selama kurun waktu lima tahun terakhir, yaitu dari tahun 2020 hingga 2024. Secara umum grafik menunjukkan tren tahun 2020 dan 2021 Nilai SDM pada kedua tahun ini adalah sama, yaitu sekitar 26. Hal ini menunjukkan stabilitas dalam pengelolaan atau kinerja SDM selama dua tahun berturut-turut. Tahun 2022 terjadi peningkatan nilai SDM yang signifikan menjadi sekitar 27, tertinggi dibandingkan tahun-tahun lainnya. Hal ini dapat mengindikasikan adanya perbaikan dalam strategi SDM, seperti pelatihan, rekrutmen, atau pengembangan kompetensi pegawai. Tahun 2023 terjadi penurunan menjadi sekitar 25. Tahun 2024 nilai kembali turun ke sekitar 24, menunjukkan penurunan lanjutan. Penurunan ini dipengaruhi oleh sumberdaya berkurang karena selesai tugas atau purna tugas sehingga diampu oleh sumberdaya yang lain dengan merangkap kegiatan, karena tidak ada rekrutmen tenaga untuk penambahan.

4.2.4 Capaian Alat

Capaian sarana alat periode 2020 – 2024 digambarkan sebagai berikut:



Sumber data: sarana alkes bidang aset Dinas Kesehatan Gunungkidul 2020-2024

Gambar 4.4 Jumlah Alat Kesehatan Periode 2020 – 2024

Berdasarkan grafik diatas, capaian indikator alat menunjukkan tren peningkatan yang konsisten selama periode tahun 2020 hingga 2024. Pada tahun 2020 capaian indikator alat berada pada angka 94, yang menggambarkan kondisi awal sarana alat kesehatan di puskesmas masih perlu ditingkatkan. Pada tahun 2021, capaian meningkat menjadi 95, menunjukkan adanya perbaikan kecil yang dapat dikaitkan dengan upaya pengadaan alat kesehatan baru atau optimalisasi alat yang sudah ada. Peningkatan yang lebih signifikan terlihat pada tahun 2022, yaitu mencapai 98, yang menandakan adanya keberhasilan dalam pelaksanaan program penguatan sarana dan prasarana kesehatan, termasuk dukungan anggaran dari BOK. Pada tahun 2023, capaian indikator tetap stabil di angka 98. Meskipun tidak mengalami peningkatan, hal ini menunjukkan bahwa ketersediaan dan fungsi alat kesehatan dapat dipertahankan dengan baik, sehingga pelayanan kesehatan tidak mengalami kendala berarti dalam hal sarana alat. Pada tahun 2024, capaian indikator alat meningkat kembali hingga mencapai 100, yang berarti ketersediaan dan pemanfaatan alat kesehatan sudah mencapai kondisi optimal. Peningkatan ini menggambarkan hasil nyata dari kebijakan dan strategi pemeliharaan serta pengadaan alat yang tepat dan berkesinambungan. Indikator alat mengalami pertumbuhan positif dari tahun ke tahun, menunjukkan keberhasilan dalam pengelolaan sarana alat kesehatan di wilayah penelitian. Kondisi ini mencerminkan adanya efektivitas penggunaan dana dan peningkatan kapasitas layanan yang mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Gunungkidul.

4.2.5 Capaian Obat

Hasil capaian obat digambarkan sebagai berikut:



Sumber: Profil Dinkes Kesehatan Kabupaten Gunungkidul 2020-2024

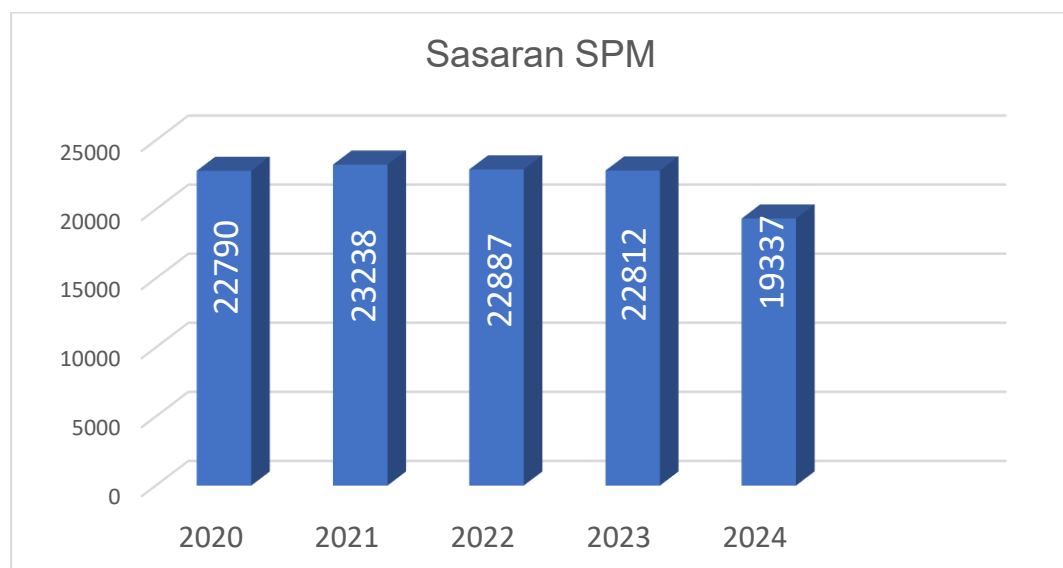
Gambar 4.5 Capaian Ketersediaan Obat periode 2020-2024

Grafik capaian indikator obat menunjukkan adanya tren peningkatan yang berkelanjutan dan konsisten dari tahun 2020 hingga 2024. Hal tersebut menggambarkan peningkatan ketersediaan, pengelolaan, serta distribusi obat di fasilitas pelayanan kesehatan dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Pada tahun 2020 capaian indikator obat 96, menandakan bahwa ketersediaan obat di Puskesmas sudah cukup baik namun belum optimal. Tahun 2021 terjadi peningkatan capaian menjadi 98, yang menunjukkan adanya perbaikan dalam sistem pengadaan dan pengelolaan obat, baik dari segi jumlah maupun ketepatan waktu distribusi.

Pada tahun 2022, capaian indikator obat meningkat lebih lanjut hingga 99, menggambarkan efektivitas dalam perencanaan kebutuhan obat serta keberhasilan pelaksanaan sistem logistik farmasi. Pada tahun 2023, capaian angka 99, yang menunjukkan kondisi stabil dan terjaga, dimana ketersediaan obat di Puskesmas tetap dapat memenuhi kebutuhan pelayanan tanpa terjadi kekosongan stok yang

berarti. Pada tahun 2024, capaian indikator obat mencapai 100, menunjukkan target ketersediaan dan pengelolaan obat telah tercapai secara optimal. Kondisi ini mencerminkan bahwa sistem manajemen obat, mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, hingga pendistribusian, telah berjalan dengan baik dan efektif. Secara keseluruhan, capaian indikator obat menunjukkan adanya peningkatan berkelanjutan dan konsistensi dalam pengelolaan logistik farmasi ditingkat pelayanan dasar. Keadaan ini menggambarkan bahwa penggunaan dana operasional kesehatan, termasuk BOK, serta sistem pemantauan obat di Kabupaten Gunungkidul telah mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan secara maksimal.

4.2.6 Sasaran Pelayanan Kesehatan



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul 2020-2024

Gambar 4.6 Sasaran Pelayanan Kesehatan Periode 2020-2025

Grafik capaian indikator sasaran menunjukkan perkembangan jumlah sasaran pelayanan kesehatan di Kabupaten Gunungkidul selama periode 2020 hingga

2024. Secara umum, jumlah sasaran relatif stabil pada empat tahun pertama, namun pada tahun 2024 mengalami penurunan cukup signifikan. Pada tahun 2020, jumlah sasaran tercatat sekitar 24.000 jiwa dan terjadi peningkatan pada tahun 2021 menjadi sekitar 24.500 jiwa. Kondisi ini menunjukkan bahwa pada dua tahun awal, cakupan sasaran pelayanan meningkat, karena adanya peningkatan jumlah penduduk sasaran program kesehatan. Pada tahun 2022 dan 2023, jumlah sasaran cenderung stabil, berada di kisaran 24.000 jiwa. Stabilitas ini menggambarkan bahwa tidak terdapat perubahan besar dalam jumlah penduduk sasaran atau cakupan program pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas. Pada tahun 2024, terjadi penurunan jumlah sasaran menjadi sekitar 20.000 jiwa. Penurunan ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya perubahan kebijakan penetapan sasaran program, pembaruan data kependudukan, atau penyesuaian cakupan layanan kesehatan prioritas di tingkat Puskesmas. Selain hal tersebut faktor migrasi penduduk atau pergeseran fokus program pelayanan juga dapat mempengaruhi jumlah sasaran yang tercatat. Jumlah sasaran pelayanan kesehatan di Kabupaten Gunungkidul relatif stabil pada periode 2020–2023, namun mengalami penurunan cukup signifikan pada tahun 2024. sebagai strategi pencapaian SPM secara maksimal. Target sasaran ditetapkan dengan perbub bupati nomor 100 tahun 2021. Kondisi ini perlu menjadi perhatian dalam perencanaan program tahun berikutnya agar strategi pelayanan dan alokasi sumber daya tetap proporsional dengan jumlah penduduk sasaran aktual.

4.3 Hasil Analisis Data Panel

4.3.1 Analisis Statistik Deskriptif

Dalam interpretasi statistik deskriptif dalam penelitian ini digambarkan dengan menjelaskan nilai mean, median, max, min, std deviasi. Berikut hasil perhitungan statistik deskriptif menggunakan program EViews

Tabel 4.1 Hasil Analisis Statistika Deskriptif

	SPM	SDM	ALAT	OBAT	SASARAN	ANGGARAN
Mean	78.21867	26.20667	97.64000	98.86000	22212.87	5.22E+08
Median	78.55000	25.00000	100.0000	100.0000	21066.00	5.28E+08
Maximum	96.00000	40.00000	100.0000	100.0000	49479.00	9.71E+08
Minimum	57.20000	18.00000	90.00000	90.00000	6636.000	1.53E+08
Std. Dev.	6.800142	5.138742	3.238361	2.082300	8884.531	1.72E+08
Skewness	0.004365	0.648901	-1.152323	-1.602957	0.675549	0.032803
Kurtosis	2.859931	2.604777	3.207657	4.517100	3.410698	2.520174
Jarque-Bera	0.123098	11.50307	33.46570	78.62175	12.46337	1.465859
Probability	0.940307	0.003178	0.000000	0.000000	0.001966	0.480499
Sum	11732.80	3931.000	14646.00	14829.00	3331930.	7.82E+10
Sum Sq. Dev.	6890.048	3934.593	1562.560	646.0600	1.18E+10	4.43E+18
Observations	150	150	150	150	150	150

Sumber: Olah Data Eviews 12

Berdasarkan tabel diatas analisis statistik deskriptif digunakan untuk memberikan gambaran umum mengenai karakteristik data dari setiap variabel yang digunakan dalam penelitian, yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai variabel dependen, serta SDM, alat, obat, sasaran, dan anggaran sebagai variabel independen.

Dari hasil analisis deskriptif diperoleh jumlah observasi sebanyak 150 data dari 30 Puskesmas selama periode 2020–2024. Nilai rata-rata (mean) capaian SPM sebesar 78,22, dengan nilai maksimum 96,00 dan minimum 57,20, sehingga menghasilkan range sebesar 38,80. Rentang nilai yang cukup lebar ini menunjukkan adanya variasi capaian SPM antar Puskesmas selama periode penelitian, sedangkan standar deviasi 6,80 mengindikasikan tingkat penyebaran data yang moderat di sekitar nilai rata-ratanya. Nilai *skewness* positif kecil (0,004) menandakan distribusi data relatif simetris, sementara nilai kurtosis (2,86) mendekati nilai normal. Uji Jarque-Bera menunjukkan nilai probabilitas 0,94 > 0,05, sehingga data SPM terdistribusi normal dan digambarkan dalam variabel sebagai berikut:

1. Variabel SDM

Sumber daya manusia merupakan komponen penting dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat pertama. Berdasarkan hasil analisis data, diketahui bahwa jumlah SDM yang dipekerjakan pada masing-masing Puskesmas rata-rata sebanyak 26,21 (26 orang), dengan jumlah terbanyak SDM yang diperkerjakan sebanyak 40 orang yaitu di Puskesmas Wonosari II. Di Puskesmas Wonosari II. Puskesmas ini memiliki jumlah sasaran penduduk tertinggi yaitu 52.792 jiwa, sehingga kebutuhan tenaga menjadi lebih besar sesuai dengan beban pelayanan. Komposisi SDM terdiri dari 38 ASN dan 12 non-ASN, yang menunjukkan pemenuhan tenaga kesehatan yang relatif lebih lengkap. Adapun jumlah SDM sedikit yaitu 18 orang di Puskesmas Tanjungsari. Puskesmas Tanjungsari merupakan puskesmas rawat jalan dengan akses wilayah di jalur Pantai dengan

sasaran 20 710 jiwa, jumlah SDM terdiri dari tenaga ASN 15 non ASN 3 secara rata – rata SDM yang dipekerjakan sebanyak 22 orang. Variasi jumlah SDM antar Puskesmas dapat dilihat dari nilai standar deviasi sebesar 5,14 yang menggambarkan adanya perbedaan jumlah tenaga kesehatan di wilayah layanan. Nilai skewness positif (0,65) menunjukkan distribusi data yang condong ke kanan, dimana terdapat beberapa Puskesmas dengan jumlah tenaga yang jauh lebih banyak dari mayoritas lainnya. Namun demikian, nilai Probabilitas Jarque-Bera = 0,003 ($< 0,05$) menunjukkan bahwa distribusi data jumlah SDM tidak berdistribusi normal, yang dapat dikaitkan dengan adanya perbedaan signifikan dalam jumlah tenaga berdasarkan karakteristik wilayah, jumlah sasaran, serta layanan yang diselenggarakan. Variasi jumlah SDM tersebut memiliki implikasi penting terhadap mutu dan cakupan pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, yang menegaskan bahwa setiap Puskesmas wajib memenuhi kebutuhan SDM secara proporsional sesuai dengan beban pelayanan, jumlah penduduk sasaran, serta kewajiban penyelenggaraan layanan kesehatan. Dengan demikian, perbedaan jumlah dan komposisi SDM antar Puskesmas dapat mempengaruhi kemampuan dalam mencapai target indikator SPM Kesehatan. Kondisi ini memerlukan penguatan kebijakan pemenuhan SDM di wilayah dengan keterbatasan tenaga agar tidak terjadi kesenjangan pelayanan kesehatan antar Puskesmas

2. Variabel Alat

Variabel alat menunjukkan nilai rata-rata 97,64 persen, dengan persentase terbanyak 100 dan persentase kecil 90 persen, sehingga menghasilkan selisih

sebesar 10. Standar deviasi sebesar 3,24 menunjukkan menunjukkan bahwa ketersediaan alat kesehatan relatif merata di seluruh Puskesmas. Kondisi ini menggambarkan bahwa sebagian besar Puskesmas telah memenuhi sarana peralatan sesuai standar pelayanan yang berlaku. Nilai skewness negatif (-1,15) menunjukkan bahwa distribusi data condong ke kiri karena sebagian besar Puskesmas memiliki ketersediaan alat yang mendekati nilai maksimum. Hal ini juga diperkuat oleh hasil uji Jarque-Bera yang signifikan ($p = 0,0000$) sehingga data tidak berdistribusi normal, namun lebih banyak terkonsentrasi pada nilai ketersediaan yang tinggi. Kondisi tersebut relevan dengan konteks penelitian, karena ketersediaan alat kesehatan merupakan salah satu determinan penting yang mendukung pencapaian indikator SPM Kesehatan di Puskesmas. Ketersediaan alat yang merata menandakan bahwa Pemerintah Daerah telah melakukan pemenuhan sarana penunjang pelayanan sesuai regulasi yang berlaku, sehingga faktor ketersediaan alat kemungkinan bukan menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan SPM. Dengan hal tersebut menunjukkan variabilitas capaian SPM antar Puskesmas kemungkinan lebih dipengaruhi oleh faktor lain, seperti kecukupan SDM, keterjangkauan wilayah, mutu manajemen, dan efektivitas pemanfaatan alat tersebut dalam pelayanan..

3. Variabel Obat

Variabel ketersediaan obat menunjukkan nilai rata-rata 98,86%, dengan capaian antara 90–100%. Nilai ini menggambarkan bahwa sebagian besar Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul telah memiliki stok obat yang memadai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan dasar masyarakat. Nilai standar deviasi

sebesar 2,08 menunjukkan bahwa variasi ketersediaan obat antar Puskesmas sangat kecil sehingga kondisi ketersediaan obat relatif seragam dan merata. Distribusi data menunjukkan nilai skewness negatif (-1,60) yang berarti data condong ke kiri, yaitu sebagian besar Puskesmas berada pada tingkat ketersediaan obat yang sangat tinggi atau mendekati maksimal. Hasil uji Jarque-Bera dengan nilai probabilitas 0,0000 mengindikasikan bahwa data tidak berdistribusi normal, namun ketidaknormalan ini lebih disebabkan karena nilai yang terkonsentrasi di tingkat pencapaian sangat tinggi. Kondisi ini mendukung tercapainya pelayanan kesehatan tingkat pertama, karena ketersediaan obat merupakan salah satu indikator penting dalam pemenuhan SPM Kesehatan. Dengan ketersediaan obat yang baik, Puskesmas memiliki kemampuan lebih optimal dalam menangani kasus penyakit yang banyak diderita masyarakat, khususnya pada layanan pengobatan dasar.

4. Variabel Sasaran SPM

Variabel jumlah sasaran pelayanan menunjukkan bahwa rata-rata penduduk yang menjadi cakupan layanan per Puskesmas adalah 22.212 jiwa, dengan jumlah tertinggi sebesar 49.479 jiwa dan terendah 6.636 jiwa, sehingga memiliki range sebesar 42.843 jiwa. Nilai ini menunjukkan terdapat perbedaan yang sangat besar dalam beban penduduk yang harus dilayani oleh masing-masing Puskesmas. Nilai standar deviasi yang cukup besar (8.884) menunjukkan tingkat variasi yang tinggi antar wilayah layanan. Kondisi ini mencerminkan perbedaan kepadatan penduduk serta karakteristik geografis Kabupaten Gunungkidul yang luas dan berbukit, sehingga distribusi penduduk tidak merata di seluruh wilayah.

Distribusi data menunjukkan nilai skewness positif (0,67), yang berarti distribusi condong ke kanan atau terdapat beberapa wilayah dengan jumlah sasaran jauh lebih besar dibandingkan wilayah lain. Berdasarkan hasil uji Jarque-Bera menunjukkan probabilitas 0,0019 ($< 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa data tidak terdistribusi normal karena adanya perbedaan yang signifikan antar puskesmas dalam jumlah sasaran. Temuan dalam penelitian ini sesuai karena jumlah sasaran merupakan faktor penentu beban kerja Puskesmas dalam pencapaian SPM Kesehatan. Puskesmas dengan jumlah penduduk sasaran yang besar harus menyediakan layanan lebih intensif, sehingga memerlukan SDM, sarana, serta anggaran yang proporsional. Ketidakseimbangan antara jumlah sasaran dengan kapasitas layanan dapat menghambat pencapaian target SPM, terutama pada puskesmas dengan akses wilayah sulit dan pertumbuhan penduduk tinggi. Dengan demikian variabel sasaran berpotensi menjadi faktor penyebab terjadinya perbedaan capaian SPM antar Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.

5. Variabel Anggaran

Variabel anggaran menunjukkan nilai rata-rata sebesar Rp 522.000.000 per Puskesmas. Besaran ini menggambarkan kemampuan pendanaan operasional program kesehatan dasar yang didukung melalui alokasi daerah setiap tahunnya. Nilai maksimum mencapai Rp 971.000.000 dan minimum Rp 153.000.000, sehingga menghasilkan range yang sangat lebar, yaitu Rp 818 .000.000. Rentang yang besar ini menunjukkan adanya ketimpangan kebutuhan anggaran antar Puskesmas, terutama karena perbedaan jumlah penduduk sasaran pelayanan, jenis Puskesmas (rawat inap dan rawat jalan), serta kondisi geografis dan akses wilayah yang berbeda beda. Nilai skewness positif (0,03) yang hampir mendekati nol serta

kurtosis 2,52 menandakan sebaran data stabil dan tidak ekstrem. Hasil uji Jarque-Bera = 0,48 ($p > 0,05$) menunjukkan bahwa data berdistribusi normal, sehingga variasi anggaran dapat dianggap proporsional dengan karakteristik Puskesmas masing-masing.

Kondisi ini sejalan dengan PMK 19 Tahun 2024 dan Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 100 Tahun 2019 yang mengatur bahwa perencanaan anggaran puskesmas harus mempertimbangkan kebutuhan pelayanan dasar, jumlah dan karakteristik sasaran SPM, serta kemampuan dan hambatan wilayah. Variasi alokasi anggaran di Kabupaten Gunungkidul adalah wajar dan kontekstual karena didorong oleh beban kerja layanan yang berbeda-beda. Namun demikian kesenjangan anggaran yang terlalu besar perlu menjadi perhatian dalam perencanaan dan pemantauan kebijakan, agar seluruh Puskesmas memiliki kesempatan yang seimbang dalam memenuhi capaian SPM Kesehatan sesuai standar dan kebutuhan Masyarakat.

Berdasarkan hasil analisis statistik deskriptif, sebagian besar variabel menunjukkan rata-rata capaian yang tinggi, mencerminkan pelaksanaan program kesehatan yang berjalan baik. Variabel SPM dan anggaran terdistribusi normal, sedangkan variabel SDM, alat, obat, dan sasaran menunjukkan distribusi tidak normal, yang umumnya disebabkan oleh perbedaan karakteristik antar Puskesmas dan tingkat capaian yang cenderung mendekati nilai maksimum. Peningkatan sumber daya, alat, obat, dan dukungan anggaran berpotensi kuat mendorong peningkatan capaian SPM di Kabupaten Gunungkidul.

Analisis statistik deskriptif dilakukan untuk mengetahui gambaran umum karakteristik variabel penelitian yang terdiri dari SPM, SDM, alat, obat, sasaran, dan anggaran pada 150 observasi selama periode penelitian. Hasil analisis menunjukkan bahwa nilai rata-rata (mean) capaian SPM adalah 78,22 dengan standar deviasi 6,80, yang mengindikasikan adanya variasi capaian antar Puskesmas meskipun perbedaannya relatif kecil. Nilai minimum sebesar 57 dan maksimum 96 menunjukkan rentang capaian SPM yang cukup lebar antar wilayah puskesmas pada periode tahun 2020 – 2024.

4.3.2 Analisis Regresi Data Panel

Analisis regresi data panel meliputi *common effect*, *fixed effect*, *random effect*.

Hasil analisis digambarkan sebagai berikut:

Tabel 4.2 Hasil Estimasi Model Common Effect, Fixed Effect dan Random Effect

	<i>Common Effect</i>		<i>Fixed Effect</i>		<i>Random effect</i>	
	Koefisien	Prob	Koefisien	Prob	Koefisien	Prob
C	19.60134	0.4279	16.44237	0.4910	13.35615	0.5373
SDM	-0.053328	0.6097	-0.101579	0.7166	-	0.8901
ALAT	0.311357	0.1025	0.479897	0.0103	0.435917	0.0120
OBAT	0.213862	0.4206	0.141972	0.5277	0.156365	0.4756
SASARAN	-9.65E,05	0,1165	-0,000314	0.0066	-	0.0307
ANGGARAN	2.04E.08	0.000	2.02E-08	0,0000	2.11E-08	0.0000
R-squared	0.398728	78.21867	0.709075	78.21867	0.527081	39.62843
F- statistic	19.09845	1.016830	8.243853	6.800142	32.09836	1.601.651
Prob(F-statistic)	0.00000		0.000000		0.000000	

Sumber: Olah Data Eviews 12

Berdasarkan tabel 4.2 Model regresi data panel dianalisis sebagai berikut

1. *Common Effect*

Berdasarkan hasil estimasi CEM diperoleh nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,3987 yang menunjukkan bahwa sekitar 39,87% variasi capaian SPM

dapat dijelaskan oleh variasi variabel independen. Nilai Prob (F-statistic) = 0,0000 menunjukkan bahwa model secara simultan signifikan. Akan tetapi secara parsial sebagian besar variabel tidak berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM, kecuali anggaran yang memiliki nilai probabilitas 0,0000. Semakin besar alokasi dana operasional kesehatan (BOK), semakin meningkat pula capaian indikator SPM. Variabel alat memiliki pengaruh positif namun tidak signifikan ($p = 0,1025$). Sedangkan Sdm, Obat, dan Sasaran memiliki nilai probabilitas di atas 0,1 sehingga tidak signifikan. Model ini masih lemah karena belum mempertimbangkan perbedaan karakteristik antar waktu dan antar wilayah.

2. Fixed effect

Berdasarkan hasil estimasi model Pada model *Fixed Effect*, diperoleh nilai $R^2 = 0,7091$, menunjukkan bahwa 70,91% variasi capaian SPM dapat dipengaruhi oleh variabel sdm, alat, obat, sasaran, dan anggaran. Nilai Prob(F-Statistic) = 0,0000 yang menandakan bahwa model secara simultan signifikan. Secara parsial, terdapat tiga variabel yang berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM, yaitu: variabel alat dengan nilai ($p = 0,0103$) berpengaruh positif dan signifikan. Setiap peningkatan satu unit ketersediaan alat kesehatan akan meningkatkan capaian SPM sebesar 0,4799 poin, ceteris paribus. Variabel sasaran dengan nilai ($p = 0,0066$) berpengaruh negatif dan signifikan. Semakin besar jumlah sasaran pelayanan (misalnya jumlah penduduk yang harus dilayani), capaian SPM justru menurun sebesar 0,000314 poin, ceteris paribus. Variabel Anggaran dengan nilai ($p = 0,0000$) berpengaruh positif dan signifikan. Setiap tambahan satu rupiah anggaran akan meningkatkan capaian SPM sebesar $2,02 \times 10^{-8}$ poin.

Pada variabel SDM dan obat tidak berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Dengan nilai R^2 yang tinggi dan variabel signifikan lebih banyak, FEM menunjukkan hasil paling kuat dan representatif dibandingkan dua model lainnya. Model ini juga mampu menggambarkan efek tetap antar unit analisis (misalnya antar Puskesmas) yang tidak dapat dijelaskan oleh model lain

3. *Random Effect*

Berdasarkan pengujian model Random Effect menunjukkan nilai $R^2 = 0,5271$ dengan Prob (F-statistic) = 0,0000, sehingga disimpulkan bahwa model signifikan secara simultan/ bersama sama. Berdasarkan uji parsial disimpulkan bahwa variabel alat ($p = 0,0120$) dan variabel anggaran ($p = 0,0000$) berpengaruh positif signifikan terhadap capaian SPM. Variabel sasaran ($p = 0,0307$) berpengaruh negatif signifikan terhadap capaian SPM. SDM dan obat t tidak signifikan. Dibandingkan dengan *fixed effect model*, nilai R^2 pada *Random effect Model* lebih rendah (52,71%), akan tetapi model ini tetap menunjukkan pola hubungan yang konsisten, di mana alat, sasaran, dan anggaran menjadi faktor utama yang berpengaruh terhadap capaian SPM.

4.4 Uji Pemilihan Model

Berdasarkan hasil regresi data panel didapatkan tiga model yaitu Model *Common Effect*, Model *Fixed Effect*, dan Model *Random Effect*. Dari hasil uji model tersebut di atas maka dapat dilakukan uji kesesuaian model dengan menggunakan Uji Chow, Uji Hausman, dan Uji Lagrange Multiplier (LM). Uji pemilihan model yang dilakukan dalam penelitian ini sebagai berikut:

4.4.1 Uji Chow

Uji Chow digunakan untuk menentukan model estimasi yang paling sesuai antara *Common Effect Model* dan *Fixed Effect Model* dalam analisis data panel. Hal tersebut menunjukkan adanya perbedaan yang nyata atau signifikan antar unit cross-section yang diamati, sehingga model yang digunakan Adalah pendekatan efek tetap (*Fixed Effect*). Hipotesis dalam uji Chow adalah sebagai berikut:

H0 : Model yang digunakan adalah *Common Effect Model*

H1 : Model yang digunakan adalah *Fixed Effect Model*

Tabel 4.3 Hasil Uji Chow

Effects Test	d.f.	statistik	prob
Cross-section F	4.230255	(29, 115)	0.0000
Cross-section Chi-square	108.897314	29	0.0000

sumber: Olah Data Eviews 12

Berdasarkan nilai output diperoleh nilai Probabilitas Cross-section F sebesar 0,0000, menunjukan nilai berada di bawah tingkat signifikansi 5% (0,05). Sesuai dengan hipotesis maka model yang lebih tepat untuk digunakan dalam penelitian ini adalah *Fixed Effect Model*.

4.4.2 Uji Largrange Multiplier

Uji largrange Multiplier untuk mengkonfirmasi kembali apakah model Random Effect bisa menjadi alternatif, dilakukan pengujian Lagrange Multiplier

Tabel 4.4 Hasil Uji Largrange Multiplier

Test	Cross-section	Time	Both
Breusch-Pagan	38.41411 (0.0000)	31.90715 (0.0000)	70.32126 (0.0000)
Honda	6.197912 (0.0000)	5.648642 (0.0000)	8.376778 (0.0000)

Sambungan tabel 4.4

King-Wu	6.197912 (0.0000)	5.648642 (0.0000)	7.453081 (0.0000)
Standardized Honda	6.772990 (0.0000)	7.827715 (0.0000)	5.608319 (0.0000)
Standardized King-Wu	6.772990 (0.0000)	7.827715 (0.0000)	6.366972 (0.0000)
Gourieroux, et al.	--	--	70.32126 (0.0000)

sumber: Olah Data Eviews 12

Uji Lagrange Multiplier digunakan untuk menentukan apakah Random Effect Model lebih baik dibandingkan dengan *Common Effect Model*. Uji ini dilakukan dengan hipotesis

H0 : Tidak terdapat efek (Common Effect Model yang tepat)

H1 : Terdapat efek (Random Effect Model yang tepat)

Seluruh nilai probabilitas dari berbagai jenis uji LM menunjukkan angka 0.0000, yang lebih kecil dari tingkat signifikansi 5% (0,05). H0 ditolak dan H1 diterima. Artinya, model *Random Effect* lebih tepat dibandingkan *Common Effect Model*, karena terdapat efek / pengaruh yang signifikan antar cross-section.

4.4.3 Uji Hausman

Pengujian untuk menentukan antara model *Fixed Effect* atau *Random Effect* yang lebih tepat digunakan dalam mengestimasi data panel. Hipotesis dalam Uji Hausman dalam penelitian sebagai berikut:

a. Apabila *probability chi-square* < 0,05 maka yang dipilih adalah model *Fixed Effect*.

b. Apabila *probability chi-square* > 0,05 maka yang dipilih adalah model *Random Effect*.

Tabel 4.5 Uji Hausman

Correlated Random Effects – Hausman Test

Equation: REM_1

Test cross-section random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f	Prob.
Cross-section random	10.260089	5	0.0682

Sumber: Olah Data Eviews 12

Berdasarkan output di atas, didapatkan nilai prob cross section random sebesar $0,0682 < \alpha 5\%$. Hal ini bermakna bahwa menolak H_0 , sehingga didapatkan model terbaik adalah *Fixed Effect*

Tabel 4.6 Model Terbaik Fixed Effect

Variabel	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	16.44237	23.79756	0.690927	0.4910
SDM	-0.101579	0.279110	-0.363938	0.7166
ALAT	0.479897	0.183940	2.608989	0.0103
OBAT	0.141972	0.224152	0.633373	0.5272
SASARAN	-0.000314	0.000114	-2.764464	0.0066
ANGGARAN	2.02E-08	3.72E-09	5.428539	0.0000
Effects Specification				
Cross-section fixed (dummy variables)				
Statistik	Nilai	Statistik	Nilai	
R-squared	0.709075	Mean dependent var	78.21867	
Adjusted R-squared	0.623063	S.D. dependent var	6.690041	
S.E. of regression	4.174963	Akaike info criterion	5.897052	
Sum squared resid	2004.487	Schwarz criterion	6.599533	
Log likelihood	-407.2789	Hannan-Quinn criter.	6.182469	
F-statistic	8.243853	Durbin-Watson stat	2.060060	
Prob(F-statistic)	0.000000			

sumber: Olah Data Eviews 12

Hasil regresi Fixed Effect menunjukkan bahwa alat, sasaran, dan anggaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Variabel alat berpengaruh positif, sedangkan sasaran berpengaruh negatif. Anggaran menjadi faktor paling kuat dalam meningkatkan capaian SPM. Sementara itu, variabel SDM dan obat tidak berpengaruh signifikan. Model dinyatakan baik dengan Adjusted R-squared sebesar 0,623 dan Prob(F-statistic) 0,0000.

4.5 Uji Statistik

Pengujian model dalam penelitian ini meliputi Uji simultan (uji F), Uji parsial (uji t), Uji koefisien determinasi (R^2) sebagai berikut:

4.5.1 Uji Simultan (Uji F)

Uji F dilakukan untuk mengetahui apakah seluruh variabel independen dalam model, yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), sarana/alat kesehatan (alat), ketersediaan obat (obat), jumlah sasaran pelayanan (sasaran), dan anggaran (anggaran), secara bersama-sama memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependen yaitu Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM). Secara matematis, hipotesis yang diuji dirumuskan sebagai berikut:

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = 0$$

Dari hasil tersebut seluruh variabel independen secara simultan tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.

$$H_0 : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq \beta_5 \neq 0,$$

(Seluruh variabel independen secara serentak mempengaruhi variabel dependen)

Berdasarkan kriteria pengambilan keputusan, apabila nilai probabilitas F lebih kecil dari α , maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Hasil penelitian ini

menunjukkan bahwa secara simultan variabel SDM alat, obat, sasaran, dan anggaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM di Kabupaten Gunungkidul selama periode 2020–2024. Secara ekonometrik dari hasil ini adalah bahwa kombinasi dari kelima faktor tersebut secara bersama-sama dapat menjelaskan variasi capaian SPM pada tingkat Puskesmas.. Secara substantif, hasil uji F ini menegaskan bahwa capaian SPM di tingkat Puskesmas tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi dari berbagai komponen pendukung penyelenggaraan layanan kesehatan. Faktor sumber daya manusia, ketersediaan sarana dan obat, jumlah sasaran, serta alokasi anggaran saling berhubungan dalam memengaruhi tingkat keberhasilan pelayanan dasar yang menjadi indikator SPM.

Hasil ini sejalan dengan teori manajemen pelayanan publik dan konsep efisiensi input–output yang dijelaskan dalam *The International Handbook of Public Financial Management* (Allen et al., 2013), di mana efektivitas capaian program publik bergantung pada kombinasi sumber daya keuangan, manusia, dan sarana fisik yang dikelola secara terintegrasi. Dalam konteks kesehatan daerah, dukungan anggaran yang memadai tanpa diimbangi dengan SDM dan sarana yang kompeten tidak akan menghasilkan peningkatan signifikan terhadap kinerja layanan kesehatan. Sebaliknya peningkatan jumlah tenaga atau alat kesehatan tanpa dukungan pembiayaan yang mencukupi juga tidak akan optimal. (Dewi Agustina, 2023). Hasil uji simultan ini memberikan dasar bahwa kebijakan peningkatan capaian SPM perlu difokuskan pada pendekatan komprehensif lintas faktor, bukan hanya pada satu aspek saja. Pemerintah daerah perlu memastikan

adanya sinergi antara peningkatan kapasitas SDM, penyediaan sarana dan obat yang memadai, manajemen sasaran pelayanan yang proporsional, serta alokasi anggaran yang efektif untuk memperkuat layanan kesehatan dasar.

4.5.2 Uji Parsial (Uji t)

Uji t digunakan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen secara parsial terhadap variabel dependen, Hipotesis nol (H_0) menyatakan bahwa variabel independen tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap SPM, sedangkan hipotesis alternatif (H_1) menyatakan sebaliknya. Kriteria pengambilan keputusan adalah:

- a. Jika nilai probabilitas (p-value) $\leq \alpha$ (0,05) Tolak H_0 variabel berpengaruh signifikan terhadap SPM.
- b. Jika nilai probabilitas (p-value) $> \alpha$ (0,05) Gagal menolak H_0 variabel tidak berpengaruh signifikan terhadap SPM.

Berikut hasil analisis uji t untuk masing-masing variabel:

a. Uji Parsial Variabel SDM

$H_0 : \beta_1 = 0$, (Secara parsial variabel SDM tidak mempengaruhi SPM)

$H_1 : \beta_1 \neq 0$ (Secara parsial variabel SDM mempengaruhi SPM)

Nilai probabilitas $0,7166 > \alpha$ 5%, maknanya variabel SDM tidak berpengaruh terhadap SPM. Hasil estimasi menunjukkan nilai probabilitas sebesar $0,7166 > 0,05$, sehingga H_0 diterima dan H_1 ditolak. Artinya, secara parsial variabel SDM tidak berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM.

Nilai koefisien SDM negatif (-0,101579) menunjukkan adanya hubungan yang berlawanan arah, meskipun tidak signifikan secara statistik.

Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan jumlah SDM belum tentu meningkatkan capaian SPM apabila tidak diikuti dengan peningkatan kompetensi, pemerataan distribusi, dan beban kerja yang proporsional.

b. Uji Parsial Variabel Alat

$H_0 : \beta_2 = 0$ (Secara parsial variabel ALAT tidak mempengaruhi SPM)

$H_1 : \beta_2 \neq 0$ (Secara parsial variabel ALAT mempengaruhi SPM)

Nilai probabilitas $0,0103 < \alpha$ 5%, maknanya variabel ALAT berpengaruh signifikan terhadap SPM. Nilai probabilitas sebesar $0,0103 < 0,05$, sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima. Dengan demikian, variabel ALAT berpengaruh positif dan signifikan terhadap capaian SPM. Koefisien sebesar 0,479897 mengindikasikan bahwa setiap kenaikan 1 satuan variabel sarana/alat kesehatan akan berpotensi meningkatkan capaian SPM sebesar 0,48 poin, dengan catatan pada variabel lainnya berada pada kondisi tetap.

c. Uji parsial untuk variabel obat

$H_0 : \beta_3 = 0$ (Secara parsial variabel OBAT tidak mempengaruhi SPM)

$H_1 : \beta_3 \neq 0$ (Secara parsial variabel OBAT mempengaruhi SPM)

Nilai probabilitas $0,5277 > \alpha$ 5%, variabel obat tidak berpengaruh terhadap SPM. Hasil menunjukkan nilai probabilitas sebesar $0,5277 > 0,05$, sehingga H_0 diterima dan H_1 ditolak. Artinya, ketersediaan obat tidak berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM.

d. Uji Parsial Variabel Sasaran

$H_0 : \beta_4 = 0$ (Secara parsial variabel sasaran tidak mempengaruhi SPM)

$H_1 : \beta_4 \neq 0$ (Secara parsial variabel sasaran mempengaruhi SPM)

Nilai probabilitas $0,0066 < \alpha 5\%$, maknanya variabel sasaran berpengaruh signifikan terhadap SPM. Nilai probabilitas sebesar $0,0066 < 0,05$, sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima. Dengan demikian, variabel sasaran memiliki pengaruh negatif dan signifikan terhadap capaian SPM.

e. Uji Parsial Variabel Anggaran

$H_0 : \beta_5 = 0$ (Secara parsial variabel anggaran tidak mempengaruhi SPM)

$H_1 : \beta_5 \neq 0$ (Secara parsial variabel anggaran mempengaruhi SPM)

Nilai probabilitas $0,0000 < \alpha 5\%$, maknanya variabel anggaran berpengaruh signifikan terhadap SPM. Nilai probabilitas sebesar $0,0000 < 0,05$, sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima. Pada variabel anggaran berpengaruh positif dan signifikan terhadap capaian SPM.

4.5.3 Koefisien Determinasi (R-Squared)

Nilai R-squared sebesar 0,7091 mengindikasikan bahwa sekitar 70,91% variasi capaian SPM dapat dijelaskan oleh perubahan pada kelima variabel independen dalam model, Sedangkan variabel sisanya sebesar 29,10% dijelaskan oleh variabel lain diluar model seperti faktor kebijakan daerah, manajemen pelayanan, komitmen tenaga kesehatan, atau kondisi sosial masyarakat. Dengan demikian, nilai R^2 yang tinggi ini menunjukkan bahwa model memiliki tingkat kecocokan yang baik, dan faktor-faktor yang digunakan cukup representatif dalam menjelaskan variasi capaian SPM Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul.

4.6 Analisis Cross Section Effect

Analisis *cross section effect* dilakukan untuk mengidentifikasi perbedaan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan antar Puskesmas di

Kabupaten Gunungkidul selama periode 2020 - 2024. Hasil analisis ini memberikan gambaran mengenai variasi performa masing-masing Puskesmas dalam mencapai target indikator SPM, yang dapat mencerminkan efektivitas pengelolaan sumber daya dan dukungan anggaran di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Berdasarkan hasil estimasi, diketahui bahwa nilai *cross section effect* antar Puskesmas menunjukkan perbedaan yang cukup bervariasi.

Tabel 4.7 Analisis *Cross Section Effect* Capaian SPM per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul

Puskesmas	Capaian SPM (%)	Konstanta Fixed Effect	Total Effect (%)
SAPTOSARI	6.989052	16.44237	23.431422
SEMANU I	6.93399	16.44237	23.37636
NGAWEN I	6.717962	16.44237	23.160332
WONOSARI II	6.286652	16.44237	22.729022
RONGKOP	5.19284	16.44237	21.63521
PALIYAN	3.816251	16.44237	20.258621
PLAYEN I	3.629784	16.44237	20.072154
PANGGANG II	3.471626	16.44237	19.913996
PLAYEN II	2.625465	16.44237	19.067835
TANJUNGSARI	2.35259	16.44237	18.79496
PATUK I	2.313397	16.44237	18.755767
GEDANGSARI II	1.812962	16.44237	18.255332
NGAWEN II	0.914446	16.44237	17.356816
PATUK II	0.775044	16.44237	17.217414
PONJONG I	-0.223839	16.44237	16.218531
GEDANGSARI I	-0.304061	16.44237	16.138309
PANGGANG I	-0.313096	16.44237	16.129274
WONOSARI I	-0.661125	16.44237	15.781245
SEMIN I	-1.420251	16.44237	15.022119
PURWOSARI	-1.467272	16.44237	14.975098
NGLIPAR II	-1.585238	16.44237	14.857132
PONJONG II	-2.128029	16.44237	14.314341
NGLIPAR I	-2.990424	16.44237	13.451946
SEMANU II	-3.144471	16.44237	13.297899
GIRISUBO	-5.248675	16.44237	11.193695

KARANGMOJO I	-5.260548	16.44237	11.181822
SEMIN II	-6.155551	16.44237	10.286819
TEPUS I	-6.737517	16.44237	9.704853
TEPUS II	-7.162735	16.44237	9.279635
KARANGMOJO II	-9.011229	16.44237	7.431141

Sumber: Data diolah.

4.6.1 Puskesmas dengan Capaian SPM Tinggi

Puskesmas Saptosari (23.43 %), Semanu I (23.37 %), Ngawen I (23.16 %), Wonosari II (22.72 %), dan Rongkop (21.63 %) memiliki nilai *cross section effect* positif yang relatif tinggi dengan rata-rata sebesar 22.86 %. Hal ini menunjukkan bahwa kelima Puskesmas tersebut memiliki kinerja yang baik relatif dalam mencapai target SPM kesehatan. Tingginya capaian ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain Ketersediaan sarana dan prasarana alat kesehatan yang memadai, Perencanaan dan pemanfaatan anggaran yang efektif. Penetapan sasaran program yang jelas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan sumber daya di beberapa Puskesmas, terutama dalam aspek alat, sasaran, dan anggaran, sudah berjalan optimal sehingga berdampak positif terhadap capaian SPM.

4.6.2 Puskesmas dengan Capaian SPM Rendah

Puskesmas Karangmojo II (7.43 %) menunjukkan nilai *cross section effect* yang paling rendah di antara seluruh Puskesmas. Nilai negatif tersebut menggambarkan bahwa capaian SPM relatif di wilayah tersebut masih jauh dari target yang diharapkan. Beberapa kemungkinan penyebab rendahnya capaian ini antara lain: Keterbatasan alat kesehatan dan sarana penunjang pelayanan. Pengalokasian anggaran yang belum optimal. Sasaran program yang belum tepat

atau belum sepenuhnya tercapai. Faktor geografis dan aksesibilitas masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih sulit dibanding wilayah lain. Temuan ini dapat menjadi dasar bagi Dinas Kesehatan untuk melakukan pembinaan dan penguatan kapasitas bagi Puskesmas dengan capaian rendah agar kesenjangan antarwilayah dapat diminimalkan.

4.7 Evaluasi anggaran

Evaluasi anggaran secara deskriptif dilakukan dengan melihat alokasi dana (*input*) dan hasil capaian SPM (*output*) pada masing-masing Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul. Berikut tabel

Tabel 4.8 Evaluasi Anggaran Periode 2020-2024

Statistik	Anggaran (Rp)	Capaian SPM (%)
Rata-rata	521.553.900	101,27
Minimum	152.809.900	57,15
Maksimum	970.753.700	3.526,70
Standar deviasi	172.499.000	281,64

Sumber: Data diolah.

Berdasarkan tabel tersebut rata-rata anggaran yang diterima puskesmas mencapai sekitar Rp 521 juta per tahun, dengan capaian SPM rata-rata 101,27%. Nilai capaian SPM sangat bervariasi antara puskesmas (rentang antara 57,15% hingga 3.526,70%), yang menandakan adanya ketimpangan kinerja antar unit pelayanan. Standar deviasi yang tinggi mengindikasikan variasi yang cukup besar, baik dari sisi anggaran maupun output kinerja. Berdasarkan hasil pengolahan data, rata-rata anggaran yang dialokasikan adalah sebesar Rp 722.804.531, dengan nilai terendah sebesar Rp 324.806.000 dan tertinggi mencapai Rp 1.383.066.000. Rata-

rata capaian SPM kesehatan berada pada angka 6,25%, dengan capaian tertinggi sebesar 7,34% dan terendah sebesar 3,25%. Hal ini menunjukkan adanya variasi antar puskesmas dalam efektivitas penggunaan anggaran untuk mencapai target pelayanan minimal. Hasil analisis korelasi antara anggaran dan capaian SPM menunjukkan nilai sebesar 0,62, yang berarti terdapat hubungan positif sedang antara besaran anggaran dan capaian SPM. Semakin besar anggaran yang diterima suatu Puskesmas, kecenderungannya capaian SPM juga meningkat, meskipun belum sepenuhnya linier. Analisis ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat efisiensi penggunaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) terhadap capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di 30 Puskesmas Kabupaten Gunungkidul selama tahun 2020–2024, maka tingkat efisiensi penggunaan dana DAK Non Fisik dilakukan dengan mengelompokkan dalam kategori efisien, cukup efisien, sangat efisien berdasarkan interval rasio nilai maksimum dan nilai minimum. Nilai rasio efisiensi berada pada rentang 0,39–0,77, yang selanjutnya dibagi ke dalam tiga interval kategori, yaitu cukup efisien ($0,39 < 0,52$), efisien ($0,52 < 0,65$), dan sangat efisien ($0,65 < 0,77$).

4.8 Pembahasan dan Analisis

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor determinan sumber daya manusia (SDM), alat, obat, sasaran, dan anggaran terhadap capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan pada puskesmas di Kabupaten Gunungkidul tahun 2020–2024. Analisis data dilakukan menggunakan pendekatan Fixed Effect Model (FEM), yang terpilih sebagai model terbaik berdasarkan hasil uji Chow, Lagrange Multiplier, dan Hausman. Secara simultan hasil uji F

menunjukkan bahwa seluruh variabel independen secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM ($\text{Prob } F = 0,0000 < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa faktor sumber daya, sarana, dan pembiayaan memiliki peran penting dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas. Berikut penjelasan hasil pembahasan tiap variabel

4.8.1 Pengaruh Variabel SDM terhadap SPM

Bersarkan hasil uji parsial menunjukkan bahwa variabel SDM memiliki nilai probabilitas sebesar 0,7166 ($> 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel SDM tidak berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Hasil ini menunjukkan bahwa jumlah atau ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas belum secara langsung meningkatkan capaian SPM. Hal ini sejalan dengan teori input–output model dalam manajemen publik yang menekankan bahwa sumber daya manusia tidak otomatis menghasilkan output berkualitas tanpa didukung sistem kerja, kompetensi, dan koordinasi yang efektif (Siddique et al. (2025)). Secara empiris, hasil ini menunjukkan bahwa kualitas dan produktivitas tenaga kesehatan lebih penting dibanding kuantitasnya. Efektivitas kinerja pelayanan publik sangat dipengaruhi oleh kapasitas kelembagaan dan efisiensi penggunaan sumber daya manusia, bukan sekadar jumlah pegawai (Helwin Ginting dkk, 2024).

Faktor internal dalam organisasi / institusi puskesmas (kepemimpinan, kolaborasi) juga penting dalam keberhasilan kinerja layanan, Efektivitas layanan publik bergantung pada kapasitas kelembagaan dan efisiensi penggunaan sumber daya manusia, bukan semata-mata pada jumlah pegawai. Dengan kata lain tanpa

peningkatan kualitas SDM, pelatihan, dan kepemimpinan yang kuat, peningkatan jumlah tenaga tidak serta merta memperbaiki kinerja pelayanan (Khan et al, 2024).

4.8.2 Pengaruh Variabel Obat terhadap SPM

Variabel obat memiliki nilai probabilitas sebesar 0,5277 ($> 0,05$), menunjukkan bahwa obat tidak berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Hasil ini dapat dijelaskan karena sebagian besar indikator SPM berkaitan dengan kegiatan promotif dan preventif, bukan layanan kuratif yang sangat bergantung pada ketersediaan obat. Dengan demikian, ketersediaan obat tidak menjadi faktor dominan dalam menentukan capaian SPM. Meskipun koefisiennya positif (0,141972), pengaruh tersebut tidak cukup kuat secara statistik. Hal ini dapat disebabkan oleh variasi ketersediaan obat antar Puskesmas yang relatif kecil atau sistem distribusi obat yang sudah relatif merata, sehingga tidak menimbulkan perbedaan capaian yang bermakna. Selain itu indikator capaian SPM lebih banyak dipengaruhi oleh faktor pelayanan promotif dan preventif, bukan semata dari ketersediaan obat yang bersifat kuratif. Meskipun demikian, ketersediaan obat yang cukup tetap penting untuk menjamin keberlangsungan pelayanan dasar, terutama pada kasus penyakit menular dan pelayanan gizi masyarakat. Pengaruh

4.8.3 Pengaruh Variabel Alat terhadap SPM

Variabel alat memiliki nilai probabilitas sebesar 0,0103 ($< 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel alat berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Ketersediaan alat kesehatan yang lengkap dan berfungsi baik mendukung kelancaran pelayanan di puskesmas, terutama dalam pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif yang menjadi fokus utama SPM. Kondisi sarana yang

memadai mempercepat proses pelayanan dan meningkatkan mutu layanan, sehingga indikator SPM dapat tercapai lebih optimal. Hal ini sejalan dengan prinsip pelayanan dasar kesehatan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana merupakan faktor penentu keberhasilan pelaksanaan program kesehatan masyarakat.

Temuan ini memperlihatkan bahwa kelengkapan dan kesiapan sarana pelayanan kesehatan menjadi faktor penting dalam mendukung pencapaian SPM. Puskesmas dengan fasilitas dan alat yang memadai mampu memberikan pelayanan yang lebih cepat, akurat, dan sesuai standar prosedur, sehingga meningkatkan persentase capaian indikator SPM. Hasil ini sejalan dengan teori pelayanan publik yang menekankan pentingnya ketersediaan input fisik sebagai faktor efisiensi pelayanan dasar (Musgrave & Musgrave, 1989).

4.8.4 Pengaruh Variabel Sasaran terhadap SPM

Variabel sasaran memiliki nilai probabilitas sebesar 0,0066 ($< 0,05$), sehingga disimpulkan variabel sasaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Puskesmas yang mampu menjangkau lebih banyak sasaran pelayanan, seperti balita, ibu hamil, lansia, dan kelompok berisiko lainnya, cenderung memiliki capaian SPM yang lebih tinggi. Semakin banyak masyarakat yang menerima intervensi layanan kesehatan sesuai indikator, maka capaian SPM semakin meningkat. Hal ini menunjukkan pentingnya strategi perluasan cakupan pelayanan, pendataan sasaran yang akurat, serta kegiatan jemput bola oleh tenaga kesehatan dalam mencapai target SPM daerah.

Koefisien sebesar $-0,000314$ menunjukkan bahwa semakin besar jumlah sasaran pelayanan, maka capaian SPM cenderung menurun. Hal ini menggambarkan adanya beban kerja yang meningkat pada fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak sebanding dengan kapasitas sumber daya yang tersedia. Secara substantif, peningkatan jumlah sasaran tanpa penambahan sarana, SDM, dan dukungan anggaran dapat menurunkan efektivitas pelayanan. Oleh karena itu, manajemen Puskesmas perlu memperhatikan keseimbangan antara jumlah sasaran dengan kapasitas sumber daya yang dimiliki agar target SPM dapat tercapai secara optimal.

4.8.5 Pengaruh Variabel Anggaran terhadap SPM

Nilai probabilitas $= 0,0000 < 0,05$, artinya anggaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM. Ketersediaan anggaran yang memadai memungkinkan puskesmas melakukan kegiatan sesuai standar, mulai dari penyediaan sarana, dukungan operasional, hingga pelaksanaan program. Hasil ini sejalan dengan teori Allen et al. (2013) yang menyatakan bahwa efektivitas layanan publik sangat bergantung pada efisiensi penggunaan sumber daya keuangan dan kelembagaan.

Koefisien sebesar $2,02E-08$ menunjukkan bahwa peningkatan alokasi anggaran yang diterima Puskesmas berbanding lurus dengan peningkatan capaian SPM. Anggaran yang lebih besar memungkinkan pelaksanaan program, pembelian alat, dukungan operasional, serta pelatihan SDM yang lebih memadai. Temuan ini konsisten dengan prinsip *value for money* dalam manajemen keuangan publik, di mana efisiensi dan efektivitas output pelayanan sangat bergantung pada alokasi dan pemanfaatan sumber daya fiskal yang tepat. Sistem pembiayaan publik yang

terencana dengan baik mampu meningkatkan kinerja layanan sosial, termasuk sektor kesehatan (Lizah Nyawira,dkk, 2022)

4.8.6 Pengaruh Simultan Variabel terhadap Capaian SPM

Berdasarkan hasil uji regresi data panel, diketahui bahwa variabel Alat, Sasaran, dan Anggaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM pada tingkat signifikansi 5%, sedangkan variabel SDM dan Obat tidak berpengaruh signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan capaian SPM lebih banyak ditentukan oleh ketersediaan dan pemanfaatan alat kesehatan, ketepatan penetapan sasaran program, serta besarnya dukungan anggaran. Sementara itu, faktor SDM dan obat belum memberikan pengaruh nyata, yang dapat disebabkan oleh pemerataan tenaga kesehatan dan distribusi obat yang relatif stabil di seluruh wilayah.

Secara keseluruhan, analisis *cross section effect* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan capaian SPM yang cukup besar antar Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul, dengan beberapa wilayah memiliki kinerja tinggi dan sebagian lainnya masih rendah. Perbedaan ini terutama dipengaruhi oleh faktor alat, sasaran, dan anggaran, yang berperan penting dalam peningkatan capaian SPM. Oleh karena itu, penguatan manajemen sumber daya dan optimalisasi penggunaan anggaran di Puskesmas dengan capaian rendah perlu menjadi perhatian utama agar pemerataan pelayanan kesehatan dasar dapat terwujud secara optimal di seluruh wilayah Kabupaten Gunungkidul.

4.8.7 Evaluasi Anggaran

Tabel 4.9 Efisiensi Penggunaan Anggaran

No	Puskesmas	Rata-rata Realisasi BOK (Rp)	Rata-rata Capaian SPM (%)	Rata-rata Efisiensi (SPM/BO	Kategori
1	Rongkop	749.473.271	84,58	0,77	Cukup Efisien
2	Girisubo	656.234.738	76,10	0,68	Efisien
3	Semin I	575.101.006	74,84	0,59	Efisien
4	Semin II	470.634.802	71,84	0,49	Cukup Efisien
5	Ngawen I	369.157.623	80,58	0,48	Cukup Efisien
6	Ngawen II	379.970.085	80,36	0,39	Cukup Efisien
7	Ponjong I	796.207.009	80,54	0,74	Sangat Efisien
8	Ponjong II	419.177.088	76,82	0,43	Cukup Efisien
9	Semanu I	546.828.863	78,80	0,54	Efisien
10	Semanu II	478.669.246	74,78	0,53	Cukup Efisien
11	Karangmojo I	587.601.249	74,26	0,60	Efisien
12	Karangmojo II	531.312.005	71,08	0,56	Cukup Efisien
13	Wonosari I	506.354.278	76,02	0,54	Cukup Efisien
14	Wonosari II	653.374.324	78,48	0,68	Efisien
15	Tepus I	363.663.754	72,72	0,45	Cukup Efisien
16	Tepus II	495.735.559	73,92	0,53	Cukup Efisien
17	Tanjungsari	564.988.788	81,16	0,63	Efisien
18	Playen I	623.437.394	80,54	0,63	Efisien
19	Playen II	453.189.661	79,64	0,53	Cukup Efisien
20	Gedangsari I	452.191.472	78,36	0,49	Cukup Efisien
21	Gedangsari II	383.438.963	77,20	0,45	Cukup Efisien
22	Patuk I	525.066.383	82,14	0,55	Efisien
23	Patuk II	521.315.657	82,44	0,56	Cukup Efisien

24	Panggang I	453.940.823	80,44	0,48	Cukup Efisien
25	Panggang II	498.134.943	82,32	0,50	Cukup Efisien
26	Saptosari	536.757.372	82,76	0,58	Efisien
27	Purwosari	565.748.196	78,92	0,57	Efisien
28	Paliyan	577.818.917	79,88	0,58	Efisien
29	Nglipar I	504.422.444	78,58	0,52	Cukup Efisien
30	Nglipar II	462.569.021	75,34	0,48	Cukup Efisien

Sumber: Data diolah.

Berdasarkan hasil analisis kajian anggaran yang termuat di lampiran menunjukkan bahwa input atau kenaikan anggaran belum secara langsung meningkatkan capaian SPM. efektivitas penggunaan dana belum optimal, dimana besarnya alokasi anggaran tidak selalu berbanding lurus dengan hasil kinerja. Berdasarkan hasil perhitungan rata-rata, nilai realisasi Dana BOK tertinggi terdapat pada Puskesmas Ponjong I sebesar Rp 796.207.009, sedangkan terendah pada Ngawen I sebesar Rp 369.157.623. rata-rata capaian SPM tertinggi dicapai oleh Puskesmas Patuk II (82,44%), dan terendah oleh Puskesmas Semin II (71,84%). Jika dilihat dari rasio efisiensi (SPM/BOK), sebagian besar Puskesmas menunjukkan kategori cukup efisien (0,39–<0,52), efisien, (0,52–<0,65 sangat efisien ., 0,65–0,77). dengan rata-rata rasio efisiensi sebesar 0,56

Puskesmas dengan kategori sangat efisien antara lain Ponjong I (0,74), sedangkan yang masih tergolong kurang efisien seperti Ngawen II (0,39) dan Tepus I (0,45). Secara umum, menunjukkan bahwa besarnya realisasi Dana BOK tidak selalu sebanding dengan peningkatan efisiensi capaian SPM. Beberapa Puskesmas dengan dana tinggi justru memiliki efisiensi sedang, yang mengindikasikan adanya

perbedaan kemampuan manajerial, perencanaan kegiatan, serta efektivitas pelaksanaan program di masing-masing wilayah kerja. Afonso et al. (2022) yang menyatakan bahwa peningkatan output sektor publik tidak hanya ditentukan oleh besar kecilnya input keuangan, tetapi juga oleh efisiensi kelembagaan, tata kelola, dan kualitas sumber daya manusia dalam pengelolaannya. Oleh karena itu, peningkatan kinerja pelayanan kesehatan di Kabupaten Gunungkidul perlu diarahkan pada penguatan kapasitas manajerial Puskesmas, optimalisasi perencanaan berbasis data, serta pemantauan efisiensi penggunaan Dana BOK secara periodik agar alokasi anggaran benar-benar menghasilkan output yang maksimal.

Faktor lain yang mempengaruhi efektifitas adalah distribusi SDM, pemanfaatan alat dan obat, serta manajemen kegiatan yang lebih berpengaruh terhadap capaian SPM. Anggaran yang besar tidak menjamin peningkatan capaian SPM apabila tidak diikuti dengan peningkatan efektivitas manajerial dan sinergi antar-input lainnya. Variasi capaian antar puskesmas menunjukkan perlunya pendekatan pembinaan yang disesuaikan dengan karakteristik wilayah dan kapasitas sumber daya. Evaluasi ke depan sebaiknya tidak hanya menilai besarnya dana yang terserap, tetapi juga menilai output dan outcome yang dihasilkan dari setiap rupiah yang dibelanjakan

Efektivitas penggunaan anggaran publik bergantung pada kemampuan institusi dalam mengonversi input menjadi output secara efisien dan akuntabel. Andrews et al. (2022). Pengelolaan keuangan publik yang efektif harus disertai penguatan kapasitas institusi dan SDM agar belanja publik berdampak nyata pada kinerja

sektor layanan (Andrews et al. (2022). Rasio efisiensi (efficiency ratio), yaitu perbandingan antara capaian SPM dengan jumlah anggaran (SPM per juta rupiah), rata-rata diperoleh nilai 0,0086, yang menunjukkan bahwa setiap satu juta rupiah anggaran menghasilkan peningkatan capaian SPM sebesar 0,0086%. Akan tetapi pada penelitian ini terdapat perbedaan efisiensi antar-Puskesmas, di mana beberapa unit dengan anggaran lebih kecil justru memiliki capaian SPM yang relatif tinggi, menandakan adanya faktor non-keuangan seperti kualitas SDM, sarana, dan manajemen yang berpengaruh. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa alokasi anggaran memiliki kontribusi nyata terhadap peningkatan capaian SPM, akan tetapi peningkatan efektivitas penggunaan anggaran masih perlu diperkuat dengan strategi efisiensi dan penguatan faktor pendukung lain

Enhancing Public Financial Management through Performance Evaluation and Cost Systems (Nurfadila 2024) menekankan bahwa sistem pengelolaan keuangan publik yang menggabungkan mekanisme evaluasi kinerja (*performance evaluation*) dan sistem biaya (*cost systems*) akan meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan akuntabilitas pengelolaan anggaran publik di Indonesia.

Efficiency of public spending and welfare in Indonesia (2024) meneliti efisiensi belanja pemerintah daerah (termasuk sektor kesehatan) di Indonesia dengan pendekatan frontier (SFA). Hasilnya menunjukkan bahwa untuk sektor kesehatan, efisiensi belanja tidak selalu berdampak signifikan pada kesejahteraan publik di tingkat daerah. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa anggaran memiliki kontribusi nyata terhadap peningkatan capaian SPM, tetapi peningkatan tersebut hanya akan berkelanjutan apabila disertai dengan penguatan kapasitas manajerial, penerapan

sistem anggaran berbasis kinerja, serta evaluasi berkelanjutan terhadap efektivitas dan efisiensi penggunaan dana.

BAB V

KESIMPULAN IMPLIKASI DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data panel terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi capaian standar pelayanan minimal (SPM) kesehatan di Kabupaten Gunungkidul periode 2020–2024, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Secara simultan, variabel SDM, ketersediaan alat kesehatan, ketersediaan obat, jumlah sasaran, dan anggaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. Hal ini menunjukkan bahwa pencapaian SPM merupakan hasil dari sinergisitas berbagai faktor yang mendukung kinerja SPM secara terintegrasi.
2. Secara parsial, terdapat tiga variabel yang berpengaruh terhadap capaian SPM.
 - a. Variabel Alat berpengaruh positif terhadap capaian SPM, Hal ini bermakna bahwa peningkatan ketersediaan alat kesehatan mampu mendorong kenaikan capaian SPM.
 - b. Variabel Sasaran berpengaruh negative terhadap capaian SPM. Hal ini bermakna bahwa peningkatan jumlah sasaran pelayanan tanpa diimbangi penambahan kapasitas sumber daya akan menurunkan capaian SPM.
 - c. Variabel Anggaran berpengaruh positif terhadap capaian SPM. Hal ini bermakna bahwa alokasi anggaran yang lebih besar berkontribusi langsung terhadap peningkatan capaian SPM.
3. Variabel SDM dan Obat tidak berpengaruh terhadap capaian SPM. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kuantitas SDM tidak mempengaruhi secara

langsung meningkatkan capaian SPM. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti kualitas kompetensi SDM yang belum merata, beban kerja yang tidak seimbang, serta pemanfaatan tenaga kesehatan yang belum optimal sesuai dengan kebutuhan layanan. Pada sisi yang sama, ketersediaan obat juga tidak berpengaruh secara langsung terhadap peningkatan capaian SPM. Kondisi ini kemungkinan terjadi karena distribusi obat belum sepenuhnya sesuai dengan pola kebutuhan penyakit. Ketersediaan obat di seluruh Puskesmas sudah berada pada tingkat yang sangat tinggi dan relatif seragam. Rendahnya variasi menyebabkan variabel obat tidak memiliki pengaruh terhadap capaian SPM. Dalam hal ini peningkatan SDM dan penyediaan obat perlu diiringi dengan penguatan manajemen pelayanan untuk menghasilkan dampak yang lebih signifikan terhadap capaian SPM.

4. Berdasarkan Analisis *cross-section effect* menunjukkan adanya kesenjangan capaian SPM yang signifikan antar Puskesmas. Kesenjangan ini menggambarkan persebaran tidak merata di masing masing puskesmas, karena kondisi geografis antar wilayah.

5. Efisiensi Penggunaan Anggaran

Evaluasi efisiensi menunjukkan anggaran DAK Non Fisik meningkat secara konsisten dari Rp 360.000.000 (2020) menjadi Rp 640.000.000 (2024) atau meningkat lebih dari 75%, menunjukkan bahwa efektivitas penggunaan dana lebih penting daripada besaran nominal anggaran. Beberapa Puskesmas dengan anggaran lebih kecil justru mencapai capaian SPM yang lebih tinggi,

menunjukkan adanya perbedaan dalam efisiensi manajerial dan pemanfaatan sumber daya.

5.2 Implikasi

1. Perlunya prioritas kebijakan pada optimalisasi sarana, efektivitas penggunaan anggaran, dan penyesuaian jumlah sasaran, sedangkan SDM perlu di fokuskan pada aspek peningkatan kompetensi, pengelolaan obat perlu peningkatan dalam pengelolaan pemanfaatannya.
2. Diperlukan dilakukan penguatan pada mekanisme sistem monitoring dan evaluasi berbasis kinerja untuk memastikan efektivitas penggunaan sumber daya dalam mencapai target SPM. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul perlu memberikan bantuan prioritas kepada Puskesmas dengan capaian SPM rendah melalui peningkatan kapasitas manajemen layanan, pendampingan teknis rutin, dan alokasi sumber daya secara selektif sesuai kebutuhan wilayah. Bantuan prioritas ini mencakup penguatan supervisi tim Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB), penambahan alat dan SDM sesuai beban layanan, serta peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan indikator SPM
3. Perlunya penguatan pelayanan kesehatan dasar menjadi strategi yang efektif dalam meningkatkan capaian SPM. Penetapan sasaran harus disesuaikan dengan kapasitas layanan di setiap Puskesmas agar beban kerja tetap proporsional dan target indikator dapat tercapai secara realistis. Penelitian ini memberikan dasar kebijakan bagi pemerintah daerah untuk mengoptimalkan sumber daya serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

5.3 Saran

Berdasarkan penelitian dan kesimpulan di atas, maka disampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan perlu meningkatkan dukungan prioritas pada sarana kesehatan melalui redistribusi sarana alat ke Puskesmas dengan capaian rendah, terutama di wilayah dengan akses yang jauh.
2. Melakukan optimalisasi penggunaan anggaran melalui implementasi sistem monitoring dan evaluasi dana BOK secara berkala, Pengembangan SOP penggunaan anggaran berbasis prioritas indikator SPM, Peningkatan kapasitas manajerial melalui pelatihan manajemen keuangan
3. Peningkatan supervisi secara terjadwal oleh tim TPCB serta peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan berkala, sistem mentoring, dan penempatan berbasis kompetensi.
4. Peningkatan koordinasi lintas sektor melibatkan sektor pendidikan, sosial, dan pemerintahan kalurahan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mendukung capaian program SPM.
5. Peningkatan kompetensi petugas melalui jenjang pendidikan formal yang diselenggarakan oleh institusi lain

DAFTAR PUSTAKA

- Afonso, A., Jalles, J. T., & Venâncio, A. (2022). Introduction to public sector efficiency: Concepts, measurement and applications. *Journal of Economic Surveys*, 36(3), 501–523. <https://doi.org/10.1111/joes.12487>
- Aprilla, E. (2020). Analisis pencapaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota . *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 9(2), 101–110.
- Ariani, D. (2020). Analisis pengaruh sarana, SDM, dan anggaran terhadap capaian SPM kesehatan di Kabupaten Sleman. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 9 (1), 45–55.
- Aziza, R. (2023). *Metodologi Penelitian Kuantitatif: Pendekatan dan Aplikasinya* Yogyakarta: Deepublish.
- Badriyah, N. (2022). Hubungan sarana dan capaian SPM di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 14 (2), 120–132.
- Cairney, P. (2023). *Understanding public policy: Theories and issues* (3rd ed.). London: Red Globe Press.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (4th ed.). Boston: Pearson Education.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. (2023). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2023–2026* .
- Febriawati, H., Susanti, R. D., & Yuliyanti, T. (2021). Kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan di puskesmas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* , 9(1), 22–29. Diakses 28 Agustus 2025 https://ejournal.unair.ac.id/JAKI/issue/archive?utm_source
- Handayani, R. (2018). Analisis faktor penghambat capaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan: Studi kasus di tiga kabupaten. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*, 6 (3), 87–98. https://ejournal.unair.ac.id/JAKI/issue/archive?utm_source
- Hill, M., & Hupe, P. (2022). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance* (4th ed.). Sage Publication
- International Monetary Fund. (2023). *Measuring Efficiency in Government: Techniques and Global Practices*. IMF Working Paper WP/23/109. <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2023/06/15/Measuring-Efficiency-in-Government-531980>
- Jurnal Analisis Kebijakan & Pelayanan Publik. (2020). Evaluasi implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan di daerah . 11(2), 45–58.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan . <https://peraturan.go.id/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Petunjuk teknis penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Nonfisik bidang kesehatan tahun 2025 .
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Bidang Kesehatan Tahun 2024 . Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (2024). Peraturan Menteri Keuangan Nomor 25 Tahun 2024 tentang Pengelolaan Transfer ke Daerah dan Dana Desa . Jakarta: Kemenkeu RI.
- Kusnanto, H. (2020). Strategi Pembiayaan Kesehatan dan Implikasinya terhadap SPM. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 9 (1), 23–34.
- Manu, S. (2022). Pengaruh kebijakan pemanfaatan BOK terhadap cakupan pelayanan KIA di Puskesmas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* , 13(1), 55–63.
- Muhani, N., Suryani, L., & Prasetyo, R. (2021). Mutu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* , 16(1), 11–20.
- Nugroho, R. (2024). *Public policy: Kebijakan publik, formulasi, implementasi, dan evaluasi* (Edisi revisi). Jakarta: Elex Media Komputindo. <https://inlislite.ipdn.ac.id/opac/detail-opac?id=10280>
- Octarina, D., Handayani, R., & Sari, Y. P. (2023). Peran Dinas Kesehatan dalam peningkatan kinerja pelayanan publik. *Jurnal Manajemen Pelayanan Publik* , 11(1), 37–49.
- Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5587. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38685/uu-no-23-tahun-2014>
- Republik Indonesia. (2022). Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 18. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/195696/uu-no-1-tahun-2022>
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Jakarta: Sekretariat Negara. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/195696/uu-no-25-tahun-2009>

- Susilo, D. (2019). Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Mendukung Capaian SPM Bidang Kesehatan. *Jurnal Administrasi Publik*, 15 (2), 112–125.
- Sutrisno, A., & Lestari, E. (2019). Pengaruh ketersediaan obat dan alat terhadap capaian SPM kesehatan di Jawa Tengah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10 (2), 99–110. Di akses <https://ejournal.undip.ac.id/> 5 Agustus 2025
- Sutrisno, A, & Lestari, R. (2019). Pengaruh Ketersediaan Obat dan Alat terhadap Capaian SPM di Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7 (3), 45–53.
- Wibowo, T, Prasetya, D, & Sari, M. (2021). Analisis panel data faktor penentu capaian SPM di Jawa Timur. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 3 (1), 25–40.
- Widarjono, A. (2023). *Ekonometrika: Teori dan aplikasi untuk ekonomi dan bisnis*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN.
- Yustien, D, Maulida, F., & Suryani, A. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi capaian SPM kesehatan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 11(1), 56–64.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Variabel Penelitian

Tahun	Puskesmas	SDM	ALAT	OBAT	SASARAN	ANGGARAN	SPM
2020	RONGKOP	28	95	99	33597	566774960	76.70
2021	RONGKOP	28	95	100	33316	597156500	84.40
2022	RONGKOP	32	100	100	32631	832577800	84.40
2023	RONGKOP	32	100	100	29584	970753700	89.60
2024	RONGKOP	31	100	100	28460	778103395	89.80
2020	GIRISUBO	26	98	98	11577	475948500	73.50
2021	GIRISUBO	26	95	95	12052	582222000	72.40
2022	GIRISUBO	26	95	100	25977	792062000	72.20
2023	GIRISUBO	26	100	100	26489	709944192	75.40
2024	GIRISUBO	26	100	100	21641	722993001	89.00
2020	SEMIN I	30	90	95	29559	355137250	68.20
2021	SEMIN I	30	90	100	30510	384297000	68.80
2022	SEMIN I	30	95	100	29814	672915981	72.00
2023	SEMIN I	30	100	100	30251	780302626	76.60
2024	SEMIN I	28	100	100	26616	686855175	84.70
2020	SEMIN II	33	95	98	19334	245355000	57.20
2021	SEMIN II	33	95	98	16848	281155000	68.80
2022	SEMIN II	33	100	100	22426	633434568	73.20
2023	SEMIN II	30	100	100	22785	615058113	70.00
2024	SEMIN II	28	100	100	18358	578169331	88.00
2020	NGAWEN I	22	90	95	20782	152809927	71.70
2021	NGAWEN I	22	90	95	41250	190305000	75.20
2022	NGAWEN I	22	95	100	18746	460904000	82.30
2023	NGAWEN I	20	100	100	19007	491620638	88.60
2024	NGAWEN I	22	100	100	10754	552146548	87.10
2020	NGAWEN II	25	95	98	12299	266313550	78.20
2021	NGAWEN II	25	98	98	11571	265121584	80.00
2022	NGAWEN II	25	100	100	11445	418639000	79.90
2023	NGAWEN II	24	100	100	12092	407383907	83.70
2024	NGAWEN II	23	100	100	9572	540395385	80.00
2020	PONJONG I	35	95	95	33292	687789565	76.90
2021	PONJONG I	35	98	98	32720	586153900	78.00
2022	PONJONG I	35	100	100	30742	910913000	78.50
2023	PONJONG I	32	100	100	32321	864132005	83.70
2024	PONJONG I	36	100	100	26056	932047577	84.60
2020	PONJONG II	26	95	95	15589	261614100	74.10
2021	PONJONG II	26	98	98	15489	278779000	73.60

2022	PONJONG II	26	100	100	15521	569526779	80.30
2023	PONJONG II	25	100	100	15058	488911715	76.20
2024	PONJONG II	25	100	100	12786	499053845	79.90
2020	SEMANU I	32	95	95	37919	391569741	74.40
2021	SEMANU I	32	95	100	36813	415710000	75.00
2022	SEMANU I	32	98	100	36065	694299673	85.20
2023	SEMANU I	30	100	100	36384	496294015	84.40
2024	SEMANU I	27	100	100	32558	652272887	83.80
2020	SEMANU II	24	90	95	23318	338804800	71.50
2021	SEMANU II	24	95	95	20713	350000000	69.10
2022	SEMANU II	24	100	100	20620	513982000	75.30
2023	SEMANU II	21	100	100	19338	518843080	78.00
2024	SEMANU II	21	100	100	16598	670716350	80.00
2020	KARANGMOJO I	22	98	98	25949	412916950	67.50
2021	KARANGMOJO I	22	95	95	25605	413656000	68.60
2022	KARANGMOJO I	22	98	100	25716	659356666	75.90
2023	KARANGMOJO I	23	100	100	25033	709010813	77.70
2024	KARANGMOJO I	19	100	100	13902	741073818	83.60
2020	KARANGMOJO II	21	98	98	21959	478385335	65.90
2021	KARANGMOJO II	21	100	100	19935	422754500	68.00
2022	KARANGMOJO II	21	100	100	22116	580969091	69.50
2023	KARANGMOJO II	23	100	100	21216	549419418	73.00
2024	KARANGMOJO II	23	100	100	16896	625030678	80.90
2020	WONOSARI I	30	98	95	24931	485397350	70.30
2021	WONOSARI I	30	100	95	27049	371713000	69.90
2022	WONOSARI I	30	100	100	26752	526720256	76.70
2023	WONOSARI I	35	100	100	25184	625923675	83.30
2024	WONOSARI I	34	100	100	21645	524619128	82.80
2020	WONOSARI II	38	95	100	49479	582391125	72.10
2021	WONOSARI II	38	95	100	48077	529013450	73.30
2022	WONOSARI II	38	100	100	47762	708648456	79.90
2023	WONOSARI II	40	100	100	47792	812770593	84.40
2024	WONOSARI II	36	100	100	42086	634050243	82.70
2020	TEPUS I	23	95	100	11451	199999077	69.40

2021	TEPUS I	23	100	100	11410	209555839	69.70
2022	TEPUS I	23	100	100	11753	344246913	71.10
2023	TEPUS I	22	100	100	11865	464209553	70.90
2024	TEPUS I	21	100	100	10052	500308389	81.50
2020	TEPUS II	24	100	100	19878	404589859	63.50
2021	TEPUS II	24	100	100	20179	282064730	66.90
2022	TEPUS II	24	100	100	19250	537770102	74.70
2023	TEPUS II	21	100	100	19565	648075375	77.90
2024	TEPUS II	22	100	100	17225	607177729	82.50
2020	TANJUNGSARI	18	90	95	24146	456780370	69.70
2021	TANJUNGSARI	18	98	100	24145	347744000	76.80
2022	TANJUNGSARI	18	100	100	21162	651134331	84.50
2023	TANJUNGSARI	22	100	100	22675	686112224	82.90
2024	TANJUNGSARI	23	100	100	20710	681173013	96.00
2020	PLAYEN I	36	90	95	29869	470610800	79.10
2021	PLAYEN I	36	95	100	31430	587413000	74.30
2022	PLAYEN I	36	100	100	31441	647674838	82.70
2023	PLAYEN I	37	100	100	29547	820872056	80.70
2024	PLAYEN I	32	100	100	26059	590618276	84.90
2020	PLAYEN II	21	95	98	23636	212978190	74.90
2021	PLAYEN II	21	95	95	25755	291185000	74.20
2022	PLAYEN II	21	100	100	23936	593174297	79.50
2023	PLAYEN II	20	100	100	24427	597993479	83.10
2024	PLAYEN II	22	100	100	21275	573615360	86.50
2020	GEDANGSARI I	25	100	100	10609	329244781	70.30
2021	GEDANGSARI I	25	90	100	10874	307911550	75.30
2022	GEDANGSARI I	25	90	95	10631	429134256	77.60
2023	GEDANGSARI I	25	95	95	10857	483024648	82.30
2024	GEDANGSARI I	24	100	100	13448	611541124	86.00
2020	GEDANGSARI II	24	90	100	22070	294882702	70.10
2021	GEDANGSARI II	24	95	100	21208	219747250	74.40
2022	GEDANGSARI II	24	95	100	20970	424724950	75.00
2023	GEDANGSARI II	24	100	95	20672	448527206	81.50
2024	GEDANGSARI II	21	100	100	19038	527310706	85.00
2020	PATUK I	28	100	95	20584	367241440	74.10
2021	PATUK I	28	98	100	20575	348130000	79.90
2022	PATUK I	28	100	100	20510	589900130	75.30
2023	PATUK I	30	100	100	19720	641069400	86.30

2024	PATUK I	27	100	100	17604	678990945	95.00
2020	PATUK II	22	95	100	13651	360564590	75.50
2021	PATUK II	22	95	90	12909	392420000	84.30
2022	PATUK II	22	100	100	12889	558120000	81.90
2023	PATUK II	20	100	100	13703	575044648	85.50
2024	PATUK II	21	100	100	11598	720427047	85.00
2020	PANGGANG I	19	95	95	13199	380854756	71.80
2021	PANGGANG I	19	95	100	13356	199525000	81.50
2022	PANGGANG I	19	100	100	13250	506016081	83.00
2023	PANGGANG I	18	100	100	13364	541905098	85.90
2024	PANGGANG I	18	100	100	11168	640403279	80.00
2020	PANGGANG II	33	90	95	19630	339248650	72.50
2021	PANGGANG II	33	95	100	19699	388155500	80.20
2022	PANGGANG II	33	100	100	19563	569526779	84.20
2023	PANGGANG II	36	100	100	20038	625341018	83.40
2024	PANGGANG II	31	100	100	6964	607398767	89.50
2020	SAPTOSARI	25	95	95	32275	197077863	70.40
2021	SAPTOSARI	25	95	100	34518	451311000	79.80
2022	SAPTOSARI	25	100	100	33300	663534200	85.60
2023	SAPTOSARI	22	100	100	32824	685451216	82.00
2024	SAPTOSARI	24	100	100	26207	654414277	96.00
2020	PURWOSARI	25	90	95	20857	367721100	69.60
2021	PURWOSARI	25	95	100	19089	471604000	73.60
2022	PURWOSARI	25	100	100	22347	634351250	79.10
2023	PURWOSARI	24	100	100	22090	590621184	83.30
2024	PURWOSARI	22	100	100	14405	761445446	86.00
2020	PALIYAN	28	90	95	30945	220782500	71.10
2021	PALIYAN	28	90	100	30420	380854900	73.00
2022	PALIYAN	28	95	100	29268	729923500	80.20
2023	PALIYAN	28	100	100	30242	800398680	83.50
2024	PALIYAN	28	100	100	22719	753127506	90.60
2020	NGLIPAR I	26	95	95	6636	369461950	72.60
2021	NGLIPAR I	26	95	95	8866	353709500	75.00
2022	NGLIPAR I	26	95	100	9187	691767908	78.60
2023	NGLIPAR I	27	100	100	8979	452144511	81.90
2024	NGLIPAR I	27	100	100	11070	654030351	84.90
2020	NGLIPAR II	22	95	95	24693	351988800	67.10
2021	NGLIPAR II	22	95	95	20767	372792000	69.30
2022	NGLIPAR II	22	98	100	20828	463539839	75.50
2023	NGLIPAR II	23	100	100	21248	500343250	83.00
2024	NGLIPAR II	22	100	100	32631	625183514	80.80

Lampiran 2 Hasil Estimasi Analisis Statistik Deskriptif

	SPM	SDM	ALAT	OBAT	SASARAN	ANGGARAN
Mean	78.21867	26.20667	97.64000	98.86000	22212.87	5.22E+08
Median	78.55000	25.00000	100.0000	100.0000	21066.00	5.28E+08
Maximum	96.00000	40.00000	100.0000	100.0000	49479.00	9.71E+08
Minimum	57.20000	18.00000	90.00000	90.00000	6636.000	1.53E+08
Std. Dev.	6.800142	5.138742	3.238361	2.082300	8884.531	1.72E+08
Skewness	0.004365	0.648901	-1.152323	-1.602957	0.675549	0.032803
Kurtosis	2.859931	2.604777	3.207657	4.517100	3.410698	2.520174
Jarque-Bera	0.123098	11.50307	33.46570	78.62175	12.46337	1.465859
Probability	0.940307	0.003178	0.000000	0.000000	0.001966	0.480499
Sum	11732.80	3931.000	14646.00	14829.00	3331930.	7.82E+10
Sum Sq. Dev.	6890.048	3934.593	1562.560	646.0600	1.18E+10	4.43E+18
Observations	150	150	150	150	150	150

Lampiran 3 Hasil Estimasi Common Effect

Dependent Variable: SPM

Method: Panel Least Squares

Date: 09/09/25 Time: 16:20

Sample: 2020 2024

Periods included: 5

Cross-sections included: 30

Total panel (balanced) observations: 150

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	19.60134	24.65219	0.795116	0.4279
SDM	-0.053328	0.104232	-0.511630	0.6097
ALAT	0.311357	0.189470	1.643309	0.1025
OBAT	0.213862	0.264799	0.807639	0.4206
SASARAN	-9.65E-05	6.15E-05	-1.570416	0.1185
ANGGARAN	2.04E-08	3.48E-09	5.851517	0.0000
R-squared	0.398728	Mean dependent var	78.21867	
Adjusted R-squared	0.377851	S.D. dependent var	6.800142	
S.E. of regression	5.363711	Akaike info criterion	6.236367	
Sum squared resid	4142.792	Schwarz criterion	6.356792	
Log likelihood	-461.7275	Hannan-Quinn criter.	6.285292	
F-statistic	19.09846	Durbin-Watson stat	1.016830	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Lampiran 4 Hasil Estimasi Fixed Effect

Dependent Variable: SPM

Method: Panel Least Squares

Date: 09/09/25 Time: 16:20

Sample: 2020 2024

Periods included: 5

Cross-sections included: 30

Total panel (balanced) observations: 150

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	16.44237	23.79756	0.690927	0.4910
SDM	-0.101579	0.279110	-0.363938	0.7166
ALAT	0.479897	0.183940	2.608989	0.0103
OBAT	0.141972	0.224152	0.633373	0.5277
SASARAN	-0.000314	0.000114	-2.764644	0.0066
ANGGARAN	2.02E-08	3.72E-09	5.428539	0.0000

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.709075	Mean dependent var	78.21867
Adjusted R-squared	0.623063	S.D. dependent var	6.800142
S.E. of regression	4.174963	Akaike info criterion	5.897052
Sum squared resid	2004.487	Schwarz criterion	6.599533
Log likelihood	-407.2789	Hannan-Quinn criter.	6.182448
F-statistic	8.243853	Durbin-Watson stat	2.060060
Prob(F-statistic)	0.000000		

Lampiran 5 Hasil Estimasi Random Effect

Dependent Variable: SPM
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)
Date: 09/09/25 Time: 16:20
Sample: 2020 2024
Periods included: 5
Cross-sections included: 30
Total panel (balanced) observations: 150
Swamy and Arora estimator of component variances

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	13.35615	21.59910	0.618366	0.5373
SDM	-0.019188	0.138662	-0.138380	0.8901
ALAT	0.435917	0.171239	2.545665	0.0120
OBAT	0.156365	0.218600	0.715302	0.4756
SASARAN	-0.000164	7.51E-05	-2.182314	0.0307
ANGGARAN	2.11E-08	3.32E-09	6.348011	0.0000
Effects Specification				
			S.D.	Rho
Cross-section random			3.177305	0.3668
Idiosyncratic random			4.174963	0.6332
Weighted Statistics				
R-squared	0.527081	Mean dependent var		39.62843
Adjusted R-squared	0.510660	S.D. dependent var		6.076282
S.E. of regression	4.250532	Sum squared resid		2601.651
F-statistic	32.09836	Durbin-Watson stat		1.633955
Prob(F-statistic)	0.000000			
Unweighted Statistics				
R-squared	0.388436	Mean dependent var		78.21867
Sum squared resid	4213.705	Durbin-Watson stat		1.008846

Lampiran 6 Hasil Estimasi Uji Chow

Redundant Fixed Effects Tests

Equation: FEM_1

Test cross-section fixed effects

Effects Test	Statistic	d.f.	Prob.
Cross-section F	4.230255	(29,115)	0.0000
Cross-section Chi-square	108.897314	29	0.0000

Lampiran 7 Hasil Estimasi Uji Lagrange Multiplier

Lagrange Multiplier Tests for Random Effects

Null hypotheses: No effects

Alternative hypotheses: Two-sided (Breusch-Pagan) and one-sided (all others) alternatives

	Test Hypothesis		
	Cross-section	Time	Both
Breusch-Pagan	38.41411 (0.0000)	31.90715 (0.0000)	70.32126 (0.0000)
Honda	6.197912 (0.0000)	5.648642 (0.0000)	8.376778 (0.0000)
King-Wu	6.197912 (0.0000)	5.648642 (0.0000)	7.453081 (0.0000)
Standardized Honda	6.772990 (0.0000)	7.827715 (0.0000)	5.608319 (0.0000)
Standardized King-Wu	6.772990 (0.0000)	7.827715 (0.0000)	6.366972 (0.0000)
Gourieroux, et al.	--	--	70.32126 (0.0000)

Lampiran 8 Hasil Estimasi Uji Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test

Equation: REM_1

Test cross-section random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	10.260089	5	0.0682

Lampiran 9 Cross Section Effect

Puskesmas	Capaian SPM (%)	Konstanta Fixed Effect	Total Effect (%)
SAPTOSARI	6.989052	16.44237	23.431422
SEMANU I	6.93399	16.44237	23.37636
NGAWEN I	6.717962	16.44237	23.160332
WONOSARI II	6.286652	16.44237	22.729022
RONGKOP	5.19284	16.44237	21.63521
PALIYAN	3.816251	16.44237	20.258621
PLAYEN I	3.629784	16.44237	20.072154
PANGGANG II	3.471626	16.44237	19.913996
PLAYEN II	2.625465	16.44237	19.067835
TANJUNGSARI	2.35259	16.44237	18.79496
PATUK I	2.313397	16.44237	18.755767
GEDANGSARI II	1.812962	16.44237	18.255332
NGAWEN II	0.914446	16.44237	17.356816
PATUK II	0.775044	16.44237	17.217414
PONJONG I	-0.223839	16.44237	16.218531
GEDANGSARI I	-0.304061	16.44237	16.138309
PANGGANG I	-0.313096	16.44237	16.129274
WONOSARI I	-0.661125	16.44237	15.781245
SEMIN I	-1.420251	16.44237	15.022119
PURWOSARI	-1.467272	16.44237	14.975098
NGLIPAR II	-1.585238	16.44237	14.857132
PONJONG II	-2.128029	16.44237	14.314341
NGLIPAR I	-2.990424	16.44237	13.451946
SEMANU II	-3.144471	16.44237	13.297899
GIRISUBO	-5.248675	16.44237	11.193695
KARANGMOJO I	-5.260548	16.44237	11.181822
SEMIN II	-6.155551	16.44237	10.286819
TEPUS I	-6.737517	16.44237	9.704853
TEPUS II	-7.162735	16.44237	9.279635
KARANGMOJO II	-9.011229	16.44237	7.431141

Lampiran 10 Efisiensi Penggunaan Anggaran

No	Puskesmas	Rata-rata Realisasi BOK (Rp)	Rata-rata Capaian SPM (%)	Rata-rata Efisiensi (SPM/BO)	Kategori
1	Rongkop	749.473.271	84,58	0,77	Cukup Efisien
2	Girisubo	656.234.738	76,10	0,68	Efisien
3	Semin I	575.101.006	74,84	0,59	Efisien
4	Semin II	470.634.802	71,84	0,49	Cukup Efisien
5	Ngawen I	369.157.623	80,58	0,48	Cukup Efisien
6	Ngawen II	379.970.085	80,36	0,39	Cukup Efisien
7	Ponjong I	796.207.009	80,54	0,74	Sangat Efisien
8	Ponjong II	419.177.088	76,82	0,43	Cukup Efisien
9	Semanu I	546.828.863	78,80	0,54	Efisien
10	Semanu II	478.669.246	74,78	0,53	Cukup Efisien
11	Karangmojo I	587.601.249	74,26	0,60	Efisien
12	Karangmojo II	531.312.005	71,08	0,56	Cukup Efisien
13	Wonosari I	506.354.278	76,02	0,54	Cukup Efisien
14	Wonosari II	653.374.324	78,48	0,68	Efisien
15	Tepus I	363.663.754	72,72	0,45	Cukup Efisien
16	Tepus II	495.735.559	73,92	0,53	Cukup Efisien
17	Tanjungsari	564.988.788	81,16	0,63	Efisien
18	Playen I	623.437.394	80,54	0,63	Efisien
19	Playen II	453.189.661	79,64	0,53	Cukup Efisien
20	Gedangsari I	452.191.472	78,36	0,49	Cukup Efisien
21	Gedangsari II	383.438.963	77,20	0,45	Cukup Efisien
22	Patuk I	525.066.383	82,14	0,55	Efisien
23	Patuk II	521.315.657	82,44	0,56	Cukup Efisien
24	Panggang I	453.940.823	80,44	0,48	Cukup Efisien

25	Panggang II	498.134.943	82,32	0,50	Cukup Efisien
26	Saptosari	536.757.372	82,76	0,58	Efisien
27	Purwosari	565.748.196	78,92	0,57	Efisien
28	Paliyan	577.818.917	79,88	0,58	Efisien
29	Nglipar I	504.422.444	78,58	0,52	Cukup Efisien
30	Nglipar II	462.569.021	75,34	0,48	Cukup Efisien