

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data panel mengenai pengaruh Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan, Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), dan persentase penduduk miskin terhadap umur harapan hidup di Indonesia selama periode tertentu, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap Umur Harapan Hidup. Hal ini menunjukkan bahwa semakin besar alokasi DAK kesehatan, maka semakin baik layanan kesehatan di daerah, yang berdampak pada peningkatan Usia Harapan Hidup masyarakat.
2. PDRB per kapita juga menunjukkan pengaruh positif terhadap Umur Harapan Hidup, meskipun dalam beberapa daerah pengaruhnya tidak signifikan. Ini mengindikasikan bahwa pertumbuhan ekonomi memberikan kontribusi terhadap kesejahteraan masyarakat, namun belum merata secara nasional.
3. Persentase penduduk miskin (PPM) berpengaruh negatif dan signifikan terhadap Umur Harapan Hidup. Semakin tinggi angka kemiskinan di suatu daerah, semakin rendah tingkat umur harapan hidup masyarakat. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, pendidikan, dan nutrisi yang layak.

4. Variabel DAK, PDRB, dan PPM secara bersama- sama (simultan) berpengaruh terhadap Umur Harapan Hidup, yang artinya bahwa variabel independen secara bersama-sama mempengaruhi variabel dependen dimana Nilai Umur Harapan Hidup sangat tergantung dengan variabel Dana Alokasi Khusus, Product Domestic Regional Bruto dan Persentase Penduduk Miskin

5.2. Rekomendasi Kebijakan

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang didapat, maka rekomendasi kebijakan untuk penelitian selanjutnya adalah sebagai berikut:

5.2.1. Rekomendasi untuk Pemerintahan pusat

1. Pemerintah pusat perlu mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas penyaluran DAK bidang Kesehatan ke daerah, dengan mempertimbangkan indikator kesehatan lokal dan tingkat kebutuhan aktual di setiap wilayah.
2. Prioritaskan DAK untuk daerah dengan umur harapan hidup rendah dan persentase penduduk miskin tinggi agar alokasi lebih tepat sasaran.
3. Kebijakan ekonomi dan kesehatan sebaiknya dirancang secara terintegrasi. Misalnya, program padat karya yang menciptakan lapangan kerja di sektor kesehatan dan lingkungan, sekaligus mengurangi kemiskinan.
4. Pemerintah pusat perlu membangun sistem monitoring dan evaluasi yang lebih kuat terkait pencapaian SDGs, terutama untuk indikator kesehatan seperti umur harapan hidup. Data terintegrasi antar kementerian dan daerah sangat penting untuk pengambilan keputusan berbasis bukti.

5.2.1 Rekomendasi untuk Pemerintahan Daerah

1. Pemerintah daerah harus menggunakan DAK Kesehatan dengan efisien, transparan, dan akuntabel. Fokus utama sebaiknya pada penyediaan fasilitas kesehatan dasar, peningkatan jumlah tenaga medis, dan edukasi kesehatan masyarakat.
2. Daerah didorong untuk mendorong pertumbuhan ekonomi melalui sektor yang berdampak langsung pada kesehatan, seperti air bersih, sanitasi, dan pertanian berkelanjutan.
3. Mengembangkan program pengentasan kemiskinan berbasis lokal yang mencakup layanan kesehatan gratis, subsidi makanan bergizi, dan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin

5.2.2 Rekomendasi untuk Stakeholder dan Mitra Pembangunan

1. Lembaga swadaya masyarakat (LSM), akademisi, sektor swasta, dan organisasi internasional didorong untuk terlibat dalam pengembangan program kesehatan yang berpihak pada masyarakat miskin dan daerah tertinggal.
2. Dunia usaha didorong untuk melakukan *corporate social responsibility* (CSR) yang berfokus pada bidang kesehatan dan pendidikan, khususnya di daerah dengan PDRB rendah dan angka kemiskinan tinggi
3. Stakeholder non-pemerintah dapat berperan dalam peningkatan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan preventif, gizi seimbang, dan sanitasi sebagai faktor pendukung umur harapan hidup