

# Determinan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Capaian Standar Pelayanan Minimal Kesehatan

Fitri Giyanti\*, Unggul Priyadi

Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Program Studi Magister Ilmu Ekonomi, Universitas Islam Indonesia, Sleman, Indonesia.  
Jl. Prawiro Kuat, Ngringin, Condongcatur, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55283, Indonesia  
Email: <sup>1</sup>\*fitrigiyanti75@gmail.com, <sup>2</sup>unggul.priyadi@uii.ac.id  
Email Penulis Korespondensi: fitrigiyanti75@gmail.com

**Abstrak**—Kebijakan publik di bidang kesehatan berperan penting dalam menjamin pemenuhan pelayanan dasar bagi masyarakat melalui pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan. Capaian SPM Kesehatan menjadi indikator kinerja pemerintah daerah dalam melaksanakan urusan wajib bidang kesehatan. Meskipun kebijakan SPM telah diterapkan secara nasional, capaian SPM Kesehatan di tingkat Puskesmas masih menunjukkan variasi antarwilayah. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi capaian SPM Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul pada periode 2020–2024 dari perspektif kebijakan publik berbasis kinerja. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan data panel 30 Puskesmas selama lima tahun. Variabel independen meliputi sumber daya manusia, sarana, alat kesehatan, obat, sasaran layanan, dan anggaran, sedangkan variabel dependen adalah capaian SPM Kesehatan. Analisis dilakukan menggunakan regresi data panel dengan model Fixed Effect sebagai model terbaik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara simultan seluruh variabel berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM Kesehatan. Secara parsial, sarana, alat kesehatan, sasaran layanan, dan anggaran berpengaruh signifikan, sedangkan sumber daya manusia dan obat tidak berpengaruh signifikan. Hasil analisis efisiensi anggaran menunjukkan realisasi Dana BOK tertinggi terdapat di Puskesmas Ponjong I sebesar Rp796.207.009 dan terendah di Ngawen I sebesar Rp369.157.623, sementara capaian SPM tertinggi dicapai oleh Puskesmas Patuk II (82,44%) dan terendah Semin II (71,84%). Temuan ini menegaskan bahwa efektivitas kebijakan SPM Kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan infrastruktur dan pengelolaan anggaran publik yang berbasis kinerja.

**Kata Kunci:** SPM Kesehatan; Kinerja Puskesmas; Kebijakan Publik; Anggaran Publik

**Abstract**—Public policy in the health sector plays an important role in ensuring the fulfillment of basic services for the community through the implementation of Minimum Service Standards (SPM) for Health. The achievement of SPM for Health is an indicator of the performance of local governments in carrying out their mandatory duties in the health sector. Although the SPM policy has been implemented nationally, the achievement of SPM for Health at the community health center (Puskesmas) level still shows variations between regions. This study aims to analyze the factors that influence the achievement of the Minimum Health Service Standards in Gunungkidul Regency for the period 2020–2024 from the perspective of performance-based public policy. The study used a quantitative approach with panel data from 30 Puskesmas over five years. The independent variables included human resources, facilities, medical equipment, medicines, service targets, and budget, while the dependent variable was the achievement of the Minimum Service Standards for Health. The analysis was conducted using panel data regression with the Fixed Effect model as the best model. The results of the study indicate that simultaneously, all variables have a significant effect on the achievement of Health SPM. Partially, facilities, medical equipment, service targets, and budget have a significant effect, while human resources and medicines do not have a significant effect. The results of the budget efficiency analysis show that the highest realization of BOK funds was at the Ponjong I Community Health Center, amounting to Rp796,207,009, and the lowest was at Ngawen I, amounting to Rp369,157,623, while the highest SPM achievement was achieved by the Patuk II Community Health Center (82.44%) and the lowest was by Semin II (71.84%). These findings confirm that the effectiveness of Health SPM policies is largely determined by infrastructure support and performance-based public budget management.

**Keywords:** Health SPM; Community Health Center Performance; Public Policy; Public Budget

## 1. PENDAHULUAN

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 (Kinanti et al., 2025; Priyatna et al., 2024). 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. SPM kesehatan juga bermanfaat untuk memperkuat penganggaran berbasis kinerja (*Performance Based Budgeting*) 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” (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

Pengalokasian dana alokasi Khusus (DAK) ke daerah menyesuaikan kebutuhan masing-masing daerah untuk pencapaian target SPM kesehatan dimana Pemerintah Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK (Priyatna et al., 2024). Kondisi ini akan membuat berbagai pihak secara bersama-sama menuju pencapaian target SPM kesehatan, termasuk didalamnya 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 (Andriani et

al., 2024). 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. 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

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 (Putri & Handaruan, 2023). Terdapat 12 indikator standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan untuk kabupaten/kota yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah yang meliputi 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 tuberkulosis, 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% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

Kebijakan publik menjadi instrumen serangkaian keputusan dan tindakan pemerintah yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu melalui pengelolaan sumber daya publik secara efektif dan efisien (Lucyiana et al., 2023). Dalam sektor kesehatan, kebijakan publik diwujudkan salah satunya melalui penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan sebagai instrumen untuk menjamin terpenuhinya hak dasar masyarakat atas pelayanan kesehatan yang bermutu. SPM Kesehatan merupakan kebijakan nasional yang bertujuan menjamin terpenuhinya hak dasar masyarakat atas pelayanan kesehatan yang bermutu (Panji et al., 2023). Capaian SPM digunakan sebagai indikator kinerja pemerintah daerah dalam melaksanakan urusan wajib bidang kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Oleh sebab itu capaian SPM tidak menggambarkan tingkat kepatuhan terhadap regulasi, tetapi juga mencerminkan efektivitas kebijakan publik di tingkat implementasi.

**Tabel 1.** 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   | 79,12%  |
| 12 | Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau <i>Human Immunodeficiency Virus</i> | 93,94%  |

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2024)

Tabel 1 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. 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. Pembagian wilayah dari 30 UPT Puskesmas dalam tiga area berdasarkan kondisi geografi. Berikut daftar puskesmas sesuai dengan bagian di wilayah kabupaten Gunungkidul.

**Tabel 2.** 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%         |

| Wilayah | Nama Puskesmas          | Rata-rata (%) |
|---------|-------------------------|---------------|
| Tengah  | Puskesmas Panggang I    | 80%           |
|         | Puskesmas Panggang II   | 89,5%         |
|         | Puskesmas Saptosari     | 96%           |
|         | Puskesmas Tanjungsari   | 96%           |
|         | 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: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2024)

Tabel 2 menunjukkan 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. Dalam praktiknya, capaian SPM Kesehatan di tingkat Puskesmas di Gunungkidul masih menunjukkan variasi antarwilayah meskipun berada dalam kerangka kebijakan yang sama. Perbedaan tersebut mengindikasikan adanya variasi dalam pengelolaan sumber daya, kapasitas organisasi, serta efektivitas penggunaan anggaran pelayanan kesehatan. Kabupaten Gunungkidul sebagai daerah dengan karakteristik geografis dan demografis yang beragam menghadapi tantangan tersendiri dalam pencapaian SPM Kesehatan, khususnya terkait keterbatasan akses, distribusi fasilitas, dan ketersediaan sumber daya pelayanan.

Akan tetapi, meskipun DAK Non Fisik dialokasikan untuk memperkuat kinerja pelayanan kesehatan dasar, capaian SPM di Kabupaten Gunungkidul belum sepenuhnya memenuhi target dan menunjukkan variasi yang cukup lebar antar Puskesmas. Perbedaan antara besarnya penggunaan anggaran dan hasil kinerja yang dicapai mengindikasikan adanya persoalan dalam efektivitas pengelolaan dana serta pengaruh faktor lain di luar aspek pendanaan, seperti karakteristik wilayah, kapasitas sumber daya, dan kondisi geografis. Kabupaten Gunungkidul memiliki 30 UPT Puskesmas yang tersebar dalam tiga wilayah berdasarkan karakteristik geografis yang berbeda, sehingga berpotensi menimbulkan variasi beban pelayanan dan kinerja. Kondisi ini menegaskan pentingnya dilakukan penelitian untuk mengkaji secara empiris efektivitas DAK Non Fisik serta faktor-faktor yang memengaruhi capaian SPM kesehatan, agar kebijakan alokasi dan pengelolaan anggaran dapat lebih tepat sasaran dan berkeadilan antar wilayah layanan.

Dalam menyusun penelitian ini terdapat beberapa kajian literatur yang berfungsi sebagai referensi dasar dan pendalaman teori yang akan dipakai dalam penelitian. Studi oleh Manusiwa et al. (2025) menunjukkan bahwa variabel SDM dan anggaran tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap capaian SPM dalam jangka pendek. Fanda et al. (2023) 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. Hill, M., & Hupe (2022) menekankan variasi capaian kinerja antar unit pelaksana kebijakan sering kali dipengaruhi oleh kapasitas organisasi dan efektivitas koordinasi lintas sektor. Berdasarkan kajian penelitian diatas, penelitian ini memiliki *novelty* atau kebaruan yaitu menggunakan variabel ekonomi kesehatan seperti sumberdaya manusia, sarana meliputi ketersediaan alat, obat, sasaran dan anggaran.

Urgensi penelitian adalah untuk memberikan masukan dalam perbaikan perencanaan, pengelolaan dan evaluasi DAK Non Fisik sekaligus mendukung tercapainya target-target nasional di bidang kesehatan sebagaimana tertuang dalam dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Dokumen Perencanaan. Oleh karenanya, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi capaian SPM di Gunungkidul Tahun 2020-2024.

## 2. METODE PENELITIAN

### 2.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan ini menggunakan pendekatan kuantitatif menurut penelitian kuantitatif adalah metode untuk menguji teori-teori tertentu dengan cara meneliti hubungan antar variabel (Aziza, 2023; Creswell & Poth, 2016). Variabel-variabel dalam penelitian kuantitatif menggunakan data yang terdiri dari angka-angka, sehingga dapat dianalisis berdasarkan prosedur statistik.

### 2.2 Sumber Data

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 30 Puskesmas di kabupaten Gunungkidul, yang menerima Dana DAK Non Fisik setiap tahun selama periode penelitian. Variabel data penelitian ini meliputi variabel sumberdaya manusia, sarana prasana ketersediaan alat kesehatan, obat, sasaran, alokasi anggaran. Data-data yang digunakan dalam penelitian ini termuat pada tabel 3 definisi operasional variabel sebagai berikut:

**Tabel 3.** Definisi Operasional Variabel

| Variabel                          | Definisi Operasional   | Proxy/Ukuran/Sumber  |
|-----------------------------------|--|--|
| Capaian Kinerja SPM               | Persentase capaian target layanan kesehatan dasar sesuai indikator SPM.  | Persentase capaian masing-masing layanan SPM kesehatan.skala rasio;<br>Sumber: Renstra Dinas Kesehatan; Laporan Evaluasi Kinerja   |
| SDM                               | Jumlah ketersediaan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, dll.) dibandingkan dengan kebutuhan minimal sesuai standar.   | Jumlah SDM aktual- Rasio SDM dengan kebutuhan- Kesesuaian kompetensi dengan skala rasio<br>Sumber: Permenkes 19 tahun 2024 tentang Puskesmas<br>Profil SDMK; 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.<br>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<br>Sumber; Permenkes 19 tahun 2024 tentang Puskesmas<br>Profil SDMK; 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<br>Sumber: Permenkes Nomor 6 tahun 2024 tentang pemenuhan SPM bidang kesehatan |
| 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;<br>Sumber: UU 1/2022 tentang Hubungan keuangan pemerintah pusat dan daerah                                    |

### 2.3 Metode Analisis

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, 2018). Model umum ekonometrika yang digunakan dalam penelitian ini dituliskan sebagai berikut:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1(SDM_{it}) + \beta_2(Alat_{it}) + \beta_3(Obat_{it}) + \beta_4(Sasaran_{it}) + \beta_5(Anggaran_{it}) + u_i + \epsilon_{it} \quad (1)$$

Model regresi panel tersebut menjelaskan hubungan antara capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan berbagai faktor pendukung pelaksanaan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Variabel dependen  $Y_{it}$

merepresentasikan capaian SPM pada unit ke-i di tahun ke-t dalam bentuk persentase. Variabel independen meliputi jumlah tenaga kesehatan (SDMit) yang mendukung pelaksanaan BOK, nilai atau jumlah obat (Obatit) yang disediakan, nilai atau jumlah alat kesehatan (Alatit) yang digunakan, jumlah sasaran kegiatan (Sasaranit), serta jumlah dana BOK yang direalisasikan (Anggaranit). Model ini juga memasukkan efek individual  $\mu_i$  untuk menangkap karakteristik khusus masing-masing unit yang bersifat tetap atau acak, serta error term  $\epsilon_{it}$  yang merepresentasikan pengaruh faktor lain di luar model.

### 2.3.1 Uji Pemilihan Model Panel

#### a. Uji Chow

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

H<sub>0</sub> : Model *Common Effect* yang terbaik

H<sub>a</sub> : 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 (Widarjono, 2018).

#### b. Uji Hausman

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

H<sub>0</sub> : Model *Random effect* yang terbaik

H<sub>a</sub> : Model *Fixed Effect* yang terbaik

Jika nilai signifikansi  $> \alpha = 0.05$ , gagal menolak H<sub>0</sub>, sehingga model *Random Effect* lebih baik. Jika nilai signifikansi  $< \alpha = 0.05$ , maka menolak H<sub>0</sub>, sehingga model *Fixed Effect* lebih baik (Widarjono, 2018)

#### 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<sub>0</sub> : Model *Common Effect* yang terbaik

H<sub>a</sub> : Model *Random Effect* yang terbaik

Jika nilai probabilitas *Breusch-Pagan* (BP)  $> \alpha = 0.05$ , maka gagal menolak H<sub>0</sub>, sehingga model *Common Effect* lebih baik. Jika nilai probabilitas *Breusch-Pagan* (BP)  $< \alpha = 0.05$ , maka menolak H<sub>0</sub> atau H<sub>a</sub> diterima, yang berarti model *Random Effect* lebih baik (Widarjono, 2018).

### 2.3.2 Uji Simultan (Uji F)

Uji F digunakan untuk menguji pengaruh dari semua variabel bebas secara simultan terhadap variabel terikat. Pada tingkat signifikansi tertentu, jika nilai signifikansi F (Sig. F) lebih kecil dari nilai alpha (0,05) maka keputusannya adalah menolak hipotesis null, artinya secara simultan pengaruh variabel bebas signifikan terhadap variabel terikat (Widarjono, 2018). Adapun hipotesis dalam uji simultan sebagai berikut:

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

(Seluruh variabel independen secara simultan tidak mempengaruhi variabel dependen)

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

(Seluruh variabel independen secara simultan mempengaruhi variabel dependen)

### 2.3.3 Uji Parsial (Uji T)

Uji t digunakan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen secara parsial (Widarjono, 2018). Uji ini membantu menjelaskan variabel mana yang secara individu berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM.

#### a. Variabel SDM

H<sub>0</sub>:  $\beta_1 = 0$  (SDM tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)

H<sub>1</sub>:  $\beta_1 \neq 0$  (SDM berpengaruh terhadap capaian SPM)

#### b. Variabel ketersediaan obat

H<sub>0</sub>:  $\beta_2 = 0$  (Ketersediaan obat tidak berpengaruh terhadap capaian SPM).

H<sub>1</sub>:  $\beta_2 \neq 0$  (Ketersediaan obat berpengaruh terhadap capaian SPM)

#### c. Variabel ketersediaan alat

H<sub>0</sub>:  $\beta_3 = 0$  (Ketersediaan alat tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)

H<sub>1</sub>:  $\beta_3 \neq 0$  (Ketersediaan alat berpengaruh terhadap capaian SPM)

#### d. Variabel jumlah sasaran

H<sub>0</sub>:  $\beta_4 = 0$  (Ketersediaan sasaran tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)

H<sub>1</sub>:  $\beta_4 \neq 0$  (Ketersediaan sasaran berpengaruh terhadap capaian SPM)

#### e. Variabel serapan anggaran

- H<sub>0</sub>: β<sub>5</sub> = 0 (Ketersediaan anggaran tidak berpengaruh terhadap capaian SPM)  
 H<sub>1</sub>: β<sub>5</sub> ≠ 0 (Ketersediaan sasaran berpengaruh terhadap capaian SPM)

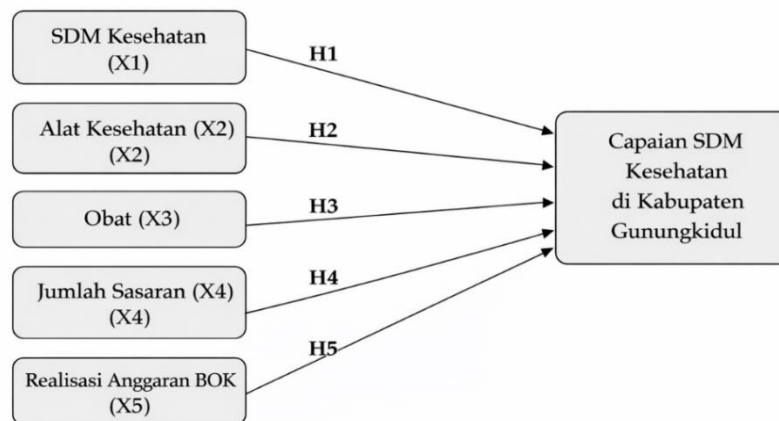
**2.4 Analisis Efisiensi Anggaran**

Efisiensi secara umum pada sektor publik dapat diukur dengan rasio antara hasil (output) terhadap sumber daya yang digunakan (input) (Afonso, A, Jalles, J. T, & Venâncio, 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 menyatakan bahwa rasio output terhadap biaya (*cost-efficiency ratio*) adalah metode yang lazim digunakan dalam mengukur efisiensi fiskal di berbagai sektor termasuk kesehatan (International Monetary Fund, 2023).

$$\text{Rasio Efisiensi} = \frac{\text{Capaian SPM}}{\text{Realisasi Anggaran}} \times 100 \tag{2}$$

**2.5 Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian**

Gambar 1 kerangka konseptual penelitian berikut menggambarkan hubungan kausal antara variabel-variabel independen dan variabel dependen yang diteliti. Variabel independen terdiri atas SDM kesehatan (X1), alat kesehatan (X2), obat (X3), jumlah sasaran (X4), dan realisasi anggaran BOK (X5). Kelima variabel ini diasumsikan memiliki pengaruh langsung terhadap variabel dependen, yaitu capaian SPM kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. Panah yang mengarah ke variabel dependen menunjukkan arah pengaruh yang diuji melalui hipotesis H1 sampai H5, di mana masing-masing hipotesis merepresentasikan dugaan adanya pengaruh signifikan dari setiap variabel independen terhadap capaian SPM. Kerangka ini menegaskan bahwa peningkatan capaian pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh satu faktor, tetapi merupakan hasil dari sinergi sumber daya manusia, sarana prasarana, dukungan obat, sasaran layanan, serta efektivitas realisasi anggaran.



**Gambar 1.** Kerangka Konseptual Penelitian

**2.5.1 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, 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, M., & Hupe, 2022).

Efisiensi penggunaan dana DAK non fisik 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 pelaksanaan.

**2.5.2 Konsepsi 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 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

### **2.5.3 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan**

Berdasarkan 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* dan (12) Pelayanan penderita HIV/AIDS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024)

### **2.5.4 Sumber Daya Manusia (SDM)**

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 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

H1: Diduga secara parsial variabel sumberdaya berpengaruh positif terhadap capaian SPM Kesehatan

### **2.5.5 Alat Kesehatan**

Keberadaan alat kesehatan yang memadai menjadi unsur penting dalam mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar, khususnya pada kegiatan skrining dan deteksi dini yang tercantum dalam indikator SPM. Pemanfaatan alat seperti tensimeter digital, USG portabel, maupun rapid test memungkinkan tenaga kesehatan mengidentifikasi kondisi risiko secara lebih cepat dan tepat sasaran. Keterbatasan ketersediaan alat kesehatan berpotensi menghambat proses intervensi dini, menurunkan ketepatan diagnosis awal, serta membatasi efektivitas pelayanan promotif dan preventif. Oleh karena itu, alat kesehatan berperan sebagai faktor pendukung utama yang menentukan kapasitas puskesmas dalam memberikan layanan sesuai standar yang ditetapkan (Putra et al., 2025).

H2: Diduga secara parsial variabel ketersediaan alat kesehatan berpengaruh positif terhadap capaian SPM Kesehatan

### **2.5.6 Ketersediaan Obat**

Obat esensial merupakan komponen krusial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer, baik untuk tindakan pengobatan maupun pencegahan penyakit. Ketersediaan obat yang sesuai dengan standar pelayanan menjamin keberlanjutan terapi serta meningkatkan efektivitas penanganan masalah kesehatan masyarakat. Ketidakefisienan dalam sistem pengadaan dan distribusi obat dapat memicu gangguan pelayanan, memperpanjang waktu tunggu pasien, dan menurunkan tingkat kepuasan masyarakat terhadap puskesmas. Dengan demikian, kecukupan obat esensial mencerminkan mutu layanan kesehatan dasar sekaligus menunjukkan kemampuan institusi dalam memenuhi kebutuhan medis masyarakat secara konsisten (Fitriana et al., 2025; Rundengan, 2023).

H3: Diduga secara parsial variabel ketersediaan obat berpengaruh positif terhadap capaian SPM Kesehatan

### **2.5.7 Sasaran Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana fisik memiliki peran strategis dalam menunjang kelancaran dan efektivitas pelayanan kesehatan. Ketersediaan ruang pelayanan yang memadai, kendaraan operasional, serta aksesibilitas fasilitas kesehatan berpengaruh langsung terhadap efisiensi proses pelayanan dan jangkauan layanan kepada masyarakat. Pada wilayah dengan kondisi geografis yang sulit, seperti daerah perbukitan, keterbatasan infrastruktur dapat menjadi kendala utama dalam pelaksanaan pelayanan luar gedung, termasuk kegiatan kunjungan rumah dan pelayanan posyandu. Oleh sebab itu, kecukupan sarana dan prasarana yang sesuai dengan karakteristik wilayah sangat menentukan keberhasilan pencapaian SPM secara merata (Hidayat & Umar, 2024).

H4: Diduga secara parsial variabel sasaran berpengaruh positif terhadap capaian SPM Kesehatan

### **2.5.8 Anggaran dan Pembiayaan**

Pembiayaan yang bersumber dari APBD, Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan faktor fundamental dalam mendukung pelaksanaan SPM di tingkat puskesmas (Rhomadona et al., 2024). Dukungan anggaran yang memadai memungkinkan puskesmas menjalankan kegiatan operasional, melakukan pengadaan sarana dan prasarana, serta memperkuat kapasitas sumber daya manusia. Sebaliknya, keterbatasan alokasi dana operasional dapat membatasi pelaksanaan kegiatan pelayanan berbasis masyarakat, mengurangi intensitas program promotif dan preventif, serta menghambat pemenuhan

kebutuhan tenaga pendukung (Nadia et al., 2023). Dengan demikian, pembiayaan berperan sebagai instrumen penting dalam menjamin efektivitas dan keberlanjutan pelayanan kesehatan dasar.

H5: Diduga secara parsial variabel alokasi anggaran berpengaruh positif terhadap capaian SPM Kesehatan

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1 Hasil Statistik

##### 3.1.1 Analisis Statistik Deskriptif

Tabel 4. 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      |

Tabel 4 menunjukkan hasil analisis statistik deskriptif yang diuraikan sebagai berikut:

a. Variabel SDM

Sumber daya manusia (SDM) merupakan faktor kunci dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat pertama. Rata-rata jumlah SDM per Puskesmas sebesar 26 orang, dengan jumlah tertinggi di Puskesmas Wonosari II seiring dengan sasaran penduduk terbesar, dan terendah di Puskesmas Tanjungsari sebagai puskesmas rawat jalan. Variasi jumlah SDM tergolong cukup besar, tercermin dari standar deviasi 5,14 dan distribusi data yang tidak normal, yang menunjukkan adanya perbedaan signifikan antar Puskesmas berdasarkan karakteristik wilayah, beban layanan, dan jumlah penduduk sasaran. Kondisi ini berimplikasi langsung pada mutu dan capaian SPM Kesehatan, sehingga pemenuhan SDM yang proporsional sesuai regulasi menjadi penting untuk mencegah kesenjangan pelayanan.

b. Variabel Alat

Ketersediaan alat kesehatan di Puskesmas menunjukkan rata-rata yang sangat tinggi, yaitu 97,64%, dengan variasi yang relatif kecil antar unit layanan. Standar deviasi sebesar 3,24 menandakan pemerataan sarana peralatan, sementara distribusi data yang condong ke nilai maksimum mengindikasikan bahwa sebagian besar Puskesmas telah memenuhi standar alat kesehatan. Meskipun data tidak berdistribusi normal, kondisi ini menunjukkan bahwa ketersediaan alat bukan menjadi kendala utama dalam pencapaian SPM, sehingga perbedaan capaian antar Puskesmas lebih mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti SDM, wilayah, dan efektivitas pemanfaatan sarana.

c. Variabel Obat

Ketersediaan obat di Puskesmas Kabupaten Gunungkidul berada pada tingkat sangat baik dengan rata-rata 98,86% dan variasi yang sangat kecil antar Puskesmas. Distribusi data yang terkonsentrasi pada nilai tinggi menunjukkan bahwa hampir seluruh Puskesmas memiliki stok obat yang memadai untuk mendukung pelayanan kesehatan dasar. Kondisi ini menjadi faktor pendukung penting dalam pemenuhan SPM Kesehatan, karena kecukupan obat memungkinkan Puskesmas memberikan layanan pengobatan secara optimal dan berkesinambungan kepada masyarakat.

d. Variabel Sasaran SPM

Jumlah sasaran pelayanan per Puskesmas menunjukkan variasi yang sangat besar, dengan rata-rata 22.212 jiwa dan rentang yang lebar antar wilayah. Tingginya standar deviasi dan distribusi data yang tidak normal mencerminkan perbedaan kepadatan penduduk serta kondisi geografis Kabupaten Gunungkidul yang tidak merata. Variasi jumlah sasaran ini berpengaruh langsung terhadap beban kerja Puskesmas, karena unit layanan dengan sasaran besar membutuhkan kapasitas SDM, sarana, dan anggaran yang lebih tinggi. Ketidakseimbangan antara sasaran dan kapasitas layanan berpotensi menghambat pencapaian SPM Kesehatan.

e. Variabel Anggaran

Rata-rata anggaran Puskesmas sebesar Rp522 juta menunjukkan dukungan pendanaan yang cukup untuk operasional layanan kesehatan dasar, meskipun terdapat perbedaan alokasi yang lebar antar Puskesmas. Distribusi anggaran yang normal mengindikasikan bahwa variasi tersebut relatif proporsional dengan kebutuhan pelayanan, jumlah sasaran, jenis layanan, dan kondisi wilayah. Secara umum, hasil statistik deskriptif menunjukkan bahwa sebagian besar variabel memiliki capaian rata-rata tinggi, menandakan kinerja pelayanan kesehatan yang baik. Namun, kesenjangan

anggaran yang besar tetap perlu mendapat perhatian agar seluruh Puskesmas memiliki peluang yang setara dalam mencapai target SPM Kesehatan sesuai standar dan kebutuhan masyarakat.

**3.1.2 Uji Pemilihan Model**

Model data panel dilakukan uji kesesuaian model dengan menggunakan Uji Chow, Uji Hausman, dan Uji Lagrange Multiplier (LM) sebagai berikut ini:

a. 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 5.** 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 |

Tabel 5 menunjukkan 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*.

b. Uji Lagrange Multiplier (LM)

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

H0 : Model yang digunakan adalah Common Effect

H1 : Model yang digunakan adalah Random Effect

**Tabel 6.** Hasil Uji Lagrange Multiplier

| Test          | Cross-section     | Time              | Both              |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Breusch-Pagan | 38.41411 (0.0000) | 31.90715 (0.0000) | 70.32126 (0.0000) |

Tabel 6 menunjukkan hasil uji Breusch-Pagan pada LM test 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 atau pengaruh yang signifikan antar cross-section.

c. Uji Hausman

Uji Hausman digunakan 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:

H0 : Model yang digunakan adalah Random Effect

H1 : Model yang digunakan adalah Fixed Effect

**Tabel 7.** Uji Hausman

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

Berdasarkan Tabel 7, didapatkan nilai prob cross section random sebesar 0,0682 < alfa 5%. Hal ini bermakna bahwa menolak H0, sehingga didapatkan model terbaik adalah *Fixed Effect*.

**3.1.3 Analisis Regresi Data Panel**

Berdasarkan hasil pemilihan didapatkan model terbaik adalah Fixed Effect:

**Tabel 8.** 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  |                       |          |

Berdasarkan tabel 8, didapatkan model persamaan regresi secara umum adalah sebagai berikut:

$$Y_{it} = 16,442 - 0,101 (SDMit) + 0,479 (Alatit) + 0,141 (Obatit) - 0,0003(Sasaranit) + 2,02E - 08(Anggaranit) + u_i + \epsilon_{it}$$

3.1.4 Uji Statistik

a. Uji Simultan (Uji F)

Tabel 9. Pengujian Hipotesis Secara Simultan

| Statistik          | Nilai     |
|--------------------|-----------|
| R-squared          | 0.709075  |
| Adjusted R-squared | 0.623063  |
| S.E. of regression | 4.174963  |
| Sum squared resid  | 2004.487  |
| Log likelihood     | -407.2789 |
| F-statistic        | 8.243853  |
| Prob(F-statistic)  | 0.000000  |

Tabel 9 menunjukkan hasil pengujian hipotesis secara simultan diperoleh nilai probabilitas F sebesar  $0,0000 < \alpha$  0,05. Dari hasil tersebut maka dapat disimpulkan bahwa secara simultan variabel SDM, Alat, Obat, Sasaran dan Anggaran berpengaruh signifikan terhadap variabel capaian SPM kesehatan.

b. Uji Parsial (Uji T)

Tabel 10. Pengujian Hipotesis Secara Parsial

| Variabel | t-Statistic | Prob.  | Keterangan       |
|----------|-------------|--------|------------------|
| SDM      | -0.363938   | 0.7166 | Tidak Signifikan |
| ALAT     | 2.608989    | 0.0103 | Signifikan       |
| OBAT     | 0.633373    | 0.5272 | Tidak Signifikan |
| SASARAN  | -2.764464   | 0.0066 | Signifikan       |
| ANGGARAN | 5.428539    | 0.0000 | Signifikan       |

Tabel 10 menunjukkan hasil pengujian hipotesis secara parsial yang diuraikan sebagai berikut:

1. 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.
  2. 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.
  3. 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.
  4. 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.
  5. 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.
- c. Nilai 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

### **3.2 Pembahasan**

#### **3.2.1 Pengaruh SDM Terhadap Capaian SPM Kesehatan**

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 (Khairunnisa & Ardan, 2024). Secara empiris, hasil ini menunjukkan bahwa kualitas dan produktivitas tenaga kesehatan lebih penting dibanding kuantitasnya (Thaliah et al., 2024). Efektivitas kinerja pelayanan publik sangat dipengaruhi oleh kapasitas kelembagaan dan efisiensi penggunaan sumber daya manusia bukan sekadar jumlah pegawai (Hasbullah et al., 2025).

Faktor internal dalam organisasi atau institusi puskesmas seperti kepemimpinan dan 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 (Najla et al., 2025).

#### **3.2.2 Pengaruh Obat Terhadap Capaian SPM Kesehatan**

Berdasarkan hasil uji parsial 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 sehingga ketersediaan obat tidak menjadi faktor dominan dalam menentukan capaian SPM (Fanda et al., 2023). 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 (Nadia et al., 2023). Meskipun demikian, ketersediaan obat yang cukup tetap penting untuk menjamin keberlangsungan pelayanan dasar, terutama pada kasus penyakit menular dan pelayanan gizi masyarakat.

#### **3.2.3 Pengaruh Alat Terhadap Capaian SPM Kesehatan**

Berdasarkan hasil uji parsial 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 (Nadia et al., 2023). 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 (Firdaus & Insy, 2023).

#### **3.2.4 Pengaruh Sasaran Terhadap Capaian SPM Kesehatan**

Berdasarkan hasil uji parsial 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 (Herryana et al., 2024). 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.

#### **3.2.5 Pengaruh Anggaran Terhadap Capaian SPM Kesehatan**

Berdasarkan hasil uji parsial variabel anggaran memiliki 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 (Devi et al., 2024). Koefisien sebesar 2,02E-08 menunjukkan bahwa peningkatan alokasi anggaran yang diterima Puskesmas berbanding lurus dengan peningkatan capaian SPM.

Efektivitas layanan publik sangat bergantung pada efisiensi penggunaan sumber daya keuangan dan kelembagaan (Salman & Ikbal, 2025). 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 (Kurnia et al., 2025; Prameswari et al., 2025). Sistem pembiayaan publik yang terencana dengan baik mampu meningkatkan kinerja layanan sosial, termasuk sektor kesehatan.

**3.2.6 Analisis Evaluasi Anggaran**

Evaluasi anggaran secara deskriptif dilakukan dengan melihat alokasi dana (*input*) dan hasil capaian SPM (*output*) pada masing-masing Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul yang tertera dalam tabel 11 sebagai berikut:

**Tabel 11.** Efisiensi Penggunaan Anggaran 30 Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul

| 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 | Panggung I    | 453.940.823                  | 80,44                     | 0,48                         | Cukup Efisien  |
| 25 | Panggung 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  |

Berdasarkan hasil analisis kajian anggaran, peningkatan input anggaran belum secara otomatis meningkatkan capaian SPM karena efektivitas pemanfaatan dana masih belum optimal. Realisasi Dana BOK tertinggi terdapat di Puskesmas Ponjong I sebesar Rp796.207.009 dan terendah di Ngawen I sebesar Rp369.157.623, sementara capaian SPM tertinggi dicapai oleh Puskesmas Patuk II (82,44%) dan terendah Semin II (71,84%). Rasio efisiensi (SPM/BOK) menunjukkan sebagian besar Puskesmas berada pada kategori cukup efisien hingga sangat efisien dengan rata-rata 0,56, namun terdapat perbedaan signifikan antar unit, di mana Puskesmas dengan dana besar tidak selalu memiliki efisiensi tinggi. Kondisi ini mengindikasikan bahwa besarnya anggaran tidak selalu sebanding dengan kinerja karena dipengaruhi oleh kapasitas manajerial, perencanaan kegiatan dan efektivitas pelaksanaan program sehingga output sektor publik lebih ditentukan oleh efisiensi kelembagaan, tata kelola, dan kualitas SDM dibandingkan semata-mata besaran input keuangan (Afonso, A, Jalles, J. T, & Venâncio, 2022).

Efektivitas anggaran juga dipengaruhi oleh distribusi SDM, pemanfaatan alat dan obat, serta manajemen kegiatan, sehingga anggaran besar tidak menjamin peningkatan capaian SPM tanpa sinergi antar-input dan penguatan kapasitas institusi. Efektivitas belanja publik bergantung pada kemampuan institusi dalam mengonversi input menjadi output secara efisien dan akuntabel (Ito et al., 2024). Nilai rasio efisiensi rata-rata sebesar 0,0086 menunjukkan bahwa setiap satu juta rupiah anggaran hanya meningkatkan capaian SPM sebesar 0,0086%, dengan variasi antar Puskesmas yang mencerminkan pengaruh faktor non-keuangan. Dengan demikian, meskipun anggaran berkontribusi terhadap capaian SPM, keberlanjutan peningkatan kinerja sangat bergantung pada penguatan manajemen, penerapan anggaran berbasis kinerja dan evaluasi efisiensi secara berkelanjutan.

#### 4. KESIMPULAN

Secara simultan, SDM, ketersediaan alat dan obat, jumlah sasaran, serta anggaran berpengaruh signifikan terhadap capaian SPM Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul, yang menegaskan bahwa pencapaian SPM merupakan hasil sinergi berbagai faktor pendukung layanan. Secara parsial, ketersediaan alat dan anggaran berpengaruh positif terhadap capaian SPM, sementara jumlah sasaran berpengaruh negatif apabila tidak diimbangi dengan peningkatan kapasitas sumber daya. Sebaliknya, SDM dan obat tidak berpengaruh signifikan karena keterbatasan kualitas dan pemerataan kompetensi SDM, pemanfaatan tenaga yang belum optimal, serta ketersediaan obat yang sudah sangat tinggi dan relatif seragam sehingga variasinya rendah. Selain itu, evaluasi efisiensi menunjukkan bahwa peningkatan anggaran DAK Non Fisik dari tahun 2020–2024 tidak secara otomatis meningkatkan capaian SPM, karena efektivitas manajerial dan optimalisasi pemanfaatan sumber daya lebih menentukan dibandingkan besaran anggaran nominal. Penelitian ini memiliki keterbatasan antara lain penggunaan data sekunder yang bersifat agregat sehingga belum sepenuhnya menangkap aspek kualitas pelayanan dan variasi kinerja internal antar unit layanan. Analisis belum memasukkan faktor non-kuantitatif seperti kepemimpinan, budaya organisasi, dan kualitas manajemen Puskesmas yang berpotensi memengaruhi capaian SPM. Selain itu, periode pengamatan terbatas pada rentang waktu tertentu sehingga belum sepenuhnya menggambarkan dampak jangka panjang kebijakan anggaran dan sumber daya. Keterbatasan ini membuka peluang bagi penelitian selanjutnya untuk menggunakan pendekatan campuran dan indikator yang lebih komprehensif.

#### REFERENCES

- 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/DOI:10.4337/9781839109164.00005>
- Andriani, V., Putri, P., Rahmayanti, Z., & Marada, N. (2024). Pengaruh Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(7), 2377–2384. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i7.5607>
- Aziza, R. (2023). *Metodologi Penelitian Kuantitatif: Pendekatan dan Aplikasinya*. Deepublish.
- Cairney, P. (2023). *Understanding public policy: Theories and issues (3rd ed.)*. Red Globe Press.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Devi, S., Wijaya, A. ., Hasibuan, I. ., Dina, P., & Andina, A. (2024). Analisis Efektivitas Penggunaan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Simalingkar. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Abdi Nusa*, 4(2), 108–119. <https://doi.org/https://doi.org/10.52005/abdinusa.v4i2.256>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. (2024). *Capaian SPM Puskesmas*.
- Fanda, R. B., Probandari, A., Yuniar, Y., Hendarwan, H., Trisnantoro, L., & Jongeneel, N. (2023). Articles The availability of essential medicines in primary health centres in Indonesia : achievements and challenges across the archipelago. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100345>
- Firdaus, I., & Insy, R. V. (2023). Pengaruh Sarana dan Prasarana Serta Pelayanan Publik Terhadap Kepuasan Masyarakat. *Jurnal Bisnis, Manajemen Dan Ekonomi*, 4(3), 250–264. <https://doi.org/https://doi.org/10.47747/jbme.v4i3.1220>
- Fitriana, I. P., Sundari, R. T., Andayani, N., Sarnianto, P., Farmasi, F., Pancasila, U., Sawah, J. S., Jagakarsa, K., Selatan, K. J., & Ibukota, D. K. (2025). Analysis of Essential Drugs Management in the Work Area of the Cirebon City Health Department in 2022. *Jurnal Ilmiah Farmako Bahari*, 16(2), 168–181. <https://doi.org/https://doi.org/10.52434/jifb.v16i2.42231>
- Hasbullah, Putri, A. ., & Agustawan. (2025). Evaluasi Kinerja Pelayanan Publik di Kecamatan Dayun Kabupaten Siak Tahun 2024. *Multiplier: Jurnal Magister Manajemen*, 7(1), 1446–1476. <https://doi.org/https://doi.org/10.24905/mlt.v6i2.202>
- Herryana, W., Rany, N., & Ismainar, H. (2024). *Strategi peningkatan cakupan kunjungan balita ke posyandu dengan analisis swot di wilayah kerja puskesmas bagansiapiapi kabupaten rokan*. 5, 1595–1603. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/jkt.v5i1.25783>
- Hidayat, D., & Umar, Z. (2024). Analisis Kelengkapan Fasilitas Sarana di UPTD Puskesmas Muara Wis. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara (JPkMN)*, 5(4), 4129–4133. <https://doi.org/https://doi.org/10.55338/jpkmn.v5i4.4044>
- Hill, M., & Hupe, P. (2022). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance (4th ed.)*. Sage publications.
- 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>
- Ito, M., Herdi, H., & Diliansa, S. . (2024). Analisis Efektivitas Dan Efisiensi Anggaran Belanja Berdasarkan Anggaran Berbasis Kinerja (Studi Kasus Pada Rsud Dr. T.C Hillers Maumere) Martinus. *Jurnal Accounting UNIPA*, 3(2), 88–100. <https://doi.org/https://doi.org/10.59603/accounting.v3i2.261>
- 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/>
- Khairunnisa, N., & Ardan, M. (2024). Evaluasi Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia Pada Penempatan Kerja Petugas di UPT. Puskesmas Wonorejo. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara (JPkMN)*, 5(2), 2415–2419. <https://doi.org/https://doi.org/10.55338/jpkmn.v5i2.3261>
- Kinanti, A. P., Pratiwi, D., Virgiawan, F. P., Septiany, R. N., & Ariesmansyah, A. (2025). Analisis Efektivitas Sistem Pelayanan Dinas Kesehatan dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat. *SMASH: Journal of Social Management Sains and Health*, 2(1), 24–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.57235/smash.v2i1.5165>
- Kurnia, A., Amaro, C., & Alinda, T. (2025). Analisis Value for Money dalam Mengukur Kinerja Keuangan pada Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. *Jurnal Ilmiah Manajemen Ekonomi Dan Akuntansi*, 2(3), 96–105. <https://doi.org/10.62017/jimea.v2i3.4392>
- Lucyiana, V. V., Koeswara, H., & Putera, R. E. (2023). Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (Spm) Kesehatan Pada Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia (Lansia) Di Kota Padang. *Jurnal Ilmu Administrasi Publik*, 11(1), 17–31. <https://doi.org/10.31764/jiap.v11i1.13181>

- Manusiwa, M. F., Laurens, S., & Madubun, J. (2025). Analisis Kebijakan Alokasi Anggaran Daerah Terhadap Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal ( SPM ) Pada Dinas Sosial Provinsi Maluku. *Jurnal Ilmiah Global Education*, 6(3), 1986–1995. <https://doi.org/https://doi.org/10.55681/jige.v6i3.4072>
- Nadia, Hadiwardjo, Y. ., & Nugrohowati, N. (2023). Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pelaksanaan Pelayanan Promotif dan Preventif. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(5), 388–401. <https://doi.org/https://doi.org/10.33221/jikm.v12i05.2267>
- Najla, W., Syafitri, R., Ba, N., & Zhafira, N. (2025). Hubungan Gaya Kepemimpinan Dengan Kinerja Tenaga Kesehatan. *HELIUM - Journal of Health Education Law Information and Humanities*, 2(1), 118–125. <https://doi.org/https://doi.org/10.57235/helium.v2i1.4698>
- Panji, N. W. A. ., Sumada, I. ., & Wirata, G. (2023). Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Di Kabupaten Bangli Tahun 2022. *Jurnal Review Pendidikan Dan Pengajaran*, 6(4), 633–638. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/jrpp.v6i4.20202>
- Prameswari, M. P., Safitri, R. A., Karima, N., & Gunawan, A. (2025). Analisis Kinerja Keuangan Sektor Publik dengan Pendekatan Value for Money di Kota Pekalongan ( Tahun. *Jurnal Ekonomi, Manajemen, Akuntansi Dan Keuangan*, 6(1), 1–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.53697/emak.v6i1.2014>
- Priyatna, S. H., Pratiwi, K. P., Mawaddah, Q., & Ridwan, M. (2024). Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Simalingkar , Kota Medan Analysis of the Implementation of Minimum Service Standards in the Health Sector at the Simalingkar Health Center , Medan City. 7(7), 2415–2423. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i7.5655>
- Putra, I. I., Novita, A., & Ardiansyah, Y. (2025). Evaluasi kebijakan dan strategi pemenuhan ketersediaan dan kebutuhan sarana prasarana dan alat kesehatan puskesmas. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 5006–5015. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i2.44949>
- Putri, C. N. D., & Handaruan, F. D. Y. (2023). Peran Pemerintah Dalam Membenahi Kualitas Pelayanan Publik Di Bidang Kesehatan. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 9(1), 67–74. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7519050>
- Rhomadona, Z., Murni, N. S., Wahyudi, A., & Gustina, E. (2024). Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Terhadap Pencapaian Kinerja Spm Kesehatan. *Avicenna: Jurnal Ilmiah*, 19(3), 213–226. <https://doi.org/https://doi.org/10.36085/avicenna.v19i3.6799>
- Rundengan, G. (2023). Evaluation Of Availability Of Essential Medicines In Tumaratas Health Center , Langowan Barat District , Minahasa District. *PHARMACON- PROGRAM STUDI FARMASI, FMIPA, UNIVERSITAS SAM RATULANGI*, 12(2), 1–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.35799/pha.12.2023.47839>
- Salman, & Ikbal, M. (2025). Analisis Efektivitas Kebijakan Efisiensi Anggaran : Ditinjau Dari Aspek Ekonomi. *Journal of Economics Development Research*, 1(2), 68–72. <https://doi.org/https://doi.org/10.71094/joeder.v1i2.99>
- Thaliah, A., Priyono, P., Alba, A. M., Wasir, R., & Arbitera, C. (2024). Manajemen Kinerja Sdm Kesehatan : Menjaga Kualitas. *Indonesian Journal of Health Science*, 4(6), 871–882. <https://doi.org/https://doi.org/10.54957/ijhs.v4i6s.1252>
- Widarjono, A. (2018). *Ekonometrika Pengantar dan Aplikasinya Disertai Panduan Eviews Edisi Kelima*. UPP STIM YKPN Yogyakarta.