

KEMISKINAN, PENDIDIKAN, DAN AKSES LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Oleh :

Haura Sabitta Zikra Loen¹, Sabita Alya Siti Azahra², Herni Yulianti³, Olivia Nur Fatimah⁴, Permata Indah Sari⁵, Isfha Nur Azizah⁶, Adinda Triani Rahma Putri⁷, Nanang Martono⁸

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jenderal Soedirman

¹email: haura.loen@mhs.unsoed.ac.id

²email: sabita.azahra@mhs.unsoed.ac.id

³email: herni.yulianti@mhs.unsoed.ac.id

⁴email: olivia.fatimah@mhs.unsoed.ac.id

⁵email: permata.indah.s@mhs.unsoed.ac.id

⁶email: isfha.azizah@mhs.unsoed.ac.id

⁷email: adinda.triani.r@mhs.unsoed.ac.id

⁸email: nanang.martono@unsoed.ac.id

Informasi Artikel

Riwayat Artikel :

Submit, 6 Desember 2023

Revisi, 12 Januari 2024

Diterima, 19 April 2024

Publish, 15 Mei 2024

Kata Kunci :

Kemiskinan,
Kesehatan,
Pendidikan.

ABSTRAK

Isu kesehatan masih menjadi masalah utama di seluruh dunia. Problematika kesehatan mencakup kualitas layanan kesehatan dan isu ketimpangan sosial dalam penyediaan fasilitas kesehatan. Sebagian penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sulit mengakses pelayanan kesehatan, salah satunya rawat jalan di fasilitas kesehatan. Ketersediaan fasilitas layanan kesehatan berdampak keputusan masyarakat untuk melakukan pengobatan ketika sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang memengaruhi keputusan penduduk untuk tidak berobat ketika sakit, seperti: tingkat kemiskinan, tingkat pendidikan, dan jumlah fasilitas kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode analisis data sekunder kuantitatif. Data diperoleh dari BPS tahun 2023. Data dianalisis menggunakan perhitungan korelasi product moment. Variabel yang dianalisis yaitu persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak berobat (Y); persentase jumlah penduduk miskin (X1); tingkat pendidikan (X2); persentase jumlah fasilitas kesehatan (X3). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada biaya transport adalah signifikan. Hubungan persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada sarana transportasi adalah signifikan. Hubungan tingkat APK SD dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada biaya transportasi adalah signifikan. Hubungan persentase jumlah fasilitas kesehatan dengan alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan lama adalah tidak signifikan.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license



Corresponding Author:

Nama: Haura Sabitta Zikra Loen

Afiliasi: Universitas Jenderal Soedirman

Email: haura.loen@mhs.unsoed.ac.id

1. PENDAHULUAN

Isu kesehatan masih menjadi masalah utama di seluruh dunia. Problematika kesehatan mencakup kualitas layanan kesehatan dan isu ketimpangan sosial

dalam penyediaan fasilitas kesehatan. Masih ada sebagian penduduk yang belum mendapatkan layanan kesehatan dengan baik karena terkendala biaya yang mahal. Dengan demikian masalah kesehatan juga

berhubungan dengan ketimpangan sosial dalam masyarakat. Ketimpangan tersebut dapat dilihat dari jumlah fasilitas layanan kesehatan di beberapa wilayah yang belum memadai. Sebagai contoh, data dari BPS (2023), di Provinsi Nusa Tenggara Barat perbandingan jumlah rumah sakit umum dengan jumlah penduduk sebesar 1:152.047, perbandingan jumlah puskesmas nonrawat inap dengan jumlah penduduk sebesar 1:182.456, perbandingan jumlah tenaga medis dengan jumlah penduduk sebesar 1:2.757. Di Provinsi DKI Jakarta perbandingan jumlah rumah sakit umum dengan jumlah penduduk sebesar 1:76.285, perbandingan jumlah puskesmas nonrawat inap dengan jumlah penduduk sebesar 1:34.563, perbandingan jumlah tenaga medis dengan jumlah penduduk sebesar 1:448. Di Provinsi Kalimantan Barat perbandingan jumlah rumah sakit umum dengan jumlah penduduk sebesar 1:120.465, perbandingan jumlah puskesmas nonrawat inap dengan jumlah penduduk sebesar 1:47.362, perbandingan jumlah tenaga medis dengan jumlah penduduk sebesar 1:2.863. Sementara itu, di Provinsi Jawa Barat perbandingan jumlah rumah sakit umum dengan jumlah penduduk sebesar 1:145.311, perbandingan jumlah puskesmas nonrawat inap dengan jumlah puskesmas penduduk sebesar 1:62.459, perbandingan jumlah tenaga medis dengan jumlah penduduk sebesar 1:2.060. Data tersebut menunjukkan masih terdapat ketimpangan fasilitas kesehatan di Indonesia.

Selain itu, kualitas layanan kesehatan juga belum maksimal. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dirasakan tiap kalangan pun berbeda mulai dari lama tunggu pelayanan, fasilitas selama menjalani rawat jalan maupun inap, hingga jumlah biaya yang dikeluarkan. Pemberitaan di beberapa media menunjukkan ada sebagian warga yang masih mengeluhkan kualitas layanan kesehatan di beberapa tempat. Terdapat berita dari detik.com yang ditulis Lubis (2023) menjelaskan suatu video viral di sosial media tentang seorang wanita yang protes terkait lama tunggu pelayanan di puskesmas Labuhanbatu, Sumatera Utara. Berita lain menunjukkan masih ada perbedaan kualitas layanan kesehatan untuk kelompok masyarakat tertentu. Berita yang dilansir dari kompas.com Purba (2023) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan di puskesmas Lambunu 2 meminta maaf kepada masyarakat karena pihaknya memberikan pelayanan yang berbeda kepada pasien BPJS. Kedua berita tersebut menunjukkan kurangnya kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal tersebut sejalan dengan yang dikatakan oleh anggota Ombudsman RI, Robert Na Endi Jaweng dalam wawancaranya di kompas.id (Sinaga, 2023). Jaweng mengatakan jika pelayanan di fasilitas kesehatan biasanya memprioritaskan pasien yang dibiayai sendiri dan memiliki asuransi, sementara pasien pengguna BPJS Kesehatan terus-menerus dinomorduakan. Menurut data dari Ombudsman RI tahun 2022, terdapat peningkatan pengaduan terhadap pelayanan fasilitas kesehatan di Indonesia. Pada tahun

2021, terdapat 300-an pengaduan, sedangkan pada tahun 2022 jumlahnya naik mencapai 400 pengaduan.

Sebagian penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sulit mengakses pelayanan kesehatan. Mereka seharusnya memeriksakan diri untuk mendapatkan pengobatan, salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah melakukan rawat jalan di fasilitas kesehatan. Menurut BPS (2023) rawat jalan merupakan suatu upaya untuk memeriksakan diri dari anggota keluarga yang mempunyai keluhan kesehatan dengan mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan modern ataupun tradisional tanpa menginap, termasuk juga mendatangkan tenaga kesehatan ke rumah. Dari pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak rawat jalan adalah penduduk yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, tetapi anggota keluarga tidak dapat memeriksakan, serta mendapatkan pengobatan dengan mendatangi tempat pelayanan kesehatan ataupun mendatangkan petugas kesehatan ke rumah. Berdasarkan hasil penelitian Depkes 2000 dalam Hermawan et al (2011), masyarakat Indonesia yang mengalami sakit dan harus dirawat menyebabkan ia kehilangan penghasilannya selama 1 sampai 2 bulan bahkan, 20% kelompok berpenghasilan rendah harus kehilangan sekitar 8 bulan. Akibatnya, masyarakat lebih memilih tidak berobat atau mencari alternatif pengobatan lain seperti dukun, "orang tua", dan lain-lain. Melalui hasil penelitian tersebut juga dapat diketahui beberapa faktor yang memengaruhi keputusan masyarakat ketika berobat, seperti faktor pelayanan keperawatan, faktor biaya dan faktor pengalaman kesembuhan (Hermawan et al., 2011).

Kesehatan dan kemiskinan merupakan dua isu yang saling berkaitan. Hubungan keduanya telah menjadi perhatian utama dalam berbagai penelitian dan perdebatan di seluruh dunia. Menurut BPS (2023) penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan. Kemiskinan bukan sekadar masalah ekonomi, tetapi juga masalah kesejahteraan manusia. Ketika seseorang hidup dalam kemiskinan, ia sering kali menghadapi keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, seperti pemeriksaan medis, pengobatan yang memadai, dan perawatan yang tepat waktu. Ada beberapa penelitian mengenai hubungan kesehatan dan kemiskinan. Hasil penelitian yang dilakukan Megawati et al (2022) menunjukkan keterkaitan antara persentase penduduk miskin terhadap derajat kesehatan di suatu wilayah. Penelitian Azahari (2020), Annisa dan Anwar (2021), (Suryandari, 2018), Aprilia & Retno (2022) pun menemukan hubungan negatif antara angka kemiskinan dan derajat kesehatan. Kemiskinan dapat dikategorikan tidak memiliki pekerjaan, serta kesehatan dan tingkat pendidikan yang umumnya tidak memadai (Aswin & Yasa, 2021).

Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan. Menurut penelitian Azahari (2020), Pradono &

Sulistyowati (2013) terdapat hubungan positif antara kualitas pendidikan dengan kesehatan masyarakat. Hal tersebut sejalan dengan Darmin et al (2020) yang mengatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan baik pula pengetahuan yang didapat, khususnya dalam hal pencegahan penyakit. Masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah cenderung berpikir secara irasional. Salah satu faktor yang memengaruhi karena kurangnya informasi yang dimiliki. Hal ini membuat masyarakat kurang mengetahui tentang bahaya penyakit, sehingga belum ada kesadaran untuk mencari pengobatan atau penyembuhan yang akurat. Oleh karena itu, penelitian ini akan menjelaskan mengenai "Hubungan penduduk miskin terhadap alasan utama tidak berobat, hubungan tingkat pendidikan terhadap alasan utama tidak berobat, dan hubungan jumlah fasilitas kesehatan terhadap alasan utama tidak berobat di Indonesia tahun 2022?".

2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis data sekunder dengan memanfaatkan data BPS tahun 2023. Data yang diolah dan dianalisis berupa variabel persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan alasan utama tidak berobat (variabel Y); persentase jumlah penduduk miskin di Indonesia (variabel X1); tingkat pendidikan di Indonesia (variabel X2); persentase jumlah fasilitas kesehatan (X3). Penentuan teknik sampel menggunakan sampling jenuh. Ada tiga hipotesis yang dioperasionalkan dalam penelitian ini adalah: terdapat hubungan positif antara persentase jumlah penduduk miskin (X1) dengan persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan alasan utama tidak berobat (Y); terdapat hubungan negatif antara tingkat pendidikan penduduk di Indonesia (X2) dengan persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan alasan utama tidak berobat (Y); terdapat hubungan negatif antara persentase jumlah fasilitas kesehatan (X3) dengan persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan alasan utama tidak berobat (Y). Analisis data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi dan tabel silang, data dianalisis menggunakan teknik perhitungan korelasi product moment.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis tiga faktor yang memengaruhi persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak berobat, yaitu persentase jumlah penduduk miskin, tingkat pendidikan, dan persentase jumlah fasilitas kesehatan. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan SPSS dengan uji statistik yang disajikan dalam tabel distribusi frekuensi, tabel silang, dan hasil perhitungan korelasi product moment.

Menurut Leonita dan Sari (2019) tingkat kemiskinan per provinsi di Indonesia, sebarannya tidak merata. Tisniwati (2012) menyatakan bahwa

salah satu akar permasalahan kemiskinan di Indonesia karena tingginya disparitas antardaerah. Kemiskinan dapat dilihat berdasarkan ketidakmampuan seseorang dalam segi perekonomian untuk memenuhi kebutuhan dasar (Alfiansyah et al., 2022). Menurut Ardinata (2020) kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Penelitian yang dilakukan Sari dan Handayani (2020) kemiskinan masih menjadi hambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Data persentase jumlah penduduk miskin masing-masing akan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Interval untuk setiap kategori didapat dari nilai maksimum data dikurangi nilai minimum data lalu dibagi tiga.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Persentase Penduduk Miskin

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Rendah (4.60% - 10.10%)	18	53.00%
Sedang (10.20% - 15.70%)	12	35.00%
Tinggi (15.80% - 21.20%)	4	12.00%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Berdasarkan tabel 1 terdapat empat provinsi dengan presentase jumlah penduduk miskin dalam kategori tinggi, yaitu Papua, Nusa Tenggara Timur, Papua Barat, dan Maluku. Angka kemiskinan yang tinggi di provinsi-provinsi tersebut dipengaruhi karena jauhnya dari pusat kegiatan ekonomi. Menurut Abdillah dan Wahyudi (2021) Provinsi Papua Barat masuk dalam provinsi tertinggal, sehingga pertumbuhan ekonomi di Papua Barat tidak mengalami peningkatan yang signifikan. Provinsi-provinsi tersebut juga memiliki kondisi geografis berupa pulau-pulau terpencil. Kondisi ini menyebabkan panjangnya jalur distribusi, sehingga harga barang menjadi mahal. Menurut Megantoro dan Ahyudanari (2021) salah satu penyebab terjadinya disparitas harga atau kesenjangan harga adalah mahalnya biaya logistik. Harga barang yang mahal membuat daya beli masyarakat rendah, sehingga masyarakat yang berpenghasilan rendah masuk ke kategori miskin.

Provinsi dengan angka kemiskinan terendah adalah DKI Jakarta. Angka kemiskinan yang rendah di DKI Jakarta karena provinsi ini menjadi pusat kegiatan ekonomi. Selain itu, menurut BPS (2023) Upah Minimum Provinsi (UMP) DKI Jakarta menjadi UMP tertinggi di Indonesia yaitu sebesar Rp 4.641.854. Menurut Mahasyahputra et al (2023) Jakarta memiliki infrastruktur yang lengkap, sehingga biaya logistik murah. Hal tersebut menyebabkan harga barang di DKI Jakarta juga tergolong murah jika dibandingkan dengan Papua.

Penduduk miskin yang tinggal di pulau-pulau terpencil akan kesulitan memenuhi kebutuhan dasar hidupnya, seperti mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi karena beberapa faktor, seperti tidak ada biaya berobat, jarak yang jauh dari tempat pelayanan

kesehatan, dan tidak ada sarana transportasi yang memadai. Menurut Varela et al (2019) salah satu hambatan terhadap layanan kesehatan di negara-negara berkembang adalah akses transportasi ke fasilitas kesehatan.

Data dari hasil kategorisasi, kemudian dibuat tabel silang dan dicari nilai korelasi product moment antara persentase jumlah penduduk miskin (X1) dengan penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dan alasan utama tidak berobat (Y).

Tabel 2. Hubungan Persentase Jumlah Penduduk Miskin dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Tidak Ada Biaya Transpor

Persentase Jumlah Penduduk Miskin	Tidak Ada Biaya Transpor			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Tinggi	25.00%	0.00%	75.00%	100%
Sedang	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Rendah	0.00%	0.00%	100.00%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan tabel silang, persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada biaya transpor dari hasil hitung korelasi product moment menunjukkan nilai sebesar 0.356 dan nilai p value sebesar 0.039. Hasil korelasi product moment tersebut menunjukkan arah hubungan yang positif dan memiliki kekuatan hubungan antarvariabel yang lemah. Hubungan persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada biaya transpor adalah signifikan. Signifikansi data diperoleh dari perbandingan nilai p value dengan tingkat signifikansi 0.05 yang pada data di atas diperoleh nilai p value $0.039 < 0.05$. Hubungan persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada biaya transpor adalah signifikan pada taraf signifikansi 95%.

Tabel 3. Hubungan Persentase Jumlah Penduduk Miskin dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Tidak Ada Sarana Transportasi

Persentase Jumlah Penduduk Miskin	Tidak Ada Sarana Transportasi			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Tinggi	25.00%	25.00%	50.00%	100%
Sedang	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Rendah	0.00%	5.60%	94.40%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan tabel silang, persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada sarana transportasi dari hasil hitung korelasi product moment menunjukkan nilai sebesar 0.385 dan nilai p value sebesar 0.025. Hasil korelasi product moment tersebut menunjukkan arah hubungan yang positif dan memiliki kekuatan hubungan antarvariabel yang lemah. Hubungan persentase

jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak ada sarana transportasi adalah signifikan. Signifikansi data diperoleh dari perbandingan nilai p value dengan tingkat signifikansi 0.05 yang pada data di atas diperoleh nilai p value $0.025 < 0.05$. Hubungan persentase jumlah penduduk miskin dengan alasan utama tidak berobat karena tidak ada sarana transportasi adalah signifikan pada taraf signifikansi 95%.

Menurut Putri (2014) sulitnya penduduk miskin mengakses layanan kesehatan masih menjadi masalah yang berkembang di Indonesia. Menurut Fariadi et al (2016) terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala biaya, jarak, dan transportasi menyebabkan rendahnya status kesehatan penduduk miskin. Menurut Nurhasim dalam Juliastutik (2011) penduduk miskin cenderung sulit mengakses layanan kesehatan. Selain itu, penelitian yang dilakukan Kaming dan Raharjo (2017) menunjukkan bahwa infrastruktur di kawasan Timur Indonesia masih kurang memadai. Relief Indonesia yang beragam, seperti banyaknya pegunungan dan pulau-pulau kecil, khususnya Kawasan Timur Indonesia dengan kondisi geografis berupa pulau-pulau kecil serta infrastruktur yang kurang memadai, menyebabkan sulitnya sarana transportasi untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Pendidikan merupakan sebuah metode pembimbingan individu agar dapat mengembangkan potensi dirinya dan memiliki keterampilan yang diperlukan bagi masyarakat. Pendidikan merupakan indikator dalam meningkatkan kualitas masyarakat (Pristiwanti et al., 2022). Hal ini didukung hasil penelitian Julaiha (2019) Pendidikan adalah aspek yang sangat penting karena dapat memengaruhi pola pikir seseorang dalam mengambil keputusan. Pembangunan pendidikan salah satunya melalui program wajib belajar, yang saat ini di Indonesia, selama 12 tahun (Ulumudin & Martono, 2018). Program wajib belajar 12 tahun meliputi tingkat pendidikan SD, SMP, SMA bagi tiap anak. Pemerataan program wajib belajar masih terus berproses di tiap provinsi di Indonesia per 2022.

Tingkat APK SD dikategorisasikan menjadi tiga, yaitu tinggi, rendah, sedang.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi APK SD/MI/Paket A

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Rendah (94.26% - 100.66%)	2	5.88%
Sedang (100.67% - 107.07%)	15	44.12%
Tinggi (107.08% - 114.36%)	17	50.00%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Berdasarkan tabel 4, sebagian besar provinsi di Indonesia memiliki tingkat APK SD dalam kategori tinggi. Provinsi yang memiliki APK SD rendah adalah Papua dan Kalimantan Utara dengan persentase masing-masing sebesar 94,26% dan 100,6%. Provinsi-provinsi di Pulau Jawa seperti DKI Jakarta, Jawa

Tengah, Jawa Timur, dan Jawa Barat memiliki persentase APK SD dalam kisaran 103% hingga 106%. Angka ini menunjukkan persentase APK SD yang tergolong rendah, padahal provinsi di pulau jawa memiliki akseibilitas pendidikan yang relatif tinggi dibandingkan pulau lain.

Persentase APK SD tertinggi berada pada Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan persentase sebesar 113%. Hal ini disebabkan tercukupinya jumlah Sekolah Dasar jika dibandingkan dengan jumlah penduduk, yang dapat dilihat melalui tingginya persentase APK SD di NTT. Pada provinsi lain di Indonesia, secara umum memiliki persentase APK SD yang cukup tinggi, berkisar antara 107% hingga 112%.

Tabel 5. Hubungan Tingkat APK SD dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Tidak Ada Biaya Transpor

APK SD	Tidak Ada Biaya Transpor			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Tinggi	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Sedang	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Rendah	100.00%	0.00%	0.00%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan hasil tabel silang, hubungan antara APK SD dan alasan utama tidak berobat karena tidak ada biaya transpor adalah signifikan pada taraf signifikansi 95%. Hasil penghitungan korelasi menunjukkan nilai -0.461 dan p value sebesar 0.006. Hasil tersebut menunjukkan arah hubungan yang negatif dengan kekuatan hubungan antarvariabel yang sedang. Signifikansi data diperoleh dari perbandingan nilai p value dengan tingkat signifikansi 0.05 yaitu $0.006 < 0.05$.

Menurut Notoatmodjo dalam Citrawathi (2014), pendidikan menjadi upaya persuasi kepada masyarakat agar mau melakukan tindakan untuk memelihara, meningkatkan, dan mengatasi permasalahan terkait dengan kesehatan dirinya. Berdasarkan penelitian terdahulu oleh Fatimah dan Indrawati (2019) penyebab seseorang kurang memanfaatkan fasilitas kesehatan karena keterbatasan sarana transportasi dan jarak rumah sakit yang jauh. Jarak tempuh antara fasilitas kesehatan dengan rumah pasien, membutuhkan biaya yang relatif mahal. Hal ini merupakan kesulitan dalam akseibilitas yang dirasakan masyarakat dan dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Rendahnya pendidikan dalam hal ini merefleksikan kesadaran masyarakat terhadap upaya pemeliharaan, peningkatan, dan pengobatan penyakit. Pendidikan masyarakat berkorelasi positif dengan kesejahteraan. Menurut Kolle dalam Rosni (2017), salah satu indikator kesejahteraan adalah melalui pendidikan. Kesejahteraan dalam hal ini termasuk kemampuan membiayai diri menggunakan transportasi untuk melakukan pengobatan. Pendapatan lulusan SD sebanding dengan keterampilannya yang rendah jika

dibandingkan lulusan sarjana atau diploma, sehingga menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhannya dalam menangani penyakit yang diderita dalam hal biaya transportasi (Aini et al., 2018)

Tingkat pendidikan setelah pendidikan dasar dan menengah adalah pendidikan atas atau SMA. Tingkat SMA dalam hal ini menjadi salah satu indikator yang digunakan untuk menentukan korelasi tingkat pendidikan dengan alasan berobat melalui distribusi APK SMA di tiap provinsi di Indonesia. Tingkat APK SMA dikategorisasikan menjadi tiga, yaitu tinggi, rendah, sedang.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi APK AM/MK/MA/Paket C

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Rendah (75.49% - 82.89%)	6	17.65%
Sedang (82.90% - 90.30%)	17	50.0%
Tinggi (90.31% - 97.71%)	11	32.35%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Berdasarkan data pada tabel 6, mayoritas provinsi di Indonesia memiliki tingkat APK SMA dalam kategori sedang. Banten menjadi provinsi dengan APK tingkat SMA paling rendah di Indonesia dengan persentase 75.49%, disusul dengan DKI Jakarta dengan persentase 76.91%. Ada sejumlah faktor yang membuat daerah jawa tergolong menjadi APK SMA rendah dan sedang, salah satunya karena kemiskinan mengingat jumlah penduduk miskin paling padat di Indonesia berada di pulau jawa. BPS mencatat angka putus sekolah di Indonesia meningkat pada 2022 sejak 2019 di seluruh jenjang pendidikan. Merujuk kepada data BPS, mayoritas (76%) keluarga menyatakan penyebab utama anak mereka putus sekolah adalah karena alasan ekonomi. Sebagian besar (67,0%) di antaranya tidak mampu membayar biaya sekolah, sementara sisanya (8,7%) harus mencari nafkah.

Di sisi lain, APK SMA tertinggi berada pada Provinsi Papua Barat dengan persentase sebesar 97.71%. Hal ini dipengaruhi oleh kebijakan Papua Barat yang sudah bersifat otonom. Selain itu, Angka Melek Huruf (AMH) pada Provinsi Papua Barat terbilang tinggi sebesar 99,66%. Tingginya APK SMA juga didorong dari sektor pariwisata Provinsi Papua Barat. Papua Barat memiliki hamparan alam yang sangat indah dan memikat warga mancanegara. Tingginya mobilitas turis di Papua Barat memicu kemajuan sektor pendidikan di Papua Barat.

Tabel 7. Hubungan Tingkat APK SMA dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Tidak Merasa Tidak Perlu

APK SMA	Merasa Tidak Perlu			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Tinggi	30.80%	69.20%	0.00%	100%

Sedang	35.30%	47.10%	17.60%	100%
Rendah	50.00%	25.00%	25.00%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan tabel silang APK SMA dengan alasan utama tidak berobat karena merasa tidak perlu, korelasi menunjukkan nilai sebesar -0.111 dan nilai p value sebesar 0.533. Hasil korelasi tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara APK SMA dengan alasan utama tidak berobat karena merasa tidak perlu.

Pendidikan tinggi menjadi salah satu kunci peningkatan SDM suatu negara. Pemerintah Indonesia masih mengupayakan pemerataan kesempatan Masyarakat memperoleh Pendidikan tinggi. Kuantitas masyarakat yang melanjutkan Pendidikan ke jenjang tinggi menjadi salah satu indikator keberhasilan pendidikan tinggi di suatu negara. Jumlah masyarakat yang melanjutkan pendidikan tinggi ditunjukkan melalui angka partisipasi kasar (APK) perguruan tinggi. Besarnya APK perguruan tinggi merefleksikan kualitas layanan pemerintah terhadap hak Masyarakat dalam kesempatan memperoleh Pendidikan dan menunjukkan kemudahan dalam akses menempuh pendidikan tinggi.

Tingkat APK Perguruan Tinggi dikategorisasikan menjadi tiga bagian, yaitu tinggi, rendah, sedang.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi APK Perguruan Tinggi (PT)

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Rendah (14.85% - 35.05%)	19	55.88%
Sedang (35.06% - 55.26%)	1	41.18%
Tinggi (55.27% - 75.59%)	1	2.94%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Data pada tabel 8 menunjukkan bahwa capaian APK Perguruan Tinggi (APK PT) seluruh provinsi di Indonesia masih tergolong rendah dan distribusinya tidak merata. Di Yogyakarta menjadi satu-satunya provinsi dengan persentase APK PT tinggi, sebesar 75,59%. Provinsi dengan persentase APK PT terendah yaitu Bangka Belitung sebesar 14,85%. Dari 34 provinsi di Indonesia, persentase APK PT yang capaiannya sudah melebihi angka nasional terdapat 14 provinsi sedangkan 19 provinsi lainnya masih di bawah capaian angka nasional. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih banyak daerah di Indonesia memiliki APK PT yang masih rendah. Faktor-faktor yang berpengaruh signifikan terhadap APK PT provinsi di Indonesia adalah Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita, pengeluaran per kapita, persentase penduduk miskin, persentase penduduk usia 25 tahun ke atas berpendidikan tinggi ditamatkan, angka melek huruf 15-24 tahun dan rasio dosen per mahasiswa.

Tabel 9. Hubungan Tingkat APK Perguruan Tinggi (PT) dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Tidak Merasa Tidak Perlu

APK	PT	Merasa Tidak Perlu			Jumlah
		Tinggi	Sedang	Rendah	
Tinggi		0.00%	0.00%	100.00%	100%
Sedang		42.90%	50.00%	7.10%	100%
Rendah		36.80%	52.60%	10.50%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan hasil tabel silang APK PT dengan alasan utama tidak berobat karena merasa tidak perlu, diperoleh nilai sebesar 0.100 dan nilai signifikansi sebesar 0.574. Hasil korelasi tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara APK Perguruan Tinggi dengan alasan utama tidak berobat karena merasa tidak perlu.

Menurut Efayanti et al (2019), seseorang ketika mengalami sakit atau masalah dengan kesehatannya lebih banyak memilih untuk mengobati sendiri karena dianggap lebih mudah. Hasil penelitian Madania dan Papeo (2021) menyatakan bahwa pengetahuan seseorang mengenai obat tradisional menjadi salah satu faktor untuk melakukan pengobatan sendiri. Hal tersebut menunjukkan bahwa persentase APK PT meningkat ataupun menurun tidak memberikan pengaruh bagi persentase alasan mengobati sendiri.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai institusi kesehatan bertanggung jawab melaksanakan pelayanan kesehatan khususnya penyembuhan bagi penderita yang mengidap penyakit tertentu (Amiruddin, 2013). Kesehatan merupakan titik vital bagi kelangsungan hidup masyarakat, sehingga rumah sakit menjadi kebutuhan primer bagi penduduk suatu bangsa. Dengan terjaminnya fasilitas kesehatan, maka akan tercapai level kesejahteraan yang tertinggi. Pemerintah Indonesia berencana meningkatkan sarana dan prasarana infrastruktur kesehatan negara agar rakyat mendapatkan kemudahan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang berkualitas, adil, dan merata (Hammad & Ramie, 2022). Pembangunan rumah sakit di Indonesia merupakan salah satu upaya tersebut yang memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan service quality kepada masyarakat.

Data persentase Jumlah Rumah Sakit Umum masing-masing akan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu kurang memadai, cukup memadai, dan memadai.

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Presentase Jumlah Rumah Sakit Umum

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Kurang Memadai (14.85% - 35.05%)	15	44.12%
Cukup Memadai (35.06% - 55.26%)	10	29.41%

Memadai (55.27% - 75.59%)	9	26.47%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Menurut tabel 10, sebagian besar Persentase jumlah Rumah Sakit Umum (RSU) di tiap provinsi di Indonesia tergolong kurang memadai jika dibandingkan dengan jumlah penduduk di provinsi tersebut. Beberapa provinsi di Pulau Jawa, yaitu Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat, dan Banten, memiliki persentase jumlah RSU dengan kategori kurang memadai, sedangkan DI Yogyakarta dan DKI Jakarta masing-masing berada pada kategori memadai dan cukup memadai. Hal ini disebabkan perbedaan jumlah penduduk pada provinsi-provinsi tersebut. Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat, dan Banten merupakan provinsi dengan jumlah penduduk paling tinggi, namun DI Yogyakarta memiliki jumlah penduduk yang relatif rendah, BPS (2023). Persentase jumlah rumah sakit dengan kategori memadai terdapat pada Maluku, DI Yogyakarta, Sulawesi Utara, dan Papua Barat. Hal ini disebabkan jumlah penduduk keempat provinsi ini relatif rendah. Selain itu, provinsi-provinsi tersebut memiliki otonomi daerah sehingga dapat mengembangkan potensi yang dimiliki daerah tersebut secara geografis maupun historis dengan optimal yang berakibat pada tingginya angka pembangunan tak terkecuali RSU (Jaelani, 2018).

Tabel 11. Hubungan Presentase Jumlah Rumah Sakit Umum dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Waktu Tunggu Pelayanan Lama

Presentase Jumlah Rumah Sakit Umum	Waktu Tunggu Pelayanan Lama			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Memadai	0.00%	25.00%	75.00%	100%
Cukup Memadai	0.00%	0.00%	100.0%	100%
Kurang Memadai	5.90%	0.00%	94.10%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan hasil tabel silang, persentase jumlah RSU dengan alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan menunjukkan nilai sebesar -0.017 dan nilai p value sebesar 0.925. Hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara persentase jumlah rumah sakit umum dengan alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan lama.

Di Indonesia, 32 dari 34 provinsi dengan persentase jumlah rumah sakit umum dalam ketiga kategori; kurang memadai, cukup memadai, dan memadai, memiliki waktu tunggu pelayanan yang relatif cepat. Persentase jumlah RSU dalam suatu provinsi tidak memengaruhi waktu tunggu pelayanan. Artinya, persentase jumlah rumah sakit umum dalam suatu provinsi tidak memengaruhi keputusan berobat rawat jalan seseorang dengan alasan tingginya waktu tunggu pelayanan. Hal ini disebabkan masih sedikitnya pemanfaatan pelayanan rumah sakit oleh

penduduk di tiap provinsi (Pusungunaung et al., 2018). Salah satu faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan rumah sakit umum adalah tingkat pengetahuan masyarakat. Tingkat pengetahuan yang rendah menyebabkan seseorang tidak mampu mencari sumber pelayanan kesehatan untuk mengobati dirinya (Amiruddin, 2013).

Fasilitas kesehatan lain yang ada di Indonesia adalah puskesmas. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Menurut Depkes 2011 dalam Ekasari et al (2017) puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat dan perawatan individu tingkat pertama, dengan lebih mengedepankan upaya peningkatan dan tindakan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Persentase Jumlah Puskesmas Nonrawat Inap dikategorisasikan menjadi tiga, yaitu kurang memadai, cukup memadai, dan kurang memadai.

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Presentase Jumlah Puskesmas Nonrawat Inap

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Kurang Memadai (0.0006% - 0.0036%)	22	64.71%
Cukup Memadai (0.0038% - 0.0068%)	7	20.59%
Memadai (0.0069% - 0.0098%)	5	14.71%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Menurut tabel 12, persentase jumlah puskesmas nonrawat inap di Indonesia mayoritas berada dalam kategori kurang memadai. Beberapa provinsi dengan persentase jumlah puskesmas nonrawat inap dalam kategori memadai berada di Kawasan Indonesia Timur. Menurut Penelitian Adawiyah (2015), puskesmas di Sedan Kabupaten Rembang Jawa Tengah kurang memadai dan perlu memperbaiki keadaan kamar mandi, melengkapi persediaan obat, meningkatkan akurasi diagnosa dokter, dan meningkatkan ketepatan resep obat yang diberikan kepada pasien. Sedangkan persentase jumlah puskesmas nonrawat inap yang memadai terdapat pada 4 provinsi yaitu Maluku Utara, Sulawesi Tenggara, Maluku, dan Papua barat. Provinsi tersebut termasuk dalam puskesmas nonrawat inap yang memadai dikarenakan biaya untuk mengakses layanan kesehatan mahal dan distribusi yang tidak merata juga terjadi untuk tenaga kesehatan.

Tabel 13. Hubungan Presentase Jumlah Puskesmas Nonrawat Inap dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Waktu Tunggu Pelayanan Lama

Presentase Jumlah Rumah Sakit Umum	Waktu Tunggu Pelayanan Lama			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Memadai	0.00%	25.00%	75.00%	100%
Cukup Memadai	0.00%	0.00%	100.0%	100%

Kurang Memadai	4.50%	0.00%	95.50%	100%
----------------	-------	-------	--------	------

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan hasil tabel silang, persentase jumlah puskesmas nonrawat inap dengan alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan dari hasil hitung korelasi product moment menunjukkan nilai sebesar -0.067 dan nilai p value sebesar 0.708. Hasil korelasi product moment tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara persentase puskesmas nonrawat inap dengan alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan lama.

Persentase puskesmas di suatu daerah dapat memberikan gambaran tentang ketersediaan fasilitas kesehatan di daerah tersebut, namun tidak dengan kualitas pelayanan. Jumlah puskesmas tidak berhubungan dengan waktu pelayanan lama karena terdapat faktor lain yang memengaruhi waktu tunggu pelayanan, seperti kualitas puskesmas. Menurut Haryanto et al (2019) waktu tunggu pelayanan lama karena pelayanan puskesmas yang rumit dan berbelit-belit. Puskesmas dengan kualitas yang buruk karena kurangnya pemahaman tentang pelayanan, sehingga mengalami kendala dalam memberikan pelayanan yang cepat.

Tenaga kesehatan lebih banyak terfokus pada rumah sakit atau puskesmas yang berada di pusat kota. Bahkan di beberapa kabupaten, jumlah tenaga kesehatan, termasuk tenaga medis, sangat minim. Banyak RSUD dan Puskesmas yang tidak memiliki dokter spesialis dan bahkan dokter umum. Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap minimnya dokter di lokasi terpencil adalah faktor keamanan dan keselamatan.

Persentase Jumlah Tenaga Medis akan dikategorisasikan dengan cara yang sama seperti pengkategorisasian persentase jumlah rumah sakit umum. Kategori dibagi tiga, yaitu kurang memadai, cukup memadai, dan kurang memadai.

Tabel 14. Distribusi Frekuensi Presentase Jumlah Tenaga Medis

Kategori	Jumlah Provinsi	Persentase
Kurang Memadai (0.034% - 0.097%)	30	88.24%
Cukup Memadai (0.098% - 0.161%)	13	8.82%
Memadai (0.162% - 0.223%)	1	2.94%
Total	34	100.00%

Sumber: Data primer (2023)

Menurut tabel 14 mayoritas persentase jumlah tenaga medis provinsi di Indonesia berada dalam kategori rendah sebesar 88,24%. Menurut tabel diatas, provinsi yang termasuk kedalam kategori persentase jumlah tenaga medis rendah berada di daerah Indonesia bagian timur seperti, Provinsi Papua, Sulawesi Barat, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur, dan lain sebagainya. Hermawan (2017) menunjukkan bahwa tenaga non kesehatan atau tanpa pertolongan masih tinggi di Kawasan Timur Indonesia terutama di Daerah Terpencil, Kepulauan, dan

Perbatasan (DTPK). Uji bivariat menunjukkan bahwa pendidikan rendah, status sosial ekonomi yang rendah dan waktu tempuh ke faskes berpengaruh terhadap tingginya angka proporsi oleh tenaga non kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa jumlah tenaga medis di Indonesia bagian timur masuk dalam kategori rendah, sehingga mayoritas dari mereka lebih memilih menggunakan bantuan dukun, kerabat atau tanpa bantuan sama sekali. Hasil penelitian Hikmah dan Istioningsih (2022) menunjukkan bahwa terjadi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan dan puskesmas karena faktor ekonomi dan geografis. Puskesmas di wilayah Indonesia Timur lebih banyak mengalami kekosongan tenaga medis khususnya dokter dan bidan. Kondisi ini berbanding terbalik dengan Provinsi DKI Jakarta, letak geografis DKI Jakarta yang dekat dengan pusat ekonomi dan pemerintahan membuat DKI Jakarta memiliki jumlah tenaga medis tertinggi dengan persentase 0.223%. Jumlah tenaga medis yang rendah menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada promotif dan preventif terabaikan.

Tabel 15. Hubungan Presentase Jumlah Tenaga Medis dengan Alasan Utama Tidak Berobat karena Waktu Tunggu Pelayanan Lama

Presentase Jumlah Rumah Sakit Umum	Waktu Tunggu Pelayanan Lama			Jumlah
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Memadai	0.00%	25.00%	75.00%	100%
Cukup Memadai	0.00%	0.00%	100.0%	100%
Kurang Memadai	3.30%	3.30%	93.30%	100%

Sumber: Data Primer (2023)

Berdasarkan hasil tabel silang, persentase jumlah tenaga medis dengan alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan, hasil hitung korelasi product moment menunjukkan nilai sebesar 0.081 dan nilai p value sebesar 0.649. Hasil korelasi product moment tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara persentase jumlah tenaga medis alasan utama tidak berobat karena waktu tunggu pelayanan lama.

Dari hasil penelitan yang telah dilakukan oleh Malingkas et al (2018) kualitas tenaga medis memiliki nilai korelasi yang tergolong kuat terhadap pelayanan kesehatan. Kualitas tenaga medis merupakan faktor yang memengaruhi pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari besarnya pengaruh kualitas tenaga medis terhadap pelayanan kesehatan yang ditunjukkan koefisien determinasi sebesar 0.941 atau 94%, sehingga kualitas tenaga medis bukan merupakan faktor utama yang memengaruhi pelayanan kesehatan. Akan tetapi, terdapat beberapa faktor dari variabel lain yang tidak diamati dalam penelitian. Salah satu alasannya yaitu jika terdapat keterbatasan fasilitas kesehatan, ruang tunggu akan lebih ramai dan waktu tunggu akan bertambah. Hal ini tidak terkait langsung dengan

kualitas tenaga medis, tetapi lebih kepada kapasitas sistem kesehatan.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa persentase jumlah penduduk miskin dan APK SD berhubungan dengan penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak berobat. Variabel persentase penduduk miskin berhubungan dengan penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak berobat karena alasan utama tidak ada biaya transpor dan tidak ada sarana transportasi. Salah satu faktor yang memengaruhi yaitu penduduk miskin memiliki keterbatasan ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti mengakses pelayanan kesehatan. Selain itu, infrastruktur yang kurang memadai menyebabkan sulitnya sarana transportasi untuk mengakses pelayanan kesehatan. Variabel APK SD berhubungan dengan penduduk miskin yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak berobat karena alasan tidak ada biaya transpor. Indikator kesejahteraan adalah melalui pendidikan. Kesejahteraan dalam hal ini termasuk kemampuan membiayai diri menggunakan transportasi untuk melakukan pengobatan. Oleh karena itu, jika APK SD rendah, maka kesejahteraan penduduk akan rendah. Variabel persentase jumlah fasilitas kesehatan tidak berhubungan dengan penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak berobat karena alasan waktu tunggu pelayanan lama. Hal ini dikarenakan kuantitas fasilitas kesehatan tidak menjadi faktor satu-satunya yang memengaruhi pelayanan kesehatan. Akan tetapi, kualitas fasilitas kesehatan juga menjadi faktor yang memengaruhi pelayanan kesehatan.

5. REFERENSI

Abdillah, F., & Wahyudi, M. S. (2021). Pengaruh Pengeluaran Kesehatan, Dana Perimbangan, Dan Penduduk Miskin Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Papua Barat. *Jurnal Ilmu Ekonomi JIE*, 5(4), 738–750. <https://doi.org/10.22219/jie.v5i04.19450>

Adawiyah, R. (2015). Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sedan Kabupaten Rembang Jawa Tengah. *Bachelor's Thesis, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*.

Aini, E. N., Isnaini, I., Sukanti, S., & Amalia, L. N. (2018). Pengaruh Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Kesejahteraan Masyarakat di Kelurahan Kesatrian Kota Malang. *Technomedia Journal*, 3(1), 58–72. <https://doi.org/10.33050/tmj.v3i1.333>

Alfiansyah, D. N., Nastiti, V. R. S., & Hayatin, N. (2022). Penerapan Metode K-Means pada Data Penduduk Miskin Per Kecamatan Kabupaten Blitar. *Jurnal Repositor*, 4(1), 49–58. <https://doi.org/10.22219/repositor.v4i1.1416>

Amiruddin, E. E. (2013). Pengaruh Perilaku Pasien Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Di Instalasi Rawat Jalan Pada Rumah Sakit Umum Kota Baubau Sulawesi Tenggara. *Repository Universitas Hasanuddin*, 133.

- Annisa, N., & Anwar, K. (2021). Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Kemiskinan (Studi Kasus Provinsi Aceh). *Jurnal Ekonomi Regional Unimal*, 4(3), 1. <https://doi.org/10.29103/jeru.v4i3.6056>
- Aprilia, R., & Retno, S. R. (2022). Pengaruh Pendidikan, Tenaga Kerja dan Kesehatan terhadap Kemiskinan (Studi Kasus pada Provinsi Bali). *JIEP: Jurnal Ilmu Ekonomi Dan Pembangunan*, 5(2), 637–651.
- Ardinata, M. (2020). State Responsibility for Health Insurance in the Perspective of Human Rights. *Jurnal HAM*, 11(2), 319.
- Aswin, D. A., & Yasa, Im. (2021). Pengaruh Tingkat Pendidikan, Tingkat Kesehatan, Dan Pertumbuhan Penduduk Terhadap Tingkat Kemiskinan Kabupaten/Kota Di Provinsi Bali. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Universitas Udayana*, 10(11), 4535–4562.
- Azahari, R. (2020). Pengaruh Kemiskinan Dan Pendidikan Terhadap Kesehatan Masyarakat. *Equity: Jurnal Ekonomi*, 8(1), 56–63. <https://doi.org/10.33019/equity.v8i1.14>
- Citrawathi, D. M. (2014). Pengembangan Model Pendidikan Kesehatan Integratif dan Kolaboratif di Sekolah. *Seminar Nasional FMIPA UNDIKHSIA IV*, 223–230.
- Darmin, D., Akbar, H., & Rusdianto, R. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Inobonto. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 3(3), 223–228. <https://doi.org/10.56338/mppki.v3i3.1147>
- Efayanti, E., Susilowati, T., & Imamah, I. N. (2019). Hubungan Motivasi dengan Perilaku Swamedikasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 21–32. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.12>
- Ekasari, R., Pradana, M. S., Adriansyah, G., Prasnowo, M. A., Rodli, A. F., & Hidayat, K. (2017). Analisis Kualitas Pelayanan Puskesmas Dengan Metode Servqual. *Jurnal Darussalam: Jurnal Pendidikan, Komunikasi Dan Pemikiran Hukum Islam*, 9(1), 82. <https://doi.org/10.30739/darussalam.v9i1.118>
- Fariadi, H., Kanto, S., & Mardiyono. (2016). Persepsi Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan Bidang Gizi (Studi Kasus di Wilayah Puskesmas Sidotopo Surabaya Utara). *Pamator*, 9(2), 109–118. <http://journal.trunojoyo.ac.id/pamator>
- Fatimah, S., & Indrawati, F. (2019). Faktor Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94.
- Hammad, & Ramie, A. (2022). Perkembangan Rumah Sakit di Indonesia di Era Disruptif. *JKM :*

- Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(1), 1–8.
<https://doi.org/10.36086/jkm.v2i1.1146>
- Haryanto, E., Hadiati, A., & Purwanti, L. S. (2019). Kepuasan Pasien Berdasarkan Waktu Tunggu Pelayanan di Puskesmas Ibrahim Adjie Kota Bandung. *Jurnal Ilmiah JKA (Jurnal Kesehatan Aeromedika)*, 5(2), 25–35.
<https://doi.org/10.58550/jka.v5i2.83>
- Hermawan, A. (2017). Gambaran Pilihan Persalinan Oleh Tenaga Non Kesehatan Tanpa Pertolongan Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(89–102).
- Hermawan, A., Aminoto, C., & Septiwi, C. (2011). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Masyarakat Berobat Di Puskesmas Kecamatan Buayan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 7(2), 91–100.
- Hikmah, H., & Istioningsih, Y. P. W. (2022). Faktor Maternal dan Pola Makan Dengan Kejadian. *Kebinaan Malakbi*, 1(1), 21–28.
- Jaelani. (2018). Hubungan Perawatan Pasien Menjelang Ajal dengan Dokumentasi Keperawatan Di Rumah Sakit Wilayah Kota Cirebon. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 3(8), 27–38.
- Julaiha, S. (2019). Analisis Faktor Kepatuhan Berobat Berdasarkan Skor MMAS-8 pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan*, 10(2), 203.
<https://doi.org/10.26630/jk.v10i2.1267>
- Juliastutik. (2011). Model Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan Berbasis Altruis Di Kota Malang. *Humanity*, 7(1), 28–43.
<http://ejournal.umm.ac.id/index.php/humanity/article/view/1407>
- Kaming, P. F., & Raharjo, F. (2017). Kajian Mengenai Kota dan Kecukupan Infrastruktur di Kawasan Timur Indonesia. *Prosiding Konferensi Nasional Teknik Sipil Dan Perencanaan (KN-TSP)*, 310–320.
- Leonita & Sari. (2019). Pengaruh PDRB, Pengangguran dan Pembangunan Manusia terhadap Kemiskinan Di Indonesia. *ISOQUANT; Jurnal Ekonomi, Manajemen Dan Akuntansi*, 3(2), 1–8.
<https://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/isoquant/article/view/252>
- Lubis, A. A. F. (2023). *Heboh Video Pasien Terlantar di Puskesmas Negeri Lama, Dinkes Buka Suara*. Detik.Com.
<https://www.detik.com/sumut/berita/d-6682561/heboh-video-pasien-terlantar-di-puskesmas-negeri-lama-dinkes-buka-suara>
- Madania, M., & Papeo, P. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Sikap terhadap Tindakan Pemilihan Obat Untuk Swamedikasi. *Indonesian Journal of Pharmaceutical Education*, 1(1), 20–29.
<https://doi.org/10.37311/ijpe.v1i1.9948>
- Mahasyahputra, B. A., Wulandari, P., Maharam, E. D., Rahman, A. H., & Sahara, S. (2023). Analisis Perbandingan Sistem Logistik Jakarta dengan Papua. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 9(14), 208–216.
- Malingkas, V. V., Tulus, F. M. G., & Londa, V. V. (2018). Pengaruh Kualitas Tenaga Medis Terhadap Pelayanan Kesehatan (Di Puskesmas Kecamatan Ratahan Kabupaten Minahasa Tenggara). *Jurnal Administrasi Publik*, 4(65), 10–17.
- Megantoro, W. U., & Ahyudanari, E. (2021). Analisis Bandar Udara Sam Ratulangi di Manado Sebagai Bandar Udara Super Hub untuk Jembatan Udara di Wilayah Indonesia Timur Ditinjau dari Konektivitas Kargo. *Jurnal Teknik ITS*, 10(2).
<https://doi.org/10.12962/j23373539.v10i2.69750>
- Megawati, Abapihi, B., Yahya, I., Ruslan, Laome, L., & Mukhsar. (2022). Pemodelan Angka Morbiditas Dengan Menggunakan Regresi Nonparametrik Spline Di Indonesia. *Seminar Nasional Sains Dan Terapan*, 6(April), 79–84.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/sinta6/article/download/41873/37129>
- Pradono, J., & Sulistyowati, N. (2013). Hubungan antara Tingkat Pendidikan, Pengetahuan tentang Kesehatan Lingkungan, Perilaku Hidup Sehat dengan Status Kesehatan Studi Korelasi pada Penduduk Umur 10 – 24 tahun di Jakarta Pusat. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(1), 89–95.
- Pristiwanti, D., Badariah, B., Hidayat, S., & Dewi, R. S. (2022). Pengertian Pendidikan. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling (JPDK)*, 4(6), 1707–1715.
- Purba, D. O. (2023). *Nakes Puskesmas Lambunu 2 Minta Maaf Usai Bikin Video Bedakan Pelayanan Pasien BPJS dan Umum*. Kompas.Com.
<https://regional.kompas.com/read/2023/03/18/145424878/nakes-puskesmas-lambunu-2-minta-maaf-usai-bikin-video-bedakan-pelayanan>
- Pusungunaung, S. W., Kolibu, F. K., & Rumayar, A. A. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Kembali Pelayanan Oleh Pasien Rawat Jalan Di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum GMIM Pancaran Kasih Manado. *Jurnal KESMAS*, 7(4), 1–7.
- Putri, N. E. (2014). Efektivitas Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui BPJS dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin D Kota Padang. *Tingkap*, 10(2), 175–189.
[https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70010-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70010-3)
- Rosni. (2017). Analisis Tingkat Kesejahteraan Masyarakat Nelayan Di Desa Dahari Sebar Kecamatan Talawi Kabupaen Batubara. *Jurnal Geografi*, 9(1), 53–66.

- Sari, R. K., & Handayani, D. (2020). Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Anak Indonesia: Pengaruh Kemiskinan dan Karakteristik Ibu. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(3), 305–316.
<https://doi.org/10.30597/mkmi.v16i3.9709>
- Sinaga, T. M. (2023). *Pembatasan Layanan Pasien BPJS Kesehatan Diskriminatif*. Kompas.Id.
<https://www.kompas.id/baca/humaniora/2023/02/28/pembatasan-kuota-pasien-bpjs-kesehatan-diskriminatif>
- Suryandari, A. N. (2018). Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pendidikan, Dan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemiskinan Di Provinsi DIY Tahun 2004-2014. *Jurnal Pendidikan Dan Ekonomi*, 7(1), 33–41.
- Tisniwati, B. (2012). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kemiskinan Di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 10(1), 33.
<https://doi.org/10.22219/jep.v10i1.3714>
- Ulumudin, I., & Martono, S. F. (2018). Kajian Implementasi Program Wajib Belajar 12 Tahun Di Kota Surabaya. *Jurnal Ilmiah Mimbar Demokrasi*, 16(2), 119–136.
<https://doi.org/10.21009/jimd.v16i2.8758>
- Varela, C., Young, S., Mkandawire, N., Groen, R. S., Banza, L., & Viste, A. (2019). Transportation Barriers to Access Health Care for Surgical Conditions in Malawi a cross sectional nationwide household survey. *BMC Public Health*, 19(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6577-8>