

## **Pengidentifikasian Determinan Pembangunan Kesehatan di Indonesia Tahun 2018**

### *Identifying the Determinants of Health Development of Indonesia in 2018*

**Salsabila Muna Shobiha<sup>1</sup> & Aisyah Fitri Yuniasih<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>111810595@stis.ac.id (corresponding author)

Politeknik Statistika STIS

Jl. Otto Iskandardinata No. 64C, Jakarta 13330

<sup>2</sup>aisyah.fy@stis.ac.id

Politeknik Statistika STIS

Jl. Otto Iskandardinata No. 64C, Jakarta 13330

Received: April 28, 2022 | Revised: May 10, 2022 | Published: June 30, 2022

**Abstract:** Health is an indicator used to measure human capital, affecting economic productivity in a region. The importance of health indicators makes health development necessary. Public Health Development Index (PHDI) is a composite index used to measure the success of public health development. The low levels of health and differences in health development between western Indonesia (KBI) and eastern Indonesia (KTI) are the reasons for this research. Therefore, one of the objectives of this study is to identify the variables that influence health development in Indonesia. The analytical method used is binary logistic regression. Based on the results of the analysis, it was found that the variables that influenced the PHDI in Indonesia in 2018 were the unemployment rate, human development, health expenditure, and internet access. In addition, it was also found that there are differences in health development in KBI and KTI which states that districts/cities located in KBI have a greater tendency to have PHDI that is more than or equal to the national PHDI than districts/cities in KTI. Improving health development can be done by optimizing job training to create productive labor with a decent income, optimizing the Program Indonesia Pintar, optimizing the realization of health expenditure, accelerating the distribution of internet infrastructure development, and increasing public literacy.

**Keywords:** binary logistic regression; eastern Indonesia; public health development index; western Indonesia

**Abstrak:** Kesehatan merupakan indikator yang digunakan dalam pengukuran modal manusia yang berpengaruh pada produktivitas ekonomi di suatu wilayah. Pentingnya indikator kesehatan membuat pembangunan kesehatan perlu dilakukan. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan sebuah indeks komposit yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat. Tingkat kesehatan yang masih rendah serta adanya perbedaan pembangunan kesehatan di Kawasan Barat Indonesia (KBI) dan Kawasan Timur Indonesia (KTI)



menjadi alasan penelitian ini dilakukan. Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi variabel-variabel yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan di Indonesia. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik biner. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh pada IPKM di Indonesia tahun 2018 adalah tingkat pengangguran, pembangunan manusia, pengeluaran pemerintah pada bidang kesehatan, serta akses internet. Selain itu, ditemukan pula bahwa memang terdapat perbedaan pembangunan kesehatan di KBI dan KTI yang menyatakan bahwa kabupaten/kota yang berada di KBI memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk memiliki IPKM yang lebih dari atau sama dengan IPKM nasional dibandingkan kabupaten/kota yang berada di KTI. Peningkatan pembangunan kesehatan dapat dilakukan dengan mengoptimalkan pelatihan kerja untuk menghasilkan tenaga kerja yang produktif dengan pendapatan yang memadai, mengoptimalkan Program Indonesia Pintar, mengoptimalkan realisasi anggaran kesehatan, serta mempercepat pemerataan pembangunan infrastruktur internet, dan meningkatkan literasi masyarakat.

**Kata Kunci:** indeks pembangunan kesehatan masyarakat; Kawasan Barat Indonesia; Kawasan Timur Indonesia; regresi logistik biner

## Pendahuluan

Modal manusia merupakan komponen penting dalam peningkatan produktivitas ekonomi di sebuah wilayah. Indikator yang tepat untuk mengukur modal manusia adalah pendidikan dan kesehatan (Todaro & Smith, 2011, p. 359). Dalam lingkup ekonomi makro, penduduk yang memiliki tingkat kesehatan yang baik merupakan input penting dalam rangka penurunan kemiskinan, pertumbuhan dan pembangunan ekonomi dalam jangka panjang (Widad, Subagiarta, & Wilantari, 2018, p. 32). Selain itu, kesehatan yang memadai berdampak pada pendidikan yang berkualitas (Todaro & Smith, 2011, p. 361). Besarnya peran indikator kesehatan yang berpengaruh pada segala aspek membuat indikator kesehatan perlu untuk diperhatikan. Oleh sebab itu, perlu adanya pembangunan kesehatan yang bertujuan memperbaiki dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mendefinisikan pembangunan kesehatan sebagai sarana untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan setiap orang untuk dapat berperilaku hidup sehat demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang maksimal.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) (2019, p. 97) menyatakan bahwa indikator yang dapat menunjukkan derajat kesehatan masyarakat, yakni Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN), serta status gizi. Mortalitas dapat dilihat pada Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Neonatal (AKN). AKI merupakan salah satu target dalam tujuan ketiga *Sustainable Development Goals* (SDGs), yakni pada tahun 2030 menurunkan AKI menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran. Publikasi Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018 menyatakan bahwa AKI di Indonesia tahun 2015 masih berada di angka 305 per 100.000 kelahiran hidup. Kemenkes (2020: p. 98) memperkirakan pada tahun 2024, AKI di Indonesia akan sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2030 akan sebesar 131 per 100.000 kelahiran hidup, masih jauh dari target SDGs. Selain itu, AKI di Indonesia masih tergolong tinggi. Pada tahun 2015, Indonesia menempati peringkat keempat dengan AKI tertinggi dibandingkan 10 negara ASEAN lainnya (ASEAN, 2019, p. 18). Rata-rata AKI di ASEAN sudah mencapai 100 per 100.000 kelahiran hidup.

AKN juga menjadi fokus dunia internasional dan menjadi salah satu target dalam tujuan ketiga SDGs, yakni menurunkan AKN sampai 12 per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data yang diperoleh dari World Bank, sejak tahun 2016 hingga 2019, AKN di Indonesia mengalami penurunan. Namun, hingga tahun 2019 AKN di Indonesia masih termasuk kategori tinggi dibandingkan negara-negara di ASEAN yakni menduduki peringkat kelima

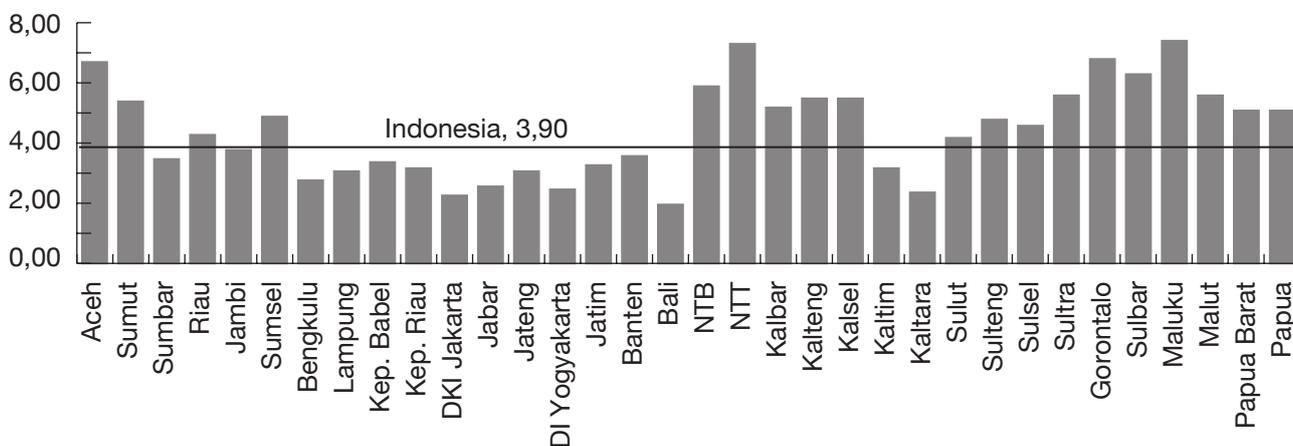
tertinggi dari 10 negara ASEAN lainnya. Morbiditas merupakan angka yang menggambarkan banyaknya penyakit atau keluhan kesehatan dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Makin tinggi morbiditas, makin banyak penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat makin buruk (Rosanti, 2020, p. 107). Selain itu, status gizi juga merupakan salah satu ukuran yang menunjukkan derajat kesehatan yang juga masuk dalam target SDGs dalam tujuannya yang kedua. Namun, berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018, tren prevalensi balita gizi buruk di Indonesia tahun 2016 hingga 2018 cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya dengan nilai secara berturut-turut 3,4; 3,8; dan 3,9. Hal ini mengindikasikan bahwa masih diperlukan upaya keras dari pemerintah untuk menurunkan prevalensi balita gizi buruk di Indonesia.

Dalam pembangunan kesehatan, terdapat peran penting pemerintah daerah dalam membiayai kesehatan di wilayahnya.

Todaro dan Smith (2011, p. 237) mengungkapkan bahwa belanja pemerintah pada sektor kesehatan merupakan salah satu bentuk pemenuhan hak individu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Pemerintah telah mengatur mengenai pembiayaan kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa pemerintah daerah harus mengalokasikan minimal 10 persen dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) (tidak termasuk gaji) untuk sektor kesehatan. Direktorat Jenderal Perbendaharaan (2019) dalam publikasi Kajian Fiskal Regional 2018 menyatakan bahwa hampir seluruh provinsi di Indonesia sudah mengalokasikan APBD tahun 2018 untuk kesehatan sesuai dengan yang telah ditentukan, kecuali Provinsi Papua Barat. Walaupun demikian, Indonesia masih mengalami permasalahan kesehatan dilihat dari beberapa ukuran derajat kesehatan yang masih jauh dari target SDGs. Salah satunya adalah status gizi.

Bagan 1 memberikan informasi bahwa sebanyak 15 provinsi masuk dalam wilayah Kawasan Timur Indonesia (KTI) yang memiliki prevalensi balita gizi buruk melebihi prevalensi balita gizi buruk nasional. Sementara itu, di wilayah Kawasan Barat Indonesia (KBI), hanya empat provinsi yang memiliki prevalensi balita gizi buruk melebihi prevalensi balita gizi buruk nasional. Apabila ditinjau dari alokasi APBD untuk sektor kesehatan, baik di KBI maupun KTI, tidak menunjukkan perbedaan yang berarti. Hal ini mengindikasikan masih adanya perbedaan pembangunan antara

kedua kawasan tersebut. Padahal, Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 sudah menjamin semua orang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui variabel yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan di Indonesia.



**Bagan 1. Prevalensi Balita (0–59 bulan) Gizi Buruk di Indonesia, Tahun 2018**

Sumber: Badan Pusat Statistik (2018).

Penelitian mengenai pembangunan kesehatan yang diukur dengan IPKM juga sudah pernah dilakukan oleh Fathurahman (2017) yang melihat determinan bervariasinya IPKM tahun 2013 di Pulau Kalimantan menggunakan regresi logistik biner. Hasilnya menyatakan bahwa IPM, tingkat kepadatan penduduk, serta persentase penduduk miskin signifikan memengaruhi IPKM kabupaten/kota di Pulau Kalimantan pada tahun 2013. Selain itu, terdapat juga penelitian Fathurahman (2019) yang juga melakukan pemodelan mengenai determinan IPKM kabupaten/kota di Pulau Kalimantan tahun 2013 menggunakan pendekatan regresi probit. Hasilnya menyatakan bahwa variabel yang berpengaruh signifikan terhadap IPKM di Pulau Kalimantan tahun 2013 adalah IPM dan Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK).

Namun, penelitian tersebut belum ada yang membahas mengenai determinan pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melihat determinan pembangunan kesehatan di seluruh kabupaten/kota di Indonesia dengan melihat posisi masing-masing kabupaten/kota berdasarkan nilai IPKM-nya dibandingkan dengan nilai IPKM nasional menggunakan regresi logistik biner. Penggunaan analisis ini memberikan informasi mengenai tingkat kecenderungan serta meningkatnya IPKM sampai setidaknya di atas IPKM nasional. Selain itu, dengan mengategorikan IPKM dapat diketahui kabupaten/kota yang perlu untuk diprioritaskan, yakni kabupaten/kota dengan IPKM yang kurang dari IPKM nasional. Adapun pengelompokan kategori IPKM merujuk pada penelitian Fathurahman (2017) karena belum terdapat pengelompokan kategori IPKM oleh Kemenkes. Selain itu, adanya perbedaan pembangunan kesehatan di KBI dan KTI, maka pada penelitian ini akan memasukkan variabel *dummy* wilayah ke dalam persamaan regresi seperti yang dilakukan oleh Suhesti (2018) dalam penelitiannya yang mengukur pembangunan kesehatan dengan angka harapan hidup (AHH). Oleh karena itu, penelitian ini akan menjawab pertanyaan mengenai: (1) bagaimana gambaran umum pembangunan kesehatan di Indonesia tahun 2018 beserta determinannya?; (2) variabel apa saja yang memengaruhi pembangunan kesehatan di Indonesia tahun 2018 dan bagaimana tingkat kecenderungannya?

Penelitian ini menganalisis tentang IPKM di Indonesia tahun 2018 beserta variabel-variabel yang memengaruhinya. Unit analisis dalam penelitian ini adalah 514 kabupaten/kota di Indonesia. Adapun variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah IPKM tahun 2018 yang bersumber dari publikasi oleh Kemenkes yang dikategorikan menjadi kabupaten/kota dengan IPKM  $\geq$  IPKM nasional (kode 1) dan kabupaten/kota dengan IPKM  $<$  IPKM nasional (kode 0). Sementara itu, variabel bebas yang digunakan meliputi Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT), Indeks Pembangunan Manusia (IPM), proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja, serta proporsi individu yang mengakses internet berdasarkan hasil kajian literatur dari penelitian terkait. Selain itu, ditambahkan variabel *dummy* wilayah dengan kode 0 untuk kabupaten/kota yang tergolong dalam KBI, yakni kabupaten/kota yang berada di Pulau Sumatra, Jawa, dan Bali. Sementara itu, kode 1 diberikan pada kabupaten/kota yang berada di KTI, yakni kabupaten/kota yang berada di Pulau Kalimantan, Nusa Tenggara, Sulawesi, serta Papua. Data untuk variabel bebas bersumber dari BPS serta Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK). Adapun tingkat signifikansi yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebesar 5 persen.

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini berupa analisis deskriptif dan analisis inferensial. Analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan pembangunan kesehatan serta variabel-variabel bebas yang digunakan dalam bentuk grafik dan analisis kuadran. Adapun analisis inferensial digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan serta tingkat kecenderungannya di Indonesia tahun 2018. Analisis inferensial dilakukan dengan menggunakan regresi

logistik biner dengan pengkategorian pada variabel terikat. Penelitian ini akan menggunakan metode estimasi *Maximum Likelihood Estimator* (MLE). Model regresi yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$\hat{g}(x) = \beta_0 + \beta_1 TPT + \beta_2 IPM + \beta_3 \text{BelanjaKesehatan} + \beta_4 \text{Internet} + \beta_5 \text{Dummy} \dots\dots\dots(1)$$

Dimana, TPT: tingkat pengangguran terbuka kabupaten/kota; IPM: indeks pembangunan manusia kabupaten/kota; BelanjaKesehatan: proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja kabupaten/kota; Internet: proporsi individu yang mengakses internet kabupaten/kota; D: *dummy* wilayah kabupaten/kota.

Selanjutnya, dilakukan pengujian parameter secara simultan dengan menggunakan statistik uji *Likelihood Ratio* (G) yang bertujuan untuk menguji secara bersama-sama pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat dalam model. Kemudian pengujian parameter secara parsial dengan statistik uji *Wald* (W) yang bertujuan untuk menguji pengaruh dari masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Uji kesesuaian model dilakukan dengan statistik uji *Hosmer-Lemeshow Test* ( $\hat{C}$ ) dengan tujuan melihat kesesuaian model yang digunakan dalam penelitian dalam menjelaskan variabel terikat. Selain itu, dilakukan pula interpretasi terhadap *odds ratio* ( $\exp(\beta_j)$ );  $j = 1, 2, 3, 4, 5$  dengan tujuan memperoleh tingkat kecenderungan pada masing-masing variabel bebas terhadap IPKM di Indonesia tahun 2018.

## Konsep Variabel

Sejak tahun 1990, United Nations Development Programme (UNDP) memperkenalkan indeks komposit yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pembangunan manusia, yakni IPM (BPS, 2019, p. 1). Dalam rangka mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan, indikator yang digunakan dalam IPM adalah AHH. Namun, Kemenkes menilai bahwa AHH belum mampu mengukur kualitas kesehatan dan status pembangunan kesehatan. Pembangunan manusia seharusnya tidak hanya dilihat dari umur yang panjang, tetapi juga dilihat dari kesehatan yang berkualitas dan tidak memiliki ketergantungan pada orang lain. Maka dari itu, Kemenkes membentuk sebuah indeks komposit yang bertujuan untuk mengukur status pembangunan kesehatan sampai dengan tingkat kabupaten/kota yang kemudian dikenal dengan IPKM (Kementerian Kesehatan, 2018, p. 1). Oleh karena itu, perlu untuk dilakukan pengkajian mengenai IPKM di setiap kabupaten/kota. Hal ini dilakukan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

Indikator yang digunakan di dalam IPKM lebih menggambarkan dampak dari pembangunan kesehatan pada tahun-tahun sebelumnya. Selain itu, IPKM juga dapat digunakan sebagai rujukan dalam menentukan prioritas pembangunan kesehatan di masa yang akan datang. Indikator-indikator penyusun IPKM juga memiliki andil dalam peningkatan AHH yang panjang, sehat, serta berkualitas baik secara langsung maupun tidak langsung.

IPKM tahun 2018 menggunakan data yang bersumber dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2018 yang terintegrasi dengan Riskesdas 2018, serta data Potensi Desa (Podes) 2018. Mayoritas indikator yang digunakan dalam penyusunan IPKM bersumber dari Riskesdas 2018. Jumlah indikator yang digunakan adalah sebanyak 30 indikator yang kemudian dikelompokkan ke dalam tujuh kelompok (tujuh sub-indeks), yakni kesehatan balita, kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan, penyakit tidak menular (PTM), penyakit menular (PM), serta kesehatan lingkungan.

Pembangunan manusia yang digambarkan dengan IPM merupakan indeks komposit yang dikeluarkan oleh UNDP sejak tahun 1990 yang digunakan sebagai tolok ukur capaian dan keberhasilan pembangunan manusia menurut dasar kualitas hidup (BPS, 2019, p. 1).

Adanya IPM dapat memberikan informasi mengenai sejauh mana perkembangan manusia di suatu wilayah. Selain itu, IPM juga dapat melihat keterbandingan pembangunan manusia antarwilayah berdasarkan status pembangunan manusia. Adanya dimensi kesehatan sebagai dimensi penyusun IPM menunjukkan bahwa perubahan IPM akan sejalan dengan perubahan derajat kesehatan masyarakat. Selain itu, pembangunan manusia dari segi kesejahteraan dan pendidikan juga akan berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat.

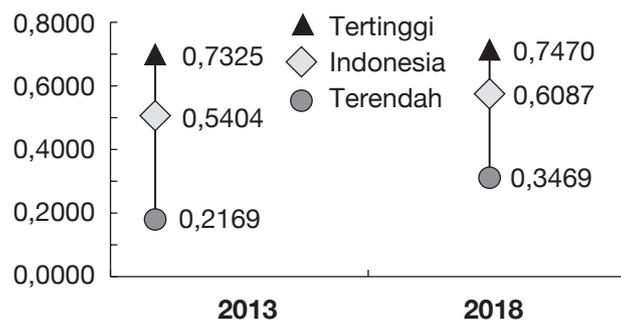
Badan Pusat Statistik (BPS) (n.d.a) mendefinisikan pengangguran sebagai penduduk yang tidak bekerja, namun sedang mencari pekerjaan, atau sedang mempersiapkan usaha, atau merasa putus asa tidak akan mendapat pekerjaan, atau sudah mendapat pekerjaan tetapi belum mulai bekerja. Probosiwi (2016, p. 89) menyatakan bahwa pengangguran merupakan masalah yang serius karena memiliki kontribusi sebagai penyebab penurunan tingkat kemakmuran masyarakat. Tingkat pengangguran yang tinggi dapat menyebabkan menurunnya pendapatan yang akan berdampak pada pemenuhan kebutuhan kesehatan.

Investasi dalam bidang kesehatan dapat digambarkan dalam pengeluaran atau belanja pada bidang kesehatan (Wisna, 2001, p. 42). Pengeluaran dalam bidang kesehatan atau pembiayaan kesehatan merupakan sebuah bentuk investasi terhadap kesejahteraan masyarakat. Mongan (2019, p. 164) menyatakan bahwa investasi kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dapat berupa belanja untuk pengadaan serta pemeliharaan sarana dan prasarana untuk bidang kesehatan. Pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan dilakukan dalam rangka memudahkan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan. Hal ini akan berdampak pada terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan yang akan berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat.

Era globalisasi membuat media digital menjadi media yang sering digunakan dalam mendapatkan informasi. Internet merupakan salah satu media digital yang memberikan berbagai kemudahan dalam mengakses informasi. BPS (n.d.b) mendefinisikan internet sebagai jaringan komputer publik yang dapat diakses di mana saja yang memfasilitasi akses ke sejumlah layanan komunikasi seperti *world wide web*, *e-mail*, akses berita, hiburan, serta informasi lainnya. Gilliam, Chor, dan Hill (2014, p. 382) menyatakan bahwa penggunaan media digital dapat menjadi komponen penting dalam intervensi kesehatan. Media digital seperti internet dan media sosial memungkinkan masyarakat menemukan informasi-informasi penting terkait kesehatan (Solehati, Rahmat, & Kosasih, 2019, p. 40).

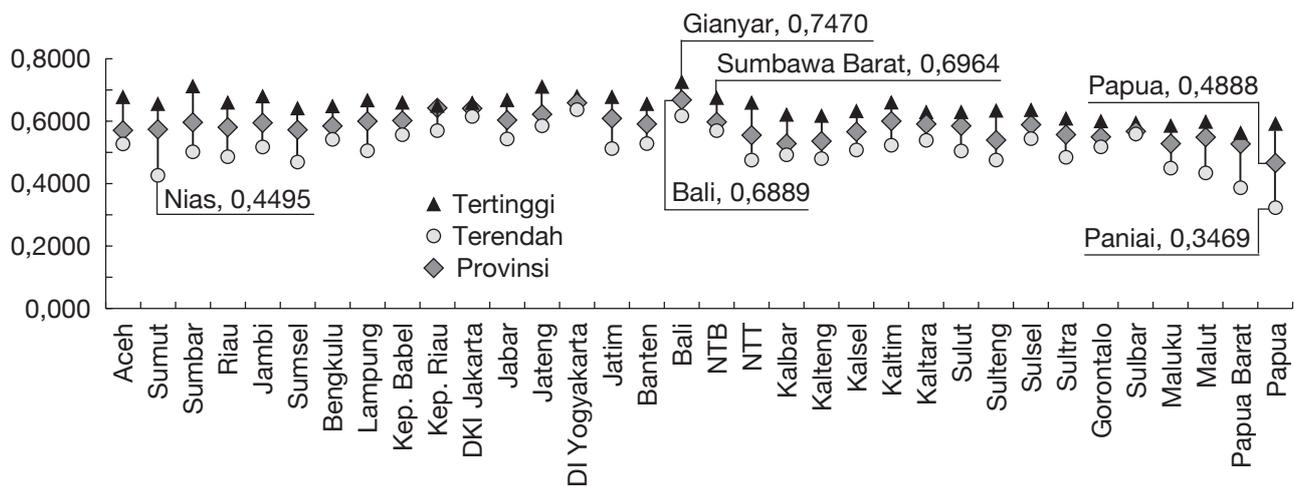
## Gambaran Umum Pembangunan Kesehatan dan Determinannya di Indonesia Tahun 2018

Pembangunan kesehatan di Indonesia yang digambarkan dengan IPKM pada tahun 2018 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013. Pada tahun 2013, IPKM Indonesia adalah sebesar 0,5404. Sementara itu, pada tahun 2018 adalah sebesar 0,6087. Kabupaten/kota dengan nilai IPKM tertinggi adalah Kabupaten Gianyar, Provinsi Bali



**Bagan 2. Capaian IPKM, Tahun 2013 dan 2018**

Sumber: Kementerian Kesehatan (2018, p. 15).



**Bagan 3. IPKM Menurut Provinsi, Tahun 2018**

Sumber: Kementerian Kesehatan (2018, pp. L1–L272).

dengan indeks sebesar 0,7470, sedangkan Kabupaten Paniai, Provinsi Papua memiliki IPKM terendah di tahun 2018 dengan indeks sebesar 0,3469.

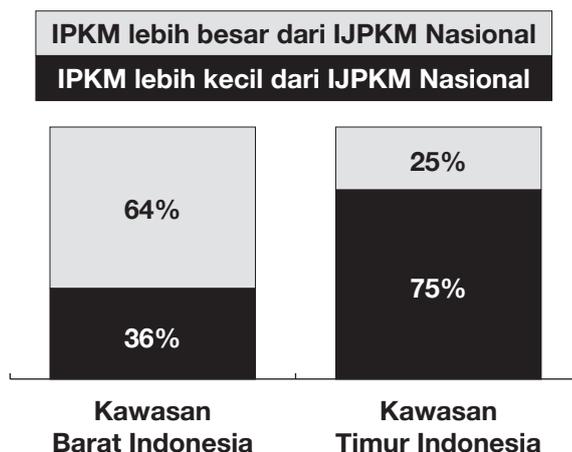
Selain nilai IPKM Indonesia, nilai minimum IPKM Indonesia juga mengalami peningkatan seperti yang ditunjukkan pada Bagan 3. Nilai minimum IPKM pada tahun 2018 meningkat sebesar 0,13 dibandingkan tahun 2013. Hal ini menandakan bahwa kesenjangan pembangunan kesehatan pada tahun 2018 menyempit. Hal ini berarti bahwa perbedaan pembangunan kesehatan antar-kabupaten/kota di Indonesia juga mengalami penurunan (Kementerian Kesehatan, 2018, p. 15).

Bagan 3 menunjukkan peringkat IPKM berdasarkan provinsi tahun 2018. Terlihat bahwa dari 34 provinsi, Provinsi Bali memiliki IPKM tertinggi dengan indeks sebesar 0,6889. Hal ini sejalan dengan rendahnya prevalensi balita umur 0–59 bulan yang menderita gizi buruk di Provinsi Bali tahun 2018 yang ditunjukkan pada Bagan 1. Sementara itu, provinsi dengan IPKM terendah adalah Provinsi Papua dengan indeks sebesar 0,4888. Pada tahun 2013, Provinsi Papua juga memiliki peringkat terendah. Selain itu, pada tahun 2018, Provinsi Papua juga memiliki kesenjangan IPKM yang lebih lebar dibandingkan provinsi lainnya. Maknanya, dalam kurun waktu lima tahun, Provinsi Papua belum berhasil meningkatkan pembangunan kesehatan, bahkan kesenjangan pembangunan kesehatan antarkabupaten/kota di Provinsi Papua pun masih lebar. Oleh sebab itu, diperlukan perhatian lebih dari pemerintah pusat maupun daerah dalam rangka peningkatan dan pemerataan pembangunan kesehatan di Provinsi Papua (Kementerian Kesehatan, 2018, p. 15).

Apabila dipisahkan menurut wilayah, Kabupaten Gianyar, Provinsi Bali merupakan kabupaten dengan IPKM tertinggi di KBI, sedangkan Kabupaten Nias, Provinsi Sumatra Utara merupakan kabupaten dengan IPKM terendah di KBI dengan indeks sebesar 0,4495. Sementara itu di KTI, Kabupaten Sumbawa Barat, Provinsi NTB merupakan kabupaten dengan IPKM tertinggi, yakni sebesar 0,6964. Kabupaten Paniai, Provinsi Papua merupakan kabupaten dengan IPKM terendah di KTI.

Bagan 4 menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan yang digambarkan dengan IPKM sudah meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Namun, perbedaan pembangunan di kedua kawasan di Indonesia masih terjadi. Terlihat bahwa di wilayah KBI, mayoritas kabupaten/kota memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional, yakni sebesar 64 persen atau sebanyak 181 dari 282 kabupaten/kota di KBI. Sisanya sebesar 36 persen atau sebanyak 101 dari 282 kabupaten/kota di KBI memiliki IPKM yang kurang dari IPKM nasional. Sementara itu, di KTI sebesar 75 persen atau sebanyak 174 kabupaten/kota di

wilayah KTI memiliki IPKM yang kurang dari IPKM nasional. Sebesar 25 persen lainnya atau sebanyak 174 kabupaten/kota di KTI memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional.

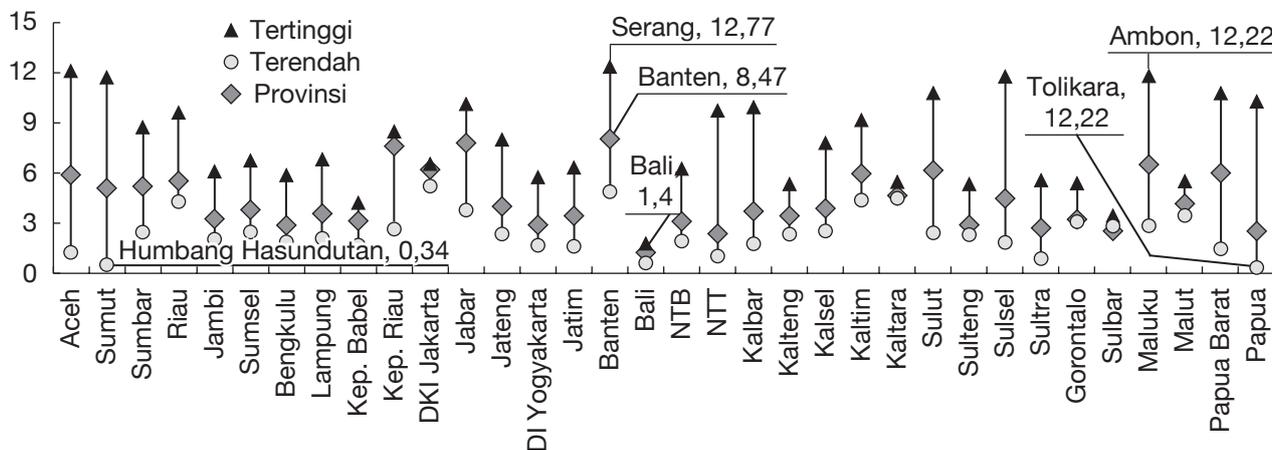


**Bagan 4. Gambaran Pembangunan Kesehatan di Kawasan Barat Indonesia dan Kawasan Timur Indonesia, Tahun 2018**

Sumber: Kementerian Kesehatan (2018, pp. L1–L272).

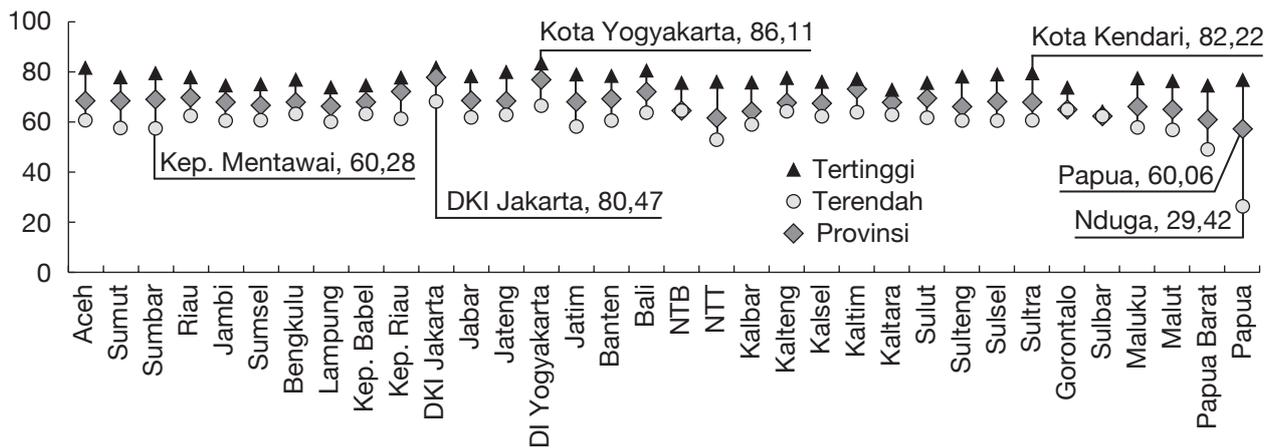
TPT terendah pada tahun 2018 berada di Provinsi Bali, yakni sebesar 1,40 persen seperti terlihat pada Bagan 5. Provinsi dengan TPT tertinggi pada tahun 2018 adalah Provinsi Banten dengan TPT sebesar 8,47 persen. Apabila dilihat menurut kabupaten/kota, Kabupaten Tolikara, Provinsi Papua menjadi kabupaten dengan TPT terendah di Indonesia sekaligus di wilayah KTI dengan TPT sebesar 0,17 persen. Sementara itu, Kabupaten Serang, Provinsi Banten merupakan kabupaten dengan TPT tertinggi di Indonesia sekaligus di wilayah KBI yakni sebesar 12,77 persen. Kota Ambon, Provinsi Maluku merupakan kabupaten/kota dengan TPT tertinggi di KTI dengan TPT sebesar 12,22 persen. Kabupaten/kota dengan TPT terendah di KBI dicapai oleh Kabupaten Humbang Hasundutan, Provinsi Sumatra Utara dengan TPT sebesar 0,34 persen.

Selain itu, hasil dari analisis kuadran menyatakan bahwa mayoritas provinsi di Indonesia memiliki TPT yang rendah serta IPKM yang rendah pula. Terdapat 6 provinsi memiliki TPT yang tinggi serta IPKM yang rendah, yaitu Provinsi Aceh, Sumatra Utara, Riau, Sulawesi Utara, Maluku, dan Papua Barat. Pembangunan kesehatan pada kabupaten/kota yang berada di provinsi tersebut masih rendah sehingga pemerintah perlu memprioritaskan dan memfokuskan penurunan TPT pada kabupaten/kota yang berada di provin-



**Bagan 5. Tingkat Pengangguran Terbuka di Indonesia, Tahun 2018**

Sumber: Badan Pusat Statistik (2021).



**Bagan 6. Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia, Tahun 2018**

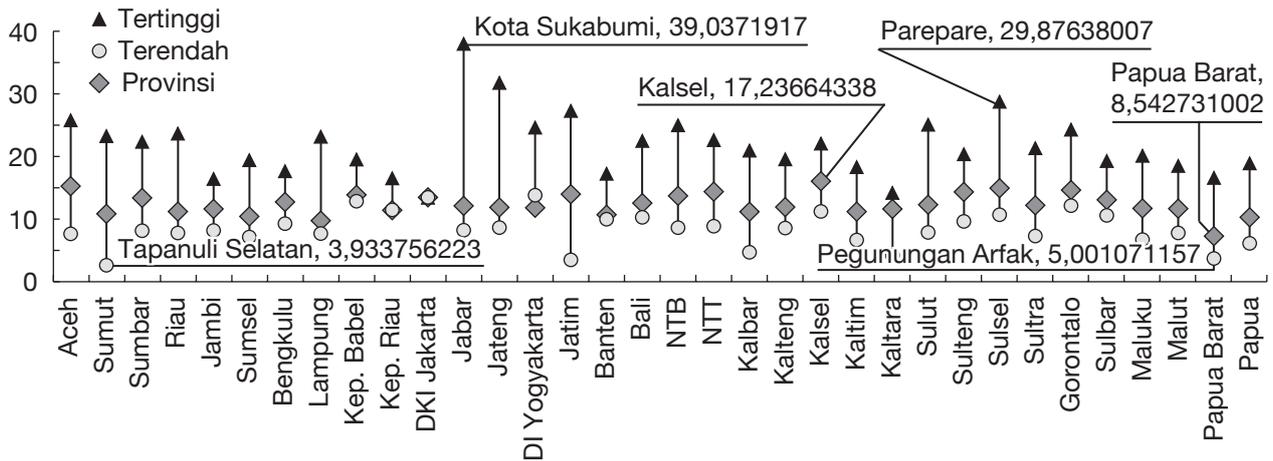
Sumber: Badan Pusat Statistik (2021).

si tersebut dengan tujuan meningkatkan pendapatan masyarakat yang akan berdampak pada peningkatan IPKM. Adapun upaya yang dapat dilakukan salah satunya adalah mengoptimalkan program Balai Latihan Kerja (BLK) yang mendukung tenaga kerja untuk meningkatkan keterampilannya. Hal tersebut akan memudahkan tenaga kerja mendapatkan pekerjaan yang kemudian akan berdampak pada penurunan TPT.

IPM merupakan tolok ukur kesejahteraan masyarakat di suatu wilayah. Selain itu, IPM juga digunakan sebagai penilaian dari keberhasilan pembangunan di suatu wilayah yang dilihat dari tiga dimensi, yakni umur panjang dan hidup sehat, pendidikan, serta standar hidup layak (BPS, 2019). Secara umum, IPM provinsi di Indonesia tidak ada yang masuk dalam kategori rendah. IPM terendah ditempati oleh Provinsi Papua dengan nilai indeks sebesar 60,06 yang dikategorikan sedang seperti yang ditunjukkan pada Bagan 6. Selain itu, Provinsi Papua memiliki kesenjangan IPM yang masih tinggi. Hal ini dibuktikan dengan selisih IPM tertinggi berada di Provinsi Papua. Provinsi dengan IPM tertinggi adalah Provinsi DKI Jakarta dengan IPM sebesar 80,47 yang masuk dalam kategori sangat tinggi. Apabila dilihat berdasarkan kabupaten/kota, Kota Yogyakarta, Provinsi D. I. Yogyakarta memiliki IPM tertinggi di Indonesia sekaligus di wilayah KBI dengan indeks sebesar 86,11 yang dikategorikan sangat tinggi. Adapun Kabupaten Nduga, Provinsi Papua merupakan kabupaten dengan IPM terendah di Indonesia sekaligus di wilayah KTI dengan indeks sebesar 29,42 yang masuk dalam kategori rendah. Kabupaten/kota dengan IPM terendah di wilayah KBI adalah Kabupaten Kepulauan Mentawai, Provinsi Sumatra Barat dengan indeks sebesar 60,28. Sementara itu, di wilayah KTI, Kota Kendari, Provinsi Sulawesi Tenggara memiliki IPM tertinggi dengan indeks sebesar 82,22 yang masuk dalam kategori sangat tinggi.

Hasil dari analisis kuadran antara IPM dengan IPKM menunjukkan bahwa terdapat 16 provinsi dengan IPKM dan IPM yang rendah, yaitu Provinsi Aceh, Sumatra Utara, Sumatra Selatan, Bengkulu, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua. Pemerintah dapat memfokuskan peningkatan IPM pada kabupaten/kota yang berada di provinsi tersebut dengan tujuan peningkatan IPKM.

Pada tahun 2018, proporsi belanja kesehatan yang ditunjukkan pada Bagan 7 terbesar dicapai oleh Kalimantan Selatan dengan proporsi sebesar 17,24 persen. Sementara itu, Provinsi Papua Barat merupakan provinsi dengan proporsi belanja kesehatan terendah pada tahun 2018, yakni sebesar 8,54 persen. Apabila dilihat berdasarkan kabupaten/kota, Kota Sukabumi, Provinsi Jawa Barat merupakan kabupaten/kota dengan proporsi



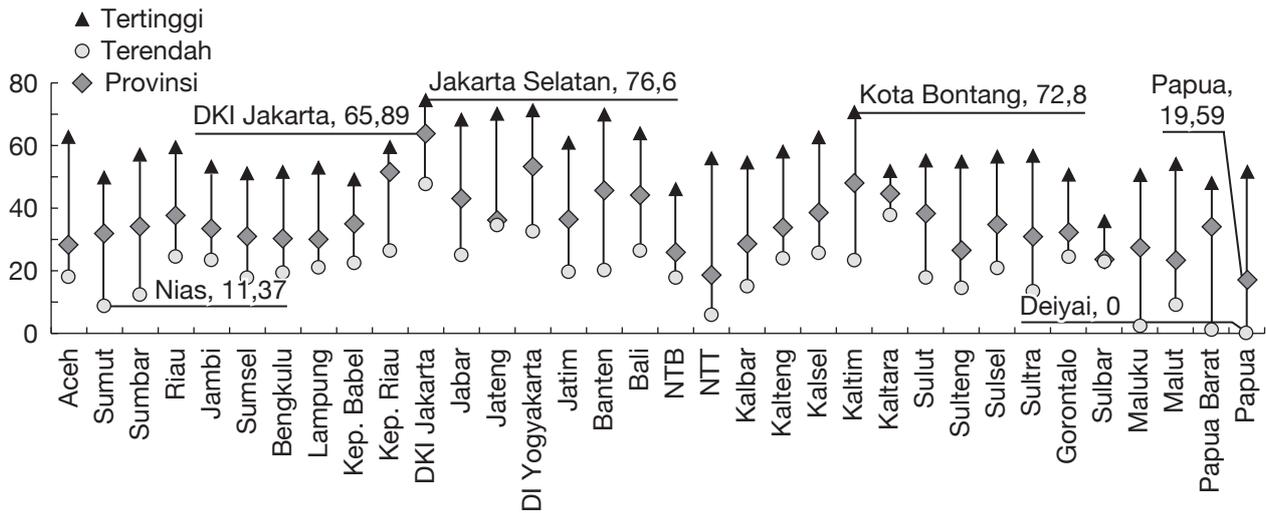
**Bagan 7. Proporsi Belanja Kesehatan Terhadap Total Belanja di Indonesia, Tahun 2018**

Sumber: Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (2021).

belanja kesehatan tertinggi di Indonesia sekaligus di wilayah KBI dengan proporsi sebesar 39,04 persen. Adapun Kabupaten Tapanuli Selatan, Provinsi Sumatra Utara memiliki proporsi belanja kesehatan terendah di Indonesia sekaligus di wilayah KBI, yakni sebesar 3,93 persen. Sementara itu, di wilayah KTI, proporsi belanja kesehatan terbesar berada di Kota Parepare, Provinsi Sulawesi Selatan dengan proporsi sebesar 29,88 persen. Kabupaten Pegunungan Arfak, Provinsi Papua Barat menjadi kabupaten dengan proporsi belanja kesehatan terendah di wilayah KTI dengan proporsi sebesar 5 persen.

Hasil dari analisis kuadran antara proporsi belanja kesehatan dengan IPKM menyatakan bahwa setengah dari provinsi di Indonesia memiliki proporsi belanja kesehatan yang lebih dari yang telah ditetapkan serta IPKM yang tinggi. Sementara itu, setengah provinsi lainnya memiliki proporsi belanja kesehatan yang lebih dari yang sudah ditetapkan, namun memiliki IPKM yang rendah. Farag *et al.* (2013, p. 33) menyatakan bahwa kuantitas belanja kesehatan memang sangat berpengaruh terhadap kesehatan, namun harus dibarengi dengan belanja yang berkualitas. Hasil analisis kuadran menunjukkan bahwa terdapat satu provinsi dengan IPKM serta proporsi belanja kesehatan yang rendah, yakni Provinsi Papua Barat. Dengan demikian, pemerintah perlu menambah belanja untuk kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan IPKM di Provinsi Papua Barat. Belanja kesehatan yang dapat dilakukan ialah membangun rumah sakit di setiap kabupaten/kota, karena berdasarkan data Podes 2018 di Provinsi Papua Barat, masih terdapat lima kabupaten yang belum memiliki rumah sakit. Selain dalam segi kuantitas, pemerintah juga harus memperhatikan kualitas anggaran yang dikeluarkan untuk belanja kesehatan, yakni anggaran harus digunakan dengan efektif dan efisien.

Tingkat pembangunan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) di Indonesia diukur dengan Indeks Pembangunan Teknologi Informasi dan Komunikasi (IP-TIK). Salah satu indikator penyusun IP-TIK adalah proporsi individu yang mengakses internet. Bagan 8 memberikan informasi mengenai proporsi individu yang mengakses internet di Indonesia. Provinsi Papua merupakan provinsi dengan proporsi akses internet paling rendah, yaitu sebesar 19,59 persen. Provinsi Papua juga memiliki kesenjangan akses internet tertinggi. Sementara itu, provinsi dengan proporsi akses internet terbanyak dicapai oleh Provinsi DKI Jakarta, yakni sebesar 65,89 persen. Hal ini bermakna bahwa lebih dari setengah penduduk di Provinsi DKI Jakarta yang berumur lima tahun ke atas telah mengakses internet selama tiga bulan terakhir. Jika dilihat menurut kabupaten/kota, Kota Jakarta Selatan, Provinsi DKI Jakarta merupakan kabupaten/kota dengan proporsi akses internet tertinggi di Indonesia sekaligus di wilayah KBI yakni sebesar 76,60 persen. Adapun Kabu-



**Bagan 8. Proporsi Individu yang Mengakses Internet di Indonesia, Tahun 2018**

Sumber: Badan Pusat Statistik (2018).

paten Deiyai, Provinsi Papua merupakan kabupaten dengan proporsi akses internet terendah di Indonesia sekaligus di wilayah KTI yakni sebesar nol persen. Untuk wilayah KBI, Kabupaten Nias, Provinsi Sumatra Utara merupakan kabupaten/kota dengan proporsi akses internet terendah dengan proporsi sebesar 11,37 persen. Kota Bontang, Provinsi Kalimantan Timur memiliki proporsi akses internet tertinggi di wilayah KTI, yakni sebesar 72,80 persen.

Hasil dari analisis kuadran antara proporsi akses internet dengan IPKM menyatakan bahwa terdapat 15 provinsi dengan IPKM dan akses internet yang rendah, yaitu Provinsi Aceh, Sumatra Utara, Sumatra Selatan, Bengkulu, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua. Peningkatan akses internet memiliki implikasi pada kemudahan akses informasi masyarakat termasuk dalam bidang kesehatan yang akan berdampak pada pembangunan serta derajat kesehatan masyarakat.

### Determinan Pembangunan Kesehatan di Indonesia Tahun 2018

Untuk mengetahui variabel-variabel yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan di Indonesia tahun 2018, maka digunakan analisis inferensial berupa regresi logistik biner dengan mengategorikan variabel terikat, yakni IPKM. Pengolahan dengan menggunakan metode estimasi *Maximum Likelihood Estimator* (MLE) memberikan hasil sebagai berikut:

Pengujian kesesuaian model dilakukan dengan statistik uji *Hosmer-Lemeshow Test* (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013). Hasil dari pengujian yang ditunjukkan pada Tabel 1, diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,051 yang lebih besar dibandingkan tingkat signifikansi sebesar 5 persen. Maka, diperoleh keputusan gagal tolak  $H_0$ . Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dengan tingkat signifikansi 5 persen, terdapat cukup bukti bahwa model yang digunakan sudah sesuai dalam menjelaskan IPKM di Indonesia tahun 2018.

**Tabel 1. Hasil Uji Kesesuaian Model**

<i>Chi-square</i>	derajat bebas	<i>p-value</i>
15,448	8	0,051

Selanjutnya, dilakukan pengujian simultan. Hasil dari pengujian simultan yang ditun-

jukkan pada Tabel 2, diperoleh nilai statistik uji G yang berdistribusi  $\chi^2$  sebesar 296,091 dengan nilai *p-value* 0,000. Karena nilai *p-value* yang diperoleh lebih kecil dari tingkat signifikansi, diperoleh keputusan tolak  $H_0$ . Maknanya, dengan tingkat signifikansi 5 persen, terdapat cukup bukti untuk menyatakan bahwa minimal terdapat satu variabel bebas yang digunakan berpengaruh signifikan pada IPKM di Indonesia tahun 2018.

**Tabel 2. Hasil Uji Simultan**

	<i>Chi-square</i>	derajat bebas	<i>p-value</i>
Model	296,091	5	0,000

Setelah uji simultan dilakukan, selanjutnya parameter diuji secara parsial. Pengujian dilakukan dengan statistik uji W. Hasil pengujian parameter secara parsial disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 3 memberikan informasi bahwa seluruh variabel bebas yang digunakan berpengaruh signifikan terhadap IPKM secara parsial karena memiliki *p-value* yang lebih kecil dari tingkat signifikansi yang telah ditentukan. Maknanya, dengan tingkat signifikansi 5 persen, variabel TPT, IPM, proporsi belanja kesehatan, proporsi akses internet, serta variabel *dummy* wilayah berpengaruh signifikan secara parsial terhadap IPKM di Indonesia tahun 2018 atau dengan kata lain variabel-variabel tersebut penting untuk diperhatikan karena sangat memengaruhi IPKM di Indonesia tahun 2018.

Dengan demikian, hasil estimasi parameter yang ditunjukkan pada Tabel 3 akan membentuk persamaan regresi sebagai berikut:

$$\hat{g}(x) = -14,535 - 0,187TPT + 0,161IPM + 0,077BelanjaKesehatan + 0,104Internet - 1,429D \dots\dots\dots(2)$$

Tingkat kecenderungan variabel dapat dilihat dari nilai *odds ratio* dari masing-masing variabel bebas. Tabel 3 memuat nilai koefisien estimasi parameter ( $\hat{\beta}$ ) yang kemudian dapat dibentuk menjadi *odds ratio* dengan  $exp(\hat{\beta})$ . Pada Tabel 3, terdapat tanda positif dan negatif pada nilai  $\hat{\beta}$ . Tanda positif menunjukkan kenaikan peluang kabupaten/kota untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional ketika terjadi perubahan pada variabel bebas. Sementara itu, tanda negatif akan memberikan makna bahwa apabila terjadi perubahan pada variabel bebas, peluang kabupaten/kota untuk memiliki IPKM yang kurang dari IPKM nasional akan menurun.

Nilai *odds ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan masing-masing variabel bebas terhadap IPKM ditunjukkan pada Tabel 3. Selanjutnya, dijelaskan tingkat kecenderungan dan pembahasan dari masing-masing variabel bebas yang signifikan berpengaruh terhadap IPKM di Indonesia tahun 2018.

Variabel TPT memiliki koefisien variabel dengan nilai -0,187. Maknanya, kabupaten/kota dengan tingkat pengangguran yang lebih tinggi memiliki peluang yang lebih kecil untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional dibandingkan dengan kabupaten/kota

**Tabel 3. Hasil Uji Parsial**

Variabel Bebas	$\hat{\beta}$	<i>Wald</i>	derajat bebas	<i>p-value</i>	$exp(\hat{\beta})$
TPT	-0,187	9,553	1	0,002*	0,830
IPM	0,161	10,176	1	0,001*	1,175
Belanja Kesehatan	0,077	5,280	1	0,022*	1,080
Internet	0,104	24,644	1	0,000*	1,109
D	-1,429	31,085	1	0,000*	0,240
Constant	-14,535	22,414	1	0,000	0,000

Keterangan: \* signifikan pada tingkat signifikansi 5 persen

yang tingkat pengangguran terbukanya lebih rendah. Pada Tabel 3, diperlihatkan bahwa nilai *odds ratio* untuk variabel TPT adalah sebesar 0,830. Maknanya, kabupaten/kota dengan TPT yang lebih tinggi memiliki kecenderungan 0,830 kali untuk memiliki IPKM yang lebih tinggi dari IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Atau dengan kata lain, kabupaten/kota dengan TPT yang lebih tinggi memiliki kecenderungan 1,2 kali untuk memiliki IPKM di bawah IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Dengan demikian, diperoleh kesimpulan bahwa kabupaten/kota yang memiliki TPT yang tinggi lebih cenderung memiliki IPKM di bawah IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Hal ini sejalan dengan hasil dari penelitian Chalid dan Yusuf (2014, p. 10) yang juga menemukan bahwa terdapat hubungan negatif dan signifikan terhadap pembangunan. Hasil serupa juga dikemukakan oleh Noviatamara, Ardina, dan Amalia (2019, p. 53) pada penelitiannya.

Fatimah (2013, p. 7) menyatakan bahwa pengangguran memiliki dampak terhadap kesejahteraan masyarakat yang diukur dengan pendapatan. Pengangguran yang tinggi dapat menyebabkan rendahnya tingkat kesejahteraan sehingga berkurangnya pendapatan. Kurangnya pendapatan akan berdampak pada kurangnya akses kesehatan yang diperoleh karena ketidakmampuan dalam membayar biaya perawatan kesehatan (Ningrum, Khairunnisa, & Huda, 2020, p. 219).

Variabel IPM memiliki koefisien variabel bernilai 0,161. Hal ini memberikan informasi bahwa kabupaten/kota dengan nilai IPM yang lebih tinggi memiliki peluang yang lebih besar untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional apabila dibandingkan dengan kabupaten/kota dengan IPM yang lebih rendah. Nilai *odds ratio* yang ditunjukkan pada Tabel 3 adalah sebesar 1,175. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kabupaten/kota dengan nilai indeks pembangunan yang lebih tinggi cenderung memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional sebesar 1,175 kali dibandingkan kabupaten/kota dengan IPM yang lebih rendah, dengan asumsi variabel lain konstan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang diperoleh Fathurahman (2017, p. 283) dan Fathurahman (2019, p. 47). Hasil dari penelitian-penelitian tersebut juga menyatakan bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara IPM dan IPKM. Maknanya, peningkatan pembangunan manusia akan diiringi peningkatan IPKM pula (Fathurahman, 2017, p. 287). IPM memiliki dampak terhadap tinggi rendahnya produktivitas penduduk di wilayah tersebut. Makin tinggi IPM di suatu wilayah, makin tinggi pula tingkat produktivitas penduduk, begitu pula sebaliknya (Pradnyadewi & Purbadharmaja, 2017, p. 261).

Selanjutnya, variabel proporsi belanja kesehatan terhadap total belanja daerah memiliki koefisien variabel dengan nilai 0,077. Maknanya, kabupaten/kota dengan proporsi belanja kesehatan yang lebih tinggi memiliki peluang yang lebih besar untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional dibandingkan kabupaten/kota dengan proporsi belanja kesehatan yang lebih rendah. Selain itu, nilai *odds ratio* pada variabel ini adalah sebesar 1,08. Hal ini berarti bahwa kabupaten/kota dengan proporsi belanja kesehatan yang lebih tinggi memiliki kecenderungan sebesar 1,08 kali untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Hal ini sejalan dengan temuan dari penelitian Wowor (2015, p. 69) bahwa belanja kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap pembangunan kesehatan yang digambarkan dengan AHH.

Selain itu, Farag *et al.* (2013, p. 33) juga mengungkapkan bahwa belanja pemerintah di bidang kesehatan dan kebijakan institusi memiliki kontribusi yang positif dan signifikan dalam menekan angka kematian bayi dan anak. Pengeluaran pemerintah untuk bidang kesehatan dapat meningkatkan tingkat kesehatan di suatu wilayah yang kemudian berdampak secara langsung terhadap peningkatan produktivitas penduduk di wila-

yah tersebut (Wowor, 2015, p. 72). Selain itu, Amru dan Sihaloho (2020, p. 16) menyatakan bahwa besaran anggaran kesehatan merupakan wujud dari besar kecilnya komitmen pemerintah daerah dalam pembangunan kesehatan di daerah tersebut.

Hasil analisis regresi menyatakan bahwa variabel penduduk berumur lima tahun ke atas yang mengakses internet dalam tiga bulan terakhir berpengaruh signifikan terhadap IPKM. Variabel proporsi akses internet memiliki koefisien variabel bernilai 0,104. Hal ini berarti bahwa kabupaten/kota dengan proporsi akses internet yang lebih tinggi memiliki peluang yang lebih besar untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional dibandingkan kabupaten/kota dengan proporsi akses internet yang lebih rendah. Selain itu, nilai *odds ratio* yang ditunjukkan pada Tabel 3 untuk variabel ini adalah sebesar 1,109. Oleh sebab itu, dapat dikatakan bahwa kabupaten/kota dengan proporsi akses internet yang lebih tinggi memiliki kecenderungan sebesar 1,109 kali untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Hasil serupa juga ditemukan oleh Al-Mursyid (2019, p. 64) yang menyatakan bahwa adanya hubungan positif dan signifikan terhadap TIK dengan pembangunan di KTI. Selain itu, Saputra, Handra, dan Prima-yesa (2021, p. 66) mengungkapkan bahwa pembangunan TIK yang digambarkan dengan IP-TIK merupakan solusi yang lebih efektif untuk meratakan pembangunan di KTI dengan notabene kondisi geografis yang lebih sulit.

Septanto (2016, p. 215) menyatakan bahwa perkembangan TIK dapat memberikan dampak positif pada berbagai bidang termasuk kesehatan. Pemanfaatan TIK dalam bidang kesehatan berdampak pada peningkatan pelayanan kesehatan serta perubahan pada perilaku kesehatan (Yani, 2018, p. 101). Yani (2018, p. 101) juga mengungkapkan bahwa TIK memberikan pengaruh penting terhadap penyampaian pesan mengenai kesehatan, misalnya pemberian informasi kepada ibu hamil tentang pentingnya konsumsi tablet Fe yang mana akan memengaruhi perilaku ibu hamil tersebut.

Variabel ini merupakan variabel tambahan karena adanya perbedaan pembangunan kesehatan di KBI dan KTI yang ditunjukkan oleh IPKM. Hasil analisis regresi menyatakan bahwa koefisien variabel untuk variabel ini adalah -1,429. Maknanya, kabupaten/kota yang berada di KTI memiliki peluang yang lebih kecil untuk memiliki IPKM yang lebih dari IPKM nasional dibandingkan dengan kabupaten/kota yang berada di KBI. Pada Tabel 3, diperlihatkan bahwa nilai *odds ratio* untuk variabel *dummy* wilayah adalah sebesar 0,240. Maknanya, kabupaten/kota yang berada di KTI memiliki kecenderungan 0,240 kali untuk memiliki IPKM yang lebih tinggi dari IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Atau dengan kata lain, kabupaten/kota yang berada di KBI memiliki kecenderungan 4,16 kali untuk memiliki IPKM yang kurang dari IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan. Dengan demikian, diperoleh kesimpulan bahwa kabupaten/kota yang berada di KTI lebih cenderung memiliki IPKM di bawah IPKM nasional, dengan asumsi variabel lain konstan.

Hal ini sejalan dengan pernyataan bahwa masih adanya perbedaan pembangunan kesehatan di antara kedua kawasan tersebut. Selain itu, Suparmi, Kusumawardani, Nambiar, Trihono, dan Hosseinpoor (2018, p. 45) juga menyatakan bahwa KTI memiliki IPKM yang rendah dibandingkan KBI serta menemukan bahwa adanya kesenjangan pembangunan kesehatan yang tinggi antarkabupaten/kota yang termasuk dalam KTI. Salah satu penyebab dari hal ini adalah adanya perbedaan kondisi geografis antara dua wilayah tersebut (Anggraini & Lisyaningsih, 2013, p. 75). Kondisi geografis memiliki pengaruh yang besar terhadap jalannya pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan. KBI memiliki kondisi geografis yang lebih menguntungkan, dalam arti lebih mudah dijangkau dibandingkan KTI. Akibatnya, pembangunan kesehatan di KBI cenderung lebih cepat dibandingkan KTI.

## Penutup

Pembangunan kesehatan di Indonesia tahun 2018 yang diukur dengan IPKM mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013. Secara umum, perbedaan kesehatan antar-kabupaten/kota di Indonesia telah mengalami penurunan. Meskipun begitu, hasil analisis menunjukkan terdapat perbedaan pembangunan kesehatan pada kabupaten/kota yang berada di Kawasan Barat Indonesia dan Kawasan Timur Indonesia.

Ada beberapa variabel yang memengaruhi pembangunan kesehatan. Tingkat pengangguran memiliki pengaruh negatif terhadap IPKM. Sementara itu, pembangunan manusia, pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan, serta akses internet memiliki pengaruh positif terhadap IPKM di Indonesia. Kabupaten/kota yang memiliki tingkat pembangunan manusia yang lebih baik, proporsi belanja kesehatan dan proporsi akses internet yang lebih tinggi, tingkat pengangguran yang lebih rendah, serta berada di wilayah Kawasan Barat Indonesia memiliki peluang dan tingkat kecenderungan yang lebih besar untuk memiliki IPKM yang lebih dari atau sama dengan IPKM nasional.

Saran yang dapat diberikan adalah yang pertama, Komisi IX bermitra dengan pemerintah dalam hal ini Kementerian Ketenagakerjaan diharapkan dapat mengoptimalkan pelatihan kerja yang diselenggarakan oleh Balai Latihan Kerja (BLK) baik secara *offline* maupun *online* dalam rangka meningkatkan keahlian, kreativitas, serta daya saing dari penduduk usia angkatan kerja, serta melaksanakan bursa kerja secara *online* dalam rangka mempermudah tenaga kerja mencari informasi lowongan kerja sesuai dengan potensinya. Hal ini dapat difokuskan pada kabupaten/kota yang berada di provinsi yang memiliki TPT yang rendah serta IPKM yang rendah pula.

Kedua, dalam rangka peningkatan IPM untuk bidang pendidikan, pemerintah dapat lebih mengoptimalkan Program Indonesia Pintar (PIP) serta memperketat pengawasan penggunaan anggarannya agar tepat sasaran. Hal ini bertujuan meringankan biaya pendidikan dari keluarga miskin. Selain itu, perlu adanya pembangunan infrastruktur kesehatan serta pendidikan yang berpengaruh terhadap aksesibilitas terhadap layanan tersebut. Sementara itu, peningkatan pendapatan berhubungan pula dengan penyediaan lapangan kerja yang dapat menekan jumlah pengangguran sehingga pendapatan penduduk dapat meningkat. Hal ini dapat difokuskan pada kabupaten/kota yang berada di provinsi yang memiliki IPKM dan IPM yang rendah.

Ketiga, Komisi IX bermitra dengan Kementerian Kesehatan serta pemerintah daerah diharapkan mampu meningkatkan kuantitas belanja kesehatan serta melakukan penyusunan prioritas pengeluaran kesehatan, seperti dengan mengalokasikan dana untuk belanja modal lebih besar dalam rangka pembangunan infrastruktur serta belanja untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan. Hal ini dapat difokuskan pada kabupaten/kota yang berada di Provinsi Papua Barat.

Terakhir, terdapatnya kabupaten/kota yang masih mengalami kesulitan dalam akses internet membuat peran Komisi I bermitra dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika sangat penting, yakni dalam rangka pemerataan akses internet dengan membangun infrastruktur internet. Hal ini dikarenakan akses internet memiliki pengaruh terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Selain dari segi infrastruktur, pemerintah juga perlu melakukan sosialisasi mengenai pentingnya literasi agar informasi yang diperoleh dari media internet dapat berguna dengan yang semestinya. Pembangunan infrastruktur internet serta peningkatan literasi masyarakat dapat difokuskan pada kabupaten/kota yang berada di provinsi dengan IPKM dan akses internet yang rendah.

## Daftar Pustaka

- Al-Mursyid, A. R. (2019). Pengaruh pembangunan teknologi informasi dan komunikasi terhadap pembangunan kawasan timur Indonesia. *Jurnal Ekonomi Pembangunan STIE Muhammadiyah Palopo*, 5(2), 53–66. <https://doi.org/10.35906/jep01.v5i2.372>
- Amru, D. S., & Sihaloho, E. D. (2020). Pengaruh pengeluaran per kapita dan belanja kesehatan terhadap angka kesakitan di kabupaten/kota se-pulau Jawa. *Jurnal Ilmiah Bisnis dan Ekonomi Asia*, 14(1), 14–25. <https://doi.org/10.32812/jibeka.v14i1.135>
- Anggraini, E., & Lisyaningsih, U. (2013). Disparitas spasial angka harapan hidup di Indonesia tahun 2010. *Jurnal Bumi Indonesia*, 2(3), 71–80.
- ASEAN. (2019). *ASEAN statistical yearbook 2019*. ASEAN Secretariat.
- Badan Pusat Statistik. (2021, November 15). *[Metode Baru] Indeks Pembangunan Manusia 2020–2021*. Diakses dari <https://bps.go.id/indicator/26/413/1/-metode-baru-indeks-pembangunan-manusia.html>
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Tingkat Pengangguran Terbuka*. Diakses dari <https://bps.go.id/indicator/6/543/1/tingkat-pengangguran-terbuka-menurut-provinsi.html>
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Indeks pembangunan manusia 2018*. Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2018). *Statistik kesejahteraan rakyat*. Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2018). *Prevalensi balita gizi buruk menurut provinsi di Indonesia (PSG) 2016–2018*. Diakses dari <https://bps.go.id/indicator/30/1776/1/prevalensi-balita-gizi-buruk-menurut-provinsi-di-indonesia-psg-.html>
- Badan Pusat Statistik. (n.d.a). Pengangguran. Diakses dari <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/variabel/945>
- Badan Pusat Statistik. (n.d.b). Kepemilikan fasilitas Internet, Website, fasilitas Intranet, fasilitas LAN dan fasilitas Ekstranet pada Perusahaan. Diakses dari <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/variabel/7870>
- Chalid, N., & Yusuf, Y. (2014). Pengaruh tingkat kemiskinan dan tingkat pengangguran, upah minimum kabupaten/kota dan laju pertumbuhan ekonomi terhadap indeks pembangunan manusia di Provinsi Riau. *Jurnal Ekonomi*, 22(2), 1–12. <http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JE/article/viewFile/2592/2547%0A>
- Direktorat Jenderal Perbendaharaan. (2019). *Kajian fiskal regional 2018*. DJPB Kemenkeu.
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. (2021, Maret 2). APBD, realisasi APBD, dan neraca. Diakses dari <https://djpk.kemenkeu.go.id/?p=5412>
- Farag, M., Nandakumar, A. K., Wallack, S., Hodgkin, D., Gaumer, G., & Erbil, C. (2013). Health expenditures, health outcomes, and the role of good governance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 33–52. <https://doi.org/10.1007/s10754-012-9120-3>
- Fathurahman, M. (2017). *Regresi logistik untuk pemodelan indeks pembangunan kesehatan masyarakat kabupaten/kota di Pulau Kalimantan*. Disampaikan pada Seminar Nasional Matematika dan Aplikasinya, Universitas Airlangga Surabaya.
- Fathurahman, M. (2019). Pemodelan indeks pembangunan kesehatan masyarakat kabupaten/kota di pulau Kalimantan menggunakan pendekatan regresi probit. *Jurnal Varian*, 2(2), 47–54.
- Fatimah. (2013). Analisis pengaruh kemiskinan, pengangguran, dan pertumbuhan ekonomi terhadap indeks pembangunan manusia di Provinsi Banten tahun 2010–2015. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

- Gilliam, M., Chor, J., & Hill, B. (2014). Digital media and sexually transmitted infections. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(5), 381–385. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000104>
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression: Third edition*. New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Profil kesehatan Indonesia 2019*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Profil kesehatan Indonesia 2018*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Indeks pembangunan kesehatan masyarakat 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Mongan, J. J. S. (2019). Pengaruh pengeluaran pemerintah bidang pendidikan dan kesehatan terhadap indeks pembangunan manusia di Indonesia. *Indonesian Treasury Review Jurnal Perbendaharaan Keuangan Negara dan Kebijakan Publik*, 4(2), 163–176. <https://doi.org/10.33105/itrev.v4i2.122>
- Ningrum, J. W., Khairunnisa, A. H., & Huda, N. (2020). Pengaruh kemiskinan, tingkat pengangguran, pertumbuhan ekonomi dan pengeluaran pemerintah terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Indonesia tahun 2014–2018 dalam perspektif Islam. *Jurnal Ilmiah Ekonomi Islam*, 6(2), 212. <https://doi.org/10.29040/jiei.v6i2.1034>
- Noviatamara, A., Ardina, T., & Amalia, N. (2019). Analisis pengaruh pertumbuhan ekonomi dan tingkat pengangguran terbuka di Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal REP (Riset Ekonomi Pembangunan)*, 4(1), 53–60. <https://doi.org/10.31002/rep.v4i1.1341>
- Pradnyadewi, D., & Purbadharmaja, I. (2017). Pengaruh IPM, biaya infrastruktur, investasi, dan pertumbuhan ekonomi terhadap ketimpangan distribusi pendapatan di Provinsi Bali. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Universitas Udayana*, 6(2), 255–285.
- Probosiwi, R. (2016). Pengangguran dan pengaruhnya terhadap tingkat kemiskinan. *Jurnal Penelitian Kesejahteraan Sosial*, 15(02), 89–100.
- Rosanti, I. W., & Budiantara, I. N. (2020). pemodelan faktor-faktor yang mempengaruhi morbiditas di Jawa Tengah menggunakan regresi nonparametrik spline truncated. *Inferensi*, 3(2), 107–114.
- Saputra, R. E., Handra, H., & Primayesa, E. (2021). Analisis pengaruh infrastruktur jalan dan teknologi. *Menara Ekonomi*, VII(1), 66–76.
- Septanto, H. (2016). Ekonomi kreatif dan inovatif berbasis TIK ala Gojek dan Grabbike. *Bina Insani ICT Journal*, 3(1), 213–219.
- Solehati, T., Rahmat, A., & Kosasih, C. E. (2019). Relation of media on adolescents' reproductive health attitude and behaviour. *Jurnal Penelitian Komunikasi dan Opini Publik*, 23(1). <https://doi.org/10.33299/jpkop.23.1.1768>
- Suhesti, N. T. (2018). *Analisis spasial angka harapan hidup di Indonesia tahun 2016* [Skripsi]. Jakarta: Politeknik Statistika STIS.
- Suparmi, Kusumawardani, N., Nambiar, D., Trihono, & Hosseinpoor, A. R. (2018). Subnational regional inequality in the public health development index in Indonesia. *Global Health Action*, 11(sup1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1500133>
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2011). *Economic development, 11th edition (the pearson series in economics)*. Pearson Education, Inc.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (2009).
- Widad, S., Subagiarta, I. W., & Wilantari, R. N. (2018). Analisis faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi kematian neonatal. *Jurnal Ekonomi Ekuilibrium*, 2(2), 31–39.

- Wisna, I. D. G. K. (2001). Kesehatan sebagai suatu investasi. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, 1(1), 42–51.
- Wowor, R. (2015). Pengaruh belanja sektor kesehatan terhadap angka harapan hidup di Sulawesi Utara. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*, 15(2), 62–73.
- Yani, A. (2018). Utilization of technology in the health of community health. Promotif: *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 97. <https://doi.org/10.31934/promotif.v8i1.235>