

ANALISIS KETERSEDIAAN INFRASTRUKTUR KESEHATAN DAN AKSEBILITAS TERHADAP PEMBANGUNAN KESEHATAN PENDUDUK DI PROVINSI SUMATERA UTARA

MUKMIN POHAN¹

Dosen Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

RAJA HALIM²

Alumni Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perkembangan dari infrastruktur fisik dan nonfisik kesehatan berhubungan dengan pembangunan kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara serta melakukan estimasi variabel ketersediaan infrastruktur fisik dan nonfisik kesehatan yang mempengaruhi kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara.

Data penelitian ini diambil untuk periode tahun 2013 dengan jumlah sampel sebanyak 33 kabupaten/kota di propinsi Sumatera Utara. Data penelitian ini adalah data sekunder yaitu, data dari Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Utara dan Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yaitu berupa data tentang Indeks Pembnagunan Manusia, Ketersediaan Infrstruktur Kesehatan, Tenaga Medis, dan Aksebilitas di Provinsi Sumatera Utara. Model analisis yang digunakan adalah regresi linear berganda. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode purposive sampling.

Berdasarkan uji F, dapat disimpulkan bahwa variabel Pembangunan Kesehatan yang diproksikan dengan Infrastruktur Kesehatan, Tenaga Medis, dan Aksebilitas secara simultan signifikan berpengaruh positif terhadap Pembnagunan Kesehatan Penduduk. Selanjutnya, hasil uji t menunjukkan bahwa variabel Infrastruktur Kesehatan dan Tenaga Medis secara signifikan berpengaruh positif terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat. Sedangkan variabel Aksebilitas tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat. Dari model regresi yang dihasilkan, Infrastruktur Kesehatan mempunyai koefisien terbesar sehingga dapat dikatakan bahwa ketersediaan Infrastruktur Kesehatan adalah indikator yang paling dominan.

Kata kunci : Pembangunan Kesehatan, Infrastruktur Kesehatan, Tenaga Medis, dan Aksebilitas

A. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya pembangunan nasional yang diselenggarakan pada semua bidang kehidupan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dengan demikian, pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya utama untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang pada gilirannya mendukung percepatan pencapaian sasaran pembangunan nasional.

Todaro (2002) menyatakan bahwa pada dasarnya kesehatan merupakan salah satu aspek yang menentukan tinggi rendahnya standar hidup seseorang. Oleh karena itu, status kesehatan yang relatif baik dibutuhkan oleh manusia untuk menopang semua

aktivitas hidupnya. Maka untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik tersebut dibutuhkan sarana kesehatan yang baik pula.

Kehidupan manusia yang semakin modern dalam berbagai aspek kehidupan termasuk aspek kesehatan lambat laun seiring dengan perkembangan zaman yang terjadi mampu menjelaskan secara rasional bagaimana mengoptimalkan status kesehatan, sehingga berbagai upaya dilakukan melalui kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) seperti diantaranya : menemukan cara penyembuhan berbagai penyakit, penemuan obat-obat baru, teknik kedokteran yang lebih mutakhir, pengenalan dan antisipasi penyakit yang lebih dini dan berbagai hal tentang upaya mewujudkan status kesehatan yang lebih baik dan menyeluruh bagi setiap masyarakat.

Dilihat dari perspektif ekonomi, sisi penting mengenai faktor kesehatan bagi manusia akan berkaitan erat dengan kualitas sumber daya manusia (*quality of human resources*) itu sendiri. Tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusiaSDM akan ditentukan oleh status kesehatan, pendidikan dan tingkat pendapatan per kapita. Dalam kegiatan perekonomian, ketiga indikator kualitas sumber daya manusia tersebut secara tidak langsung juga akan mempengaruhi indeks pembangunan manusia di suatu negara.

Kesehatan adalah hal yang paling dominan di dalam menyumbang kualitas sumber daya manusia (SDM). Manakala kualitas kesehatan bagus, kualitas SDM akan sekalian bagus. Kualitas sumber daya manusia adalah hal utama dalam pembangunan suatu negara.

Sebagai indikator kesejahteraan rakyat, tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan Indonesia adalah peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia agar terwujud derajat kesehatan masyarakat di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan masyarakat yang semaksimal mungkin. Pemerintah melalui instansi terkait telah merumuskan program jangka menengah mengenai keadaan masyarakat yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan yakni melalui program “Visi Indonesia Sehat 2010”. Dalam visi Indonesia Sehat 2010, bermaterikan gambaran masyarakat di Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan Negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat yang setinggi-tingginya di seluruh republik Indonesia.

Guna merealisasikan visi tersebut dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan secara khusus telah dilakukan langkah-langkah melalui beberapa program baik secara sektoral kesehatan maupun secara lintas sektor. Program- program tersebut antara lain mengenai penyediaan berbagai infrastruktur kesehatan, tenaga kesehatan dan obat-obatan untuk seluruh lapisan penduduk.

Infrastuktur kesehatan merupakan salah satu faktor kunci dari tercapainya pembangunan kesehatan di Indonesia. World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah kondisi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, dan bukan sekedar bebas penyakit dan kelemahan fisik. Dalam prakteknya, pengukuran tingkat kesehatan yang digunakan tingkat harapan hidup. Ukuran ini merupakan salah satu dari tiga komponen dalam penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Adapun infrastruktur kesehatan yang dibutuhkan itu terbagi ke dalam infrastruktur kesehatan fisik dan infrastruktur kesehatan nonfisik. Infrastruktur fisik kesehatan meliputi bangunan rumah sakit, puskesmas, klinik, apotik obat, jalan raya, rel kereta

api, bandara dan sebagainya. Sedangkan infrastruktur kesehatan nonfisik adalah ketersediaan tenaga medis di rumah sakit, puskesmas, klinik, aksesibilitas dan sebagainya.

Infrastruktur jelas sangatlah penting. Namun disamping infrastruktur faktor yang mempengaruhi pembangunan kesehatan adalah aksesibilitas yaitu terjangkau atau tidaknya infrastruktur kesehatan itu oleh masyarakat. Seperti yang kita ketahui tidak semua penduduk tinggal di daerah perkotaan, kebanyakan masih tinggal di pedesaan yang mayoritas infrastrukturnya berada di perkotaan. Dan tentu juga mengenai tersedianya tenaga pelayan kesehatan merupakan hal yang harus dipenuhi dalam mewujudkan pembangunan di bidang kesehatan.

Ketiga indikator tersebut dapat tercapai tentunya dengan adanya alokasi dana. Anggaran kesehatan di Provinsi Sumatera Utara berasal dari banyak sumber yaitu 73,41 berasal dari APBD Kab/Kota, 11,42 dari APBD Provinsi, 0,49 dari sumber lainnya, 14,65 dari APBN dan 0.02 berasal dari Pinjaman Luar Negeri.

Jumlah dana yang bersumber dari APBD kabupaten/kota mengalami peningkatan yang cukup signifikan selama tahun 2004-2006, kecuali pada tahun 2007 mengalami penurunan, namun pada tahun 2008 mengalami peningkatan yang cukup besar dan mengalami peningkatan sehingga tahun 2013. Selama 9 tahun terakhir (2004-2012), pembiayaan pembangunan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara mayoritas bersumber dari APBD kabupaten/kota dan Pemprov.

Bila dihitung pembiayaan kesehatan perkapita di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2013 ada pada angka Rp. 294.740,35 228.916/kapita, mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu Rp. 228.916/kapita (hasil pembagian total dana APBN, APBD Prop dan Kab/Kota, sumber lain dengan total penduduk Prov. Sumatera Utara). Tingginya angka ini disebabkan hampir seluruh kabupaten/kota mampu melaporkan seluruh sumber pembiayaan kesehatan yang diterima, termasuk dana yang diterima oleh RSUD maupun institusi kesehatan lainnya di daerah.

Rumusan Masalah

- 1) Bagaimana perkembangan dari infrastruktur fisik dan nonfisik kesehatan berhubungan dengan pembangunan kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara?
- 2) Apakah ada pengaruh secara langsung ketersediaan infrastruktur fisik dan nonfisik kesehatan terhadap pembangunan kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara?

B. LANDASAN TEORITIS

1. Teori Kebutuhan Manusia

Kesehatan merupakan kebutuhan yang paling pokok dari tubuh manusia. Kebutuhan manusia sangatlah beragam dari kebutuhan yang paling mendasar (fisiologis) yang lebih diarahkan pada upaya mempertahankan kelangsungan hidup sampai dengan kebutuhan manusia akan keindahan. Upaya pengklasifikasian kebutuhan manusia telah banyak dilakukan oleh psikolog, antara lain oleh Abraham Maslow pada tahun 1970 dengan hipotesisnya kebutuhan diorganisir sedemikian rupa untuk menetapkan prioritas dan hierarki kepentingan. Menurut Maslow terdapat lima tingkatan kebutuhan yang berjarak dalam prioritas dari urutan terendah hingga urutan yang tertinggi. Tingkatan-tingkatan ini masuk kedalam tiga tingkatan kategori dasar, yaitu (1) kelangsungan hidup dan keamanan, (2) interaksi manusia, cinta dan afiliasi, (3) aktualisasi diri (kompetensi, ekspresi diri dan pengertian).

Maslow mengidentifikasi hierarki tujuh tingkatan kebutuhan yang disusun berjenjang dengan urutan manusia. Orang akan tetap berada dalam sebuah tingkat kebutuhannya dalam tingkat itu terpenuhi. Kemudian kebutuhan yang baru muncul pada tingkat yang lebih tinggi. Untuk kebutuhan pengetahuan dan keindahan diidentifikasi Maslow sebagai tambahan kebutuhan kognitif bagi sejumlah orang yang memenuhi kebutuhan aktualisasi diri.

Dalam konteks kebutuhan Maslow, kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar di samping kebutuhan fisiologis lainnya seperti makan, minum dan perumahan. Menurut Mills dan Gilson (dalam Putra : 2010) menyatakan kesehatan merupakan suatu kebutuhan (*need*) yang diartikan secara umum yang merupakan perbandingan antara situasi nyata dan standar teknis tertentu yang telah disepakati. Selain itu juga kesehatan merupakan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*) yaitu kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh individu. Sehingga keputusan untuk memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan merupakan pencerminan kombinasi normatif dan kebutuhan yang dirasakan.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah kondisi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, dan bukan sekedar bebas penyakit dan kelemahan fisik. Dalam prakteknya, pengukuran tingkat kesehatan yang digunakan antara lain tingkat harapan hidup. Ukuran ini merupakan salah satu dari tiga komponen dalam penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Secara umum dapat kita simpulkan bahwa yang dimaksud dengan kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dari pengertian tersebut dengan jelas kita ketahui bahwa kesehatan merupakan hal kunci dari semua kegiatan manusia.

2. Pengertian Infrastruktur Kesehatan

Menurut Setyaningrum (dalam Sagita : 2013), infrastruktur adalah bagian dari kapital stock dari suatu negara, yaitu biaya tetap sosial yang langsung mendukung produksi. Stone (dalam Kodoatie : 2005) mendefinisikan infrastruktur sebagai fasilitas-fasilitas fisik yang dikembangkan atau dibutuhkan oleh agen-agen publik untuk fungsi-fungsi pemerintahan dalam penyediaan air, tenaga listrik, pembuangan limbah, transportasi dan pelayanan-pelayanan lainnya untuk memfasilitasi tujuan-tujuan ekonomi dan sosial.

Infrastruktur sendiri dalam sebuah sistem menopang sistem sosial dan sistem ekonomi sekaligus menjadi penghubung dengan sistem lingkungan. Ketersediaan infrastruktur memberikan dampak terhadap sistem sosial dan sistem ekonomi yang ada di masyarakat. Oleh karenanya, infrastruktur perlu dipahami sebagai dasar-dasar dalam mengambil kebijakan (Kodoatie: 2005).

Pembangunan infrastruktur dalam sebuah sistem menjadi penopang kegiatan-kegiatan yang ada dalam suatu ruang. Infrastruktur merupakan wadah dalam sebuah pembangunan. Ketersediaan infrastruktur meningkatkan akses masyarakat terhadap sumberdaya sehingga dapat meningkatkan sumberdaya sehingga dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas yang menuju pada perkembangan ekonomi suatu kawasan atau wilayah.

Sistem rekayasa dan manajemen infrastruktur berpengaruh terhadap sistem tata guna lahan yang pada akhirnya membangun suatu kegiatan. Hubungan pembangunan infrastruktur terhadap sistem tata guna lahan tersebut ditegaskan oleh Grigg dan Fontane (2000) bahwa rekayasa dan Manajemen Infrastruktur

dalam memanfaatkan sumberdaya dalam rangka pemanfaatan untuk transportasi, infrastruktur keairan, limbah, energi, serta bangunan dan struktur membentuk dan mempengaruhi sistem ekonomi, sosial-budaya, kesehatan dan kesejahteraan.

Infrastruktur dapat dikategorikan kedalam tiga jenis, yaitu:

- 1) Infrastruktur ekonomi, merupakan aset fisik yang diperlukan untuk menunjang aktivitas ekonomi baik dalam produksi maupun konsumsi final, meliputi public utilities (tenaga, telekomunikasi, air minum, sanitasi dan gas), public work (jalan, bendungan, kanal, saluran irigasi dan drainase) serta sektor transportasi (jalan, rel kereta api, angkutan pelabuhan, lapangan terbang dan sebagainya).
- 2) Infrastruktur sosial, merupakan aset yang mendukung kesehatan dan keahlian masyarakat, meliputi pendidikan (sekolah dan perpustakaan), **kesehatan (rumah sakit dan pusat kesehatan)**, perumahan dan rekreasi (taman, museum dan lain-lain).
- 3) Infrastruktur administrasi/institusi, meliputi penegakan hukum, kontrol administrasi dan koordinasi serta kebudayaan.

Fasilitas infrastruktur bukan hanya berfungsi melayani berbagai kepentingan umum tetapi juga memegang peranan penting pada kegiatan-kegiatan swasta di bidang ekonomi. Kebutuhan prasarana merupakan pilihan (preference), dimana tidak ada standar umum untuk menentukan berapa besarnya fasilitas yang tepat di suatu daerah ataupun populasi. Edwin (dalam Permatasari : 2014) menguraikan prasarana umum terdiri dari kategori-kategori dalam fasilitas pelayanan dan fasilitas produksi. Fasilitas pelayanan meliputi kategori-kategori sebagai berikut:

- 1) Pendidikan, berupa Sekolah Dasar, SMP, SMA dan perpustakaan umum.
- 2) **Kesehatan**, berupa rumah sakit, rumah perawatan, fasilitas pemeriksaan oleh dokter keliling, fasilitas perawatan gigi dengan mobil keliling, fasilitas kesehatan mental dengan mobil keliling, rumah yatim piatu, perawatan penderita gangguan emosi, perawatan pecandu alkohol dan obat bius, perawatan penderita cacat fisik dan mental, rumah buta dan tuli, serta mobil ambulans.
- 3) Transportasi, berupa jaringan rel kereta api, bandar udara dan fasilitas yang berkaitan, jalan raya dan jembatan di dalam kota dan antar kota serta terminal penumpang.
- 4) Kehakiman, berupa fasilitas penegakan hukum dan penjara.
- 5) Rekreasi, berupa fasilitas rekreasi masyarakat dan olahraga.

Dari jenis-jenis infrastruktur diatas, salah satunya termasuk yaitu infrastruktur kesehatan. Adapun yang dimaksud dengan kesehatan adalah World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah kondisi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, dan bukan sekedar bebas penyakit dan kelemahan fisik. Dalam prakteknya, pengukuran tingkat kesehatan yang digunakan antara lain tingkat harapan hidup. Ukuran ini merupakan salah satu dari tiga komponen dalam penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Pembangunan kesehatan menjadi bagian integral dari pembangunan nasional karena bidang kesehatan menyentuh hampir seluruh aspek kehidupan manusia secara berkesinambungan, yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah. Pembangunan ini merupakan upaya untuk tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Melalui pembangunan kesehatan diharapkan setiap penduduk memiliki kemampuan hidup sehat sehingga di masa mendatang tercipta generasi penerus yang bermutu sebagai modal penting dalam pembangunan nasional.

Tujuan pembangunan kesehatan yang tercantum dalam Rencana Strategi Pembangunan Kesehatan adalah terselenggaranya program atau kegiatan pembangunan kesehatan yang memberi jaminan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Arah kebijakan pembangunan kesehatan menurut Depkes (2004) adalah:

- 1) Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung, dengan pendekatan paradigma sehat yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai usia lanjut.
- 2) Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat.

Pelayanan kesehatan melalui rumah sakit dan puskesmas serta pelayanan kesehatan lainnya diharapkan meningkatkan mutu kesehatan yang menjangkau seluruh masyarakat untuk mewujudkan pembangunan kesehatan yang merata. Pengembangan infrastruktur kesehatan, baik secara kuantitas maupun kualitas, akan mendorong peningkatan kualitas sumber daya manusia sehingga indeks pembangunan manusia (IPM) akan meningkat juga karena kesehatan merupakan salah satu indikatornya.

3. Akseibilitas

Aksesibilitas adalah jarak yang mampu dicapai dengan maksimum dari satu wilayah ke wilayah lain. Selain itu aksesibilitas juga dapat diartikan sebagai konsep geografi yang berkaitan dengan kemudahan sarana dan prasarana untuk mencapai suatu tempat. Jadi, aksesibilitas tidak hanya tergantung pada jarak tetapi juga tergantung pada sarana dan prasarana penunjang. Contoh konsep aksesibilitas yaitu: a. Harga lahan di persimpangan lebih mahal dari pada lahan di dalam gang; b. Bantuan bencana sulit mencapai lokasi karena medan yang berat; c. Kepulauan Seribu hanya dapat dijangkau dengan kapal dari pelabuhan Muara Angke (Fuat : 2012).

Menurut Kencanawati (dalam Dewi : 2014), akseibilitas berasal dari kata *accessibility* merupakan bahasa inggris yaitu hal yang dapat masuk/ hal yang mudah dicapai/ hal yang mudah dijangkau. Akseibilitas dapat diartikan sebagai kemudahan atau keterjangkauan terhadap suatu objek yang ada di permukaan bumi.

Tingkat akseibilitas dipengaruhi oleh jarak, kondisi sarana dan prasarana perhubungan seperti kondisi jalan dan lebar jalan, ketersediaan berbagai sarana penghubung termasuk frekuensinya dan tingkat keamanan serta kenyamanan untuk melalui jalur tersebut.

• Akseibilitas Wilayah

Menurut Magribi (dalam Dewi : 2014) bahwa aksesibilitas adalah ukuran kemudahan yang meliputi waktu, biaya, dan usaha dalam melakukan perpindahan antara tempat-tempat atau kawasan dari sebuah sistem .

Menurut Bintarto (dalam Dewi : 2014) , salah satu variabel yang dapat dinyatakan apakah tingkat aksesibilitas itu tinggi atau rendah dapat dilihat dari banyaknya sistem jaringan yang tersedia pada daerah tersebut. Semakin banyak sistem jaringan yang tersedia pada daerah tersebut maka semakin mudah aksesibilitas yang didapat begitu pula sebaliknya semakin rendah tingkat aksesibilitas yang didapat maka semakin sulit daerah itu dijangkau dari daerah lainnya .

Tingkat aksesibilitas wilayah juga bisa di ukur berdasarkan pada beberapa variabel yaitu ketersediaan jaringan jalan, jumlah alat transportasi, panjang, lebar jalan, dan kualitas jalan. Selain itu yang menentukan tinggi rendahnya tingkat akses adalah pola pengaturan tata guna lahan. Keberagaman pola pengaturan fasilitas umum antara satu wilayah dengan wilayah lainnya.

Adanya aksesibilitas ini diharapkan dapat mengatasi beberapa hambatan mobilitas, baik berhubungan dengan mobilitas fisik, misalnya mengakses jalan raya, pertokoan, rumah sakit, gedung perkantoran, sekolah, pusat kebudayaan, lokasi industri dan rekreasi maupun aktivitas non fisik seperti kesempatan untuk bekerja, memperoleh pendidikan, mengakses informasi, mendapat perlindungan dan jaminan hukum (Kartono : 2001).

- **Aksesibilitas di Bidang Kesehatan**

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat dicapai melalui peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Untuk itu salah satu kebijakan pembangunan kesehatan diarahkan pada peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas rumah sakit. Penyediaan sarana pelayanan kesehatan tersebut perlu ditunjang dengan pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan, fasilitas, peralatan dan perbekalan kesehatan yang dapat menunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Rasdiyanti, 2008).

Menurut Engel (dalam Dewi : 2014) kemudahan mencapai akses sarana kesehatan didasarkan atas 3 hal yaitu: aksesibilitas fisik, aksesibilitas ekonomi, dan aksesibilitas sosial.

- 1) Aksesibilitas fisik. Terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi dan kondisi di pelayanan kesehatan seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka.
- 2) Aksesibilitas ekonomi. Dilihat dari kemampuan finansial respon untuk mengakses pelayanan kesehatan. Merupakan hal-hal yang terkait dengan demand ke pelayanan kesehatan.
- 3) Aksesibilitas sosial. Meliputi kondisi non fisik yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan. Kondisi fisik yang dimaksud seperti pengaruh lingkungan sekitarnya.

Untuk lebih memahami aksesibilitas di bidang kesehatan maka kita harus mengaitkannya dengan salah satu infrastruktur kesehatan, seperti aksesibilitas di lingkungan rumah sakit.

Aksesibilitas di lingkungan rumah sakit ditunjukkan dari kemudahan pasien dalam mendapatkan perawatan. Hal ini dapat dilihat dari pelayanan yang diberikan serta fasilitas umum yang tersedia didalam suatu lingkungan rumah sakit tersebut. Pelayanan merupakan suatu usaha yang dilakukan kelompok atau seseorang untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu. Berdasarkan fungsi pelayanannya rumah sakit umum terbagi atas tiga pokok kegiatan pelayanan, yaitu: pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, dan pelayanan administrasi.

- 1) Pelayanan medis adalah pelayanan yang bersifat individu yang diberikan oleh tenaga medis dan perawat berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kegiatan pelayanan medis, meliputi kegiatan pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis seperti operasi/ pembedahan termasuk kegiatan rawat darurat dan rawat inap.

- 2) Pelayanan penunjang medis. Kegiatan pelayanan penunjang medis merupakan pelayanan yang fungsinya sebagai penunjang dari kegiatan medis. Kegiatan yang dimaksud seperti instalasi farmasi, instalasi patologi/ laboratorium, instalasi gizi, instalasi radiology, instalasi fisioterapi, dan perawatan jenazah.
- 3) Pelayanan administrasi. Kegiatan pelayanan administrasi rumah sakit adalah kegiatan pengelolaan baik secara administratif kepegawaian, rumah tangga, rekam medik, pengadaan dan perawatan peralatan serta kegiatan pendidikan, dan latihan termasuk pula kegiatan sosial kemasyarakatan. Pelayanan administrasi ini identik dengan upah atau biaya yang harus dibayar oleh pasien atas jasa yang didapat.

Fasilitas umum yang terdapat di rumah sakit terdiri dari: fasilitas ruang dan fasilitas parkir.

- 1) Fasilitas ruang. Penyediaan fasilitas ruang adalah berdasarkan pada kegiatan yang terjadi dalam rumah sakit umum, yaitu proses pengobatan kemoterapi, rehabilitasi medis, rehabilitasi mental, dan kegiatan-kegiatan pelayanannya.
- 2) Fasilitas parkir. Fasilitas parkir merupakan salah satu fasilitas yang wajib ada di setiap rumah sakit atau tempat-tempat umum lainnya. Kebutuhan tempat parkir untuk rumah sakit meliputi: a). Daerah parkir untuk pasien poliklinik/ rawat jalan; b). Daerah parkir untuk pengunjung rawat inap; c). Daerah parkir untuk staf rumah sakit; d). Daerah parkir untuk mobil *ambulance* baik dari UGD maupun parkir biasa; e). Daerah parkir servis untuk kegiatan bongkar muat barang dan mobil jenazah.

C. METODOLOGI PENELITIAN

Pendekatan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara yang terdiri dari 33 Kabupaten/Kota yang terdiri dari 25 Kabupaten dan 8 Kota. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Metode *purposive sampling* merupakan metode pengambilan sampel dengan memilih sampel berdasarkan kriteria yang sesuai dengan data yang dibutuhkan dalam penelitian. Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah Kabupaten/Kota yang menerima APBD dana kesehatan Pemerintah Provinsi Sumatera Utara tahun 2013.

Sumber data dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik Sumatera Utara, Badan Pusat Statistik Kabupaten/kota se- Provinsi Sumatera Utara, Data dari Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, dan sebagainya. Dalam mengumpulkan data sekunder, penulis menggunakan metode, yaitu kepustakaan dan dokumentasi.

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis statistik model analisis regresi berganda dengan menggunakan program SPSS.

Pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan model analisis regresi berganda bertujuan untuk memprediksi kekuatan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Hubungan antar variabel tersebut dapat digambarkan dengan persamaan sebagai berikut :

$$Y = + 1INF + 2TMS + 3AKS + e$$

Keterangan:

- Y = Pembangunan Kesehatan Penduduk
 = Konstanta
 = Slope atau Koefisien Regresi
 INF = Infrastruktur Kesehatan

TMS = Tenaga Medis.
 AKS = Aksebilitas
 e = *error*

D. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum

Populasi dalam penelitian ini adalah 33 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Utara, dengan menggunakan data yang bersumber dari Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Utara dan Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Setelah dilakukan pemilihan sampel dengan teknik purposive sampling, maka diperoleh bahwa seluruh Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara yang berjumlah 33 Kabupaten/Kota yang terdiri dari 25 Kabupaten dan 8 Kota memenuhi kriteria sampel tersebut, sehingga sampel dalam penelitian ini adalah seluruh Kabupaten.Kota Provinsi Sumatera Utara Metode analisis data yang digunakan untuk penelitian ini adalah metode analisis yang menggunakan persamaan regresi linier berganda.

2. Analisis Hasil Penelitian

• **Metode Regresi Linear Berganda**

Analisis regresi linier berganda adalah hubungan secara linear antara dua atau lebih variabel independen (X_1, X_2, \dots, X_n) dengan variabel dependen (Y). Analisis ini untuk mengetahui arah hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen apakah masing-masing variabel independen berhubungan positif atau negatif dan untuk memprediksi nilai dari variabel dependen apabila nilai variabel independen mengalami kenaikan atau penurunan. Data yang digunakan biasanya berskala interval atau rasio.

Adapun hasil persamaan regresi linear berganda dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$Y = 71,828 + 0,002X_1 + 0,002X_2 + 0,009X_3 + e$$

Tabel 1

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	71.828	.849		84.591	.000
Infrastruktur Kesehatan	.002	.001	.621	3.025	.000
Tenaga Medis	.002	.001	.429	2.124	.000
Aksebilitas	.009	.002	.325	1.730	.045

a. Dependent Variable: Pembangunan Kesehatan

Persamaan regresi di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

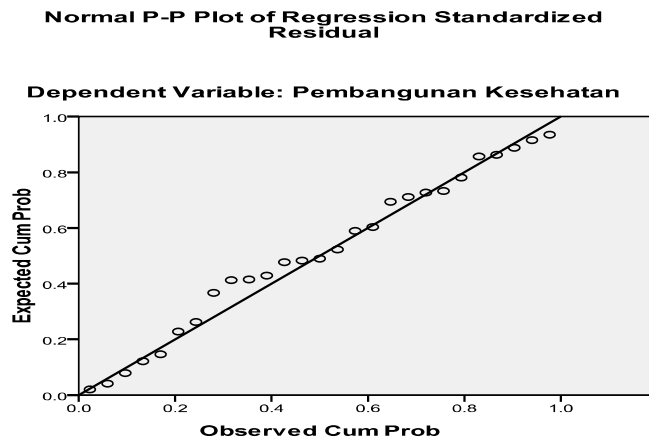
- Konstanta sebesar 71,828; artinya jika Infrastruktur Kesehatan (X_1), Tenaga Medis (X_2), serta Aksebilitas nilainya adalah 0, maka Pembangunan Kesehatan (Y) nilainya adalah 71,828.

- Koefisien regresi variabel Infrastruktur Kesehatan (X_1) sebesar 0,002; artinya jika variabel independen lain nilainya tetap dan Infrastruktur Kesehatan mengalami kenaikan 1%, maka Pembangunan Kesehatan (Y) akan mengalami kenaikan sebesar 0,002%. Koefisien bernilai positif artinya terjadi hubungan positif antara Infrastruktur Kesehatan dengan Pembangunan Kesehatan, semakin naik nilai Infrastruktur Kesehatan maka semakin meningkat Pembangunan Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara.
- Koefisien regresi variabel Tenaga Medis (X_2) sebesar 0,002; artinya jika variabel independen lain nilainya tetap dan nilai Tenaga Medis mengalami kenaikan 1%, maka Pembangunan Kesehatan (Y) akan mengalami peningkatan sebesar 0,002%. Koefisien bernilai positif artinya terjadi hubungan positif antara Tenaga Medis dengan Pembangunan Kesehatan, semakin naik nilai Tenaga Medis maka semakin meningkat Pembangunan Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara.
- Koefisien regresi variabel Aksesibilitas (X_3) sebesar 0,009; artinya jika variabel independen lain nilainya tetap dan nilai Aksesibilitas mengalami kenaikan 1%, maka Pembangunan Kesehatan (Y) akan mengalami peningkatan sebesar 0,009%. Koefisien bernilai positif artinya terjadi hubungan positif antara Aksesibilitas dengan Pembangunan Kesehatan, semakin naik nilai Aksesibilitas maka semakin meningkat Pembangunan Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara.

- **Uji Asumsi Klasik**

- a. **Uji Normalitas**

Uji normalitas residual dengan metode grafik yaitu dengan melihat penyebaran data pada sumbu diagonal pada grafik Normal P-P Plot of regression standardized residual. Sebagai dasar pengambilan keputusannya, jika titik-titik menyebar sekitar garis dan mengikuti garis diagonal maka nilai residual tersebut telah normal.



Gambar 1
Uji Normalitas

Dari gambar grafik di atas dapat diketahui bahwa titik-titik menyebar sekitar garis dan mengikuti garis diagonal maka nilai residual tersebut telah normal.

b. Analisis Statistik One Sample Kolmogorov Smirnov

Uji One Sample Kolmogorov Smirnov digunakan untuk mengetahui distribusi data, apakah mengikuti distribusi normal, poisson, uniform, atau exponential. Dalam hal ini untuk mengetahui apakah distribusi residual terdistribusi normal atau tidak. Residual berdistribusi normal jika nilai signifikansi lebih dari 0,05.

Tabel 2
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		27
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	1.24395654
Most Extreme Differences	Absolute	.111
	Positive	.054
	Negative	-.111
Kolmogorov-Smirnov Z		.576
Asymp. Sig. (2-tailed)		.894

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Dari output di atas dapat diketahui bahwa nilai signifikansi (Asymp.Sig 2-tailed) sebesar 0,894. Karena signifikansi lebih dari 0,05 ($0,894 > 0,05$), maka nilai residual tersebut telah normal.

c. Uji Multikolinearitas

Pengujian ini dilakukan untuk menguji apakah dalam model regresi ditemukan adanya korelasi (yang tinggi) antar variabel bebas (Ghozali, 2011:105). Uji multikolinearitas digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya penyimpangan asumsi klasik multikolinearitas yaitu adanya hubungan linear antar variabel independen dalam model regresi. Prasyarat yang harus terpenuhi dalam model regresi adalah tidak adanya multikolinearitas. Ada beberapa metode pengujian yang bisa digunakan diantaranya yaitu dengan melihat nilai *inflation factor* (VIF) pada model regresi.

Tabel 3
Coefficients^a

Model	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
1 (Constant)		
Infrastruktur Kesehatan	.446	2.244
Tenaga Medis	.460	2.173
Akseibilitas	.799	1.251

a. Dependent Variable: Pembangunan Kesehatan

Dari hasil di atas dapat diketahui nilai *variance inflation factor* (VIF) variabel Infrastruktur Kesehatan 2,244; Tenaga Medis 2,173; Akseibilitas

1,251. Nilai VIF ketiga variabel tersebut adalah lebih kecil dari 5, sehingga bisa diduga bahwa antar variabel independen tidak terjadi persoalan multikolinearitas.

d. Uji Heterokedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji terjadinya perbedaan *variance residual* suatu periode pengamatan ke periode pengamatan yang lain. Jika *variance residual* satu pengamatan ke pengamatan lain tetap, maka disebut *homokedastisitas* dan jika berbeda disebut *heterokedastisitas*. Model regresi yang baik adalah model regresi yang memiliki persamaan *variance residual* suatu periode pengamatan dengan periode pengamatan yang lain (Ardilla, 2012).

Dalam penelitian ini untuk mengetahui terjadinya heterokedastisitas digunakan uji glejser. Uji glejser dilakukan dengan cara meregresikan antara variabel independen dengan nilai absolut residualnya. Jika nilai signifikansi antara variabel independen dengan absolut residual lebih dari 0,05 maka tidak terjadi masalah heteroskedastisitas.

Tabel 4
Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	71.828	.849		84.591	.000
Infrastruktur Kesehatan	.002	.001	.621	3.025	.365
Tenaga Medis	.002	.001	.429	2.124	.745
Akseibilitas	.009	.002	.325	1.730	.477

a. Dependent Variable: Pembangunan Kesehatan

Dari output di atas dapat diketahui bahwa nilai signifikansi variabel Infrastruktur Kesehatan 0,365; Tenaga Medis 0,745; Akseibilitas 0,477. Signifikansi ketiga variabel independen lebih dari 0,05. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi masalah heteroskedastisitas pada model regresi.

• Pengujian Hipotesis

a. Uji Signifikansi Parsial (Uji t)

Untuk mengetahui apakah variabel independen dalam model regresi berpengaruh secara parsial terhadap variabel dependen, maka dilakukan pengujian dengan uji t. Ada empat hipotesis yang akan di uji dengan uji t.

Uji t ini dilakukan dengan membandingkan signifikansi t-hitung dengan ketentuan:

- Jika $t_{hitung} < t_{tabel}$ pada $\alpha = 0,05$, maka H_a ditolak,
- Jika $t_{hitung} > t_{tabel}$ pada $\alpha = 0,05$, maka H_a diterima.

Tabel 5
Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	71.828	.849		84.591	.000
Infrastruktur Kesehatan	.002	.001	.621	3.025	.000
Tenaga Medis	.002	.001	.429	2.124	.000
Akseibilitas	.009	.002	.325	1.730	.045

a. Dependent Variable: Pembangunan Kesehatan

Hasil output menunjukkan di atas menunjukkan:

- Variabel Infrastruktur Kesehatan diperoleh $t_{hitung} 3,025 > t_{tabel} 2,040$, maka keputusannya adalah menerima H_a dan H_0 ditolak. Hasil ini menunjukkan bahwa infrastruktur kesehatan secara signifikan berpengaruh positif terhadap pembangunan kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara.
 - Variabel Tenaga Medis diperoleh $t_{hitung} 2,124 > t_{tabel} 2,040$, maka keputusannya adalah menerima H_a dan H_0 ditolak. Hasil ini menunjukkan bahwa tenaga medis secara signifikan berpengaruh positif terhadap pembangunan kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara.
 - Variabel Akseibilitas diperoleh $t_{hitung} 1,730 > t_{tabel} 2,040$, maka keputusannya adalah menerima H_0 dan H_A ditolak. Hasil ini menunjukkan bahwa akseibilitas tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pembangunan kesehatan penduduk di Provinsi Sumatera Utara.
- **Uji Signifikansi Simultan (Uji F Statistik)**

Signifikansi model regresi secara simultan diuji dengan melihat perbandingan antara F-tabel dan F-hitung. Selain itu akan dilihat nilai signifikansi (sig), dimana jika nilai sig dibawah 0,05 maka variabel independen dinyatakan berpengaruh terhadap variabel dependen.

Hasil hipotesis (Uji F) dapat dilihat dari hasil regresi pada tabel *anova*. Uji F menunjukkan variabel independen secara bersama-sama berpengaruh terhadap variabel independen.

Uji F ini dilakukan dengan membandingkan signifikansi F-hitung dengan ketentuan:

- Jika $F_{hitung} < F_{tabel}$ pada $\alpha = 0,05$, maka H_a ditolak,
- Jika $F_{hitung} > F_{tabel}$ pada $\alpha = 0,05$, maka H_a diterima.

Tabel 6
ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	52.848	3	17.616	10.070	.000 ^a
	Residual	40.233	23	1.749		
	Total	93.081	26			

a. Predictors: (Constant), Akseibilitas, Tenaga Medis, Infrastruktur Kesehatan

b. Dependent Variable: Pembangunan Kesehatan

Hasil output SPSS diatas menunjukkan Sig 0,000 < 0,05 berarti signifikan, $F_{hitung} 10,070 > F_{tabel} 2,93$. Dengan demikian H_0 ditolak dan H_a diterima. Variabel infrastruktur kesehatan, tenaga medis, dan aksesibilitas secara simultan signifikan berpengaruh positif terhadap pembangunan kesehatan.

- **Koefisien Determinasi (R^2)**

Tabel 7
Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.753 ^a	.568	.511	1.32260

a. Predictors: (Constant), Aksesibilitas, Tenaga Medis, Infrastruktur Kesehatan

b. Dependent Variable: Pembangunan Kesehatan

Dari data diatas diketahui nilai koefisien determinasi (*R-squared*) sebesar $R^2 = 0,568$. Nilai tersebut dapat diinterpretasikan Infrastruktur Kesehatan, Tenaga Medis, dan Aksesibilitas mampu mempengaruhi/menjelaskan Pembangunan Kesehatan secara simultan atau bersama-sama sebesar 57%, sisanya sebesar 43% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

E. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Model penelitian pada regresi linier sederhana memiliki nilai *Goodness of Fit Model* yang cukup bagus, ditunjukkan dengan hasil uji statistik F (*F test*) yang signifikan kuat.
2. Secara simultan variabel Infrastruktur Kesehatan, Tenaga Medis, dan aksesibilitas secara signifikan berpengaruh positif terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Provinsi Sumatera Utara.
3. Secara parsial variabel Infrastruktur Kesehatan dan Tenaga Medis masing-masing secara signifikan berpengaruh positif terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Provinsi Sumatera Utara. Sedangkan variabel Aksesibilitas secara parsial tidak berpengaruh signifikan terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Provinsi Sumatera Utara.
4. Selama sembilan tahun terakhir (2004-2012), pembiayaan pembangunan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara mengalami peningkatan yang cukup signifikan yang mayoritas dananya bersumber dari APBD Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi Sumatera Utara.

Saran

1. Bagi peneliti berikutnya dimasa mendatang untuk memperluas dan memperbanyak sampel penelitian seperti pemerintah kabupaten/kota di luar Sumatera Utara serta memperbaharui periode pengamatan.
2. Bagi peneliti berikutnya untuk menambah variabel-variabel yang mempengaruhi variabel Pembangunan Kesehatan Masyarakat.

3. Penambahan penggunaan dan penggabungan variabel independen yang bersifat kuantitatif dan kualitatif contohnya berupa kebijakan pemerintah yang relevan terhadap peningkatan pembangunan kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardilla, Isna, 2012. *Komputer Statistik SPSS*, _____, Medan.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Utara. <http://sumut.bps.go.id>.
- Depkes RI, 2004. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Dewi, Ni Kadek. S.S, 2014. “Pengaruh Aksesibilitas Terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Mahasaraswati Denpasar”. Skripsi. Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Maharaswati Denpasar.
- Erlina, 2008. Metodologi Penelitian Bisnis untuk Akuntansi dan Manajemen, USU Press, Medan.
- Fuat, Alfauzi, 2012. *Pengertian dan Contoh Konsep Geografi*, Universitas Negeri Jakarta, Jakarta.
- Ghozali, Imam. 2011. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS19*, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Grigg, N.dan Fontane G. Darel., 2000. *Infrastructure System Management & Optimization. International Seminar “Paradigm & Strategy Of Infrastructure Management”*, Civil Engineering Department Diponegoro University.
- Juliandi, A dan Irfan, 2013. *Metodologi Penelitian Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Bisnis*, Cita Pustaka, Medan.
- Kartini Kartono, 2001. *Pemimpin dan Kepemimpinan : Apakah Pemimpin Abnormal itu?*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Kodoatie, Robert, J., 2005. *Pengantar Manajemen Infrastruktur*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Permatasari, Desy, Y.E, 2014. “Pengaruh Infrastruktur Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Dan Kebijakan Pembangunan Jalan di Kabupaten Bogor”. Skripsi. Fakultas Ekonomi dan Manajemen, Institut Pertanian Bogor.
- Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2013. (<http://diskes.sumutprov.go.id/editor/gambar/file/ProfilKesehatan2013.pdf>).
- Putra, Andhika. W, 2010. “Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah di Kabupaten Semarang”. Skripsi. Fakultas Ekonomi, Universitas Diponegoro Semarang.
- Rasdiyanti, 2008. “Pengembangan Database Sarana Pelayanan Kesehatan dan Tenaga Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kabupaten Buton”. Tesis Program Pascasarjana IKM FK-UGM, Yogyakarta
- Sagita, Rendy, 2013. “ Analisis Kausalitas Infrastruktur dengan Investasi Asing Untuk Meningkatkan Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia “, *Economic Development Analysis Journal*, Vol 2 (4).
- Todaro P Michael, 2000. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ke-3 Jilid 1*, Erlangga, Jakarta.
- www.sumutprov.go.id