



**DETERMINAN ANGKA HARAPAN HIDUP DI JAWA
TIMUR TAHUN 2014-2018 DENGAN METODE *LEAST
SQUARES DUMMY VARIABLES MODEL (LSDV)***

SKRIPSI

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi
pada Universitas Negeri Semarang**

Oleh

Devi Setiawati

NIM. 7111416124

**JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi ini telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke sidang panitia ujian skripsi pada:

Hari : Rabu

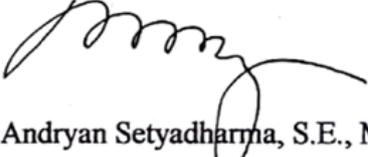
Tanggal : 19 Februari 2020

Mengetahui,
Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan



UNNES
Fakultas Ekonomi dan Bisnis
M.Sc.
NIP. 198502162008122004

Dosen Pembimbing



Andryan Setyadharma, S.E., M.Si., Ph.D.
NIP. 197901022008121003

PENGESAHAN KELULUSAN

Skripsi ini telah dipertahankan di depan Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas
Ekonomi Universitas Negeri Semarang pada:

Hari : Rabu

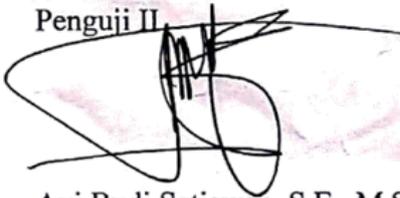
Tanggal : 18 Maret 2020

Penguji I



Dr. Amin Pujiati, S.E., M.Si.
NIP. 196908212006042001

Penguji II



Avi Budi Setiawan, S.E., M.Si.
NIP. 198708292015041002

Penguji III



Andryan Setyadharma, S.E., M.Si., Ph.D.
NIP. 197901022008121003



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi



Drs. Heri Yanto, M.B.A., Ph. D.

NIP. 196307181987021001

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Setiawati

NIM : 7111416124

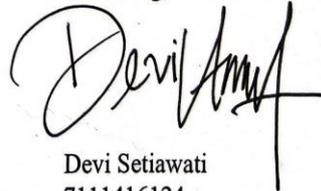
Tempat/Tanggal lahir : Pemalang, 9 September 1998

Alamat : Desa Pesantren, Rt 03/Rw 06, Kecamatan Ulujami,

Kabupaten Pemalang

Menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Apabila di kemudian hari terbukti skripsi ini adalah hasil jiplakan dari karya tulis orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Semarang, 12 Maret 2020



Devi Setiawati
7111416124

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

“Hiduplah seperti pohon kayu yang lebat buahnya, hidup di tepi jalan dan dilempari orang dengan batu, tetapi dibalas dengan buah" (Abu Bakar Sibli)

Persembahan

Dengan rasa syukur kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-NYA, skripsi ini saya persembahkan kepada kedua Orang Tua Saya.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik yang berjudul “Determinan Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Tahun 2014-2018 dengan Metode *Least Squares Dummy Variables Model (LSDV)*”. Penulis skripsi tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Karena itu dengan hormat penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada:

1. Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum., Rektor Universitas Negeri Semarang.
2. Drs. Heri Yanto, M.B.A., Ph.D., Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Semarang.
3. Fafurida, S.E., M.Sc., Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Semarang.
4. Andryan Setyadharma, S.E., M.Si., Ph.D., Dosen Penguji 3 sekaligus dosen pembimbing yang selalu memberi bimbingan, arahan, semangat serta motivasi kepada penulis selama penyusunan skripsi.
5. Dr. Amin Pujiati, S.E., M.Si., selaku Dosen Penguji 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi, serta saran kepada penulis selama penyusunan skripsi.
6. Avi Budi Setiawan, S.E., M.Si., selaku Dosen Penguji 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi, serta saran kepada penulis selama penyusunan skripsi.

7. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ekonomi Pembangunan Univeristas Negeri Semarang yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan kepada penulis selama diperkuliahan.
8. Keluarga besar Himpunan Mahasiswa Ekonomi Pembangunan yang telah memberikan pengalaman berorganisasi dan motivasi kepada penulis.
9. Teman-teman yang telah memberikan dukungan, motivasi, serta arahan dalam proses penyusunan skripsi kepada penulis, Dwi Widiyanto, Susiana Putri Utami, Muhammad Asfahani, Wiwiet Septiani Rahayu, Intan Eka Syahputri, Jayanti Adma Linda, Reza Nadya Isabella, Putri Bintang Kusuma, dan Safira Nissa Fairuz.
10. Teman-teman Ekonomi Pembangunan 2016 yang telah kebersamai selama perkuliahan dan memberikan doa dan dukungan kepada penulis.
11. Rekan-rekan dan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Namun, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan orang lain pada umumnya. Kritik dan saran sangat penulis harapkan demi perbaikan penulis di masa yang akan datang.

Semarang, 9 Maret 2020

SARI

Setiawati, Devi, 2020. “Determinan Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Tahun 2014-2018 dengan Metode *Least Squares Dummy Variables Model (LSDV)*”. Skripsi. Jurusan Ekonomi Pembangunan. Fakultas Ekonomi. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Andryan Setyadharma, S.E., M.Si., Ph.D.

Kata kunci : Kesehatan, Angka Harapan Hidup, Pendidikan, Tingkat Kemiskinan

Angka harapan hidup merupakan salah satu indikator dalam mengevaluasi kinerja pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh rata-rata angka harapan hidup Jawa Timur yang masih rendah apabila dibandingkan dengan rata-rata angka harapan hidup di Pulau Jawa dan Nasional serta angka harapan hidup Jawa Timur belum mencapai target di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi angka harapan hidup di Jawa Timur tahun 2014-2018.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode *Least Squares Dummy Variables Model (LSDV)*. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data panel yang terdiri dari data runtut waktu tahun 2014-2018 dan data silang sebanyak 38 Kabupaten/Kota. Variabel dependen yang digunakan dalam penelitian ini adalah angka harapan hidup, sedangkan variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini adalah rata-rata lama sekolah, jumlah rumah sakit, persentase rumah tangga yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pendapatan per kapita, dan tingkat kemiskinan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa: rata-rata lama sekolah berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup, jumlah rumah sakit berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup, persentase rumah tangga yang menerapkan PHBS tidak berpengaruh terhadap angka harapan hidup, pendapatan per kapita tidak berpengaruh terhadap angka harapan hidup, dan tingkat kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup.

Berdasarkan hasil dari penelitian saran yang diberikan oleh peneliti yaitu: program pemerintah dalam bidang pendidikan harus lebih dimaksimalkan yang dapat dijangkau oleh masyarakat miskin sehingga rata-rata lama sekolah meningkat; meningkatkan pelayanan kesehatan secara luas; Dinas Kesehatan Jawa Timur harus berkoordinasi dengan instansi terkait untuk melakukan sosialisasi dan edukasi secara berkelanjutan guna meningkatkan kesadaran masyarakat terkait dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); meningkatkan pendapatan per kapita pada akhirnya mampu meningkatkan kemampuan masyarakat dalam biaya kesehatannya yang lebih baik; pemerintah memaksimalkan program kerja yang telah terlaksana seperti JKN-KIS dan BPJS sehingga dapat dirasakan oleh masyarakat miskin atau ekonominya rendah.

ABSTRACT

Setiawati, Devi, 2020. "Determinant of Life Expectancy in East Java During 2014-2018 with the *Least Squares Dummy Variables Model* (LSDV) Method". Final Project. Development Economics Department. Faculty of Economics. Universitas Negeri Semarang. Advisor Andryan Setyadharma, S.E., M.Sc., Ph.D.

Keywords: Health, Life Expectancy, Education, Poverty Rate

Life expectancy is one of indicators in evaluating government performance to improve public health. This research was motivated because the average of life expectancy in East Java level still low if compared to the average life expectancy both in Java and National and the life expectancy of East Java has not reached the target according Regional Medium-Term Development Plan (RPJMD). This research aims to determine the factors that influence life expectancy in East Java during 2014-2018.

The method used in this research is the *Least Squares Dummy Variables Model* (LSDV). The data used in this research is panel data consisting of time series data for 2014-2018 and cross data of 38 districts / cities. The dependent variable used in this research is life expectancy, while the independent variables used in this research are average length of school, number of hospitals, the percentage of households implementing Clean and Healthy Behavior (PHBS), income per capita, and poverty level.

The results of this research indicate that: the average length of school has a positive and significant effect on life expectancy, the numbers of hospit have a positive and significant effect on life expectancy, the percentage of households applying PHBS have no effect on life expectancy, per capita income has not effect on life expectancy, and poverty rates have a positive and significant effect on life expectancy.

Based on the results, this research suggests that: government programs in education must be improved that can be reached by the poor so that the average length of school would increase; improve health service widely; Public Health Office of East Java has to take coordination with other institutions to conduct and education continuously in order to increase public awareness related to clean and healthy life behavior (PHBS); increasing income per capita so that the community can finance their health; the government maximizes the work programs that have been implemented such as JKN-KIS and BPJS so that it can be felt by the poor or the economy is low.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Error! Bookmark not defined.
PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
PENGESAHAN KELULUSAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
PRAKATA	vi
SARI	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
2.1 Identifikasi Masalah.....	20
3.1 Cakupan Masalah.....	21
4.1 Perumusan Masalah.....	21
5.1 Tujuan penelitian	23
6.1 Manfaat penelitian	24
7.1 Orisinalitas penelitian	24
BAB 2	25
KAJIAN PUSTAKA DAN HIPOTESIS PENELITIAN	25
2.1. Kajian Teori Utama (<i>Grand Theory</i>)	25
2.1.1. Teori <i>Human Capital</i>	25
2.1.1.1. Hubungan Antara Kesehatan dengan <i>Human Capital</i>	26
2.1.1.2. Hubungan Antara Pendidikan dengan <i>Human Capital</i>	26
2.1.2. Permintaan Pelayanan Kesehatan.....	30
2.1.3. Penawaran Pelayanan Kesehatan.....	35
2.2 Kajian Variabel Penelitian	36

2.2.1.	Rata-Rata Lama Sekolah dan Angka Harapan Hidup	36
2.2.2.	Jumlah Rumah Sakit dan Angka Harapan Hidup	37
2.2.3.	Persentase Rumah Tangga yang Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Angka Harapan Hidup.....	38
2.2.4.	Pendapatan Per Kapita dan Angka Harapan Hidup.....	40
2.2.5.	Tingkat Kemiskinan dan Angka Harapan Hidup.....	41
2.3	Kajian Penelitian Terdahulu	42
2.4	Kerangka Berfikir	55
2.5	Hipotesis Penelitian	57
BAB III.....		58
METODE PENELITIAN		58
3.1.	Jenis Penelitian dan Sumber Data	58
3.2.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	59
3.2.1	Variabel Penelitian.....	59
3.2.2	Definisi Operasional Variabel.....	59
3.3.	Metode Pengumpulan Data	61
3.4.	Metode Analisis Data	61
3.5.	Spesifikasi Model Regresi Data Panel	62
3.6.	Pengujian Model Regresi	64
3.6.1.	<i>Common Effect Model (CEM)</i>	65
3.6.2.	<i>Fixed Effect Model (FEM)</i>	65
3.6.3.	<i>Random Effect Model (REM)</i>	66
3.7.	Pengujian Statistik Analisis Regresi	66
3.7.1.	Uji Koefisien Determinan (R^2)	66
3.7.2.	Uji F	67
3.7.3.	Uji t.....	67
BAB IV		68
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		68
4.1	Gambaran Umum Variabel Penelitian.....	68
4.1.1.	Angka Harapan Hidup di Jawa Timur	68
4.1.2.	Rata-Rata Lama Sekolah di Jawa Timur	69
4.1.3.	Jumlah Rumah Sakit di Jawa Timur	70

4.1.4.	Persentase Rumah Tangga yang Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Jawa Timur	71
4.1.5.	Pendapatan Per Kapita di Jawa Timur	72
4.1.6.	Tingkat Kemiskinan di Jawa Timur	72
4.2	Hasil Penelitian	73
4.2.1.	Uji Spesifikasi Model	73
4.2.2.	Uji Pemilihan Model	74
4.2.3.	Uji Statistik	77
4.2.3.3.	Uji F	80
4.2.4.	Model Analisis Data Panel	80
4.3	Pembahasan	81
4.3.1.	Pengaruh Rata-Rata Lama Sekolah terhadap Angka Harapan Hidup di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018.....	81
4.3.2.	Pengaruh Jumlah Rumah Sakit terhadap Angka Harapan Hidup di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018	87
4.3.3.	Pengaruh Persentase Rumah Tangga yang Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terhadap Angka Harapan Hidup di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018	90
4.3.4.	Pengaruh Pendapatan Per Kapita Terhadap Angka Harapan Hidup di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018.....	99
4.3.5.	Pengaruh Tingkat Kemiskinan terhadap Angka Harapan Hidup di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018	104
BAB V	109
PENUTUP	109
5.1.	Simpulan.....	109
5.2.	Saran.....	111
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN	120

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Laju Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto Per Kapita Atas Harga Konstan 2010 (persen) 2014-2018.....	2
1.2. Rata-Rata Angka Harapan Hidup (AHH) Provinsi di Indonesia 2014-2018.....	5
1.5. Angka Harapan Hidup (AHH) Enam Provinsi di Pulau Jawa Tahun 2014-2018	8

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1. Angka Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	9
1.2. Jumlah IPM, AHH di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2018	10
1.3. Rata-Rata Lama Sekolah di Kabupaten/Kota Jawa Timur 2014-2018.....	13
1.4. Jumlah Rumah Sakit Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	15
1.5. Jumlah Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (Ber-PHBS) Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018	16
1.6. Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018.....	17
1.7. Pendapatan Per kapita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 (Ribu Rupiah).....	18
1.8. Tingkat Kemiskinan di Indonesia dan Pulau Jawa Tahun 2014-2018.....	20
2.1. Manfaat dan Biaya Investasi Pendidikan.....	28
2.2. Manfaat dan Biaya Individual	29
2.3. <i>Supplier Induce Demand</i> pada Pelayanan Kesehatan.....	33
2.4. Beberapa Indikator Kesehatan Tahun 2003-2013	35
2.5. Kerangka Pemikiran Teoritis	56
4.1. Hasil Estimasi Data Panel.....	74
4.2. Uji <i>Likelihood Ratio</i> (Uji Chow)	74
4.3. <i>Correlated Random Effect-Hausman Test</i> (Uji Hausman).....	76
4.4. Hasil Uji t-statistik.....	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Angka Harapan Hidup di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018 (Tahun)	121
2. Rata-Rata Lama Sekolah di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018 (Tahun)	122
3. Jumlah Rumah Sakit di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018 (Unit)	123
4. Persentase Rumah Tangga yang Menerapkan PHBS di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018 (Jiwa).....	124
5. Pendapatan Per Kapita di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018 (Rupiah)	125
6. Tingkat Kemiskinan di 38 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018 (Persen)	126
7. Hasil Spesifikasi Model	128
8. Hasil Pemilihan Model	131

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pertumbuhan ekonomi adalah proses peningkatan output per kapita dalam periode tertentu, yang dapat diukur menggunakan Produk Domestik Bruto (PDB) dan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dalam suatu wilayah. Pertumbuhan ekonomi menunjukkan sejauh mana aktivitas perekonomian suatu negara akan menghasilkan tambahan output. Pertumbuhan ekonomi menggambarkan output nasional negara atau ekspansi *Gross Domestic Product* (GDP) potensial, di mana terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan ekonomi yaitu: (1) sumber daya manusia yang dapat dilihat dari pendidikan, penawaran tenaga kerja, motivasi, dan disiplin; (2) sumber daya alam seperti kualitas lingkungan, bahan bakar, tanah, mineral; (3) pembentukan modal seperti pabrik, jalan, dan mesin; (4) serta teknologi seperti rekayasa, sains, kewirausahaan, dan manajemen (Nordhaus, 2004:276).

Menurut Wowor (2013), kesehatan berhubungan erat dengan kinerja perekonomian dan kesejahteraan, karena apabila suatu negara mempunyai tingkat kesehatan yang tinggi maka akan berpengaruh terhadap produktivitas yang tinggi pula sehingga harapannya hal tersebut dapat meningkatkan pertumbuhan ekonomi, dan sebaliknya apabila negara tersebut mempunyai tingkat kesehatan yang rendah maka akan berpengaruh juga terhadap produktivitas yang rendah sehingga pertumbuhan ekonominya juga rendah. Hal ini dapat dilihat dari kondisi hubungan antara pertumbuhan ekonomi dan kesehatan berkorelasi positif.

Tabel 1.1. Laju Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto Per Kapita Atas Dasar Harga Konstan 2010 (Persen) Tahun 2014-2018

No	Provinsi	Laju Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto Per Kapita Atas Dasar Harga Konstan 2010 (Persen)				
		2014	2015	2016	2017	2018
1	Aceh	-0.43	-2.61	1.38	2.31	2.79
2	Sumatera Utara	3.88	3.81	3.94	3.95	4.06
3	Sumatera Barat	4.53	4.23	4	4.07	3.96
4	Riau	0.13	-2.24	-0.28	0.26	-0.02
5	Jambi	5.49	2.44	2.65	2.97	3.09
6	Sumatera Selatan	3.3	2.98	3.65	4.16	4.73
7	Bengkulu	3.74	3.44	3.63	3.38	3.43
8	Lampung	3.85	3.95	4.01	4.09	4.24
9	Kep. Bangka Belitung	2.43	1.89	1.95	2.35	2.38
10	Kep. Riau	3.49	3.03	2.12	-0.67	1.93
11	DKI Jakarta	4.81	4.84	4.84	5.21	5.22
12	Jawa Barat	3.52	3.52	4.17	3.91	4.24
13	Jawa Tengah	4.46	4.68	4.49	4.53	4.61
14	DI Yogyakarta	3.95	3.75	3.87	4.11	5.07
15	Jawa Timur	5.18	4.8	4.96	4.87	4.94
16	Banten	3.24	3.24	3.14	3.65	3.8
17	Bali	5.47	4.8	5.13	4.42	5.22
18	Nusa Tenggara Barat	3.78	20.2	4.5	-1.08	-5.67
19	Nusa Tenggara Timur	3.32	3.22	3.44	3.44	3.48
20	Kalimantan Barat	3.37	3.28	3.63	3.66	3.61
21	Kalimantan Tengah	3.81	4.64	4.05	4.47	3.46
22	Kalimantan Selatan	3.01	2.08	2.71	3.64	3.55
23	Kalimantan Timur	-0.58	-3.37	-2.5	0.99	0.6
24	Kalimantan Utara	4.11	-0.43	-0.24	2.97	2.28
25	Sulawesi Utara	5.14	5	5.08	5.27	5.01
26	Sulawesi Tengah	3.37	13.68	8.24	5.49	4.74
27	Sulawesi Selatan	6.39	6.08	6.34	6.17	6.08
28	Sulawesi Tenggara	4.03	4.68	4.36	4.65	4.36
29	Gorontalo	5.57	4.57	4.9	5.14	4.95
30	Sulawesi Barat	6.79	5.3	4.04	4.66	4.31
31	Maluku	4.77	3.66	3.94	4.05	4.2
32	Maluku Utara	3.29	3.94	3.67	5.59	5.88
33	Papua Barat	2.71	1.56	1.96	1.51	3.74
34	Papua	1.68	5.36	7.17	2.79	5.48

Sumber: Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018

Pulau Jawa memberikan kontribusi terbesar terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia. Pada tahun 2018 Pulau Jawa memberikan kontribusi terbesar terhadap PDB sebanyak 58,49% dengan pertumbuhan ekonomi 5,61%, kemudian diikuti oleh Sumatera sebesar 21,66% dengan pertumbuhan ekonomi 4,30%, dan Kalimantan 8,20% dengan pertumbuhan ekonomi 4,33%. Sedangkan pada tahun 2019 triwulan 1 kontribusi terhadap PDB masih didominasi Pulau Jawa. Pulau Jawa menyumbang terhadap PDB sebesar 59,03%, pertumbuhan ekonomi 5,66%, Sumatera memberikan kontribusi terbesar kedua yaitu 21,36%, pertumbuhan ekonomi 4,55%. Kemudian disusul oleh Kalimantan yang menyumbang PDB sebesar 8,26%, pertumbuhan ekonomi 5,33%, untuk Sulawesi sendiri memberikan kontribusi terhadap PDB sebesar 6,14% dengan pertumbuhan ekonomi 6,51% (Badan Pusat Statistik, 2018).

Dewi dan Karim (2017) berpendapat bahwa, indikator kesejahteraan rakyat dapat diukur dengan proyeksi dari angka harapan hidup, yaitu menggunakan asumsi angka kematian bayi yang cenderung mengalami penurunan. Menurut Badan Pusat Statistik, angka harapan hidup dihitung berdasarkan angka kematian menurut umur yang datanya diperoleh dari catatan registrasi kematian secara bertahun-tahun sehingga dimungkinkan dibuat tabel kematian. Dinas Kesehatan mengatakan bahwa, angka harapan hidup merupakan jumlah rata-rata usia yang diperkirakan pada seseorang atas dasar angka kematian pada masa tersebut yang cenderung tidak berubah di masa mendatang. United Nations Development Programme (UNDP) menjelaskan bahwa, nilai maksimum angka harapan hidup adalah 85 tahun dan nilai minimum angka harapan hidup adalah 25 tahun.

Menurut Danasari dan Wibowo (2017), perhitungan angka harapan hidup dapat dilakukan dengan dua cara yaitu cara langsung dan cara tidak langsung. Perhitungan angka harapan hidup dengan cara langsung dihitung dengan menggunakan tabel kematian (*life table*) yaitu berdasarkan angka kematian berdasarkan umur (*Age Specific Death Rate*) yang didapatkan dari catatan registrasi kematian secara bertahun-tahun. Namun di sisi lain pencatatan kematian di Indonesia masih belum berjalan dengan baik sehingga Badan Pusat Statistik menghitung angka harapan hidup dengan cara tidak langsung yaitu dengan menggunakan bantuan komputer *Mortpak Lite*. Perhitungan angka harapan hidup dengan cara tidak langsung yaitu berdasarkan rata-rata usia wanita melahirkan anak pertama, rata-rata anak yang pernah dilahirkan dan rata-rata anak yang masih hidup. Angka harapan hidup yang tinggi belum tentu mencerminkan usia yang tinggi pada individu tersebut namun hal tersebut dapat menekan tingkat kematian prematur. Kematian prematur merupakan salah satu penyebab kematian neonatal yaitu kematian bayi sebelum berumur satu bulan (28 hari) (Sari & Syarif, 2016).

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa rata-rata angka harapan hidup tertinggi ada di Pulau Jawa yaitu sebesar 72,30 tahun. Sedangkan rata-rata angka harapan hidup terendah ada di Papua yaitu sebesar 65,20 tahun. Dapat dikatakan bahwa Pulau Jawa mempunyai tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi apabila dibandingkan dengan pulau lain. Namun hal tersebut tidak terjadi di Provinsi Jawa Timur, yaitu angka harapan hidup Jawa Timur terendah ke-dua setelah Banten pada tahun 2018 sebesar 69,64 tahun sedangkan Jawa Timur adalah 70,97 tahun. Selain itu rata-rata angka harapan hidup Jawa Timur adalah 70,73 masih di bawah rata-rata

angka harapan hidup di Pulau Jawa sebesar 72,30 tahun dan di bawah rata-rata nasional yaitu 70,90 tahun.

Tabel 1.2. Rata-Rata Angka Harapan Hidup (AHH) Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2018

Kategori Provinsi	Provinsi	AHH 2014-2018
Sumatera	Aceh	69,50
	Sumatera Utara	68,33
	Bengkulu	68,57
	Riau	70,97
	Kep. Riau	69,43
	Jambi	70,67
	Sumatera Selatan	69,16
	Lampung	69,93
	Kep. Bangka Belitung	69,93
	Rata-Rata	69,61
Jawa	DKI Jakarta	72,48
	Jawa Barat	72,44
	Banten	69,43
	Jawa Tengah	74,02
	DI Yogyakarta	74,69
	Jawa Timur	70,73
	Rata-Rata	72,30
Kalimantan	Kalimantan Barat	69,93
	Kalimantan Tengah	69,55
	Kalimantan Selatan	67,89
	Kalimantan Timur	73,72
	Kalimantan Utara	72,34
	Rara-Rata	70,68
Nusa Tenggara	Bali	71,42
	Nusa Tenggara Barat	65,43
	Nusa Tenggara Timur	66,07
	Rata-Rata	67,64
Sulawesi	Sulawesi Barat	64,30
	Sulawesi Selatan	69,83
	Sulawesi Tengah	67,37
	Sulawesi Tenggara	70,50
	Sulawesi Utara	71,05
	Gorontalo	67,17
	Rata-Rata	68,37
Maluku	Maluku	65,33
	Maluku Utara	67,52
	Rata-Rata	66,43
Papua	Papua Barat	65,30
	Papua	65,11
	Rata-Rata	65,20

Sumber: Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018

Kesehatan merupakan hak asasi manusia sesuai dengan yang sudah diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Kesehatan adalah pusat untuk pembangunan dan kesejahteraan. Hal tersebut juga didukung oleh adanya *Sustainable Development Goals* (SDGs) di mana salah satu bidang yang menjadi sorotan adalah kesehatan. Menurut Badan Pusat Statistik, indikator

kesehatan antara lain yaitu: (1) persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan (dokter, bidan dan tenaga medis); (2) persentase balita yang pernah mendapat imunisasi *Bacillus Calmette-Guerin* (BCG); (3) persentase balita yang pernah mendapatkan imunisasi Difteri, Petusis, dan Tetanus (DPT); (4) persentase balita yang pernah mendapatkan imunisasi polio; (5) persentase balita yang pernah mendapatkan imunisasi campak, rata-rata lama (bulan) anak 2-4 tahun mendapat Air Susu Ibu (ASI); (6) rata-rata anak 2-4 tahun yang sesuai dengan makanan tambahan (bulan); (7) rata-rata anak 2-4 tahun yang sesuai tanpa makanan tambahan (bulan); (8) persentase penduduk yang mengobati sendiri; (9) persentase penduduk yang menggunakan obat tradisional; (10) persentase penduduk yang berobat jalan sebulan yang lalu; (11) persentase penduduk yang rawat inap setahun terakhir.

Menurut Kementerian Kesehatan, SDGs merupakan sebuah kesepakatan pembangunan baru sebagai pengganti *Millennium Development Goals* (MSGs), yang mana masa berlakunya dalam kurun waktu 15 tahun yaitu dari tahun 2015-2030. Terdapat 17 program *Sustainable Development Goals* (SDGs) antara lain yaitu: (1) tanpa kemiskinan; (2) tanpa kelaparan; (3) kehidupan sehat dan sejahtera; (4) pendidikan berkualitas; (5) kesetaraan gender; (6) air bersih dan sanitasi layak; (7) energi bersih dan terjangkau; (8) pertumbuhan ekonomi dan pekerjaan layak; (9) industri, inovasi dan infrastruktur; (10) mengurangi kesenjangan; (11) keberlanjutan kota dan komunitas; (12) konsumsi dan produksi bertanggung jawab; (13) aksi terhadap iklim; (14) kehidupan bawah laut; (15) kehidupan di darat; (16) institusi peradilan yang kuat dan kedamaian; (17) serta

kemitraan untuk mencapai tujuan. Berdasarkan program yang terdapat di dalam SDGs yaitu pada *point* tiga, menjelaskan pentingnya kesehatan dan kesejahteraan bagi suatu negara. Apabila Indonesia ingin mencapai target SDGs kesehatan tahun 2030 salah satu caranya yaitu dengan perbaikan tingkat kesehatan.

Konsep pembangunan ekonomi tidak hanya dipengaruhi oleh sektor ekonomi saja namun juga dipengaruhi oleh sektor non ekonomi atau sektor yang bersifat sosial dan budaya. Pencapaian pembangunan suatu bangsa dapat didukung oleh indikator-indikator sosial tersebut. Indikator-indikator sosial tersebut antara lain sektor pendidikan, kecukupan kebutuhan perumahan dan lingkungan, kondisi dan kualitas pelayanan kesehatan, pola konsumsi, dan lain sebagainya. Oleh karena itu, pembangunan ekonomi saat ini tidak hanya berorientasi pada sektor ekonomi saja namun menuju arah pembangunan berkualitas sumber daya manusia. Sumber daya manusia (SDM) merupakan modal utama dalam pembangunan nasional.

Kualitas sumber daya manusia perlu ditingkatkan, yang dapat dicapai melalui peningkatan taraf pendidikan, pengendalian penduduk, serta peningkatan derajat kesehatan dan gizi masyarakat. Hal tersebut dapat dilihat dari indikator meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Indeks Pemberdayaan Gender (IDG), dan Indeks Pembangunan Gender (IPG). Menurut Dewi dan Karim (2017), kualitas sumber daya manusia dapat dilihat dari Angka Harapan Hidup (AHH). Angka harapan hidup merupakan cerminan derajat kesehatan masyarakat, sehingga angka harapan hidup menjadi salah satu alat ukur untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Angka

harapan hidup di suatu wilayah berbeda dengan wilayah yang lainnya tergantung dari tingkat kualitas kesehatan yang mampu dicapai oleh penduduk.

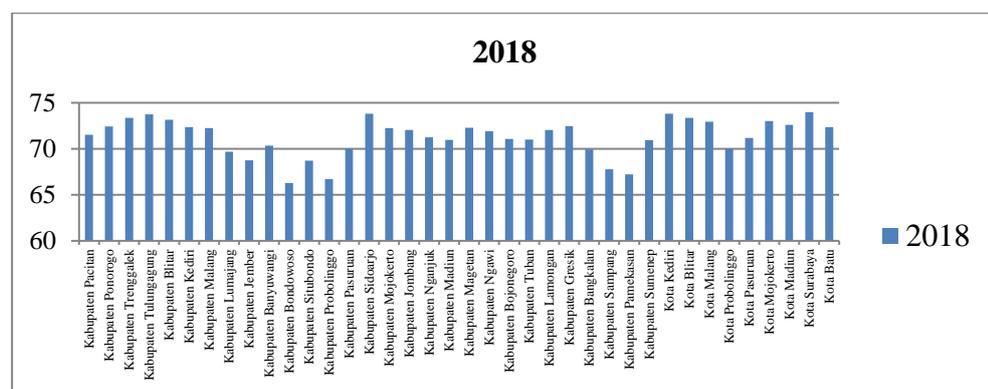
Menurut Badan Pusat Statistik, Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun. Berdasarkan Tabel 1.3 menunjukkan bahwa Angka Harapan Hidup (AHH) DKI Jakarta pada tahun 2018 sebesar 72,67 tahun, Jawa Barat sebesar 72,66 tahun, Banten sebesar 69,64 tahun, Jawa Tengah sebesar 74,18 tahun, Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 74,82 tahun, dan Jawa Timur sebesar 70,97 tahun. Angka harapan hidup di Pulau Jawa mengalami peningkatan sejak tahun 2014 sampai 2018. Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki rata-rata angka harapan hidup tertinggi di Pulau Jawa yaitu sebesar 74,69 tahun, untuk rata-rata angka harapan hidup terendah adalah Banten yaitu sebesar 69,43 tahun, sedangkan rata-rata angka harapan hidup penduduk Jawa Timur di 38 Kabupaten/Kota adalah 70,73 tahun di mana menempati urutan terendah ke dua setelah Banten.

Tabel 1.3. Angka Harapan Hidup (AHH) Enam Provinsi di Pulau Jawa Tahun 2014-2018

Provinsi / Kabupaten / Kota	AHH					Rata-Rata 2014-2018
	2014	2015	2016	2017	2018	
DKI Jakarta	72,27	72,43	72,49	72,55	72,67	72,48
Jawa Barat	72,23	72,41	72,44	72,47	72,66	72,44
Jawa Tengah	73,88	73,96	74,02	74,08	74,18	74,02
Di Yogyakarta	74,50	74,68	74,71	74,74	74,82	74,69
Jawa Timur	70,45	70,68	70,74	70,8	70,97	70,73
Banten	69,13	69,43	69,46	69,49	69,64	69,43

Sumber: Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018

Gambar 1.1 menunjukkan bahwa Angka Harapan Hidup (AHH) di Jawa Timur setiap tahunnya mengalami kenaikan. Kota Surabaya memiliki AHH tertinggi di Jawa Timur pada tahun 2018 yaitu 73,98 tahun, sedangkan AHH terendah di Jawa Timur adalah Kabupaten Bondowoso yaitu 66,27 tahun. Namun kenaikan tersebut masih belum mencapai target yang diharapkan oleh Provinsi Jawa Timur. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur tahun 2014-2019 menargetkan bahwa AHH pada tahun 2015 adalah 70,70 tahun, 2016 sebesar 70,82 tahun, 2017 sebesar 70,94 tahun, tahun 2018 sebesar 71,06 tahun, dan 2019 sebesar 71,18 tahun. AHH belum mencapai target dalam RPJMD dan rata-rata AHH Provinsi Jawa Timur masih di bawah rata-rata Pulau Jawa dan di bawah rata-rata Nasional di mana AHH menjadi indikator meningkatnya pelayanan kesehatan maka dari itu perlu adanya penyelesaian agar AHH dapat mencapai target.



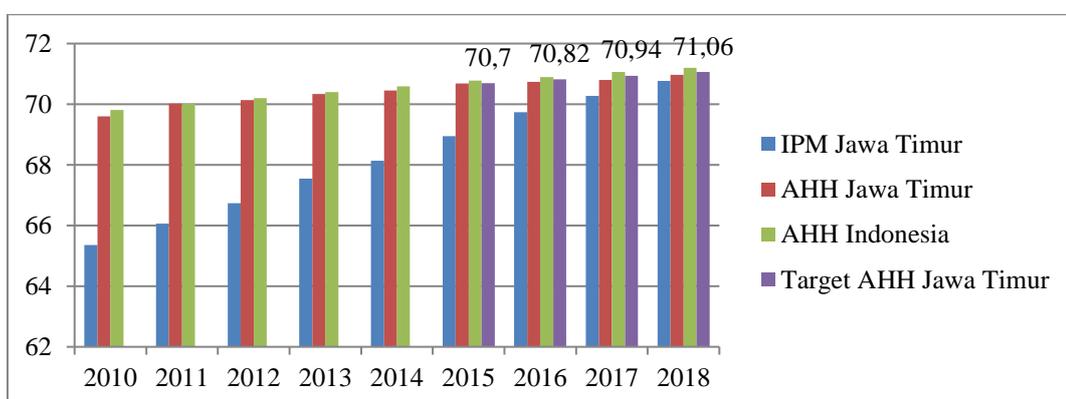
Gambar 1.1. Angka Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber: Badan Pusat Statistika, 2018

Gambar 1.2 menunjukkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Jawa Timur pada tahun 2018 adalah 70,77 tahun lebih rendah apabila dibandingkan dengan DI Yogyakarta sebesar 79,53 tahun, Jawa Tengah 71,12

tahun, Banten 71,95 tahun, Jawa Barat 71,30 tahun, dan DKI Jakarta 80,47 tahun. Adapun kategori IPM menurut Bappenas terdapat empat kategori, yaitu: (1) IPM < 60 : IPM rendah; (2) $60 \leq \text{IPM} < 70$: IPM sedang; (3) $70 \leq \text{IPM} < 80$: IPM tinggi; (4) $\text{IPM} \geq 80$: IPM sangat tinggi. Berdasarkan kategori IPM tersebut, IPM Jawa Timur dari tahun 2010-2016 termasuk ke dalam kategori dengan tingkat sedang, sedangkan pada tahun 2017-2018 termasuk ke dalam kategori tinggi.

IPM Jawa Timur masih lebih rendah apabila dibandingkan dengan semua Provinsi yang ada di Pulau Jawa. Menurut Pradita, Yasin, dan Safitri (2015), yang mempengaruhi IPM di Jawa Timur adalah persentase penduduk yang tamat SMP/ sederajat, banyaknya sarana kesehatan dan kepadatan penduduk. Destilunna dan Zain (2015) mengatakan bahwa, IPM Jawa Timur juga dipengaruhi oleh rasio siswa-guru Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs), angka partisipasi sekolah SMP, angka partisipasi Sekolah Menengah Atas (SMA), kepadatan penduduk, PDRB Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (UMKM), dan tingkat pengangguran terbuka.



Gambar 1.2. Jumlah IPM, AHH di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2018

Sumber: Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018

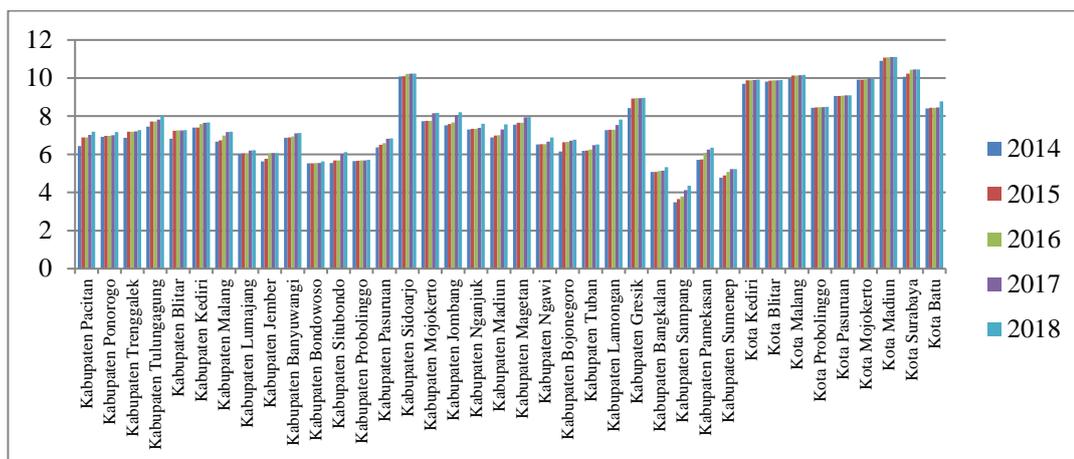
Menurut Ardianti, Wibisono, dan Jumiati (2015), angka harapan hidup Jawa Timur dipengaruhi oleh pendidikan, pelayanan kesehatan, PHBS, dan PDRB. Sedangkan menurut Sari, Harianto, dan Falatehan (2016), belanja tidak langsung, belanja langsung pegawai, belanja modal, serta belanja barang dan jasa mempunyai pengaruh yang positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup di Provinsi Jawa Barat.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) (2018) mengatakan bahwa, perlunya pembangunan kesehatan bagi masyarakat sebagai upaya untuk menurunkan disparitas akses dan mutu pelayanan kesehatan, pemenuhan sarana prasarana dan tenaga kesehatan. Pembangunan dalam bidang kesehatan menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) pada tahun 2015-2019. Hal tersebut mengingat bahwa kesehatan menjadi upaya dalam mewujudkan kesejahteraan rakyat dan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan bangsa.

Menurut Wowor (2013), untuk mewujudkan hidup yang makmur dan mencapai kesetaraan salah satu caranya dapat dilakukan dengan pendidikan di mana dapat menjamin dan meningkatkan kualitas hidup manusia baik secara ekonomi dan sosial. Semakin tingginya tingkat pendidikan seseorang diharapkan dapat semakin mudah dalam menerima, mengembangkan, menyerahkan, ataupun memilih semua bentuk pengetahuan dan informasi yang baru untuk masa yang akan datang.

Teori *Human capital* berkaitan dengan kesehatan, pendidikan, dan keterampilan. Muda, Koleangan, dan Kalangi (2019) berpendapat bahwa, untuk meningkatkan produktivitas masyarakat sehingga mampu menciptakan produk barang dan jasa maka dapat dilakukan dengan cara meningkatkan indeks kesehatan dan indeks lama sekolah. Dengan demikian kesehatan dan pendidikan menjadi prasyarat yang dapat meningkatkan produktivitas. Menurut Ardianti, Wibisono, dan Jumiati (2015), kualitas hidup yang dimiliki oleh suatu wilayah ataupun negara, menggambarkan keberhasilan dari program-program yang dibuat oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kehidupan manusia dan menggambarkan kesejahteraan rakyat.

Gambar 1.3 menunjukkan bahwa rata-rata lama sekolah Provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 adalah 7,05 tahun, pada tahun 2016 adalah 7,23 tahun dan pada tahun 2018 adalah 7,39 tahun. Rata-rata lama sekolah di Kabupaten/Kota Jawa Timur menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Rata-rata lama sekolah Jawa Timur pada tahun 2018 adalah 7,39 tahun yang dapat dikatakan bahwa rata-rata penduduk Jawa Timur adalah lulusan Sekolah Menengah Pertama (SMP). Hal tersebut masih belum mencapai target pemerintah yaitu program wajib belajar 12 tahun atau lulus Sekolah Menengah Atas (SMA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), Madrasah Aliyah (MA) atau Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK).



Gambar 1.3. Rata-Rata Lama Sekolah di Kabupaten/Kota Jawa Timur Tahun 2014-2018

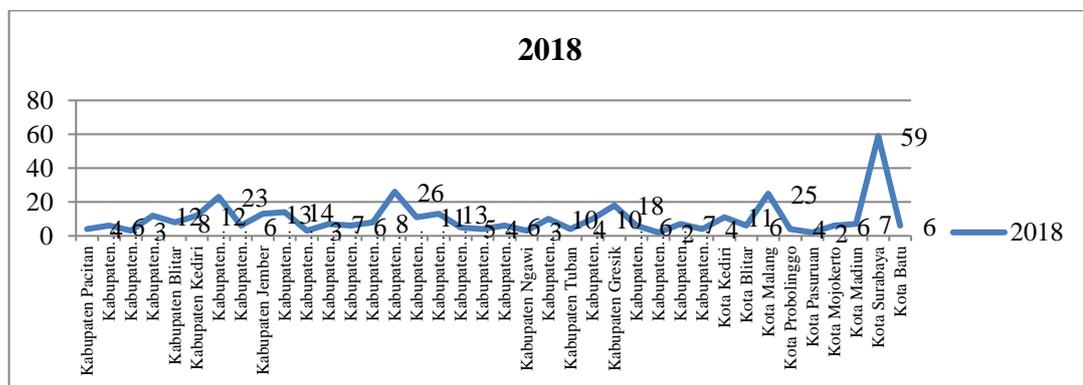
Sumber: Badan Pusat Statistik Jawa Timur, 2018

Menurut Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), terdapat hubungan yang erat antara kemiskinan dengan kesakitan menyebabkan kebutuhan kesehatan bagi penduduk miskin merupakan prioritas utama. Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur (2018), upaya yang dapat dilakukan oleh pemerintah dalam meningkatkan kesehatan salah satunya yaitu dengan melakukan reformasi pelayanan kesehatan primer dan transformasi. Peningkatan sistem kesehatan dapat dilakukan melalui pelayanan kesehatan yang terpadu di rumah sakit, puskesmas dan sistem rujukan yang efektif. Dasar hukum kesehatan diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, di mana dalam Undang-Undang Kesehatan salah satu *point* terpenting adalah terkait dengan kesehatan sebagai bagian dari HAM yang harus dipenuhi oleh pemerintah (pasal 4-8). Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, sarana kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, kuratif, preventif maupun rehabilitasi yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Sari, Harianto, dan Falatehan (2016) berpendapat bahwa, upaya untuk mengatasi masalah kesehatan salah satunya yaitu dengan peningkatan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan publik yang harus diperhatikan oleh pemerintah, sehingga pemenuhan kebutuhan kesehatan harus selalu dikaji ulang dari waktu ke waktu karena kesehatan merupakan kebutuhan dasar warga negara. Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur (2018), pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua yaitu pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan dapat dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang dapat berupa rumah sakit, klinik bersalin, dan praktik mandiri, sedangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat dapat berupa puskesmas.

Meningkatnya jumlah penduduk yang terjadi setiap tahunnya menyebabkan kebutuhan masyarakat akan pelayanan publik dan fasilitas kesehatan semakin bertambah khususnya untuk sektor kesehatan. Berdasarkan data BPS jumlah penduduk Indonesia adalah 261.890,9 ribu jiwa pada tahun 2018 sedangkan jumlah penduduk Jawa Timur yaitu 39.293,0 ribu jiwa pada tahun 2018. Sarana kesehatan seperti rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri dan puskesmas harapannya mampu meningkatkan mutu kesehatan, jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Bentuk pelayanan kesehatan salah satunya adalah Rumah Sakit (RS). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan sejak tahun 2012 sampai April 2018 jumlah rumah sakit di Indonesia semakin meningkat sekitar rata-rata 5,25% per tahun.

Pada Gambar 1.4 menunjukkan jumlah rumah sakit yang ada di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 Kota Surabaya menjadi daerah yang memiliki jumlah rumah sakit terbanyak di Jawa Timur yaitu sebesar 59 unit. Sedangkan Kabupaten yang mempunyai jumlah rumah sakit paling sedikit adalah Kabupaten Sampang dan Kabupaten Pasuruan yaitu 2 unit pada tahun 2018.



Gambar 1.4. Jumlah Rumah Sakit Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

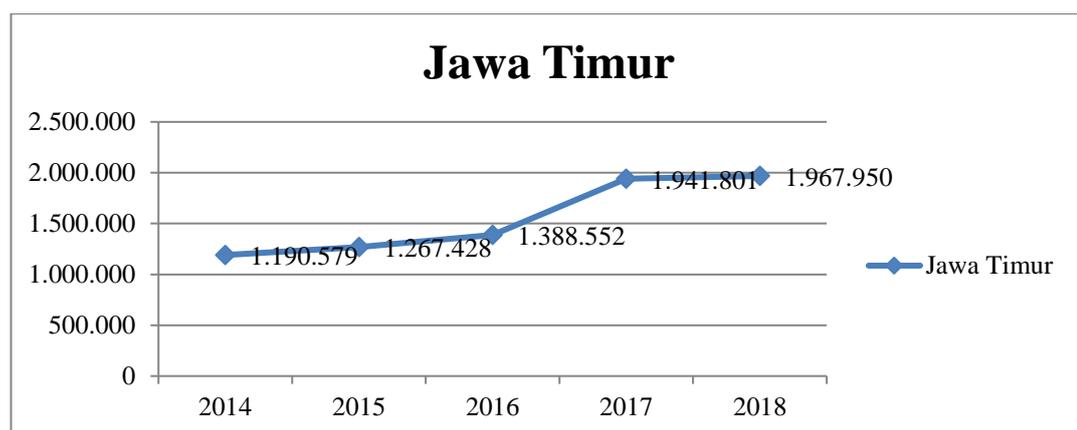
Sumber: Badan Pusat Statistik Jawa Timur, 2018

Peningkatan sektor kesehatan tidak hanya dilihat dari fasilitas pelayanan kesehatan saja namun juga harus didukung oleh program pemerintah. Program pemerintah dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yaitu dengan adanya program pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Program PHBS telah dilaksanakan dari tahun 1996, yaitu sudah berjalan selama 23 tahun. PHBS juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2269/Menkes/Per/XI/2011 yaitu Tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

PHBS tidak hanya dilakukan oleh individu namun terdapat tatanan dalam PHBS yaitu PHBS dalam tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja, sarana

kesehatan, dan tempat umum. Dewi dan Karim, (2017) berpendapat bahwa, sehat atau tidaknya individu, keluarga, masyarakat, maupun lingkungan tergantung dengan perilaku hidup bersih dan sehat dari manusia itu sendiri sehingga hal tersebut mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

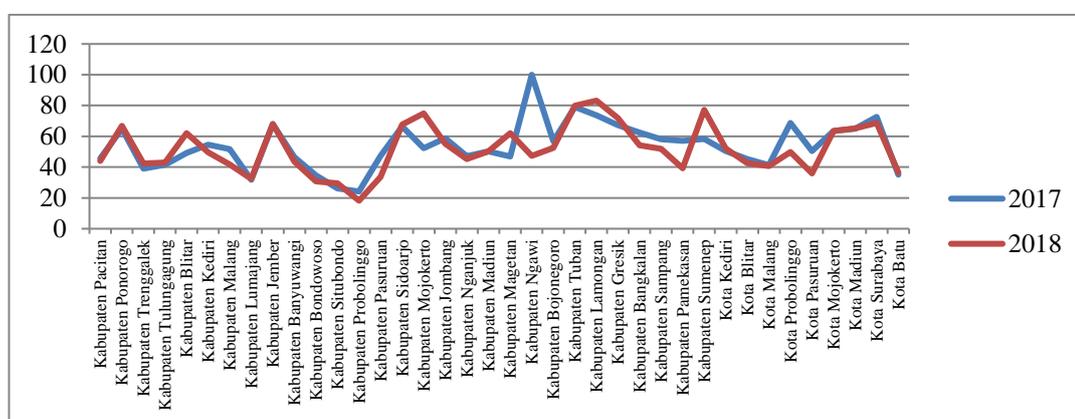
Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur, faktor yang menyebabkan PHBS di Kabupaten/Kota Jawa Timur masih rendah dibandingkan dengan Provinsi yang ada di Pulau Jawa lainnya adalah karena prioritas masalahnya yaitu jumlah perokok dalam rumah tangga dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Pada Gambar 1.5 jumlah rumah tangga yang ber-PHBS di Jawa Timur mengalami kenaikan dari tahun ke tahun pada tahun 2014 adalah 1.190.579 jiwa, tahun 2016 adalah 1.388.552 jiwa, tahun 2018 adalah 1.967.950 jiwa. Sedangkan untuk persentase rumah tangga yang ber-PHBS pada tahun 2014 sebesar 50,6%, 2015 yaitu 54,5%, 2016 yaitu 53,8%, 2017 yaitu 59,2%, dan 2018 yaitu 56,1%.



Gambar 1.5. Jumlah Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (Ber-PHBS) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2018

Sumber: Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2018

Berdasarkan Gambar 1.6 persentase rumah tangga yang menerapkan PHBS tertinggi pada tahun 2018 adalah Kabupaten Lamongan yaitu 83,2% atau sebesar 232.012 jiwa, Kabupaten Tuban 79,8% sebesar 76.768 jiwa, dan kemudian disusul oleh Kabupaten Sumenep yaitu 77,2% atau sebesar 94.212 jiwa. Kabupaten yang paling sedikit menerapkan PHBS adalah Kabupaten Probolinggo yaitu 18,2% atau sebesar 29.983 jiwa, Kabupaten Situbondo yaitu 29,4% atau 16.416 jiwa, serta Kabupaten Lumajang yaitu 32,4% atau sebesar 14.429 jiwa.



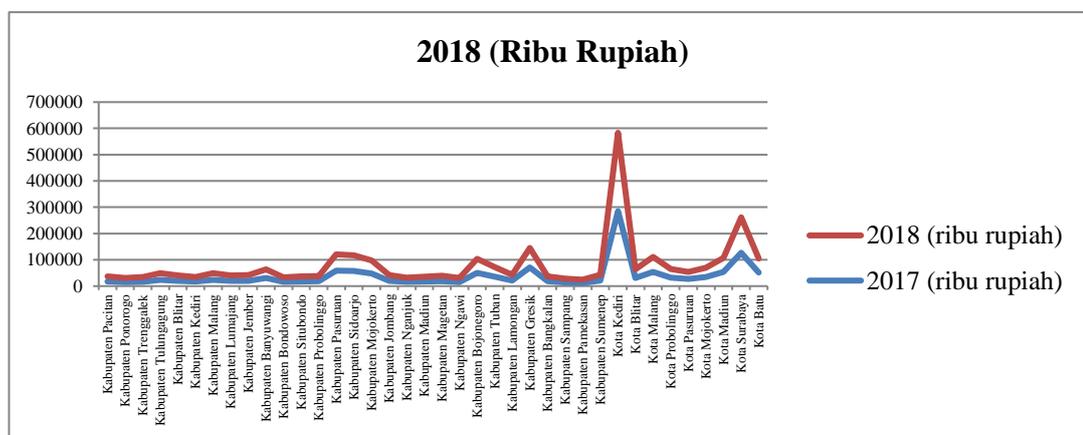
Gambar 1.6. Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018

Sumber: Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2018

Peningkatan pendapatan per kapita berguna untuk meningkatkan kualitas hidup individu, di mana saat sedang sakit bisa langsung berobat ke rumah sakit sehingga mampu meningkatkan perawatan kesehatan yang bermutu rendah ke tinggi, meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan, serta apabila pendapatan per kapita meningkat maka akan berpengaruh terhadap angka kematian bayi yang menurun sehingga angka harapan hidup akan meningkat. Semakin tinggi pendapatan per kapita seseorang maka semakin tinggi pula perhatian seseorang tersebut terhadap angka harapan hidup. Pendapatan per

kapita juga menjadi tolak ukur kemampuan pengeluaran atau tingkat konsumsi seseorang.

Berdasarkan Gambar 1.7 pendapatan per kapita menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur setiap tahunnya mengalami peningkatan hingga tahun 2018 dan terlihat dari data tersebut terjadi ketimpangan pendapatan per kapita pada setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur. Kota Kediri menjadi kota yang memiliki pendapatan per kapita tertinggi di Jawa Timur yaitu sebesar Rp285.018 pada tahun 2017, dan Rp298.377 pada tahun 2018. Sedangkan pendapatan per kapita terendah di Jawa Timur adalah Kabupaten Ponorogo yaitu pada tahun 2017 Rp14.867 dan tahun 2018 Rp15.636.



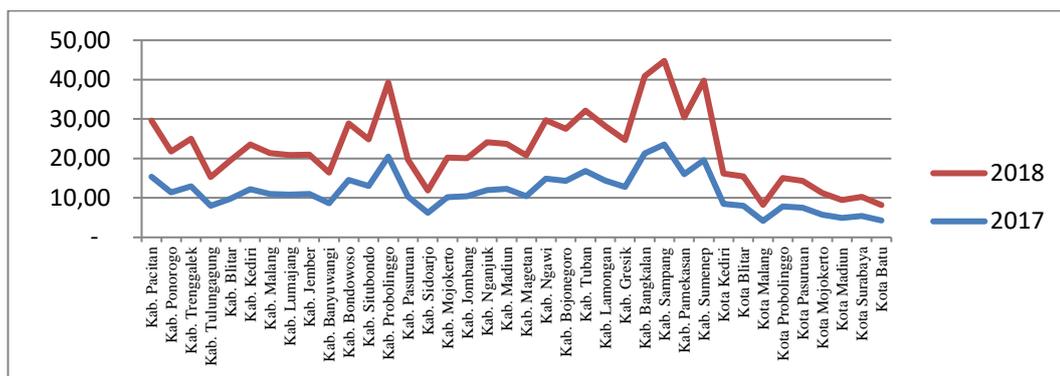
Gambar 1.7. Pendapatan Per kapita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018 (Ribuan Rupiah)

Sumber: Data Badan Pusat Statistik diolah, 2018

Menurut Anggadini (2015), kemiskinan merupakan masalah yang kompleks di mana dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan antara lain adalah pendapatan per kapita, kesehatan, pendidikan, pengangguran, akses terhadap barang dan jasa, gender, lokasi, geografis, dan lokasi lingkungan. Jumlah penduduk miskin yang menurun menjadi salah satu indikator utama keberhasilan

pembangunan. Masalah kemiskinan tidak hanya menjadi masalah prioritas nasional saja namun juga menjadi masalah yang serius di seluruh wilayah. Pratiwi dan Wibowo (2016) mengatakan bahwa, upaya penanggulangan kemiskinan dapat didukung dengan adanya pembangunan kesehatan di mana dapat dilihat sebagai investasi. Tingkat kesejahteraan masyarakat dipengaruhi oleh tingkat kesehatan dan memiliki keterkaitan yang erat dengan kemiskinan.

Berdasarkan Gambar 1.8 tingkat kemiskinan Jawa Timur setiap tahunnya mengalami penurunan namun apabila dibandingkan dengan tingkat kemiskinan Indonesia masih lebih tinggi. Tingkat kemiskinan tertinggi di Pulau Jawa adalah DI Yogyakarta yaitu pada tahun 2014 adalah 14,55%, tahun 2016 adalah 13,34%, dan pada tahun 2018 adalah 12,13%. Sedangkan tingkat kemiskinan terendah di Pulau Jawa adalah Jakarta yaitu pada tahun 2014 adalah 4,09%, tahun 2016 adalah 3,75%, dan pada tahun 2018 adalah 3,55%. Untuk tingkat kemiskinan Jawa Timur pada tahun 2014 adalah 12,28%, tahun 2016 adalah 12,05%, tahun 2018 adalah 10,98%. Sedangkan tingkat kemiskinan Indonesia pada tahun 2014 adalah 11,67%, tahun 2016 adalah 11,34% dan pada tahun 2018 adalah 10,58%. Tingkat kemiskinan tertinggi di Jawa Timur pada tahun 2018 adalah yaitu Kabupaten Sampang 21,21%, Kabupaten Sumenep 20,16%, dan Kabupaten Bangkalan 19,59%. Sedangkan tingkat kemiskinan terendah di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 adalah Kota Batu 3,89%, Kota Malang 4,1%, dan Kota Madiun 4,49%.



Gambar 1.8. Tingkat Kemiskinan Jawa Tahun 2014-2018

Sumber: Badan Pusat Statistik Indonesia, 2018

Berdasarkan latar belakang di atas untuk dapat mengetahui seberapa besar pengaruh rata-rata lama sekolah, jumlah rumah sakit, persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pendapatan per kapita, dan tingkat kemiskinan terhadap angka harapan hidup sehingga penulis tertarik untuk menganalisis masalah tersebut dengan penelitian yang berjudul **“Determinan Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Tahun 2014-2018 dengan Metode *Least Squares Dummy Variables Model (LSDV)*”**.

2.1 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti dapat mengidentifikasi permasalahan-permasalahan dalam penelitian ini antara lain :

1. Angka harapan hidup Provinsi Jawa Timur belum mencapai target RPJMD.
2. Rata-rata angka harapan hidup Provinsi Jawa Timur di bawah rata-rata angka harapan hidup di Pulau Jawa dan Nasional.

3.1 Cakupan Masalah

Agar penelitian dapat lebih terarah, maka cakupan masalah dalam penelitian ini adalah membahas mengenai angka harapan hidup yang dipengaruhi oleh rata-rata lama sekolah, jumlah rumah sakit, persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, pendapatan per kapita, dan tingkat kemiskinan.

4.1 Perumusan Masalah

Pembangunan berkelanjutan dapat dicapai dengan pendidikan sebagai modal manusia yang harus terpenuhi. Tingkat pendidikan dapat diukur dengan rata-rata lama sekolah yang mempunyai peran penting dalam memperbaiki taraf hidup masyarakat. Selain pendidikan kesehatan juga berhubungan erat dengan kinerja perekonomian dan kesejahteraan. Ketersediaan atas pelayanan kesehatan yang tinggi di suatu daerah akan mempermudah masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya baik itu untuk pencegahan ataupun penyembuhan penyakit. Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat tidak hanya dibutuhkan dengan adanya pelayanan kesehatan saja tetapi diperlukan pula program pemerintah dalam bidang kesehatan salah satunya yaitu Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). PHBS yang tinggi mencerminkan tingkat kesadaran akan pentingnya kesehatan dalam hidupnya juga tinggi.

Suatu daerah mempunyai tingkat kesehatan yang tinggi maka akan berpengaruh terhadap produktivitas yang tinggi pula sehingga menghasilkan output per orang yang lebih tinggi yang akan berpengaruh terhadap pendapatan

per kapita. Dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya baik itu kebutuhan sandang, pangan, papan, kesehatan, dan pendidikan maka diperlukan pula peningkatan pendapatan per kapita, karena pendapatan per kapita mencerminkan kemampuan daya beli masyarakat. Di sisi lain ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan makan dan non makannya dapat di lihat dari tingkat kemiskinannya. Ketika kebutuhan dasarnya tidak terpenuhi apalagi untuk memenuhi kebutuhan lainnya seperti pendidikan dan kesehatan.

Kesehatan menjadi modal manusia untuk berfikir dan bekerja secara produktif. Angka harapan hidup menjadi salah satu indikator untuk mengukur Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Angka harapan hidup mencerminkan derajat kesehatan masyarakat, sehingga menjadi salah satu alat ukur untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduknya.

Angka harapan hidup di Jawa Timur setiap tahunnya mengalami kenaikan, namun hal tersebut belum mencapai target angka harapan hidup di RPJMD dan masih di bawah rata-rata angka harapan hidup di Pulau Jawa dan Nasional. Padahal Provinsi Jawa Timur mempunyai pendapatan per kapita tertinggi di Pulau Jawa selain itu juga mempunyai fasilitas pelayanan kesehatan seperti jumlah rumah sakit terbanyak di Indonesia pada tahun 2018 yaitu 380 unit. Berdasarkan rumusan masalah di atas maka dari itu terdapat pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pengaruh rata-rata lama sekolah terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur?
2. Bagaimana pengaruh jumlah rumah sakit terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur?
3. Bagaimana pengaruh persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur?
4. Bagaimana pengaruh pendapatan per kapita terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur?
5. Bagaimana pengaruh tingkat kemiskinan terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur?

5.1 Tujuan penelitian

1. Mengetahui pengaruh rata-rata lama sekolah terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur.
2. Mengetahui pengaruh jumlah rumah sakit terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur.
3. Mengetahui pengaruh persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur.
4. Mengetahui pengaruh pendapatan per kapita terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur.
5. Mengetahui pengaruh tingkat kemiskinan terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur.

6.1 Manfaat penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai sumbangsih pemikiran dan referensi untuk pihak yang ingin melakukan penelitian khususnya dalam analisis faktor-faktor yang mempengaruhi angka harapan hidup.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan rekomendasi kepada pemerintah pusat maupun pemerintah daerah khususnya pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Dinas-Dinas terkait dalam menentukan kebijakan guna meningkatkan angka harapan hidup.

7.1 Orisinalitas penelitian

Orisinalitas penelitian merupakan kebaruan dari penelitian yang dilakukan dibandingkan dengan penelitian sebelumnya. Adapun kebaruan dari penelitian ini antara lain:

1. Kebaruan variabel dari penelitian sebelumnya adalah rata-rata lama sekolah dan tingkat kemiskinan.
2. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan menggunakan data panel Metode *Least Squares Dummy Variables Model* (LSDV) atau *Fixed Effect Model* (FEM).

3. Objek penelitian ini terdiri dari 38 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur dan jangka waktu yang digunakan yaitu data tahunan pada tahun 2014-2018.

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1. Kajian Teori Utama (*Grand Theory*)

2.1.1. Teori *Human Capital*

Teori *human capital* dikembangkan oleh Becker. Menurut Becker (1975), *human capital* dimulai dengan asumsi bahwa individu memutuskan terkait dengan pendidikan, pelatihan atau keterampilan, perawatan medis, dan tambahan sumber daya lain di mana dapat meningkatkan pengetahuan dan kesehatan dengan menimbang manfaat dan biaya. Disebut dengan *human capital* karena pengetahuan, kesehatan, dan keterampilan tidak dapat dipisahkan dengan manusia sedangkan aset keuangan atau fisik dapat dipisahkan dengan manusia. Semakin tinggi kualitas sumber daya manusia maka semakin meningkat pula efisiensi dan produktivitas suatu negara (Becker, 1975).

Menurut Todaro dan Smith (2003:384), investasi yang dilakukan dalam bidang pendidikan dan kesehatan akan berdampak terhadap pembangunan ekonomi. Investasi kesehatan yang lebih besar akan meningkatkan pengembalian investasi pada bidang pendidikan karena kesehatan merupakan faktor penting dalam kehadiran seseorang tersebut di sekolah. Kesehatan yang lebih baik pada saat bekerja maka akan menurunkan tingkat depresiasi (penyusutan) pada investasi pendidikan. Disisi lain, investasi pendidikan yang lebih besar dapat meningkatkan pengembalian investasi dalam kesehatan, karena banyak program kesehatan tergantung pada keterampilan dasar yang sering dipelajari di sekolah. Sehingga, meningkatnya produktivitas dari adanya investasi pendidikan maka

akan meningkatkan pengembalian investasi yang berpengaruh di bidang kesehatan yaitu meningkatnya angka harapan hidup. Dan sebaliknya.

2.1.1.1. Hubungan Antara Kesehatan dengan *Human Capital*

Kesehatan menjadi modal manusia untuk berpikir dan bekerja secara produktif. Menurut Todaro dan Smith (2003:382), kesehatan merupakan prasyarat untuk meningkatkan produktivitas dan keberhasilan meningkatnya pendidikan juga tergantung dengan kesehatan yang harus memadai. Hubungan antara kesehatan dengan *human capital*, yaitu: pertama, kesehatan berhubungan erat dengan *human capital*. Kesehatan yang tinggi berpengaruh terhadap tubuh yang sehat sehingga akan meningkatkan produktivitas dan sebaliknya ketika kesehatan rendah dan tubuhnya sakit maka individu tersebut tidak dapat melakukan aktivitasnya oleh karena itu akan menurunkan produktivitasnya yang akan berdampak terhadap kualitas hidupnya. Investasi dalam bidang pendidikan mempunyai pengaruh langsung terhadap produktivitas individu dan penghasilannya. Kedua, kesehatan yang rendah juga akan berpengaruh terhadap pendidikan individu, apabila individu tersebut sakit maka tidak dapat pergi ke sekolah untuk meningkatkan pendidikannya, sedangkan pendidikan mampu meningkatkan kesadaran kesehatan individu.

2.1.1.2. Hubungan Antara Pendidikan dengan *Human Capital*

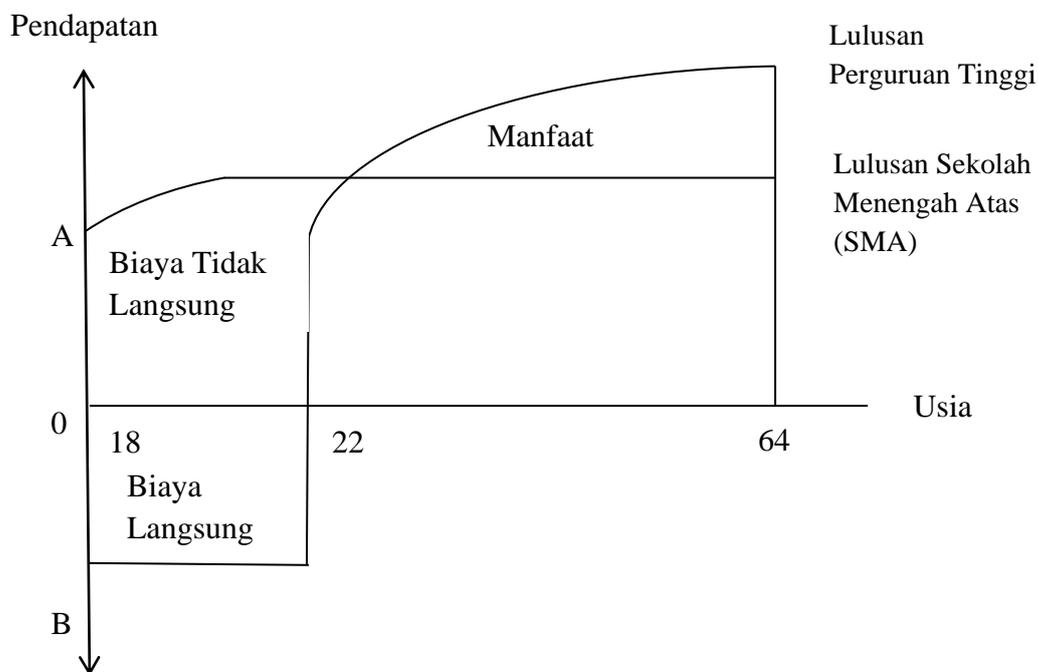
Menurut Becker (1975), teori *human capital* cenderung menyamakan tingkat sekolah formal mereka dengan tingkat pengetahuan pekerja. Hal tersebut dapat dikatakan bahwa dengan melihat rata-rata lama sekolah seseorang maka dapat memprediksi *economic individual return* (berupa pendapatan) dari

pendidikan yang ditempuh seseorang. Menempuh pendidikan yang lebih lama sesuai dengan jenjang pendidikannya akan berpengaruh terhadap produktivitasnya dan pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi.

Menurut Nurkholis (2018), indikator pendidikan dapat diukur dengan dua komponen yaitu angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah. Meningkatnya angka melek huruf, maka semakin tinggi kemampuan membaca dan menulis penduduk serta kualitas sumber daya manusia. Semakin tinggi rata-rata lama sekolah, maka dapat diartikan pula semakin tinggi tingkat pendidikan yang mampu dicapai oleh individu sehingga mampu meningkatkan mutu *human capital*. Meningkatnya pendidikan maka dapat meningkatkan penghasilan individu yang artinya tambahan satu tahun sekolah, dapat meningkatkan kemampuan kerja dan tingkat penghasilan seseorang. Sedangkan penundaan penerimaan penghasilan selama satu tahun karena memilih sekolah dan harus membayar biaya sekolah maka dapat dihitung dalam nilai sekarang atau *Net Present Value* (Sumarsono, 2013:93).

Gambar dibawah mengasumsikan bahwa seseorang bekerja dari ia lulus sekolah hingga tidak mampu bekerja lagi. Perkiraan tersebut diambil dari usia produktif di Indonesia yaitu 64 tahun. Gambar 2.1 menunjukkan terdapat dua strategi dalam berinvestasi, yaitu: Pertama, lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA), pada usia 18 tahun seseorang tersebut tidak melanjutkan pendidikannya di mana lebih memutuskan untuk bekerja sampai pada usia 64 tahun. Hal tersebut dapat dilihat dari kurva lulusan SMA. Kedua, lulusan Perguruan Tinggi (PT), seseorang tersebut setelah lulus SMA pada usia 18 tahun melanjutkan kuliah

sampai dengan usia 22 tahun dan baru bekerja pada usia 22 tahun sampai pada usia 64 tahun. Hal ini dapat dilihat pada kurva lulusan perguruan tinggi.



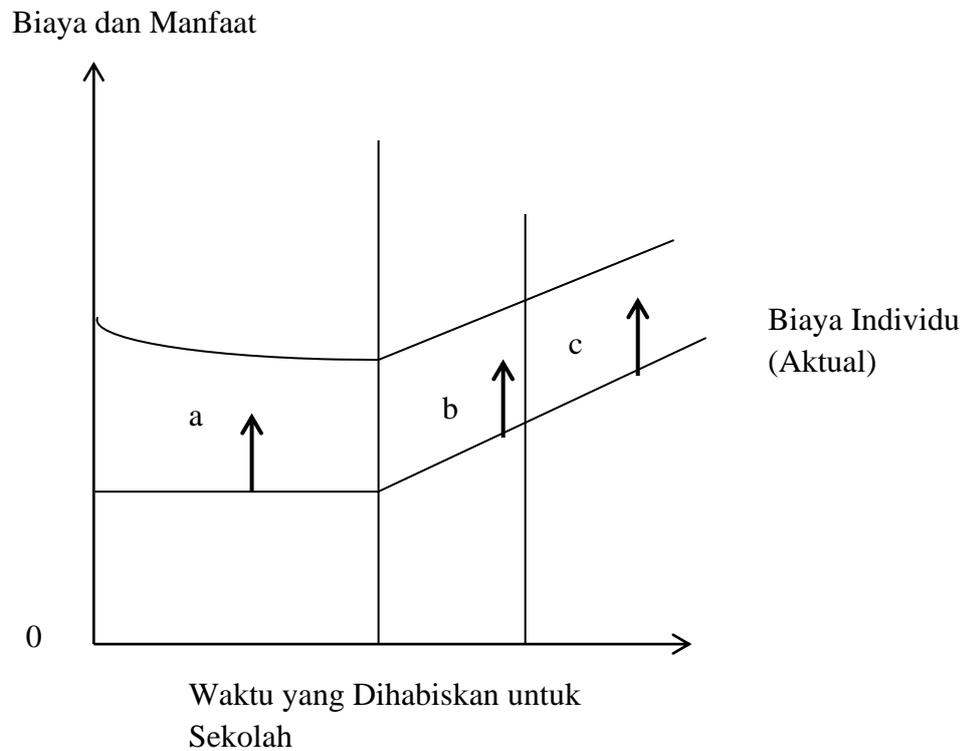
Biaya Langsung

Gambar 2.1. Manfaat dan Biaya Investasi Pendidikan

Sumber: Sumarsono (2013:96)

Gambar 2.2 menunjukkan bahwa a adalah pendidikan dasar, b adalah pendidikan menengah, dan c adalah perguruan tinggi. Manfaat individual yang diharapkan dan biaya individual aktual dihubungkan dengan periode atau waktu yang dihabiskan untuk bersekolah (dalam satuan tahun). Dari kurva di bawah dapat dilihat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula penghasilan yang akan diperolehnya sehingga lebih besar dari biaya pribadi yang sudah dikeluarkannya. Oleh karena itu untuk memaksimalkan selisaih antara pendapatan yang akan diperolehnya dengan biaya yang diperkirakan akan muncul (*privat rate of return to investment in education*),

maka caranya adalah dengan berusaha meningkatkan pendidikan (Todaro & Smith, 2003:429).



Gambar 2.2. Manfaat dan Biaya Individual

Sumber: Todaro dan Smith (2003:430)

Menurut Todaro dan Smith (2003:429), tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat menjamin perbaikan yang terus berlangsung dalam teknologi yang digunakan oleh masyarakat. Dalam meningkatkan mutu modal manusia tidak hanya dilakukan dalam waktu yang singkat tetapi memerlukan jangka waktu yang panjang. Dalam investasi modal manusia terdapat *rate of return* (manfaatnya), di mana apabila seseorang ingin melakukan investasi, maka diperlukan analisis biaya manfaat (*cost benefit analysis*).

2.1.2. Permintaan Pelayanan Kesehatan

Jasa pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik yang berbeda dan unik apabila dibandingkan dengan jasa lainnya. Jasa pelayanan kesehatan termasuk ke dalam golongan jasa semi publik atau bisa di sebut dengan jasa merit. Jasa semi publik merupakan jasa yang disediakan baik oleh pemerintah maupun swasta. Sebagai jasa semi publik, permintaan atas jasa pelayanan kesehatan akan muncul ketika terjadi permintaan (kebutuhan) terhadap kesehatan. Manusia menginginkan sehat karena dengan sehat manusia dapat meningkatkan produktivitasnya yaitu dengan bekerja dapat menghasilkan uang dan dengan begitu dapat menikmati barang dan jasa lainnya.

Kesehatan mempunyai karakteristik yang tidak dapat diperdagangkan, sehingga kesehatan bukanlah sebuah produk tetapi karakteristik (Retnandari, 2014:184). Investasi kesehatan merupakan investasi tahan lama (*capital good*), yang artinya adalah apabila manusia membelanjakan uang untuk *capital good* seperti kesehatan, rumah, dan lain-lain maka manfaatnya dapat dinikmati dalam jangka panjang.

Permintaan atas pelayanan kesehatan dapat dikatakan sebagai permintaan turunan yaitu atas permintaan untuk sehat dari individu dan masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu tinggi rendahnya permintaan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sifat dan karakteristik kesehatan itu, di mana hal tersebut tergantung dengan bagaimana individu atau masyarakat menilai seberapa penting

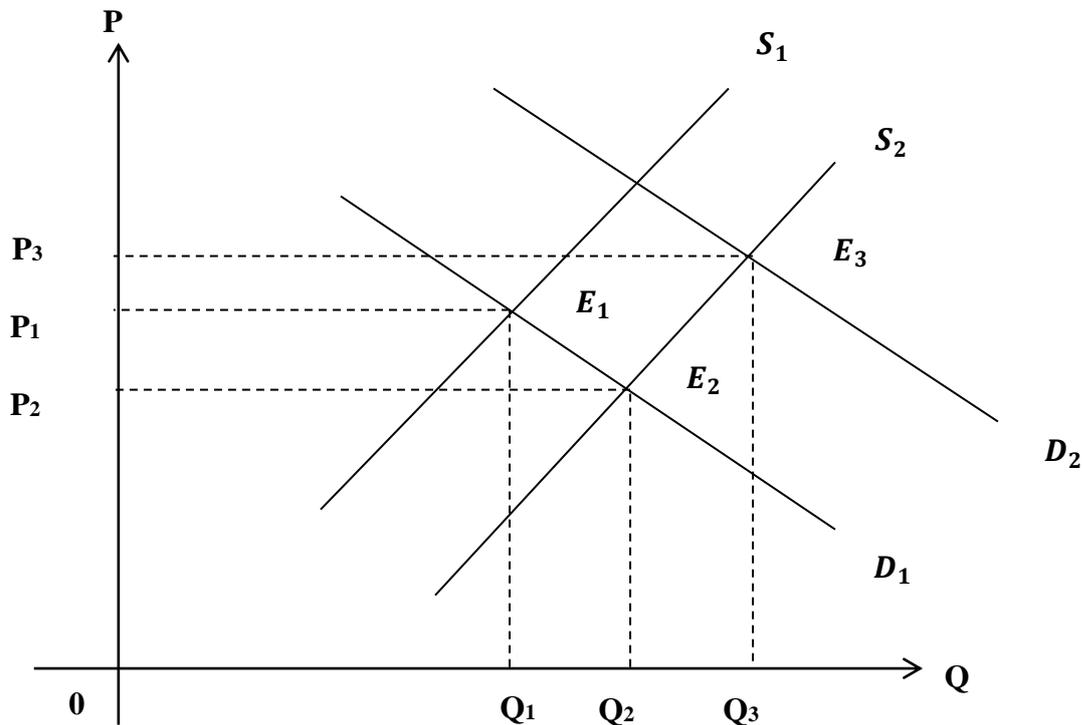
kesehatan untuk dirinya sendiri. Ketika penghargaan atas kesehatan tinggi, maka permintaan atas pelayanan kesehatan akan tinggi. Dan sebaliknya.

Pada jasa layanan kesehatan sesungguhnya konsumen tidak pernah benar-benar mengetahui layanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Untuk mengetahui kebutuhan kesehatannya maka konsumen memerlukan jasa agen. Agen yang dimaksud dalam pelayanan kesehatan adalah paramedis di mana paramedis tersebut mampu memberitahu kepada pasien apa yang dibutuhkannya. Permintaan terhadap jasa pelayanan kesehatan juga sering disebut dengan *supplier induce demand*. *Supplier induce demand* mengacu pada tipe agen yang tidak menjalankan perannya secara baik atau tidak jujur sehingga akan berdampak terhadap permintaan atas jasa pelayanan kesehatan.

Misalnya jumlah dokter meningkat dengan asumsi *ceteris paribus*, maka harga pasar jasa pelayanan dokter seharusnya turun. Namun, ketika dokter yang berfungsi sebagai tenaga medis tidak menjalankan perannya dengan baik, misalnya seorang pasien yang sesungguhnya hanya membutuhkan satu pelayanan kesehatan, tetapi dokter merekomendasikan untuk melakukan pelayanan kesehatan kedua, maka permintaan terhadap pelayanan kesehatan juga akan bertambah lebih besar dibandingkan dengan apa yang sesungguhnya dibutuhkan. Ketika terdapat banyak dokter yang berperilaku demikian maka yang terjadi adalah tetap tingginya biaya pelayanan kesehatan walaupun jumlah dokter atau tenaga medis terus meningkat.

Gambar 2.3 menjelaskan bahwa pada keseimbangan E_1 , maka harga pelayanan kesehatan adalah P_1 dengan jumlah pelayanan kesehatan yang dikonsumsi adalah Q_1 . Ketika jumlah tenaga medis bertambah, maka kurva penawaran akan bergeser kebawah atau menjadi lebih banyak S_2 . Pada keseimbangan E_2 harga akan menjadi P_2 yaitu lebih rendah dari pada P_1 dengan jumlah pelayanan yang diminta adalah Q_2 yaitu lebih tinggi dari Q_1 . Namun, ketika agen pelayanan kesehatan atau tenaga medis tidak menjalankan perannya dengan baik maka akan meningkatkan permintaan di mana hal tersebut tercermin pada bergesernya kurva permintaan menjadi D_2 .

Kurva D_2 dan S_2 akan membentuk keseimbangan yang baru yaitu menjadi E_3 dengan harga pelayanan kesehatan P_3 dan jumlah pelayanan yang diminta adalah Q_3 . Dari contoh diatas dapat dilihat bahwa perilaku agen kesehatan atau tenaga medis yang tidak baik akan merugikan bagi masyarakat, yaitu masyarakat harus membayar pelayanan kesehatan yang lebih mahal dan jumlah pelayanan kesehatan yang dikonsumsi lebih banyak pula. Dengan begitu dapat dikatakan bahwa masyarakat harus mengeluarkan uang yang lebih banyak untuk pelayanan kesehatan yang tidak perlu akibat dari peran agen kesehatan yang kurang baik.



Gambar 2.3. *Supplier Induce Demand* pada Pelayanan Kesehatan

Sumber: Retnandari, 2014:187

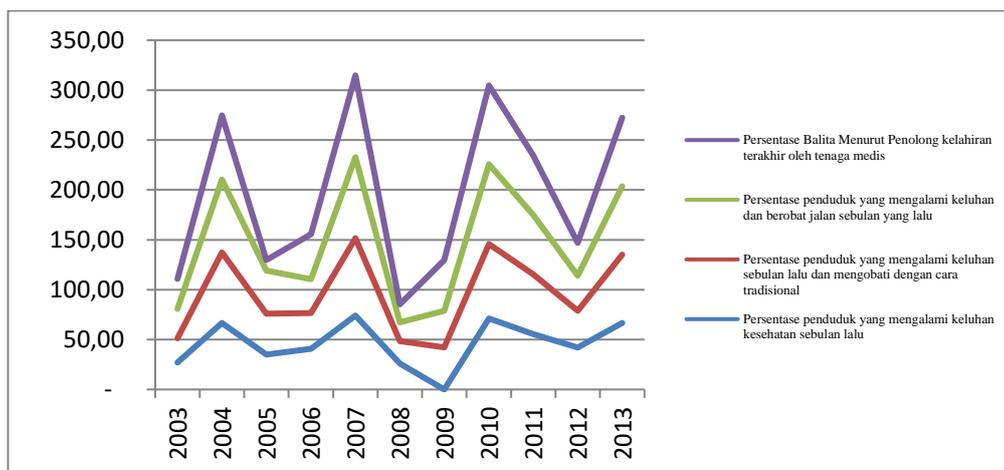
Permintaan jasa pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh pendapatan per kapita, harga pelayanan kesehatan itu sendiri, keberadaan pelayanan kesehatan lain selain pelayanan kesehatan medis. Pendapatan per kapita yang tinggi akan berpengaruh terhadap permintaan jasa pelayanan kesehatan yang semakin tinggi pula. Faktor pendapatan per kapita terhadap permintaan atas pelayanan kesehatan adalah elastis, artinya semakin tinggi tingkat pendapatan per kapita maka seseorang mempunyai peluang untuk menentukan pilihannya dalam melakukan pelayanan kesehatan, dan sebaliknya.

Pendapatan per kapita yang meningkat akan meningkatkan konsumsi pelayanan kesehatan di mana lebih besar dari peningkatan pendapatan. Misalnya pendapatan mengalami peningkatan sebesar 10%, sedangkan permintaan terhadap

pelayanan kesehatan meningkat sebesar 15%. Asumsinya adalah didasarkan pada pemahaman bahwa sehat merupakan hal yang sangat penting, maka ketika pendapatan semakin meningkat maka penghargaan terhadap kesehatan juga akan semakin tinggi. Karena pendapatan bersifat elastis, maka jasa pelayanan kesehatan bersifat seperti barang merah (Retnandari, 2014:188).

Faktor harga, terjadi kecenderungan bahwa apabila semakin tinggi harga pelayanan kesehatan maka pelayanan kesehatan yang di minta akan semakin dikit. Harga pelayanan kesehatan bersifat inelastis, artinya ketika seseorang membutuhkan pelayanan kesehatan (misalnya apabila seseorang tersebut terkena penyakit kanker), maka berapapun harga pelayanan kesehatan tersebut akan tetap di konsumsi di mana konsumen akan tetap meminta pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya.

Gambar 2.4 menunjukkan bahwa selama 10 tahun terakhir persentase penduduk yang melahirkan dengan bantuan paramedis setiap tahunnya mengalami peningkatan, sedangkan persentase penduduk yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional juga meningkat. Dengan begitu dapat dikatakan bahwa terjadi kecenderungan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang semakin membaik. Sedangkan indikator lain seperti persentase penduduk yang mengalami keluhan dan berobat jalan sebulan yang lalu dan persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sebulan yang lalu menunjukkan peningkatan *trand* yang meningkat juga.



Gambar 2.4. Beberapa Indikator Kesehatan di Jawa Timur Tahun 2003-2013

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2013

2.1.3. Penawaran Pelayanan Kesehatan

Penawaran terhadap barang dan jasa tergantung dengan ada tidaknya permintaan terhadap barang dan jasa itu sendiri. Input yang digunakan dalam pelayanan kesehatan antara lain sumber daya alam, sumber daya manusia, keahlian, dan kapital. Misalnya untuk menyediakan rumah sakit maka dibutuhkan material (sumber daya alam), tenaga administratif dan paramedis (sumber daya manusia), keahlian (mulai dari teknik membuat bangunan sampai ilmu manajemen dan ilmu kedokteran), kapital dibutuhkan untuk pengadaan sumber daya yang tidak dimiliki.

Penyedia layanan kesehatan dilakukan oleh pemerintah, swasta, ataupun masyarakat secara mandiri. Pelayanan kesehatan yang disediakan oleh swasta tidak sepenuhnya berorientasi penuh terhadap keuntungan namun dapat diduga bahwa hanya akan menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang mempunyai daya beli yang tinggi. Hal tersebut sesuai dengan kenyataan bahwa

terdapat golongan masyarakat yang mempunyai daya beli yang tinggi, sehingga permintaan atas pelayanan kesehatan juga akan tinggi pula. Namun tidak semua pelayanan kesehatan yang disediakan oleh swasta membutuhkan biaya yang tinggi, karena terdapat juga pelayanan kesehatan yang disediakan oleh swasta dengan biaya yang relatif terjangkau sehingga dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat.

Hal tersebut dapat terjadi karena seseorang menderita penyakit yang darurat (*emergency*) maka seseorang tersebut akan berusaha untuk segera menyembuhkan penyakit yang dideritanya tersebut dengan menggunakan pelayanan kesehatan yang ada pada tingkat harga tertentu. Sedangkan apabila penyakit yang dialaminya seseorang bukan termasuk penyakit yang darurat (*non emergency*), maka seseorang tersebut akan mencari solusi lain saat harga pelayanan kesehatan sedang meningkat.

2.2 Kajian Variabel Penelitian

2.2.1. Rata-Rata Lama Sekolah dan Angka Harapan Hidup

Darmayanti dan Rustariyuni (2019) berpendapat bahwa, untuk mencapai pembangunan yang berkelanjutan maka diperlukannya pendidikan sebagai modal manusia yang harus terpenuhi. Tingkat pendidikan dapat diukur dengan rata-rata lama sekolah, di mana mempunyai pengaruh terhadap kemudahan dalam memperoleh pekerjaan dan upah yang lebih baik (Fajri, Amar & Triani, 2019). Menurut Badan Pusat Statistik (2019), rata-rata lama sekolah adalah rata-rata jumlah tahun yang harus dihabiskan oleh penduduk berusia 15 tahun ke atas untuk menempuh jenjang pendidikan yang dijalani.

Darmayanti dan Rustariyuni (2019) juga berpendapat bahwa, untuk memperbaiki taraf hidup masyarakat maka dapat dilakukan dengan meningkatkan pendidikan. Menurut Hartanto dan Masjkuri (2017), pendidikan mempunyai peran penting dalam kemajuan pembangunan ekonomi yaitu dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan mengurangi pengangguran. Rata-rata lama sekolah menunjukkan pendidikan yang telah dijalani oleh individu, semakin meningkatnya rata-rata lama sekolah maka semakin tinggi pula pendidikan formal yang ditempuh oleh individu tersebut.

Pendidikan yang semakin tinggi maka dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi pula kualitas seseorang baik itu pola pikirnya ataupun pola tindakannya (Fajri, Amar & Triani, 2019). Kualitas individu yang tinggi maka akan berpengaruh terhadap kemampuan individu dalam menjaga kesehatannya yaitu dengan menerapkan indikator perilaku hidup bersih dan sehat pada dirinya sehingga dapat meningkatkan angka harapan hidup.

2.2.2. Jumlah Rumah Sakit dan Angka Harapan Hidup

Pelayanan kesehatan merupakan seluruh upaya yang dilakukan oleh individu, masyarakat, atau negara agar individu dan masyarakat tersebut menjadi sehat (Retnandari, 2014:180). Berdasarkan Undang-Undang No. 25/2009 Tentang Pelayanan Publik, pelayanan kesehatan termasuk ke dalam kategori barang publik. Menurut *World Health Organization* (WHO), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Menurut Undang-Undang

Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, menyebutkan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rapat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna, artinya rumah sakit menjadi pelayanan kesehatan yang utama karena apabila dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang lain rumah sakit mempunyai fasilitas paling lengkap dan memadai. Jumlah rumah sakit yang meningkat setiap tahunnya mengindikasikan bahwa semakin perlunya masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Jumlah rumah sakit yang banyak mempermudah masyarakat untuk melakukan pemenuhan kebutuhannya dalam bidang kesehatan yaitu penyembuhan penyakit dan pencegahan penyakit. Semakin meningkatnya jumlah rumah sakit maka akan meningkatkan pelayanan kebutuhan masyarakat dalam kesehatan sehingga angka harapan hidup akan meningkat pula.

2.2.3. Persentase Rumah Tangga yang Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Angka Harapan Hidup

Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan keseluruhan perilaku yang dilakukan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan masyarakat atau kelompok, keluarga, dan individu berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat dan mampu menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan. Untuk menciptakan lingkungan yang sehat di rumah tangga maka dapat dicapai dengan mengubah

perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku sehat. Indikator PHBS apabila diterapkan dapat menjadi determinan penyakit dan juga pencegahan penyakit (Raksanagara & Raksanagara, 2015).

Persentase rumah tangga yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) didapatkan dari jumlah rumah tangga yang menerapkan 10 indikator PHBS yang kemudian dibagi dengan jumlah rumah tangga yang menerapkan PHBS. Indikator PHBS di rumah tangga ada 10 yaitu: (1) memberi ASI khususnya untuk anak usia 0 sampai 6 bulan; (2) melakukan persalinan dengan dibantu oleh tenaga kesehatan; (3) memantau perkembangan bayi dengan menimbang bayi dan balita secara teratur sehingga bisa memudahkan untuk mendeteksi sejak dini kasus gizi buruk; (4) menggunakan air bersih; (5) menggunakan jamban bersih dan sehat; (6) memberantas jentik nyamuk; (7) mengkonsumsi makanan yang sehat baik itu buah dan sayur; (8) melakukan olahraga secara teratur; (9) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; (10) serta tidak merokok (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2018).

Persentase rumah tangga yang menerapkan kebijakan perilaku hidup bersih dan sehat yang semakin meningkat dapat diartikan bahwa meningkatnya pula individu, keluarga dan masyarakat yang sadar akan pentingnya kesehatan dalam hidupnya. Semakin tinggi persentase rumah tangga yang menerapkan kebijakan PHBS akan meningkatkan tingkat kesehatan yang dapat mencerminkan meningkatnya juga angka harapan hidup.

2.2.4. Pendapatan Per Kapita dan Angka Harapan Hidup

Pendapatan per kapita menjadi salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi di suatu daerah dalam periode tertentu. Pendapatan yang tinggi pada suatu wilayah belum tentu mencerminkan tingkat kesejahteraan yang tinggi pula apabila dibandingkan dengan daerah yang pendapatan per kapitanya rendah karena jumlah penduduk pada wilayah tersebut juga menentukan kesejahteraan dari wilayah tersebut. Sehingga, ketika ada suatu wilayah yang mempunyai pendapatan yang tinggi namun jumlah penduduknya juga tinggi belum tentu wilayah tersebut termasuk wilayah yang sejahtera (Darmayanti & Rustariyuni, 2019).

Pendapatan merupakan hasil yang didapatkan dari penjualan faktor-faktor produksi yang dimilikinya kepada sektor produksi (Fajri, Amar & Triani, 2019). Dengan demikian, pendapatan bisa diartikan sebagai semua penghasilan yang dapat meningkatkan konsumsi seseorang ataupun digunakan untuk tabungan sehingga dapat memenuhi kebutuhan hidup dan mencapai kepuasan. Menurut Badan Pusat Statistik (2019), pendapatan per kapita atau PDRB per kapita merupakan total nilai produksi barang dan jasa yang diproduksi di wilayah (regional) tertentu dalam kurun waktu tertentu.

Menurut Becker (1992), teori *human capital* menghubungkan ketimpangan pendapatan dengan perbedaan keterampilan, latar belakang keluarga, warisan, dan aset lainnya. Teori *human capital* memberikan pandangan terkait dengan apa yang disebut “kesenjangan gender” dalam pendapatan. Secara umum, perempuan lebih

banyak bekerja paruh waktu dari pada laki-laki, karena sebagian dari perempuan akan mengundurkan diri dari pekerjaannya ketika mereka sudah mempunyai anak. Perempuan memiliki lebih sedikit tambahan penghasilan untuk berinvestasi dalam bidang pendidikan dan pelatihan di mana hal tersebut justru akan meningkatkan keterampilan dan penghasilan mereka.

Meningkatnya pendapatan per kapita maka akan meningkatkan konsumsi seseorang seperti makanan yang bergizi, apabila sakit mampu pergi ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan yang lain untuk berobat, serta mampu memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan, pendidikan, dan kesehatan. Pendapatan per kapita yang tinggi akan menunjukkan kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya salah satunya dalam bidang kesehatan sehingga akan meningkatkan angka harapan hidup dan apabila pendapatan per kapita rendah yang akan menyebabkan ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya maka akan berpengaruh juga terhadap angka harapan hidup yang rendah.

2.2.5. Tingkat Kemiskinan dan Angka Harapan Hidup

Menurut Badan Pusat Statistik, kemiskinan merupakan ketidakmampuan seseorang dari sisi ekonomi dalam memenuhi kebutuhan dasar makan dan bukan makan yang diukur dari sisi pengeluaran. Kemiskinan dapat diatasi dengan adanya meningkatkan pelaksanaan Keluarga Berencana (KB), migrasi sehingga terjadi penyebaran penduduk merata dan terjadinya keseimbangan kepadatan,

serta bantuan pemerintah baik dalam bidang pendidikan, kesehatan, sosial, dan lain-lain.

Kemiskinan merupakan masalah yang kompleks sehingga menjadi prioritas pemerintah di mana berhubungan dengan pembangunan manusia yang berasal dari kemampuan daya beli masyarakat yang tidak mampu untuk mencukupi kebutuhan pokoknya sehingga kebutuhan yang lain seperti pendidikan dan kesehatan juga tidak bisa terpenuhi (Dewi, 2017). Kesehatan menjadi salah satu dalam indikator kemiskinan, sehingga dapat diartikan bahwa kemiskinan dapat berpengaruh terhadap angka harapan hidup. Ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan makanan dan non makanan akan menurunkan angka harapan hidupnya. Tingkat kesehatan akan berpengaruh terhadap produktivitas individu yang akan mendorong pendapatan per kapita, sehingga apabila tingkat kemiskinan tinggi maka angka harapan hidup akan menurun dan sebaliknya apabila tingkat kemiskinan rendah maka akan meningkatkan angka harapan hidup

2.3 Kajian Penelitian Terdahulu

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti bukan penelitian yang pertama dilakukan. Penelitian terdahulu dapat dijadikan bahan pembanding penelitian, terdapat beberapa penelitian yang hasilnya relevan, yaitu:

No	Nama, Tahun, dan Penelitian	Variabel	Alat Analisis	Hasil
1.	Ayuk Putri Sugiantari dan I Nyoman Budiantara (2013), Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Menggunakan Regresi <i>Semiparametrik Spline</i>	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : angka kematian bayi, angka buta huruf penduduk usia 10 tahun ke atas, persentase bayi berusia 0-10 bulan yang diberi ASI selama 4-6 bulan, laju pertumbuhan ekonomi, persentase balita berusia 1-4 tahun yang mendapatkan imunisasi lengkap, dan tingkat partisipasi angkatan kerja.	Regresi <i>Nonparametrik Spline Truncated Generalized Cross Validation</i> (GCV)	Variabel angka kematian bayi, persentase bayi berusia 0-11 bulan yang diberi ASI selama 4-6 bulan dan persentase balita berusia 1-4 tahun yang diberi imunisasi lengkap berpengaruh signifikan. Sedangkan variabel yang tidak signifikan adalah angka buta huruf penduduk usia 10 tahun ke atas, laju pertumbuhan ekonomi, dan partisipasi angkatan kerja.
2.	Astri Vonita, Sunlip Wibisono, dan Aisah Jumiati (2015), Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Kabupaten Jember	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : pendidikan (penduduk usia 15 tahun ke atas yang tamat sekolah lanjutan tingkat atas), Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (rumah tangga yang menggunakan air bersih dan jamban dengan tangki septik), pendapatan per kapita (PDRB per kapita).	Regresi Linier Berganda	1. Variabel pendidikan berpengaruh positif terhadap angka harapan hidup di Kabupaten Jember. Tetapi tingkat pendidikan tidak berpengaruh signifikan terhadap AHH di Kabupaten Jember. 2. Variabel pelayanan kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap AHH di Kabupaten Jember. 3. Variabel PHBS berpengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap AHH di Kabupaten Jember. 4. Variabel PDRB per kapita berpengaruh positif dan signifikan terhadap AHH di

				<p>Kabupaten Jember.</p> <p>5. Variabel pendidikan, pelayanan kesehatan, PHBS, dan PDRB per kapita berpengaruh terhadap AHH di Kabupaten Jember. Variasi perubahan AHH di Kabupaten Jember sebesar 96,91% dijelaskan oleh variabel pendidikan, pelayanan kesehatan, PHBS dan PDRB. Sedangkan sisanya 4,09% dijelaskan oleh variabel lain di luar model.</p>
3.	<p>Lina Septi Danasari, dan Arief Wibowo (2017), Analisis Angka Harapan Hidup di Jawa Timur</p>	<p>Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : Angka Kematian Bayi (AKB)</p>	<p>Uji Korelasi <i>Linier Pearson</i> dan Uji Kruskall Wallis.</p>	<p>1. Hasil uji statistik korelasi <i>Linier Pearson</i> menunjukkan adanya hubungan antara kematian bayi dengan angka harapan hidup pada wilayah Kabupaten/Kota di Jawa Timur tahun 2015.</p> <p>2. Hasil uji statistik Kruskall Wallis menunjukkan adanya perbedaan antara AHH pada empat kawasan budaya Mataram dengan Madura, kawasan budaya Mataram dengan Tepal Kuda dan kawasan budaya Arek dengan Tapal Kuda.</p>
4.	<p>Rahajeng Dwi Anjas Pratiwi dan Wahyu Wibowo (2016), Pengaruh Karakteristik Sosial Ekonomi terhadap Angka Harapan Hidup</p>	<p>Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) dan Angka Kematian Bayi (AKB) Variabel bebas : kepemilikan akses air minum layak, proporsi rumah tangga dengan kepemilikan akses</p>	<p>Analisis Regresi Berganda</p>	<p>Variabel proporsi rumah tangga dengan kepemilikan akses terhadap sanitasi layak, rasio rumah sakit per satuan penduduk, persentase balita lahir dengan pertolongan pertama tenaga medis,</p>

	dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Menggunakan Regresi Multivariat	sanitasi layak, rasio rumah sakit per satuan penduduk, rasio puskesmas per satuan penduduk, rasio posyandu per satuan balita, persentase PDRB per kapita atas dasar harga berlaku, persentase balita lahir dengan pertolongan pertama tenaga medis, persentase status balita gizi buruk dan kurang, persentase anak usia satu tahun mendapatkan imunisasi lengkap, dan persentase rumah tangga kumuh.		persentase status gizi balita buruk dan kurang, persentase anak usia satu tahun mendapatkan imunisasi lengkap, dan persentase rumah tangga kumuh memiliki pengaruh signifikan dalam meningkatkan derajat kesehatan untuk karakteristik sosial ekonomi terhadap AHH dan AKB.
5.	Ricky Wowor (2015), Pengaruh Belanja Sektor Kesehatan terhadap Angka Harapan Hidup di Sulawesi Utara	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : realisasi belanja di bidang kesehatan	Analisis Regresi Sederhana	Variabel realisasi belanja di bidang kesehatan memiliki pengaruh terhadap AHH penduduk di Sulawesi Utara. Ketika pengeluaran pemerintah sebesar Rp15.681.087.871 dan pemerintah mulai merealisasikan belanja untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maka AHH akan mengalami peningkatan rata-rata sebesar 1,516 persen pada tahun berikutnya.
6.	Nadya Permata Tunggu Dewi dan Abdul Karim (2017), Perbandingan Metode <i>Ordinary Least Squares</i> (OLS) dan Regresi <i>Robust</i>	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB), Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), angka	Regresi Linier Berganda : <i>Ordinary Least Squares</i> (OLS), Regresi <i>Robust</i>	1. Pada metode OLS dan metode <i>Robust</i> variabel yang signifikan adalah pelayanan kesehatan, PDRB, PHBS. Sedangkan variabel yang tidak signifikan adalah angka partisipasi sekolah. 2. Berdasarkan metode

	pada Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Provinsi Jawa Tengah	partisipasi sekolah, dan pelayanan kesehatan untuk lansia.		OLS dan metode <i>Robust</i> model yang terbaik adalah metode <i>Robust</i> dengan nilai <i>R-square</i> sebesar 0,4414.
7.	Uni Sari, Harianto, A Faroby Falatehan (2016), Strategi Meningkatkan Angka Harapan Hidup melalui Alokasi Anggaran Kesehatan di Provinsi Jawa Barat	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : belanja langsung pegawai per kapita, rasio belanja modal/belanja barang dan jasa per kapita, belanja tidak langsung per kapita	1. Analisis Deskripsi 2. Analisis Regresi 3. Analisis SWOT	1. Pemerintah Provinsi Jawa Barat belum dapat mengalokasikan anggaran untuk kesehatan minimal 10% dari total APBD di luar gaji. Anggaran urusan kesehatan periode 2010-2014, rata-rata dialokasikan untuk belanja barang dan jasa sebesar 37%, belanja modal sebesar 23%, dan belanja langsung pegawai sebesar 18%. 2. Jenis belanja urusan kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota baik belanja tidak langsung, belanja langsung pegawai, dan rasio belanja modal terhadap belanja barang dan jasa berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup.
8.	Luh Dita Darmayanti dan Surya Dewi Rustariyuni (2019), Pengaruh Pendapatan Per Kapita, Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan dan Kesehatan terhadap AHH	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : pendapatan per kapita, pengeluaran pemerintah di bidang pendidikan, dan pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan.	Regresi Data Panel	1. Pendapatan per kapita berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup. 2. Pengeluaran pemerintah bidang pendidikan berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap AHH. 3. Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan berpengaruh negatif dan tidak

	Provinsi Bali			signifikan terhadap AHH. 4. Variabel pendapatan per kapita, pengeluaran pemerintah bidang pendidikan, dan kesehatan secara serempak berpengaruh signifikan terhadap AHH menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bali periode 2011-2017.
9.	Arifman Fajri, Syamsul Amar, dan Mike Triani (2019), Analisis Faktor Jumlah Bayi Lahir Hidup di Sumatera Barat	Variabel terikat : jumlah bayi lahir hidup Variabel bebas : pendapatan, tingkat pendidikan wanita menikah, partisipasi angkatan kerja wanita menikah, jumlah anggaran kesehatan, dan jumlah tenaga medis.	Regresi Data Panel	1. Variabel pendapatan berpengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap jumlah bayi lahir hidup pada Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat. 2. Variabel tingkat pendidikan wanita menikah berpengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah bayi lahir hidup pada Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat. 3. Variabel partisipasi angkatan kerja wanita menikah berpengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah bayi lahir hidup pada Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat. 4. Variabel jumlah anggaran kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah bayi lahir hidup pada Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat. 5. Variabel jumlah tenaga medis berpengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah bayi lahir pada

				Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat. 6. Variabel pendapatan, tingkat pendidikan wanita menikah, partisipasi angkatan kerja wanita menikah, jumlah anggaran kesehatan, dan jumlah tenaga medis secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap jumlah bayi lahir hidup pada Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat.
10	Nuke Amalia dan Mahmudah (2020), Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Provinsi Jawa Timur Tahun 2014 dengan Melihat Nilai Statistik CP <i>Mallows</i> .	Variabel terikat: Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas: angka kejadian diare, persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat, persentase angka buta huruf, rasio dokter.	Regresi linier berganda dengan metode CP <i>Mallows</i> .	1. Angka kejadian diare berpengaruh negatif dan signifikan terhadap angka harapan hidup. Peningkatan satu persen angka kejadian diare dapat menurunkan angka harapan hidup sebesar 0,058 dengan asumsi <i>ceteris paribus</i> . 2. Angka buta huruf berpengaruh negatif dan signifikan terhadap angka harapan hidup. Peningkatan satu persen angka buta huruf dapat menurunkan angka harapan hidup sebesar 0,43 dengan asumsi <i>ceteris paribus</i> .
11.	Marius Pascarius, Vladimir Canudas-Romo, James W. Vaupel (2017), <i>The Double-Gap Life Expectancy Forecasting Model</i> .	Variabel terikat : angka harapan hidup perempuan, angka harapan hidup laki-laki Variabel bebas : angka kematian	<i>Forecasting</i>	1. Berdasarkan model <i>Double-Gap</i> tahun 2050, Amerika Serikat memperkirakan angka harapan hidup wanita saat lahir adalah 88,93 tahun dan 25,44 tahun pada usia 65 tahun. 2. Berdasarkan model <i>Lee-Carter</i>

			<p>memperkirakan angka harapan hidup wanita saat lahir adalah 85,88 tahun dan 23,90 tahun pada usia 65 tahun.</p> <p>3. Menggunakan model <i>Double-Gap</i> memperkirakan peningkatan angka harapan hidup pada kelahiran 7,46 tahun untuk perempuan dan 9,27 tahun untuk laki-laki. Sedangkan peningkatan angka harapan hidup pada usia 65 tahun dari 4,59 tahun untuk perempuan dan 5 tahun untuk laki-laki. Sehingga perkiraan angka harapan hidup laki-laki Amerika Serikat meningkat lebih cepat dalam 40 tahun berikutnya dari angka harapan hidup perempuan.</p> <p>4. Model <i>Double-Gap</i> lebih optimis dari Pada Model <i>Lee-Carter</i> pada perkiraan populasi negara Prancis, Swedia, dan Amerika Serikat.</p> <p>5. Model <i>Double-Gap</i> menunjukkan populasi perempuan Perancis memiliki probabilitas tertinggi di antara ke tiga negara di mana memecahkan rekor dunia untuk angka harapan hidup saat lahir atau pada usia 65 tahun.</p>
--	--	--	---

12.	Eric Emerson, Gyles Glover, Chris Hatton And John Wolstenholme (2014), <i>Trends in Age-Standardised Mortality Rates and Life Expectancy of People with Learning Disabilities in Sheffield Over A 33-Year Period.</i>	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup Variabel bebas : jumlah mortalitas orang-orang dengan cacat jumlah kecacatan	<i>Forecasting</i>	<p>1. Standar angka kematian untuk orang dengan cacat secara signifikan lebih tinggi dari pada populasi di Inggris dan Wales (perkiraan di Inggris dan Wales berada di luar 95 persen interval kepercayaan untuk orang dengan cacat).</p> <p>2. Kesenjangan mutlak dalam standar angka kematian tetap konstan dengan rata-rata 776 kematian di antara 100.000 orang cacat.</p> <p>3. Standar angka kematian tahun 2012 dengan cacat intelektual di Sheffield mirip dengan yang dilaporkan pada populasi umum di awal 1960-an.</p> <p>4. Terjadi penurunan berkelanjutan dalam standar angka kematian dan peningkatan dalam angka harapan hidup bagi orang-orang dengan cacat intelektual di Sheffield.</p>
13.	David A. Comerford (2019), <i>Asking for Frequencies Rather than Percentages Increases the Validity of Subjective Probability Measures:</i>	Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas : kondisi seseorang, kondisi lingkungan, presentase kondisi lingkungan, usia <i>gender</i> , jenis kelamin, presentase kondisi umur	Regresi OLS	<p>1. Diprediksikan Usia angka harapan hidup adalah 75 tahun.</p> <p>2. Kontrol usia <i>gender</i>, kondisi lingkungan, presentase kondisi lingkungan dan kondisi presentase usia mempunyai pengaruh yang positif dan signifikan.</p>

	<i>Evidence From Subjective Life Expectancy.</i>			3. Berdasarkan variabel kondisi lingkungan dan usia <i>gender</i> seseorang yang lahir lebih awal akan diprediski meninggal terlebih dahulu dan diperkirakan kemungkinan hidup hanya sampai 75 tahun.
14.	Vasilis Kontis, James E Bennett, Colin D Mathers, Guangquan Li, Kyle Foreman, Majid Ezzati (2017), Future Life Expentancy in 35 Industrialised Countries: Projections with a Bayesian Model Ensemble.	Variabel terikat: Angka Harapan Hidup (AHH) Variabel bebas: angka kematian, jumlah penduduk.	<i>Forecasting</i>	<p>1. Angka harapan hidup di proyeksikan meningkat di 35 negara dengan probabilitas 65% untuk perempuan dan 85% untuk laki-laki.</p> <p>2. Terdapat kemungkinan yaitu 90% bahwa angka harapan hidup perempuan di Korea Selatan pada tahun 2030 akan menjadi lebih tinggi yaitu 86,7 tahun. Hal tersebut juga diikuti oleh Perancis, Spanyol, Korea, dan Jepang.</p> <p>3. Selain itu terdapat kemungkinan 95% bahwa angka harapan hidup di Korea Selatan, Australia dan Swiss akan melampaui 80 tahun pada tahun 2030</p> <p>4. Negara Amerika Serikat, Swedia, Yunani, Makedonia, dan Serbia mempunyai proyeksi angka harapan hidup yang rendah baik itu pada laki-laki maupun perempuan.</p> <p>5. Di Meksiko Angka harapan hidup perempuan diperkirakan akan lebih tinggi apabila di bandingkan angka</p>

				<p>harapan hidup laki-laki.</p> <p>6. Sebagian hasil proyeksi menunjukkan bahwa kenaikan angka harapan hidup perempuan meningkat disebabkan karena peningkatan umur panjang di usia 65 tahun.</p>
15.	<p>Raj Chetty, Michael Stepner, Sarah Abraham, Shelby Lin, Benjamin Scuderi, Nicholas Turner, Augustin Bergeron, David Cutler (2019), The Association Between Income and Life Expectancy in The United States, 2001-2014</p>	<p>Variabel terikat : Angka Harapan Hidup (AHH)</p> <p>Variabel bebas: pendapatan per kapita</p>	Stata	<p>1. Pendapatan per kapita yang tinggi akan meningkatkan angka harapan hidup, namun hubungan antara angka harapan hidup di suatu wilayah berbeda dengan wilayah lain. Perbedaan angka harapan hidup yang berbeda di setiap wilayah disebabkan karena perilaku kesehatan dan karakteristik daerah tersebut.</p> <p>2. Pendapatan per kapita yang tinggi berpengaruh terhadap angka harapan hidup yaitu 14,4-14,8 tahun untuk laki-laki, dan 9,9-10,3 tahun untuk perempuan.</p> <p>3. Setiap tahunnya Ketimpangan angka harapan hidup meningkat. Pada tahun 2001-2014 angka harapan hidup meningkat sebesar 2,34 tahun untuk laki-laki dan 2,91 tahun untuk perempuan dengan α 5% berdasarkan distribusi pendapatan.</p>

Persamaan dan perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu:

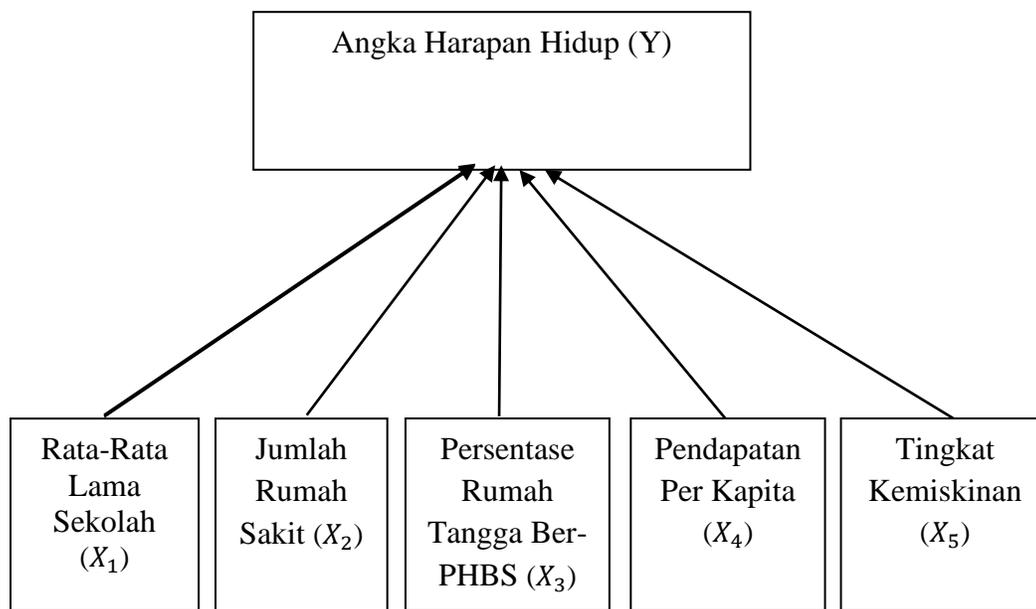
1. Persamaan penelitian ini adalah meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi angka harapan hidup.
2. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu antara lain: variabel independen yang digunakan yaitu rata-rata lama sekolah dan tingkat kemiskinan, penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan data panel Metode *Fixed Effect Model* (FEM) atau *Least Squares Dummy Variables Model* (LSDV), selain itu objek penelitian ini terdiri dari 38 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur dan jangka waktu yang digunakan yaitu data tahunan pada tahun 2014-2018.

2.4 Kerangka Berfikir

Variabel dependen pada penelitian ini adalah angka harapan hidup pada Kabupaten/Kota di Jawa Timur sedangkan variabel independennya adalah rata-rata lama sekolah, jumlah rumah sakit, persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, pendapatan per kapita dan tingkat kemiskinan pada Kabupaten/Kota di Jawa Timur. Angka harapan hidup mencerminkan bagaimana derajat kesehatan suatu penduduk, sehingga angka harapan hidup menjadi salah satu alat ukur untuk mengevaluasi kinerja pemerintahan dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk. Angka harapan hidup yang rendah pada suatu wilayah harus diimbangi dengan program pembangunan kesehatan, program sosial ekonomi, serta akses dan mutu pelayanan kesehatan.

Angka harapan hidup di Provinsi Jawa Timur selalu mengalami peningkatan tiap tahunnya namun masih berada di posisi rendah apabila dibandingkan dengan Provinsi-Provinsi lainnya di Pulau Jawa seperti DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Selain itu angka harapan hidup di Jawa Timur juga belum mencapai target dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur 2014-2019 dan rata-rata angka harapan hidup Provinsi Jawa Timur masih di bawah rata-rata angka harapan hidup nasional.

Angka harapan hidup yang belum mencapai target dalam RPJMD maka perlu diperhatikan dan penyelesaiannya agar angka harapan hidup dapat mencapai target. Dengan demikian, rata-rata lama sekolah, jumlah rumah sakit, persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, pendapatan per kapita dan tingkat kemiskinan yang rendah diharapkan mampu mendorong tercapainya angka harapan hidup sesuai target di RPJMD. Oleh karena itu, dapat disusun kerangka berpikir mengenai analisis pengaruh rata-rata lama sekolah, jumlah rumah sakit, persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, pendapatan per kapita dan tingkat kemiskinan terhadap angka harapan hidup sebagai berikut:



Keterangan: \longrightarrow Berpengaruh

Gambar 2.5. Kerangka Berfikir

2.5 Hipotesis Penelitian

1. Diduga terdapat pengaruh yang signifikan dari rata-rata lama sekolah terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur pada periode 2014-2018.
2. Diduga terdapat pengaruh yang signifikan dari jumlah rumah sakit terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur pada periode 2014-2018.
3. Diduga terdapat pengaruh yang signifikan dari persentase rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur pada periode 2014-2018.
4. Diduga terdapat pengaruh yang signifikan dari pendapatan per kapita terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur pada periode 2014-2018.
5. Diduga terdapat pengaruh yang signifikan dari tingkat kemiskinan terhadap angka harapan hidup di Jawa Timur pada periode 2014-2018.

BAB V

PENUTUP

5.1. Simpulan

Hasil dari penelitian dengan metode *Least Squares Dummy Variables Model* (LSDV) dari penelitian tentang determinan angka harapan hidup di Jawa Timur 2014-2018 dengan metode *Least Squares Dummy Variables Model* (LSDV), maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Rata-rata lama sekolah berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota di Jawa Timur. Rata-rata lama sekolah menunjukkan pendidikan yang telah di tempuh oleh seseorang, sehingga semakin tinggi rata-rata lama sekolah maka akan meningkatkan pendidikan formal yang ditempuh oleh seseorang tersebut. Semakin tingginya pendidikan yang ditempuh dapat diasumsikan bahwa kualitas seseorang juga semakin tinggi baik itu dalam pola pikirnya atau pola tindakannya. Rata-rata lama sekolah yang semakin meningkat akan berpengaruh terhadap pendidikan yang semakin meningkat sehingga akan berdampak terhadap peningkatan pendapatan per kapita, dan meningkatnya kemampuan seseorang dalam menjaga kesehatannya yaitu dapat dilihat dari meningkatnya gizi serta menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-harinya.
2. Jumlah rumah sakit berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota di Jawa Timur. Jumlah rumah sakit yang tersedia

semakin meningkat maka akan meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat. Apabila dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang lain seperti puskesmas, klinik bersalin, praktik mandiri maka rumah sakit merupakan pelayanan yang paripurna.

3. Persentase rumah tangga yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tidak berpengaruh terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota di Jawa Timur. Hal tersebut disebabkan karena persentase rumah tangga yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Provinsi Jawa Timur belum mencapai 100%. Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur faktor yang menyebabkan persentase rumah tangga yang menerapkan PHBS masih cukup rendah adalah karena pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dan jumlah perokok dalam rumah tangga.
4. Pendapatan per kapita tidak berpengaruh terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota di Jawa Timur disebabkan karena pendapatan per kapita Kabupaten/Kota Jawa Timur dibelanjakan untuk hal-hal lain diluar makanan, sebagian dari pengeluaran untuk membeli makanan digunakan untuk menambah variasi makanan yang tidak selalu menambah konsumsi kalori, serta mengalihkan konsumsinya dari makanan bergizi seperti nasi dan kacang-kacangan ke makanan yang mengandung kalori nol seperti permen dan soda, yang di anggap modern atau simbol kesuksesan ekonomi.
5. Tingkat kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap angka harapan hidup di Kabupaten/Kota di Jawa Timur. Tingkat kemiskinan yang rendah

artinya masyarakat mampu memenuhi kebutuhan makan dan non makanan mereka. Karena tingkat kemiskinan juga mencerminkan kemampuan daya beli individu. Tingkat kemiskinan yang rendah maka kemampuan daya beli masyarakat untuk memenuhi kebutuhan hidupnya akan tinggi sehingga akan meningkatkan kualitas hidup

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai determinan angka harapan hidup di Jawa Timur 2014-2018 dengan metode *Fixed Effect Model* (FEM), maka saran dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk meningkatkan rata-rata lama sekolah pemerintah juga harus ikut andil dalam pemerataan pendidikan terutama untuk masyarakat miskin yaitu terkait dengan biaya. Program pemerintah dalam bidang pendidikan seperti Bantuan Siswa Miskin (BSM), Bantuan Operasional Sekolah (BOS), Kartu Indonesia Pintar (KIP), dan Beasiswa Pendidikan Siswa Miskin (BIDIK MISI) harus lebih dimaksimalkan sehingga dapat di jangkau oleh masyarakat miskin.
2. Jumlah penduduk yang terus bertambah setiap tahunnya maka diperlukan penambahan pula pada pelayanan kesehatan sehingga masyarakat dapat mengaksesnya dengan mudah.
3. Dinas Kesehatan Jawa Timur harus berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait untuk melakukan sosialisasi dan edukasi secara berkelanjutan untuk meningkatkan dan menumbuhkan kesadaran masyarakat terkait dengan

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam tatanan rumah tangga sehingga rumah tangga di Provinsi Jawa Timur yang menerapkan PHBS bisa mencapai 100%.

4. Dalam meningkatkan angka harapan hidup maka diperlukan peningkatan pendapatan per kapita yang pada akhirnya mampu meningkatkan kemampuan masyarakat dalam biaya kesehatannya serta pendapatan per kapita dialihkan ke makanan yang bergizi.
5. Pemerintah diharapkan lebih memperhatikan kualitas kesehatan di masyarakat terutama untuk masyarakat miskin yang belum mampu memenuhi kesehatannya dengan baik. Pemerintah harus lebih memaksimalkan program pemerintah dalam bidang kesehatan seperti program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sehingga kesehatan dapat dirasakan oleh semua masyarakat terutama untuk masyarakat miskin atau ekonominya rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, N., & Mahmudah. (2019). Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Provinsi Jawa Timur Tahun 2014 dengan Melihat Nilai Statistik CP Mallows. *Jurnal Wiyata*, 2442-6555.
- Anggadini, F. (2015). Analisis Pengaruh Angka Harapan Hidup, Angka Melek Huruf, Tingkat Pengangguran Terbuka dan Pendapatan Domestik Regional Bruto Perkapita terhadap Kemiskinan pada Kabupaten/ Kota di Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2010-2013. *Jurnal Katalogis 2 (7)*, 40-49.
- Anwar, A. (2017). Peran Modal Manusia terhadap Pertumbuhan Ekonomi Regional di Jawa. *Jurnal Economia 13 (1)*, 79-94.
- Ardianti, A. V., Wibisono, S., & Jumiaty, A. (2015). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Kabupaten Jember. *Artikel Ilmiah Mahasiswa*, 1-6.
- Atmanti, H. D. (2005). Investasi Sumber Daya Manusia melalui Pendidikan. *Dinamika Pembangunan 2 (1)*, 30-39.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2013). Indikator Kesehatan di Jawa Timur Tahun 2003-2013. Jawa Timur.
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2018). Angka Harapan Hidup Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2018. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2018). Laju Pertumbuhan Domestik Regional Bruto (PDRB) Atas Dasar Harga Konstan (ADHK) Per Kapita di Indonesia Tahun 2014-2018. Indonesia.
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2018). Tingkat Kemiskinan Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2018. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2018). Angka Harapan Hidup di Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2010-2018. Jawa Timur.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2018). Indeks Pembangunan Manusia di Jawa Timur Tahun 2010-2018. Jawa Timur.

- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2018). Jumlah Penduduk di Jawa Timur Tahun 2014-2018. Jawa Timur.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2018). Jumlah Rumah Sakit di Jawa Timur Tahun 2014-2018. Jawa Timur.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2018). Tingkat Kemiskinan di Jawa Timur Tahun 2014-2018. Jawa Timur.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. (2018). Rata-Rata Lama Sekolah di Jawa Timur Tahun 2014-2018. Jawa Timur.
- Becker, G. S. (1992). The Economic Way of Looking at Life. *Department of Economics*, 39-58.
- Becker, G. S. (1975). Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. In G. S. Becker, *Investment in Human Capital: Rates of Return* (pp. 45-144). Chicago.
- Carbone, J. C., & Kverndokk, S. (2017). Individual Investments in Education and Health: Policy Responses and Interactions. *Human Capital and Health Behavior*, 33-83.
- Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., et al. (2016). The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *Jama* 325 (16), 2016.
- Comerford, D. A. (2019). Asking for Frequencies Rather than Percentages inCREASES the Validity of Subjective Probability Measures: Evidence from Subjective Life Expectancy. *Economics Letters*, 33-35.
- D'albis, H., & Bonnet, F. (2018). Inequalities in Life Expectancy and the Global Welfare Convergence. *Economics Letters*, 49-51.
- Danasari, L. S., & Wibowo, A. (2017). Analisis Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Tahun 2015. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan* 6 (1), 17-25.
- Darmayanti, L. D., & Rustariyuni, S. D. (2019). Pengaruh Pendapatan Per Kapita, Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan dan Kesehatan terhadap Angka Harapan Hidup Bali. *Jurnal Ekonomi Pembangunan* 8 (2), 125-146.

- Destilunna, F. G., & Zain, I. (2015). Pengaruh dan Pemetaan Pendidikan, Kesehatan, Serta UMKM terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Jawa Timur Menggunakan Regresi Panel dan Biplot. *Jurnal Sains dan Seni ITS 4 (2)*, 292-298.
- Dewi, N. (2017). Pengaruh Kemiskinan dan Pertumbuhan Ekonomi terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Riau. *Jom Fekon 4 (1)*, 870-882.
- Dewi, N. P., & Karim, A. (2017). Perbandingan Metode Ordinary Least Square (OLS) dan Regresi Robust pada Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Provinsi Jawa Tengah. *Seminar Nasional Pendidikan, Sains dan Teknologi*, 195-201.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2018). Jumlah Rumah Tangga Ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Jawa Timur Tahun 2014-2018. Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2018). Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Jawa Timur Tahun 2014-2018. Jawa Timur.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Keuangan. (2018). Anggaran Kesehatan Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2018. Jakarta.
- Dores, E., Rosa, Y. D., & Jolianis. (N.D.). Pengaruh Angka Melek Huru dan Angka Harapan Hidup terhadap Jumlah Penduduk Miskin di Provinsi Sumatera Barat.
- Emerson, E., Glover, G., Hatto, C., & Wolstenholme, J. (2014). Trends in Age-Standardised Mortality Rates and Life Expectancy of People with Learning disabilities in Sheffield Over a 33-Year Period. *Tizard Learning Disability 19 (2)*, 91-95.
- Engineer, M., King, I., & Roy, N. (2008). The Human Development Index AS a Criterion for Optimal Planning. *Indian Growth and Development 1 (2)*, 172-192.
- Fajri, A., Amar, S., & Triani, M. (2019). Analisis Faktor Jumlah Bayi Lahir Hidup di Sumatera Barat. *Jurnal Kajian Ekonomi dan Pembangunan 1 (1)*, 197-212.

- Fedotenkov, I., & Derkachev, P. (2020). Gender Longevity Gap and Socioeconomic Indicators in Developed Countries. *International Journal of Social* 47 (1), 127-144.
- Handayani, N. S., Bendesa, I. K., & Yuliarini, N. N. (2016). Pengaruh Jumlah Penduduk, Angka Harapan Hidup, Rata-rata Lama Sekolah dan PDRB Per Kapita terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Provinsi Bali. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis*, 3449-3474.
- Hartanto, T. B., & Masjkuri, U. S. (2017). Analisis Pengaruh Jumlah Penduduk, Pendidikan, Upah Minimum dan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) terhadap Jumlah Pengangguran di Kabupaten dan Kota Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2014. *Jurnal Ilmu Ekonomi Terapan* 2(1), 21-30.
- Hasanah, U., & Ahmadi, H. (2017). Pengaruh Ketimpangan Pendapatan, Pendapatan Per Kapita, dan Pengeluaran Pemerintah di Bidang Kesehatan terhadap Sektor Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Ilmu Ekonomi Terapan* 2 (1), 31-48.
- Hendarmin, & Kartika, M. (2019). The Relationship Between Human Capital and the Regional Economy Productivity. *Journal of Economics and Policy* 12 (1), 138-152.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit (Cara Mudah Memahami Manajemen Pelayanan di Rumah Sakit dan Organisasi Pelayanan Kesehatan Lainnya)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Juliansyah, E., & Rizal, A. (2018). Faktor Umur, Pendidikan, dan Pengetahuan dengan Perilaku Merokok di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Durian, Kabupaten Sintang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 17 (1), 92-107.
- Karim, D. S. (2018). Determinan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* 7 (1), 1-9.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2018). Jumlah Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta Tahun 2012-2018, Jakarta.
- Kontis, V., Bennett, J. E., Mathers, C. D., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M. (2017). Future Life Expectancy in 35 Industrialised Countries: Projections With A

- Bayesian Model Ensemble. *Department Of Epidemiology And Biostatistics*, 1-13.
- Lu, B., Liu, X., Lim, J., & Yang, M. (2018). Changes in the Morbidity Prevalence and Morbidity-Free Life Expectancy of the Elderly Population in China From 2000 To 2010. *The Journal of The Economics of Ageing*, 1-9.
- Muda, R., Koleangan, R., & Kalangi, J. B. (2019). Pengaruh Angka Harapan Hidup, Tingkat Pendidikan dan Pengeluaran Perkapita terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Sulawesi Utara pada Tahun 2003-2017. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi* 19 (1), 44-55.
- Nurkholis, A. (2018). Teori Pembangunan Sumber Daya Manusia: Human Capital Theory, Human Investment Theory, Human Development Theory, Sustainable Development Theory, People Centered Development Theory. 1-16.
- Pascarius, M., Romo, V. C., & Vaupel, J. W. (2017). The Double-Gap Life Expectancy Forecasting Model. *Mathematics and Economics*, 1-18.
- Pradita, R. N., Yasin, H., & Safitri, D. (2015). Pemodelan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Menggunakan Geographically Weighted Ordinal Logistic Regression. *Jurnal Gaussian* 4 (3), 639-650.
- Prasajo, L., Mukminin, A., & Mahmudah, F. N. (2017). *Manajemen Human Capital*. Yogyakarta: UNY Press.
- Pratiwi, R. D., & Wibowo, W. (2016). Pengaruh Karakteristik Sosial Ekonomi terhadap Angka Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Menggunakan Analisis Regresi Multivariat. *Jurnal Sains dan Seni ITS* 5 (2), 199-204.
- Rahmadeni, & S, M. (2018). Analisis Pengaruh Inflation, Exports, dan Exchange Rate terhadap Gross Domestic Product di ASEAN-5 dengan Menggunakan Data Panel. *Jurnal Sains Matematika dan Statistika* 4 (1), 64-72.

- Raksanagara, A. S., & Raksanagara, A. (2015). Perilaku Hidup Bersih dan Sehat sebagai Determinan Kesehatan yang Penting pada Tatanan Rumah Tangga di Kota Bandung. *Jurnal Kesehatan Masyarakat 1 (1)*, 30-34.
- Robine, J. M., Saito, Y., & Jagger, C. (2009). The Relationship Between Longevity and Healthy Life Expectancy. *Quality in Ageing and Older Adults 10 (2)*, 5-14.
- Sadariawati, R. (N.D.). Pengaruh Human Capital dan Pertumbuhan Ekonomi terhadap Kesempatan Kerja di Sumatera Selatan.
- Sari, U., Harianto, & Falatehan, A. F. (2016). Strategi Meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH) melalui Alokasi Anggaran Kesehatan di Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Manajemen Pembangunan Daerah 8 (1)*, 29-41.
- Saria, W. D., & Syarif, S. (2016). Hubungan Prematuritas dengan Kematian Neonatal di Indonesia Tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia 1 (1)*, 9-14.
- Schultz, T. W. (1961). Investment in Human Capital. *American Economic Review, 51 (5)*, 1-17.
- Soleh, A. (2018). Analisis dan Strategi Pengentasan Kemiskinan di Provinsi Jambi. *Jurnal Ilmiah Ekonomi dan Bisnis 9 (1)*, 79-90.
- Sudrajat, A. (2016). Metode Principal Component Analysis untuk Mengatasi Multikolinearitas pada Regresi Linier Berganda (Studi Kasus Faktor yang Mempengaruhi Indeks Pembangunan Manusia di Jawa Timur). *Jurnal Penelitian Kesehatan 14 (4)*, 201-208.
- Sugiantari, A. P., & Budiantara, I. N. (2013). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Menggunakan Regresi Semiparametrik Spline. *Jurnal Sains dan Seni Pomits 2 (1)*, 37-41.
- Sukoco, I., & Prameswari, D. (2017). Human Capital Approach to Increasing Productivity of Human Resources Management. *Adbispreneur 2 (1)*, 93-104.
- Sumarsono, S. (2013). *Teori dan Kebijakan Publik Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Suryandari, A. N. (2018). Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pendidikan, dan Kesehatan terhadap Tingkat Kemiskinan di Provinsi DIY Tahun 2004-2014. *Jurnal Pendidikan dan Ekonomi* 7 (1), 33-41.
- Theodoridis, G. C., & Attinger, E. O. (2016). On Health Indicators and Their Margin of Error. *Kybernetes* 6 (1), 39-48.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2014). *Economic Development*. Amerika Serikat: Edwards Brothers Malloy.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2003). *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga (Edisi Kedelapan)*. Jakarta: Erlangga.
- Vonita, A., Wibisono, S., & Jumiati, A. (2015). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Kabupaten Jember. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 1-20.
- Wahyuningsih. (2017). Millenium Development Goals (MDGS) dan Sustainable Development Goals (SDGS) dalam Kesejahteraan Sosial Jurnal Bisnis dan Manajemen dalam Kesejahteraan Sosial. *Jurnal Bisnis dan Manajemen* 11 (3), 390-399.
- Wowor, R. (2015). Pengaruh Belanja Sektor Kesehatan terhadap Angka Harapan Hidup di Sulawesi Utara. 62-73.
- Xiaoqing, X. (2005). Investment in Physical Capital, Investment in Health and Economic Growth in China. *Investment Management and Financial Innovations*, 23-29.