

PENGARUH KEMISKINAN TERHADAP AKSES LAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN MIMIKA

Borgen Extri Arens Lona
STIE Jembatan Bulan
lonaarens@gmail.com

Herniagus Tandi Dannari
STIE Jembatan Bulan
herniagustandidannari16@gmail.com

Abu Bakar
STIE Jembatan Bulan
abubakarqueen@gmail.com

Abstract

This study aims to determine the effect of poverty on access to healthcare services in Mimika Regency. The data collection technique used to gather data in this research was a questionnaire, and the application used for data analysis was SPSS version 25. The data analysis in this study employed Chi-square analysis. Based on the data analysis results, the author concludes that poverty does have an impact on access to healthcare services in Mimika Regency. Four indicators of healthcare access were assessed in the study—distance, transportation costs, friendliness, and satisfaction—all of which showed a significant influence of poverty on healthcare access.

Key words : Poverty, Healthcare Access, Chi-Square

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan di Kabupaten Mimika. Teknik pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh data dalam penelitian ini adalah teknik kuesioner serta aplikasi yang digunakan SPSS versi 25. Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis Chi square. Berdasarkan hasil analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini, maka penulis menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan di Kabupaten Mimika. Ada empat indikator akses layanan kesehatan yang di nilai dalam penelitian yakni jarak, biaya transportasi, keramahan dan kepuasan yang memiliki hasil yang sangat signifikan pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan

Kata kunci : Kemiskinan, Akses Layanan kesehatan, Chis Square

PENDAHULUAN

Kemiskinan adalah kondisi di mana sekelompok orang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka karena berbagai faktor, seperti keterbatasan ekonomi, pendidikan, dan tekanan politik (Setyaningsih 2018: 2). Dalam situasi ini, orang-orang yang hidup dalam kemiskinan sering menghadapi kesulitan dalam memperoleh akses terhadap makanan, tempat tinggal yang layak, serta akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan. Keterbatasan ini dapat mengakibatkan lingkaran setan kemiskinan yang sulit dipatahkan, karena tidak memiliki peluang yang cukup untuk meningkatkan kualitas hidup mereka atau melampaui kondisi yang sulit.

Kemiskinan memiliki dampak negatif yang signifikan, salah satunya adalah peningkatan kejahatan dan ketidakmampuan individu yang hidup untuk menjalankan berbagai aspek kehidupan sosialnya dengan baik, seperti tidak dapat memperoleh pendidikan yang layak. Selain itu, kemiskinan disebabkan oleh perbedaan dalam kemampuan, kesempatan, dan sumber daya yang dimiliki seseorang. Pada dasarnya, orang miskin adalah ketika tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, akibatnya kesejahteraan penduduk sangat sulit dicapai. Kondisi ini menyebabkan kualitas sumber daya manusia menurun, yang mengakibatkan penurunan produktivitas dan pendapatan.

Secara konseptual, kemiskinan dapat dijelaskan melalui dua teori utama, yakni kemiskinan struktural, dan kemiskinan alamiah. Menurut Suyanto seperti yang dikutip oleh Fadilla (2018:1), mendefinisikan kemiskinan struktural merupakan kemiskinan yang disebabkan oleh faktor struktur ekonomi dan politik yang melingkupi orang miskin. Struktur ekonomi dan politik yang kurang berpihak pada sekelompok masyarakat tertentu, sehingga menimbulkan hambatan-hambatan dalam akses sumber daya ekonomi, lapangan pekerjaan dan partisipasi dalam pembangunan. Adapun kemiskinan alamiah terjadi karena ketiadaan atau kelangkaan sumber daya ekonomi, meliputi faktor-faktor produksi yang berupa modal, tanah, sumber daya manusia dalam hal ini tingkat dan kualitas pendidikan maupun kondisi geografis yang terkait dengan tempat tinggal suatu masyarakat. Dalam kedua teori ini, kemiskinan dipahami sebagai hasil dari kondisi struktural atau kondisi alamiah yang mempengaruhi kemampuan individu atau kelompok untuk memenuhi kebutuhan dasar. Namun, kemiskinan juga memiliki dampak terhadap akses layanan kesehatan, karena kurangnya sumber daya keuangan sering menghambat masyarakat untuk mendapatkan perawatan medis yang memadai.

Menurut Widodo, seperti yang dikutip oleh Muizunzila et al. (2023:30), menyoroti pentingnya akses terhadap layanan kesehatan dalam mengatasi kemiskinan di masyarakat. Akses yang memadai terhadap layanan kesehatan dapat secara signifikan mempengaruhi kemampuan individu atau kelompok untuk keluar dari lingkaran kemiskinan. Ketika individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang baik, mereka memiliki peluang yang lebih baik untuk menjaga kesehatan mereka, mengurangi risiko sakit yang dapat mengganggu produktivitas kerja, serta menghindari biaya pengobatan yang tidak terduga. Selain itu, akses terhadap layanan kesehatan yang baik juga dapat mencegah penyebaran penyakit yang dapat menimbulkan dampak ekonomi negatif pada keluarga dan komunitas. Masyarakat yang memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas sering kali menghadapi beban finansial yang berat akibat biaya perawatan medis. Hal ini dapat mengakibatkan kemiskinan yang lebih besar, karena mereka harus menghadapi beban biaya medis yang tinggi atau terpaksa menunda perawatan yang diperlukan. Oleh karena itu, perlunya kebijakan yang memastikan akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas untuk semua lapisan masyarakat. Upaya meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan,

mengurangi biaya layanan kesehatan, meningkatkan pendidikan kesehatan, dan memperbaiki kondisi kesehatan masyarakat secara keseluruhan dapat membantu mengurangi tingkat kemiskinan.

Kabupaten Mimika merupakan salah satu kabupaten yang terletak di Provinsi Papua Tengah, Indonesia. Kabupaten ini memiliki keunikan geografis dan kaya akan sumber daya alam, terutama tambang emas dan tembaga yang dikelola oleh PT Freeport Indonesia. Namun, di samping potensi sumber daya alam yang melimpah, Kabupaten Mimika juga menghadapi tantangan dalam pembangunan dan peningkatan kesejahteraan masyarakatnya. Salah satu tantangan utama yang dihadapi adalah tingkat kemiskinan yang cukup tinggi dan berkelanjutan.

Dibawah ini adalah data kemiskinan di Kabupaten Mimika sebagai berikut:

Tabel 1.1
Garis Kemiskinan, Jumlah Penduduk Miskin dan Persentase penduduk Miskin Di Kabupaten Mimika Tahun 2017-2023

Tahun	Garis Kemiskinan (Rupiah/Kapita/Bulan)	Jumlah Penduduk Miskin (Ribu/Jiwa)	Persentase Penduduk Miskin (%)
2017	684.282	31.152	14.89
2018	762.184	31.175	14.55
2019	836.301	31.79	14.54
2020	870.355	31.75	14.26
2021	936.862	30.95	14.17
2022	1.002.327	31.58	14.28
2023	1.056.252	30.31	13.55

Sumber: BPS Kabupaten Mimika, 2023

Data menunjukkan bahwa garis kemiskinan di Kabupaten Mimika mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, sementara jumlah penduduk miskin cenderung stabil atau menurun secara perlahan dari tahun 2017 hingga 2023. Hal ini menunjukkan bahwa upaya untuk mengurangi kemiskinan telah dilakukan, meskipun tantangan dalam memastikan akses yang memadai terhadap layanan kesehatan dan infrastruktur dasar lainnya masih ada.

Dalam konteks upaya mengatasi kemiskinan, infrastruktur kesehatan memiliki peran penting. Data menunjukkan bahwa meskipun terdapat peningkatan jumlah dokter dan rumah sakit di Kabupaten Mimika, tetapi masih ada kebutuhan untuk memperkuat akses terhadap layanan kesehatan tingkat primer di tingkat puskesmas. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat peningkatan dalam infrastruktur kesehatan, masih diperlukan upaya untuk memastikan bahwa semua lapisan masyarakat memiliki akses yang setara dan memadai terhadap layanan kesehatan.

Tabel 1.2
 Jumlah Rumah Sakit Umum, Puskesmas dan Dokter di Kabupaten Mimika
 2017-2023

Tahun	Dokter	Rumah Sakit	Puskesmas
2017	49	5	23
2018	49	5	23
2019	50	5	24
2020	60	5	24
2021	63	5	26
2022	63	5	26
2023	68	5	26

Masalah kemiskinan dan akses terhadap layanan kesehatan di Kabupaten Mimika, sebagaimana dijelaskan di atas, merupakan tantangan yang signifikan dalam upaya pembangunan Kabupaten Mimika. Oleh karena itu, penting untuk dipahami bahwa kemiskinan bukan hanya masalah ekonomi semata, tetapi juga berkaitan erat dengan akses terhadap layanan dasar seperti kesehatan. Melalui penelitian ini, akan dilakukan analisis mendalam tentang bagaimana kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan di Kabupaten Mimika. Dengan memahami hubungan antara kemiskinan dan akses layanan kesehatan, penelitian ini akan memberikan wawasan yang berharga bagi pengambil kebijakan dan pihak terkait dalam merancang program-program pembangunan yang lebih efektif dan berkelanjutan. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Mimika. Berdasarkan uraian-uraian tersebut maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul: Analisis Pengaruh Kemiskinan Terhadap Akses Layanan Kesehatan Di Kabupaten Mimika.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan data secara objektif sesuai dengan fakta tanpa menarik kesimpulan umum. Penelitian ini berfokus pada pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan di Kabupaten Mimika, Papua Tengah. Data yang dianalisis meliputi kemiskinan dan akses layanan kesehatan, dengan populasi yang terdiri dari penduduk miskin sebesar 30.310 jiwa. Sampel ditentukan menggunakan teknik purposive sampling berdasarkan kriteria pengeluaran di bawah garis kemiskinan, dan jumlah sampel dihitung sebanyak 100 responden menggunakan rumus Slovin. Data yang digunakan adalah data kuantitatif yang diperoleh melalui kuesioner yang dibagikan kepada responden. Sumber data primer berasal dari responden yang terlibat langsung dalam penelitian ini. Analisis data dilakukan menggunakan uji chi-square untuk mengukur pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan. Prosedur analisis mencakup pengumpulan data, tabulasi, perhitungan nilai chi-square, derajat kebebasan, serta interpretasi hasil. Adapun definisi operasional meliputi konsep kemiskinan, jarak dan transportasi,

pendidikan, pendapatan, akses komunikasi, keramahan layanan, dan kepuasan layanan kesehatan di Kabupaten Mimika.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah Responden
20-30 Tahun	29
31-40 Tahun	44
41-50 Tahun	21
51 Tahun ke atas	6
Total	100

Sumber: Data diolah 2024

Pada tabel 4.1 dapat disimpulkan bahwa Kelompok usia yang paling dominan adalah usia 31-40 tahun dengan 44 responden, sedangkan kelompok usia yang paling sedikit adalah 51 tahun ke atas dengan 6 responden. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berada di rentang usia produktif (20-50 tahun).

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah Responden
Laki-Laki	50
Perempuan	50
Total	100

Sumber: Data diolah 2024

Pada tabel 4.2 dapat disimpulkan responden berdasarkan jenis kelamin dalam tabel ini seimbang, dengan jumlah laki-laki dan perempuan yang sama (masing-masing 50 responden). Hal ini menunjukkan pembagian yang setara antara kedua jenis kelamin dalam penelitian ini.

Tabel 4.3

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Jumlah Responden
Penjual Pinang	15
Tukang Ojek	37
Petani	10
Usaha Laundry	5
Jual Sembako	11
Penjual nasi Kuning dan lain-lain	22
Total	100

Sumber: Data diolah 2024

Pada tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa total keseluruhan responden adalah 100, dan masing-masing kategori pekerjaan memiliki kontribusi persentase yang berbeda terhadap total jumlah responden. Ini menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah tukang ojek, sementara usaha laundry merupakan pekerjaan yang paling sedikit dipilih oleh responden.

Tabel 4.4
Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	Jumlah Responden
SD	17
SMP	34
SMA	48
Sarjana	1
Total	100

Sumber: Data diolah 2024

Pada tabel 4.4 dapat disimpulkan bahwa total keseluruhan responden adalah 100. Mayoritas responden memiliki pendidikan terakhir di tingkat SMA, sementara hanya satu responden yang berpendidikan sarjana. Hal ini menunjukkan tingkat pendidikan yang dominan adalah pendidikan menengah.

Tabel 4.5
Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendapatan

Tingkat Pendapatan (Ribu/Bulan)	Jumlah Responden
Rp. 500-600	21
Rp. 700-800	37
Rp. 900-1.000.000	42
Total	100

Sumber: Data diolah 2024

Pada tabel 4.5 dapat disimpulkan bahwa total keseluruhan responden adalah 100. Mayoritas responden berpendapatan di kisaran Rp. 900.000 - 1.000.000, sedangkan yang berpendapatan terendah (Rp. 500.000 - 600.000) hanya mencakup 21 dari responden. Ini menunjukkan adanya perbedaan tingkat pendapatan di antara responden, dengan sebagian besar berada di pendapatan menengah ke atas.

Tabel 4.6
Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan Keluarga

Jumlah Tanggungan Keluarga	Jumlah Responden
1-2 Tanggungan	42
3-4 Tanggungan	58
5 Tanggungan ke atas	0
Total	100

Sumber: Data diolah 2024

Pada tabel 4.6 dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan, mayoritas responden dalam tabel ini memiliki antara 3 hingga 4 tanggungan keluarga, sementara jumlah tanggungan keluarga yang lebih tinggi tidak ada di dalam responden.

Tabel 4.7
Karakteristik Responden Berdasarkan Kepemilikan BPJS Kesehatan

Kepemilikan BPJS Kesehatan	Jumlah Responden
Memiliki BPJS kesehatan	41
Tidak memiliki BPJS kesehatan	32
Penyegaran data tidak ditemukan	21
Total	100

Pada tabel 4.7 dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki BPJS kesehatan sebanyak 41 responden karena mereka sadar akan pentingnya asuransi kesehatan dan mendaftar untuk BPJS kesehatan sebagai langkah untuk mengurangi biaya kesehatan, tidak memiliki BPJS kesehatan sebanyak 32 responden karena beberapa orang tidak mengetahui pentingnya BPJS kesehatan atau bagaimana cara mendaftar, kurangnya informasi. Dan 21 responden tercatat dalam kategori ini, dapat diartikan bahwa data atau informasi mengenai kepemilikan BPJS Kesehatan tidak tersedia atau tidak teridentifikasi untuk 21 responden.

Kemiskinan

Kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup minimum kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan makan maupun non makan. Dengan cara membandingkan tingkat konsumsi penduduk dengan garis kemiskinan atau jumlah rupiah untuk konsumsi orang per bulan. Berdasarkan data dari BPS Kabupaten Mimika yang dirilis diketahui bahwa kemiskinan di Kabupaten Mimika pada tahun 2023 sebesar 13, 55%. Berikut ini adalah data kemiskinan.

Tabel 4.8
Kemiskinan di Kabupaten Mimika Pada Tahun 2023

Tahun	Garis Kemiskinan (Rupiah/Kapita/Bulan)	Jumlah Penduduk Miskin (Ribu/Jiwa)	Persentase Penduduk Miskin (%)
2017	684.282	31.152	14.89
2018	762.184	31.175	14.55
2019	836.301	31.79	14.54
2020	870.355	31.75	14.26
2021	936.862	30.95	14.17
2022	1.002.327	31.58	14.28
2023	1.056.252	30.31	13.55

Sumber: BPS Kabupaten Mimika, 2024

Dalam penelitian ini penulis meneliti pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan statistik deskriptif untuk memberikan gambaran atau penjelasan tentang subjek yang diteliti. Tujuan dari analisis data chi square sampel adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara masing-masing variabel penelitian dan pengolahan data yang dilakukan menggunakan program SPSS.

Penelitian ini telah di tentukan bahwa yang mempengaruhi kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan seperti jarak,biaya transportasi, keramahan dan kepuasan layanan kesehatan.

Untuk Melakukan analisis pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan digunakan analisis chi square. Adapun hipotesis statistik analisis chi square dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

- a. H_0 : Tidak terdapat perbedaan akses layanan kesehatan berdasarkan kemiskinan atau dengan kata lain tidak terdapat pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan.
- b. H_a : Terdapat perbedaan akses layanan kesehatan berdasarkan kemiskinan, atau dengan kata lain terdapat pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan.

Dari hipotesis di atas, kriteria penerimaan hipotesis sebagai berikut:

H_0 diterima : jika harga X^2 hitung $< X^2$ tabel

H_a ditolak : jika harga X^2 hitung $> X^2$ tabel

Oleh karena pengukuran pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan digunakan indikator maka analisis terhadap masing-masing indikator dilakukan sebagai berikut:

Jarak

Berdasarkan penelitian jarak pada akses layanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1
Frekuensi Jarak

Kriteria Jawaban	Frekuensi	Persentase
Sangat Setuju	26	26%
Setuju	56	56%
Tidak Setuju	7	7%
Kurang Setuju	1	1%
Sangat Tidak Setuju	0	0
Jumlah	100	100%

Sumber: Data Diolah 2024

Pada tabel 5.1 dapat disimpulkan responden berpendapat bahwa terdapat 26% responden menyatakan sangat setuju bahwa kemiskinan mempengaruhi akses layanan kesehatan berdasarkan jarak, 56% responden menyatakan setuju, 7% responden menyatakan tidak setuju, 1% responden menyatakan kurang setuju dan yang memilih sangat tidak setuju tidak ada. Hasil pengolahan data SPSS untuk indikator jarak adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2

Hasil Analisis Data Menggunakan SPSS Untuk Indikator Jarak

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	72,379 ^a	33	,000
Likelihood Ratio	58,285	33	,004
Linear-by-Linear Association	16,611	1	,000
N of Valid Cases	100		

Berdasarkan nilai chi square sebesar 72,379 dan nilai p-value sebesar 0,000 dihitung menurut hasil pengolahan data yang ditunjukkan pada tabel 5.2

H₀ : Tidak terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator jarak berdasarkan kemiskinan

H_a : Terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator jarak berdasarkan kemiskinan

Bisa disimpulkan bahwa menolak H₀ dan menerima H_a , karena nilai p-value lebih kecil dari alpa dan chi square hitung lebih besar dari chi square tabel. Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan jarak.

Hasil analisis kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan jarak, karena masyarakat tidak memiliki cukup uang untuk biaya transportasi, baik itu untuk membeli bahan bakar kendaraan pribadi atau ongkos transportasi umum.

Biaya Transportasi

Berdasarkan penelitian biaya transportasi pada akses layanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.3

Frekuensi Biaya Tansportasi

Kriteria Jawaban	Frekuensi	Persentase
Sangat Setuju	42	42%
Setuju	52	52%
Tidak Setuju	1	1%
Kurang Setuju	5	5%
Sangat Tidak Setuju	0	0
Jumlah	100	100%

Sumber: Data Diolah 2024

Pada tabel 5.3 dapat disimpulkan responden berpendapat bahwa terdapat 42% responden menyatakan sangat setuju bahwa kemiskinan mempengaruhi akses layanan kesehatan berdasarkan biaya transportasi, 52% responden menyatakan setuju, 1% responden menyatakan tidak setuju, 5% responden menyatakan kurang setuju dan yang memilih sangat tidak setuju tidak ada Hasil pengolahan data SPSS untuk indikator Transportasi adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4
Hasil Analisis Data Menggunakan SPSS Untuk Indikator Biaya Transportasi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	75,141 ^a	33	,000
Likelihood Ratio	59,980	33	,003
Linear-by-Linear Association	25,443	1	,000
N of Valid Cases	100		

Berdasarkan nilai chi square sebesar 75,141 dan nilai p-value sebesar 0,000 dihitung menurut hasil pengolahan data yang ditunjukkan pada tabel 5.4

H₀ : Tidak terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator biaya transportasi berdasarkan kemiskinan

H_a : Terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator biaya transportasi berdasarkan kemiskinan

Bisa disimpulkan bahwa menolak H₀ dan menerima H_a , karena nilai p-value lebih kecil dari alpa dan chi square hitung lebih besar dari chi square tabel. Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan biaya transportasi.

Hasil analisis kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan biaya transportasi, karena ketika orang tidak mempunyai biaya transportasi dan menunda bahkan tidak mendapatkan perawatan kesehatan yang tepat waktu bisa memperburuk kesehatan mereka dan meningkatkan tingkat kemiskinan.

Keramahan

Berdasarkan penelitian keramahan pada akses layanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini:

Tabel 5.5

Frekuensi Keramahan

Kriteria Jawaban	Frekuensi	Persentase
Sangat Setuju	18	18%
Setuju	49	49%
Tidak Setuju	5	5%
Kurang Setuju	28	28%
Sangat Tidak Setuju	0	0
Jumlah	100	100%

Sumber: Data Diolah 2024

Pada tabel 5.5 dapat disimpulkan responden berpendapat bahwa terdapat 18% responden menyatakan sangat setuju bahwa kemiskinan mempengaruhi akses layanan kesehatan berdasarkan keramahan, 49% responden menyatakan setuju, 5% responden menyatakan tidak setuju, 28% responden menyatakan kurang setuju dan yang memilih sangat tidak setuju tidak ada. Hasil pengolahan data SPSS untuk indikator keramahan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.6

Hasil Analisis Data Menggunakan SPSS Untuk Indikator Keramahan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	77,784 ^a	33	,000
Likelihood Ratio	79,363	33	,000
Linear-by-Linear Association	37,577	1	,000
N of Valid Cases	100		

Berdasarkan nilai chi square sebesar 77,784 dan nilai p-value sebesar 0,000 dihitung menurut hasil pengolahan data yang ditunjukkan pada tabel 5.6

H₀ : Tidak terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator keramahan berdasarkan kemiskinan.

H_a : Terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator keramahan berdasarkan kemiskinan.

Bisa disimpulkan bahwa menolak H_0 dan menerima H_a , karena nilai p-value lebih kecil dari α dan chi square hitung lebih besar dari chi square tabel. Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan keramahan.

Hasil analisis kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan keramahan, karena keramahan dapat mengurangi penilaian negatif yang mungkin dirasakan oleh pasien. Hal ini penting karena sikap kurang ramah dapat mereka enggan untuk mencari perawatan atau kembali ke fasilitas kesehatan.

Kepuasan

Berdasarkan penelitian kepuasan pada akses layanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini:

Tabel 5.7

Frekuensi Kepuasan

Kriteria Jawaban	Frekuensi	Persentase
Sangat Setuju	13	13%
Setuju	49	49%
Tidak Setuju	6	6%
Kurang Setuju	32	32%
Sangat Tidak Setuju	0	0%
Jumlah	100	100%

Sumber: Data Diolah 2024

Pada tabel 5.7 dapat disimpulkan responden berpendapat bahwa terdapat 13% responden menyatakan sangat setuju bahwa kemiskinan mempengaruhi akses layanan kesehatan berdasarkan kepuasan, 49% responden menyatakan setuju, 6% responden menyatakan tidak setuju, 32% responden menyatakan kurang setuju dan yang memilih sangat tidak setuju tidak ada. Hasil pengolohan data SPSS untuk indikator kepuasan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8

Hasil Analisis Data Menggunakan SPSS Untuk Indikator Kepuasan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	66,432 ^a	33	,000
Likelihood Ratio	61,621	33	,002
Linear-by-Linear Association	27,480	1	,000
N of Valid Cases	100		

Berdasarkan nilai chi square sebesar 66,432 dan nilai p-value sebesar 0,000 dihitung menurut hasil pengolahan data yang ditunjukkan pada tabel 5.8

H₀ : Tidak terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator kepuasan berdasarkan kemiskinan.

H_a : Terdapat perbedaan akses layanan kesehatan pada indikator kepuasan berdasarkan kemiskinan.

Bisa disimpulkan bahwa menolak H₀ dan menerima H_a , karena nilai p-value lebih kecil dari alpa dan chi square hitung lebih besar dari chi square tabel. Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan kepuasan.

Hasil analisis kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan kepuasan, karena layanan kesehatan yang diberikan petugas tidak sesuai dengan jadwal dan prosedur yang ditentukan.

Berdasarkan penelitian, indikator akses layanan kesehatan secara keseluruhan dilihat dalam tabel 5.9 berikut:

Tabel 5.9
Indikator Akses Layanan Kesehatan

Kriteria Jawaban	Y1	Y2	Y3	Y4	Total
Sangat Setuju	26	42	32	13	113
Setuju	56	52	64	49	221
Tidak Setuju	7	1	1	6	15
Kurang Setuju	1	5	3	32	41
Sangat Tidak Setuju	0	0	0	0	0

Sumber: Data Diolah 2024

Pada tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa dari kriteria jawaban total sangat setuju sebanyak 113 , 221 setuju, 14 tidak setuju, 41 kurang setuju dan sangat tidak setuju tidak ada.

Berikut ini merupakan hasil pengolahan data SPSS untuk keseluruhan dari indikator akses layanan kesehatan.

Tabel 5.10
Hasil Analisis Data Menggunakan SPSS Untuk keseluruhan Indikator

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1770,000 ^a	9	,000
Likelihood Ratio	1248,696	9	,000

Linear-by-Linear Association	585,478	1	,000
N of Valid Cases	590		

Berdasarkan nilai chi square sebesar 1770,000 dan nilai p-value sebesar 0,000 dihitung menurut hasil pengolahan data yang ditunjukkan pada tabel 5.10

Pengujian Hipotesis

Untuk membuktikan hipotesis yang mengatakan bahwa kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan signifikan di pengaruhi oleh 4 indikator yaitu :

- Dari uji hipotesis yang sudah dilakukan didapat nilai signifikan sebesar 0,000 lebih besar dari nilai $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa kemiskinan berpengaruh signifikan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan jarak di Kabupaten Mimika.
- Dari uji hipotesis yang sudah dilakukan didapat nilai signifikan sebesar 0,000 lebih besar dari nilai $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa kemiskinan berpengaruh signifikan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan biaya transportasi di Kabupaten Mimika.
- Dari uji hipotesis yang telah dilakukan didapat nilai signifikan sebesar 0,000 lebih besar dari nilai $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa kemiskinan berpengaruh signifikan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan keramahan di Kabupaten Mimika.
- Dari uji hipotesis yang sudah dilakukan didapat nilai signifikan sebesar 0,000 lebih besar dari nilai $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa kemiskinan berpengaruh signifikan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan kepuasan di Kabupaten Mimika.

Hasil dari analisis menunjukan bahwa kemiskinan berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan dengan demikian hipotesis ini diterima.

Pembahasan

Pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan indikator jarak, karena masyarakat tidak memiliki cukup uang untuk biaya transportasi baik itu untuk bahan bakar kendaraan pribadi atau ongkos transportasi umum, karena jarak penghalang bagi masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan, semakin jauh jarak yang harus di tempuh bisa meperburuk kesehatan. Syarat pokok layanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai oleh masyarakat Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan terutama dari lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan layanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting bagi masyarakat (Hidayah et al. 2019:5).

Pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan biaya transportasi, ketika pendapatan keluarga terbatas biaya transportasi menjadi beban tambahan yang mengurangi kemampuan mereka untuk mendapatkan perawatan yang layak, karena masyarakat seringkali dihadapkan pada tantangan biaya untuk mengakses layanan kesehatan, biaya transportasi menjadi hambatan bagi masyarakat. Menurut Anderson seperti yang di kutip ole (Nainggolan, Hapsari, and Indrawati 2016:11), bahwa faktor dan sarana biaya transportasi merupakan faktor yang memungkinkan dan mendukung dalam layanan kesehatan, sarana transportasi akan memudahkan masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan.

Pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan keramahan, karena masyarakat belum merasakan pentingnya empati dalam budaya yang lebih ramah, ketika keramahan petugas membuat pasien merasa lebih nyaman dan di hargai maka akan meningkatkan kepuasan mereka terhadap layanan yang di berikan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1996: 812) seperti yang di kutip (Made Anggaraeni 2021:4), keramahan adalah kebaikan hati dan keakraban dalam bergaul. Dari definisi tersebut dapat dikembangkan bahwa keramahan karyawan adalah kebaikan hati dan keakraban yang diberikan oleh petugas dalam berinteraksi atau melayani masyarakat.

Pengaruh kemiskinan terhadap akses layanan kesehatan berdasarkan kepuasan, karena pelayanan kesehatan yang di berikan petugas tidak sesuai dengan jadwal yang di tentukan dan prosuder pelayanan yang diberikan sangat berbelit-belit, karena tingkat kepuasan pasien dapat mempengaruhi keputusan mereka untuk mencari perawatan atau tidak apabila pasien merasa puas layanan yang diterima mereka cenderung akan lebih rutin mengakses layanan kesehatan dan mengikuti anjuran medis. Pasien biasanya mempunyai pengalaman kurang baik atau tidak menyenangkan, bahkan menakutkan ketika pergi berobat karena pelayanan yang didapatkan tidak maksimal dan cenderung merugikan pasien dan hal ini bisa mengakibatkan ketidakpuasan pasien (Made Anggaraeni 2021:3).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data, kemiskinan memiliki pengaruh signifikan terhadap akses layanan kesehatan, terutama dalam empat aspek utama: biaya transportasi, jarak tempuh, keramahan layanan, dan kepuasan pasien. Pertama, masyarakat miskin sering kali kesulitan mengakses layanan kesehatan karena mereka tidak mampu membayar biaya transportasi, baik untuk bahan bakar kendaraan pribadi maupun ongkos transportasi umum. Jarak yang harus ditempuh untuk mendapatkan layanan kesehatan menambah hambatan bagi mereka, memperburuk kondisi kesehatan akibat keterlambatan dalam mencari pengobatan. Kedua, pendapatan keluarga yang terbatas membuat biaya transportasi menjadi beban tambahan yang signifikan, mengurangi kemampuan mereka untuk mendapatkan perawatan medis yang layak. Ketiga, faktor keramahan dalam layanan kesehatan juga terpengaruh oleh kondisi kemiskinan, di mana masyarakat yang kurang memahami pentingnya empati dalam budaya layanan kesehatan mungkin merasa kurang nyaman saat berinteraksi dengan petugas kesehatan. Hal ini berdampak pada kenyamanan dan kepuasan pasien terhadap layanan yang diterima. Terakhir, tingkat kepuasan pasien sangat memengaruhi keputusan mereka untuk terus mengakses layanan kesehatan. Ketika pelayanan tidak sesuai dengan jadwal yang dijanjikan atau prosedur yang rumit diterapkan, pasien cenderung merasa tidak puas dan enggan untuk kembali mencari perawatan di masa depan. Berdasarkan kesimpulan tersebut, penulis menyarankan agar pemerintah atau lembaga terkait memberikan subsidi atau bantuan transportasi bagi masyarakat miskin yang memerlukan akses kesehatan, serta mempertimbangkan kebijakan transportasi umum yang terjangkau bagi kelompok masyarakat rentan. Selain itu, pelatihan komunikasi dan pelayanan yang ramah bagi petugas kesehatan sangat penting untuk meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien dalam menggunakan layanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Arsyad, Lincoln. 2015. "Ekonomi Pembangunan Dan Pembangunan Ekonomi." *Ekonomi Pembangunan Berkelanjutan* 05(01):1–37.

- Devi, Sari, And Lia Salvia Syahmalluddin. 2022. "Kesehatan Dalam Islam: Konsep Perekonomian Dan Pengentasan Kemiskinan." *Saree: Research In Gender Studies* 4(1):12–24.
- Fadilla, Arif. 2018. "Analisis Kebijakan Dan Strategi Pengentasan Kemiskinan Di Kota Tangerang Provinsi Banten." *Eqien: Jurnal Ekonomi Dan Bisnis* 4(2):38–47. Doi: 10.34308/Eqien.V4i2.46.
- Febrianti, Tintin. 2017. "Analisis Perbandingan Konsep Keberfungsian Sosial Dalam Pengentasan Kemiskinan Nelayan Di Wilayah Pesisir." *Mimbar Agribisnis: Jurnal Pemikiran Masyarakat Ilmiah Berwawasan Agribisnis* 1(1):71. Doi: 10.25157/Ma.V1i1.34.
- Freshka Hasiani. S. 2012. "Faculty Of Economic, Riau University, Pekanbaru, Indonesia." 4(2006):1–13.
- Hasiani, Freshka. 2015. "Analisis Kualitas Sumber Daya Manusia Dan Pengaruhnya Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Di Kabupaten Pelalawan." *Jom Fekon* 2(2):1–15.
- Hidayah, Noor, Rusmi Yuliarti, Universitas Muhammadiyah Kudus, And Kepatuhan Minum Obat. 2019. "H Ubungan J Arak R Umah D Engan K Epatuhan M Inum O Bat." 10(1):248–55.
- Igo & Agung. 2018. "Penggunaan Uji Chi – Square Untuk Mengetahui Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Umur Terhadap Pengetahuan Penasun Mengenai Hiv – Aids Di Provinsi Dki Jakarta Igo Cahya Negara Agung Prabowo Jurusan Matematika , Fmipa Universitas Jenderal Soedirman , Purwokert."
- Irma Muliati Manuho, Ddk. 2020. "Kualitas Sumberdaya Manusia Pesisir Pantai." *Jurnal Ilmu Pendidikan* 7(2):809–20.
- Itang. 2015. "Faktor Faktor Penyebab Kemiskinan." *Keislaman, Kemasyarakatan Dan Kebudayaan* 16(1):1–30.
- Krisnaldy, Krisnaldy, And Mira Deliana. 2018. "Analisis Rasio Keuangan Apbd Provinsi Dki Jakarta." *Kreatif : Jurnal Ilmiah Prodi Manajemen Universitas Pamulang* 6(3):49. Doi: 10.32493/Jk.V6i3.Y2018.P49-58.
- Laksono, Agung Dwi. 2019. "Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan." (21):22–52.
- Made Anggaraeni, Ni. 2021. "Pengaruh Waktu Tunggu, Keramahan Petugas Dan Kompetensi Petugas Terhadap Kepuasan Pelanggan Uptd Puskesmas li Negara (Suatu Kajian Studi Literatur Manajemen Sumber Daya Manusia)." *Jurnal Ilmu Hukum, Humaniora Dan Politik* 1(2):225–34. Doi: 10.38035/Jihhp.V1i2.675.
- Muizunzila, Fahiratun Afiat, Sa'un Mukramin, Kaharuddin, And Maemunah. 2023. "Fenomena Kemiskinan : Studi Pada Masyarakat Pemulung Di Panampu." *Jrp Jurnal Relasi Publik* 1(3):26–34.
- Mukhlis, Frisdiantara &. 2016. *Ekonomi Pembangunan*.
- Nahriyah, Nurun. 2021. "Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan Dengan Kepuasan Masyarakat Di Puskesmas Pekapuran Raya Kota Banjarmasin." *As Siyash* 5(12):1–13.
- Nainggolan, Olwin, Dwi Hapsari, And Lely Indrawati. 2016. "Pengaruh Akses Ke Fasilitas Kesehatan Terhadap Kelengkapan Imunisasi Baduta (Analisis Riskesdas 2013)." *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan* 26(1):15–28. Doi: 10.22435/Mpk.V26i1.4900.15-28.

- Raditiya Firda Maulany, Dkk. 2021. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akses Kesehatan." *Indonesian Journal Of Pharmacy And Natural Product* 04(May):142–49.
- Sabitta, Haura, Zikra Loen, Sabita Alya, Siti Azahra, Herni Yulianti, Olivia Nur Fatimah, Indah Sari, Isfha Nur Azizah, Adinda Triani, Rahma Putri, Nanang Martono, Universitas Jenderal Soedirman, Informasi Artikel, And Jurnal Education. 2024. "Kemiskinan , Pendidikan , Dan Akses Layanan Kesehatan." 12(2):35–45.
- Setyaningsih, Rila. 2018. "Peran Teknologi Informasi Dan Komunikasi Dalam Mengentaskan Kemiskinan Perkotaan (Studi Kasus Pada Komunitas Punk Di Kota Yogyakarta)." *Perspektif Komunikasi: Jurnal Ilmu Komunikasi Politik Dan Komunikasi Bisnis* 1(1).
- Sidik Priadana & Denok. 2021. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Tangerang Selatan Tangerang Selatan.
- Subandi. 2019. *Ekonomi Pembangunan*. 5th Ed. Edited By E. Riduwan. Bandung: Cv Alfabeta.
- Wardhana, Adhitya, And Bayu Kharisma. 2019. "Peran Pengeluaran Sektor Pendidikan Dan Sektor Kesehatan Terhadap Kemiskinan Di Indonesia." *E-Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana* 8(12):1343–66.
- Widodo, Adi, Waridin Waridin, And Johanna Maria Kodoatie. 2012. "Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Di Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia Di Provinsi Jawa Tengah." *Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan* 1(1):25. Doi: 10.14710/Jdep.1.1.25-42.
- Zahrawati, Fawziah. 2020. "Pembebasan Jerat Feminisasi Kemiskinan." *Al Ma'arif : Jurnal Pendidikan Sosial Dan Budaya* 2(1):9–16. Doi: 10.35905/Almaarif.V2i1.1327.
- Zakiyuddin Baidhawiy. 2015. *Kemiskinan Dan Kritik Atas Globalisme Neo-Liberal*. Edited By F. Nabhan. Salatiga: Lp2m-Press.
- Zellatifanny, Cut Medika, And Bambang Mudjiyanto. 2018. "Tipe Penelitian Deskripsi Dalam Ilmu Komunikasi." *Diakom : Jurnal Media Dan Komunikasi* 1(2):83–90. Doi: 10.17933/Diakom.V1i2.20