

# Ketimpangan Sistem Pelayanan Kesehatan dan Dinamika Keluhan Penduduk: Bukti Spasial dari Provinsi Kepulauan di Indonesia

## *Health System Inequality and the Dynamics of Population Health Complaints: Spatial Evidence from an Archipelagic Province in Indonesia*

Kadek Dwipa Citra Lestari 

Akademi Administrasi Rumah Sakit Mataram, Mataram, Indonesia

### Abstrak

Keluhan kesehatan penduduk merupakan indikator morbiditas subjektif yang penting dalam menilai kinerja sistem pelayanan kesehatan dan ketimpangan kesehatan antarwilayah. Meskipun secara nasional terjadi penurunan keluhan kesehatan, Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) masih mencatat tingkat keluhan tertinggi di Indonesia, disertai disparitas spasial yang signifikan antar kabupaten/kota. Sebagian besar kajian sebelumnya cenderung bersifat potret statis tahunan dan belum mampu menjelaskan kecepatan perbaikan atau degradasi kesehatan masyarakat sebagai hasil pembangunan sistem kesehatan daerah. Penelitian ini bertujuan menganalisis dinamika tren keluhan kesehatan penduduk, mengidentifikasi disparitas laju perubahan antarwilayah, serta menjelaskan perbedaannya dalam kaitannya dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan di Provinsi NTB selama periode 2019–2023. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif komparatif berbasis data sekunder Badan Pusat Statistik (BPS), dengan teknik analisis tren dan perhitungan laju pertumbuhan rata-rata tahunan (*Compound Annual Growth Rate/CAGR*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara agregat Provinsi NTB mengalami penurunan keluhan kesehatan dengan CAGR  $-2,94\%$ , namun terdapat dispersi antarwilayah yang sangat lebar, dari  $-13,16\%$  hingga  $+4,66\%$ . Wilayah kota menunjukkan laju perbaikan kesehatan yang jauh lebih cepat dibandingkan wilayah kabupaten, sementara beberapa kabupaten justru mengalami peningkatan keluhan kesehatan meskipun jumlah sarana pelayanan kesehatan relatif besar. Temuan ini mengindikasikan bahwa pertumbuhan kuantitas sarana kesehatan tidak secara otomatis menurunkan keluhan kesehatan tanpa dukungan kualitas layanan dan efektivitas sistem rujukan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa dinamika kesehatan masyarakat di NTB bersifat struktural dan sistemis. Oleh karena itu, rekomendasi kebijakan diarahkan pada penguatan kualitas layanan, integrasi sistem rujukan, dan pemanfaatan indikator keluhan kesehatan sebagai instrumen evaluasi kebijakan kesehatan daerah secara berkelanjutan.

### DOI

[10.63892/aletheia.2.2025.95-107](https://doi.org/10.63892/aletheia.2.2025.95-107)

### Tanggal Diajukan

5 Agustus 2025

### Tanggal Diterima

11 Oktober 2025

### Tanggal Diterbitkan

31 Desember 2025

### Penulis Korespondensi

Kadek Dwipa Citra Lestari  
[citra203lestari@gmail.com](mailto:citra203lestari@gmail.com)

© Penulis 2025



Karya ini dilisensikan di bawah lisensi CC BY 4.0. Untuk melihat salinan lisensi ini, kunjungi <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

### Kata Kunci

Keluhan Kesehatan; Ketimpangan Kesehatan; Dinamika Spasial; Sarana Pelayanan Kesehatan; Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB).

### **Abstract**

*Population health complaints are a key indicator of subjective morbidity that reflects both community health conditions and the performance of health service systems across regions. Despite a national decline in health complaints, West Nusa Tenggara Province (NTB) continues to record the highest prevalence in Indonesia, accompanied by substantial spatial disparities among districts and cities. Previous studies have largely relied on static annual snapshots and have not adequately captured the speed of health improvement or deterioration as an outcome of regional health system development. This study aims to analyze trends in population health complaints, identify disparities in the rate of change across regions, and examine their relationship with the availability of health service facilities in NTB during 2019–2023. A quantitative descriptive-comparative approach was employed using secondary data from Statistics Indonesia (BPS), analyzed through trend analysis and Compound Annual Growth Rate (CAGR) calculations. The findings indicate that, at the provincial level, NTB experienced an overall decline in health complaints with a CAGR of -2.94%, yet interregional disparities were pronounced, ranging from -13.16% to +4.66%. Urban areas exhibited significantly faster improvements in health complaints than rural districts, while several districts experienced increasing complaints despite relatively extensive health infrastructure. These results suggest that quantitative expansion of health facilities alone does not necessarily reduce health complaints without effective service quality and referral system integration. The study concludes that health dynamics in NTB are structural and systemic in nature. Accordingly, policy recommendations emphasize strengthening service quality, improving referral system integration, and institutionalizing health complaint indicators as a continuous evaluation tool for regional health policies.*

### **Keywords**

*Health Complaints; Health Inequality; Spatial Dynamics; Health Facilities; West Nusa Tenggara Province (NTB).*

## 1. Pendahuluan

Keluhan kesehatan penduduk merupakan indikator penting dalam kajian kesehatan masyarakat karena mencerminkan kondisi morbiditas subjektif atau angka kesakitan yang dialami individu sekaligus kinerja sistem pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Berbeda dengan indikator mortalitas atau rawat inap, keluhan kesehatan mampu menangkap gangguan kesehatan yang belum mencapai tahap klinis berat, namun secara signifikan memengaruhi produktivitas, kualitas hidup, dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan masyarakat (Widayanti dkk., 2020). Indikator morbiditas subjektif merefleksikan tidak hanya kondisi biologis individu, tetapi juga kualitas sistem pelayanan kesehatan, lingkungan hidup, serta efektivitas kebijakan publik di tingkat daerah. Dalam konteks kesehatan masyarakat modern, indikator ini semakin penting karena mampu menangkap gangguan kesehatan yang belum tentu tercermin dalam angka kematian atau rawat inap, tetapi secara nyata memengaruhi produktivitas dan kualitas hidup penduduk.

Secara nasional, Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat adanya tren penurunan persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dalam lima tahun terakhir (2019–2023). Publikasi BPS berjudul Profil Statistik Kesehatan, Volume 7, 2023, pada Desember 2023 mendefinisikan keluhan kesehatan meliputi batuk, pilek, demam, termasuk juga penduduk yang memiliki penyakit kronis, mempunyai keluhan kesehatan akibat kecelakaan, keluhan kesehatan pada ibu hamil atau wanita yang sedang menstruasi seperti mual dan pusing, ataupun keluhan psikologis yang berdampak pada keluhan fisik seperti bulimia. Sementara, definisi operasional angka kesakitan adalah persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir dan keluhan yang dialami tersebut mengakibatkan terganggunya kegiatan sehari-hari (Badan Pusat Statistik, 2023). Secara nasional, dari 100 penduduk terdapat 26 orang yang mempunyai keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir pada 2023. Meskipun terjadi penurunan persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir semenjak 2019 sebesar 6,09%, namun capaian agregat tersebut menutupi disparitas spasial yang signifikan antarprovinsi dan antarwilayah kabupaten/kota, terutama antara kawasan urban dan rural. Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) tercatat sebagai provinsi dengan persentase keluhan kesehatan tertinggi di Indonesia pada tahun 2023 (39,4%), jauh melampaui rata-rata nasional (26,27%). Kondisi ini menempatkan NTB sebagai wilayah dengan beban morbiditas subjektif yang relatif tinggi, sekaligus sebagai kasus penting untuk memahami ketimpangan kesehatan di wilayah non-metropolitan dan kepulauan (Soewondo dkk., 2019).

Dalam studi ini, faktor penentu sosial kesehatan (*social determinants of health*) digunakan sebagai teori utama, di mana derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh interaksi faktor sosial, ekonomi, lingkungan, dan kapasitas sistem pelayanan kesehatan, bukan semata oleh faktor biologis individual (Adisasmitho dkk., 2020). Oleh karena itu, tingginya prevalensi keluhan kesehatan di suatu wilayah dapat pula mencerminkan ketimpangan struktural dalam distribusi sumber daya kesehatan dan akses layanan yang adil. Hal ini dipertegas dalam Teori Kesetaraan Kesehatan (*health equity theory*), di mana perbedaan derajat kesehatan antarwilayah merupakan produk dari ketidaksetaraan peluang (*inequitable access*), bukan variasi alamiah populasi (Laksono dkk., 2019; Novita & Hafidz, 2022).

Pada tataran rentang menengah, fenomena tersebut dapat dijelaskan melalui teori ketimpangan akses pelayanan kesehatan (*health access inequality*) dan disparitas spasial kesehatan (*spatial disparities in health*). Literatur menunjukkan bahwa wilayah dengan karakteristik rural, kepadatan penduduk tinggi, dan hambatan geografis cenderung memiliki tingkat utilitas pelayanan kesehatan yang lebih rendah meskipun kebutuhan kesehatan lebih tinggi (Wulandari dkk., 2023). Keterbatasan akses fisik, ekonomi, dan informasi terhadap fasilitas kesehatan mendorong praktik swamedikasi, penundaan perawatan atau cenderung mengalami perilaku menunda perawatan (*delayed care-seeking behavior*), serta keterlambatan deteksi dini penyakit, yang pada akhirnya meningkatkan frekuensi dan persistensi keluhan kesehatan (Rausanfikra dkk., 2023).

Dalam konteks NTB, disparitas antara wilayah kota dan kabupaten semakin dipertegas oleh perbedaan ketersediaan dan kapasitas sarana kesehatan. Studi-studi sebelumnya menunjukkan bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan secara absolut tidak serta-merta menjamin kecukupan layanan apabila tidak sebanding dengan beban populasi dan kapasitas sistem rujukan ([Ariani & Pujiyanto, 2019](#)). Ketimpangan antara layanan primer dan layanan rujukan menciptakan kondisi “cukup secara statistik, tetapi kurang secara fungsional”, di mana fasilitas tingkat pertama menanggung beban layanan yang melebihi kapasitas diagnostik dan terapeutiknya ([Asmara dkk., 2024](#); [Herdiani dkk., 2024](#)). Dengan kata lain, tingginya keluhan kesehatan di NTB tidak dapat dipahami semata-mata sebagai persoalan medis, melainkan sebagai hasil interaksi kompleks antara keterbatasan akses sarana rujukan, beban demografi, kondisi geografis kepulauan, serta ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan.

Pada tataran teori terapan, kerangka kapasitas sistem kesehatan (*health system capacity*) menekankan bahwa stabilitas kesehatan masyarakat ditentukan oleh keseimbangan antara layanan promotif–preventif di tingkat primer dan kemampuan intervensi medis lanjutan di tingkat rujukan. Wilayah dengan sistem rujukan yang lemah cenderung mengalami akumulasi keluhan kesehatan yang tidak tertangani secara tuntas, sehingga meningkatkan beban morbiditas komunitas ([Calundu, 2024](#)). Kondisi ini semakin kompleks di wilayah kepulauan dan rural seperti NTB, yang menghadapi tantangan geografis, keterbatasan tenaga kesehatan, dan kapasitas fiskal daerah yang tidak merata ([Sejati dkk., 2025](#)).

Kualitas pelayanan kesehatan, termasuk dalam penanganan keluhan masyarakat, secara empiris sangat dipengaruhi oleh kecukupan sarana-prasarana pelayanan kesehatan dan dukungan pendanaan yang memadai, sehingga menuntut pemerintah untuk melakukan evaluasi dan peningkatan pelayanan secara berkelanjutan melalui rangkaian kegiatan yang terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan oleh pemerintah dan masyarakat ([Ginting dkk., 2024](#)). Kewajiban negara tersebut memiliki dasar hukum yang kuat dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan hak setiap orang untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya melalui lingkungan yang sehat, akses terhadap informasi dan edukasi kesehatan yang bertanggung jawab, serta jaminan transparansi dan perlindungan data kesehatan pribadi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, sehingga menciptakan kemandirian dan mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Integrasi antara pemenuhan hak atas lingkungan sehat dan hak atas informasi kesehatan ini merupakan fondasi normatif bagi terwujudnya sistem pelayanan kesehatan yang berkeadilan, akuntabel, dan responsif terhadap keluhan kesehatan masyarakat, khususnya dalam konteks implementasi kebijakan kesehatan oleh pemerintah daerah ([Atmawijaya dkk., 2025](#)).

Meskipun kajian mengenai disparitas kesehatan dan pemanfaatan layanan kesehatan di Indonesia telah banyak dilakukan, sebagian besar penelitian masih bersifat potret statis tahunan, yang menekankan perbandingan tingkat (level) antarwilayah pada satu titik waktu tertentu. Pendekatan tersebut belum sepenuhnya mampu menjelaskan kecepatan perbaikan atau degradasi kesehatan masyarakat sebagai hasil dari kebijakan dan pembangunan sistem kesehatan daerah. Orientasi studi pada “wilayah mana yang tertinggal” lebih sering dijawab dibandingkan pertanyaan “seberapa cepat suatu wilayah membaik atau memburuk”.

Secara praksis, studi ini diposisikan sebagai analisis kesehatan regional yang berorientasi pada kebijakan (policy-oriented regional health analysis) yang mengintegrasikan perspektif teori keadilan kesehatan, disparitas spasial, dan kapasitas sistem kesehatan untuk menjelaskan dinamika keluhan kesehatan penduduk di Provinsi NTB. Pemetaan tren keluhan kesehatan penduduk didukung perkembangan kecepatan perbaikan atau degradasi kesehatan masyarakat antar kabupaten/kota dalam kaitannya dengan ketersediaan sarana Kesehatan yang merefleksikan tantangan universal negara berkembang dalam mengelola ketimpangan akses kesehatan di wilayah non-metropolitan.

Bertolak dari latar belakang tersebut, dirumuskan pertanyaan penelitian: (1) Bagaimana tren keluhan kesehatan penduduk di setiap kabupaten/kota di Provinsi NTB selama periode 2019–2023? (2) Wilayah mana yang menunjukkan laju penurunan dan kenaikan keluhan kesehatan tertinggi dan terendah? dan (3) Bagaimana perbedaan dinamika tren keluhan kesehatan antara kota dan kabupaten ditinjau dari ketersediaan sarana pelayanan kesehatannya? Sejalan dengan pertanyaan tersebut, studi ini ditujukan untuk menganalisis dinamika tren keluhan kesehatan penduduk, mengidentifikasi disparitas laju perubahan keluhan kesehatan antarwilayah, dan menjelaskan perbedaan dinamika tren keluhan kesehatan antarwilayah berbasis sarana pelayanan kesehatan agar dapat menjadi dasar empiris bagi perumusan kebijakan pemerataan dan penguatan sistem pelayanan kesehatan daerah di Provinsi NTB.

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif deskriptif komparatif, yang dirancang untuk menggambarkan, mengukur, dan membandingkan fenomena kesehatan masyarakat secara sistematis antarwilayah dalam satu kurun waktu yang sama (Creswell, 2009). Desain komparatif dipilih karena studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi perbedaan dinamika tren keluhan kesehatan penduduk di sepuluh kabupaten/kota di Provinsi NTB selama periode 2019–2023, sekaligus menganalisis hubungannya dengan perkembangan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan di masing-masing wilayah. Pendekatan ini sesuai kerangka “*policy-oriented regional health analysis*”, yang mengintegrasikan perspektif teori keadilan kesehatan dan disparitas spasial untuk menghasilkan rekomendasi berbasis bukti empiris (Bryman, 2016). Unit analisis dalam studi ini adalah kabupaten/kota, sedangkan unit pengamatan mencakup seluruh penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir serta semua kategori sarana pelayanan kesehatan di Provinsi NTB.

Data yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh melalui teknik pengumpulan data sekunder berbasis penelitian kepustakaan (*library research*), yaitu pengumpulan informasi dari sumber tertulis yang telah dipublikasikan sebelumnya oleh lembaga resmi dan kredibel (Nursapia, 2014; Sari & Asmendri, 2020). Penelitian kepustakaan merupakan metode yang tepat dan efisien untuk kajian yang mengandalkan data agregat lintas waktu yang telah dikompilasi oleh otoritas statistik negara, sehingga memungkinkan validitas dan reliabilitas data lebih terjaga (Sari, 2021). Sumber data utama adalah “Tabel Statistik Kesehatan tentang Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan Selama Sebulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTB, Tahun 2019–2023” dan “Tabel Statistik Kesehatan tentang Jumlah Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus, Puskesmas, Klinik Pratama, dan Posyandu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTB, Tahun 2019–2023”, yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi NTB. Kedua sumber data tersebut dikategorikan sebagai data sekunder yang bersifat resmi dan terstruktur, sebagaimana diklasifikasikan dalam hierarki sumber data penelitian yang mencakup tingkatan primer, sekunder, dan tersier (Sulung & Muspawi, 2024).

Teknik analisis data yang diterapkan dalam penelitian ini mencakup dua tahapan utama yang saling melengkapi. Pertama, analisis deskriptif tren, dilakukan dengan menyusun tabel dinamika tahunan untuk melacak perubahan persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan serta perubahan jumlah sarana pelayanan kesehatan secara “*time series*” dari 2019 hingga 2023. Kedua, perhitungan laju pertumbuhan rata-rata tahunan menggunakan formula *Compound Annual Growth Rate* (CAGR). Formula CAGR dipilih karena mampu mengukur tingkat pertumbuhan tahunan yang konsisten dengan mempertimbangkan efek *compounding*, sehingga lebih akurat dalam menggambarkan kinerja jangka panjang dibandingkan metode selisih sederhana, dan telah banyak diterapkan dalam analisis tren kesehatan dan epidemiologi (Hodge dkk., 2014; Kleden, 2024).

Interpretasi data dilakukan secara kontekstual dengan mengintegrasikan hasil analisis tren keluhan kesehatan dan dinamika perkembangan sarana pelayanan kesehatan secara bersamaan, agar dapat menjelaskan fenomena disparitas kesehatan antarwilayah secara holistik dan berbasis bukti. Laju pertumbuhan keluhan kesehatan di masing-masing kabupaten/kota diinterpretasikan dalam tiga kategori: wilayah dengan tren penurunan keluhan (laju negatif), wilayah dengan tren kenaikan keluhan (laju positif), dan wilayah agregat provinsi sebagai titik referensi perbandingan. Interpretasi selanjutnya dilakukan dengan mempertimbangkan perbedaan kapasitas dan distribusi sarana kesehatan antarwilayah kota dan kabupaten, mengikuti kerangka teori disparitas spasial kesehatan dan kapasitas sistem kesehatan yang telah diuraikan dalam pendahuluan. Seluruh temuan diinterpretasikan dalam konteks kebijakan pemerintah daerah, sehingga hasil studi ini dapat menjadi dasar empiris bagi perumusan strategi pemerataan akses pelayanan kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat.

### 3. Hasil dan Pembahasan

#### 3.1. Membaca Arah Perbaikan Kesehatan Masyarakat: Dinamika Keluhan Penduduk Antarwilayah

Dalam upaya memberikan gambaran empiris mengenai dinamika keluhan kesehatan penduduk sebagai indikator morbiditas subjektif yang sensitif terhadap perubahan kondisi sosial, ekonomi, dan kapasitas sistem pelayanan kesehatan daerah, digunakan data deret waktu 2019–2023 yang memungkinkan identifikasi tidak hanya arah perubahan (menurun atau meningkat), tetapi juga kecepatan perubahan melalui penghitungan laju pertumbuhan rata-rata tahunan (CAGR), sehingga perbedaan performa kesehatan antar kabupaten/kota dapat dianalisis secara lebih adil dan proporsional. Pendekatan ini sejalan dengan kerangka *social determinants of health* yang menegaskan bahwa variasi derajat kesehatan antarwilayah merupakan refleksi dari ketimpangan struktural, bukan semata perbedaan biologis penduduk. Dalam perspektif pembangunan regional, variasi laju perubahan keluhan kesehatan juga mencerminkan kapasitas adaptasi kebijakan kesehatan daerah terhadap tekanan sosial-ekonomi dan lingkungan, di mana wilayah dengan tata kelola dan efektivitas intervensi yang lebih baik cenderung menunjukkan percepatan penurunan keluhan kesehatan secara lebih konsisten ([Tenriyola, 2025](#)). Temuan dalam [Tabel 1](#) menjadi dasar penting untuk menilai apakah perbaikan kesehatan masyarakat berlangsung secara inklusif atau justru memperlebar kesenjangan antarwilayah, sebagaimana ditunjukkan dalam kajian makro sosial-ekonomi yang menempatkan dinamika kesehatan sebagai bagian integral dari kinerja pembangunan daerah.

Data pada [Tabel 1](#) menyajikan dinamika persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan di sepuluh kabupaten/kota di Provinsi NTB selama periode 2019–2023. Secara agregat, Provinsi NTB mencatat penurunan dari 44,39% pada tahun 2019 menjadi 39,40% pada tahun 2023, dengan laju pertumbuhan tahunan (CAGR) sebesar  $-2,94\%$ . Namun demikian, capaian agregat tersebut menyimpan disparitas antarwilayah yang signifikan, sebagaimana ditunjukkan oleh rentang CAGR yang sangat luas mulai dari  $-13,16\%$  hingga  $+4,66\%$ . Dari sepuluh wilayah, delapan menunjukkan tren penurunan keluhan kesehatan, sedangkan dua wilayah, yaitu: Kabupaten Lombok Timur dan Kabupaten Lombok Utara, mencatat tren kenaikan. Seluruh wilayah mengalami fluktuasi tahunan yang tidak monoton, mengindikasikan bahwa dinamika kesehatan masyarakat bukan merupakan proses linear, melainkan hasil dari interaksi kompleks antara faktor sosial, lingkungan, dan kapasitas sistem pelayanan kesehatan.

Dua wilayah urban, Kota Bima dan Kota Mataram, mencatatkan laju penurunan keluhan kesehatan tertinggi di seluruh Provinsi NTB, masing-masing sebesar  $-13,16\%$  dan  $-11,37\%$ . Kota Bima mengalami transformasi paling dramatis, dari angka keluhan tertinggi di NTB pada 2019 sebesar 58,57% hingga turun menjadi 33,31% pada 2023. Rata-rata CAGR wilayah administrasi pemerintahan kota secara keseluruhan mencapai  $-12,27\%$ , jauh melampaui rata-rata wilayah administrasi pemerintahan kabupaten sebesar  $-2,56\%$ , sehingga menghasilkan selisih kesenjangan sebesar 9,71 poin persentase. Perbedaan mencolok ini

**Tabel 1.** Dinamika Penduduk dengan Keluhan Kesehatan di Provinsi NTB Kurun Waktu 2019–2023

Kab./Kota	Percentase Penduduk yang Memiliki Keluhan Kesehatan Selama Sebulan Terakhir						
	2019	2020	2021	2022	2023	Laju (%)	Keterangan
Lombok Barat	43,08	45,77	39,92	36,80	36,73	-3,91	Menunjukkan tren penurunan keluhan kesehatan yang relatif stabil selama periode pengamatan, mencerminkan perbaikan derajat kesehatan masyarakat yang berlangsung secara bertahap dan konsisten.
Lombok Tengah	52,74	54,92	54,65	51,66	47,49	-2,59	Meskipun mencatat tingkat keluhan kesehatan yang tinggi pada awal periode (2020), wilayah ini menunjukkan tren penurunan yang berkelanjutan, dan dapat mengindikasikan adanya perbaikan kinerja sistem kesehatan daerah secara gradual.
Lombok Timur	36,80	43,72	41,67	40,31	42,49	3,66	Mencatat tren kenaikan keluhan kesehatan secara rata-rata tahunan, yang mengindikasikan bahwa perbaikan kesehatan masyarakat belum berjalan optimal meskipun terjadi fluktuasi tahunan, sehingga memerlukan evaluasi efektivitas layanan kesehatan primer dan faktor lingkungan (karena keluhan cenderung meningkat dari tahun ke tahun).
Sumbawa	39,03	42,36	39,53	45,13	31,17	-5,47	Mengalami penurunan keluhan kesehatan yang cukup signifikan secara rata-rata tahunan, terutama dipengaruhi oleh penurunan tajam pada tahun 2023, yang menunjukkan potensi keberhasilan intervensi kesehatan pada periode akhir pengamatan.
Dompu	38,73	39,15	34,52	30,45	30,82	-5,55	Menunjukkan performa kesehatan yang relatif baik dengan tren penurunan keluhan kesehatan yang konsisten dan tingkat keluhan yang stabil pada kisaran rendah (30%), mencerminkan kapasitas sistem kesehatan daerah yang relatif adaptif.
Bima	45,69	39,56	43,58	54,23	42,06	-2,05	Mengalami fluktuasi keluhan kesehatan yang cukup tajam antar tahun (terutama lonjakan di 2022), namun secara rata-rata tahunan tetap menunjukkan tren penurunan, mengindikasikan bahwa perbaikan kesehatan berlangsung tetapi belum stabil.
Sumbawa Barat	48,82	43,28	33,91	49,31	33,19	-9,20	Mencatat laju penurunan keluhan kesehatan yang sangat cepat (hampir menyentuh angka 10%), mencerminkan percepatan perbaikan derajat kesehatan masyarakat yang mengindikasikan efektivitas respons sistem kesehatan daerah selama periode pengamatan.
Lombok Utara	35,24	30,49	30,42	43,43	42,28	4,66	Menunjukkan kenaikan keluhan kesehatan tertinggi di Provinsi NTB (+4,66%), mengindikasikan peningkatan kerentanan kesehatan penduduk dan perlunya perhatian kebijakan yang lebih intensif terhadap kapasitas dan akses layanan kesehatan.
Kota Mataram	53,23	36,36	34,07	37,72	32,84	-11,37	Sebagai pusat urban dan ibu kota Provinsi NTB, wilayah ini mencatat penurunan keluhan kesehatan yang sangat cepat, menunjukkan efektivitas sistem pelayanan kesehatan perkotaan dan integrasi layanan yang relatif kuat.
Kota Bima	58,57	42,61	45,56	47,73	33,31	-13,16	Mencatat laju penurunan keluhan kesehatan tercepat di seluruh Provinsi NTB, menunjukkan transformasi kesehatan masyarakat yang signifikan dari tingkat keluhan tertinggi pada awal periode (2019) menjadi jauh lebih rendah pada akhir periode pengamatan (2023).
Provinsi NTB	44,39	44,00	42,15	43,62	39,40	-2,94	Secara agregat, Provinsi NTB menunjukkan tren perbaikan kesehatan masyarakat dengan penurunan keluhan kesehatan rata-rata tahunan sebesar -2,94%. Penurunan ini mengindikasikan bahwa intervensi kebijakan kesehatan di tingkat provinsi mulai membawa hasil dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara agregat, namun capaian ini menutupi disparitas kecepatan perubahan yang besar antar kabupaten/kota di wilayahnya.

Sumber: Tabel Statistik Kesehatan tentang Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan Selama Sebulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2019–2023. Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi NTB. Data Ditolah. 2025.

Keterangan: Tanda Negatif (-) pada Kolom Laju Pertumbuhan menunjukkan adanya Laju Penurunan.

mengonfirmasi temuan dalam literatur bahwa akses terhadap sistem rujukan dan kapasitas institusional yang lebih kuat di wilayah administrasi pemerintahan kota berkontribusi secara signifikan terhadap kecepatan penurunan beban morbiditas subjektif.

Sebaliknya, dua kabupaten yang mencatat tren kenaikan keluhan kesehatan adalah Kabupaten Lombok Utara dengan CAGR +4,66% dan Kabupaten Lombok Timur dengan CAGR +3,66%. Kabupaten Lombok Utara mencatat lonjakan keluhan yang paling tajam pada periode 2021–2022, dari 30,42% menjadi 43,43%, yang mengindikasikan adanya peristiwa atau kondisi struktural yang secara akut meningkatkan kerentanan kesehatan penduduk di wilayah tersebut. Kedua wilayah ini secara bersamaan memiliki kapasitas sarana rujukan

yang sangat terbatas, dengan jumlah RSU masing-masing hanya satu unit dan tiga unit. Kondisi ini selaras dengan kerangka teori ketimpangan akses pelayanan kesehatan, yang menyatakan bahwa wilayah dengan hambatan geografis dan keterbatasan sistem rujukan cenderung mengalami perilaku penundaan perawatan dan akumulasi keluhan yang tidak tertangani secara tuntas.

### 3.2. Sarana/Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Fondasi Penguatan Sistem Kesehatan Daerah

Dinamika perkembangan sarana/fasilitas pelayanan kesehatan merepresentasikan kapasitas struktural sistem kesehatan daerah. Klasifikasi sarana ke dalam fasilitas rujukan (RSU dan RSK), fasilitas primer pemerintah (PRI dan PNRI), serta fasilitas primer swasta dan berbasis komunitas (klinik dan posyandu) dirancang untuk menangkap keseimbangan fungsional sistem pelayanan kesehatan, bukan sekadar pertumbuhan kuantitatif. Dalam kerangka ketimpangan geografis kesehatan, peningkatan jumlah fasilitas tidak secara otomatis berimplikasi pada peningkatan akses dan kualitas layanan apabila distribusinya tidak selaras dengan beban populasi dan karakteristik wilayah ([Pebriantara dkk., 2025](#)). Oleh karena itu, [Tabel 2](#) tidak hanya berfungsi sebagai inventarisasi infrastruktur, tetapi juga sebagai instrumen evaluatif untuk menilai apakah pembangunan sarana kesehatan berkontribusi pada pengurangan ketimpangan atau justru memperkuat konsentrasi layanan di wilayah tertentu. Dari sudut pandang ekonomi pembangunan daerah, pola pertumbuhan sarana kesehatan yang stasioner atau tidak merata dapat menjadi indikasi keterbatasan kapasitas fiskal dan efektivitas perencanaan sektoral, yang dalam jangka panjang berpotensi menurunkan daya ungkit kebijakan kesehatan terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat ([Simanjuntak dkk., 2025](#)).

Beberapa kondisi tersebut menuntut reformasi sistem kesehatan nasional untuk memastikan hak atas pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dipenuhi, baik dimasa kedaruratan maupun normal. Sejalan dengan temuan dalam studi ini, maka beberapa rekomendasi berikut dapat dilakukan untuk mendukung reformasi sistem kesehatan:

1. Meningkatkan kapasitas sistem kesehatan dalam mendekripsi, memberikan respons, dan menangani ancaman penyakit. Hal ini dapat ditempuh dengan mendorong lahirnya lembaga khusus dalam urusan pengendalian dan pencegahan penyakit yang bersifat independen, secara struktural berada di bawah presiden dan menjadi bagian dari sistem pemerintahan. Adanya lembaga khusus dimaksudkan agar pembelajaran, ilmu pengetahuan, pengalaman kebijakan yang muncul ketika pandemi dapat terus menerus berkelanjutan dan terhindar dari pragmatisme keputusan kebijakan yang bersifat politis.
2. Menjamin pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut: a) mempercepat pemutakhiran fasilitas kesehatan primer di setiap daerah; b) peningkatan kapasitas rumah sakit dan fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjut lainnya; c) mendorong inovasi dan produksi alat kesehatan dan farmasi dalam negeri.
3. Mengakselerasi pengembangan SDM kesehatan yang berkualitas. Dengan mendorong beberapa kebijakan berikut: a) menyediakan pendidikan bidang kesehatan (khususnya: dokter umum dan spesialis, Tenaga promosi kesehatan, tenaga laboratorium, epidemiologi, ahli virologi) murah dan dapat dijangkau semua kalangan; b) afirmasi putra putri daerah dalam mengakses pendidikan tenaga kesehatan dengan skema wajib penempatan di daerah; c) mendorong percepatan akreditasi perguruan tinggi bidang kedokteran.
4. Memperkuat implementasi pendekatan keluarga dalam pembangunan kesehatan. Mulai dari strategi berikut: a) penguatan komitmen pemerintah daerah; b) pemberdayaan SDM kesehatan lokal; c) pemutakhiran data profil kesehatan keluarga secara berkala.
5. Memperkuat tata kelola anggaran kesehatan. Antara lain melalui; a) restrukturisasi kebijakan fiskal dengan menentukan proporsi yang berimbang untuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif; b) pemerintah perlu mempersiapkan anggaran *emergency fund* untuk mengantisipasi kondisi darurat

- nasional sebagai upaya respons cepat kebijakan; c) pemerintah melalui Kementerian Kesehatan perlu menyampaikan pendetailan realisasi penggunaan anggaran kepada publik, sehingga memungkinkan publik berpartisipasi untuk membantu pengawasan dan mencegah terjadinya peluang korupsi.
6. Mendorong digitalisasi pembangunan kesehatan. Kehadiran layanan seperti *telemedicine* di Indonesia merupakan salah satu alternatif bagi seluruh masyarakat dan kelompok rentan dengan keterbatasan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan. pemanfaatan layanan *telemedicine* menjadi pilihan prioritas bagi para pasien yang tidak mampu akses langsung faskes.

Tabel 2. Dinamika Perkembangan Sarana/Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Provinsi NTB (2019–2023)

Kabupaten/ Kota	Jumlah RSU, RSK, PRI, PNRI, Klinik, & Posyandu								
	2019			2023			Laju Pertumbuhan Periode 2019–2023 (%)		
	RSU & RSK	PRI & PNRI	Klinik & Posyandu	RSU & RSK	PRI & PNRI	Klinik & Posyandu	RSU & RSK	PRI & PNRI	Klinik & Posyandu
Lombok Barat	2	19	943	2	20	973	0,00	1,29	0,79
Lombok Tengah	4	28	1.708	6	29	1.728	10,67	0,88	0,29
Lombok Timur	3	32	1.776	8	35	1.954	27,79	2,27	2,42
Sumbawa	2	25	733	3	26	737	10,67	0,99	0,14
Dompu	2	9	436	2	10	447	0,00	2,67	0,62
Bima	2	21	653	2	21	665	0,00	0,00	0,46
Sumbawa Barat	1	9	225	1	9	237	0,00	0,00	1,31
Lombok Utara	1	8	406	1	8	419	0,00	0,00	0,79
Kota Mataram	16	11	394	16	11	402	0,00	0,00	0,50
Kota Bima	4	7	170	3	7	180	-6,94	0,00	1,44
Provinsi NTB	37	169	7.444	44	176	7.742	4,43	1,02	0,99

Sumber: Tabel Statistik Kesehatan tentang Jumlah Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus, Puskesmas, Klinik Pratama, dan Posyandu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Tahun 2019–2023. Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi NTB. Data Diolah. 2025.

Keterangan: RSU = Rumah Sakit Umum; RSK = Rumah Sakit Khusus; PRI = Puskesmas Rawat Inap; PNRI = Puskesmas Non Rawat Inap; Posyandu = Pos Pelayanan Terpandu. Tanda Negatif (-) pada Kolom Laju Pertumbuhan menunjukkan adanya Laju Penurunan

Tabel 2 menyajikan dinamika perkembangan sarana pelayanan kesehatan di Provinsi NTB dengan membandingkan kondisi pada tahun 2019 dan 2023 secara tripartit, meliputi RSU & RSK sebagai sarana rujukan, PRI & PNRI sebagai sarana primer milik pemerintah, dan Klinik & Posyandu sebagai sarana primer swasta dan komunitas. Secara agregat provinsi, jumlah RSU & RSK meningkat dari 37 menjadi 44 unit dengan CAGR +4,43%, PRI & PNRI dari 169 menjadi 176 unit dengan CAGR +1,02%, serta Klinik & Posyandu dari 7.444 menjadi 7.742 unit dengan CAGR +0,99%. Pertumbuhan sarana secara keseluruhan tampak positif pada tingkat agregat provinsi, namun analisis tingkat kabupaten/kota mengungkapkan distribusi yang sangat tidak merata dan didominasi oleh laju pertumbuhan 0,00% atau tanpa pertumbuhan (stasioner).

Pada kategori sarana rujukan RSU & RSK, enam dari sepuluh wilayah mencatat pertumbuhan yang sepenuhnya stasioner atau nol, yaitu: Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Dompu, Kabupaten Bima, Kabupaten Sumbawa Barat, Kabupaten Lombok Utara, dan Kota Mataram. Satu-satunya wilayah yang mencatat penurunan jumlah RSU adalah Kota Bima, dari empat menjadi tiga unit dengan CAGR -6,94%. Di sisi lain, Kabupaten Lombok Timur mencatat pertumbuhan RSU paling signifikan, dari tiga menjadi delapan unit dengan CAGR +27,79%, diikuti Kabupaten Lombok Tengah dari empat menjadi enam unit dengan CAGR +10,67%. Konsentrasi sarana rujukan tetap berpusat di Kota Mataram, yang menampung 16 unit RSU atau sebesar 36,4% dari total RSU seluruh provinsi, menegaskan pola ketimpangan spasial dalam distribusi kapasitas rujukan antara pusat urban dan wilayah periferal.

Pada kategori sarana primer dan komunitas, pertumbuhan PRI & PNRI dan Klinik & Posyandu relatif merata namun dengan ukuran kuantitatif yang sangat rendah, berkisar antara 0,00% hingga 2,67% CAGR.

Empat wilayah, yaitu: Kabupaten Bima, Kabupaten Sumbawa Barat, Kabupaten Lombok Utara, dan Kota Mataram, mencatat ketiadaan pertumbuhan (laju = 0,00%) pada dua (RSU & RSK serta PRI & PNRI) dari tiga kategori sarana secara bersamaan. Hal ini dapat menjadi indikasi keterbatasan investasi dan pengembangan infrastruktur kesehatan di wilayah-wilayah tersebut. Kondisi ini relevan dengan kerangka kapasitas sistem kesehatan yang menekankan bahwa stabilitas kesehatan masyarakat membutuhkan keseimbangan antara layanan promotif-preventif di tingkat primer dan kemampuan intervensi di tingkat rujukan; ketika kedua komponen mengalami laju pertumbuhan tetap (0,00%) secara bersamaan, sistem kesehatan daerah berisiko mengalami akumulasi keluhan yang tidak tertangani.

### 3.3. Menyelaraskan Infrastruktur dan Kinerja Kesehatan: Peluang Pembenahan Sistem Pelayanan

Integrasi temuan dari [Tabel 1](#) dan [Tabel 2](#) mengungkapkan bahwa dinamika kesehatan masyarakat di Provinsi NTB selama periode 2019–2023 tidak dapat dijelaskan semata-mata oleh pertumbuhan kuantitas sarana pelayanan kesehatan. Analisis silang antara laju perubahan keluhan kesehatan dan kondisi sarana menunjukkan bahwa hubungan antara ketersediaan infrastruktur kesehatan dan penurunan keluhan bersifat asimetris dan sangat dipengaruhi oleh faktor institusional serta geografis. Provinsi NTB secara keseluruhan mencatat CAGR keluhan sebesar  $-2,94\%$ , namun dispersi antarwilayah yang mencapai rentang 17,82 poin persentase dari  $-13,16\%$  hingga  $+4,66\%$  menunjukkan bahwa kualitas respons sistem kesehatan daerah sangat bervariasi antar kabupaten/kota. Besarnya rentang (dispersi) menunjukkan adanya perbedaan kecepatan perubahan keluhan kesehatan antarwilayah sebesar 17,82 poin persentase, dari wilayah dengan penurunan persentase keluhan kesehatan tercepat seperti Kota Bima ( $-13,16\%$ ) hingga wilayah dengan peningkatan atau kenaikan persentase penduduk dengan keluhan kesehatan tertinggi sebagaimana terjadi di Kabupaten Lombok Utara ( $+4,66\%$ ).

Temuan ini mengidentifikasi dua paradoks empiris yang penting. Pertama, Kabupaten Lombok Timur memiliki jumlah sarana kesehatan terbanyak di antara seluruh kabupaten, yaitu 1.997 unit pada 2023, dengan CAGR pertumbuhan sarana tertinggi sebesar  $+2,47\%$ , dan jumlah RSU tertinggi di antara kabupaten sebesar delapan unit. Namun secara bersamaan, wilayah ini mencatat CAGR keluhan kesehatan yang positif sebesar  $+3,66\%$ , atau keluhan yang meningkat. Fenomena ini mengonfirmasi konsep bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan secara absolut tidak serta-merta menjamin kecukupan layanan apabila tidak sebanding dengan beban populasi dan kapasitas sistem rujukan yang fungsional.

Paradoks kedua ditemukan pada Kota Bima, yang merupakan satu-satunya wilayah dengan penurunan jumlah RSU dari empat menjadi tiga unit selama periode pengamatan, namun secara bersamaan mencatatkan CAGR keluhan kesehatan terbaik di seluruh Provinsi NTB sebesar  $-13,16\%$ . Dengan kata lain, Kota Bima berhasil mentransformasi angka keluhan dari yang tertinggi di NTB pada 2019, yaitu 58,57%, menjadi 33,31% pada 2023. Fenomena ini mengindikasikan bahwa efektivitas sistem kesehatan tidak ditentukan semata-mata oleh kuantitas sarana, melainkan lebih bergantung pada kualitas layanan, efisiensi manajemen institusional, dan kapasitas sistem kesehatan urban yang lebih terintegrasi dalam menangani keluhan masyarakat. Kedua paradoks ini secara kolektif memperkuat argumen bahwa kebijakan pemerintah daerah dalam penguatan sistem kesehatan perlu memperhatikan tidak hanya pembangunan fisik sarana, tetapi juga peningkatan kualitas fungsional dan aksesibilitas layanan secara menyeluruh.

## 4. Kesimpulan

Dinamika keluhan kesehatan penduduk di Provinsi NTB (2019–2023) menunjukkan kecenderungan membaik secara agregat, ditandai dengan penurunan persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dari 44,39% menjadi 39,40% dengan laju penurunan rata-rata tahunan sebesar  $-2,94\%$ . Namun, capaian agregat tersebut menutupi disparitas antarwilayah yang sangat signifikan, baik dari sisi arah maupun kecepatan perubahan

keluhan kesehatan. Rentang laju perubahan yang lebar, dari  $-13,16\%$  hingga  $+4,66\%$ , menegaskan bahwa peningkatan derajat kesehatan masyarakat di NTB berlangsung secara tidak merata dan dimungkinkan terjadi karena kapasitas sistem pelayanan kesehatan daerah.

Hasil analisis menunjukkan bahwa wilayah urban, khususnya Kota Mataram dan Kota Bima, mencatat laju penurunan keluhan kesehatan paling cepat dibandingkan wilayah kabupaten. Temuan ini memperkuat argumen bahwa kekuatan sistem rujukan, kapasitas institusional, dan integrasi layanan kesehatan memiliki peran lebih menentukan dibandingkan sekadar jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia. Sebaliknya, beberapa kabupaten dengan pertumbuhan sarana kesehatan relatif tinggi justru mengalami peningkatan keluhan kesehatan, yang mengindikasikan adanya ketidakseimbangan antara pembangunan infrastruktur fisik dan efektivitas fungsional sistem pelayanan kesehatan.

Integrasi temuan antara dinamika keluhan kesehatan dan perkembangan sarana pelayanan kesehatan mengungkap dua paradoks utama. Pertama, pertumbuhan kuantitas sarana kesehatan tidak secara otomatis menurunkan keluhan kesehatan apabila tidak diikuti peningkatan kualitas layanan, efisiensi manajemen, dan kemudahan akses. Kedua, penurunan keluhan kesehatan yang signifikan dapat dicapai meskipun pertumbuhan sarana rujukan relatif terbatas, apabila sistem pelayanan berjalan efektif dan responsif. Dengan kata lain, persoalan kesehatan masyarakat di NTB merupakan isu struktural dan sistemis, bukan semata persoalan ketersediaan fasilitas.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dicermati dalam menafsirkan hasilnya karena masih menggunakan data sekunder agregat kabupaten/kota dan belum memasukkan variabel sosial-ekonomi dan lingkungan secara eksplisit dalam model kuantitatif, sehingga hubungan kausal antarvariabel belum dapat diuji secara mendalam. Karenanya, dalam penelitian selanjutnya disarankan untuk mengembangkan pendekatan analisis yang lebih komprehensif dengan mengintegrasikan variabel sosial-ekonomi, lingkungan, dan kapasitas fiskal daerah serta menggunakan desain analisis spasial dan model ekonometrika panel untuk menguji hubungan kausal antara ketersediaan sarana kesehatan, kualitas layanan, dan dinamika keluhan kesehatan. Selain itu, penelitian kualitatif berbasis studi kasus di wilayah dengan tren ekstrem (penurunan tercepat dan kenaikan tertinggi) penting dilakukan untuk memahami mekanisme institusional dan kebijakan yang tidak sepenuhnya tertangkap oleh data kuantitatif agregat.

Sebagai rekomendasi, kebijakan kesehatan daerah di Provinsi NTB perlu difokuskan pada penguatan kualitas dan efektivitas sistem pelayanan kesehatan, khususnya pada layanan primer dan jejaring rujukan, bukan semata pada penambahan jumlah sarana secara fisik. Perbedaan kecepatan penurunan keluhan kesehatan antarwilayah menunjukkan bahwa kapasitas manajerial, integrasi layanan, serta responsivitas sistem kesehatan memiliki peran yang lebih menentukan dibandingkan pertumbuhan infrastruktur kuantitatif. Oleh karena itu, pemerintah daerah perlu memprioritaskan peningkatan fungsi pelayanan, efisiensi tata kelola, dan pemerataan kapasitas rujukan, terutama pada kabupaten dengan tren peningkatan keluhan kesehatan dan keterbatasan akses geografis.

Selain itu, perencanaan pembangunan kesehatan daerah perlu diintegrasikan secara lebih kuat dengan kebijakan pembangunan wilayah dan penganggaran daerah agar alokasi sumber daya selaras dengan beban kesehatan masyarakat. Pemanfaatan indikator keluhan kesehatan sebagai instrumen evaluasi kinerja kebijakan perlu diinstitusionalisasikan secara berkelanjutan, karena indikator ini mampu menangkap perubahan kualitas kesehatan masyarakat secara lebih dini. Pendekatan ini diharapkan dapat mendorong perumusan kebijakan kesehatan yang lebih adaptif, berkeadilan, dan berbasis bukti dalam menurunkan ketimpangan kesehatan antarwilayah di Provinsi NTB.

### Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Nusa Tenggara Barat atas penyediaan data yang menjadi basis utama dalam penelitian ini. Penulis juga menyampaikan apresiasi dan penghargaan kepada Bapak Herie Saksono dan saudari Karina Juniarti Utami atas masukan, arahan, serta diskusi akademik yang konstruktif selama proses penyusunan dan penyempurnaan naskah ini. Seluruh interpretasi data dan kesimpulan yang dihasilkan dalam penelitian ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

### Referensi

- Adisasmito, W., Amir, V., Atin, A., Megraini, A., & Kusuma, D. (2020). Geographic and Socioeconomic Disparity in Cardiovascular Risk Factors in Indonesia: Analysis of the Basic Health Research 2018. *BMC Public Health*, 20, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09099-1>
- Ariani, D. S., & Pujiyanto, P. (2019). Ekuitas Layanan Rawat Inap Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v4i1.2371>
- Asmara, I. M. A. P., Saimi, S., Putri, F. D. A., & Swandayana, P. G. W. (2024). Analisis Hubungan Kemampuan Pelayanan Kesehatan dengan Rate Rujukan Puskesmas di Wilayah Kerja BPJS Kesehatan Cabang Mataram Tahun 2024. *Bioscientist: Jurnal Ilmiah Biologi*, 12(2), 2072–2088. <https://doi.org/10.33394/bioscientist.v12i2.13233>
- Atmawijaya, S., Saliman, A. R., & Agustina, E. (2025). Legal Analysis of the Protection of National Health Insurance Participants in Indonesia. *International Journal of Science and Society*, 7(1), 641–650. <https://doi.org/10.54783/ijsc.v7i1.979>
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Profil Statistik Kesehatan 2023*. Badan Pusat Statistik.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Calundu, R. (2024). Efektivitas Prilaku Sosial Ekonomi Pelayanan Puskesmas pada Masyarakat Marginal di Kota Makassar. *Scientific Journal of Reflection: Economic, Accounting, Scientific*, 7(4), 1385–1400. <https://doi.org/10.37481/sjr.v7i4.1000>
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Ginting, S. E., Santoso, R. S., & Rostyaningsih, D. (2024). Kualitas Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas Rembang 1. *Journal of Management & Public Policy*, 13(3), 503–523. <https://doi.org/10.36982/jam.v9i3.6194>
- Herdiani, S., Sekarsari, A., & Bernarto, I. (2024). Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan Berdasarkan Ketersediaan Sarana dan Obat di Puskesmas Batanghari. *Jurnal Penelitian Pendidikan, Psikologi, dan Kesehatan (J-P3K)*, 5(2), 184–195. <https://doi.org/10.51849/j-p3k.v5i1.293>
- Hodge, A., Firth, S., Matthias, T., & Jimenez-Soto, E. (2014). Location Matters: Trends in Inequalities in Child Mortality in Indonesia. Evidence from Repeated Cross-Sectional Surveys. *PLoS ONE*, 9(7), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103597>
- Kleden, M. A. (2024). Seven Years Malaria Trend Analysis in Kori Public Health Centre, Southwest Sumba District East Nusa Tenggara Province, Indonesia: A Retrospective Study. *Advances in Nonlinear Variational Inequalities*, 27(2), 263–278. <https://doi.org/10.52783/anvi.v27.962>
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., & Soedirham, O. (2019). Regional Disparities of Health Center Utilization in Rural Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(1), 158–166. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.19/no.1/art.48>
- Novita, R., & Hafidz, F. (2022). Examining Equity in Healthcare Services Among Beneficiaries of the National Health Insurance Program in Indonesia: Evidence From National Survey. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 18, 82–88.
- Nursapia, N. (2014). Penelitian Kepustakaan. *Jurnal Perpustakaan dan Informasi*, 8(1), 68–74. <https://doi.org/10.30829/ikra.v8i1.65>
- Pebriantara, P. G., Widnyani, I. A. P. S., & Dewi, N. D. U. (2025). Effectiveness of the Free Healthcare Service Policy in Improving Accessibility to Primary Health Services in Gianyar Regency. *Sosial*, 23(2), 120–133. <https://doi.org/10.63309/dialektika.v23i2.624>
- Rausanfikra, S. S., Rakhmawati, W., Hendrawati, S., & Maryam, N. N. A. (2023). Sikap dan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan Orang Tua dengan Anak Tuberkulosis saat Masa Pandemi COVID-19 di RSUD Al-Ihsan. *Holistic Nursing and Health Science*, 6(1), 19–29. <https://doi.org/10.14710/hnhs.6.1.2023.19-29>

- Sari, M., & Asmendri, A. (2020). Penelitian Kepustakaan (Library Research) dalam Penelitian Pendidikan IPA. *Natural Science*, 6(1), 41–53. <https://doi.org/10.15548/nsc.v6i1.1555>
- Sari, R. K. (2021). Penelitian Kepustakaan dalam Penelitian Pengembangan Pendidikan Bahasa Indonesia. *Jurnal Borneo Humaniora*, 4(2), 60–69. [https://doi.org/10.35334/borneo\\_humaniora.v4i2.2249](https://doi.org/10.35334/borneo_humaniora.v4i2.2249)
- Sejati, M. A., Haryani, P., Manalu, T. J., Rahmawati, A., & Ginting, F. A. (2025). Analisis Kondisi dan Distribusi Potensi Ekonomi di Kabupaten Sumbawa Barat. *Jurnal Geografi*, 21(1), 23–42. <https://doi.org/10.35508/jgeo.v21i1.22047>
- Simanjuntak, G. Y., Yulika, M., Putri, D. N., & Pangestoeti, W. (2025). Pengaruh Belanja Pemerintah Daerah terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Ekonomi dan Manajemen*, 3(6), 260–273. <https://doi.org/10.61722/jiem.v3i6.5158>
- Soewondo, P., Johar, M., Pujisubekti, R., Halimah, H., & Irawati, D. O. (2019). Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Bermukim di Daerah Tertinggal: Kasus dari Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 29(4), 285–296. <https://doi.org/10.22435/mpk.v29i4.945>
- Sulung, U., & Muspawi, M. (2024). Memahami Sumber Data Penelitian: Primer, Sekunder, dan Tersier. *Edu Research*, 5(3), 110–116.
- Tenriyola, A. N. (2025). Social Epidemiology Study on Community Preventive Behavior in Facing the Global Health Crisis. *Journal of Public Health Indonesian*, 2(4), 13–24. <https://doi.org/10.62872/efj4vd30>
- Widayanti, A. W., Heydon, S., Norris, P., & Green, J. A. (2020). Lay Perceptions and Illness Experiences of People With Type 2 Diabetes in Indonesia: A Qualitative Study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1699101>
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Rohmah, N., & Ashar, H. (2023). Regional Differences in Primary Healthcare Utilization in Java Region-Indonesia. *PLoS ONE*, 18(3), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283709>