

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pembangunan sektor kesehatan merupakan salah satu prioritas utama dalam pembangunan nasional karena berkaitan langsung dengan kualitas sumber daya manusia dan kesejahteraan masyarakat. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai menjadi indikator penting dalam menilai tingkat pembangunan suatu daerah. Semakin baik akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, maka semakin tinggi pula tingkat kesejahteraan dan produktivitas masyarakat tersebut (Sutarsa et al., 2024).

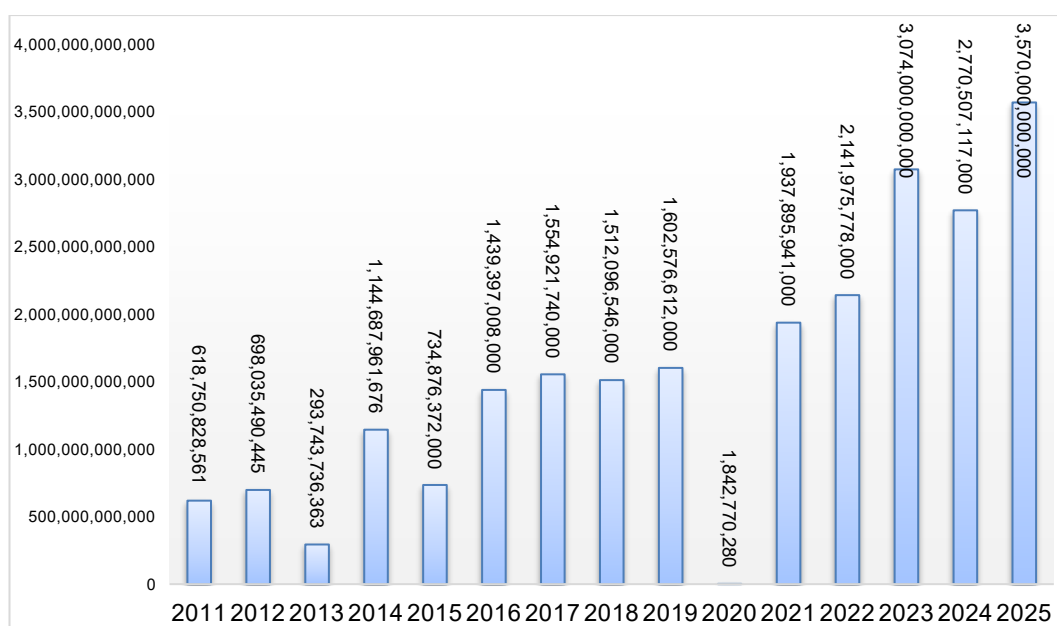
Namun demikian, dalam praktiknya, akses pelayanan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai permasalahan, terutama terkait ketimpangan antar kelompok masyarakat. Faktor ekonomi seperti kemiskinan menjadi salah satu penyebab utama rendahnya akses terhadap layanan kesehatan. Masyarakat miskin cenderung memiliki keterbatasan dalam mencapai fasilitas kesehatan, baik dari sisi biaya, jarak, maupun kualitas layanan (Maharani et al., 2023). Selain itu, faktor demografi seperti jumlah penduduk yang besar juga dapat memengaruhi tingkat akses pelayanan kesehatan karena meningkatnya beban pelayanan yang harus ditanggung oleh fasilitas kesehatan (A. I. Putri et al., 2025).

Dalam upaya mengatasi permasalahan tersebut, pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan desentralisasi fiskal, salah satunya melalui Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT). DBH CHT merupakan dana yang bersumber dari penerimaan cukai hasil tembakau yang dialokasikan kepada daerah dengan tujuan mendukung pembangunan, khususnya di bidang

kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Secara regulatif, sebagian alokasi DBH CHT diarahkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, termasuk penyediaan fasilitas kesehatan, pembiayaan program kesehatan, serta kegiatan promotif dan preventif (Samuel, 2022).

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu daerah dengan kontribusi terbesar dalam penerimaan cukai hasil tembakau di Indonesia. Sebagai daerah penghasil tembakau utama, Jawa Timur menerima alokasi DBH CHT yang relatif besar setiap tahunnya. Hal ini seharusnya menjadi peluang bagi pemerintah daerah untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat secara lebih merata.

Gambar 1. 1 Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau di Jawa Timur (Miliyar)



Sumber : DJPK Jawa Timur (2025).

Berdasarkan Gambar 1.1, perkembangan alokasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) di Provinsi Jawa Timur selama periode tahun 2011–2025 menunjukkan kecenderungan yang berfluktuasi secara dinamis dengan tren jangka panjang yang meningkat. Pada awal periode pengamatan tahun 2011, alokasi dana tercatat sebesar Rp613.451.367.661. Tren ini sempat

mengalami penurunan tajam pada tahun 2013 menjadi Rp293.743.736.363 sebelum akhirnya melonjak kembali di tahun 2014 menjadi Rp1.144.687.961.676. Fluktuasi ini mencerminkan adanya dinamika regulasi fiskal dan penyesuaian formula bagi hasil di tingkat pusat, kebijakan tarif cukai, serta volume produksi industri hasil tembakau di daerah (Utami et al.,2023).

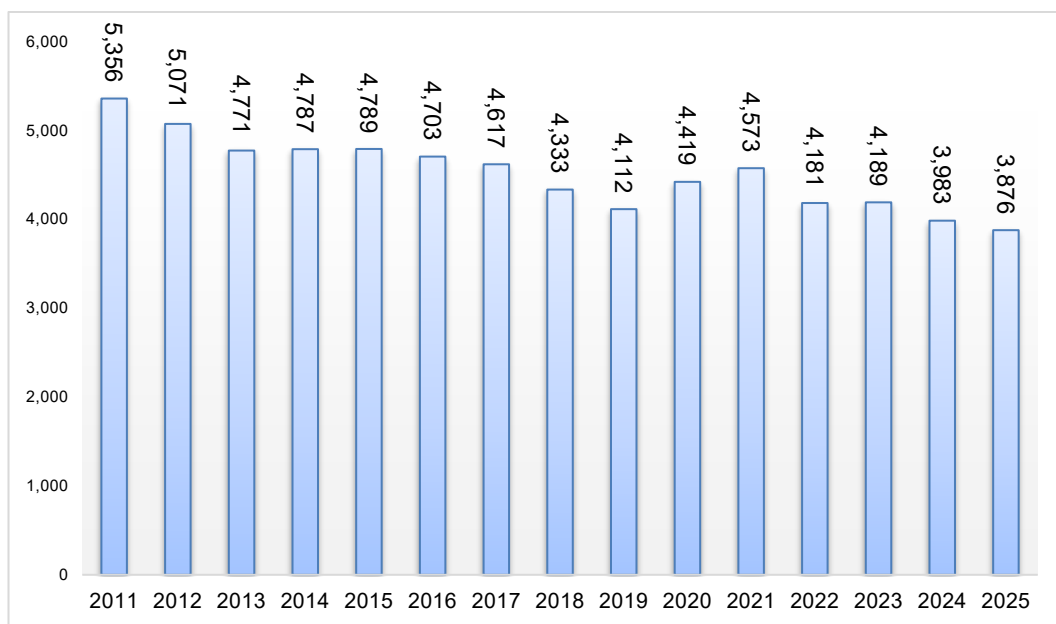
Anomali paling signifikan dalam grafik ini terlihat pada tahun 2020, di mana alokasi DBH CHT Provinsi Jawa Timur merosot secara ekstrem hingga menyentuh angka Rp1.842.770.280. Penurunan drastis yang tidak biasa ini merupakan dampak langsung dari kebijakan darurat nasional dalam penanganan pandemi COVID-19. Pada saat itu, pemerintah pusat melakukan restrukturisasi fiskal skala besar dan reorientasi anggaran (*refocusing*) guna mengatasi krisis kesehatan global dan program pemulihan ekonomi nasional (Samuel, 2022). Pasca-guncangan tahun 2020 tersebut, kapasitas fiskal Jawa Timur kembali pulih dengan sangat kuat, di mana pada tahun 2021 alokasi melonjak kembali ke angka Rp1.937.895.941.000 dan terus merangkak naik hingga mencapai titik tertinggi sebesar Rp3.570.000.000.000 pada tahun 2025. Peningkatan yang masif di akhir periode pengamatan ini menegaskan komitmen pemerintah dalam memperkuat kembali kapasitas fiskal daerah, khususnya untuk mendanai sektor kesehatan pascapandemi serta program kesejahteraan Masyarakat (Utami et al.,2023).

Peningkatan alokasi dana yang mencapai triliunan rupiah pada akhir periode ini secara teoritis diharapkan mampu memberikan dampak positif yang masif terhadap peningkatan akses pelayanan kesehatan. Dengan ruang fiskal yang semakin longgar, pemerintah daerah memiliki fleksibilitas tinggi untuk melakukan intervensi kebijakan, seperti pembangunan dan rehabilitasi infrastruktur medis,

pengadaan alat kesehatan modern, hingga perluasan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat (Samuel, 2022).

Namun demikian, pola fluktuasi ekstrem yang terjadi di sepanjang periode pengamatan terutama penurunan tajam di tahun 2013 dan 2020—juga mengindikasikan adanya ketidakstabilan (*unpredictability*) pendanaan sektor kesehatan yang bersumber dari DBH CHT. Ketidakstabilan ini berpotensi menimbulkan risiko ketidakpastian dalam perencanaan anggaran jangka panjang di daerah. Program-program kesehatan yang bersifat struktural dan berkelanjutan, seperti pembangunan rumah sakit tipe baru, pemeliharaan fasilitas medis preventif, dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, menuntut ketersediaan anggaran yang konsisten. Apabila alokasi anggaran mengalami fluktuasi yang tidak terduga, efektivitas pencapaian target program-program strategis tersebut dapat terganggu (Alfiani et al., 2022).

Selain itu, kontrasnya peningkatan pagu anggaran di beberapa tahun terakhir juga memunculkan tantangan tata kelola mengenai seberapa optimal penyerapan dana tersebut di tingkat daerah. Dalam beberapa kasus empiris, lompatan anggaran yang terlalu besar tidak selalu berbanding lurus dengan perbaikan kualitas dan pemerataan pelayanan kesehatan secara instan. Hal ini sering kali disebabkan oleh keterbatasan kapasitas institusional dalam mengeksekusi program, adanya ketidaktepatan prioritas pengalokasian, atau ketimpangan distribusi anggaran antarkabupaten/kota di Jawa Timur. Akibatnya, meskipun volume fiskal yang tersedia sangat besar, kemanfaatan riil yang dirasakan langsung oleh masyarakat di lapisan bawah belum merata dan maksimal (Nugroho & Setijaningrum, 2021).

Gambar 1. 2 Tingkat Kemiskinan di Jawa Timur

Sumber : BPS Jawa Timur (2025).

Berdasarkan Gambar 1.2, jumlah penduduk miskin di Provinsi Jawa Timur selama periode tahun 2011–2025 secara umum menunjukkan tren yang mengalami penurunan secara bertahap, meskipun terdapat fluktuasi peningkatan pada tahun-tahun tertentu. Pada awal periode pengamatan, yaitu tahun 2011, jumlah penduduk miskin di Jawa Timur mencatatkan angka tertinggi sebesar 5.529 ribu jiwa (atau sekitar 5,52 juta jiwa). Melalui berbagai intervensi kebijakan program perlindungan sosial dan pertumbuhan ekonomi daerah, angka ini berhasil ditekan secara konsisten dari tahun ke tahun hingga mencapai titik 4.112 ribu jiwa pada tahun 2019 (Purwanti, 2024). Namun demikian, tren penurunan tersebut mengalami gangguan akibat guncangan eksternal pada tahun 2020 dan 2021. Jumlah penduduk miskin di Jawa Timur kembali meningkat berturut-turut menjadi 4.419 ribu jiwa dan 4.573 ribu jiwa. Lonjakan ini merupakan dampak nyata dari adanya pandemi COVID-19 yang memicu

pelemahan aktivitas ekonomi, penurunan pendapatan riil masyarakat, serta peningkatan angka pengangguran (Qudsi & Ashar, 2025).

Pascapandemi, seiring dengan pemulihan ekonomi daerah, jumlah penduduk miskin kembali bergerak turun hingga menyentuh angka terendah sebesar 3.876 ribu jiwa pada tahun 2025. Walaupun secara volume makro terjadi penurunan, jumlah absolut penduduk miskin yang masih berada di kisaran 3,8 juta jiwa ini menunjukkan bahwa permasalahan kemiskinan tetap menjadi tantangan struktural utama yang signifikan dalam pembangunan daerah (Qudsi & Ashar, 2025).

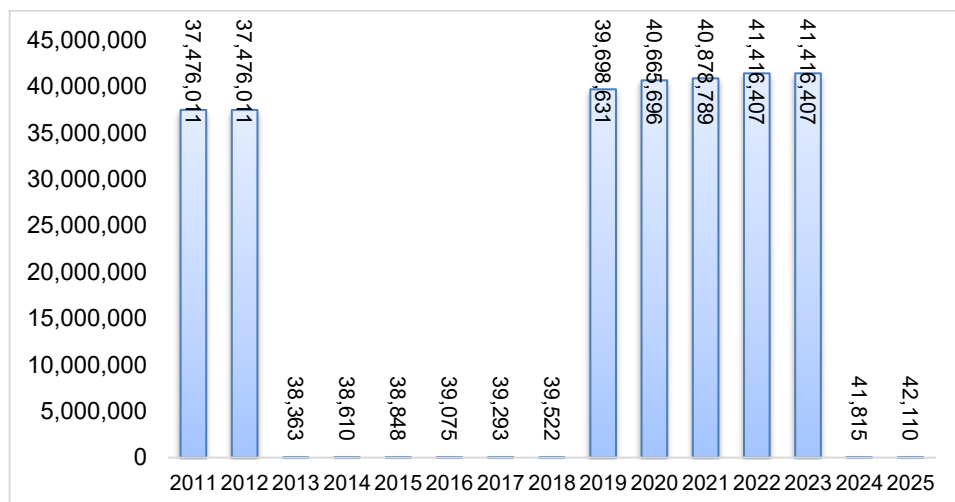
Kondisi jumlah penduduk miskin yang masih berada pada angka jutaan jiwa ini memiliki implikasi langsung terhadap rendahnya kemampuan sebagian besar masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kelompok masyarakat miskin cenderung menghadapi keterbatasan multidimensional, baik dari sisi finansial, hambatan geografis, maupun keterbatasan informasi terkait layanan kesehatan. Biaya pengobatan langsung, biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan yang memadai, serta biaya tidak langsung lainnya sering kali menjadi faktor penghambat utama bagi kelompok masyarakat ini untuk memperoleh layanan medis yang layak (Purwanti, 2024). Akibatnya, masyarakat miskin menjadi kelompok yang paling rentan mengalami keterlambatan dalam mendapatkan penanganan medis, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka secara akumulatif (Qudsi & Ashar, 2025).

Selain itu, beban jumlah penduduk miskin yang besar juga berkaitan erat dengan rendahnya kualitas hidup pada lingkungan domestik, seperti keterbatasan akses terhadap air bersih, buruknya sanitasi, dan rumah tinggal yang kurang layak. Faktor-faktor determinan sosial ekonomi tersebut secara tidak

langsung turut meningkatkan kerentanan terhadap penyakit dan mempertinggi kebutuhan (*demand*) terhadap fasilitas kesehatan (Purwanti, 2024). Namun, di sisi lain, karena kapasitas ekonomi mandiri mereka terbatas, fenomena ini justru menciptakan ketimpangan yang semakin lebar dalam akses pelayanan kesehatan yang inklusif (Setyari & Wiwin, 2024).

Meskipun berbagai program jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) telah berupaya memperluas cakupan perlindungan, pada praktiknya masih ditemukan berbagai kendala implementasi di lapangan. Keterbatasan kapasitas fasilitas kesehatan di daerah dengan konsentrasi kemiskinan tinggi, ketimpangan distribusi tenaga medis, serta perbedaan kualitas layanan antarwilayah menyebabkan akses pelayanan kesehatan belum sepenuhnya merata (Haemmerli et al., 2021). Hal ini membuktikan bahwa penurunan jumlah penduduk miskin secara agregat tidak secara otomatis diikuti oleh peningkatan akses pelayanan kesehatan yang optimal apabila tidak ditunjang oleh ketepatan alokasi anggaran belanja kesehatan daerah (Qudsi & Ashar, 2025).

Gambar 1. 3 Jumlah Penduduk di Jawa Timur



Sumber : BPS Jawa Timur (2025).

Berdasarkan Gambar 1.3, dinamika demografi di Provinsi Jawa Timur selama periode tahun 2011–2025 secara substansial menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat dari tahun ke tahun, meskipun visualisasi pada grafik mengalami fluktuasi teknis akibat perbedaan format standardisasi input satuan data riil di beberapa tahun pengamatan. Pada awal periode pengamatan tahun 2011, jumlah penduduk Jawa Timur tercatat sebesar 37.476.800 jiwa. Jumlah ini terus mengalami pertumbuhan demografis yang konisten hingga menyentuh angka 39.698.631 jiwa pada tahun 2019, menembus angka 40.665.696 jiwa pada saat pandemi tahun 2020, dan mencapai 42.110.000 jiwa (ditampilkan dalam format ribuan yaitu 42.110) pada akhir periode tahun 2025. Pertumbuhan yang berkelanjutan ini mencerminkan adanya momentum pertumbuhan penduduk alami yang dipengaruhi oleh angka kelahiran, peningkatan usia harapan hidup, serta tingginya mobilitas penduduk antarwilayah (Haemmerli et al., 2021).

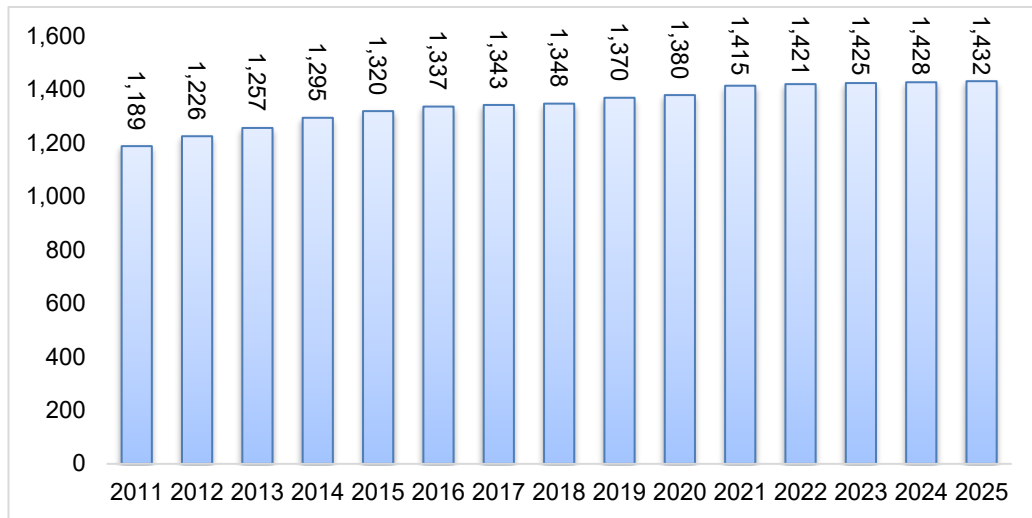
Sebagai salah satu provinsi dengan basis populasi terbesar di Indonesia yang kini menginjak angka lebih dari 42 juta jiwa, Jawa Timur menghadapi tantangan struktural yang sangat kompleks dalam penyediaan layanan publik, khususnya pada penyediaan fasilitas di sektor kesehatan (Haemmerli et al., 2021). Pertumbuhan jumlah penduduk yang terus merangkak naik ini berdampak langsung terhadap peningkatan beban permintaan (*demand*) serta kebutuhan riil terhadap fasilitas dan kapasitas layanan kesehatan masyarakat. Semakin besar volume populasi suatu daerah, maka semakin besar pula tekanan terhadap ketersediaan layanan kesehatan, baik pada tingkat pelayanan dasar seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) maupun fasilitas pelayanan lanjutan seperti Rumah Sakit Umum Daerah (Purwanti, 2024).

Kondisi ini menuntut kesiapan pemerintah daerah untuk terus meningkatkan kapasitas tampung dan jangkauan layanan kesehatan secara konsisten (Haemmerli et al., 2021). Namun demikian, apabila laju pertumbuhan jumlah penduduk yang masif ini tidak diimbangi dengan perluasan dan peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan yang memadai, maka akan memicu berbagai implikasi negatif dalam aksesibilitas layanan. Ketimpangan drastis antara volume kebutuhan populasi (*supply gap*) dapat menyebabkan terjadinya penurunan mutu pelayanan, antrean pelayanan yang tidak proporsional di fasilitas kesehatan, hingga keterbatasan rasio tenaga medis per kapita yang bersentuhan langsung dengan masyarakat (Purwanti, 2024).

Dalam jangka panjang, ketidakmampuan akomodasi fasilitas kesehatan terhadap pertumbuhan penduduk ini dapat memperburuk derajat kesehatan masyarakat secara umum serta memperlebar kesenjangan akses antarkelompok Masyarakat (Qudsi & Ashar, 2025). Selain beban pertumbuhan total, pola distribusi penduduk yang tidak merata antarwilayah di Jawa Timur juga menjadi tantangan spasial tersendiri. Wilayah-wilayah urban atau pusat pertumbuhan dengan kepadatan penduduk yang sangat tinggi cenderung mengalami tekanan fungsional (*overcrowded*) yang jauh lebih besar terhadap fasilitas kesehatan yang tersedia dibandingkan dengan wilayah perdesaan yang lebih jarang penduduknya (Haemmerli et al., 2021).

Fenomena ketidakseimbangan demografis ini berpotensi menimbulkan ketimpangan akses pelayanan kesehatan secara spasial, di mana masyarakat di daerah padat penduduk harus menghadapi keterbatasan ruang layanan, sementara di daerah lain infrastruktur kesehatan mungkin belum termanfaatkan secara optimal karena kurangnya kesesuaian target program (Purwanti, 2024).

Gambar 1. 4 Akses Pelayanan Kesehatan di Jawa Timur (Unit)



Sumber : BPS Jawa Timur (2025).

Berdasarkan Gambar 1.4, kapasitas infrastruktur yang mencerminkan akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur selama periode tahun 2011–2025 menunjukkan tren pertumbuhan yang konsisten dan stabil dari tahun ke tahun. Pada awal periode pengamatan yaitu tahun 2011, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tercatat sebanyak 1.189 unit. Angka ini terus merangkak naik secara linier tanpa mengalami penurunan, hingga menembus 1.320 unit pada tahun 2015, mencapai 1.380 unit saat pandemi di tahun 2020, dan menyentuh angka tertinggi sebesar 1.432 unit pada akhir periode tahun 2025.

Peningkatan yang berkesinambungan ini mengindikasikan adanya komitmen dan upaya struktural yang terus dilakukan oleh pemerintah daerah dalam memperbaiki sistem pelayanan kesehatan, baik melalui pembangunan sarana kesehatan baru, peningkatan status fasilitas dasar, maupun perluasan jangkauan fisik pelayanan di berbagai wilayah (Samuel, 2022). Secara makro, ekspansi kuantitatif ini mencerminkan kemajuan nyata dalam penyediaan basis logistik pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas (Purwanti, 2024).

Namun demikian, pertumbuhan jumlah unit fasilitas kesehatan yang stabil ini belum sepenuhnya menjamin terciptanya pemerataan akses yang inklusif dan optimal secara parsial. Meskipun secara agregat data menunjukkan tren kenaikan, dalam realitasnya masih terdapat celah kesenjangan (*gap*) akses antarwilayah yang cukup lebar, terutama apabila membandingkan antara daerah perkotaan (*urban*) dengan perdesaan (*rural*), serta antara wilayah dengan tingkat pertumbuhan ekonomi tinggi dan rendah (Purwanti, 2024). Masyarakat di wilayah perkotaan atau pusat pertumbuhan di Jawa Timur umumnya memiliki kemudahan aksesibilitas karena jarak tempuh yang dekat menuju fasilitas kesehatan yang relatif lengkap dan berkualitas. Sebaliknya, masyarakat di daerah terpencil, kepulauan, atau perdesaan sering kali masih menghadapi kendala geografis yang masif meskipun secara total unit fasilitas di tingkat provinsi mengalami penambahan (Haemmerli et al., 2021).

Selain hambatan spasial, ketimpangan akses pelayanan kesehatan juga terlihat jelas dari perspektif stratifikasi sosial-ekonomi masyarakat. Meskipun jumlah unit pelayanan kesehatan bertambah hingga mencapai 1.432 unit pada tahun 2025, kelompok masyarakat dengan tingkat pendapatan rendah atau miskin masih menghadapi batasan kapasitas untuk memanfaatkan fasilitas tersebut secara optimal (Qudsi & Ashar, 2025). Pertambahan infrastruktur fisik ini tidak serta-merta menghilangkan hambatan non-fisik, seperti biaya tidak langsung (*indirect costs*) untuk transportasi atau hilangnya kesempatan kerja harian saat berobat. Hal ini menunjukkan bahwa ekspansi kuantitatif unit pelayanan kesehatan di Jawa Timur belum sepenuhnya bersifat inklusif bagi seluruh lapisan masyarakat, khususnya bagi kelompok rentan (Setyari & Wiwin, 2024).

Kondisi tersebut memberikan indikasi kuat bahwa peningkatan anggaran daerah di sektor kesehatan termasuk alokasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) yang melonjak hingga triliunan rupiah belum sepenuhnya linier dalam mengatasi persoalan distribusi dan pemerataan mutu pelayanan kesehatan secara komprehensif. Masalah-masalah seperti ketidaktepatan penentuan lokasi pembangunan fasilitas baru, kurangnya integrasi antar-fasilitas kesehatan, ketimpangan rasio distribusi tenaga medis, hingga keterbatasan kapasitas institusional daerah dalam mengeksekusi anggaran secara efektif disinyalir menjadi faktor penghambat utama (Nugroho & Setijaningrum, 2021). Dengan kata lain, penambahan jumlah unit fisik pelayanan kesehatan di tingkat regional tidak secara otomatis berbanding lurus dengan kemudahan akses yang adil bagi masyarakat di tingkat akar rumput (Ahsan et al., 2021).

Kompleksitas penyediaan akses ini tidak dapat dipisahkan dari faktor eksternal seperti dinamika kemiskinan dan tekanan demografis. Ketika jumlah unit fasilitas kesehatan meningkat secara bertahap, beban kebutuhan (*demand*) yang dipicu oleh jumlah penduduk miskin yang masih berada di angka jutaan jiwa serta total populasi Jawa Timur yang terus membengkak hingga di atas 42 juta jiwa justru menciptakan tekanan yang jauh lebih besar terhadap kapasitas pelayanan yang tersedia (Haemmerli et al., 2021). Interaksi dinamis antara ketersediaan fasilitas (*supply*) yang bergerak secara linier dengan beban populasi (*demand*) yang tumbuh ekspansif menyebabkan upaya perwujudan akses pelayanan kesehatan yang merata menjadi semakin multidimensional dan memerlukan strategi kebijakan fiskal yang jauh lebih taktis dan terintegrasi (Setyari & Wiwin, 2024).

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan, terlihat bahwa meskipun alokasi DBH CHT di Provinsi Jawa Timur cenderung meningkat dari tahun ke tahun sebagai bagian dari upaya penguatan kapasitas fiskal daerah serta didukung oleh penurunan tingkat kemiskinan dan peningkatan akses pelayanan kesehatan secara agregat (Purwanti, 2024). Pada kenyataannya masih terdapat ketimpangan akses layanan kesehatan yang belum sepenuhnya teratasi di berbagai wilayah. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan sumber daya fiskal daerah tidak secara otomatis menjamin pemerataan akses pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terutama bagi kelompok masyarakat yang berada pada kondisi sosial ekonomi rendah (Qudsi & Ashar, 2025).

Lebih lanjut, fenomena tersebut mengindikasikan adanya ketidaksesuaian (*gap*) antara peningkatan kapasitas fiskal daerah dengan hasil yang dicapai dalam pemerataan akses pelayanan kesehatan. Secara teoritis, peningkatan alokasi anggaran, termasuk DBH CHT, seharusnya mampu memperluas jangkauan layanan kesehatan dan meningkatkan kualitas pelayanan. Namun dalam praktiknya, efektivitas kebijakan tersebut masih dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, seperti efisiensi pengelolaan anggaran, ketepatan sasaran program, serta kapasitas institusi daerah dalam mengimplementasikan kebijakan secara optimal (Nugroho & Setijaningrum, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan akses pelayanan kesehatan tidak hanya berkaitan dengan besaran anggaran, tetapi juga pada aspek tata kelola dan distribusi sumber daya yang belum merata (Mahqfiroh & Kosasih, 2025).

Selain itu, faktor kemiskinan dan pertumbuhan jumlah penduduk yang terus meningkat turut memperumit permasalahan akses layanan kesehatan. Tingkat kemiskinan yang masih relatif tinggi menyebabkan sebagian masyarakat memiliki

keterbatasan dalam memanfaatkan layanan kesehatan, baik dari sisi kemampuan finansial maupun aksesibilitas (Setyari & Wiwin, 2024). Di sisi lain, pertumbuhan jumlah penduduk yang pesat meningkatkan tekanan terhadap kapasitas fasilitas dan tenaga kesehatan yang tersedia, sehingga berpotensi menimbulkan ketimpangan antara kebutuhan dan ketersediaan layanan (Haemmerli et al., 2021). Kombinasi dari kedua faktor tersebut memperlihatkan bahwa permasalahan akses pelayanan kesehatan bersifat multidimensional dan tidak dapat dijelaskan hanya dari sisi kebijakan anggaran semata.

Penelitian-penelitian sebelumnya umumnya hanya mengkaji pengaruh faktor ekonomi atau fiskal secara parsial terhadap sektor kesehatan, sehingga belum memberikan gambaran yang komprehensif mengenai keterkaitan antara kebijakan fiskal daerah, kondisi sosial ekonomi, dan faktor demografi dalam memengaruhi akses pelayanan kesehatan (Ahsan et al., 2021). Sebagian besar studi lebih menekankan pada peran anggaran pemerintah atau transfer fiskal dalam meningkatkan kinerja sektor kesehatan, tanpa mempertimbangkan interaksi dengan variabel lain seperti tingkat kemiskinan dan dinamika jumlah penduduk. Di sisi lain, penelitian yang mengkaji faktor sosial ekonomi seperti kemiskinan cenderung berdiri sendiri tanpa mengaitkannya dengan instrumen kebijakan fiskal daerah (Setyari & Wiwin, 2024).

Selain itu, kajian mengenai faktor demografi, khususnya jumlah penduduk, lebih banyak difokuskan pada aspek tekanan terhadap layanan publik, namun belum banyak dikombinasikan dengan analisis kebijakan fiskal dan kondisi sosial ekonomi secara simultan (Haemmerli et al., 2021). Hal ini menunjukkan bahwa pendekatan penelitian yang ada masih bersifat terpisah (parsial), sehingga belum mampu menjelaskan secara menyeluruh bagaimana berbagai faktor tersebut

saling berinteraksi dalam memengaruhi akses pelayanan Kesehatan (Purwanti, 2024).

Dengan demikian, terdapat *research gap* berupa keterbatasan kajian yang mengintegrasikan variabel DBH CHT, kemiskinan, dan jumlah penduduk dalam satu kerangka analisis yang utuh terhadap akses pelayanan kesehatan. Padahal, secara konseptual ketiga variabel tersebut memiliki hubungan yang erat, di mana kebijakan fiskal melalui DBH CHT berperan sebagai instrumen pembiayaan, kemiskinan mencerminkan kemampuan masyarakat dari sisi *demand*, dan jumlah penduduk menunjukkan besarnya beban terhadap kapasitas layanan kesehatan (*supply*) (Qudsi & Ashar, 2025).

Keterbatasan penelitian sebelumnya juga terlihat dari kurangnya kajian yang menggunakan pendekatan jangka panjang (*time series*) dalam menganalisis hubungan antarvariabel tersebut, khususnya pada level regional seperti Provinsi Jawa Timur. Padahal, analisis dalam periode waktu yang panjang sangat penting untuk menangkap dinamika perubahan kebijakan, kondisi sosial ekonomi, serta perkembangan demografi yang terjadi secara bertahap (Utami et al., 2023). Oleh karena itu, penelitian yang mengintegrasikan ketiga variabel tersebut dalam satu model empiris diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) secara parsial berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025?
2. Apakah tingkat kemiskinan secara parsial berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025?
3. Apakah jumlah penduduk secara parsial berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025?
4. Apakah Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT), tingkat kemiskinan, dan jumlah penduduk secara simultan berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk menganalisis pengaruh Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) secara parsial terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025.
2. Untuk menganalisis pengaruh tingkat kemiskinan secara parsial terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025.
3. Untuk menganalisis pengaruh jumlah penduduk secara parsial terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025.
4. Untuk menganalisis pengaruh Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT), tingkat kemiskinan, dan jumlah penduduk secara simultan terhadap akses pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011–2025.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu ekonomi, khususnya dalam bidang ekonomi publik dan ekonomi kesehatan, terkait dengan pengaruh kebijakan fiskal daerah, kondisi sosial ekonomi, dan faktor demografi terhadap akses pelayanan kesehatan.

2. Manfaat Praktis

1) Bagi Pemerintah Daerah

Sebagai bahan pertimbangan dalam merumuskan kebijakan yang lebih efektif dan tepat sasaran, khususnya dalam pengelolaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan.

2) Bagi Masyarakat

Memberikan gambaran mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya akses terhadap layanan kesehatan.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi dan bahan kajian dalam penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan kebijakan fiskal, kemiskinan, kependudukan, dan akses pelayanan kesehatan.

1.5 Batasan Penelitian

Agar penelitian ini lebih terarah dan tidak menyimpang dari tujuan yang telah ditetapkan, maka ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada beberapa aspek. Penelitian ini difokuskan pada wilayah Provinsi Jawa Timur sebagai objek kajian. Periode waktu yang digunakan dalam penelitian ini mencakup tahun

2011–2025, sehingga diharapkan mampu menggambarkan kondisi secara lebih komprehensif dalam jangka panjang.

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen meliputi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT), tingkat kemiskinan, dan jumlah penduduk. Sementara itu, variabel dependen dalam penelitian ini adalah akses pelayanan kesehatan.

Data yang digunakan merupakan data sekunder yang diperoleh dari berbagai instansi resmi, seperti Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Keuangan, serta lembaga terkait lainnya yang relevan dengan penelitian ini. Penggunaan data sekunder ini dipilih karena dinilai mampu memberikan informasi yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Dalam menganalisis data, penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode analisis regresi, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen terhadap variabel dependen baik secara parsial maupun simultan.